

ASPECTOS PSICOLÓGICOS E DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS: UM ESTUDO QUALITATIVO SOB O ENFOQUE DA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA

Vanessa Rossi Roncoleta
Keila Mary Gabriel Ganem

Introdução

As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) são doenças de etiologia desconhecida e acometem o trato digestório, sendo as duas formas de apresentação: Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI) e Doença de Crohn (DC) (Lopes, 2007). Segundo Lanna (2006), em geral, a Doença Inflamatória Intestinal corresponde a qualquer processo inflamatório envolvendo o trato gastrointestinal, seja ele agudo ou crônico.

O curso clínico das Doenças Inflamatórias Intestinais caracteriza-se por períodos de remissão e exacerbação, apresentando complicações, cujos sintomas principais são diarreia, dor abdominal e sangramento retal. Pode haver ainda, manifestações extra-intestinais como articulares, cutâneas, oculares, hepatobiliares e vasculares (Ferrari & Cunha, 1993).

A diferenciação entre a DC e a RCUI consiste em que a primeira acomete o intestino delgado e pode atingir qualquer parte do trato digestivo, desde a boca até o reto e o ânus, enquanto a RCUI acomete sobretudo o intestino grosso. As lesões da DC são mais profundas e espaçadas e já as da RCUI são mais superficiais (Ferrari & Cunha, 1993).

A contribuição dos fatores psicológicos para a etiologia e o tratamento dos distúrbios físicos foi amplamente estudada nos últimos anos, estando algumas descobertas entre as constatações das áreas tanto da psicologia como da biologia (Barlow & Durand, 2008). O conhecimento sobre as DII e a percepção que o paciente tem sobre a doença bem como sua história de vida foram os principais motivos da escolha do tema desta pesquisa qualitativa tendo como respaldo teórico a psicossomática psicanalítica de Pierre Marty.

A Psicossomática Psicanalítica de Pierre Marty surgiu a partir das postulações freudianas. Para o autor, o ser humano deve ser entendido por sua totalidade, na qual o equilíbrio geral vai servir de alicerce para a compreensão dos movimentos que cada sujeito faz, que por sua vez, o leva a situações psicossomáticas, contribuindo para as posições de homeostase ou desequilíbrio (Volich, 2000).

Vieira (2007, p.17) alega que a originalidade de Marty consiste na idéia de que “a capacidade de assimilação mental tem limites e que estes são maiores ou menores conforme os indivíduos, e em um mesmo individuo, conforme o momento da vida”.

De acordo com Maldaun (2006), o grupo das doenças chamadas “psicossomáticas” enquadra-se, segundo a CID – 10 (OMS, 1993), na categoria Fatores Psicológicos e de Comportamento Associados a Transtornos ou Doenças Classificadas em outros Locais (F54). Apresenta como característica principal as influências psicológicas ou de comportamento como um fator relevante na etiologia de transtornos físicos. A RCUI encontra-se nesta classificação (Maldