

**Universidade da Beira Interior**  
Departamento de Psicologia e Educação  
2º Ciclo da Licenciatura em Psicologia Clínica



**Relatório Final**  
2º Ciclo da Licenciatura em Psicologia  
Ramo Clínica e da Saúde

**Universidade da Beira Interior**  
Departamento de Psicologia e Educação  
2º Ciclo da Licenciatura em Psicologia Clínica



**Relatório Final**  
2º Ciclo da Licenciatura em Psicologia  
Ramo Clínica e da Saúde

Relatório Final  
Orientador: Dr. Henrique Pereira  
Dra. Paula Carvalho  
Discente: Alexandra Cristóvão  
Ano Lectivo: 2007/2008

Covilhã, Junho 2008



# I Parte



## Agradecimentos

No fechar deste ciclo tão importante, deixo uma dívida especial de gratidão a todos os que me acompanharam nesta luta. A todos os que acreditaram e demonstraram carinho e apoio sinceros.

Não posso deixar de agradecer,

À Dra. Susana Meirinho, minha orientadora de estágio no Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar Cova da Beira e minha mentora, todos os ensinamentos que me trouxe e todo o apoio prestado, ensinamentos que pela sua riqueza, se tornam impossíveis de enumerar, mas sem os quais a minha prática profissional futura não teria o mesmo sentido e o mesmo sentir.

À Dra. Paula Carvalho, minha orientadora de estágio na Universidade da Beira Interior, o papel fundamental que assumiu na minha formação académica e pessoal.

Ao Dr. Henrique Pereira, meu orientador no trabalho de investigação e no relatório final, o apoio incondicional na integração das várias componentes para a construção do presente trabalho, assim como, todos os ensinamentos imprescindíveis para o concluir da investigação realizada ao longo deste ano.



## Índice

<b>I PARTE .....</b>	<b>3</b>
Agradecimentos .....	4
Índice .....	5
Introdução.....	7
Caracterização do Local de Estágio.....	10
Organização e Funcionamento do Estágio .....	12
<b>II PARTE .....</b>	<b>14</b>
Quadro síntese dos quadros clínicos .....	15
Avaliação clínica .....	16
<b>Identificação do Caso Clínico 1 .....</b>	<b>20</b>
Dados biográficos (fictícios) .....	21
Motivo da consulta.....	21
Dificuldades actuais.....	21
Início e desenvolvimento das dificuldades .....	24
História do desenvolvimento e aprendizagens prévias .....	24
Formulação.....	26
Protocolo terapêutico.....	28
Feedback Terapêutico .....	30
Comentário teórico .....	37
Comentário pessoal.....	42
<b>Identificação do Caso Clínico 2 .....</b>	<b>43</b>
Dados biográficos.....	44
Motivo da consulta.....	44
Dificuldades actuais.....	44
Início e desenvolvimento das dificuldades .....	48
História do desenvolvimento e aprendizagens prévias .....	49
Formulação.....	50
Protocolo terapêutico.....	52
Feedback terapêutico.....	54
Comentário teórico .....	58
Comentário pessoal.....	70
<b>Identificação do Caso Clínico 3 .....</b>	<b>71</b>
Dados biográficos.....	72
Motivo da consulta.....	72
Dificuldades actuais.....	72
Início e desenvolvimento das dificuldades .....	75
História do desenvolvimento e aprendizagens prévias .....	77
Formulação.....	78
Protocolo Terapêutico .....	80
Feedback Terapêutico .....	81



Comentário teórico .....	85
Comentário pessoal.....	93
<b>III PARTE .....</b>	<b>94</b>
<b>Investigação: Relação Entre a Alexitimia e o Processo de Luto .....</b>	<b>96</b>
Resumo .....	96
Introdução.....	98
Metodologia.....	104
Resultados.....	111
Discussão.....	125
<b>IV PARTE.....</b>	<b>129</b>
Considerações finais .....	130
Bibliografia geral.....	132
<b>ANEXOS .....</b>	<b>141</b>
Anexos Gerais .....	142
Anexos do Trabalho de Investigação .....	144



**Universidade da Beira Interior**  
**Departamento de Psicologia e Educação**  
**Licenciatura em Psicologia Clínica**  
**Relatório Final de Estágio – 2º Ciclo em Psicologia**

Alexandra Cristóvão\*

---

## Introdução

As motivações na escolha do curso de Psicologia e, mais especificamente, na Psicologia Clínica e da Saúde, concerne às motivações da diferença comportamental que se verifica em cada pertencente da humanidade. Efectivamente, *“O primeiro movimento que, na primeira infância, revela o ser humano é um movimento para outrem; a criança de seis a doze meses, saindo da vida vegetativa, descobre-se nos outros, aprende nas atitudes que a visão dos outros lhe ensina”* (Mounier, 2004, pp. 71-72), mas os outros, por sua vez, já se conhecem nos outros e, ao continuar esta reflexão, chegaríamos a uma unicidade. Se todos somos únicos, o que contribuirá para a diferença e mudança comportamental? *“É na natureza material que a exclusão reina, porque um espaço não pode ser ocupado duas vezes ao mesmo tempo. Mas a pessoa, no mesmo movimento que a faz ser, expõe-se. Por isso, é por natureza comunicável e até mesmo só ela o é. É preciso partir deste facto primitivo”* (Mounier, 2004, pp. 71-72). É a comunicação que nos garante a história de aprendizagens prévias, a mesma comunicação que nos garante que o mesmo acontecimento seja interpretado e experimentado de forma única, a mesma comunicação que nos garante que a interpretação conduza a doença ou saúde mental, comunicação que nos permite multiplicidade e, simultaneamente, unicidade.

O acompanhamento ou tratamento psicológico, e as respectivas estratégias e técnicas, foi um gosto conquistado posteriormente, até porque um tratamento eficaz depende, em larga medida, de uma formulação que o possibilite. Para além disso, o

---

\* Aluna do 2º ciclo em Psicologia – Ramo Clínica e Saúde



comportamento da pessoa não deve ser visto apenas de acordo com uma abordagem categorial, preenchendo critérios para ter ou não uma perturbação mental; se a singularidade é a nossa marca, apesar de sermos uns nos outros, a doença e saúde mental terão uma linha muito ténue a separá-las, uma linha onde está subjacente a igualdade que marca a comunicação, pois *“Se o pensamento não se tornar comunicável e portanto, em certa medida, impessoal, já não será pensamento mas delírio”* (Mounier, 2004, p. 85).

Certamente, seis anos contribuem para a minha história de aprendizagens e, como um ser em relação, todos nos vamos aproximando nas questões centrais e, simultaneamente, nos afastando do delírio.

O meu estágio decorreu no Departamento de Psiquiatria Adultos do Centro Hospitalar Cova da Beira e a escolha deste local deveu-se, essencialmente, ao facto de me ser proporcionada a oportunidade de aceder a uma população com “patologias” diversificadas, assim como diferentes faixas etárias, possibilitando, desta forma, um estágio mais enriquecedor a nível de aprendizagem e prática clínica.

Devido a obstáculos relacionados com a organização da instituição e o papel da psicologia na sua orgânica, a diversidade de patologias não se revelou tão abrangente, contrariando, assim, as minhas expectativas. Contudo, isso não descarta o facto da prática do estágio ser enriquecedora pela aquisição de competências gerais que permitem aprender o desempenho das principais funções da psicologia em contexto clínico, o desenvolvimento de competências específicas de intervenção e monitorização de casos e a inserção num determinado contexto e dinâmica institucional.

Os objectivos gerais pretendidos no Estágio em Psicologia Clínica e da Saúde consistem na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências que permitam desempenhar, com competência e de forma ética, as funções de um profissional na área da psicologia em contexto clínico; desenvolver e aperfeiçoar competências específicas de intervenção psicológica no campo da psicologia clínica e da saúde, nomeadamente no que se refere à participação em consulta/accompanhamento psicológico, à monitorização dos casos e avaliação da eficácia das intervenções; e estimular uma visão crítica e analítica das diversas metodologias no campo da psicologia clínica e da saúde.



O presente trabalho é constituído por quatro partes distintas.

A primeira parte engloba uma breve referência à organização e funcionamento do estágio, onde constam dados relacionados com a organização do serviço, aspectos gerais do seu funcionamento, destinatários e o papel da psicologia na sua orgânica. Estes dados possibilitam a compreensão da dinâmica do espaço institucional onde foi desenvolvido o estágio. Na primeira parte são também incluídas todas as actividades realizadas no âmbito do estágio, quer tenham sido realizadas no Departamento de Psiquiatria ou proporcionadas pelo mesmo, quer realizadas na instituição de ensino.

A segunda parte do relatório é constituída por um quadro síntese dos quadros clínicos acompanhados e inclui as componentes de avaliação e intervenção em contexto clínico. Como tal, apresentarei uma breve introdução teórica à prática da avaliação, especificamente no que se relaciona com a entrevista clínica – técnica de avaliação utilizada em todos os casos clínicos; diagnóstico; data de incursão na consulta de psicologia e fase actual da terapia. Neste seguimento, são apresentados três casos clínicos segundo a estrutura da história clínica cognitivo-comportamental, constando os seguintes parâmetros: dados biográficos; motivo da consulta; dificuldades actuais; início e desenvolvimento das dificuldades actuais; história do desenvolvimento e aprendizagens prévias, constituindo, deste modo, a componente de avaliação; e formulação cognitivo-comportamental, protocolo terapêutico e feedback terapêutico, completando a componente de intervenção clínica. Para além dos dados relativos à história clínica, para cada caso, é também apresentado um comentário teórico com reflexão e síntese integradora do caso clínico, recorrendo a uma revisão bibliográfica; um comentário pessoal; e anexos, nos casos em que foi desenvolvido material específico.

Na terceira parte, apresento o trabalho de investigação desenvolvido ao longo deste ano. A componente de avaliação encontra-se numa parte distinta, visto a amostra não ter sido recolhida no local de estágio e o tema da investigação ser distinto de todos os outros casos apresentados.

Termino o relatório – quarta parte -, apresentando uma conclusão geral acerca do decurso do estágio e bibliografia geral.



## Caracterização do Local de Estágio

O Centro Hospitalar Cova Da Beira (cidades da Covilhã, Fundão e Belmonte, assim como inúmeras vilas e aldeias) possui, actualmente, as seguintes instalações:

- Hospital Pêro Da Covilhã, na Covilhã, edifício principal do Centro Hospitalar, onde estão concentrados a maior parte dos serviços (internamento, hospital de dia, urgência, consulta externa, bloco operatório, cirurgia do ambulatório, entre outros);
- Hospital do Fundão, no Fundão, que integra os serviços de urgência, internamento, consulta externa, meios complementares de diagnóstico e terapêutica; e
- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, encontrando-se em fase de projecto novas instalações na área do Hospital Pêro da Covilhã.

O Centro de Psiquiatria Adultos dispõe dos serviços de consulta externa e internamento, que abrange a população dos concelhos da Covilhã, Fundão, Belmonte e, nalgumas valências, Penamacor. Os serviços de psiquiatria funcionam em instalações do antigo hospital da Covilhã, propriedade da Santa Casa da Misericórdia.

Actualmente, o Departamento de Psiquiatria Adultos, serviço local integrado num hospital geral, comporta, ao nível da psiquiatria, 1 chefe de serviço; 2 assistentes graduados; e 1 assistente eventual/termo certo e serviços de psicologia (3 psicólogas clínicas), assistência social, terapia ocupacional e enfermagem (Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Os utentes do C.H.C.B. podem proceder à marcação de consultas para a psiquiatria ou dirigir-se às urgências, onde uma avaliação poderá indicar doença psiquiátrica. Caso se verifique necessário, procede-se ao internamento dos utentes nas instalações do Departamento de Psiquiatria. Após um processo de avaliação da patologia na consulta de psiquiatria, caso se revele necessário, o utente é encaminhado para as consultas de psicologia, terapia ocupacional e/ou assistência social. Para tal, existem reuniões semanais com os técnicos de serviço, onde são também discutidos alguns casos clínicos de internamento.



As consultas externas são marcadas para a psiquiatria e, no caso dos psiquiatras considerarem a necessidade de um acompanhamento psicológico, os doentes são encaminhados para as consultas de psicologia. Assim, a psiquiatria, que tem por objectivo o tratamento das doenças mentais, que possuem causa orgânica, usa a terapia medicamentosa e, por vezes, psicoterapia, no caso de uma formação complementar. A psicologia, possuindo um espectro de actuação mais amplo, usa a psicoterapia, sem para tal ser necessário uma formação complementar, mas, por outro lado, não pode usar a terapia medicamentosa.

A dependência da marcação de consultas de psicologia relativamente à psiquiatria na dinâmica institucional, ao que se adiciona o aspecto que referi anteriormente, resulta no acompanhamento de um número ínfimo de patologias, no que se relaciona com a sua diversidade.

Portanto, na sua maioria, as perturbações mediadas pela ansiedade são resolvidas com terapia medicamentosa e são enviadas para as consultas de psicologia apenas as que, talvez por aspectos relacionados com aprendizagens prévias do doente, não resultam num tratamento eficaz. Assim, a psicologia funciona como o último recurso para a modificação de comportamentos disfuncionais.

A organização institucional, nestes moldes, conduz a um número infindável de doentes em lista de espera para consultas de psiquiatria, alguns dos quais apresentam quadros que só poderão ser tratados eficazmente com o recurso a psicoterapia. Por outro lado, devido, possivelmente, à representação social da “loucura” e à estigmatização relacionada com o acompanhamento psiquiátrico, talvez existam doentes que nunca chegam a procurar ajuda, o que poderia ser resolvido se houvesse a oportunidade de marcação directa para consultas de psicologia.

Por fim, e não descurando os benefícios do estágio, a abertura à psicologia não deveria ser feita por simpatia mas sim por profissionalismo e, acima de tudo, por preocupação em dar o melhor tratamento a cada doente.



## Organização e Funcionamento do Estágio

De modo a cumprir os objectivos propostos para o estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde, foram integradas diversas actividades neste âmbito: observação em consulta externa de psicologia, consulta de cessação tabágica, e consulta de adolescência; acompanhamento de casos clínicos; acções de formação; reuniões semanais com a orientadora da instituição de ensino; e apresentação de casos clínicos.

### ↳ Consulta externa de psicologia

A actividade na consulta externa de psicologia decorreu entre 10 de Outubro de 2006 e 31 de Maio de 2007. Num período inicial, compreendido entre o mês de Outubro e o mês de Dezembro, a participação nas consultas consistiu na observação de casos clínicos, cuja data de incursão coincidissem com o período de permanência dos estagiários no serviço. No decorrer da observação, era registada informação pertinente para a realização de histórias clínicas e respectiva formulação dos casos. No final de cada consulta, a informação era debatida com a orientadora e, conjuntamente, procedia-se a uma breve discussão do caso clínico, para esclarecer dúvidas e possibilitar uma melhor compreensão das dificuldades apresentadas pelos doentes, assim como, dos processos cognitivos subjacentes no desenvolvimento e manutenção do quadro clínico.

Num segundo momento, compreendido entre o mês de Janeiro e o mês de Maio, foram indicados alguns casos clínicos para seguimento em co-terapia, com a orientação e apoio das psicólogas responsáveis, de modo a possibilitar o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências específicas relacionadas com o acompanhamento e intervenção psicológica.

Além da observação e do seguimento de casos clínicos, tive também oportunidade de assistir à realização de duas avaliações psicológicas, com recurso ao instrumento de avaliação – Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS): 23 de Janeiro de 2007 (Dra. Susana Meirinho) e 12 de Março de 2007 (Dra. Liliana Lobato).



### ↳ Reuniões com a orientadora na instituição de ensino

As reuniões de estágio ocorreram semanalmente: num período inicial, compreendido entre Outubro e Dezembro, todas as sextas-feiras às 14:00h, e, num segundo período, compreendido entre Janeiro e Junho, todas as quartas-feiras às 09:00h. Nas reuniões eram discutidos aspectos relacionados com o estágio, esclarecidas dúvidas e apresentados à orientadora e aos colegas de estágio, casos clínicos segundo os parâmetros da história clínica cognitivo-comportamental.

Além das reuniões, surgiu a oportunidade de apresentar uma aula sobre Perturbações da Personalidade (em anexo) e um caso clínico acompanhado no âmbito do estágio aos alunos do 3º ano da licenciatura, possibilitando mais um momento de enriquecimento e aprendizagem.

### ↳ Outras actividades

Nos dias 3 e 5 de Novembro de 2006 foi proporcionado aos estagiários a oportunidade de participar na Reunião Anual da Associação de Psiquiatria Biológica “ADHA Across The Life-Span” e, nos dias 11 e 12 de Maio de 2007, no XXVI Encontro do Grupo Português de Psiquiatria Consiliar/Ligação e Psicossomática subordinado ao tema “Diálogos e Rumos da Psiquiatria C/L”, ambos realizados no Grande Auditório da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Os estagiários tiveram também a oportunidade de assistir às reuniões semanais que se realizam no Departamento de Psiquiatria: segundas-feiras às 09:30h sob a orientação do Dr. Vítor Saínhas – Director do Serviço; e quintas-feiras às 12:30h sob a orientação do Dr. Carlos Leitão- Director do Departamento. Estas reuniões realizam-se com a presença dos técnicos de saúde do serviço de psiquiatria e são discutidas as situações clínicas dos utentes atendidos nas consultas de psiquiatria, utentes do internamento e situações verificadas no serviço de urgências do CHCB.

Por fim, foi também facultado aos estagiários a oportunidade de observar utentes acompanhados nas consultas de cessação tabágica e consultas de adolescência no âmbito de um projecto em parceria com a Universidade da Beira Interior, ambas sob a orientação da Dra. Liliana Lobato.



# II Parte



Com foi referido na introdução do trabalho, irão ser apresentados três casos clínicos que acompanhei ao longo do estágio. Para uma rápida percepção do diagnóstico clínico e fase da terapia dos casos acompanhados, é apresentado de seguida um quadro síntese que engloba as informações gerais relativas aos mesmos.

### Quadro síntese dos quadros clínicos

<b>Caso clínico</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Data de incursão</b>	<b>Fase actual da terapia</b>
1	Perturbação de Pânico Com Agorafobia	08/02/2007	Drop-Out
2	Ansiedade reactiva a um acontecimento específico (processo de divórcio)	04/01/2007	Alta Experimental
3	Perturbação do Humor Secundária a Um Estado Físico Geral Com Características Depressivas	26/03/2007	Alta Experimental



## Avaliação clínica

De modo a completar a componente de avaliação, é apresentada uma breve introdução teórica relativamente ao processo através do qual se estabelece o diagnóstico clínico. Neste sentido, é salientada a importância da entrevista clínica, visto ter sido o instrumento de avaliação utilizado nos três casos clínicos que são apresentados posteriormente.

Na referida apresentação dos casos, dificilmente se separa esta componente da intervenção, na medida onde aquando do processo de entrevista se estabelece a relação terapêutica e se utilizam estratégias interventivas, quer para a formulação do caso, quer para o tratamento em si. Da mesma forma, um diagnóstico não pode ser definitivo nem conclusivo e, como tal, a avaliação e intervenção são desde o início complementares e não podem ser mutuamente exclusivas, não podendo existir um momento onde uma se separa da outra, sendo um processo que conjuntamente segue a mesma direcção – um tratamento completo e eficaz.

Estabelecer um diagnóstico clínico é, de acordo com Salzano e Cordás (2006), a única forma de conhecer as causas ou as hipóteses explicativas, a evolução da doença, assim como, a melhor forma para determinar um plano terapêutico e preventivo, se possível. Segundo os autores, a classificação baseia-se sempre num passo posterior ao da obtenção de informações sobre o problema e da caracterização do quadro clínico do doente, mediante as queixas que apresenta, sendo, da mesma forma, um passo anterior à instituição do tratamento.

De igual modo, Beck, Freeman e Davis (2005) defendem que o plano de tratamento deve iniciar-se com uma cuidadosa avaliação e conceptualização do caso clínico. Deste modo, quando se procede à avaliação de uma patologia, existem alguns pontos que se devem ter em atenção. Primeiro, a familiaridade com os critérios gerais e específicos, e, segundo, o cuidado de avaliar a persistência e o grau de invalidação associados a esses critérios, traços ou cognições específicas das diferentes patologias.



A escolha das estratégias de avaliação depende de uma série de factores (Beck, Freeman, Davis, 2005). Primeiro, é necessário ter em conta que não se encontra identificado empiricamente nenhum ponto de corte para estabelecer as fronteiras entre o normal e o patológico, entre as perturbações da personalidade e as perturbações do Eixo I, ou mesmo entre as diferentes perturbações da personalidade (Zimmerman, 1994).

Deste modo, surge a questão das abordagens categóricas e das abordagens dimensionais. Embora, segundo Beck, Freeman e Davis (2005), o DSM-IV represente uma abordagem categórica onde as perturbações significam síndromes clínicas qualitativamente diferentes, é também reconhecido o valor potencial das abordagens dimensionais para conceptualizar e medir as diversas perturbações. Uma dessas abordagens consiste na quantificação do grau em que os critérios para cada perturbação estão presentes, apresentando, assim, essa informação na forma de um perfil (Beck, Freeman, Davis, 2005).

Beck, Freeman e Davis (2005) fazem referência à importância que as abordagens dimensionais, para a conceptualização e medição das patologias, ganharam na última década, a qual se deve à quantidade de informações clínicas que proporcionam e aos problemas conceptuais e empíricos comparativamente às abordagens categóricas. As abordagens dimensionais comuns consistem em quantificar o grau em que diferentes perturbações estão presentes (ou ausentes) e os métodos de mensuração dessa abordagem incluem somar o número de critérios presentes para uma perturbação, conforme avaliado por uma entrevista estruturada, utilizar um inventário auto-relatado com itens que avaliem directamente critérios específicos do DSM ou itens que avaliem patologias específicas de determinadas perturbações em múltiplos domínios ou utilizar um único domínio chave, como, por exemplo, as crenças disfuncionais (por exemplo, o PBQ; Beck e Beck, 1991) (Beck, Freeman, Davis, 2005).

As estratégias utilizadas para proceder à avaliação das diversas patologias dependerão, em certa medida, da escolha entre uma abordagem categórica *versus* dimensional (Beck, Freeman e Davis, 2005). De acordo com os autores, por razões pragmáticas, como, por exemplo, colocar um diagnóstico num relatório clínico, muitas vezes, os terapeutas optam por uma abordagem categórica. Uma abordagem categórica, segundo Widiger (1992), possibilita também uma maior clareza e facilidade de comunicação e familiaridade entre os terapeutas.



Contudo, psicometricamente, as abordagens dimensionais têm apresentado, de forma consistente, uma maior fidedignidade comparativamente às abordagens categóricas (Heumann e Morey, 1990). Beck, Freeman e Davis (2005) defendem, porém, que na prática não existe uma razão para não se integrar as abordagens categóricas e dimensionais. Deste modo e a título de exemplo, uma avaliação dimensional pode dar informação detalhada sobre o perfil de funcionamento da personalidade de um doente e, essa mesma informação, pode ser usada para se elaborar um diagnóstico categórico do Eixo II.

De acordo com Enelow, Ford e Brummel-Smith (1999), a entrevista clínica consiste no método base de avaliação de modo a ser estabelecido um diagnóstico preciso, assim como, um adequado plano de tratamento. Além de constituir a ferramenta mais eficaz na determinação do diagnóstico e ser essencial para o seguimento do tratamento, constitui o núcleo da relação doente-terapeuta.

Neste sentido, num estudo sobre as contribuições da história clínica, do exame objectivo e das investigações laboratoriais na determinação do diagnóstico clínico, Burack e Carpenter (1983), concluíram que em 76% dos doentes, a entrevista conduziu ao diagnóstico. Outros estudos demonstraram igualmente que uma entrevista cuidada resulta em diagnósticos precisos e completos (Peterson, 1992).

De acordo com Blanchet (1997), a entrevista clínica visa apreender e compreender o funcionamento psicológico de um indivíduo e centra-se sobre as suas vivências e acentua a relação. Segundo o autor, a entrevista faz parte do método clínico e das técnicas de inquérito em ciências sociais, constituindo um dos melhores métodos para aceder às representações subjectivas do sujeito, no sentido em que se postula uma ligação entre o seu discurso e o substrato psíquico. Neste sentido, Bénony e Chahraoui (2002), salientam a importância que tem a entrevista em psicologia clínica, considerando ser este o método de eleição. Através deste instrumento, o terapeuta recolhe o máximo de informações sobre o sujeito e essas informações são compreendidas em referência ao próprio sujeito. Deste modo, a título de exemplo, as dificuldades do sujeito só adquirem sentido se forem situadas no seu quadro de referência: a sua história pessoal, história familiar, a forma como gere as suas relações interpessoais, a sua personalidade, entre outros.

Enelow, Douglas e Brummel-Smith (1999) referem que a entrevista clínica consiste no processo através do qual o terapeuta tenta compreender todos os factores – biológicos,



psicológicos e sociais – que desempenham um papel no aparecimento da doença e que vão afectar a recuperação do doente.

Apesar do diagnóstico ser o primeiro passo no processo clínico, explicar o que está a acontecer, recomendar o tratamento e obter um compromisso para trabalhar em conjunto requer também uma minuciosa entrevista. Para além do referido, é imprescindível que o terapeuta tenha em conta as expectativas e objectivos do doente, assim como as suas próprias ideias sobre a causa da doença, de modo a que seja respeitado o sistema de crenças (Enelow, Douglas, Brummel-Smith, 1999).

Em clínica, a entrevista permite obter informações sobre o sofrimento do sujeito, as suas dificuldades de vida, os acontecimentos vividos, a sua história, o modo como gere as suas relações com os outros, a sua vida íntima, entre outros. Surge, assim, como um instrumento absolutamente insubstituível e único se se quer compreender o sujeito na sua especificidade e pôr em evidência o contexto em que surgem as suas dificuldades (Bénony e Chahraoui, 2002).

De seguida, são expostos os três casos clínicos. Para cada um, apresentam-se os dados biográficos (fictícios) e as informações avaliadas inicialmente, como é o caso do motivo da consulta, das dificuldades actuais do doente, assim como, o início e desenvolvimento das mesmas e, por fim, a história do desenvolvimento e aprendizagens prévias. Posteriormente, é apresentada a formulação do caso clínico e respectivo protocolo terapêutico, onde são expostos os objectivos para o tratamento e as técnicas ou estratégias para a concretização dos mesmos. Em seguida, no *feedback* terapêutico, salientam-se os aspectos mais importantes desde a primeira consulta, englobando, deste modo, as indissociáveis componentes de avaliação e intervenção. No final da apresentação de cada caso clínico, encontra-se um comentário teórico composto, essencialmente, pelos aspectos que mais se salientaram em contexto clínico, relacionando e consolidando os mesmos com uma pesquisa bibliográfica. Por fim, é apresentado um breve comentário pessoal, onde há lugar para uma reflexão acerca dos ganhos pessoais extraídos de cada caso.



## Identificação do Caso Clínico 1

Caso Clínico: 1

Diagnóstico: 300.21 Perturbação de Pânico Com Agorafobia [F40.01] segundo a DSM-IV-TR

Data de Incurção (consulta externa): 08/02/2007

Fase da Terapia: Drop-Out

Orientadora: Dra. Liliana Lobato

Terapeuta: Alexandra Cristóvão



## **Dados biográficos (fictícios)**

Nome: Márcia

Idade: 43 anos

Sexo: feminino

Estado civil: casada

Profissão: doméstica

Agregado familiar (idades e profissões): marido (R.; relações públicas); filho (A.; 20 anos; estudante de economia em Coimbra)

Naturalidade/ Residência: Covilhã

## **Motivo da consulta**

M. refere que procurou psicoterapia devido aos sintomas que apresenta quando se cansa: palpitações, tremores, suores e sensação de sufoco. Como principal motivo, é mencionado o medo de andar de avião e, desta forma, não poder acompanhar o marido nas suas viagens. A doente é acompanhada nas consultas de psiquiatria pelo Dr. Filipe Proença e faz a seguinte medicação: sertralina 0.5 (1 por dia) e alprazolam (1 por dia).

## **Dificuldades actuais**

M. dirige-se à consulta sozinha e apresenta-se com um vestuário adequado à sua faixa etária e à situação de consulta; apresenta-se cooperante, dando todas as informações que lhe são pedidas e explicando pormenorizadamente situações específicas em que o problema ocorre; apresenta humor eutímico, e o seu discurso é espontâneo, coerente e lógico; demonstra *insight* e julgamento crítico.



Como principal área de dificuldades, a doente indica as crises de ansiedade que manifesta quando realiza esforços físicos. Neste sentido, refere que, quando realiza uma actividade que exige algum esforço físico, tais como, caminhar, lavar roupa ou fazer uma tarefa doméstica, sente-se cansada e manifesta sintomas, tais como, palpitações, sudorese, tremores e sensações de falta de ar. Antes da realização da actividade física, a doente apresenta pensamentos, como, «*Tenho a certeza que vou ter uma crise porque vou descontrolar-me*». No decorrer destas «*crises*», Márcia apresenta pensamentos, como, «*A seguir a esta crise, posso ter uma pior*»; «*Tenho medo de morrer*» e «*Não controlo a respiração e pode faltar-me o ar*».

Estas «*crises*» não se devem aos efeitos fisiológicos directos da cafeína (a doente refere que toma no máximo 2 cafés por dia) ou de uma condição médica geral (já realizou exames e fez um electrocardiograma nas urgências do centro hospitalar, num dia em que apresentava os sintomas, e estava tudo normal). Para evitar as «*crises*», a doente deixa o carro sempre próximo quando tem de ir a algum local ou traz sempre a medicação consigo para tomar logo que comece a ter os sintomas.

Estes comportamentos interferem na sua família, na medida em que não faz as caminhadas que fazia com o filho e com o marido; ou não vai passear com a família se tiverem de caminhar durante algum tempo.

M. dá o exemplo de situações específicas onde as «*crises*» ocorreram e que passou a evitar devido a preocupação com o facto de poder ter uma nova «*crise*»: um dia foi tratar de uns assuntos ao banco e não conseguiu deixar o carro muito próximo; depois de sair do banco, quando se deslocava de novo para o carro, começou a sentir-se muito cansada e a pensar que iria ter uma «*crise*»; parou num café «*aflita (...) a ficar com falta de ar*» e pediu um copo de água, ficando algum tempo quieta à espera que passasse a «*crise*». A partir desse dia, deixa o carro sempre muito próximo dos locais onde tem de ir ou, se não for possível utilizar este comportamento de segurança, opta por não se deslocar e não ir. Por exemplo, um dia a família queria ir tomar café a um local próximo do sítio onde estavam (a mesma distância entre o banco e o local onde a doente tinha deixado o carro na outra situação) e como Márcia não podia levar o carro, disse à família que não lhe apetecia tomar café naquele dia.



Outra área de dificuldades referida pela doente consiste no medo de realizar uma viagem de avião. Para M., este problema é indicado como o mais invalidante pois queria acompanhar o marido nas viagens frequentes que ele realiza à Madeira, e, devido às «crises» nunca o fez.

Esta área de dificuldades encontra-se directamente relacionada com a anterior, na medida em que o medo e a ansiedade são causados pela certeza de que vai ter um ataque de pânico numa viagem de avião e não tem como fugir desta situação. A doente, a nível cognitivo, apresenta pensamentos, como, «*De certeza que vou ter uma crise lá dentro*»; «*Só o facto de saber que não posso mandar parar o avião nem sair lá de dentro, fico tão ansiosa que vou começar a fazer uma crise*» ou «*Tenho muito medo de descontrolar-me e ter crises sucessivas que durem a viagem toda*». M. acrescenta que não tem medo do avião cair, até porque sabe que é o meio de transporte mais seguro; o receio de fazer uma viagem relaciona-se apenas com o medo de ter crises e não poder fugir da situação.

A terceira e última área de dificuldades apresentada pela doente relaciona-se com uma preocupação e controlo excessivos em relação aos problemas dos outros. Esta área de dificuldades não foi muito explorada pois a doente refere que o motivo que a leva à consulta são as crises de pânico e, apesar de não se sentir totalmente bem com esta preocupação excessiva, gosta de ajudar os outros não a vê como um problema a ser tratado.

Actualmente, o maior motivo de preocupação é o irmão (32 anos), pois encontra-se desempregado e é M. que anda à procura do emprego porque ele não se esforça por encontrar. Acrescenta que se preocupa com os problemas das outras pessoas porque ninguém devia ter problemas e que faz tudo para as ajudar sem esperar nenhuma recompensa.

A doente parece estar muito motivada para o processo terapêutico. M. refere que sabe «*que as crises são coisas da sua cabeça (...) só não sabe como tirá-las*» e diz estar disposta a fazer tudo o que lhe for pedido porque quer ficar boa e poder voltar a fazer as coisas que fazia, assim como, começar a acompanhar o marido.



## **Início e desenvolvimento das dificuldades**

A doente não se lembra quando começou a ter as «*crises*» mas menciona a morte da mãe, há cerca de 4 anos, como um acontecimento muito marcante e gerador de ansiedade. M. refere que, nesta altura, teve uma consulta de psiquiatria com o Dr. Filipe Proença e teve de tomar medicação porque se encontrava muito ansiosa. Acrescenta que foi uma morte inesperada e não aceitou bem a notícia e que foi a partir desta altura que começou a preocupar-se muito com os problemas das outras pessoas, essencialmente com o seu irmão mais novo (actualmente com 32 anos).

Quando recebeu a notícia da morte da mãe, encontrava-se em Lisboa, onde o irmão era estudante, a passar um fim-de-semana e refere que, depois de o ter procurado na faculdade já num grande estado de ansiedade, o encontrou em casa a dormir no sofá da sala. Perante esta situação, refere ter ficado muito nervosa e ter discutido com ele. A partir deste dia, preocupa-se muito com o irmão, «*pois ele anda perdido*». A doente diz que a mãe queria deixar todos os filhos orientados e que tenta ajudar o irmão porque era o que ela faria. Acrescenta que se lembra da mãe todos os dias mas não se pode viver sempre com a saudade e é preciso continuar em frente.

A doente já tentou resolver as «*crises*» através de consultas no hospital, onde lhe foram facultadas algumas informações sobre o seu medo de andar de avião e CDs com técnicas de relaxamento. Márcia menciona que gostou muito das consultas mas percebeu que não a estavam a ajudar porque não lhe foram dadas técnicas específicas.

## **História do desenvolvimento e aprendizagens prévias**

M., 43 anos de idade, refere que foi uma criança feliz; viveu com os avós durante a infância e diz que nunca lhe faltou nada. A doente tem 5 irmãos (4 irmãos mais novos e 1 irmã mais velha) e mantém uma boa relação com todos, apresentando uma relação de protecção com o irmão mais novo, principalmente desde a morte da mãe. A doente



menciona que todos os dias faz a comida para o irmão, leva-a a casa dele e o ajuda a procurar emprego, telefonando para os locais, marcando entrevistas e fazendo-lhe os currículos.

M. refere que a relação dos pais não era muito boa porque o pai era agressivo e acrescenta que durante a gravidez a mãe viveu períodos de grande ansiedade. A doente mantém uma boa relação com o pai porque, como viveu com os avós, ao contrário dos irmãos, não assistiu aos problemas dos pais, apesar de ter conhecimento dos mesmos. M. menciona que os problemas de ansiedade poderão estar relacionados com a ansiedade da mãe durante os períodos de gravidez porque a irmã também tem «*crises*» mas manifestadas por tonturas e tremores.

M. diz ter uma boa relação com o marido de quem gosta muito, acrescentando que, actualmente o seu problema está a causar alguma infelicidade, visto que ela não o acompanha nas viagens. A doente refere uma situação de traição por parte do marido há aproximadamente 12 anos. Nesta altura, refere que ficou muito ansiosa, tinha muitas insónias e que se sentia muito mal, e que foi às urgências do centro hospitalar, onde a encaminharam para uma consulta de psiquiatria com o Dr. Filipe Proença. M. diz que começou a tomar medicação para conseguir dormir e, como tinha de trabalhar e cuidar do filho (na altura com 9 anos), acabou por ficar bem e deixar a medicação.

Quando teve conhecimento da traição por parte do marido, diz ter ficado muito mal porque foi uma desilusão, pois nunca lhe tinha passado pela cabeça que ele pudesse fazer uma coisa dessas, acrescentando que para ela, o marido era um «*Deus*». Passados três dias de sair de casa, o marido pede para conversar com M. e ela perdoa-o, depois de discutirem, pois R. diz à doente que não aconteceu nada e que ela podia confirmar com a mulher com quem dizem que ele andou. M. refere que não gostou e diz que nunca se compararia a «*uma dessas*». A doente acrescenta que já esqueceu tudo e ele agora é que «*anda com ela ao colo*» e a trata muito bem; diz que se agora lhe falassem noutra traição, não acreditaria.



## **Formulação**

Diagnóstico: Perturbação de Pânico Com Agorafobia

Presença de ataques de pânico, manifestados pelo desenvolvimento dos seguintes sintomas: palpitações, sudorese, tremores, sensações de falta de ar e medo de morrer. Os ataques de pânico são seguidos de preocupação persistente acerca da possibilidade de ter ataques adicionais, assim como, das suas consequências, e alteração comportamental relacionada com os ataques. Os ataques de pânico não se devem aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou condição médica geral e não são melhor explicados por outra perturbação mental.

A ansiedade em relação às viagens de avião relaciona-se com o medo de estar em locais de onde possa ser difícil escapar na eventualidade de ter um ataque de pânico, constituindo um dos critérios para agorafobia.

De acordo com a informação recolhida, os ataques de pânico são antecedidos por estímulos externos, como, situações que causam esforço físico, e internos, manifestados por pensamentos, tais como, «*Vou descontrolar-me*» ou «*Tenho a certeza que vou ter uma crise*». No decorrer dos ataques de pânico, M. focaliza a sua atenção nos sintomas vegetativos e interpreta catastroficamente as sensações físicas: «*A seguir a esta crise vou ter uma pior*»; «*Não controlo a respiração e pode faltar-me o ar*» ou «*Tenho medo de morrer*».

O facto da doente ter vivido toda a sua infância com os avós, poderá a ter predisposto a crenças centrais relacionadas com o controlo e a responsabilidade, na medida em que poderá ter desenvolvido a ideia de que era ela a cuidar dos avós. A traição por parte do marido, acontecimento referido pela doente como gerador de ansiedade, poderá ter activado as crenças de controlo e, conseqüentemente, ter conduzindo a compensações, onde a doente passa a tentar controlar a sua vida e a ajudar os outros, como uma forma de controlar quem tem problemas. Como precipitante dos ataques de pânico, poderá salientar-se a morte da mãe, acontecimento que gerou altos níveis de ansiedade em M. e reforçou a crença de que devemos ter controlo sobre os problemas, principalmente no que se relaciona com o irmão.



A interpretação catastrófica das sensações corporais, associada à sensação de descontrolo e a generalização dos ataques de pânico a todas as situações que causam esforço físico, que conduz a preocupação persistente com a ocorrência de outros ataques de pânico, poderão ser identificados como os precipitantes da Perturbação de Pânico. Como factores de manutenção do comportamento disfuncional, salientam-se os comportamentos de segurança, como, ter sempre o comprimido consigo ou deixar o carro perto, assim como evitar realizar viagens de avião, o que não permite a desconfirmação das interpretações catastróficas.



## **Protocolo terapêutico**

### Objectivos e Estratégias Terapêuticas

**I** – Promover o envolvimento da doente na terapia.

1. Colaborar activamente com a doente
2. Demonstrar empatia, atenção e compreensão
3. Adaptar o estilo terapêutico à doente
4. Familiarizar a doente com o modelo cognitivo-comportamental e os procedimentos terapêuticos
5. Solicitar feedback no final de cada sessão/ consulta

**II** – Promover a compreensão da função das crises de pânico, ajudando a doente a ver as respostas de ansiedade como parte do reportório normal do organismo.

1. Fornecer informação acerca das respostas fisiológicas do organismo
2. Dar o racional do modelo cognitivo-comportamental das crises de pânico, recorrendo a esquemas idiossincráticos

**III**- Fomentar a desmistificação das interpretações catastróficas.

1. Identificar, através do uso de registos diários, as interpretações catastróficas
2. Debate lógico das evidências que sustentam essa interpretações
3. Ajudar a doente a encontrar explicações alternativas

**IV** – Impulsionar a aprendizagem de formas de controlar a componente vegetativa da ansiedade.

1. Explicar o mecanismo fisiológico da hiperventilação
2. Ensinar e explicar os objectivos da respiração diafragmática
3. Explicar as situações específicas em que as técnicas podem ser utilizadas



**V** – Promover o confronto gradual com as situações ansiógenas, levando a doente a testar a validade das suas interpretações.

1. Utilizar técnicas de exposição, com prevenção de resposta de fuga ou reassseguramento junto de outros significativos
2. Indução de sintomas e diminuição da sua intensidade
3. Intenção paradoxal

**VI** – Promover o aumento da tolerância ao desconforto provocado pelas situações ansiógenas.

1. Explicar a importância dos mecanismos de distração
2. Ensinar estratégias para lidar com as pistas fisiológicas internas
3. Debater com a doente os resultados dos exercícios de distração

**VII** – Precaver situações futuras em que as dificuldades se intensifiquem, assegurando à doente que dispõe das aptidões necessárias para as enfrentar

1. Ponto/Contraponto
2. Reforço de ganhos



## **Feedback Terapêutico**

Considero importante salientar que o protocolo terapêutico não foi aplicado de forma integral, pois a doente fez drop-out após três consultas. O protocolo foi adaptado às exigências pontuais que surgiram ao longo das consultas, como, por exemplo a marcação inesperada de uma viagem de avião. Deste modo, na terceira consulta, após ser comunicada a marcação da viagem, foram introduzidas outras estratégias, havendo, assim, uma interrupção no seguimento do protocolo. Na consulta seguinte, M. faltou, e, posteriormente, comunicou que, como a viagem tinha corrido bem e não tivera nenhum ataque de pânico, não valia a pena continuar nas consultas.

O processo terapêutico teve início no dia 8 de Fevereiro de 2007 e as marcações posteriores sofreram algumas alterações, devido a, como já referi, adaptações a exigências pontuais. A primeira consulta foi dirigida por mim com a observação da Dra. Liliana Lobato e as consultas seguintes, com a autorização e consentimento da doente, foram dirigidas por mim com o apoio e orientação da psicóloga responsável.

As sessões de intervenção terapêutica tiveram como objectivo, primeiramente, tendo em atenção as características do quadro clínico manifestado pela doente, assim como, o pedido de resolução apenas das crises de pânico, socializar a doente com o modelo cognitivo e construção de um modelo idiossincrático da Perturbação de Pânico Com Agorafobia; reestruturação das crenças disfuncionais associadas ao medo das sensações corporais; identificar os pensamentos automáticos negativos e analisar o seu conteúdo em termos de validade e probabilidade do acontecimento receado; treinar o controlo respiratório; ensinar e treinar técnicas de distração; identificar e modificar os desencadeantes das crises; e utilizar métodos de exposição.

Na 1ª consulta (8 de Fevereiro), após o estabelecimento do início da relação terapêutica, caracterizado por demonstração de entendimento e empatia, procedeu-se à recolha de informação para reunir dados que possibilitassem perceber as dificuldades da doente, obter informações sobre recursos e forças pessoais, e fazer a formulação do caso clínico, assim como criar um plano de tratamento efectivo.



Na 2ª consulta, com o objectivo de conduzir a uma diminuição da sintomatologia ansiosa, foi dada, inicialmente, uma explicação racional do que estava a acontecer.

Para que fosse possível debater com a doente a importância que o significado dos acontecimentos manifesta no desencadear dos sintomas de ansiedade, foi apresentada uma situação imaginária e pedido à doente que apresentasse uma resposta possível a essa situação, assim como, que identificasse os pensamentos que acompanhariam essa resposta. Neste sentido, foi introduzida a seguinte situação: *«Imagine que está a dormir tranquilamente em casa e acorda com o ruído de uma porta a abrir-se, qual é o primeiro pensamento que lhe vem à cabeça?»*. Perante a resposta - *«Pensava logo que era um ladrão»* - M. foi questionada acerca da sua reacção emocional e comportamental. A doente refere que, nesta situação, ficava com medo e aguardava para ver o que acontecia, pelo que foi debatido a atribuição de significados e a sua importância no desencadear da resposta dada a esta situação específica. Por conseguinte, e de modo a conduzir a uma melhor compreensão por parte da doente, foram discutidas outras respostas possíveis e, conjuntamente, encontrados pensamentos e comportamentos alternativos, tais como, pensar que era um vizinho a chegar a casa ou o filho que se levantou para ir beber água. O comportamento, nesta situação, seria continuar descansada e dormir.

A doente mostrou-se receptível e, na continuidade deste exemplo, foram discutidos aspectos relacionados com a resposta ansiosa, ou seja, como uma situação de medo desencadeia a resposta de ansiedade e de que forma ela se manifesta normalmente, introduzindo as diferenças entre o processo normal e patológico. Com este objectivo, foi apresentado à doente uma imagem do corpo humano onde se podem identificar as respostas normais do organismo (em anexo – Fig. 1) e, portanto, explicado que, se é normal, qualquer pessoa está preparada para este processo, sendo que a diferença crucial consiste na interpretação que o sujeito faz dos acontecimentos. Deste modo, foi explicado que a experiência da ansiedade tem dois componentes: a consciência das sensações fisiológicas; e a consciência de estar nervoso ou com medo.

De modo a facilitar a recordação da última crise foi entregue à doente um registo de automonitorização dos ataques de pânico (em anexo – Fig. 2) e pedido para que o preenchesse de acordo com o que sentiu e pensou no decorrer do último ataque de pânico. Após o preenchimento, com a ajuda do conteúdo da última crise, foi fácil explicar a M. que



o processo da crise começa com um determinado estímulo e introduzir o modelo cognitivo do pânico, assim como, relacionar com o que já havia sido debatido anteriormente.

Para proceder à explicação do modelo cognitivo do pânico, foi utilizado o modelo do “círculo vicioso” como apresentado por DeRubeis, Tang & Beck (2006). Por conseguinte, e devido ao facto da doente apresentar *insight* e facilidade no entendimento do que lhe é explicado, foi referido que, em primeiro lugar, a pessoa que tem Perturbação de Pânico experimenta um tipo de sensação que geralmente é desagradável e que não consegue considerar saudável; a progressão continuará se a pessoa atribuir um significado patológico à sensação ou sintomas específico e não conseguir considerá-lo inofensivo; o significado ou interpretação que faz está relacionado com a sensação; à medida que a crise avança, a atenção da pessoa fixa-se nos sintomas; começa a concentrar-se nalguma consequência catastrófica de ter os sintomas e pode temer que venha a morrer se os sintomas persistirem; à medida que começa a interpretar os sintomas como patológicos, o seu sentido de perigo aumenta e o medo crescente aumenta a intensidade dos sintomas, sendo cada vez mais fácil para a pessoa aplicar a razão ao seu entendimento da sintomatologia; os sintomas parecem incontroláveis e a pessoa começa a ter a certeza de que vão continuar a aumentar até acontecer uma catástrofe.

Na continuação desta explicação, foi enfatizado que para que a crise aconteça, é necessário que a pessoa associe e interprete as sensações como um sinal de que está a acontecer algo errado no organismo ou que pode acontecer algo catastrófico. Por fim, ainda para cumprir este objectivo do tratamento - Promover a compreensão da função das crises de pânico, ajudando a doente a ver as respostas de ansiedade como parte do repertório normal do organismo – foi construído em conjunto um modelo idiossincrático das crises de pânico da doente.

Deste modo, foi analisado o conteúdo da última crise de pânico, utilizando o registo que a doente preencherá. Assim, o estímulo que desencadeia todo o processo da crise consiste num estímulo externo, neste caso a subida de uma rua íngreme, em conjunto com estímulos internos, neste caso, pensar que a crise vai acontecer de certeza e não vai conseguir controlar, aspectos que fazem com que os ataques sejam esperados. Portanto, a doente começa a subir a rua e sente-se cansada, o que provoca palpitações, sensação de sufoco e dificuldade em respirar, sensações vistas como desagradáveis; em seguida, atribui



um significado patológico a estes sintomas: «*Vou descontrolar-me, a crise vai piorar e eu posso morrer porque me pode faltar o ar*»; a doente fixa-se cada vez mais nos sintomas (palpitações, sensação de sufoco e dificuldade em respirar); começa a ter medo de morrer no caso dos sintomas persistirem, o que leva a um aumento da sensação de perigo e, consequentemente, aumenta a intensidade destes mesmos sintomas.

De modo a fomentar a desmistificação das interpretações catastróficas que conduzem ao desencadear das crises de pânico, foi pedido a M. que se recordasse o mais nitidamente possível da sua última crise e respondesse às seguintes questões:

- ✚ Em que estava a pensar quando começou a sentir os sintomas?
- ✚ O que pensou que seria o pior que lhe poderia acontecer?
- ✚ Que implicações é que isso poderia ter?
- ✚ O que significaria isso para si?

De acordo com cada questão, as respostas apresentadas foram as seguintes:

- ✚ «*Estou a pensar que o facto de ir ali (subir a rua), me vai fazer sentir mal e faço logo a crise*».
- ✚ «*Não penso nada de grave. Sinto-me muito cansada sem poder controlar a respiração. Tenho medo que a crise piore e depois me descontrolo e acabe por acontecer realmente alguma coisa grave. Fico com medo de morrer*».
- ✚ «*Limita-me e não consigo andar*».
- ✚ «*Significa que sou uma pessoa limitada sem força para atingir os objectivos a que me proponho*».

De modo a proceder à análise dos erros de lógica, questionou-se a doente acerca das evidências da lógica, por exemplo, do pensamento «*Tenho medo de morrer*» e M. foi confrontada com situações reais, como, por exemplo, é esse o medo que apresenta frequentemente mas nunca morreu, ou do pensamento «*O facto de ir ali, vai fazer sentir-me mal*», sendo questionada em relação à quantidade de vezes que já teria feito esse percurso antes de ter o primeiro ataque e nunca se ter sentido mal.

Com o objectivo de descatastrofizar, a doente foi questionada: “Se realmente se descontrolasse e a crise continuasse, o que poderia acontecer de pior?”, respondendo «*Eu sei que acaba por passar e não me acontece nada, mas não gosto de me sentir assim enquanto dura*». Em relação à generalização que faz a situações que provocam cansaço,



foram discutidas as reacções normais do organismo quando nos cansamos e enfatizada a questão da importância que as interpretações catastróficas têm no desencadear da crise.

A 3ª consulta (8 de Março), foi marcada logo uma semana após a anterior, pois o marido de M. marcou uma viagem de avião à Madeira para ambos, e a marcação inesperada desta viagem provocou na doente elevados níveis de ansiedade antecipatória. Relativamente ao medo específico de andar de avião, inicialmente, tentou-se perceber o que fundamentava este medo e foi pedido à doente para hierarquizar as situações que causavam ansiedade relativamente à viagem que o marido acabara de marcar. M. refere que pensar que vai fazer a viagem provoca um grau de ansiedade de 80% (0-100), acrescentando que a preocupação e ansiedade no que diz respeito à viagem se prende com a certeza de que vai ter um ataque de pânico e não tem como sair do avião nem o pode mandar parar; tem medo de descontrolar-se e ter crises sucessivas que podem durar a viagem toda.

Neste seguimento, foi feito um debate lógico das evidências que sustentam o pensamento «*Tenho a certeza que vou ter uma crise no avião*» e a doente refere que só de pensar que vai fazer a viagem, sabe que vai ficar tão nervosa que não vai conseguir controlar-se. Por conseguinte, foi utilizada a técnica de reatribuição, onde se procurou perceber o que a doente pensaria se fosse outra pessoa a fazer a viagem. Para tal, foi desenhado um círculo que a doente divide consoante a sua preocupação com a viagem: 80% do círculo corresponde à certeza de que vai ter um ataque de pânico por ficar nervosa. Deste modo, foi ajudada a encontrar respostas alternativas que justificariam a ansiedade ou nervosismo normal com a viagem e as alternativas seriam: «*Estou nervosa porque vou conhecer um sítio novo*»; ou «*Estou ansiosa porque vou fazer a minha primeira viagem de avião e qualquer pessoa ficaria ansiosa nesta situação*». Após a observação dos pensamentos alternativos, o pensamento inicial passou a ser mencionado com menor importância.

Para além do referido, foi também confrontada com situações onde ocorreram os ataques de pânico, de modo a perceber que a situação não era idêntica e, portanto, o pensamento «*Tenho a certeza que vou ter uma crise*» não era sustentado logicamente. Neste sentido, foi questionada: “De acordo com o que me disse até agora, percebo que os ataques de pânico têm início perante um estímulo externo específico – realizar uma tarefa



que exija esforço físico. O que a leva a pensar que vai ter um ataque de pânico no avião, visto que vai sentada e não vai realizar nenhuma tarefa que a deixe cansada?”

É importante salientar que a viagem foi programada de forma inesperada e foi o principal motivo para a procura de psicoterapia, sendo considerada a situação que mais causava ansiedade antecipatória na doente. Apesar de não estar integrada no protocolo terapêutico até à data, pois, como já referi, surgiu inesperadamente, foi introduzida na terapia e conduziu ao confronto com uma situação ansiógena, podendo ter levado à desconfirmação das crenças erróneas.

A técnica de distração foi usada apenas para preparar a doente na realização da viagem de avião à Madeira, pois não houve oportunidade de ser explicada e utilizada noutras situações nem de ter acesso ao *feedback*, mais uma vez devido ao drop-out.

Neste sentido, foi explicado a M. a importância de se abstrair das sensações corporais quando surgirem os primeiros sintomas de ansiedade e foi explicado que as técnicas de distração poderiam ser utilizadas durante a viagem. Assim, primeiramente, a doente foi orientada a manter uma conversa com o marido durante a viagem, conversa que não deveria abranger a sua preocupação com as sensações. A esta proposta M. refere que prefere encontrar estratégias sem envolver o marido, pois ele iria estar a perguntar constantemente se ela estava bem. Por conseguinte, foi dado à doente um conjunto de estratégias que poderia utilizar: ver quantos homens e quantas mulheres iam na mesma viagem (estratégia que poderia ser utilizada logo na sala de espera); quantas pessoas teriam uma camisola da mesma cor que a sua; que palavras ela se lembrava que se relacionam com a palavra Madeira; ou lembrar-se do maior número possível de palavras que começassem pela letra M.

Estas estratégias foram bem aceites e compreendidas pela doente, que demonstrou algum ânimo e confiança no seu resultado efectivo. Neste seguimento, foi novamente salientado como estas estratégias podem funcionar como comportamento de segurança e manterem o comportamento disfuncional e foi explicado que a distração é algo que, posteriormente, assume um cariz natural.

De modo a conduzir à aprendizagem de formas de controlar a componente vegetativa da ansiedade, e visto que as queixas da doente se relacionam com dificuldades no controlo da respiração, foi ensinada a técnica do controlo respiratório. No sentido do que



os autores mencionam relativamente aos comportamentos de segurança, foi também discutido com a doente estes aspectos, salientando o seu papel na manutenção do comportamento disfuncional. Por conseguinte, e para conduzir a uma melhor compreensão destes factores, foi utilizado o exemplo do copo de água que M. bebe para se sentir melhor: “A Márcia aprendeu a associar o acto de beber um copo de água com o sentir-se melhor, mas repare, não deixa de ter ataques de pânico por beber um copo de água. Imagine, uma vez sentiu-se cansada e começou a ter os sintomas; por acaso, estava a pensar frente a um café; pensa, vou beber um copo de água para ficar melhor. O que aconteceu foi que, ao beber o copo de água, parou de caminhar, logo o cansaço diminui e os sintomas também diminuíram. Neste dia, como se sentiu melhor, o seu cérebro aprendeu que sempre que beber um copo de água, vai sentir-se melhor. Este pensamento vai funcionar como factor de manutenção dos ataques de pânico, pois a M. aprendeu que se não beber o copo de água vai continuar sempre a sentir-se mal”.



## Comentário teórico

Neste caso clínico, considero importante abordar os aspectos relativos ao drop-out, visto que o abandono da terapia deverá ser alvo de reflexão, no sentido de verificar o que poderá ter corrido mal e, se possível, alterar futuramente.

Segundo Chilelli e Enéas (s. d.), a verificação de desistências de doentes em psicoterapia é um assunto pouco explorado entre os autores, sendo dada maior importância aos doentes que comparecem nas consultas.

Em primeiro lugar, considero crucial entender as causas da não-colaboração. De acordo com Beck, Freeman e Davis (2005), existem várias causas de não-colaboração, as quais podem ser conceptualizadas em termos de habilidades, crenças e condições do *setting* terapêutico. Desta forma, os autores apresentam 22 razões que podem conduzir à não-colaboração e, apesar destas causas serem descritas separadamente, várias das causas podem ser aplicadas a qualquer problema ou a qualquer doente, em diferentes momentos.

1. O doente pode não possuir a habilidade de colaborar. Esta dificuldade pode ter origem em défices individuais de habilidades, que podem prejudicar a capacidade do doente de trabalhar efectivamente com o terapeuta. Neste caso, o terapeuta deve substituir tarefas por habilidades específicas e ensinar ou praticar alguns comportamentos que ajudem o doente a colaborar para avançar na terapia.

2. O terapeuta pode não possuir a habilidade de desenvolver colaboração. O terapeuta pode não possuir a habilidade de trabalhar com um determinado doente, devido à experiência limitada com um problema específico, com uma população específica ou com o nível de severidade do problema.

3. O terapeuta subestima o papel da cultura do doente. De acordo com a APA (2002), o comportamento problemático ou a vivência interna do doente precisam, para satisfazer os critérios da perturbação de personalidade, desviar-se acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, e não da cultura do terapeuta.

4. Crenças de outros significativos podem dificultar a mudança ou reforçar o comportamento disfuncional. Pode haver pessoas ou circunstâncias na vida do doente que mantêm os comportamentos e os esquemas disfuncionais. Deste modo, podem ser



obstáculos para a participação do doente na terapia. As crenças de outros significativos podem reflectir estigmas sobre o uso da terapia para a mudança, desconforto ou ideias distorcidas sobre afectos.

5. As ideias do doente sobre o seu possível fracasso na terapia podem contribuir para a não-colaboração. Assim, será importante perceber quais são os pensamentos do doente sobre o seu sucesso pessoal no empreendimento terapêutico e, ao detectar-se pensamentos sobre um possível fracasso, examinar e aprender a responder a essas cognições negativas são objectivos muito importantes na terapia.

6. Os doentes resistem à colaboração por acreditarem que a sua mudança será prejudicial ao bem-estar de outras pessoas. O doente pode manifestar uma visão exagerada das consequências prejudiciais que as suas tentativas de mudança terão sobre a vida de outros significativos.

7. O doente acredita que a colaboração na terapia destruirá a sua personalidade ou senso de si mesmo. Os doentes podem perceber que mudanças nas suas ideias, crenças ou pensamentos podem constituir uma ameaça directa à sua identidade pessoal. Estes doentes podem preferir a familiaridade do seu desconforto à incerteza de um novo modo de pensar ou se comportar.

8. As crenças disfuncionais do doente e do terapeuta podem estar harmoniosamente ligadas. O doente e o terapeuta podem partilhar a mesma ideia disfuncional, o que pode conduzir a uma “absorção”, por parte do terapeuta, das ideias e crenças disfuncionais do doente.

9. Não compreender o modelo terapêutico. A colaboração efectiva exige que o terapeuta dedique o tempo que for necessário para explicar ao doente a terminologia, conceitos, a importância da participação activa do doente e os objectivos no desenvolvimento das habilidades e da auto-ajuda, assim como *feedback* para verificar se o doente entende tudo o que está a ser dito.

10. O doente pode ter um ganho secundário por manter o padrão disfuncional. A actual condição do doente pode trazer-lhe benefícios ou ganhos significativos, na medida em que os familiares ou outras pessoas o podem tratar com todo o cuidado, evitar qualquer pressão ou confrontação e, de modo geral, permitir que o doente faça o que quiser. Uma



forma de trabalhar cognitivamente esses ganhos secundários consiste em avaliar a “perda primária” que acompanha o ganho secundário.

11. O timing inadequado das intervenções. O doente com perturbação da personalidade necessita de ser envolvido persistentemente num processo de aprendizagem e descoberta.

12. Os limites de tempo do cuidado gerenciado podem provocar reacção e alterar a colaboração. Há momentos em que o acesso ao tratamento é afectado pelas restrições de um número limitado de sessões impostas pelo plano de saúde, o que pode levar a problemas na colaboração, quando o terapeuta se esforça para completar o tratamento dentro desses limites de tempo, ou quando o doente se focaliza na separação que se aproxima e no final do tratamento.

13. Os objectivos da terapia podem não estar claros. Os objectivos da terapia precisam ser explicados no contexto da lista dos problemas e esta lista pode ser modificada conforme a terapia progride.

14. Os objectivos da terapia podem ser vagos e indefinidos. O terapeuta necessita de orientar o doente para que ele estabeleça objectivos para a terapia trabalháveis, observáveis e operacionalmente definidos.

15. Os objectivos da terapia podem ser irrealistas. A mudança é possível mas estabelecer o objectivo da mudança total pode conduzir o doente ao fracasso. Se o terapeuta estabelecer objectivos irrealistas, demasiadamente ambiciosos ou humildes, para o doente, este pode sentir-se sobrecarregado ou diminuído por essas expectativas.

16. Talvez não haja concordância entre o terapeuta e o doente em relação aos objectivos do tratamento. Deste modo, é necessário que ambos verifiquem se concordam em relação aos objectivos terapêuticos. Combinar os objectivos para um período determinado, discutir as razões dos objectivos, aceitar as justificações do doente, negociar mudanças, verificar se o doente compreendeu e obter e dar *feedback* são parte integrante do modelo da terapia cognitiva.

17. O doente sente-se obrigado ao tratamento e não tem motivação. Isto acontece quando os doentes são enviados para a terapia contra a sua vontade ou sob alguma pressão externa. Nestes casos, o terapeuta necessita de focar, inicialmente, a construção de um relacionamento, reduzir as percepções da terapia como um processo



agressivo, obrigatório, contra o qual o doente deve lutar, e explorar o seu interesse em diversas opções.

18. O doente acredita que a terapia é um processo passivo ou mágico. Alguns doentes acreditam que cabe ao terapeuta fazer todo o trabalho, com pouca ou nenhuma participação deles e esperam obter *insights* e mudança comportamental, a partir das observações e instruções do terapeuta. Nestes casos, muitos doentes ficam rapidamente defensivos ou desapontados com as expectativas da terapia produtiva.

19. A rigidez do doente pode impedir a adesão. Muitos doentes não conseguem romper a posição rígida que acreditam ter de manter para permanecerem seguros. Assim, os mesmos problemas que os trouxeram à terapia, são os motivos da não-colaboração.

20. O doente pode ter um controlo insuficiente dos impulsos. Para estes doentes as restrições de uma sessão semanal, uma abordagem terapêutica estruturada, um tempo determinado para cada sessão, ou o limite de tempo da hora terapêutica podem conduzir a ansiedade ou raiva.

21. O doente ou o terapeuta podem ficar frustrados pela falta de progresso na terapia. Dada a natureza de longo prazo dos problemas das perturbações da personalidade, o seu efeito generalizado por toda a vida do doente e a natureza de longo prazo da terapia, o doente ou o terapeuta, ou ambos, podem ficar frustrados.

22. Questões que envolvem a percepção do doente de que o seu status e a sua auto-estima diminuíram impedem a adesão. Para muitas pessoas, tornar-se um “doente” implica que existe alguma coisa fundamentalmente errada com elas.

Apesar de considerar importante referir estes factores, não pode ser descurado o facto da doente referir ganhos terapêuticos e abandonar a terapia quando, visivelmente, o seu problema desapareceu.

Num estudo realizado por Pang, Lum, Ungvari e Wong (1996), relativamente ao abandono da terapia em doentes psiquiátricos, 41% dos sujeitos que desistiram do processo terapêutico referiram como causa a remissão dos sintomas. Neste sentido, Chilelli e Enéas (s. d.) salientam que este factor é um aspecto sugestivo de uma possibilidade pouco explorada que é a remissão espontânea ou consequente à passagem do tempo.



Em quadros de pânico, a recaída após o tratamento ocorre na maioria dos casos como resultado da descontinuação da prática de habilidades e de exposição, assim como de acompanhamento posterior inadequado da terapia. Efectivamente, o tratamento, muitas vezes, é abruptamente encerrado pelo doente quando os seus sintomas desaparecem (Dattilio, Kendall, 2004).

Neste sentido, de acordo com Dattilio e Kendall (2004), é essencial que, no contrato com o terapeuta, o doente combine completar o tratamento e incluir sessões de acompanhamento, para verificação de habilidades e antecipação do uso de técnicas no caso de uma recorrência espontânea dos sintomas do pânico.

No caso clínico apresentado, a doente poderá ter desistido da terapia após ter obtido os primeiros ganhos terapêuticos. Contudo, é importante salientar que o facto da viagem ter corrido bem, poderá relacionar-se com a ideia de controlo e reforçar outros aspectos que não foram introduzidos no protocolo terapêutico porque foi apenas pedido a resolução do problema considerado aqui pela doente como apenas as crises de pânico. No entanto, M. mostra que fica ansiosa quando não controla os sintomas e, se estes sintomas surgirem no decorrer da viagem e a doente os conseguiu controlar, poderá ter reforçado a crença relacionada com o controlo. Deste modo, as estratégias aprendidas podem ser vistas como algo que deve ser sempre utilizado em situações de ansiedade e, conseqüentemente, funcionar como factor de manutenção da perturbação.

De qualquer forma, independentemente das crenças que a doente manifesta, os ataques de pânico e o medo de fazer uma viagem de avião, queixas que a doente apresentou como aspectos invalidantes e motivo da consulta, foram resolvidas. Afinal, as pessoas geralmente encontram uma forma de se ajustarem aos esquemas fundamentalmente tendenciosos que também restringem ou sobrecarregam a sua capacidade de lidar com os desafios da vida a longo prazo e extrair benefícios deles a curto prazo (Freeman, 1987).

Na terapia cognitiva é essencial uma postura persistente, calma, focada no problema e sem julgamentos em relação ao doente e ao que ele espera do processo terapêutico (Beck, Freeman, Davis, 2005).



Por vezes, os esquemas podem ser comparados a um sapato velho, gasto mas confortável; um sapato que já não é muito usado, mas não dá para deitar fora por ser tão confortável (Young, 2003).

## **Comentário pessoal**

Em apenas três consultas, M. tornou-se uma pessoa que não poderei esquecer ao longo do meu futuro profissional, por ter sido a primeira que me proporcionou o contacto directo com os meus principais receios e possibilitou, deste modo, a desconfirmação das minhas interpretações catastróficas.

Poderá dizer-se que o processo terapêutico funcionou como uma terapia quase mútua. Quase mútua no sentido de que enquanto eu proporcionava à doente estratégias para a desconfirmação das suas crenças, ela proporcionava-me o espaço e a situação para a desconfirmação das minhas, como se de uma técnica de exposição se tratasse.

Desde o primeiro momento, sentada eu na cadeira da “observação”, preparada para executar a minha função de observadora e comentadora final, pois os doentes parecem ter olho clínico e perceberem quem é o experiente e quem é o amador, estabeleceu-se uma relação terapêutica, onde houve uma empatia imediata, que penso ter influenciado a resolução rápida das principais dificuldades manifestadas no início da terapia. Efectivamente, parece ter havido uma confiança e colaboração por parte de M. que facilitaram o processo terapêutico (também o meu), mas particularmente o dela.

De qualquer modo, não posso deixar de salientar o desafio de ter à minha frente uma pessoa com insight, julgamento crítico e ideia pré-concebida do seu problema, como se tudo o que disséssemos merecesse uma resposta, como, “Sim, eu sei, eu percebo, inclusive já tinha pensado nisso”.

Para finalizar, não posso descurar o entusiasmo e motivação que M. fez (re)nascem em mim neste ano de estágio. Afinal, foi a primeira doente que tive a oportunidade de observar e acompanhar com uma perturbação do Eixo I e, pela primeira vez, pude enquadrar um doente num livro, considerando, inevitavelmente, que cada caso é um caso, podendo ter muitos aspectos de muitos casos.



## Identificação do Caso Clínico 2

Caso Clínico: 2

Diagnóstico: Ansiedade reactiva a um acontecimento específico (processo de divórcio)

Data de Incurção (consulta externa): 04/01/2007

Fase da Terapia: Alta Experimental

Orientadora: Dra. Susana Meirinho

Terapeuta: Alexandra Cristóvão



## **Dados biográficos**

Nome: I. T.

Idade: 60 anos

Sexo: feminino

Estado civil: casada (em processo de divórcio)

Profissão: aposentada há 5 anos; trabalhava como administrativa num centro de saúde

Agregado familiar (idades e profissões): vive sozinha desde a separação; 2 filhos casados (36 e 32 anos); o mais velho reside na Covilhã e o mais novo em Coimbra.

Naturalidade/ Residência: Figueiró dos Vinhos/ Covilhã

## **Motivo da consulta**

I. T. não é seguida em consultas de psiquiatria e, por iniciativa própria, pede ao médico psiquiatra – Dr. Jorge Barbosa, para iniciar acompanhamento psicológico. A doente refere que vai à consulta de psicologia porque está a atravessar uma fase muito difícil devido à separação do marido e processo de divórcio, mencionando que a principal razão que a conduziu às consultas relaciona-se com o facto de não conseguir entender o motivo da separação.

## **Dificuldades actuais**

I. T. vem à consulta de psicologia sozinha e apresenta-se com um aspecto cuidado e vestuário de acordo com a sua faixa etária; mantém o contacto visual ao longo da consulta e apresenta um tique relacionado com o movimento involuntário de piscar os olhos, movimento que ocorre sempre que é mencionada uma situação que provoque ansiedade na



doente. O discurso é espontâneo, coerente e lógico e a doente apresenta-se colaborante com o processo terapêutico, dando exemplos de situações específicas que possibilitam a compreensão das suas dificuldades e demonstrando-se receptiva à utilização de propostas e estratégias terapêuticas. A nível do estado emocional, I. T. apresenta humor eutímico, manifestando altos níveis de ansiedade quando se refere a situações relacionadas com as queixas principais.

A principal área de dificuldades referida pela doente resume-se à adaptação e aceitação do processo de divórcio que está actualmente a vivenciar. Quando pensa nesta situação, sente tristeza e angústia e refere a solidão, caracterizada por um vazio dentro de si, como o mais difícil de suportar. A doente acrescenta que, ultimamente, se sente mais ansiosa porque recebeu a intimação do tribunal e refere que *«todas estas burocracias vão remexer no passado e não sabe como se vai sentir pois, se por um lado, vai ser tudo resolvido duma vez, por outro lado, vai sentir mais a rejeição»*. A nível cognitivo, apresenta pensamentos, tais como, *«Ser rejeitada é o pior que pode acontecer a uma mulher»*; *«Preciso perceber onde errei para poder encerrar o assunto»*; *«Quando ele saiu de casa, senti-me a flutuar, foi como se me tivessem tirado tudo»* ou *«O que mais me dói é não me sentir completa; falta-me aquele carinho, alguma coisa cá dentro»*. Quando está ansiosa, apresenta, como sinais vegetativos, palpitações e menciona dificuldades em adormecer, referindo que passa a noite toda muito agitada.

Os sentimentos de tristeza, angústia e solidão acentuam-se quando está em sua casa sozinha. A doente refere existir dias em que se sente muito melhor mas haver outros em que se sente muito triste e prefere mesmo ficar sozinha, apresentando comportamentos de isolamento. Quando se isola, acaba por se sentir mais angustiada, mencionando situações onde insistiram para que ela saísse e, apesar de não apresentar disposição para isso, acabou por se divertir e sentir bem.

I. T. faz referência a um episódio que ocorreu no dia de Páscoa, dizendo que o filho mais velho, residente na Covilhã, insistiu para que ela fosse almoçar a sua casa mas a doente refere que nesse dia não estava com disposição para conviver com outras pessoas e recusou o convite. Porém, quando se encontrava à porta da igreja, após ter assistido a uma cerimónia religiosa, apareceu o filho com o seu cunhado e levaram-na para o almoço. A doente descreve este episódio, dizendo *«Eu estava a conversar com uma senhora que*



*encontrei cá fora e, de repente, quando me apercebo, estava o meu filho e o cunhado dele, os dois vestidos com um pólo azul, de braços cruzados e as pernas abertas, como dois seguranças, a olhar para mim. Entretanto, dirigiram-se e agarraram-me nos braços, um de cada lado, e levaram-me dali sem me deixarem despedir da senhora. Achei piada à situação mas depois até me senti mal porque nem falei com outras pessoas que também ali estavam».* I. T. acrescenta que, apesar de não estar com disposição, o almoço foi agradável e acabou por passar a tarde toda em casa do filho distraída a conversar, indo para sua casa apenas à noite.

A doente descreve que os sentimentos de tristeza acentuam-se igualmente quando vê casais da sua idade unidos e felizes ou noutras situações onde as lembranças do seu casamento se tornam mais efectivas. Neste sentido, faz referência a um episódio que ocorreu em casa do filho mais novo aquando os preparativos para o baptizado do neto: I. T. encontrava-se na companhia da nora a preparar algumas coisas para o almoço e enquanto os convidados não chegavam, a nora foi ligar um aparelho de som e pôs uma música com a qual I.T. se identificava para se distraírem. A doente refere que quando começou a ouvir a música, teve muitas recordações do seu casamento e começou a sentir-se muito triste e a chorar compulsivamente. É também citada uma profunda tristeza quando vê, no decorrer do almoço, outros casais juntos e felizes, sendo referido *«Quando isto acontece, pergunto-me o que aconteceu? Porquê?»*

De forma a resolver o problema da adaptação e aceitação do processo de divórcio, a doente refere tentar abstrair-se e, para isso, sair de casa e conviver com outras pessoas, assim como realizar actividades que gosta, dando o exemplo da leitura ou fazer compras, actividade que, por vezes, se torna compulsiva e é também mencionada como um problema. I. T. diz que compra, por exemplo, peças de roupa e mais tarde apercebe-se que não gosta assim tanto do que comprou, guardando a roupa sem a chegar a usá-la. Quando isto acontece, sente-se triste e revoltada, referindo *«Podia ter gasto o dinheiro noutra coisa mais importante; isto não me faz falta e nem gosto assim tanto».*

A segunda área de dificuldades apresentada remete para a construção de novos relacionamentos interpessoais e tomada de decisão. I. T. cita que quando recebe um convite para sair, fica muito indecisa e apresenta pensamentos, tais como, *«Não sei como me vou sentir»* e *«Estou sempre com pé atrás; sou uma pessoa conservadora e ligo muito a*



“*marcha a trás*”». A nível emocional, refere sentir-se ansiosa, o que se manifesta por agitação psicomotora e palpitações.

Quando decide aceitar o convite, a doente diz sentir-se ansiosa porque «*não sabe como se vai sentir depois*», mas no decorrer da situação, distrai-se e sente-se bem. A doente acrescenta que não fala sobre a situação do divórcio porque não quer que as pessoas saibam como se sente, mantendo conversas sobre «*assuntos normais que ajudam a passar o tempo*».

Em relação à dificuldade em tomar decisões, exemplifica uma situação que a «*deixa nervosa e ansiosa*»: I. T. tem um livro em sua casa que foi emprestado por uma das irmãs do marido e quer entregá-lo pois devido à situação da separação e divórcio, verificou-se um afastamento entre as duas e a doente não quer ficar com coisas que não são suas. Devido ao afastamento, não se sente à vontade para ir a casa da cunhada, apresentando pensamentos, tais como, «*Podemos acabar a discutir e de certo eu vou humilhar-me e chegar a casa muito nervosa*».

As dificuldades apresentadas interferem na relação com os seus filhos, na medida em que eles demonstram preocupação com a mãe e I. T. menciona que não lhes fala dos seus problemas e sentimentos, dizendo «*Perante os meus filhos, tenho de ser forte e mostrar que estou erguida; não posso mostrar que estou mal, a fraqueza humana*». A nível geral, em todas as suas relações interpessoais, é necessário insistir para que a doente se distraia e converse sobre o processo de divórcio. A doente diz não falar com ninguém acerca da solidão e tristeza sentidas, acreditando que a podem julgar, e acrescenta que ninguém sabe que ela é acompanhada em consultas de psicologia pois, dessa forma, perceberiam que está mal.

É salientado que as dificuldades apresentadas não seriam sentidas de forma tão intensa se continuasse a trabalhar, sendo referido: «*Se tudo isto acontecesse há 10 ou 20 anos atrás, eu não sentiria da mesma forma, pois trabalhava e distraia-me mais; relacionava-me bem com todas as pessoas no trabalho e via as coisas doutra forma*».

Como áreas de bom funcionamento e interesse, são citadas a leitura e, neste sentido, a doente diz gostar muito de ir à biblioteca e ficar a ler durante a tarde; decoração da casa; e pintura. Para além do referido, I. T. faz parte da academia sénior mas diz que, desde que se iniciou o processo de divórcio, a sua assiduidade diminuiu significativamente.



Em relação ao processo terapêutico, a doente espera obter respostas às dúvidas persistentes referentes ao motivo da separação, assim como diminuir o sentimento de solidão. É, contudo, citado a importância do tempo para a resolução do seu problema, sendo mencionado: «*Acredito que é tudo uma questão de tempo e ainda vou ser muito feliz; sei que ainda está algo de muito bom guardado para mim*» e «*Deus ou alguma coisa dentro de mim, dá-me muita força*».

## **Início e desenvolvimento das dificuldades**

As dificuldades apresentadas por I. T. tiveram início há, aproximadamente, 3 anos e meio, altura em que o seu marido saiu de casa. A doente refere que andou obcecada com a separação durante muito tempo porque o marido decidiu sair de casa sem se justificar e sem lhe dar oportunidade de perceber o que possa ter corrido mal.

É referido pela doente um afastamento por parte do marido há cerca de 14 anos, acontecimento que, segundo I. T., não foi visto com muita importância porque «*quando se ama, ou não se vê, ou não se quer ver*». A doente acrescenta que há cerca de 4 anos, o marido teve um AVC quando se encontrava no Porto numa “viagem” de negócios. I. T. diz que, na altura, quis ir ao Porto para estar com o marido mas ele demonstrou que não queria. Mais tarde a doente diz que «*veio a saber-se que ele estava lá com outra mulher*». Os filhos «*só se foram apercebendo dos problemas mais para o final*» e, defendiam e apoiavam a mãe. Com o apoio dos filhos e da sogra, com quem, nesta altura, desabafava, foi ultrapassando os problemas.

Antes da separação, o marido começou a dormir no quarto do filho, dizendo que estava muito cansado e precisava de espaço. Quando ele decidiu sair de casa, I. T. entendeu que era temporário e os filhos «*fizeram de tudo para que o pai voltasse*». Alguns dias depois da saída do pai, descobriram que ele estava a viver com outra mulher, uma amiga da doente.

I. T. refere que, nesta altura, se sentiu muito mal, acrescentando que quando trabalhava era tudo mais fácil. Segundo a doente, com o apoio dos familiares e amigos,



«conseguiu erguer-se». O marido acabou por pedir o divórcio mas ela recusou, referindo que «decidiu impor-se».

Há cerca de 1 ano, o marido pediu para voltar para casa, mencionando que sentia falta da casa e da vida que tinha quando estavam juntos. Na altura, a doente ficou ansiosa e aceitou ter uma conversa com ele, onde teve a oportunidade de dizer tudo aquilo que sentia. A doente recusou uma reconciliação porque, durante a conversa, ele nunca referiu que sentia falta dela nem explicou o motivo da sua saída de casa.

Aquando a separação e durante os dois anos seguintes, verificaram-se comportamentos de isolamento e a doente refere: «Nessa altura, não queria ver ninguém e passava horas agarrada às coisas do meu marido e chorava, chorava»; diz não conseguir durante esse tempo todo tirar as fotografias dele e manter tudo da mesma forma mas acrescenta: «Agora tenho a certeza que acabou e não o aceitaria de volta»; «Tirei todas as fotografias que tinha dele e agora durmo do lado dele na cama, não para me sentir mais perto, mas sim para eliminar esse lugar. Não é como era antes, que dormia agarrada a almofada dele só para o sentir mais perto».

Há cerca de dois anos, faleceu um irmão da doente, na altura com 45 anos de idade. Este acontecimento é citado com tristeza e I. T. refere ter sofrido muito, mas não é mencionado como tendo relação com as suas dificuldades actuais.

## **História do desenvolvimento e aprendizagens prévias**

I. T., 60 anos, sexo feminino, nasceu em Figueiró dos Vinhos e reside na Covilhã há cerca de 40 anos. A família materna é de Lisboa e a família paterna de Miranda do Douro. I. T. é a mais velha duma fratria de 12, um dos quais faleceu há cerca de 2 anos. Quando a doente tinha 19 anos faleceu a avó materna e pouco tempo depois o avô que «coitadinho, não aguentou a falta». Há cerca de 30 anos, faleceu a mãe, e há 19 anos, aproximadamente, o pai, acontecimentos citados com tristeza: «Sofri muito com a morte dos meus pais e ainda hoje lembro-me muito deles e tenho saudades, mas não sei porquê ainda estou a sofrer mais com a separação». O pai esteve casado com outra senhora durante três anos e, apesar de I. T. respeitar a decisão do pai e considerar que a sua companhia era boa para ele, refere



nunca ter ido a sua casa enquanto eles estiveram juntos e acrescenta que se lembra muitas vezes desta situação quando pensa no seu futuro: «*Muitas vezes, penso que ainda posso ser feliz e até encontrar outra pessoa mas lembro-me de como me sentia quando via o meu pai com outra mulher e não quero que os meus filhos também sintam isso*».

A doente casou-se no ano de 1968 e diz que foi tudo como ela queria, acrescentando que «*sempre foi muito senhora de si*». Refere que teve muitos pretendentes mas sempre pensou que quando se casasse tinha de ser com uma pessoa de quem gostasse verdadeiramente e menciona que com o marido foi assim. O casamento realizou-se em Fátima, local onde a doente sempre quis que fosse a cerimónia. I. T. diz que, no início, foi o sonho da sua vida e correu tudo bem até há, aproximadamente, 14 anos, altura em que começa a sentir um afastamento por parte do marido.

## **Formulação**

De acordo com as informações recolhidas, verifica-se que a doente não apresenta um quadro de ansiedade patológica, mas sim ansiedade reactiva ao processo de divórcio, pois é um processo que, de acordo com Granvold (2004), caracteristicamente envolve fases repetitivas de intercâmbios e deliberações emocionalmente difíceis, que têm um efeito cumulativo desgastante sobre a pessoa.

A doente manifesta ansiedade perante acontecimentos que recordam de alguma forma a sua condição de mulher casada, condição que sofreu modificações de forma involuntária, onde se verifica uma tomada de decisão unilateral, o que naturalmente, e de modo isolado, conduz a uma dificuldade acrescida na adaptação.

Como predisponentes da dificuldade na aceitação e adaptação à condição de mulher divorciada, pode salientar-se o facto do casamento se ter realizado de acordo com os padrões adoptados pela doente pois «*sempre foi dona de si*» e o marido ser o homem de quem gostou verdadeiramente, o que poderá ter conduzido a expectativas e sonhos que não correspondem aos acontecimentos actuais e, como tal, a aceitação desses acontecimentos, já por si geradores de ansiedade, poderão estar a provocar na doente conflitos frequentes e



prolongados. Assim, a magnitude da perda do relacionamento contribui para as respostas que a doente expressa.

Por outro lado, a história de perdas passadas, como a morte dos avós e depois da mãe e do pai, poderão ter conduzido à formação de esquemas de abandono ou perda, activados aquando a saída de casa por parte do marido, o que poderá ter conduzido a sentimentos de tristeza mais profundos, sentimentos mantidos por pensamentos, como, «*Ser rejeitada é o pior que pode acontecer a uma mulher*».

Por fim, a reforma há cerca de 5 anos, poderá ter conduzido a uma necessidade de adaptação e criação de novos papéis sociais, e a situação de separação e divórcio, manejável noutras circunstâncias, como é referido pela doente («*Se tudo isto acontecesse há 10 ou 20 anos atrás, eu não sentiria da mesma forma, pois trabalhava e distraia-me mais; relacionava-me bem com todas as pessoas no trabalho e via as coisas doutra forma*»), são vivenciadas num momento em que as capacidades para acomodar eficazmente as mudanças estão nitidamente prejudicadas.

Encontrando-se no Estágio 2 do divórcio – separação física e transição para o estado de solteira (Granvold, 2000), surge a necessidade de tomar decisões difíceis, como, por exemplo, relativas à divisão dos bens, assim como a necessidade de adaptação a um funcionamento autónomo. A disponibilidade do ex-companheiro como amigo, amante e colaborador na tomada de decisões pertence ao passado, o que para I. T. representa uma profunda perda. Todos estes factores poderão ter gerado na doente ansiedade, quer na construção de novas relações interpessoais, pois, durante cerca de 40 anos, esteve diariamente presente um amigo e companheiro, quer na tomada de decisões, pois estas eram conjuntamente partilhadas.

Como factores de manutenção das dificuldades, salientam-se os comportamentos de isolamento, que não permitem a desconfirmação das crenças relacionadas com a rejeição, e a verificação da importância de actividades gratificantes e dos seus diversos papéis sociais. Para além dos comportamentos referidos, salienta-se a dificuldade em expressar as emoções, o que não possibilita a aproximação de outras pessoas, e conduz à permanência do isolamento e solidão, que causam tristeza e não possibilitam a adaptação à perda.



## **Protocolo terapêutico**

### Objectivos e Estratégias Terapêuticas

**I** – Estabelecer uma relação terapêutica empática, envolvendo a doente no processo terapêutico.

1. Exibição de uma postura de aceitação incondicional
2. Familiarização com o modelo cognitivo-comportamental e procedimentos terapêuticos
3. Utilização de estratégias de colaboração

**II** – Promover a compreensão da componente vegetativa da ansiedade.

1. Dar o racional da resposta de ansiedade

**III** – Promover estratégias de confronto de solução de problemas.

1. Utilização dos sentimentos e emoções como pistas para o reconhecimento dos problemas
2. Relativização do problema e sua atribuição a causas de natureza transitória e controlável
4. Concepção do problema como um desafio, uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento
5. Promoção de expectativas de auto-eficácia em relação ao problema
6. Construção de uma visão do *self* como um “sistema” de significados de identidade multifacetado e em constante mudança

**IV** – Facilitar a adopção de um padrão cognitivo e comportamental mais adaptativo e funcional

1. Debate das crenças disfuncionais através do questionamento socrático e confrontação



2. Lista e análise de vantagens e desvantagens da adopção de pensamentos alternativos para facilitar a tomada de decisão
3. Prescrição de actividades gratificantes com explicação prévia dos seus objectivos

**V – Ajudar a antecipar e monitorizar as potenciais dificuldades futuras**

1. Explicação das possíveis recaídas
2. Solicitação do feedback da doente
3. Reforço de ganhos



## **Feedback terapêutico**

O processo terapêutico teve início no dia 4 de Janeiro de 2007 e as consultas seguintes foram marcadas com intervalos mensais, há excepção da 4ª consulta, que teve um intervalo maior, devido a incompatibilidades com compromissos da doente. As duas primeiras consultas foram dirigidas pela Dra. Susana Meirinho, as quais assisti com a autorização da doente. As consultas posteriores foram dirigidas por mim, após o seu consentimento, passando a ser eu a acompanhar o caso clínico com a orientação e apoio da psicóloga responsável.

De uma maneira geral, o processo terapêutico consistiu em facilitar a expressão das emoções e orientar o processo de criação de significado de forma a promover as funções adaptativas dessas mesmas emoções. Dada a natureza demorada do processo de divórcio e a presença duma decisão unilateral, assim como circunstâncias que predisuseram a doente a dificuldades acrescidas na mobilização de recursos para a resolução do problema, pode considerar-se que a intervenção se efectuou numa situação de crise. Assim, de modo a promover as funções adaptativas das emoções apresentadas pela doente, foi necessário avaliar a atribuição do significado ao acontecimento e avaliar as respostas a esse acontecimento, de modo a perceber a capacidade prejudicada de enfrentar adequadamente a situação.

Portanto, nas 1ª e 2ª consultas (4 de Janeiro e 6 de Fevereiro), após o estabelecimento do início da relação terapêutica, caracterizado por demonstração de entendimento e empatia, procedeu-se à recolha de informação para reunir dados que possibilitassem perceber as dificuldades da doente, realizar avaliação de risco (depressão, suicídio, abuso de substâncias, entre outros), obter informações sobre recursos e forças pessoais, e fazer a formulação do caso clínico, assim como criar um plano de tratamento efectivo.

Dadas as características de I. T., tais como, colaboração com o processo, *insight*, facilidade na compreensão das estratégias, e suporte familiar e social, assim como a ausência de respostas comportamentais extremas, apesar das vulnerabilidades associadas à



redução na capacidade de enfrentamento, uma terapia breve e semi-estruturada resultou numa melhoria significativa.

Apesar de não se verificar ansiedade patológica, o aproximar do processo legal e antecipação de ver o marido, pois apenas se encontram nestas situações, conduziram a altos níveis de ansiedade na doente, e na 3ª consulta (7 de Março) foi dado o racional da resposta ansiosa e explicada a sua função adaptativa. I. T. refere que a audiência em tribunal, que estava marcada para breve, foi adiada por motivos pessoais do advogado do seu marido. Deste modo, procedeu-se à exploração das emoções sentidas perante o adiamento e é mencionado pela doente um sentimento ambivalente: «*Por um lado, preferia que ficasse tudo resolvido, mas por outro senti-me aliviada porque ainda não foi desta*». Através de técnicas como diálogo socrático e flecha descendente, explorou-se as crenças básicas relacionadas com a dificuldade de aceitação do processo de separação e foram identificados a rejeição e o sentimento de perda, assim como a ausência de participação na tomada de decisão, as questões que provocam maior dificuldade no enfrentamento do problema.

Na 4ª consulta (19 de Abril), I. T. mostra-se reticente ao processo terapêutico, mencionando que a solidão continua a ser um problema para si e causa uma grande tristeza. Neste seguimento, foi dado o racional da terapia cognitivo-comportamental, enfatizando-se a importância da interpretação do acontecimento no processamento da informação. A doente refere ter gostado da explicação e, nesta consulta, verifica-se um maior envolvimento na terapia, assinalado por uma expressão das emoções de forma mais espontânea, o que contribui significativamente para os ganhos terapêuticos.

Perante o relato de outras perdas significativas, que, «*apesar de causarem muito sofrimento, não foram tão difíceis de suportar*», como a morte dos pais e dos avós, a doente foi confrontada acerca das diferenças na relação matrimonial, onde se verifica uma partilha significativa de papéis, e na relação com os outros familiares, apesar de fazer referência a familiares directos. Aqui, foi introduzido um breve esclarecimento das diferentes fases do ciclo vital e da importância e significado das crises não normativas em cada uma das fases e, por fim, foram mencionadas as diferentes fases do processo de luto e, conjuntamente com a doente, descrita a fase em que se encontra.

Na sequência da delimitação das diferentes fases, foi percebida a natureza transitória do problema, visto que a doente se recorda dos primeiros meses, onde se



verificou um choque, que conduziu a lamentação e negação, e distingue dos sentimentos actuais – ambivalência entre a racionalização e consciência de que quer o processo resolvido e angústia pelo sentimento de rejeição. A fase em que actualmente se encontra caracteriza-se pelo afastamento e isolamento social e, neste sentido, é referida pela doente a dificuldade na construção de novos relacionamentos interpessoais e tomada de decisão, mencionando o episódio do livro que tem em sua casa e pertence à cunhada. Aqui, foi criada uma lista de vantagens e desvantagens relativamente à ida a casa da irmã do marido entregar o livro.

A 5ª consulta (15 de Maio) resumiu-se à relativização do problema e construção de uma visão do *self* como um “sistema” de significados de identidade multifacetado e em constante mudança. Deste modo, foi construído, conjuntamente com a doente, um esquema de diversos papéis sociais e familiares que exerce actualmente, e compreendida a importância de cada um deles.

Nesta consulta, foi introduzida uma nova questão por parte da doente referente aos comportamentos impulsivos que, por vezes, manifesta no que se relaciona com compras como, por exemplo, peças de vestuário. Nestas situações, fica arrependida porque percebe, mais tarde, que podia ter gasto o dinheiro nalguma coisa que fizesse realmente falta. Na sequência do relato deste comportamento, foi criada uma lista de estratégias que poderiam ser usadas em situações semelhantes: fazer uma lista do que realmente precisa quando vai às compras; não comprar, por exemplo, uma peça de roupa que gosta, quando a vê pela primeira vez e aguardar até ao dia seguinte, de modo a perceber se faz falta ou se continua a lembrar-se da peça com a mesma intensidade; fazer uma lista das vantagens e desvantagens de comprar algo que gosta e não necessita.

Por fim, de forma a diminuir o isolamento característico da fase em que se encontra e, após uma explicação da sua influência nas emoções negativas, procedeu-se à prescrição de actividades gratificantes.

Na 6ª consulta (31 de Maio), já resolvido o processo legal do divórcio, e, após ser mencionado pela doente que a sua presença em tribunal causou baixos níveis de ansiedade e não verificou alterações nas suas emoções que começavam a ser, com maior frequência, positivas, foi solicitado o seu feedback em relação aos ganhos terapêuticos. Neste seguimento, verificou-se o aumento de actividades gratificantes e consequente diminuição



do isolamento, assim como maior facilidade na tomada de decisão. Na sequência desta informação, foi feito o reforço dos ganhos obtidos na terapia, assim como, a antecipação de possíveis dificuldades futuras e prevenção de recaídas.

Dada a verificação de uma mudança significativa dos comportamentos mal-adaptativos e a sua substituição por comportamentos alternativos mais adaptativos e conseqüente alteração das emoções, assim como a preocupação com uma possível dependência do processo terapêutico, foi dada alta experimental à doente.

Efectivamente, começa a notar-se em I. T. uma certa dependência em relação ao processo terapêutico, sendo mencionada uma grande dificuldade em partilhar os sentimentos mesmo com os familiares próximos, o que era feito exclusivamente nas consultas, pois, como é referido, «*Aqui sei que não sou julgada*». Para além da dificuldade apresentada, é de salientar que ninguém sabia da sua presença em consultas de psicologia. Neste sentido, a doente foi reforçada para expressar as suas emoções, sendo debatidos pensamentos, como «*Perante os meus filhos, tenho de ser forte e mostrar que estou erguida; não posso mostrar que estou mal, a fraqueza humana*». É de realçar que I. T. apresentou uma grande facilidade na compreensão das estratégias e dos seus objectivos, e manifestou concordância quando, no decorrer do processo, lhe foram sugeridas formulações do seu caso, de acordo com novas informações que iam surgindo. Para além do *insight*, a doente apresenta um bom suporte familiar e social, assim como, uma «*grande vontade de viver*».



## Comentário teórico

O processo de divórcio é entendido como uma crise não normativa, circunstancial e, portanto, não previsível, constituindo uma etapa distintiva, um processo evolutivo alternativo que difere do ciclo vital das famílias ou casais intactos (Macias, 1994). No caso clínico apresentado, o que mais se salienta no decorrer do processo é a dificuldade de adaptação ao divórcio, o que poderá relacionar-se com inúmeros factores, sendo fulcral a não previsibilidade da crise. Segundo Macias (1994), sendo uma crise não normativa, é simultaneamente, não previsível e, ocorrendo depois de uma relação de aproximadamente 40 anos, o que é considerado pela doente «*uma vida*», a não previsibilidade poderá alimentar a dificuldade na aceitação.

Neste seguimento, fazendo referência à organização do sistema subsequente à separação, Alarcão (2007) salienta a importância da forma como cada elemento, por um lado, e o(s) sistema(s), por outro, interpretam a crise. Segundo McCubbin & McCubbin (1989), esta crise pode ser evitada quando a pessoa avalia a situação como um desafio manejável. Granvold (2004) refere, por isso, ser fundamental aquando do tratamento, entender a perspectiva exclusiva do doente e avaliar as suas respostas ao stressor, que reflectem a actual capacidade prejudicada de enfrentar adequadamente a situação.

Um evento stressor transforma-se num estado de crise quando os recursos que a pessoa mobilizou e as suas expectativas de exercer domínio sobre a situação não resultam na redução da pressão desse stressor (Epstein & Schlesinger, 2004). De acordo com Boss (1988), há três categorias mais importantes de recursos relevantes ao enfrentar um evento stressor: (1) os recursos pessoais de cada indivíduo; (2) os recursos do casal ou sistema familiar; e (3) os recursos oferecidos pelo ambiente além daqueles provenientes da família. Exemplos de recursos individuais incluem saúde, inteligência, instrução, habilidades profissionais, finanças e características psicológicas, como auto-estima e senso de domínio. Neste sentido, Relvas (2007) refere que, a reorganização da família pós-divórcio percorre um enorme leque de domínios, desde o financeiro e laboral, às redes de suporte social e aos amigos.



Willi (1993), refere estatísticas epidemiológicas que demonstram que os indivíduos divorciados ou que perderam o cônjuge apresentam índices mais elevados em estudos sobre perturbações psíquicas, mortalidade, doenças psicossomáticas, consumo de substâncias, suicídios, entre outros, relativamente a pessoas casadas. Para além destes resultados, o autor menciona resultados de pesquisas sobre satisfação com a própria vida, dedicação e sucesso profissional, onde as pessoas casadas aparecem melhor situadas relativamente às que não têm parceiros.

O divórcio consiste num processo de perda cumulativa e de adaptação, caracterizando-se por crises repetitivas (Granvold, 2004). Uma crise compreende três elementos: (1) presença de um acontecimento que modifica ou ameaça a vida; (2) percepção que o indivíduo tem do acontecimento como uma ameaça significativa; e (3) incapacidade actual por parte do indivíduo para enfrentar a ameaça ou para mobilizar os recursos psicológicos e/ou físicos para facilitar a resolução (Granvold, 2000).

A experiência do divórcio, de acordo com Granvold (2004), é um acontecimento que provoca grandes níveis de ansiedade para a maioria das pessoas que passam por ela, e as respostas a esta situação ansiógena são variáveis, podendo englobar episódios depressivos e pânico, hostilidade e raiva, abuso de substâncias, ou, em casos extremos, suicídio e homicídio. A variabilidade nestas respostas depende da interpretação que a pessoa dá à crise e dos recursos mobilizados para a sua resolução. I. T., apesar de manifestar altos níveis de ansiedade relativamente à situação de divórcio, não apresenta comportamentos extremos, o que poderá relacionar-se com os recursos que ela mobilizou. Efectivamente, e de acordo com o exposto por Boss (1988), a doente manifesta recursos familiares, salientando-se o apoio dos filhos e das noras; recursos do ambiente, onde se realçam os convites de amigas para sair de casa e se abstrair dos problemas, assim como, a pertença à academia sénior; e recursos pessoais, tais como, saúde, insight e volição. Porém, relativamente aos últimos, é importante salientar alguns factores que influenciam a interpretação do processo de divórcio, particularmente no que se relaciona com o caso clínico.

De acordo com os dados apresentados em relação ao divórcio constituir um acontecimento que só por si é gerador de ansiedade (Granvold, 2004) e os dados



epidemiológicos no que se relaciona com perturbações psíquicas (Willi, 1993), assim como a informação relativa ao recursos necessários para que se verifique uma redução da pressão causada pelo acontecimento stressor, é necessário compreender, com base na revisão bibliográfica, quais são os factores que influenciam, neste caso clínico específico, o experimentar de uma crise.

Num período temporal que varia de família para família, encontram-se movimentos de aproximação e afastamento, de raiva e rejeição e de compreensão e aceitação que criam fronteiras tão mais ambíguas quanto maiores são as oscilações entre separações e reconciliações (Alarcão, 2007). O sentimento de ambiguidade manifestado por I. T. quando recebeu a intimação do tribunal, e a dificuldade na adaptação, passados três anos e meio da separação, visto, de acordo com Alarcão (2007), o período temporal de reorganização dura, na maior parte das vezes, um ano, poderá estar relacionado com as oscilações entre pedidos de separação e reconciliação. De facto, o marido saiu de casa há cerca de três anos e meio sem dar a oportunidade a I. T. de esclarecer os seus motivos; pede o divórcio e a doente recusa; há cerca de um ano e meio, pede para voltar a casa, mencionando ter saudades da vida que tinha anteriormente; passados alguns meses, pede novamente o divórcio.

Outro aspecto salientado por Alarcão (2007), consiste nas diferenças de género. De acordo com a autora, os homens e as mulheres tomam posições diferentes no decorrer do processo, desde a tomada de decisão até à reorganização familiar posterior ao divórcio. As mulheres tendem a encarar de frente a situação stressora, passando por um período de tumulto emocional e manifestando, por vezes, raiva e depressão; os homens, por outro lado, lidam com a infelicidade, envolvendo-se excessivamente no trabalho e experienciando, mais tarde, um profundo mal-estar.

Neste seguimento, não se pode descurar a importância das diferentes fases do ciclo vital e as transformações nas estruturas familiares, assim como o papel da mulher nas mudanças do ciclo de vida da família, na medida em que possibilita, além de perceber em que fase do ciclo vital se encontra I. T., compreender como estas mudanças poderão ter influenciado as dificuldades apresentadas pela doente. Segalen (1996) enfatiza a importância da perspectiva histórica nos estudos sociais relacionados à família. De acordo com a autora, é esta perspectiva histórica na sociologia que possibilita a compreensão de



que sociedade e família são o produto de forças sociais, económicas e culturais e, portanto, a família é uma instituição que se encontra em constante mutação. Saraceno (1997) refere que são inúmeras as transformações históricas e culturais que resultam no modelo de casamento contemporâneo ocidental.

Numa primeira fase, nem sempre considerada pelos estudiosos do ciclo de vida da família, designada etapa *jovem adultos entre famílias*, verifica-se a aceitação da autonomia emocional e financeira do jovem adulto, e o desenvolvimento de relações íntimas com um parceiro e o estabelecimento de uma identidade no mundo laboral. Esta etapa, associada, tanto ao aumento das qualificações académicas como a abertura que é proporcionada às mulheres no sentido de uma participação efectiva no mundo do trabalho, é completamente nova para as mulheres, na medida em que, anteriormente, a via de emancipação da jovem em relação à sua família de origem era, basicamente, o casamento. De um modo caricato, pode dizer-se que a mulher deixava de estar a cargo do primeiro homem da sua vida, o pai, para passar para a responsabilidade do segundo, o marido (Relvas, 2007). Aqui, considero importante realçar que, relativamente a I. T., não se verifica uma *coabitação ou união pré-nupcial*, uma nova etapa introduzida por Bawin-Legros (1992) e, portanto, poderá dizer-se que, e apesar do casamento se ter realizado de acordo com o que a doente queria e com o homem que ela sempre amou, a sua emancipação em relação à família de origem é o casamento, relacionando com o que indica Relvas (2007).

As características referidas anteriormente, vão, necessariamente, ter impacto na etapa classicamente considerada a primeira do ciclo vital da família – *formação do casal*. Esta etapa caracteriza-se pela assunção de um compromisso conjugal por parte de duas pessoas que pretendem dar início a uma nova família nuclear, salientando-se a transformação dos padrões conjugais, por exemplo, no que se relaciona com a igualdade de papéis no casamento (Relvas, 2007).

As transformações no ciclo de vida familiar, conseqüentemente, expandem-se na segunda etapa do ciclo vital – *famílias com filhos pequenos*. A mudança que mais se salienta nesta fase consiste numa redução acentuada e sistemática da taxa de natalidade, acompanhada pelo aumento da idade média do nascimento do primeiro filho. Estes factores apresentam repercussões no tamanho das fratrias e na dimensão média dos agregados familiares, o que conduz à redução do ciclo dedicado à maternidade/paternidade, em termos



temporais, mas conduz à expansão da fase da parentalidade, em termos de idade cronológica. Deste modo, ocorre, em muitos casos, uma sobreposição e uma sobrecarga de tarefas para os pais, considerando que se aglomeram no tempo as maiores exigências de investimento nas carreiras profissionais e nas funções educativas familiares (Relvas, 2007).

González (1998) salienta, relativamente à figura materna, e atendendo ao aumento da participação da mulher no mundo do trabalho e à evolução do papel feminino associado, que a ciência se esqueceu da figura materna, depois de se lhe ter dedicado excessivamente. Na actualidade, a ciência tem preferido eleger como objecto privilegiado de estudo as “novas” funções da mulher, no sentido de as desligar da esfera familiar.

Por outro lado, Relvas (2007) refere que não se afirmou ainda uma correlativa transformação no papel da mulher na família, no sentido de que a mãe continua a ser a “cuidadora” e a primeira responsável pelo desenvolvimento dos filhos. No entanto, devido à emergência das novas formas de família que implicam o início de novos ciclos familiares, observam-se, frequentemente, nesta etapa rupturas familiares.

Nas etapas seguintes – *famílias com filhos na escola e famílias com filhos adolescentes* – verifica-se uma necessidade da construção (ou reconstrução) de diferentes autonomias no seio da família – dos filhos, dos pais como pais, dos pais como casal e de cada um dos elementos do par perante o outro – que coloca novos problemas aos ajustes na parentalidade e na conjugalidade. Além disso, os pais encontram-se, a nível geral, no auge das suas carreiras profissionais e numa fase importante de investimento pessoal, o que não facilita a resolução das tarefas enquanto parentalidade. Consequentemente, os aspectos referidos influenciam o modo como o par se vai (re)centralizar na conjugalidade, o que, de acordo com Relvas (2007), poderá ajudar a compreender o facto de esta ser a etapa do ciclo vital da família que apresenta a mais elevada taxa de divórcio. Estes dados poderão relacionar-se com o que afirmei no início do comentário em relação à não previsibilidade da crise, no sentido de que, no caso apresentado, foram ultrapassadas e realizadas as tarefas que, ao longo das fases do ciclo vital, exigiam uma reorganização do casal e conjugalidade. Assim, poderá dizer-se que a separação e divórcio aconteceram numa etapa onde, e de acordo com as características que apresentarei em seguida, as tarefas já não se relacionam tanto com a conjugalidade mas sim com outras questões familiares e, portanto, tudo isto poderá dificultar e alimentar a não adaptação e aceitação do divórcio.



Por fim, a última etapa do ciclo vital – *família com filhos adultos* – caracteriza-se pelo desenvolvimento das relações adulto-adulto entre pais e filhos e pelo necessário realinhamento relacional para incluir os parentes por afinidade, os netos e as gerações mais idosas. Nesta etapa, particularmente as mulheres, reforçam o seu papel de suporte e de cuidadoras, muitas vezes, com idosos a cargo. Além disso, o seu papel de trabalhadoras activas colide com esta exigência familiar, o que pode conduzir a uma sobrecarga física e psíquica em diferentes áreas da sua vida (Relvas, 2007). O facto de I. T. estar aposentada e não ter o papel de “cuidadora”, visto que os filhos já saíram de casa e os pais já faleceram, e, portanto, não existir a sobrecarga mencionada anteriormente, poderá contribuir para o sentimento de solidão, indicado pela doente como o problema mais difícil de ultrapassar. As mulheres, nesta fase, apresentam, ainda, um problema acrescido de solidão, pois enviúvam mais do que os homens, casam menos do que eles depois da viuvez, reduzindo a sua vida social nomeadamente no exterior da família. Além disso, têm muitas vezes pouco suporte funcional e mesmo afectivo, quer por parte dos elementos da família, quer a nível institucional, atendendo à persistência da sua imagem de auto-suficiência no que respeita a competências afectivas, relacionais e domésticas (Relvas, 1996). É de realçar que, no caso clínico, a própria doente ressalva o seu papel auto-suficiente, demonstrando perante toda a gente, particularmente, perante os filhos, que é forte e está erguida: «*Perante os meus filhos, tenho de ser forte e mostrar que estou erguida; não posso mostrar que estou mal, a fraqueza humana*».

De acordo com Relvas e Alarcão (2007), na sociedade actual, verifica-se cada vez menos o ciclo vital da família como indicado anteriormente, visto muitas famílias sofrerem processos de divórcio, serem famílias reconstituídas, monoparentais ou de adopção, o que obriga a pensar em contextos familiares que mais não são do que variantes desse ciclo vital.

Fazendo referência às exigências que surgem na relação do casal nas diferentes etapas do ciclo vital da família, Jiménez (s. d.) salienta que a relação do casal é um processo que implica novas construções vinculares, atravessando, assim, durante a sua evolução contínuas etapas e complexas situações que exigem aos elementos do casal mecanismos reorganizadores. A efectividade destes mecanismos requer que a sua



implementação seja acompanhada de um maior número de recursos psicológicos de carácter interactivo (Jiménez, s. d.).

Relativamente ao processo de divórcio, os ex-cônjuges passam por um processo de luto devido à perda de um projecto de conjugalidade e da família que vinham construindo, e têm de criar as bases para a reorganização da parentalidade. Este último aspecto é, muitas vezes, dificultado por sentimentos de raiva ou desilusão que os elementos do casal sentem um pelo outro, pela dificuldade de conjugação de interesses e necessidades emocionais e materiais, pela interacção com as famílias de origem do antigo parceiro e pelas triangulações disfuncionais facilmente criadas (Alarcão, 2007).

No seguimento dos factores que poderão contribuir para as dificuldades da doente, é importante fazer uma abordagem aos diferentes estádios ou fases do processo de divórcio, para uma melhor compreensão e inserção do caso nas revisões bibliográficas existentes.

Peck e Manocherian (1995) apresentam cinco estádios ou fases que englobam o processo de divórcio. De acordo com os autores (Peck, Manocherian, 1995), no primeiro estádio, designado o *estádio da cognição individual*, pelo menos um dos cônjuges considera o divórcio como uma opção para o casal e inicia o processo de separação emocional, mantendo distância através de actividades e envolvimentos separados, aspecto que, no caso estudado, se verifica quando o marido vai dormir para o quarto do filho e manifesta atitudes que a doente interpreta como um afastamento. Este primeiro período é normalmente caracterizado por elevados níveis de ansiedade devido, essencialmente, a inúmeras discussões, acusações, desvalorização do parceiro e sentimentos ambivalentes (Peck, Manocherian, 1995).

O segundo estádio, denominado *estádio de metacognição familiar*, caracteriza-se, essencialmente, pela revelação da decisão, a qual provoca, comumente, sofrimento e desequilíbrios profundos em toda a família. Peck e Manocherian (1995) salientam a diferença temporal com que cada elemento do casal se relaciona com a perspectiva ou decisão da separação e divórcio como causas principais do sofrimento e desequilíbrio provocados. Efectivamente, segundo os autores (Peck, Manocherian, 1995), quando o elemento do casal que quer a separação, comunica a sua decisão, ou deixa que o cônjuge perceba as suas intenções, já decorreu, para si, um período de tempo relativamente longo,



onde teve a oportunidade de se confrontar com a decisão e as suas consequências. Por outro lado, para o outro elemento do casal e/ou para os filhos a decisão é, na maior parte das vezes, inesperada e indesejada.

De acordo com Alarcão (2007), para o cônjuge que não participa na decisão, quanto mais súbita e inesperada é a revelação, mais difícil será o ajustamento emocional inicial. Portanto, a raiva, impotência e traição sentidas, aspectos mencionados por I. T., decorrem do facto da decisão ser unilateral, mesmo nos casos onde o clima conjugal já é tenso devido a elevados níveis de conflituosidade atingidos.

Segundo Peck e Manocherian (1995), o terceiro estágio, da *separação do sistema*, é assinalado pela separação efectiva e as suas repercussões podem ser mais ou menos bloqueadoras do sistema familiar e individual dependendo do modo como cada elemento enfrenta a crise. No decorrer desta fase, verifica-se uma grande vulnerabilidade por parte dos cônjuges e é natural surgirem sintomas, tais como, insónias ou outras perturbações do sono, alterações no peso, disfunção sexual, dificuldades em trabalhar, apatia, uso excessivo de álcool, tabaco ou outras substâncias, ou comportamentos de isolamento como verificados no caso clínico: «*Nessa altura, não queria ver ninguém e passava horas agarrada às coisas do meu marido e chorava, chorava*».

O quarto estágio, nomeado estágio de *reorganização do sistema*, caracteriza-se pelo desenvolvimento de novas regras e padrões, assim como, criação clara de fronteiras (Peck e Manocherian, 1995). De acordo com as características apresentadas pelos autores, quando a doente iniciou o processo terapêutico, encontrava-se neste estágio, salientando-se o processo legal do divórcio como o estabelecimento de fronteiras, ao que se acrescenta o retirar das fotografias do marido de sua casa, a concórdia em relação à divisão dos bens ou a diminuição do isolamento como definição de novos padrões.

Peck e Manocherian (1995) defendem que o quinto e último estágio – de redefinição do sistema – engloba a resolução das tarefas mencionadas no estágio anterior e uma nova auto-definição familiar, quer se assuma um versão da monoparentalidade ou recasamento.

Granvold (1994, 2000), por outro lado, defende que, para o esclarecimento do processo de divórcio, é necessário considerar diferentes estágios, assim como as suas dificuldades concomitantes, pois cada um dos estágios apresenta dificuldades específicas



para o indivíduo e encontra-se repleto de potencial para crises. Neste sentido, são mencionados três estágios distintos: (1) tomada de decisão; (2) separação física e transição para o estado de solteiro; e (3) recuperação pós-divórcio.

No estágio referente à *tomada de decisão* do divórcio, surgem aspectos como, insatisfação com o relacionamento, tensão interpessoal, e ambivalência e indecisão prolongadas. Assim, esta fase caracteriza-se por diálogos internos, deliberações do casal emocionalmente carregadas, revelações e descobertas, conclusões dolorosas e planeamento da futura separação (Granvold, 1994, 2000).

O segundo estágio, a fase de *separação e transição*, consiste num período de negociação, onde surge a necessidade de tomar decisões extremamente difíceis e emocionalmente perturbadoras: custódia dos filhos, visitas, sustento, pensão alimentícia e divisão dos bens. Para além das características mencionadas, a separação física e o funcionamento autónomo, os quais trazem a consciência absoluta de que o casamento acabou, marcam igualmente esta fase (Granvold, 1994, 2000). No estágio da separação e transição verificam-se diversas mudanças no casal que conduzem a mudanças pessoais. Por exemplo, o facto da disponibilidade do ex-companheiro como um melhor amigo, co-progenitor, co-trabalhador doméstico e colaborador na tomada de decisões, disponibilidades às que a doente se acostumou durante quase 40 anos, pertencer ao passado, pode conduzir, dependendo da interpretação pessoal de cada cônjuge, a um certo alívio ou, por outro lado, ao sentimento de uma perda profunda (Granvold, 1994, 2000).

Por fim, o terceiro estágio, designado de *recuperação pós-divórcio*, caracteriza-se, essencialmente, pela aceitação do final do casamento. Nesta fase, englobam-se aspectos, tais como, aprender a cuidar sozinho(a) dos filhos, assim como assumir a identidade e o funcionamento social de uma pessoa solteira. No caso dos que se sentem rejeitados pelo ex-companheiro, este estágio envolve também a acomodação da rejeição (Granvold, 1994, 2000).

É importante, contudo, não esquecer que, em relação ao caminho que a mulher e a família percorrem, verifica-se a necessidade de uma transição da identidade de mulher ligada aos papéis familiares de cuidadora do marido e dos filhos, para uma identidade



peçoal complexificada pela atribuição complementar de objectivos de carreira, individual e relativamente autónoma perante as funções familiares (Relvas, 2007).

Neste seguimento, parece fazer sentido, em relação à transição para uma identidade pessoal, fazer uma abordagem à construção do casal, pois a forma como o casal é construído, poderá influenciar a criação ou recriação da identidade pessoal.

De acordo com Saraceno (1997), são significativas as diferenças existentes entre o casamento nas sociedades antigas e nas sociedades ocidentais contemporâneas. Nas sociedades antigas, o casamento tinha um papel fundamental na continuidade familiar e, deste modo, as estratégias familiares para a escolha do cônjuge eram orientadas por um conjunto de mecanismos sociais, onde se considerava as possíveis vantagens e potencialidades do que viria a ser a união das famílias. Assim, o casamento estava relacionado com uma associação de famílias e não relacionado com desejos individuais de cada membro do casal. Nas sociedades ocidentais contemporâneas, por outro lado, verifica-se uma orientação na socialização dos indivíduos para que expressem o seu amor, visto dever ser esse o motivo fundamental na escolha do parceiro (Saraceno, 1997), motivo que levou à união e formação do casal a que tenho vindo a fazer referência.

A possibilidade do fortalecimento da unidade conjugal, resultante de uma maior autonomia e privacidade do casal, é, de acordo com Saraceno (1997), apenas um dos aspectos das transformações no modelo do casamento. À medida que este modelo subentende igualdade e reciprocidade afectiva entre os parceiros, desencadeia uma série de questões relativamente ao lugar ocupado pelo homem e pela mulher, não apenas na relação, mas também no plano social.

Jablonski (1991), fazendo referência ao papel da longevidade no casamento, considera que a permanência não é uma característica da actualidade e a ausência de filhos pequenos desloca a atenção dos membros do casal para a relação conjugal. Assim, de acordo com o autor, o juramento “até que a morte nos separe” torna-se cada vez mais uma tarefa complexa a ser cumprida.

Jiménez (s. d.) salienta a mudança na atitude das mulheres perante o divórcio, pois esperam muito mais do matrimónio comparativamente com outras épocas, considerando que este deve cumprir as suas expectativas para justificar a sua continuação. Deste modo,



são as mulheres que apresentam maioritariamente o pedido de divórcio, o que se poderá relacionar também com as mudanças do papel da mulher referidas ao longo do comentário.

De acordo com a informação que apresentei ao longo do comentário, poderá concluir-se que, se por um lado, a doente mobilizou recursos para reduzir a pressão causada pelo acontecimento, só por si causador de ansiedade, por outro lado, verificam-se uma série de factores que contribuem para as suas dificuldades segundo as referências bibliográficas efectuadas ao longo do texto, tais como, o género; a ausência do papel de “cuidadora”; a separação ter sido uma decisão unilateral; aquando da formação do casal, não haver uma união pré-nupcial; e a ausência do papel de trabalhadora activa.

Porém, o que mais se salienta neste caso é a co-ocorrência das situações. A separação, o casamento dos filhos e conseqüente saída de casa, e o início da reforma. Deste modo, poderá afirmar-se que a solidão que a doente sente não advirá somente da separação, pois I. T. apresenta recursos que poderiam conduzir facilmente a uma adaptação e aceitação. Neste caso, é realçado o sentimento de vazio depois de uma casa cheia.

Além disso, como refere Gullota (1993) e Satir (1980) (*in* Narciso, 1994), em qualquer casal existem três partes – eu, tu e nós – que se possibilitam e facilitam mutuamente. É o modo como estas três partes funcionam que possibilita a função do Amor. Sem o nós referido pelos autores e sem o absoluto do casal, ou seja, uma experiência relacional única, referido por Caillé (1991), as diferenças de cada um dos elementos do casal, tornam-se uma ameaça à identidade de cada um (Silva, Relvas, 2007).

De acordo com Jiménez (s. d.), o divórcio constitui um fenómeno complexo que alcança diferentes significados segundo a experiência concreta de cada pessoa que o vivencia pois é acompanhado por um nível diferenciado de elaboração pessoal. Deste modo, pode afirmar-se que o divórcio não constitui só por si um acontecimento que impede a continuação da estrutura familiar e identidade pessoal de cada elemento do casal, mas sim a assimilação que cada elemento faz acerca do mesmo, assimilação que condiciona a adopção de estratégias que permitam conservar a estabilidade familiar. Os factores salientados pelo autor (Jiménez, s.d.) que na sua acção conjunta influenciam o bem estar psicológico e podem proporcionar a posterior organização familiar, sobretudo no caso da



reconstituição familiar, consistem na capacidade adaptativa do sistema familiar, flexibilidade que caracteriza a distribuição e organização dos indicadores estruturais e dinâmicos, e o nível de elaboração e mediatização reflexiva da mulher.

Deste modo, dadas as diferenças individuais e de disponibilidade de recursos, a crise para uma pessoa é para outra o triunfo sobre a adversidade. Por vezes, as pessoas procuram o divórcio com um sentimento colaborativo de bem-estar na sua decisão de dissolver o casamento. Porém, embora a transição para a vida de solteiro possa ser relativamente suave, a mudança pode levar o indivíduo ao desequilíbrio, dadas as exigências de novos papéis, relacionamentos novos ou profundamente alterados com outros significativos, ou responsabilidades desconhecidas ou desafiadoras (Granvold, 2004).



## **Comentário pessoal**

I. T. foi uma pessoa que me despertou logo simpatia, sempre com um cuidado persistente em não deixar que ninguém percebesse as suas «*fraquezas*», pedindo sempre segredo, com gentileza, dos dados que apresentava. No primeiro momento, demonstrou alguma reticência à minha presença, mas foi enriquecedor ver as mudanças de atitude e resposta, de forma progressiva, como se, antes de deixar que a relação terapêutica se estabelecesse para obter ganhos, tivesse de obter ganhos para confiar numa relação terapêutica.

Acabou por se tornar um processo terapêutico envolvente, onde tive, várias vezes, de fazer eu própria uma monitorização dos meus sentimentos quando, posteriormente à consulta, monitorizava o caso. Foi um caso que me tocou, não pelo grau de invalidação das dificuldades actuais, mas sim por me permitir ver a abrangência das situações.

Aqui, não posso descurar o interesse e enriquecimento que este caso me trouxe, não só por ser um caso que acompanhei, o que, inerentemente conduz a esses factores, mas também porque tive de me informar e pesquisar mais dados bibliográficos, afinal, não se verifica uma perturbação de acordo com critérios de diagnóstico, mas também se pode aplicar um protocolo terapêutico com estratégias da terapia cognitiva.



### Identificação do Caso Clínico 3

Caso Clínico: 3

Diagnóstico: 293.83 Perturbação do Humor Secundária a Um Estado Físico Geral  
[F06.XX] Com Características Depressivas

Data de Incurção (consulta externa): 26/03/2007

Fase da Terapia: Alta Experimental

Orientadora: Dra. Liliana Lobato

Terapeuta: Alexandra Cristóvão



## **Dados biográficos**

Nome: M. T.

Idade: 50 anos

Sexo: feminino

Estado civil: casada

Habilitações literárias: 12º ano

Profissão: educadora de infância

Agregado familiar (idades e profissões): marido (52 anos; vendedor numa empresa de produtos de quiosque/café); filho (28 anos; curso na área de educação física; actualmente é polícia e reside em Lisboa com a companheira); filho (15 anos; estudante no 10º ano).

Naturalidade/ Residência: Belmonte

## **Motivo da consulta**

M. T. é acompanhada no Departamento de Psiquiatria Adultos do Centro Hospitalar Cova da Beira pelo Dr. Filipe Proença há cerca de 2 meses. A doente vem à consulta de psicologia a pedido do médico psiquiatra e refere que lhe foi diagnosticado fibromialgia com alterações emocionais.

Medicação actual: duloxetina (cymbalta); mexazolam (sedoxil 1mg): 1 ao deitar quando se sente muito ansiosa; diazepam 10 mg: meio comprimido 3 vezes por dia.

## **Dificuldades actuais**

M. T. vem à consulta sozinha; apresenta-se com um aspecto muito cuidado, com um vestuário onde as cores são combinadas ao pormenor, sendo a idade aparente inferior à sua



idade real; apresenta humor disfórico e a expressão emocional denota tristeza; mantém contacto ocular no decorrer da consulta e mostra-se colaborante, dando todas as informações pedidas e apresentando exemplos específicos de situações onde as dificuldades actuais ocorrem, apesar de demonstrar querer ter o controlo sobre a sessão; demonstra *insight* e julgamento crítico e o discurso é espontâneo, coerente e lógico.

A doente menciona como área de dificuldades uma notável alteração do seu humor. A nível emocional, a doente refere sentir-se triste e angustiada durante a maior parte dos dias, quase todos os dias e ter perdido o interesse e prazer na realização de quase todas as actividades. M. T. diz que *«não (é) capaz de dar valor às coisas»*, mencionando um episódio que ocorreu no seu último aniversário (30 de Janeiro): M. T. passou todo o dia na cama porque não tinha vontade de se levantar e não queria ver ninguém. Nesse dia, os irmãos foram ter com ela e levaram *«presentes lindíssimos e caros»* mas a doente refere que não foi capaz de valorizá-los. A nível vegetativo, refere prisão de ventre e queixas de problemas no estômago, dificuldades na visão, cansaço e desmaios, os quais se iniciam com *«tremores nas pernas, transpiração e tonturas com visão turva»*. A doente acrescenta que quando bebe um copo de água com açúcar ou come alguma coisa doce as sensações mencionadas passam e diz que, actualmente, quando vai na rua a caminhar, está sempre a olhar para o chão para ver bem onde põe os pés porque tem medo de desmaiar a qualquer momento. Os desmaios acontecem inesperadamente e M. T. não identifica nenhuma situação específica que os provoque, referindo que, nessas alturas, não pensa em nada e apenas tem medo de se magoar quando desmaia.

M. T. diz que não tem vontade de estar com as pessoas e apresenta comportamentos de isolamento e respostas agressivas: *«Nessas alturas, agrido verbalmente os meus pais e digo-lhes que estou assim porque eles não me deixaram fazer o que eu queria»*; *«Disse à frente do meu marido e do meu filho mais novo que se tivesse outra vez 20 anos, não fazia da minha vida aquilo que fiz»* ou *«Evito as minhas colegas de trabalho que conheço há 30 anos»*. A doente menciona que se questiona muitas vezes relativamente à mudança que vê nela e refere pensamentos, tais como, *«Não sou eu»* ou *«Neste momento, não vejo em mim grande coisa; vejo apenas uma pessoa triste e desorientada»*.

Para além destes comportamentos, refere que tem muitos pesadelos e menciona um sonho que teve há pouco tempo e a marcou muito. No sonho só aparecia ela e a avó, que



morreu há cerca de 17 anos, e, segundo a doente, era como *«uma avozinha dos contos de fadas»*. M. T. diz que nunca tinha sonhado com a avó mas neste sonho foi tudo muito nítido: ela estava a tentar subir umas escadas mas eram muito grandes e não conseguia ver o fim e a avó estava em baixo a insistir que ela subisse; tentava subir mas ficava logo cansada e voltava ao mesmo degrau; a avó continuava a insistir para ela subir; à volta era tudo muito confuso mas as escadas eram muito nítidas; conseguia ver a avó perfeitamente mas nela via apenas os pés; calçava uns sapatos dourados, novos e lindos.

As dificuldades apresentadas interferem na sua vida profissional: a doente encontra-se de baixa médica desde Fevereiro e refere que decidiu pedir ajuda e ficar em casa porque as crianças não têm culpa do que se passa com ela.

De modo a diminuir os comportamentos de isolamento, a doente refere que, por vezes, faz um esforço e sai com o marido e vão passear ou tomar café, mas sente-se logo cansada. Neste sentido, menciona um episódio que ocorreu num dia que não lhe apetecia sair de casa nem ver ninguém: *«O meu marido encontrou na rua duas amigas minhas de infância e pediu-lhes para ver se me conseguiam tirar de casa. Insistiram todos para eu ir passear e eu lá fiz um esforço. Bem, acabei por gostar imenso, porque também já não estávamos juntas há muito tempo»*.

M. T. refere que sempre teve um *«sonho que ainda gostava de fazer»*. A doente diz que adora ajudar as outras pessoas e o faz sempre que pode, fazendo parte duma associação contra a fome e ajudando as pessoas mais necessitadas do local onde vive, mas não considera estas acções suficientes. Adorava fazer voluntariado num país do terceiro mundo e refere que uma colega sua foi um ou dois meses para Moçambique e, apesar de ter ficado contente por ela, sentiu inveja porque também adorava ir.

Em relação à vontade de ajudar as pessoas, a doente acrescenta que tenta fazer sempre o que pode e diz que se não pudesse ajudar as pessoas se sentiria muito mal, mencionando que, pelo menos nisso, *«ninguém lhe pode apontar o dedo»*. Neste sentido, M. T. indica episódios onde ajudou as outras pessoas, referindo que o faz sem esperar nada em troca. Um dos episódios ocorreu à entrada do Departamento de Psiquiatria. A doente chegou para a consulta e quando se dirigia à entrada, encontrou um doente do internamento que lhe pediu dinheiro para ir tomar um café; nesta situação, M. T. diz: *«Não só lhe dei o dinheiro para o café, como também fui com ele ao bar. Quando lá chegamos, o senhor que*



*estava no bar, disse que ele hoje não podia tomar mais cafés, pois já tinha excedido o limite; então, eu disse que não havia problema, sendo assim lhe dava o dinheiro para ele tomar cafés durante toda a semana. Só de ter visto a felicidade dele, também eu já fiquei feliz».*

Entre vários episódios que ocorreram no local onde vive, a doente salienta um que a marcou mais, acrescentando que foi um dos momentos mais felizes da sua vida: *«Estava numa mercearia com uma amiga minha e estava uma família com duas crianças a pôr as compras na caixa, que me pareceu necessitada. Quando iam pagar, não tinham dinheiro que chegasse e começaram a pôr as coisas, novamente, nas prateleiras. Então, eu olhei para a minha amiga e juntas fomos buscar um carro de supermercado e enchemos com comida e coisas para os miúdos e chegamos à caixa, paguei as coisas e ofereci. Depois perguntei à senhora se não queria algumas roupas para os miúdos que tinha em minha casa e fomos juntas até lá. Quando dei as roupas para os miúdos vestirem, reparei que eles estavam muito sujos e perguntei se não queriam tomar um banho. Quando entraram dentro da banheira pareciam uns patinhos todos contentes. Imagine eles nunca tinham tomado banho numa banheira. A minha casa de banho é talvez o dobro desta sala e a banheira é enorme; enchi-a de espuma e deliciei-me a olha para eles. Foi um dos momentos mais felizes da minha vida».*

## **Início e desenvolvimento das dificuldades**

As dificuldades apresentadas pela doente tiveram início quando andava a fazer um *«tratamento para os ossos»*. M. T. refere que, nessa altura, a sua médica notou algumas alterações no seu comportamento e aspecto, mencionando que parecia muito triste, cansada e desmotivada. A doente diz que era uma pessoa muito alegre e que sempre gostou muito de se arranjar e, de repente, começou a sentir-se triste sem perceber o motivo dos seus sentimentos, para além de acordar sempre muito cansada. Após a realização de alguns exames, em Setembro de 2006 foi-lhe diagnosticada fibromialgia que, de acordo com os médicos, os sintomas já existiriam há cerca de 5 anos.



M. T. identifica uma situação que ocorreu há cerca de 2 anos que, segundo ela, conduziu a uma alteração na sua maneira de ser e na forma como encara as outras pessoas. Na instituição onde trabalha como educadora de infância, «*houve um desfalque; dinheiro desviado*» e, nesta altura, os elementos da direcção comunicaram às trabalhadoras que não havia dinheiro e tinham de tomar providências, tais como reduzir os ordenados para conseguirem manter todas as trabalhadoras. Quando foram comunicadas estas decisões, foi dito que as reduções nos ordenados eram temporárias e que iriam repor o dinheiro, mas passados alguns meses duas funcionárias que estavam há pouco tempo na instituição foram despedidas e os ordenados nunca mais foram repostos. Nesta altura, a doente diz ter sentido uma «grande revolta» essencialmente porque «*despediram as raparigas sem terem em consideração as necessidades delas*» e porque «*foi traída pois colegas com quem se dava muito bem e pertenciam à direcção não fizeram nada nem falaram com ela sobre a situação*», o que conduziu M. T. a respostas de isolamento e afastamento, considerando que não se deve aproximar das pessoas porque acaba por ser traída.

A partir desta altura, a tristeza, desmotivação e cansaço foram acentuando-se e a doente refere uma situação específica «*onde realmente (percebeu) que não (estava) bem*»: há cerca de 2 meses, estava no infantário, onde as crianças se encontravam a realizar uma actividade manual e M. T. começou a implicar com o desenho de uma menina (com quem refere dar-se muito bem), dizendo que ele estava mal feito e se a criança não fizesse melhor que o tirava da sua mão. Perante esta situação, a doente começou a chorar e a menina perguntou-lhe se ela estava a chorar por o desenho estar assim tão feio. M. T. refere ter percebido, nesta altura, que estava a prejudicar as crianças e menciona que saiu do infantário directamente para o consultório da médica, onde pediu para lhe passarem baixa, e foi encaminhada para as consultas de psiquiatria com o Dr. Filipe Proença.

Os desmaios tiveram início há cerca de 8 anos quando começou a ter problemas no estômago e na vesícula, tendo sido realizados, nesta altura, exames para despistagem neurológica.



## **História do desenvolvimento e aprendizagens prévias**

M. T., sexo feminino, 50 anos de idade, casada há 30 anos, vive com o marido, que tem 52 anos e é vendedor numa empresa de material de quiosque/café, e com o filho mais novo, que tem 15 anos e é estudante no 10ºano. O filho mais velho tem 28 anos, tirou um curso na área de educação física e vive actualmente em Lisboa com a namorada.

Em relação à sua infância, a doente refere que desde criança gostava de ajudar as outras pessoas e andava sempre com duas amigas com quem ainda hoje mantém um bom relacionamento. Apesar de serem umas «traquinas», andavam sempre a ver se alguém precisava de alguma coisa e habitualmente ajudavam as pessoas mais idosas a pegar em coisas pesadas e depois recebiam uma moeda ou um doce. M. T. refere que a mãe era muito arrumada e que a mandava sempre os filhos arrumarem e limparem o quarto.

A doente tem dois irmãos (um deles vive perto e outro é residente em França) com quem sempre manteve um bom relacionamento; refere que a relação entre eles é óptima e, como estão bem a nível financeiro, a ajudam em tudo o que podem. A relação com os pais também é «óptima», sendo mencionado que eles sempre lhe deram muito apoio e se ajudam mutuamente.

M. T. refere que já teve muitos problemas de saúde: fez duas operações ao estômago por causa de «úlceras nervosas» e nunca ficou totalmente bem pois, apesar de terem passado as dores, não pode tomar alguma medicação porque a faz vomitar; teve durante 3 anos a ser acompanhada em consultas de oncologia devido a problemas no útero mas depois perceberam que era um problema hormonal. Há aproximadamente 8 anos, após ser resolvido o problema hormonal, foi-lhe diagnosticada uma «depressão» porque é uma pessoa que «põe tudo para dentro» e «depois veio tudo ao de cima». Nesta altura, foi acompanhada e tomou medicação, acabando por passar. Para além dos problemas referidos, a doente menciona que a gravidez dos dois filhos foi muito complicada e que os médicos exigiram repouso absoluto.



## Formulação

**Diagnóstico:** 293.83 Perturbação do Humor Secundária a Um Estado Físico Geral [F06.XX] Com Características Depressivas. Além do diagnóstico de base, salientam-se traços de Personalidade Obsessivo-Compulsiva.

De acordo com a informação recolhida acerca das dificuldades actuais da doente, nota-se a presença de humor depressivo, caracterizado por choro fácil nas primeiras consultas e queixas de tristeza e angústia, assim como dificuldade em valorizar presentes e actividades; alterações do sono (insónias) e actividade psicomotora (diminuição); e sentimentos de desvalorização pessoal («*Não vejo em mim grande coisa*»). Todos os elementos referidos anteriormente apontam para a presença de características depressivas.

As dificuldades actuais poderão ter surgido devido à co-existência de dois acontecimentos que poderão ter conduzido à sensação de falta de controlo, desorganização das outras pessoas e sensação de limitação, relativa ao cansaço e dores provocados pela doença.

Como predisponentes, poderão salientar-se o facto da mãe ser muito arrumada e organizada, e a doente ser reforçada quando ajudava as outras pessoas, o que poderá ter conduzido à formação de esquemas de auto-sacrifício, padrões inflexíveis ou crítica exagerada, manifestados por perfeccionismo e regras rígidas e “deveres”, e crenças instrumentais de ter de estar sempre no controlo, relacionados com crenças de responsabilidade. Além disso, a história médica apresentada, onde se salienta as diversas cirurgias, o acompanhamento oncológico, a depressão anterior e os desmaios, poderá ter conduzido à formação de esquemas de vulnerabilidade à doença.

Como precipitantes das dificuldades actuais, salientam-se o desfalque na instituição, na medida em que o sentimento de traição poderá ter conduzido a ressentimento em relação às colegas que a doente via como uma família, o que terá conduzido ao isolamento. Por sua vez, o facto de estar a preocupar-se com uma necessidade própria em detrimento da necessidade dos outros, o que aprendeu a fazer desde cedo, poderá ter conduzido a um sentimento de culpa e, conseqüente, sentimentos de tristeza e angústia. Além disso, o desfalque na instituição poderá ter sido interpretado como uma ameaça à organização e



ordem que a doente utiliza como estratégias. O diagnóstico de fibromialgia poderá ter activado o esquema de vulnerabilidade à doença, esquema mantido por compensação, pois a doente mostra que, apesar das contrariedades físicas, pode ir trabalhar e continuar a fazer tudo pelas crianças.

O esquema de vulnerabilidade à doença é mantido por compensação, na medida em que M. T. se comporta numa forma oposta à que este esquema sugere – tomar precauções excessivas no sentido de se proteger. Neste seguimento, a compensação deste esquema vai alimentar a manutenção do esquema de auto-sacrifício, pois se a doente mostrar que, apesar da doença, pode continuar a fazer tudo como fazia e, portanto, ajudar os outros, aumenta a sua auto-estima e a vida adquire sentido.

Deste modo, a doente deprime quando a sua crença central é desafiada, como aconteceu com o desfalque na instituição, pois nem pode ajudar, por exemplo, as raparigas que foram despedidas, e o diagnóstico da fibromialgia, que a impossibilitou de continuar a realizar algumas tarefas. O diagnóstico da doença desafia também a crença central na medida em que activa um outro esquema que tem de ser mantido por compensação.

De forma esquemática, as situações activadoras – desfalque na instituição e diagnóstico da fibromialgia – poderão ter activado o esquema de vulnerabilidade à doença e desafiado o esquema de auto-sacrifício, onde se verifica uma inter-relação com as crenças condicionais de ajuda, o que poderá conduzir a um pensamento, como, «*Se não ajudar os outros não fico bem*», o que causa, conseqüentemente, humor deprimido. As dificuldades actuais serão mantidas por erros de processamento da informação, tais como catastrofização, na medida em que o desfalque é visto como algo intolerável; pensamento dicotómico e, portanto, as coisas ou são totalmente perfeitas ou totalmente imperfeitas; e sobregeneralização, que se verifica quando a doente menciona que se isolou porque as outras pessoas também a podem trair. Além disso, são mantidas pelos comportamentos de isolamento e pelas crenças que ela apresenta.



## **Protocolo Terapêutico**

### Objectivos e Estratégias Terapêuticas

**I** – Promover o estabelecimento de uma relação terapêutica empática, envolvendo a doente na terapia.

1. Evidenciar uma postura de aceitação incondicional
2. Utilizar estratégias de colaboração
3. Utilizar a técnica de verificação e solicitação de *feedback* da doente
4. Dar o racional da terapia cognitiva
5. Dar o racional do modelo cognitivo da depressão

**II** – Facilitar a adopção de um padrão cognitivo e comportamental mais adaptativo e funcional

4. Promover o debate das crenças disfuncionais através do questionamento socrático e confrontação
5. Proceder à realização de uma lista e análise de vantagens e desvantagens da adopção de pensamentos alternativos para facilitar a aceitação de acontecimentos considerados por si negativos
6. Prescrever actividades gratificantes com explicação prévia dos seus objectivos

**III** – Possibilitar a reestruturação dos esquemas nucleares disfuncionais da doente

1. Dar o racional dos esquemas, esclarecendo a ligação entre as experiências prévias, a formação de esquemas e a manutenção das dificuldades
2. Promover a contestação das distorções cognitivas originadas pelos esquemas
3. Utilizar técnicas emotivas, de modo a encorajar a doente a expressar os aspectos emocionais do seu problema.



#### **IV - Prevenção da recaída**

- a) Criação de uma lista, identificando riscos ou situações que poderão activar as respostas desadaptativas
- b) Consolidação das novas habilidades

### **Feedback Terapêutico**

O processo terapêutico teve início no dia 26 de Março de 2007. A 1ª consulta foi dirigida por mim juntamente com a psicóloga responsável pelo caso clínico - Dra. Liliana Lobato e, posteriormente, com o consentimento da doente, o caso passou a ser acompanhado e seguido por mim com o apoio da psicóloga.

De uma maneira geral, o processo terapêutico teve como objectivo, e tendo em consideração os factores de manutenção das dificuldades actuais, proceder ao debate dos erros de processamento da informação, aumentar as actividades de prazer, de modo a diminuir os comportamentos de isolamento, e debater os esquemas disfuncionais. O protocolo terapêutico não foi aplicado de forma integral, devido a aspectos pontuais, aos quais farei referência ao longo do feedback.

Nas 1ª e 2ª consultas (26 de Março e 03 de Abril), após o estabelecimento do início da relação terapêutica, caracterizado por demonstração de entendimento e empatia, procedeu-se à recolha de informação para reunir dados que possibilitassem perceber as dificuldades da doente, realizar avaliação de risco, obter informações sobre recursos e forças pessoais, e fazer a formulação do caso clínico, assim como criar um plano de tratamento efectivo.

Na 2ª consulta foi ainda dado o racional da terapia cognitiva, salientando a importância da colaboração da doente no processo terapêutico, e enfatizando a importância dos pensamentos no despoletar das emoções, criando um modelo idiossincrático das suas dificuldades. Primeiramente, foi explicado o modelo ABC, onde foi introduzida uma situação imaginária e pedido à doente para responder de acordo com essa situação: “Imagine que o A representa uma situação que foge ao seu controlo e, portanto, é independente do seu comportamento, por exemplo, aparecer um cão quando vai a passear



na rua. Agora imaginemos que é uma pessoa que não gosta de cães. Nesta situação, o que vai fazer ou qual vai ser o seu comportamento?”. Perante a resposta da doente «*Acho que fugia porque ficava com medo*», questionou-se acerca do que pensava quando via o cão e a resposta foi «*Talvez pensasse que ele me ia morder*». Neste seguimento, prosseguiu-se com a situação imaginária: “Agora vamos fazer ao contrário, imaginemos, então, que é uma pessoa que gosta de cães. Perante a mesma situação – o A – como reagiria?”, questão à qual a doente responde «*Desta vez, não fugia. Talvez pensasse que ele era um amigo e ia ter vontade de lhe fazer uma festa*». Neste sentido, é explicado à doente, como, perante a mesma situação, os diferentes pensamentos influenciaram o comportamento.

De modo a promover uma melhor compreensão, é construída uma situação idiossincrática. Assim, é dado o exemplo de uma situação que, de acordo com a doente, conduziu às suas dificuldades actuais: “Imaginemos agora que o desfalque na instituição pode ser considerado o A que, segundo o que me tem vindo a dizer, conduziu a comportamentos de isolamento e, portanto, ao seu afastamento, assim como a sentimentos de tristeza e revolta. Nesta situação, quais são os pensamentos que poderão ter levado ao seu comportamento?”. Perante a questão, a doente responde «*Foi como se pessoas que conheço há trinta anos, fossem cães maus e me tivessem mordido*».

Neste seguimento foi introduzida a questão das diferenças de comportamento entre M. T. e as colegas de trabalho, promovendo o debate das crenças disfuncionais através do questionamento socrático e confrontação e procedendo à discussão e análise de vantagens e desvantagens da adopção de pensamentos alternativos para facilitar a aceitação do acontecimento considerado negativo.

Na 3ª consulta (17 de Abril) foi apresentado o modelo cognitivo da depressão, salientando que a falta de motivação que acompanha as pessoas deprimidas conduz a uma diminuição da actividade, o que tem diversas consequências: o tempo desocupado aumenta as ruminações depressiogénicas; a pessoa deprimida começa a apresentar auto-críticas devido à redução da sua produtividade, o que diminui também as actividades prazerosas; por fim, a mudança no comportamento e na expressão das emoções pode influenciar as relações interpessoais, perpetuando, dessa forma, a depressão.

Na continuação desta explicação, esclareceu-se a importância das actividades de prazer e colocou-se algumas questões à doente, como, por exemplo, “Se estivesse



motivada, que actividade gostaria de fazer, de modo a sentir algum prazer?”. A doente demonstra colaboração e interesse nas explicações e refere que já consegue perceber as vantagens e desvantagens do isolamento e o que pode fazer para se sentir melhor. Neste seguimento, é confrontada com o episódio em que sai com as amigas de infância, e são introduzidas algumas actividades de prazer, como, ir tomar café com o marido antes de ir para o trabalho e ir ver um jogo de futebol do filho.

Na 4ª consulta (08 de Maio), a doente apresenta humor eutímico e menciona que, ultimamente se sente muito melhor. Neste sentido, realizou-se uma reavaliação da sintomatologia, onde se verifica uma alteração nos seus comportamentos e emoções: o marido começou a levá-la todos os dias ao trabalho para tomarem juntos o pequeno-almoço; foi ver um jogo de futebol do filho, onde se divertiu; foi a um passeio a Fátima com a família e amigos e diz ter-se sentido muito bem ao ver as crianças todas no santuário; quando sente necessidade de se deitar, refere estar relacionado com o cansaço e dores musculares e não com a vontade que, anteriormente, sentia de se isolar; na instituição, apesar de, por vezes, sentir necessidade de descansar, começou a encarar as colegas com naturalidade; e menciona, denotando-se satisfação no seu discurso, que encontrou uma forma de mudar as coisas – sem falar com a direcção, pediu à câmara que lhe facultasse material e, juntamente com uma colega, começou a pintar o infantário, acrescentando «*Está tudo a ficar muito giro; o infantário estava a precisar de cor e pintámos tudo com cores vivas, desde as paredes, às mesas e cadeiras. Os miúdos ficaram todos contentes*».

Neste sentido, a doente foi questionada relativamente à possibilidade de surgir futuramente uma situação que pudesse despoletar, de novo, os comportamentos e emoções negativas. Assim, foi-lhe colocada a questão: “Se amanhã descobrisse que tinham feito outro desfalque na instituição, como reagiria?”. Perante a questão, M. T. diz «*As consultas fizeram-me bem. Aprendi a dar valor a outras coisas. Hoje sei, por exemplo, que é mais importante estar com o meu marido e com os meus filhos. Se isso acontecesse, voltaria a ficar triste com as pessoas, mas não dava tanta importância como dei*».

Em relação aos desmaios, M. T. refere que, por vezes, ainda sente tonturas e cansaço, mas o marido já sabe distinguir quando ela se isola devido a estes sintomas, respeitando, o que a faz sentir bem. Neste seguimento, foram exploradas de forma mais cuidadosa, as situações em que estes sintomas surgem, mas, novamente, não é identificada



uma relação com ansiedade. Contudo, a doente diz que, às vezes, acontece quando está preocupada e, neste sentido, foi dado a resposta vegetativa da ansiedade.

Na 5ª consulta (29 de Maio), após se ter verificado que a doente continuava a apresentar melhorias relativamente às dificuldades que apresentara no início do processo terapêutico, foi questionada e reforçada relativamente às novas habilidades. Deste modo, foram-lhe colocadas questões, como: “Imaginemos que as datas tinham mudado e a M. T. fazia hoje anos, como iria passar o seu dia de aniversário?”. A esta questão a doente sorriu e respondeu: «*Claro que ia ser diferente. A minha cunhada faz também 50 anos, mas no dia 30 de Junho. Para compensar o meu dia de aniversário, já combinámos tudo e vamos fazer uma grande festa as duas juntas para festejar os anos dela e os meus*».

No final da consulta, foi explicada a minha situação relativa ao estágio e foi pedido o seu feedback em relação a uma possível alta experimental. Neste sentido, e devido às melhorias verificadas, foram-lhe apresentadas as diferentes possibilidades: marcar uma data para consulta com a Dra. Liliana Lobato – psicóloga responsável pelo caso clínico – ou não proceder à marcação de uma data e, se se verificasse uma recaída, ela própria efectuar a marcação. Assim sendo, M. T. menciona que concorda com a primeira opção, dizendo que realmente se sente muito melhor.



## Comentário teórico

A maior dificuldade sentida no decorrer do processo de avaliação das dificuldades da doente consistiu na realização do diagnóstico diferencial. Foi necessário proceder a uma avaliação cuidada de diversos factores para perceber se existia efectivamente uma relação entre a perturbação do humor e o estado físico geral, entre outros aspectos. Neste sentido, foi fundamental efectuar uma pesquisa bibliográfica aprofundada, tendo em atenção, quer as crenças e características da doente, quer as características clínicas das diferentes perturbações, que passo a expor.

De acordo com a DSM-IV-TR (2002), a característica essencial da Perturbação do Humor Secundária a Um Estado Físico Geral é uma perturbação do humor proeminente e persistente que é considerada como um efeito fisiológico directo de um estado físico geral. Para ser possível estabelecer este diagnóstico, o clínico tem de, após estabelecer a presença de um estado físico geral (a doente chegou à consulta de psicologia com o diagnóstico de fibromialgia com alterações emocionais), estabelecer que a perturbação do humor é provocada e está etiológicamente relacionada com o estado físico geral através de um mecanismo fisiológico. Contudo, não existem guias infalíveis para determinar se a relação entre a perturbação do humor e o estado físico geral é etiológica, sendo que várias considerações podem ajudar neste sentido.

Segundo a DSM-IV-TR (2002), o primeiro aspecto consiste na presença de uma associação temporal entre o início, o agravamento ou remissão de um estado físico geral e os de uma perturbação do humor. No caso clínico, efectivamente, apesar do diagnóstico de fibromialgia só ter sido efectuado em Setembro de 2006, a doente menciona que as suas dificuldades iniciaram-se quando houve o desfalque na instituição e que, nesta altura, já apresentava os sintomas da doença, acrescentando que já não tinha forças para encarar este problema. O segundo aspecto relaciona-se com a presença de características que são atípicas das Perturbações do Humor primárias, tais como, a idade de início ou evolução atípicas e ausência de história familiar. Neste sentido, é de salientar, para além da idade de início, no caso específico, ser tardia, a mudança sentida pela doente em comparação com o



que ela era. Por fim, é também importante considerar que a perturbação não é melhor explicada por uma Perturbação do Humor Induzida por Substâncias.

A evidência, a partir da literatura, que sugira poder existir uma associação directa entre o estado físico geral e o desenvolvimento dos sintomas do humor, pode fornecer um contexto útil para a avaliação desta situação em particular.

A síndrome de fibromialgia caracteriza-se pela ocorrência de dor difusa pelo corpo, pontos dolorosos à palpação e ausência de processos inflamatórios articulares ou musculares (Winfield, 1999). De acordo com Marques, Matsutani, Ferreira e Mendonça (2002), a fibromialgia consiste numa síndrome reumática não articular, de origem desconhecida, caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crónica, e presenças de múltiplas regiões dolorosas, denominadas *tender points*, especialmente no esqueleto axial. Os autores (Marques *et al*, 2002) acrescentam que entre os sintomas frequentemente associados à síndrome, podem estar presentes outros, tais como, fadiga, perturbações do sono, rigidez matinal, ansiedade e depressão.

A manifestação da síndrome de fibromialgia pode variar desde sintomas leves até casos em que as dores, fadiga e depressão sejam tão intensas que impeçam o desempenho das actividades profissionais e sociais. A incapacidade funcional dos doentes reflecte-se no desempenho ocupacional, dificultando a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas (Teixeira; Figueiró, 2001).

Santos, Assumpção, Matsutani, Pereira, Lage e Marques (2006), num estudo cujo objectivo consistia em avaliar a depressão e a qualidade de vida em doentes com fibromialgia e avaliar o poder de discriminação de instrumentos relacionados com estes aspectos, concluíram que o grupo de doentes com fibromialgia tem pior qualidade de vida quando comparado com o grupo de controlo. No referido estudo, para a avaliação da qualidade de vida, foram utilizados dois instrumentos: um específico, o Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) e outro genérico, o Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Healthy Survey (SF-36); para a avaliação da depressão, foi utilizada a Escala de Depressão de Beck (BDS). Santos e cols. (2006) concluíram também que, como o FIQ é um instrumento específico, é o que melhor discrimina o grupo teste do grupo controlo, aspecto demonstrado através dos valores estatisticamente mais altos.



Relativamente aos subtipos indicados na DSM-IV-TR (2002), no caso clínico, predomina o tipo Com Características Depressivas, utilizado quando o humor predominante é depressivo, mas os critérios para Episódio Depressivo *Major* não são preenchidos. Para ser indicado o tipo Com Características Semelhantes a Um Episódio Depressivo *Major*, é necessário que estejam preenchidos os critérios completos (excepto o critério D – os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou de um estado físico geral) para Episódio Depressivo *Major*, o que, e apesar de ser notável o humor depressivo e a falta de interesse nas actividades, não se verifica no caso clínico. Além disso, como é indicado nas características da síndrome da fibromialgia, a fadiga e a falta de energia que a doente manifesta pode relacionar-se apenas com a doença e não com o humor depressivo.

A característica principal de um Episódio Depressivo *Major* consiste na presença de humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades, num período de, pelo menos, duas semanas. Em crianças e adolescentes o humor pode apresentar-se irritável em vez de triste. Para além das características mencionadas, o sujeito deve também experimentar, pelo menos, quatro sintomas adicionais de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso, sono e actividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldade em pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas (APA, 2002).

Relativamente à diminuição da energia e queixas no que diz respeito à sensação de fadiga, não se pode tornar claro se estes sintomas são originados exclusivamente pela depressão ou pela falta de sono reparador e hábitos alimentares deficientes (Mondimore, 2003), ou, neste caso, pela fibromialgia. A depressão parece também baixar o limiar da dor: os indivíduos deprimidos são mais sensíveis à dor e ficam mais perturbados por ela (Mondimore, 2003). Portanto, acaba por funcionar como um ciclo, onde, se, por um lado, um dos sintomas da fibromialgia é a depressão, por outro lado, se a doente está deprimida, encontra-se mais sensível aos sintomas da fibromialgia, no caso das dores musculares.

Para ser considerado sintoma de um Episódio Depressivo *Major*, o sintoma deve ou estar presente há pouco tempo ou ter piorado claramente em comparação com o estado da pessoa antes do episódio. Para além disso, os sintomas devem persistir durante a maior



parte do dia, quase todos os dias, durante, pelo menos, duas semanas consecutivas e o episódio deve ser acompanhado por mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes. É importante ter em consideração que, para alguns sujeitos com episódios mais ligeiros, o funcionamento pode parecer normal mas requerer um aumento de esforço (APA, 2002).

As características que definem o humor num Episódio Depressivo *Major* consistem na anedonia, incapacidade de experimentar prazer; retraimento de amigos ou família, característica saliente, por exemplo, no episódio do dia do seu aniversário; ausência de motivação; baixa tolerância à frustração, característica que parece acentuar-se em M. T., visto apresentar dificuldades em lidar com situações que não correspondem às suas expectativas; sinais vegetativos tais como perda da libido, perda de peso e anorexia, ganho de peso e hiperfagia, baixo nível de energia ou fadiga, menstruação anormal, despertar nas primeiras horas da manhã (insónia terminal) e variação diurna (os sintomas pioram pela manhã); constipação; boca seca; e cefaleia (Kaplan, Sadock, 2002).

Apesar de não ser referido pela doente perturbações do sono, de um modo geral, nas pessoas que experimentam episódios depressivos, observa-se, por vezes, um característico padrão ritmado de perturbação do sono e de alterações de humor ao longo do dia, designado por *variação circadiana do humor*. Os sujeitos que apresentam este padrão adormecem à hora habitual e sem grande dificuldade, mas acordam muito cedo, após apenas algumas horas de sono (Mondimore, 2003).

Relativamente aos dados obtidos no exame do estado mental, de acordo com Kaplan e Sadock (2002), as características identificadas no que diz respeito à aparência geral e comportamento são lentificação ou agitação psicomotora, fraco contacto visual, tendência ao choro, desatenção com a aparência pessoal; o afecto é constricto e intenso; o humor apresenta-se depressivo, irritável, frustrado e triste; a fala é pouca ou sem espontaneidade, monossilábica, com longas pausas, baixa, suave e monótona; o conteúdo do pensamento relaciona-se com ideação suicida, falta global de esperanças, sensação de inutilidade e culpa, preocupações somáticas, indecisão, pobreza do conteúdo, alucinações e delírio (temas humor-congruentes de culpa, pobreza, niilismo, perseguição merecida, preocupação somática) e pouca espontaneidade; ao nível sensorial, apresenta-se distractivo, dificuldade de concentração, queixas de memória fraca, aparente desorientação e pensamento abstracto



prejudicado; por fim, o *insight* e julgamento encontram-se prejudicados em virtude de distorções cognitivas de inutilidade pessoal (Kaplan, Sadock, 2002).

Após esta descrição das características comuns num Episódio Depressivo *Major*, e pelos motivos referidos em relação ao tipo presente na Perturbação do Humor Secundária a Um Estado Físico Geral, verifica-se a ausência de Características Semelhantes a Um Episódio Depressivo *Major*.

No DSM-IV-TR (2002) é enfatizada a ideia de que se deve reconhecer que o facto de uma perturbação *ser* ou *não ser* devida a efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral representa frequentemente uma falsa dicotomia, ou seja, que o estado físico geral pode participar mas não ser a única etiologia dessa perturbação.

Neste caso clínico em particular, é notório que o estado físico geral – a fibromialgia – não é, efectivamente, a única causa da perturbação do humor. A situação da instituição, visto pela própria doente como o que precipitou as suas dificuldades actuais, poderá, como já mencionei na formulação do caso, ter activado crenças relacionadas com traços de uma personalidade obsessivo-compulsiva.

A doente poderá ter deprimido por sentir descontrolo na sua vida devido à co-existência dos dois acontecimentos, ambos independentes dos seus mecanismos e estratégias de organização. Segundo Young (2003), os esquemas iniciais desadaptativos normalmente são activados por acontecimentos ambientais relevantes para o esquema específico. Por exemplo, a doente com padrões inflexíveis/crítica exagerada aquando do desfalque na instituição, perante a ideia de que não conseguiu ajudar as raparigas que foram despedidas, não conseguiu estar à altura dos padrões internalizados. Efectivamente, de acordo com Young (2003), os padrões inflexíveis/crítica exagerada expressam uma crença subjacente de que é preciso tentar estar à altura de padrões internalizados muito elevados de comportamento e desempenho para evitar críticas. A crença, a nível geral, resulta em sentimentos de pressão ou numa crítica exagerada em relação a si mesma e aos outros. Os padrões inflexíveis apresentam-se tipicamente como: (1) perfeccionismo, extrema atenção a detalhes ou uma subestimação do bom desempenho da pessoa em relação à norma; (2) regras rígidas e “deveres” em muitas áreas da vida, incluindo preceitos morais, éticos,



culturais ou religiosos irrealisticamente elevados; e (3) preocupação com tempo e eficiência.

O perfeccionismo, a rigidez e o comportamento dos sujeitos com personalidade obsessiva conduzem a uma ruminação acerca do seu desempenho. Devido à sua rigidez, perfeccionismo e grande necessidade de estar no controlo de si mesmos, das suas emoções e do seu ambiente, os compulsivos correm o risco de se sentirem massacrados, desesperançados e deprimidos, o que pode acontecer quando experienciam a sua vida como descontrolada e os seus mecanismos usuais de enfrentamento como ineficientes (Beck, Freeman, Davis, 2005).

Apesar da doente não preencher os critérios, segundo o DSM-IV-TR (2002) para Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade, apresenta características que se enquadram com o perfil cognitivo dos indivíduos com esta personalidade, de acordo com diversos autores.

Segundo Beck (2007), uma pessoa com Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade, apresenta crenças sobre si mesmo, tais como, “Sou vulnerável a acontecimentos ruins”, que no caso se pode relacionar com a vulnerabilidade à doença, ou “Sou responsável por me prevenir do perigo”; crenças sobre os outros, como, “As outras pessoas são fracas, irresponsáveis e desatenciosas”; crenças ou regras condicionais, que podem ser “Se eu tomar conta de tudo, eu ficarei bem, mas se eu depender dos outros, eles irão decepcionar-me” ou “Se eu crio e mantenho a ordem para mim e para os outros e faço tudo com perfeição, o meu mundo ficará bem, mas se eu não fizer isso vai tudo desabar”; estratégias compensatórias superdesenvolvidas, tais como, controlar rigidamente a si e aos outros, criar expectativas exageradas (expectativas em relação às colegas de trabalho que a doente vê como uma família), assumir muita responsabilidade e procurar a perfeição, característica que, no caso clínico, se salienta pelo auto-sacrifício; estratégias compensatórias subdesenvolvidas, como, delegar autoridade, desenvolver expectativas flexíveis, exercitar controlo somente quando apropriado, tolerar indecisões, agir espontaneamente e impulsivamente, e procurar actividades de lazer e actividades agradáveis; crenças que interferem na terapia, como, por exemplo, “Se eu não fizer as minhas tarefas terapêuticas com perfeição, a terapia não vai funcionar”; e comportamentos



que interferem na terapia, salientando-se tentar controlar a sessão, tentar contar tudo de um modo perfeitamente correcto; ser hipervigilante à falta de entendimento do terapeuta, investir muito tempo e cuidados excessivos com as tarefas de casa e resistir às tarefas de ser espontâneo.

Por outro lado, Beck, Freeman e Davis (2005), em relação à visão do *self*, referem que os indivíduos com Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade, vêem-se a si próprios como responsáveis por si e pelos outros. Este sentimento de responsabilidade pelos outros, possivelmente desenvolvido quando M. T. recebia reforços em criança por ajudar as pessoas, poderá salientar-se nos comportamentos de auto-sacrifício. A visão dos outros caracteriza-se por uma percepção dos outros como excessivamente casuais ou incompetentes. Relativamente às crenças, apresentam crenças centrais, tais como, “Eu sou basicamente desorganizado e desorientado” ou “Eu preciso de ordem, sistema e regras para sobreviver”; crenças condicionais, como, “Se eu não tiver um roteiro, nada vai funcionar”, “Se eu ou os outros não tivermos um desempenho, de acordo com os padrões mais altos, fracassaremos” ou “Qualquer falha ou defeito no desempenho produzirá uma catástrofe”; e crenças instrumentais, como, “Preciso de fazer tudo com perfeição”, “Os detalhes são cruciais” ou “Os outros têm de fazer as coisas à minha maneira porque eu sei o que é o melhor”. Como ameaças são realçadas as falhas, erros, desorganização ou imperfeição. A nível das estratégias, são enfatizados os sistemas de regras, padrões e “deveres”. Por fim, devido aos padrões perfeccionistas, estes indivíduos são particularmente propícios a sentir arrependimento, desapontamento e raiva, principalmente, quando antecipam um desempenho abaixo dos padrões que estabeleceram, o que poderá salientar-se no sentimento de revolta e desilusão com as colegas, entendendo o seu comportamento como uma traição.

De forma conclusiva, os padrões rígidos e o perfeccionismo conduziram de forma indirecta às dificuldades actuais, pois na situação do desfalque na instituição, poderão ter conduzido a interpretações erróneas da situação, salientando-se o sentimento de revolta pela percepção de traição, o que não se enquadra nos “deveres” e nas regras rígidas da moralidade.



A doente encontrou estratégias de diminuir o isolamento e a tristeza, reorganizando novamente a sua vida de acordo com esses padrões, o que conduz à manutenção do esquema, pois, como refere Young (2003), ela está a salientar a informação que confirma o esquema, pois com a reorganização e continuar a ajudar as pessoas que a rodeiam, voltou a sentir-se bem, estando à altura de padrões internalizados muito elevados.

Afinal, os esquemas são crenças e sentimentos incondicionais sobre si mesmo em relação ao ambiente. Os esquemas são verdades a priori, implícitas e aceites como algo natural (Young, 2003).



## **Comentário pessoal**

Este caso clínico sobressai pela complexidade e pelo desafio. Senti, ao longo de todo o processo, uma necessidade constante de rever o diagnóstico, de ponderar cuidadosamente diversos aspectos, de deixar os critérios de lado e perceber o funcionamento e perfil cognitivo da doente, de voltar a analisar critérios. Neste sentido, não posso descurar o enriquecimento académico que me foi proporcionado.

É de salientar, neste caso, a rápida mudança dos comportamentos e emoções da doente. De consulta para consulta, as alterações foram evidentes e foi um desafio conseguir estruturar mais ou menos as sessões da terapia. Foi também um desafio conseguir controlar as consultas, pois as histórias eram contadas pormenorizadamente e, quando interrompida, a doente, depois de responder muito directamente à questão, voltava para a sua história.



# III Parte



*«O absurdo da finitude humana reside em parte no facto de que a morte física não basta para realizar a morte nas consciências. As lembranças daquele que morreu recentemente continuam sendo uma forma da sua presença no mundo. E esta presença só arrefece aos poucos, lentamente, por meio de uma série de dilaceramentos de que são vítimas os sobreviventes. A consciência não consegue pensar o morto como morto e por isso não pode se furtar a lhe atribuir uma certa “vida”. A morte definitiva não é determinada pela realidade natural mais que pelas instituições sociais: o defunto conserva ainda, por algum tempo, determinados poderes e direitos, mais ou menos duradouros segundo as diferentes culturas.»*

Rodrigues, 1983



Para atestar das capacidades de investigação psicológica e para dar cumprimento ao solicitado para o presente relatório de estágio, procede-se à demonstração de uma pesquisa elaborada neste âmbito. Optou-se por inserir no corpo do texto a investigação em formato de artigo tal como se pode ver a seguir.

## Investigação: Relação Entre a Alexitimia e o Processo de Luto

### **Resumo**

O objectivo principal do presente estudo consistiu em investigar a relação entre a alexitimia, caracterizada, essencialmente, pela dificuldade em expressar emoções, e o processo de luto. Foram ainda analisados diferentes factores sócio-demográficos com o objectivo de verificar a sua relação com o processo de luto. Para tal, foram utilizados três instrumentos – Texas Revised Inventory of Grief, a Escala de Alexitimia de Toronto – 26 e um questionário sócio-demográfico construído para a investigação. A amostra (N = 44), recolhida por conveniência, foi composta por 11 Homens e 33 Mulheres, com nacionalidade portuguesa, que se encontravam em processo de luto há mais de três meses. A análise dos resultados indicou uma correlação negativa ( $r(44) = -0,467, p=0,001$ ) entre a alexitimia e o processo de luto, verificando-se que à medida que aumentam os valores da alexitimia, diminuem os valores para um processo de luto normal. Manifestaram-se também diferenças estatisticamente significativas entre grupos nalguns factores sócio-demográficos, nomeadamente, o tipo de relação com o falecido, o sexo, a naturalidade e níveis de religiosidade, indicando um processo de luto mais patológico em sujeitos que perderam o(a) filho(a) ou cônjuge, nas mulheres, nos sujeitos naturais de um meio rural e nos que pertencem a uma religião e vão ao cemitério diariamente.

**Palavras-chave:** Processo de luto; Alexitimia.



## Abstract

The main objective of this study was to inspect the relationship between alexithymia – mainly characterized by the difficulty to express emotions – and mourning process. Several socio-demographic factors have yet been analysed to verify their relationship with grief process. In order to achieve that, I used three instruments – The Texas Revised Inventory of Grief, Escala de Alexitimia de Toronto – 26 and a socio-demographic questionnaire made for this research. This sample (N=44), chosen by convenience, was constituted by 11 men and 33 women, all Portuguese as well as in mourning process for more than three months. The score analysis revealed a negative association ( $r(44) = -0,467, p=0,001$ ) between alexithymia and grief so that when alexithymia scores go up, scores of a regular mourning process go down. I also noticed some statistically significant differences between groups as far as socio-demographic factors are concerned, namely, in the kind of relationship with the deceased, gender, birthplace, and level of religiosity, pointing for a more pathologic mourning process for those who have lost their children or their spouse, for women, for those who come from a rural environment, and for those who belong to a religion and visit the cemetery everyday.

**Key-words:** Mourning process; Alexithymia.



## Introdução

Como processo componente do ciclo vital, o luto tem sido alvo de atenção por várias áreas que estudam o comportamento e as emoções, podendo, como elemento inevitável, determinar o crescimento do homem do ponto de vista patológico, como factor de risco, quer para doenças físicas ou mentais (Zissok, 1995). De acordo com Boelen, Bout & Hout (2003), apesar da perda de um ente querido ser geralmente considerada como um dos acontecimentos mais stressantes que uma pessoa pode experimentar, a maioria dos indivíduos recuperam da perda sem recorrerem a ajuda profissional. Porém, algumas pessoas não elaboram o processo de luto e apresentam alterações na saúde mental (Kaplan, 2006).

Segundo Elias (2001), estar enlutado, nos dias de hoje, pode conduzir a isolamento e angústia social devido à impossibilidade de exposição da dor. A morte é «empurrada mais e mais para os bastidores da vida social durante o impulso civilizador» pois impera a «*economia dos gestos e das emoções*». De acordo com Kaplan (2006), o luto inibido, adiado ou negado refere-se à ausência da expressão de tristeza quando é esperado que esta esteja presente. Existe uma grande variabilidade entre os indivíduos relativamente às necessidades de esconder a sua tristeza, relacionada, muitas vezes, com influências familiares e culturais.

A tristeza inibida ou negada é potencialmente patogénica, uma vez que a pessoa evita enfrentar a realidade da perda, podendo surgir uma falsa euforia, o que indica que o luto pode ser patológico. As reacções negadas ou inibidas de tristeza, habitualmente, conduzem a consequências indesejáveis, tais como, sintomas físicos persistentes, similares aos da pessoa falecida ou reacções inexplicáveis a datas significativas relacionadas com a perda. A tristeza negada ou inibida também pode conduzir ao deslocamento para outra perda que, embora aparentemente insignificante, pode simbolizar a perda original. Por exemplo, a reacção exagerada aos problemas de outra pessoa pode ser uma manifestação deste deslocamento (Kaplan, 2006).

Assim, e como uma realidade constante na vida da maioria dos médicos é a confrontação regular com a morte, com o processo de morrer e com o luto (Kaplan, 2006),



surge a necessidade de entender como estes processos se poderão relacionar com a ausência da expressão dos sentimentos, designada pelo conceito de alexitimia.

Para uma melhor compreensão do estudo, é importante entender, de acordo com diversos autores, como se processa um luto normal e quais são os critérios para diagnóstico de luto patológico. Para além disso, é também importante perceber em que consiste o conceito de alexitimia e o que foi estudado acerca da sua relação com o processo de luto.

No DSM-IV-TR o luto é entendido como uma categoria usada quando o foco de atenção clínica consiste na reacção à morte de um ente querido. Assim, como parte da sua reacção à perda, alguns sujeitos manifestam sintomas característicos de um Episódio Depressivo *Major*, isto é, apresentam humor depressivo durante a maior parte do dia; diminuição do interesse e prazer em todas, ou quase todas, as actividades, durante a maior parte do dia; perda de peso; insónia ou hipersónia; perda de energia e fadiga; e agitação ou lentificação psicomotora (APA, 2002).

O sujeito em processo de luto encara o humor depressivo como «normal», podendo, no entanto, procurar apoio profissional de forma a aliviar sintomas associados, tais como, insónia ou anorexia. O diagnóstico de Depressão *Major*, usualmente, não é feito a menos que os sintomas ainda se encontrem presentes dois meses após a perda. Porém, existem sintomas que não são característicos de uma reacção de luto «normal» e podem auxiliar no diagnóstico diferencial de Luto e Episódio Depressivo *Major*. Estes sintomas englobam: 1) sentimentos de culpa relativamente às acções que poderiam ou não ter sido realizadas pelo sobrevivente no momento da morte; 2) ideias de morte relativas ao sentimento por parte do sobrevivente de que seria melhor estar morto ou ter morrido com o outro; 3) preocupação mórbida com ideias de desvalorização; 4) acentuada lentificação psicomotora; 5) défice funcional acentuado e prolongado; 6) experiências alucinatórias que não incluam pensar que ouve a voz ou vê a imagem da pessoa falecida de modo fugaz (APA, 2002).

De acordo com Sullivan (1956 *cit in* Sanders, 1999), o processo de luto, apesar de englobar sentimentos desagradáveis, consiste num mecanismo adaptativo e protector, dando oportunidade ao sobrevivente de se desenredar dos laços de vinculação. Sanders (1999) considera que o luto representa um estado onde a pessoa experiencia um conjunto vasto de emoções, mudanças e condições que ocorrem como resultado da perda.



O luto sem complicações ou luto normal é entendido como uma resposta normal com base na previsibilidade dos sintomas e duração. Assim, o luto inicial manifesta-se, frequentemente, por um estado de choque, caracterizando-se, essencialmente, por uma incapacidade de compreender a perda, ao qual se seguem expressões de sofrimento e desespero. Sentimentos de fraqueza, diminuição do apetite, perda de peso e dificuldades de concentração, assim como perturbações no sono ou sonhos recorrentes com a pessoa falecida constituem outras expressões físicas da dor sentida pela perda (Kaplan, 2006).

As auto-recriminações ou um sentimento de culpa também ocorrem com alguma frequência no processo de luto normal, embora se apresentem com menos intensidade relativamente ao luto patológico. Ao longo de todo o período de luto, verifica-se também um sentimento de negação por parte do sobrevivente, que age frequentemente como se a perda não tivesse ocorrido. Assim, a pessoa utiliza esforços para perpetuar o relacionamento perdido, guardando objectos que recordem a pessoa que morreu. Muitas vezes, verificam-se também comportamentos denominados por fenómenos de identificação, onde o enlutado assimila qualidades, maneirismos ou características da pessoa falecida, podendo conduzir a um luto patológico ao desenvolverem-se sintomas físicos idênticos aos experimentados pela pessoa que morreu (Kaplan, 2006).

As questões relacionadas com o processo de luto normal, tais como respostas emocionais ou fases de luto, foram discutidas por diversos investigadores até a actualidade. Bassuk & Birk (1984) descreveram o luto em termos de resposta emocional geral à crise e realçaram que os primeiros sintomas e os mais agudos nem sempre são os melhores preditores do tipo ou intensidade das reacções posteriores. Assim, os autores salientam três factores básicos que afectam o modo como o sujeito pode integrar com sucesso uma situação de crise: 1) grau em que reconhece a realidade do que ocorre e compreende as consequências do evento; 2) flexibilidade e efectividade das estratégias de *coping*; e 3) disponibilidade de apoio e disposição para usá-las.

Parkes e Weiss (1983) identificaram cinco estágios de luto: 1) *Alarme* que consiste num estado de ansiedade, manifestado por alterações, tais como, aumento na pressão sanguínea e frequência cardíaca; 2) *Torpor*, estado onde a pessoa parece não ter sido afectada pela perda, estando, na realidade, a proteger-se a si própria do desespero sentido pela perda; 3) *Procura*, onde o sujeito lembra, de forma recorrente, a pessoa falecida; 4)



*Depressão*, que consiste na perda de expectativas em relação ao futuro e o sujeito isola-se da família e dos amigos; e 5) o estágio final de *recuperação e reorganização*, onde a pessoa reconhece que a sua vida continua com novas adaptações e diferentes objectivos.

Bowlby (1997) apresentou quatro estágios no processo de luto: o *1º estágio* consiste numa fase inicial de desespero agudo e caracteriza-se, essencialmente, por entorpecimento e negação, que pode ser imediata, podendo também verificar-se ataques de raiva e aflição. O primeiro estágio pode durar de momentos até dias e pode ser periodicamente revivido pelo sujeito, através do processo de lamentação. O *2º estágio* consiste numa fase de desejo profundo pela presença do falecido e caracteriza-se, particularmente, por inquietação física e grande preocupação com a pessoa que faleceu. Contrariamente, à fase anterior este estágio pode durar vários meses ou até mesmo anos. No *3º estágio*, começa a ser compreendida a realidade da perda, sendo descrito como uma fase de desorganização e desespero. As características mais comuns desta fase consistem em apatia, inquietude, insónia, perda de peso e sensação de que a vida perdeu o sentido. Por fim, o *4º estágio* é definido como a fase de reorganização, onde os sentimentos mais dolorosos começam a desaparecer, verificando-se uma interiorização da imagem da pessoa perdida.

Os sujeitos com maior risco de desenvolverem luto patológico são os que sofrem uma perda súbita ou através de circunstâncias terríveis, socialmente isoladas, os que têm uma história de perdas traumáticas e aqueles que apresentam um relacionamento ambivalente ou dependente com o falecido (Kaplan, 2006).

Outras formas de tristeza anormal ocorrem quando alguns dos aspectos do luto normal são distorcidos ou intensificados de forma psicótica. Assim, a identificação com a pessoa falecida, tais como assumir alguns traços admirados ou dedicar grande carinho a certos objectos é normal; acreditar que se é o falecido ou que se está a morrer exactamente pela mesma causa que matou o falecido (se realmente isto não é verdade) não é normal. Outras características normais consistem em ouvir a voz de forma fugaz e temporária da pessoa que morreu e negar alguns aspectos da morte. Por outro lado, ter alucinações auditivas persistentes, intrusivas e complexas, assim como, a negação da morte incluir a crença de que a pessoa que morreu ainda está viva, não são comportamentos normais (Kaplan, 2006).



Num estudo descritivo, Ellifritt, Nelson Walsh (2003), procuraram avaliar factores de risco significativos no processo de luto. Assim, concluíram que a profissão não está significativamente associada à resposta que os participantes tinham face ao luto, ao passo que os factores como o suporte social, estratégias de *coping*, abuso de álcool ou outras substâncias, e a idade, entre outros, constituem factores importantes no decorrer do processo de luto.

Apesar do processo de luto ser um mecanismo universal e adaptativo, cada indivíduo tem uma forma idiossincrática de o realizar e o processo varia também de acordo com a faixa etária em que o indivíduo se encontra (Mallon, 2001; Marcelli, 2002). A reacção das crianças à morte depende do estágio de desenvolvimento cognitivo em que se encontram, assim como da forma como os adultos lidam com elas relativamente às questões da morte e do grau de cuidados que possam ter perdido (Walsh, McGoldrick, 1998). Segundo Gray (1978 *cit in* Marcelli, 2002), o processo de elaboração da perda de uma figura parental na adolescência realiza-se num período de tempo superior relativamente à sua realização na adultez.

Para ir de encontro ao objectivo a que me proponho e que anteriormente dei conta, isto é, que possível relação existirá entre o luto e a dificuldade na expressão de sentimentos, importa agora definir e caracterizar a alexitimia. Assim, a alexitimia é um conceito introduzido por Sifneos (1967) (*cit in* Heiberg, Heiberg, 1978) na sequência de estudos realizados com doentes psicossomáticos e significa «sem palavras para as emoções».

Vários autores (Maclean, 1949; Taylor, 1984; Warmes, 1986) fazem referência a doentes com aparente incapacidade intelectual para verbalizar sentimentos, doentes que não conseguem descrever as suas emoções e doentes inadequados para psicoterapia por dificuldades em descrever sentimentos.

Por outro lado, Martin e Phil (1985) colocam a hipótese stress-alexitimia, onde tentam explicar a relação entre manifestações alexitímicas e a existência de situações desencadeantes de stress. De acordo com os autores, perante uma situação de stress, o indivíduo com características alexitímicas vai responder de um modo específico, não conseguindo lidar com a situação de forma adequada, devido à falta de conhecimento emocional, à incapacidade de expressarem emoções e à tendência para usarem a acção de uma forma primária. Estes aspectos conduzem à manifestação exacerbada da componente



fisiológica da resposta à situação desencadeante de stress e, conseqüentemente, resulta o surgimento de sintomas somáticos. A incapacidade destes doentes em reconhecer uma situação desencadeante de stress vai proporcionar a exposição mais frequente a estas situações (Fernandes, Tomé, 2001).

As pesquisas que existem nesta área tentam perceber as relações existentes entre a expressão afectiva dos sujeitos e acontecimentos de vida stressantes. Ozguven e colaboradores (2000) realizaram um estudo cujo objectivo era determinar o efeito de acontecimentos de vida stressantes nos primeiros sintomas e exacerbação da patologia psoríase, depressão, ansiedade, grau de satisfação de vida e níveis de expressão afectiva em pacientes com psoríase e factores psicológicos de risco relatados por estes doentes. Os investigadores verificaram a existência de uma relação entre sintomas severos e uma fraca expressão afectiva e pontuações elevadas no Inventário de Depressão de Beck.

Eizaguirre (2002) realizou um estudo, cujo objectivo consistia em verificar a existência de uma relação entre a alexitimia e o ajuste didáctico em casais. Para a realização do estudo, avaliou 72 casais sem patologia física nem psíquica com a Toronto Alexithymia Scale e a Dyadic Adjustment Scale. Os resultados demonstraram que os sujeitos com alexitimia apresentam um pior ajuste didáctico e, em ambos os esposos, a alexitimia prediz um pior ajuste no casal.

Posse, Hällström e Backenroth-Ohsako (2004), realizaram um estudo onde pretendiam avaliar a estabilidade absoluta da alexitimia no período de um ano e estudar se as variáveis psicossociais explicam transformações na alexitimia ao longo desse período. Neste estudo, foram avaliadas as transformações no nível de alexitimia, sentimentos de bem-estar, ansiedade somática, sintomas depressivos e incapacidade social. Os resultados mostram que as transformações na alexitimia são independentes das transformações na gravidade dos sintomas e das características demográficas. Os resultados parecem indicar que a alexitimia não é simplesmente um efeito directo da gravidade dos sintomas psicossociais ou o resultado de uma causa comum, mas também responsável pelo início dos sintomas psicossociais.

Posse e Hällström (1999), num estudo anterior realizado com uma população de ambos os sexos que procuravam apoio médico, concluíram que a alexitimia se associava a



uma idade mais avançada, género masculino, baixo nível educativo e traços de personalidade caracterizados pela distância, assim como pela depressão não detectada. No estudo mais recente (Posse, Hällström, Backenroth-Ohsako, 2004), com população de profissionais inteiramente feminina, possibilitou o estudo da alexitimia sem o impacto de alguns dos elementos anteriores, tais como, o género e a enfermidade médica.

## **Metodologia**

### **1. Apresentação do estudo**

#### 1.1. Finalidade

A finalidade deste trabalho é desenvolver uma investigação que consiste em verificar se existe relação entre a alexitimia e o processo de luto, assim como analisar se existem factores sócio-demográficos que interferem neste processo.

#### 1.2. Objectivos

Tendo em consideração a finalidade do estudo, o objectivo principal é verificar se existe relação entre a alexitimia e o processo de luto, isto é, se altos níveis de alexitimia conduzem a um processo de luto patológico ou se baixos níveis de alexitimia resultam num processo de luto normal.

Como objectivo secundário, proponho-me a explorar se determinados factores sócio-demográficos se distinguem na resolução ou não-resolução do processo de luto.

#### 1.3. Limitações

A primeira limitação da presente investigação relaciona-se com as questões inerentes ao preenchimento de questionários. Os participantes são, de certa forma, coagidos a responder a todos os itens dos questionários o que pode conduzir a falta de precisão na resposta a alguns itens. Por outro lado, devido à questão da desajustabilidade social e, tendo em consideração o tema principal da investigação – sentimentos relativos a perdas, os



participantes tendem a concordar com as respostas que são mais adequadas socialmente o que pode levar os participantes do estudo a não contrariar o que seria de esperar em relação à forte dor de uma perda.

Em relação aos instrumentos utilizados no presente estudo, como é utilizado um questionário de auto-resposta, são introduzidas medidas indirectas e, portanto, variáveis que são manipuladas pois a informação irá ser medida com base em auto-respostas.

O Texas Revised Inventory of Grief, segundo Faschingbauer, Zisook & DeVaul (1987), consiste num instrumento que, do ponto de vista teórico e empírico, tem potencial para avaliar o luto patológico na prática da investigação e clínica. Contudo, existem factores característicos do luto patológico (APA, 2002), tais como, experiências alucinatórias ou preocupação mórbida com ideias de desvalorização que não são abrangidos pelo referido instrumento. Por outro lado, possibilita a distinção entre sentimentos na altura da perda e sentimentos presentes, de modo a perceber a evolução do processo.

Para além destas limitações, pode surgir dificuldades no acesso à amostra devido às características específicas da população do estudo e pode verificar-se uma pequena percentagem de sujeitos alexitímicos, visto que podem simplesmente recusar participar no estudo de modo a não terem de se confrontar com os seus sentimentos relativamente a uma perda.

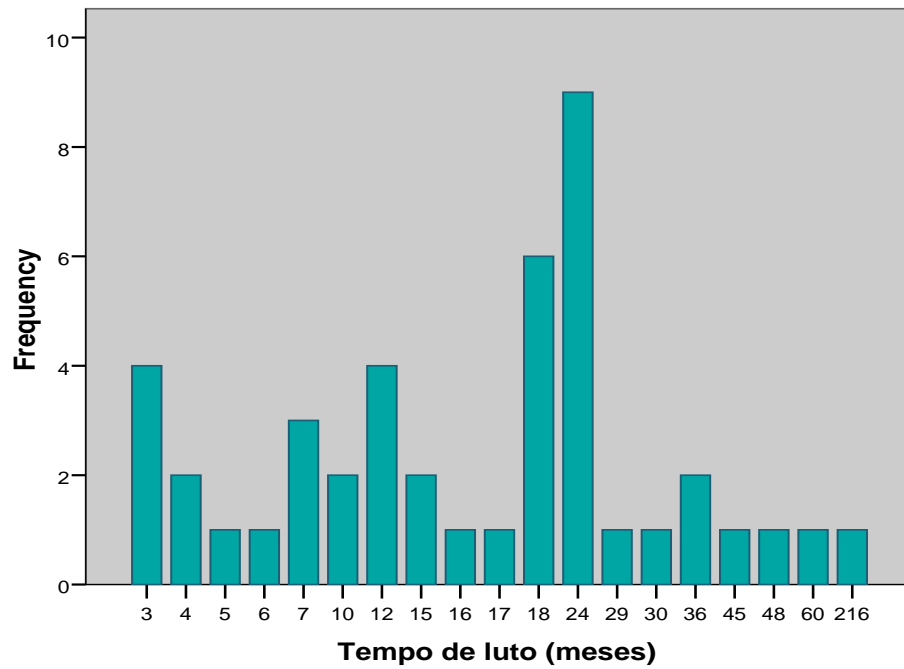
## **2. Método**

### 2.1. Participantes

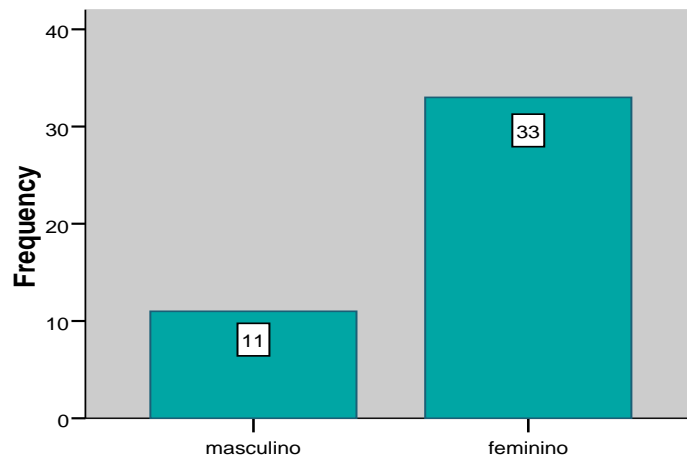
A população do estudo é constituída por adultos de nacionalidade portuguesa, que se encontram em processo de luto há mais de três meses,  $M = 22,89$ . Os participantes constituem uma amostra de 44 adultos, 33 do sexo feminino (75%) e 11 (25%) do sexo masculino (Fig. 2), com idades compreendidas entre 19 e 82 anos (Fig. 3),  $M = 41,32$ . Relativamente à naturalidade, 29 participantes são naturais de meio urbano (65,9%) e 15 são naturais de meio rural (34,1%) (Fig. 4).



**Fig. 1: Distribuição dos sujeitos por tempo de luto**

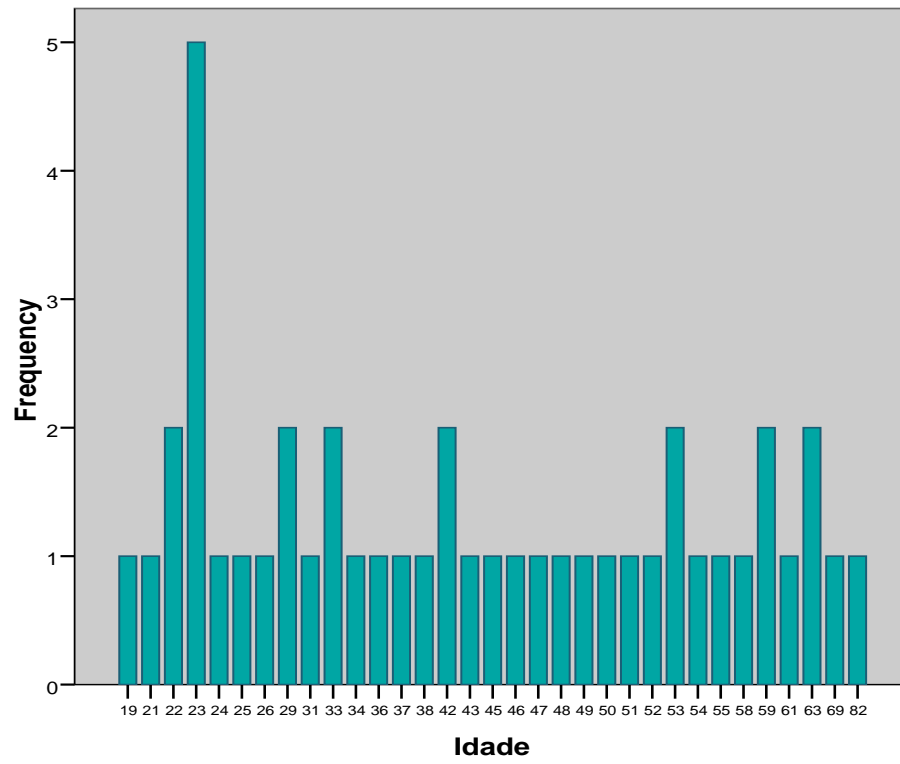


**Fig. 2: Distribuição dos sujeitos por sexo**

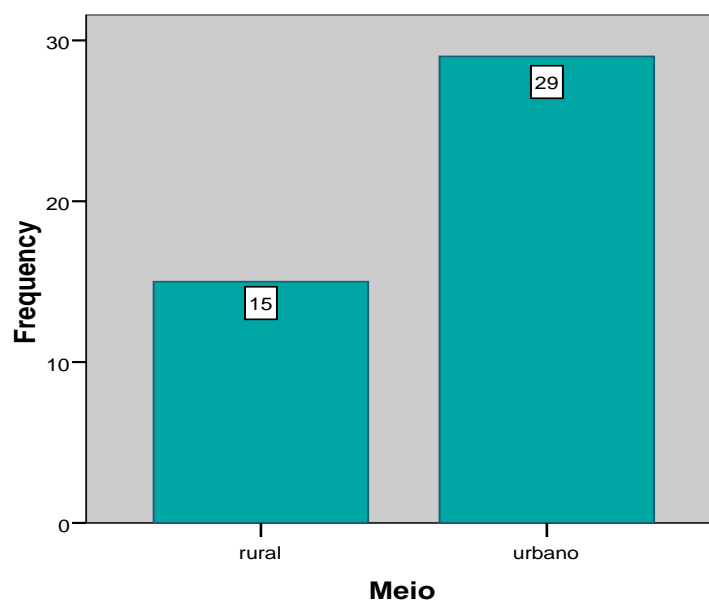




**Fig. 3: Distribuição dos sujeitos por idade**



**Fig. 4: Distribuição dos sujeitos por naturalidade**





## 2.2. Material

A avaliação foi realizada através de três questionários anónimos: um questionário de auto resposta para factores sócio-demográficos, um questionário para avaliar a alexitimia – Toronto Alexithymia Scale – TAS (Taylor *et al*, 1985); e um questionário para medir o luto patológico – Texas Revised Inventory of Grief (Faschingbauer, 1987). Os três instrumentos encontram-se em anexo (ver anexo 1 – Instrumentos).

### Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico foi construído de raiz e engloba factores que, de acordo com a bibliografia recolhida, poderão influenciar o processo de luto. Estes factores incluem o sexo, idade e naturalidade dos participantes; tempo de luto; tipo de relação com a pessoa que perdeu; níveis de religiosidade; e níveis de suporte social.

### Toronto Alexithymia Scale – TAS

A Escala de Alexitimia de Toronto – TAS (Taylor *et al*, 1985) consiste num instrumento de auto-avaliação, composto por 26 itens, concebido para medir o grau de alexitimia. Os participantes devem responder através de uma escala tipo Likert de cinco pontos onde 1 corresponde a discordo inteiramente, 2 discordo, 3 não sei, 4 concordo e 5 concordo plenamente. Os scores totais variam entre 26 e 130, sendo que scores superiores a 74 (inclusive) representam um sujeito alexitímico e inferiores a 62 (inclusive) o sujeito é considerado não alexitímico (Taylor *et al*, 1988).

Na sua versão original, a Escala de Alexitimia de Toronto demonstrou consistência interna e boa precisão de teste e reteste em períodos que variaram entre 1 semana e 3 meses (Taylor, Ryan & Bagby, 1985). Foram ainda realizados estudos de validade de critério e validade de construto (Bagby, Taylor & Ryan, 1986; Bagby, Taylor & Atkinson, 1988), os quais sugerem que a escala apresenta uma boa consistência com o conceito de alexitimia. As pesquisas com a versão original da escala sugerem uma consistência interna com coeficientes alfas que variam entre 0,75 a 0,79 (Bagby, Taylor & Ryan, 1986; Bagby, Taylor & Atkinson, 1988) e estabilidade em medidas de teste e reteste de uma semana ( $r=0,82$ ) e cinco semanas ( $r=0,75$ ) (Taylor, Ryan & Bagby, 1985).



A Escala de Alexitimia de Toronto foi validada para a população portuguesa num estudo realizado por Yoshida (2000). O objectivo deste estudo foi estimar o grau de precisão e validade da versão em português da escala. Os sujeitos (N=581) eram 394 mulheres e 187 homens, estudantes universitários. Os coeficientes alfa de toda a amostra (0,71) e das sub-amostras feminina (0,72) e masculina (0,71) indicaram o índice de precisão da escala e o coeficiente inter-itens (0,08). A análise factorial indicou quatro factores compatíveis com a versão em espanhol, a qual já se mostrara congruente com a versão em inglês. Os resultados sugerem que, do ponto de vista psicométrico, a versão em português da escala constitui uma medida fiável e válida do construto como nas suas versões anteriores em inglês e espanhol.

Os quatro factores indicados pela análise factorial apontam que o Factor 1 explica 16,3% da variância e é composto pelos itens 1, 3, 4, 8, 10, 14, 17, 20, 22, 23, 25 e 26; o Factor 2, que explica 9,3% da variância, é constituído pelos itens 2, 5, 15, 16 e 18; o Factor 3, que explica 7,9% da variância, integra os itens 7, 9, 11, 13, 19, 21 e 24; por fim, o Factor 4, representando 7,6% da variância, inclui os itens 6 e 12. Assim, os quatro factores juntos explicam 41% da variância (Taylor, Ryan & Bagby, 1985).

Relativamente às variáveis psicológicas que estes factores representam, Taylor, Ryan & Bagby (1985) referem que o Factor 1 reflecte a habilidade de identificar e descrever sentimentos, assim como distinguir sentimentos de sensações corporais; o Factor 2 relaciona-se com a questão “sonhar acordado”; o Factor 3 incide na focalização de acontecimentos externos em vez de experiências internas; o Factor 4 refere-se à habilidade para comunicar os sentimentos a outras pessoas.

#### Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)

Este inventário é composto por uma escala de 21 itens designados para medir o luto patológico. O inventário engloba dois pontos distintos no tempo: passado (imediatamente a seguir à perda) e presente (aquando a aplicação do inventário). Assim, são compreendidas duas sub escalas, estruturadas com uma escala de cinco pontos tipo Likert, onde os itens são somados para produzir um resultado total. A primeira sub escala, composta por 8 itens, mede os sentimentos e acções na altura em que ocorreu a perda (como é que a perda afectou as emoções, actividades e relações interpessoais). A segunda sub escala, composta



por 13 itens, mede os sentimentos presentes, tais como ruminacões, a não-aceitação da morte e as memórias dolorosas. Os scores totais variam entre 21 e 105, sendo que scores superiores a 63 (inclusive) representam um sujeito a vivenciar um processo de luto normal e inferiores a 62 (inclusive) o sujeito encontra-se num processo de luto patológico (Faschingbauer *et al*, 1987).

A confiança de split-half é de 0,81 (Faschingbauer; Devaul & Zisook, 1977) e a consistência interna estimada para as duas sub escalas é de 0,77 e 0,86 respectivamente (Hansson; Carpenter & Fairchild, 1993). Estas estimativas são aceitáveis dada a brevidade das sub escalas (Nunnally & Bernstein, 1994).

### 2.3. Planificação

O desenho da investigação é descritivo, na medida em que se irão recolher dados que permitam descrever o modo como se comportam as variáveis, e comparativo, na medida em que se estabelecem grupos de comparação de modo a fazer eventuais inferências.

As variáveis principais do presente estudo são os níveis de alexitimia e o processo de luto. A primeira será a variável independente e a segunda dependente. Como variáveis secundárias serão incluídas as variáveis demográficas, como sexo, idade e naturalidade, e as variáveis sociais, tais como, há quanto tempo os participantes se encontram em luto, o tipo de relação que tinham com a pessoa que perderam, os níveis de religiosidade e o suporte social.

### 2.4. Procedimentos

Para o presente trabalho foi construído o questionário sócio-demográfico que inclui os dados que podem influenciar o processo de luto. Este instrumento foi sujeito a pré-teste de modo a verificar se os itens e as possibilidades de resposta eram abrangentes e de fácil compreensão.

A Escala de Alexitimia de Toronto, validada para a população portuguesa no Brasil, após um pedido de autorização para a sua utilização no estudo (ver anexo 2), foi traduzida para português europeu e o Texas Revised Inventory of Grief, após o acesso a uma folha informativa com a autorização para a utilização do inventário (ver em anexo 3), foi



traduzido para português e, de seguida, foi sujeito a uma retroversão independente (ver anexo 4) para a língua inglesa. Os dois instrumentos foram sujeitos a um pré-teste da versão traduzida de modo a verificar se os itens não contêm erros gramaticais e se são de fácil compreensão.

Os instrumentos são precedidos por uma página de rosto (ver anexo 5) onde é explicado o objectivo do estudo, a importância da participação dos sujeitos e pedido o consentimento informado. Os participantes a quem foi aplicado o pré-teste, para além do acesso à página de rosto, foram informados pessoalmente dos objectivos do pré-teste.

O pré-teste foi aplicado a 6 sujeitos com idades variadas de modo a controlar possíveis diferenças relacionadas com as diversas faixas etárias. As questões que me foram colocadas, durante a aplicação do pré-teste, foram relativas à dificuldade de perceber o significado de alguns itens na Escala de Alexitimia de Toronto, os quais não podem ser eliminados nem alterados para não interferir na validade dos instrumentos.

Após a aplicação do pré-teste foi recolhida a amostra por conveniência e os dados recolhidos foram submetidos a uma análise estatística no SPSS e serão apresentados nas próximas páginas. Por fim, apresentarei a discussão dos resultados comparativamente com os estudos existentes e algumas considerações finais.

## Resultados

Primeiramente, apresento um quadro onde se podem verificar as respostas individuais dos sujeitos da amostra, quer relativamente aos factores sócio-demográficos, quer aos *scores* globais do Texas Revised Inventory of Grief e da Escala de Alexitimia de Toronto, visto alguns dos dados serem importantes para a análise dos resultados e sua posterior discussão.



### Quadro 1. Apresentação dos dados

<i>Participante</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Meio</i>	<i>Tempo de</i>			<i>Suporte afetivo</i>	<i>TAS</i>	<i>TRIG</i>
				<i>Luto (meses)</i>	<i>Falecido</i>	<i>Religião</i>			
1	F	50	Urbano	29	Cônjuge	Sim	Moderado	81	56
2	F	52	Urbano	45	Cônjuge	Sim	Moderado	75	33
3	F	33	Rural	15	Pai	Sim	Muito	74	51
4	F	48	Urbano	16	Pai	Sim	Muito	66	58
5	F	43	Rural	18	Cônjuge	Sim	Moderado	93	54
6	F	36	Rural	18	Tio(a)	Sim	Muito	76	53
7	F	63	Rural	18	Irmão(a)	Sim	Muito	82	39
8	F	63	Rural	30	Cônjuge	Sim	Muito	98	41
9	F	59	Urbano	3	Mãe	Sim	Muito	64	95
10	F	55	Rural	15	Cônjuge	Sim	Muito	72	56
11	F	22	Rural	18	Pai	Sim	Moderado	91	35
12	M	33	Urbano	6	Avô (ó)	Não	Pouco	79	87
13	F	53	Urbano	24	Pai	Sim	Muito	90	40
14	M	23	Urbano	24	Pai	Não	Muito	89	51
15	M	25	Urbano	18	Avô (ó)	Não	Moderado	81	88
16	F	46	Urbano	24	Tio(a)	Sim	Muito	70	102
17	F	22	Urbano	60	Avô (ó)	Sim	Muito	93	63
18	F	69	Urbano	216	Filho(a)	Sim	Muito	99	24
19	M	61	Rural	24	Irmão(a)	Sim	Muito	94	37
20	M	47	Urbano	24	Pai	Sim	Moderado	85	73
21	F	23	Rural	24	Pai	Sim	Muito	68	75
22	F	23	Urbano	12	Avô (ó)	Sim	Muito	73	64
23	M	29	Urbano	48	Pai	Sim	Moderado	68	59
24	F	59	Urbano	17	Cônjuge	Sim	Muito	104	34
25	M	54	Urbano	12	Pai	Sim	Moderado	85	55
26	F	53	Urbano	12	Outro	Sim	Muito	85	61
27	F	82	Urbano	24	Irmão(a)	Sim	Muito	88	55
28	M	24	Urbano	36	Avô (ó)	Sim	Moderado	78	81
29	F	37	Urbano	3	Outro	Sim	Muito	80	77
30	F	58	Urbano	3	Cônjuge	Sim	Muito	72	41
31	F	21	Rural	5	Tio(a)	Sim	Muito	81	55



Universidade da Beira Interior  
Relatório Final de Estágio – 2º Ciclo em Psicologia

---

32	M	51	Rural	4	Outro	Sim	Moderado	78	72
33	F	42	Urbano	4	Irmão(a)	Sim	Muito	77	50
34	M	23	Urbano	18	Avô (ó)	Sim	Muito	84	66
35	M	23	Urbano	7	Pai	Sim	Muito	76	37
36	F	49	Urbano	7	Cônjuge	Sim	Muito	91	29
37	F	19	Urbano	7	Pai	Sim	Muito	85	29
38	F	34	Rural	3	Mãe	Sim	Moderado	76	48
39	F	38	Urbano	36	Mãe	Sim	Moderado	85	66
40	F	31	Rural	24	Tio(a)	Sim	Muito	85	44
41	F	29	Rural	24	Tio e Avô	Sim	Moderado	81	39
42	F	42	Urbano	10	Mãe	Sim	Pouco	70	38
43	F	26	Urbano	10	Avô (ó)	Sim	Muito	83	40
44	F	45	Rural	12	Pai	Sim	Moderado	96	38



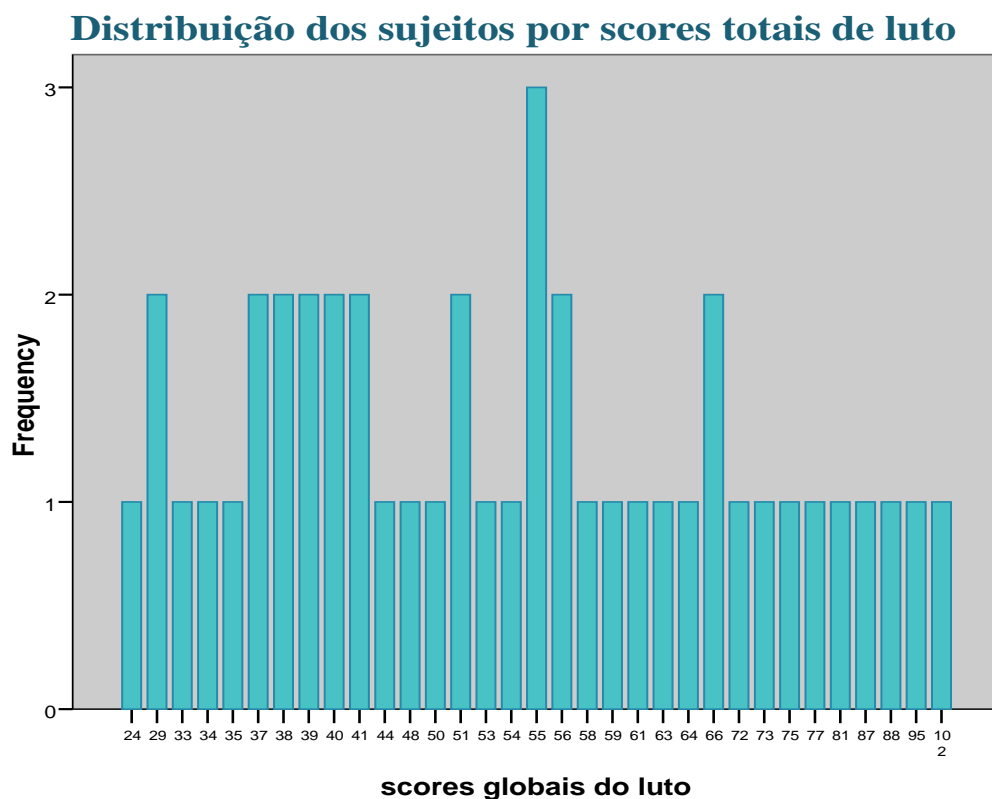
**Tabela 1.** Descrição dos *scores* globais do processo de luto

	Valores da amostra (N=44)	Valores teóricos
<b>Média</b>	54,30	
<b>Mediana</b>	53,50	63,00
<b>Moda</b>	55,00	
<b>Desvio Padrão</b>	18,660	
<b>Variância</b>	348,213	
<b>Valor Mínimo</b>	24	21
<b>Valor Máximo</b>	102	105

Em relação ao inventário utilizado para medir os valores relativos ao processo de luto (TRIG), os *scores* globais variam entre 21 e 105, sendo que *scores* superiores a 63 (inclusive) representam um sujeito a vivenciar um processo de luto normal e inferiores a 62 (inclusive) o sujeito encontra-se num processo de luto patológico. A média na amostra em estudo é 54,30 e a moda é 55,00, o que demonstra, comparativamente aos valores teóricos, que a maior parte dos participantes do estudo, se encontram num processo de luto patológico.

Na amostra do presente estudo verificam-se *scores* totais entre os valores 24 e 102, correspondendo o valor da mediana a 53,50, com um desvio padrão de 18,66 e variância 348,213.

No gráfico 1 pode ver-se a distribuição dos sujeitos por *scores* globais do luto, avaliados através do TRIG.



**Tabela 2.** Descrição dos *scores* globais da alexitimia

	Valores da amostra (N=44)	Valores teóricos
<b>Média</b>	81,84	
<b>Mediana</b>	81,00	78,00
<b>Moda</b>	85,00	
<b>Desvio Padrão</b>	9,420	
<b>Variância</b>	88,742	
<b>Valor Mínimo</b>	64	26
<b>Valor Máximo</b>	104	130

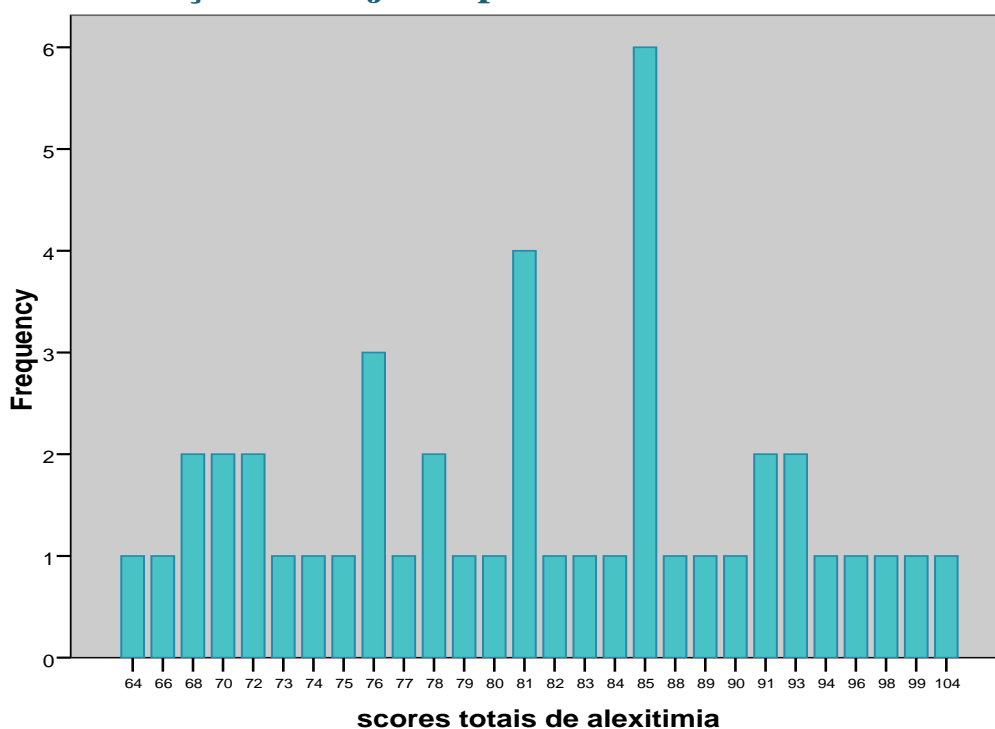


Em relação à escala utilizada para medir os valores relativos à alexitimia (TAS), os *scores* globais variam entre 26 e 130, sendo que *scores* superiores a 74 (inclusive) representam um sujeito alexitímico e inferiores a 62 (inclusive) o sujeito é não-alexitímico. A média na amostra em estudo é 81,84 e a moda é 85,00, o que demonstra, comparativamente aos valores teóricos, que a maior parte dos participantes do estudo são alexitímicos.

Na amostra do presente estudo verificam-se *scores* globais entre os valores 26 e 130, correspondendo o valor da mediana a 81,00, com um desvio padrão de 9,420 e variância 88,742.

No gráfico 2 pode ver-se a distribuição dos sujeitos por *scores* globais de alexitimia, avaliados através da TAS.

### Distribuição dos sujeitos por scores totais de alexitimia



Os resultados apresentados anteriormente fazem apenas referência aos *scores* globais dos dois instrumentos utilizados. Contudo, para responder ao objectivo principal do estudo e, portanto, verificar a existência de alguma associação entre as variáveis das



referidas escalas, foram cruzados quer os *scores* globais dos dois instrumentos, quer as subescalas. Assim, relativamente ao Texas Revised Inventory of Grief (TRIG), foram incluídos os *scores* de duas subescalas: “Presente” e “Passado”. A primeira subescala refere-se ao comportamento passado, englobando, assim, os 8 primeiros itens e a segunda subescala faz referência aos sentimentos presentes, incluindo, desta forma, os 13 itens seguintes. Em relação à Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), foram analisados separadamente quatro factores: “Habilidade”; “Daydreaming”; “Externalização”; e “Comunicação”. O primeiro factor refere-se à habilidade de identificar e descrever sentimentos; o segundo factor faz referência ao “sonhar acordado”; o terceiro factor incide na focalização de acontecimentos externos; e o quarto factor relaciona-se com a habilidade para comunicar os sentimentos a outras pessoas. Neste sentido, é de salientar que *scores* elevados em qualquer uma das subescalas indica elevados níveis de alexitimia no que se refere a cada um dos factores em particular. Portanto, *scores* elevados no factor “Habilidade” não significa um aumento de habilidade em descrever e comunicar sentimentos, mas corresponde, por outro lado, a elevados níveis de alexitimia no que se relaciona com os itens avaliados.

Os resultados da associação entre as diferentes variáveis são apresentados na tabela seguinte.

**Tabela 3.** Associação entre os *scores* globais e parciais do TRIG e da TAS

	<i>Significância (p)</i>	<i>Coef. Correlação (r)</i>
Habilidade*Luto	0,000	-0,512
Habilidade*Passado	0,002	-0,462
Habilidade*Presente	0,001	-0,491
Daydreaming*Luto	0,114	-0,242
Daydreaming*Passado	0,153	-0,219
Daydreaming*Presente	0,131	-0,231
Externalização*Luto	0,260	0,173
Externalização*Passado	0,427	0,123
Externalização*Presente	0,215	0,191
Comunicação*Luto	0,284	-0,165



Comunicação*Passado	0,222	-0,188
Comunicação*Presente	0,401	-0,130
Alexitimia*Luto	0,001	-0,467
Alexitimia*Passado	0,003	-0,440
Alexitimia*Presente	0,003	-0,434

De acordo com os resultados apresentados, pode verificar-se a existência de correlações entre algumas subescalas avaliadas no TRIG e na TAS, assim como, entre os *scores* globais de ambas as escalas.

A análise da relação entre a alexitimia e o processo de luto numa amostra de 44 adultos revela uma associação entre a subescala da TAS “Habilidade” e os *scores* globais do TRIG. A análise com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson apoia esta conclusão,  $r(44) = -0,512$ ,  $p < 0,001$ . A correlação existente é negativa, ou seja, as variáveis são inversamente proporcionais, o que significa que à medida que o factor “Habilidade” aumenta, os *scores* globais do TRIG diminui, o que indica valores elevados num dos factores da alexitimia e valores reduzidos no inventário do luto, portanto um processo de luto patológico. Verifica-se, do mesmo modo, uma correlação negativa entre a subescala da TAS “Habilidade” e a subescala do TRIG “Passado”. A análise com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson apoia esta conclusão,  $r(44) = -0,462$ ,  $p = 0,002$ . Através do coeficiente de correlação de Pearson, percebe-se também a existência de uma correlação negativa,  $r(44) = -0,491$ ,  $p = 0,001$ , entre a subescala da TAS “Habilidade” e a subescala do TRIG “Presente”.

A análise da relação entre a alexitimia e o processo de luto numa amostra de 44 adultos revela uma associação entre os *scores* globais da TAS e os *scores* globais do TRIG. A análise com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson apoia esta conclusão,  $r(44) = -0,467$ ,  $p = 0,001$ . A correlação existente é negativa, significando que, à medida que os valores da alexitimia aumentam, os valores resultantes do inventário do luto diminuem, reflectindo um processo de luto patológico. Verifica-se, do mesmo modo, uma correlação negativa entre os *scores* globais da TAS e a subescala do TRIG “Passado”,  $r(44) = -0,440$ ,



$p=0,003$ , assim como, os *scores* globais da TAS e a subescala “Presente”,  $r(44) = -0,434$ ,  $p=0,003$ .

Para responder ao segundo objectivo do presente trabalho e, portanto verificar se os factores sócio-demográficos têm alguma associação no decorrer do processo de luto. Neste sentido, foram analisados estatisticamente os dados recolhidos com o recurso ao questionário de factores sócio-demográficos e verificou-se uma associação entre alguns dados sócio-demográficos e o processo de luto, nomeadamente, o tipo de relação que o participante tinha com a pessoa que perdeu; sexo; naturalidade; e níveis de religiosidade. Os resultados referidos serão apresentados nas tabelas seguintes.

**Tabela 4.** Comparação das médias relativas aos *scores* globais e parciais do TRIG consoante o tipo de relação que os sujeitos tinham com a pessoa que faleceu

<i>Tipo de relação</i>		<i>Luto</i>	<i>Passado</i>	<i>Presente</i>
Cônjuge	Média	43,00	17,38	25,63
	N	8	8	8
	Desvio padrão	10,981	7,596	4,502
Mãe	Média	61,75	29,75	32,00
	N	4	4	4
	Desvio padrão	25,012	9,500	16,125
Pai	Média	50,08	21,58	28,50
	N	12	12	12
	Desvio padrão	14,789	7,716	8,339
Irmão(a)	Média	45,25	21,50	23,75
	N	4	4	4
	Desvio padrão	8,655	2,517	7,182
Filho(a)	Média	24,00	11,00	13,00



	N	1	1	1
	Desvio padrão	.	.	.
Avó(ô)	Média	69,86	30,00	39,86
	N	7	7	7
	Desvio padrão	17,004	6,000	11,423
Tio(a)	Média	63,50	27,50	36,00
	N	4	4	4
	Desvio padrão	26,109	9,037	20,331
Outro	Média	70,00	30,67	39,33
	N	3	3	3
	Desvio padrão	8,185	3,512	4,726
Avô e tio	Média	39,00	20,00	19,00
	N	1	1	1
	Desvio padrão	.	.	.

A análise dos *scores* globais do TRIG permite perceber que a média mais elevada, o que indica “processo de luto normal”, é de  $M = 70,00$  com desvio padrão de 8,185, correspondendo aos sujeitos que perderam “outro” familiar e a média mais baixa, de  $M = 24,00$ , indicando “processo de luto patológico”, corresponde aos sujeitos que perderam o(a) filho(a). Por ordem crescente, a média seguinte,  $M = 39,00$ , corresponde à perda do avô e do tio mas ambas representam apenas dois sujeitos da amostra. O valor que se segue,  $M = 43,00$ , correspondendo à perda do cônjuge, tem um  $N = 8$  e desvio padrão de 10,981.

Em relação aos *scores* das duas subescalas, não se verificam diferenças significativas nas médias comparativamente com os *scores* globais. A média mais elevada na subescala “Passado”,  $M = 30,67$ , corresponde aos sujeitos que perderam “outro” familiar e as médias mais baixas,  $M = 11,00$  e  $M = 17,38$ , correspondem aos sujeitos que perderam o(a) filho(a) e o cônjuge, respectivamente. Em relação à subescala “Presente”, a média mais elevada,  $M = 39,86$ , corresponde à perda do(a) avô(a) e as médias mais baixas,  $M = 13,00$ ,



M = 19,00 e M = 23,75, correspondem aos sujeitos que perderam o(a) filho(a), o avô e o tio, e o(a) irmão(a), respectivamente.

Os resultados apresentados demonstram que os sujeitos que perderam “outro” familiar (M = 70,00), o(a) avô(ó) (M = 69,86), e o(a) tio(a) (M = 63,50) manifestam um processo de luto normal e os sujeitos que perderam a mãe (M = 61,75), o pai (M = 50,08), o(a) irmão(a) (M = 45,25), o cônjuge (M = 43,00), o avô e o tio (M = 39,00) e o(a) filho(a) (M = 24,00) manifestam um processo de luto patológico, usando como base a mediana teórica.

A análise da variância indica que a diferença entre grupos é significativa,  $F(8,35) = 2,696$ ,  $p < 0,020$  relativamente aos *scores* globais do TRIG e aos *scores* das subescalas “Passado”,  $F(8,35) = 2,852$ ,  $p < 0,015$ , e “Presente”,  $F(8,35) = 2,055$ ,  $p < 0,068$ .

**Tabela 5.** Comparação das médias relativas aos *scores* globais e parciais do TRIG consoante o sexo dos participantes

<i>Sexo</i>		<i>Luto</i>	<i>Passado</i>	<i>Presente</i>
Masculino	Média	64,18	28,36	35,82
	N	11	11	11
	Desvio padrão	18,099	7,447	11,514
Feminino	Média	51,00	22,24	28,76
	N	33	33	33
	Desvio padrão	17,909	8,227	11,192

A análise dos resultados permite perceber que se manifestam diferenças estatisticamente significativas entre sexos com as mulheres a apresentarem um processo de luto mais patológico do que os homens. Nos *scores* globais do TRIG a média no sexo



feminino é de  $M = 51,00$  e no sexo masculino é de  $M = 64,18$ ,  $t(42) = 2,109$ ,  $p < 0,041$ . Na subescala “Passado” a média das mulheres é  $M = 22,24$  e nos homens  $M = 28,36$ ,  $t(42) = 2,185$ ,  $p < 0,035$ . Por fim, em relação à subescala “Presente”, no sexo feminino a média é de  $M = 28,76$  e no sexo masculino é de  $M = 35,82$ ,  $t(42) = 1,800$ ,  $p < 0,079$ .

**Tabela 6.** Comparação das médias relativas aos *scores* globais e parciais do TRIG consoante a naturalidade dos participantes

<i>Meio</i>		<i>Luto</i>	<i>Passado</i>	<i>Presente</i>
Rural	Média	49,13	22,40	26,73
	N	15	15	15
	Desvio padrão	12,206	6,057	9,043
Urbano	Média	56,97	24,48	32,48
	N	29	29	29
	Desvio padrão	20,943	9,398	12,354

Em relação à naturalidade dos participantes, os resultados apresentados permitem perceber que os sujeitos que são naturais de um meio rural apresentam médias mais baixas no TRIG ( $M = 49,13$ ), no “Passado” ( $M = 22,40$ ) e no “Presente” ( $M = 26,73$ ) do que os sujeitos que são naturais de um meio urbano, o que demonstra que os primeiros se encontram num processo de luto mais patológico. As diferenças são estatisticamente significativas nos *scores* da subescala “Presente”,  $t(42) = -1,756$ ,  $p < 0,087$ .



**Tabela 7.** Comparação das médias relativas aos *scores* globais e parciais do TRIG consoante a religiosidade dos participantes

<i>Religiosidade</i>		<i>Luto</i>	<i>Passado</i>	<i>Presente</i>
Sim	Média	52,76	23,24	29,51
	N	41	41	41
	Desvio padrão	17,790	8,185	11,028
Não	Média	75,33	31,00	44,33
	N	3	3	3
	Desvio padrão	21,079	9,539	11,547

A análise dos resultados apresentados permite perceber que os sujeitos pertencentes a uma religião apresentam médias mais baixas no TRIG ( $M = 52,76$ ), no “Passado” ( $M = 23,24$ ) e no “Presente” ( $M = 29,51$ ) do que os sujeitos que não pertencem a nenhuma religião, o que demonstra que os primeiros encontram-se num processo de luto mais patológico. As diferenças são estatisticamente significativas nos *scores* globais do TRIG,  $t(42) = -2,102$ ,  $p < 0,042$ , e na subescala “Presente”,  $t(42) = -2,242$ ,  $p < 0,030$ .

É de salientar que apenas 3 participantes responderam que não pertencem a nenhuma religião e, cruzando esta variável com os restantes factores sócio-demográficos onde foi possível perceber diferenças estatisticamente significativas, verifica-se que, no que diz respeito ao tipo de relação, 1 dos participantes perdeu o pai e os outros 2 perderam o(a) avô(ó); relativamente ao sexo, os 3 participantes são homens; e, por fim, no que concerne com a naturalidade, os 3 sujeitos são naturais de um meio urbano (ver quadro 1).

A análise dos níveis de religiosidade no que se relaciona com as visitas ao cemitério ( $N = 41$ ) indica que a diferença entre grupos é significativa nos *scores* globais do luto,  $F(4,36) = 2,852$ ,  $p < 0,038$ , e na subescala “Presente”,  $F(4,36) = 2,666$ ,  $p < 0,048$ . Os resultados indicam médias mais baixas nos participantes que responderam ir ao cemitério todos os dias, quer nos *scores* globais do TRIG ( $M = 24,00$ ), quer na subescala “Passado”



(M = 11,00) e “Presente” (M = 13), o que indica luto mais patológico e médias mais elevadas nos participantes que responderam nunca ir ao cemitério nos *scores* globais do TRIG (M = 95,00) e nas subescalas “Passado” (M = 40,00) e “Presente” (M = 55,00), indicando um processo de luto normal ou menos patológico. Como se pode verificar na seguinte tabela, as médias tornam-se mais baixas quanto maior é o número de vezes que os sujeitos se deslocam ao cemitério, indicando, neste sentido, que o luto é mais patológico nos sujeitos que realizam mais visitas ao cemitério.

**Tabela 8.** Comparação das médias relativas aos *scores* globais e parciais do TRIG consoante a quantidade de visitas ao cemitério

<i>Visitas ao cemitério</i>		<i>Luto</i>	<i>Passado</i>	<i>Presente</i>
Nunca	Média	95,00	40,00	55,00
	N	1	1	1
	Desvio padrão	.	.	.
Ocasões especiais	Média	55,69	24,19	31,50
	N	16	16	16
	Desvio padrão	19,869	7,670	13,327
Uma vez por semana	Média	51,59	22,94	28,65
	N	17	17	17
	Desvio padrão	11,948	7,146	6,585
Várias vezes durante a semana	Média	46,00	20,83	25,17
	N	6	6	6
	Desvio padrão	16,781	9,988	8,886
Todos os dias	Média	24,00	11,00	13,00
	N	1	1	1
	Desvio padrão	.	.	.



Os dados apresentados anteriormente englobam apenas os resultados onde se manifestaram diferenças estatisticamente significativas. Deste modo, o resultado estatístico do estudo no que se relaciona com os outros factores sócio-demográficos propostos no objectivo secundário da investigação, nomeadamente, a idade, tempo de luto e a intensidade com que os participantes se sentem apoiados pela família e/ou amigos, encontram-se em anexo (ver anexo 6).

## Discussão

Embora a análise efectuada no presente estudo seja sustentada por uma amostra que poderá não ser representativa, os resultados obtidos permitem traçar tendências interpretativas da importância de expressar as emoções no decorrer do processo de luto, assim como, a interferência de factores sócio-demográficos no desenrolar deste processo. Neste sentido, os resultados revelam o interesse em realizar novas investigações neste âmbito, recorrendo à utilização de diversos instrumentos construídos para a avaliação das temáticas em estudo, assim como populações distintas.

Efectivamente, numa amostra de 44 sujeitos, com o recurso ao Texas Revised Inventory of Grief e à Escala de Alexitimia de Toronto – 26, verifica-se a existência de uma relação entre a Alexitimia e o Processo de Luto, sendo que os participantes que apresentam valores mais elevados na TAS – 26, apresentam valores mais baixos no TRIG, indicando patologia no processo de luto. A análise da distribuição dos sujeitos por *scores* globais de ambos os instrumentos indica uma amostra de indivíduos maioritariamente alexitímicos e a experimentar um processo de luto patológico, associação confirmada aquando do cruzamento das diferentes variáveis. Estes resultados poderão estar relacionados com a forma como se experimenta o luto nos dias de hoje, onde o enlutado se isola devido à impossibilidade de expressar as emoções (Elias, 2001).

Os resultados indicam, assim, que a dificuldade em expressar emoções poderá conduzir a um desenrolar patológico do processo de luto, dados que corroboram a informação apresentada por Kaplan (2006) relativamente às consequências da tristeza



inibida ou negada e por Martin & Phil (1985) quando salientam a dificuldade que os sujeitos alexitímicos manifestam em lidar com uma situação causadora de stress.

Relativamente à abordagem factorial da Escala de Alexitimia de Toronto, verificam-se correlações estatisticamente significativas apenas no Factor 1, o qual se relaciona com a habilidade para descrever e comunicar sentimentos. Este resultado poderá estar relacionado com o facto de ser o factor que mais itens engloba (12) e o responsável por uma grande parte da variância (16,3%). Além disso, as investigações realizadas com a temática da alexitimia, e que apresentei no estudo, referem-se, nomeadamente, à dificuldade em expressar emoções. Neste sentido, os resultados da presente investigação corroboram os estudos realizados por Ozguven e cols. (2000) onde se encontram relacionados sintomas severos com uma fraca expressão afectiva, por Hällström & Backenroth-Ohsako (2004), onde a alexitimia é considerada a responsável pelo início dos sintomas psicossociais, e por Posse & Hällström (1999), onde a alexitimia é associada a depressão não detectada.

Relativamente à análise de uma possível influência dos factores sócio-demográficos na resolução do processo de luto, manifestaram-se diferenças estatisticamente significativas para o factor “relação com a pessoa que faleceu”, “sexo”, “naturalidade” e “religiosidade”. Por outro lado, não se manifestaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos nos factores “idade”, “tempo de luto” e “suporte afectivo”, dados que contrariam o estudo realizado por Ellifritt, Nelson & Walsh (2003), onde foi concluído que o suporte social e a idade constituem factores importantes no desenrolar do luto, e os dados apresentados por Mallon (2001) e Marcelli (2002) relativamente à importância da faixa etária em que se encontra o sujeito.

Na análise do factor “relação com a pessoa que faleceu”, embora os resultados possam não ser representativos da população, visto a amostra ter um N pequeno e existir 9 grupos, o que se salienta, por exemplo, nos grupos onde as médias foram mais baixas (perda do(a) filho(a) e perda do avô e tio), tendo cada um apenas uma resposta, parece existir uma tendência para o luto ser mais patológico quando a relação é muito próxima. Efectivamente, verifica-se existir um processo de luto patológico em sujeitos que perderam o(a) filho(a), o cônjuge, o(a) irmão(a), o pai e a mãe, relações familiares que indicam, possivelmente, uma maior proximidade e dependência, possibilidades que vão de encontro



aos dados apresentados por Kaplan (2006), defendendo que, entre outros factores, os sujeitos que apresentam um relacionamento de dependência com o falecido manifestam um risco maior de desenvolver luto patológico. A média foi também reduzida (indicando luto patológico) no grupo “perda do avô e do tio” o que me parece poder estar relacionado com outro aspecto defendido por Kaplan (2006), que diz respeito à história de perdas traumáticas.

Como é focado na parte introdutória do presente estudo, faz parte do processo de luto normal o desenredar dos laços de vinculação (Sullivan, 1956 *cit in* Sanders, 1999; Sanders, 1999), o que, possivelmente, poderá ser mais demorado e doloroso quando existe uma relação de dependência e proximidade, onde provavelmente a pessoa tenha convivido e partilhado experiências dia após dia.

Embora apenas um sujeito tenha respondido que perdeu o(a) filho(a), o facto do valor das médias ser muito baixo, indicando luto muito patológico, poderá relacionar-se com os fortes laços de vinculação referidos. Além disso, é de salientar que o sujeito com os valores mais baixos no TRIG apresenta os valores mais altos na TAS (ver quadro 1) e, deste modo, o luto patológico poderá estar relacionado também com este resultado. Neste caso concreto, o facto de se encontrar em luto há 216 meses (ver quadro 1), poderá confirmar a não influência do factor “Tempo de luto”, embora não se possa tirar conclusões com um N tão reduzido.

No caso das diferenças estatisticamente significativas no factor “Sexo”, indicando que as mulheres manifestam luto mais patológico do que os homens, poderá existir uma associação com o facto das mulheres tenderem a construir relações mais dependentes comparativamente com os homens, o que, como defende Sullivan (1956 *cit in* Sanders, 1999) e Sanders (1999) constitui um factor de risco e pode conduzir a luto patológico.

Relativamente à naturalidade dos sujeitos, os resultados indicam que os participantes naturais dos meios rurais apresentam luto mais patológico na subescala “Presente”. Apesar de não ter encontrado nenhum estudo acerca desta temática, parece-me que este resultado poderá estar relacionado com vivências mais tradicionais, muitas vezes, associadas a questões religiosas, que poderão prolongar o sofrimento. É de realçar que os resultados são estatisticamente significativos apenas na subescala “Presente”, o que indica



haver associação entre um processo de luto patológico e os sentimentos presentes relativos à perda.

Neste sentido, os resultados indicam que os participantes religiosos manifestam um processo de luto mais patológico comparativamente com os que não pertencem a nenhuma religião, sendo que estes são apenas 3 dos 44 sujeitos. Ao proceder à análise dos dados sócio-demográficos destes mesmos sujeitos (ver quadro 1), verifica-se que são do sexo masculino, são naturais de um meio urbano, dois dos quais perderam o(a) avô(ó), factores que, de acordo com os resultados deste estudo, influenciam o processo de luto normal. Deste modo, surge a questão do que será causa e efeito e a consequente necessidade de se realizarem mais investigações nesta área.

Nesta continuação, procedeu-se à análise dos níveis de religiosidade (N = 41) consoante a quantidade de vezes que os sujeitos participam numa celebração religiosa, rezam em casa ou vão ao cemitério, verificando-se diferenças estatisticamente significativas neste último factor. A análise dos resultados parece indicar que quanto mais os sujeitos vão ao cemitério, mais patológico é o processo de luto, aspecto que poderá estar relacionado, novamente, com prolongar o sofrimento, como se, indo ao cemitério a pessoa fosse mantendo vivo o falecido e, simultaneamente, fosse negando o sofrimento, o que, de acordo com Kaplan (2006) conduz a patologia.

A realização deste estudo poderá, não só servir de base a futuras investigações que possam vir a ser realizadas nesta área, mas também ajudar os profissionais de saúde mental a lidar com as questões relacionadas com o luto, na medida em que, de acordo com os resultados apresentados, poderão começar por incentivar e ajudar o enlutado a expressar as suas emoções, para que não impere a «*economia dos gestos e das emoções*» (Elias, 2001) e o processo de luto seja o desenredar gradual dos laços de vinculação.



# IV Parte



## **Considerações finais**

As motivações para a escolha do Departamento de Psiquiatria como local de estágio, assim como as características da organização do serviço e o papel da psicologia na orgânica da instituição, são dados já referidos na parte introdutória do relatório de estágio.

Como tal, resta-me acrescentar que as minhas expectativas para este ano de estágio eram muito elevadas e, apesar das limitações que senti, no que se relaciona com o que indiquei anteriormente, agora que concluo este relatório, apercebo-me de que, efectivamente, foram imensos os momentos de aprendizagem e enriquecimento, quer a nível académico, quer a nível pessoal.

A falta de motivação nalguns momentos do estágio poderá ter influenciado a minha percepção acerca dessa aprendizagem, mas não posso deixar de salientar as oportunidades de aquisição de competências de integração e de âmbito institucional, como, a inserção no contexto e na dinâmica institucional, competências de relacionamento com os utentes, comportamento ético, e autonomia progressiva no desempenho de tarefas; e aquisição de competências específicas e desempenho de tarefas, tais como, acompanhamento psicológico, discussão e formulação de casos clínicos, e monitorização dos casos.

Além da oportunidade de adquirir competências na instituição, tenho de agradecer outras oportunidades que surgiram mais ao nível académico, como, apresentação de histórias clínicas e respectiva discussão, assistir à apresentação de outros casos clínicos, e oportunidade de dar uma aula, obrigando-me a pesquisar informação e enriquecer a minha formação.

Ao nível das competências adquiridas, são de salientar a integração dos conhecimentos teóricos e práticos, serviços postos em prática no local de estágio, onde a supervisão dos mesmos foi fornecida por profissionais na área da psicologia. Neste contexto, procedeu-se à observação de situações reais, nas quais as técnicas psicológicas aprendidas foram utilizadas, possibilitando a integração da teoria com a prática. Deste modo, foi garantida a preparação para uma prática independente e para o desenvolvimento de trabalhos como profissional.



As actividades realizadas no contexto académico, tais como as reuniões com a orientadora de estágio e apresentação de casos clínicos, contribuíram para a capacidade de reflectir e discutir as próprias actividades, assim como, as actividades dos colegas. Estas facilitaram, assim, a análise e discussão dos casos que acompanhei, e conseqüentemente, uma melhor comunicação dos mesmos no presente relatório.

Neste seguimento, foram adquiridas as competências necessárias ao exercício da psicologia de forma independente, sendo de salientar o processo de avaliação em contexto clínico; o desenvolvimento e consolidação das técnicas aprendidas ao longo da formação teórica; a intervenção em contexto clínico, fazendo uso da base teórica das técnicas para uma adaptação das mesmas a cada caso específico; a classificação dos casos, sendo esta feita numa convergência dimensional e categórica; e a comunicação, quer das diversas aprendizagens, quer da própria prática clínica.

De modo conclusivo, posso dizer que a diversos níveis foi um ano de grandes aprendizagens.



## Bibliografia geral

- ✚ Alarcão, M. (2007). Novas formas de família, novas formas de terapia?. In A. P. Relvas; M. Alarcão (Coord.), *Novas formas de família* (2ªed.). Coimbra: Quarteto.
- ✚ APA (American Psychiatric Association) (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª ed, texto revisto. Lisboa: Climepsi Editores.
- ✚ Bagby, R. M.; Taylor, G. J.; Ryan, D. (1986). Toronto Alexitymia Scale: relationship with personality and psychopathology measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, pp. 207-215.
- ✚ Bagby, R. M.; Taylor, G. J.; Atkinson, L. (1988). Alexithymia: a comparative study of three self-report measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, pp. 107-116.
- ✚ Bassuk, E. L.; Birk, A. W. (1984). *Emergency Psychiatry: Concepts, methods and practices*. New York: Plenum.
- ✚ Bawin-Legros, B. (1992). *Familles, mariage, divorce. Une sociologie des comportements familiaux contemporains*. Paris: Editeur Liège.
- ✚ Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed.
- ✚ Beck, J. S.; Beck, J. S. (1991). *The Personality Belief Questionnaire*. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- ✚ Beck, A. T.; Freeman, A.; Davis, D. D. (2005). O relacionamento entre o terapeuta cognitivo e os pacientes com transtorno da personalidade. In A. T. Beck; A.



Freeman; D. D. Davis (Eds.), *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*.  
Porto Alegre: Artmed.

- ✚ Bénony, H. ; Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa : Climepsi Editores.
- ✚ Blanchet, A. (1997). *Dire et faire dire: l'entretien*. Paris : Masson/Armand Colin.
- ✚ Boelen, P.; Bout, J.; Hout, M. (2003). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, 41, pp. 1123-1136.
- ✚ Boss, P. (1988). *Family stress management*. Newbury Park, CA: Sage.
- ✚ Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afectivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- ✚ Burack, R. C.; Carpenter, R. (1983). The predictive value of the presenting complaint. *The Journal of Family Practice*, 16, pp. 749-754.
- ✚ Caillé, P. (1991). *Un et un font trios. Le couple révélé à lui même*. Paris: ESF Éditeur.
- ✚ Chilelli, K. B.; Enéas, M. L. (s. d.). *Desistência em psicoterapia breve: pesquisa documental e da opinião do paciente*:  
[http://www.mackenzie.com.br/universidade/psico/publicacao/biniciacao1\\_1/artigo5.pdf](http://www.mackenzie.com.br/universidade/psico/publicacao/biniciacao1_1/artigo5.pdf)
- ✚ Dattilio, F. M.; Kendall, P. C. (2004). Transtorno de pânico. In F. M. Dattilio; A. Freeman et al (Eds.), *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.



- ✚ DeRubeis, R. J.; Tang, T. Z.; Beck, A. T. (2006). Terapia Cognitiva. In K. S. Dobson et al (Eds.). *Manual de terapias cognitivo-comportamentais* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- ✚ Eizaguirre, A. E. (2002). Alexitimia y relaciones de pareja. *Psicothema*, 14(4), pp. 760-764.
- ✚ Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- ✚ Ellifritt, J.; Nelson, K. A.; Walsh, D. (2003). Complicated bereavement: a national survey of potential risk factors. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 20(2), pp. 114-120.
- ✚ Enelow A. J.; Forde, D. L.; Brummel-Smith (1999). *Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ✚ Epstein, N. B.; Schlesinger, S. E. (2004). Casais em crise. In F. M. Dattilio,; A. Freeman et al (Eds.). *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- ✚ Faschingbauer, T.; DeVaul, R.; Zisook, S. (1977). Development of the Texas Inventory of Grief. *American Journal of Psychiatry*, 134, pp. 213-226.
- ✚ Faschingbauer, T.; Zisook, S.; DeVaul, R. (1987). The Texas revised inventory of grief. In S. Zisook (Ed.), *Biopsychosocial Aspects of Bereavement* (pp. 111-124). American Psychiatric Press, Inc: Washington, D. C.
- ✚ Fernandes, N.; Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, pp. 97-115.



- ✚ Freeman, A. (1987). Understanding personal, cultural, and religion apy. In A. Freeman, N. Epstein, K. Simon (Eds.), *Depressie 99*. New York: Haworth Press.
- ✚ González, J. A. (1998). Paternidad desprestigiada y maternidad abandonada. In J. A. Rios (Coord.), *La família: Realidad y mito*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S. A.
- ✚ Granvold, D. K. (1994). Cognitive-behavioral divorce therapy. In D. K. Granvold (Ed.). *Cognitive and behavioral treatment: Methods and applications*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- ✚ Granvold, D. K. (2000). The crisis of divorce: Cognitive-behavioral and constructivist assessment and treatment. In A. R. Roberts (Ed.). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (2. ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- ✚ Granvold, D. K. (2004). Divórcio. In F. M. Dattilio,; A. Freeman *et al* (Eds.). *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- ✚ Hansson, R.; Carpenter, B. N.; Fairchild, S. K. (1993). Measurement issues in bereavement. In M. S., Stroebe; W. Stroebe; R. O. Hansson (Eds.). *Handbook of Bereavement: theory, research and intervention*. Cambridge University Press: New York, p. 62-74.
- ✚ Heiberg, A. N.; Heiberg, A. (1978). A possible genetic contribution to the alexithymia trait. *Psychother Psychosom*, 30, pp. 205-210.
- ✚ Heumann, K. A.; Morey, L. C. (1990). Reliability of categorical and dimensional judgments of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, pp. 498-500.



- ✚ Jablonski, B. (1991). *Até que a vida nos separe: a crise no casamento contemporâneo*. Rio de Janeiro: Agir.
  
- ✚ Jiménez, Y. V. (s. d.): Impacto psicológico del divorcio en la mujer. Una nueva visión de un viejo problema.  
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/070818V034.pdf>
  
- ✚ Kaplan, H.; Sadock, B; Grebb, J. (2006). *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
  
- ✚ Kaplan, H.; Sadock, B. (2002). Transtornos de humor. In Cordeiro, J., *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 559-579). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
  
- ✚ Macias, R. (1994). *El Divorcio*. Antología de la Sexualidad Humana, Consejo Nacional de Población, México.
  
- ✚ Maclean, P. D. (1949). Psychosomatic disease and the “visceral brain”. *Psychosom Med*, 11, pp. 338-353.
  
- ✚ Mallon, B. (2001). *Ajudar as crianças a ultrapassar as perdas* (I. Boavida, trad.). Porto: Ambar.
  
- ✚ Marcelli, D. (2002). *Os estados depressivos na adolescência* (O. Santos, trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
  
- ✚ Marques, A.P.; Matsutani, L. A.; Ferreira, E. A.; Mendonça, L. L. (2002). A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia: Uma revisão da literatura. *Rev Bras Reumatol*, 42, pp. 42-8.



- ✚ Martin, J. B.; Phil, R. O. (1985). The stress-alexithymia hypothesis. Theoretical and empirical considerations. *Psychother Psychosom*, 43, pp. 169-176.
- ✚ McCubbin, M. A.; McCubbin, H. I. (1989). Theoretical orientations to family stress and coping. In C. R. Figley (Ed.), *Treating stress in families*. New York: Brunner/Mazel.
- ✚ Mondimore, F. (2003). *Perturbação Bipolar: guia para doentes e suas famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ✚ Mounier, E. (2004). *O personalismo*. Coimbra: Ariadne.
- ✚ Narciso, I. (1994). *Metamorfoses do amor e da satisfação conjugal*. Provas de aptidão pedagógica e capacidade científica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Texto policopiado.
- ✚ Nunnally, J. A.; Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- ✚ Ozguven, H. D.; Kundakci, N.; Kumbasar, H.; Boyvat, A. (2000). The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 14, p. 267.
- ✚ Pang, A. H.; Lum, F. C.; Ungvari, G. S.; Wong, C. K. (1996). A prospective outcome study of patients missing regular psychiatric outpatient appointments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(5), pp. 299-302.
- ✚ Parkes, C. M.; Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement: reaction consequences and care*. Washington: National Academy Press.



- ✚ Peck, J. S.; Manocherian, J. (1995). O divórcio nas mudanças do ciclo de vida familiar. In B. Cáster, M. McGoldrick *et al.* *As mudanças no ciclo de vida familiar – Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- ✚ Peterson, M. C.; Holbrook, J. H.; Von Hales, M. D. (1992). Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *Western Journal of Medicine*, 156, pp. 163-165.
- ✚ Posse, M.; Hällström, T. (1999). The prevalence of alexithymia in primary care patients. *The European Journal of Psychiatry*, 13, pp. 5-11.
- ✚ Posse, M.; Hällström, T.; Backenroth-Ohsako, G. (2004). Predictores psicosociales de alexitimia estudiados durante un período de 12 meses en una población femenina de “no casos”. *Eur. J. Psychiat*, 18, pp. 133-141.
- ✚ Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- ✚ Relvas, A. P. (2007). A mulher na família: “Em torno dela”. In A. P. Relvas; M. Alarcão (Coord.), *Novas formas de família* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- ✚ Relvas, A. P.; Alarcão, M. (2007). *Novas formas de família* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- ✚ Rodrigues, J. C. (1983). *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Edições Achiamá Ltda.
- ✚ Salzano, F.; Cordas, T. (2006). Diagnóstico Psiquiátrico. In C. N. Abreu; F. T. Salzano; F. Vasques; R. C. Filho; T. A. Cordas (Coord.), *Síndromes psiquiátricas – Diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.



- ✚ Sanders, C. (1999). *Grief. The mourning after: dealing with adult bereavement*. New York: John Wiley & Sons.
  
- ✚ Santos, A. M.; Assumpção, A.; Matsutani, L. A.; Pereira, C. A.; Lage, L. V.; Marques, A. P. (2006). Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras. Fisioter.*, (10) 3, pp. 317-324.
  
- ✚ Saraceno, C. (1997). *Sociologia da família*. Lisboa: Editorial Estampa.
  
- ✚ Segalen, M. (1996). *Sociologia da família*. Lisboa: Terramar.
  
- ✚ Silva, M. H.; Relvas, A. P. (2007). Casal, casamento e união de facto. In A. P. Relvas; M. Alarcão (Coord.), *Novas formas de família* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
  
- ✚ Taylor, G. J. (1984). Alexithymia – concept, measurement, and implications for treatment. *Am J. Psychiatry*, 141, pp. 725-732.
  
- ✚ Taylor, G. J.; Ryan, D.; Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, pp. 191-199.
  
- ✚ Taylor, G. J.; Bagby, R. M.; Ryan, D. P.; Parker, J. D.; Doody, K. F.; Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexitymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, pp. 500-509.
  
- ✚ Teixeira, J.; Figueiró, J. (2001). *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Grupo Editorial Moreira.
  
- ✚ Walsh, F.; McGoldrick, M. (1998). A family systems perspective on loss, recovery and resilience. In P. Sutcliffe; G. Tufnell; U. Cornish (Eds.). *Working with the dying and the bereaved*. London: MacMillan Press Ltd.



- ✚ Widiger, T. A. (1992). Categorical Versus Dimensional Classification: Implications from and for research. *Journal of Personality Disorders*, 6, pp. 287-300.
  
- ✚ Winfield, J. (1999). Pain in Fibromyalgia. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 1, pp. 55-79.
  
- ✚ Yoshida, E. (2000). Toronto Alexithymia Scale-TAS: precisão e validade da versão em português. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2(1), pp. 59-74.
  
- ✚ Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada no esquema*. Porto Alegre: Artmed.
  
- ✚ Zimmerman, M. (1994). Diagnosing Personality Disorders: A Review. *Archives of General Psychiatry*, 51, pp. 225-245.
  
- ✚ Zissok, S. (1995). *Death, dying and bereavement*. In, Kaplan, H. I.; Sadok, D. S. *Comprehensive textbook of psychiatry*/VI. Baltimore: Williams & Wilkins.



---

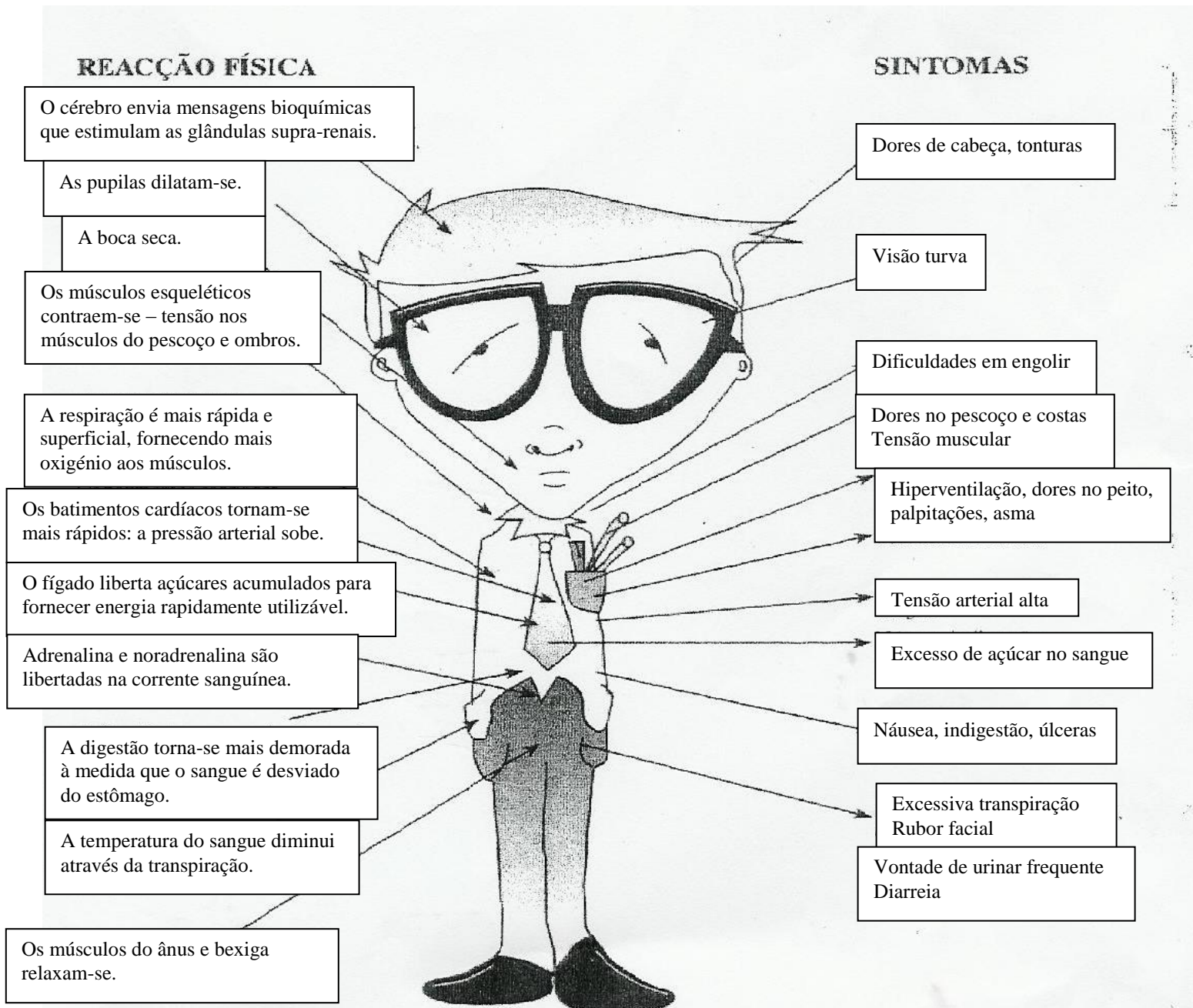
# Anexos

---



## Anexos Gerais

Fig. 1 – Reacção física e sintomas da ansiedade





**Fig. 2 - Automonitorização dos ataques de pânico**

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Duração (min.): \_\_\_\_\_

Estava com: Marido/Mulher\_\_\_ Outro familiar\_\_\_ Amigo\_\_\_ Estranho\_\_\_

Sozinho\_\_\_

Situação ansiógena: sim\_\_\_ não\_\_\_ Esperado: sim\_\_\_ não\_\_\_

Máximo de ansiedade (coloque com um círculo):

0\_\_\_1\_\_\_2\_\_\_3\_\_\_4\_\_\_5\_\_\_6\_\_\_7\_\_\_8

Nenhuma

Moderada

Máxima

Sensações (sublinhe):

- Palpitações
- Suores
- Sensação de calor ou frio
- Dor no peito
- Desmaio
- Medo de morrer
- Dificuldade em respirar
- Náuseas
- Medo de enlouquecer
- Tremores
- Sensação de sufoco
- Medo de desmaiar
- Parestesias (formigueiros)
- Desrealização (irrealidade)/ despersonalização (desligado de si próprio)

Pensamentos ou imagens na altura do ataque de pânico

\_\_\_\_\_

Descreva \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Anexos do Trabalho de Investigação

### **Anexo 1 – Instrumentos utilizados no estudo**

#### **Questionário de Auto-Resposta – Factores Sócio-Demográficos**

Sexo: masculino  feminino

Idade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

1. Encontra-se, actualmente, em processo de luto? sim  não

Se respondeu sim à questão anterior, indique há quanto tempo:

\_\_\_\_\_

Pessoa que perdeu: cônjuge  mãe  pai  irmão(a)

filho(a)  avó(ô)  tio(a)  outro  \_\_\_\_\_

2. Pertence a alguma religião: não  sim  Qual? \_\_\_\_\_

Se respondeu sim à questão anterior, por favor assinale com uma cruz uma das hipóteses colocadas nas seguintes questões:

2.1. Ir à missa:

nunca  ocasiões especiais  uma vez por semana  várias vezes

durante a semana  todos os dias

2.2. Rezar em casa:

nunca  ocasiões especiais  uma vez por semana  várias vezes

durante a semana  todos os dias



2.3. Ir ao cemitério:

nunca  ocasiões especiais  uma vez por semana  várias vezes

durante a semana  todos os dias

3. Com que intensidade se sente apoiado(a) pela sua família e/ou amigos?

nada  pouco  moderadamente  muito



**Escala de Alexitimia de Toronto**  
(Toronto Alexithymia Scale - TAS)  
(Taylor e cols., 1985)

Responda aos itens abaixo escolhendo uma das seguintes alternativas:

- 1- Discordo inteiramente (DI),
- 2- Discordo (D),
- 3- Eu não sei (NS)
- 4- Concordo ( C )
- 5- Concordo plenamente (CP)

Itens	DI	D	NS	C	CP
1. Quando choro sempre sei por quê.					
2. “Sonhar acordado” é uma perda de tempo.					
3. Gostaria de não ser tão tímido.					
4. Frequentemente fico confuso sobre qual emoção eu estou sentindo.					
5. Frequentemente fico “sonhando acordado” sobre o meu futuro.					
6. Pareço fazer amigos tão facilmente quanto as outras pessoas.					
7. Saber as respostas dos problemas é mais importante do que saber as razões das respostas.					
8. É difícil para mim encontrar as palavras certas para os meus sentimentos.					
9. Eu gosto de mostrar às pessoas do que preciso.					
10. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.					
11. Para mim não é suficiente que as coisas sejam feitas. Eu preciso saber por quê e como elas funcionam.					
12. Sou capaz de descrever meus sentimentos facilmente.					
13. Prefiro analisar problemas em vez de apenas descrevê-los.					
14. Quando estou chateado não sei se estou triste, amedrontado ou com raiva.					
15. Uso um bocado minha imaginação.					
16. Fico um tempão sonhando acordado sempre que não tenho nada para fazer.					
17. Frequentemente fico cismado com sensações em meu corpo.					
18. Raramente sonho acordado.					
19. Prefiro deixar as coisas acontecerem em vez de entender por que elas acontecem daquele jeito.					
20. Tenho sentimentos que mal posso identificar.					
21. Estar em contato com as emoções é essencial.					
22. É difícil para mim descrever como me sinto em relação às pessoas.					
23. As pessoas falam para eu descrever mais os meus sentimentos.					
24. Deve-se procurar por explicações mais profundas.					
25. Não sei o que acontece dentro de mim.					
26. Frequentemente eu não sei por que estou com raiva.					



**Escala de Alexitimia de Toronto - traduzida**

(Toronto Alexithymia Scale - TAS)

(Taylor e cols., 1985)

Responda aos itens abaixo escolhendo uma das seguintes alternativas:

- 6- Discordo inteiramente (DI)
- 7- Discordo (D)
- 8- Não sei (NS)
- 9- Concordo ( C )
- 10- Concordo plenamente (CP)

Itens	DI	D	NS	C	CP
4. Quando choro sei sempre porquê.					
5. “Sonhar acordado” é uma perda de tempo.					
6. Gostaria de não ser tão tímido(a).					
4.Frequentemente fico confuso(a) com a emoção que estou a sentir.					
7. Frequentemente “sonho acordado(a)” sobre o meu futuro.					
8. Parece que faço amigos tão facilmente como as outras pessoas.					
7.Saber as respostas dos problemas é mais importante do que saber as razões das respostas.					
15. É difícil para mim encontrar as palavras certas para os meus sentimentos.					
16. Eu gosto de mostrar às pessoas do que preciso.					
17. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.					
18. Para mim não é suficiente que as coisas sejam feitas. Eu preciso saber porquê e como elas funcionam.					
19. Sou capaz de descrever os meus sentimentos facilmente.					
20. Prefiro analisar os problemas em vez de simplesmente os descrever.					
21. Quando estou chateado(a) não sei se estou triste, amedrontado(a) ou com raiva.					
15. Costumo usar a minha imaginação.					
19. Fico um tempo a sonhar acordado(a) sempre que não tenho nada para fazer.					
20. Frequentemente fico cismado com sensações no meu corpo.					
21. Raramente sonho acordado(a).					
19. Prefiro deixar as coisas acontecerem em vez de perceber porque é que elas acontecem daquele maneira.					
20. Tenho sentimentos que não posso identificar.					
21. Estar em contacto com as emoções é essencial.					
22. É difícil para mim descrever como me sinto em relação às pessoas.					
23. As pessoas dizem para eu descrever mais os meus sentimentos.					
24. Deve-se procurar explicações mais profundas.					
25. Não sei o que acontece dentro de mim.					
26. Frequentemente eu não sei porque é que estou com raiva.					



## Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)

---

### Keywords:

Grief, Death

### Background:

The following inventory can be used to assess grief associated with death of a loved one (Faschingbauer et al., 1987).

### Developer(s):

Thomas R. Faschingbauer, Richard A. DeVaul, and Sidney Zisook

### Copyright:

Publisher: American Psychiatric Press

---

### Subscales:

Past Life Disruption: Section 1, first 8 items

Present Emotion of Grief: Section 2, next 13 items

### Reliability:

Internal consistency:

Past life disruption: Cronbach alpha = 0.77, Split half reliability = 0.74

Present emotion: 0.86, Split half reliability = 0.88

(Faschingbauer et al., 1987)

---

### Assessment:

#### PART I: PAST BEHAVIOR

Think back to the time this person died and answer all of these items about your feelings and actions at that time by indicating whether each item is Completely True, Mostly True, Both True and False, Mostly False, or Completely False as it applied to you after this person died. Check the best answer.

1. After this person died I found it hard to get along with certain people.
2. I found it hard to work well after this person died.



3. After this person's death I lost interest in my family, friends, and outside activities.
4. I felt a need to do things that the deceased had wanted to do.
5. I was unusually irritable after this person died.
6. I couldn't keep up with my normal activities for the first 3 months after this person died .
7. I was angry that the person who died left me.
8. I found it hard to sleep after this person died.

## **PART II: PRESENT EMOTIONAL FEELINGS**

Now answer all of the following items by checking how you presently feel about this person's death. Do not look back at Part I.

1. I still cry when I think of the person who died.
2. I still get upset when I think about the person who died.
3. I cannot accept this person's death.
4. Sometimes I very much miss the person who died.
5. Even now it's painful to recall memories of the person who died.
6. I am preoccupied with thoughts (often think) about the person who died.
7. I hide my tears when I think about the person who died.
8. No one will ever take the place in my life of the person who died
9. I can't avoid thinking about the person who died
10. I feel it's unfair that this person died.
11. Things and people around me still remind me of the person who died.
12. I am unable to accept the death of the person who died.
13. At times I still feel the need to cry for the person who died.

## **USE THE FOLLOWING RESPONSE CATEGORIES FOR SCALES ABOVE.**

- a. Completely true**
- b. Mostly true**
- c. Neutral**
- d. Mostly false**
- e. Completely false**

---

## **References:**

- Faschingbauer, T., Zisook, S., and DeVaul, R. (1987). The Texas revised inventory of grief. In S. Zisook, (Ed.), Biopsychosocial Aspects of Bereavement (pp. 111-124). American Psychiatric Press, Inc: Washington, D.C.
- Faschingbauer, T.R., DeVaul, R.A., Zisook, S. (1977) Development of the Texas inventory of grief. American Journal of Psychiatry. 134(6), 696-698.

**Download this page as a [PDF](#) file**



### **Texas Revised Inventory of Grief - traduzido**

*(Inventário Revisto da Dor do Texas)*

(Thomas R. Faschingbauer, Richard A. DeVaul e Sidney Zisook, 1987)

#### **Parte I: Comportamento Passado**

Pense na altura em que a pessoa morreu e responda a todos os itens acerca dos seus sentimentos e acções naquele tempo, indicando se cada item é:

1. Completamente Verdadeiro (CV)
2. Na Maioria Verdadeiro (MV)
3. Tão Verdadeiro quanto Falso (VF)
4. Na Maioria Falso (MF)
5. Completamente Falso (CF)

Itens	CV	MV	VF	MF	CF
1. Depois da morte da pessoa era difícil para mim dar-me com certas pessoas.					
2. Era difícil para mim trabalhar correctamente depois da morte da pessoa.					
3. Depois da morte da pessoa perdi o interesse na minha família, amigos e outras actividades.					
4. Sentia necessidade de fazer coisas que o falecido teria querido fazer.					
5. Encontrava-me invulgarmente irritável depois da morte da pessoa.					
6. Nos primeiros três meses após a morte da pessoa, não conseguia manter as minhas actividades normais.					
7. Estava irritado(a) por a pessoa que morreu me ter deixado.					
8. Era difícil para mim adormecer depois da morte da pessoa.					



## Parte II: Sentimentos Presentes

Agora responda a todos os itens seguintes indicando como se sente actualmente acerca da morte da pessoa. Não reveja as respostas anteriores (Parte I).

Indique se cada item é:

1. Completamente Verdadeiro (CV)
2. Na Maioria Verdadeiro (MV)
3. Tão Verdadeiro quanto Falso (VF)
4. Na Maioria Falso (MF)
5. Completamente Falso (CF)

Itens	CV	MV	VF	MF	CF
1. Ainda choro quando penso na pessoa que morreu.					
2. Ainda fico perturbado(a) quando penso na pessoa que morreu.					
3. Não posso aceitar a morte da pessoa.					
4. Às vezes, sinto muita falta da pessoa que morreu.					
5. Mesmo agora é doloroso evocar as memórias da pessoa que morreu.					
6. Estou preocupado(a) com pensamentos frequentes acerca da pessoa que morreu.					
7. Escondo as minhas lágrimas quando penso na pessoa que morreu.					
8. Nunca ninguém ocupará o lugar da pessoa que morreu na minha vida.					
9. Não consigo evitar pensar na pessoa que morreu.					
10. Sinto que é injusto a pessoa ter morrido.					
11. As coisas e as pessoas à minha volta ainda me recordam a pessoa que morreu.					
12. Sou incapaz de aceitar a morte da pessoa.					
13. Às vezes, ainda sinto necessidade de chorar pela pessoa que morreu.					



## Anexo 2 – Autorização para a utilização da Toronto Alexithymia Scale (versão portuguesa)

Prezada Alexandra,

Segue em anexo a Escala. Espero que ela possa ser-lhe de ajuda.

Eu realizei um novo estudo de validade com população clínica que deverá sair ainda este ano na revista *Psicologia: Reflexão e Crítica*, que você poderá acessar no site:

[www.scielo.br/prc](http://www.scielo.br/prc)

Há um estudo brasileiro de validação da versão da TAS-20, cuja referência segue abaixo:

Wiethaeuper, D., Balbinotti, M.A.A., Pelisoli, C., & Barbosa, M.L.L. (2005). Estudo da consistência interna e fatorial confirmatória da ETA-20 com estudantes brasileiros. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39 (2), 1-17.

Um forte abraço,

Elisa

<b>De:</b>	a14910@ubi.pt
<b>Para:</b>	eyoshida.tln@terra.com.br
<b>Cópia:</b>	
<b>Data:</b>	Wed, 10 Jan 2007 23:46:32 +0000
<b>Assunto:</b>	Enc: Toronto Alexithymia Scale-TAS - pedido de autorização (urgente)=/TBODY>

>

>

> ----- Mensagem encaminhada de a14910@ubi.pt -----

> Data: Wed, 10 Jan 2007 20:37:58 +0000

> De: a14910@ubi.pt

> Responder Para: a14910@ubi.pt

> Assunto: Toronto Alexithymia Scale-TAS - pedido de autorização (urgente)

> Para: eyoshida.tlm@terra.com.br

>

> Cara Dra Elisa Yoshida

>



> Sou uma aluna de Psicologia da Universidade da Beira Interior <=DIV>  
> (Portugal)e, no âmbito do estágio que estou a realizar na área de  
> Psicologia clínica, pretendo proceder à realização de um seminário de  
> investigação. O objectivo principal do meu trabalho consiste em  
> verificar se existe alguma relação entre luto patológico = alexitimia.  
> Para tal e, tendo conhecimento de que a escala de avaliação da  
> alexitimia (Toronto Alexithymia Scale-TAS) está validada para a  
> população portuguesa, gostaria de saber se é possível-me enviar a  
> referida escala, assim como autorização para a poder aplicar.  
> Obrigada pela atenção,  
> Com os melhores cumprimentos  
> Alexandra Cristóvão  
>  
>  
> -----=  
> Universidade da Beira Interior - <http://www.ubi.pt>  
>  
>  
>  
> ----- Finalizar mensagem reenviada -----  
>  
>  
> -----=  
> Universidade da Beira Interior - <http://www.ubi.pt>  
>  
>  
>  
> E-mail classificado pelo Identificador de Spam Inteligente Terra.  
> Para alterar a categoria classificada, visite  
>  
> [http://mail.terra.com.br/protected\\_email/imap/imap.cgi?+\\_u=yoshida.tln&\\_l=1,1168472796.458486.29153.ambrose.hst.terra.com.br,=770,--,--](http://mail.terra.com.br/protected_email/imap/imap.cgi?+_u=yoshida.tln&_l=1,1168472796.458486.29153.ambrose.hst.terra.com.br,=770,--,--)  
>  
> Esta mensagem foi verificada pelo E-mail Protegido Terra.  
=  
> Scan engine: McAfee VirusScan / Atualizado em 10/01/2007 / Versão: 5.1.00/4936  
> Proteja o seu e-mail Terra: <http://mail.terra.com.br/>  
>



### **Anexo 3 – Autorização para a utilização do Texas Revised Inventory of Grief**

#### **Promoting Excellence : The Texas Revised Inventory of Grief**

**Name:**

The Texas Revised Inventory of Grief. This tool was created by a source other than Cardinal Glennon. See references.

**Definition:**

This is a questionnaire used to measure grief reactions; used to assess bereavement needs and outcomes.

**Category:**

Clinical Care Tools – Grief & Bereavement

**Source:**

SSM Cardinal Glennon Children's Hospital  
1465 South Grand Boulevard  
St. Louis, MO 63104  
<http://www.footprintsatglennon.org/>

**Contact:**

Mary Ann Collins, MHA  
[Mary\\_Ann\\_Collins@ssmhc.com](mailto:Mary_Ann_Collins@ssmhc.com)

**How the grantee used this instrument:**

Given after child's death: the tool is part of the post death interview; is administered in person.

**Keywords:**

pediatrics, bereavement care

**To use this tool:**

You may print and copy this tool for your own use from this site. Please credit source.

**References:**

Zisook S, Devaul RA, & Click MA. (1982). Measuring symptoms of grief & bereavement. American Journal of Psychiatry, 139 (12): 1590-3.

**To view this tool:**

To view the tool in your browser left-click on the link below or to download to your computer right-click on the link.

[PDF 85 KB / 3 pages](#)



Posted June 30, 2003

[SSM Cardinal Glennon Children's Hospital overview page](#)

---

# GLEN13, type:grief\_bereavement

*Promoting Excellence in End-of-Life Care* is a national program of The Robert Wood Johnson Foundation dedicated to long-term changes in health care institutions to substantially improve care for dying persons and their families. Visit

[PromotingExcellence.org](#) for more resources.



#### Anexo 4 – Retroversão do Inventário Revisto da Dor do Texas

### Texas Revised Inventory of Grief

(Thomas R. Faschingbauer, Richard A. DeVaul e Sidney Zisook, 1987)

#### Part I: Past Behavior

Think back to the time that person died and answer to all the following items about your feelings and actions at that time by indicating if each item is:

6. Completely True (CT)
7. Mostly True (MT)
8. Both True and False (TF)
9. Mostly False (MF)
10. Completely False (CF)

Items	CT	MT	TF	MF	CF
1. After that person's death it was hard for me to get along with certain people.					
2. It was hard for me to work correctly after that person's death.					
3. After that person's death i lost interest in my family, friends and other activities.					
4. I felt the need to do things that the deceased would have wanted to do.					
5. I found myself unusually irritable after that person's death.					
6. For the first three months after that person's death, I couldn't keep up with my normal activities.					
7. I was angry that the person who died left me.					
8. It was hard for me to get asleep after that person's death.					



## Part II: Present Feelings

Now answer all the following items by indicating how you presently feel about the person who died. Do not revise your previous answers (Part I).

Indicate if each item is:

6. Completely True (CT)
7. Mostly True (MT)
8. Both True and False (TF)
9. Mostly False (MF)
10. Completely False (CF)

Items	CT	MT	TF	MF	CF
1. I still cry when i think of the person who died.					
2. I still get upset when i think of the person who died.					
3. I Cannot accept this person's death.					
4. Sometimes, I very much miss the person who died.					
5. Even now it's painful to recall memories of the person who died.					
6. I'm worried with frequent thoughts about the person who died.					
7. I hide my tears when I think of the person who died.					
8. No one will ever take the place in my life of the person who died.					
9. I cannot avoid thinking of the person who died.					
10. I feel it's unfair that this person died.					
11. Things and people around me still remind me of the person who died.					
12. I'm unable to accept that person's death.					
13. Sometimes I still feel the need to cry for the person who died.					



## Anexo 5 – Página de rosto



**Universidade da Beira Interior**  
**Departamento de Psicologia e Educação**  
**Licenciatura em Psicologia Clínica**

Alexandra Cristóvão\*

Sou uma aluna do curso de Psicologia – Ramo Clínica e Saúde da Universidade da Beira Interior. No âmbito da realização de um estudo para o meu Seminário de Investigação, pretendo investigar se existe relação entre a alexitimia (incapacidade de expressar emoções) e o processo de luto, conduzindo a luto patológico, assim como explorar factores sócio-demográficos que poderão estar relacionados com este processo.

Para a realização deste estudo, a sua participação é fundamental. Gostaria de salientar que todos os dados são confidenciais e vão ser usados apenas para uma análise estatística. Contudo a sua participação é voluntária e não há qualquer tipo de consequência se recusar responder.

Agradeço a sua atenção e disponibilidade,

Autora do estudo, Alexandra Cristóvão

Responsável pela supervisão do projecto, Dr. Henrique Pereira

Data de aplicação: \_\_\_/\_\_\_/2007

\*Aluna do 5º ano de Psicologia Clínica e da Saúde



## Anexo 6 – Resultados estatísticos dos factores sócio-demográficos

### Luto Passado Presente \* Idade

#### ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
luto	Between Groups	10700,959	32	334,405	,861	,649
	Within Groups	4272,200	11	388,382		
	Total	14973,159	43			
passado	Between Groups	2162,527	32	67,579	,857	,653
	Within Groups	867,200	11	78,836		
	Total	3029,727	43			
presente	Between Groups	4344,977	32	135,781	1,067	,481
	Within Groups	1400,000	11	127,273		
	Total	5744,977	43			

### Luto Passado Presente \* Tempo de luto

#### ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
luto	Between Groups	6554,909	18	364,162	1,081	,420
	Within Groups	8418,250	25	336,730		
	Total	14973,159	43			
passado	Between Groups	1642,144	18	91,230	1,644	,124
	Within Groups	1387,583	25	55,503		
	Total	3029,727	43			
presente	Between Groups	2005,477	18	111,415	,745	,738
	Within Groups	3739,500	25	149,580		
	Total	5744,977	43			



**Luto Passado Presente \* Suporte afectivo**

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
luto	Between Groups	333,052	2	166,526	,466	,631
	Within Groups	14640,107	41	357,076		
	Total	14973,159	43			
passado	Between Groups	99,692	2	49,846	,697	,504
	Within Groups	2930,036	41	71,464		
	Total	3029,727	43			
presente	Between Groups	71,763	2	35,881	,259	,773
	Within Groups	5673,214	41	138,371		
	Total	5744,977	43			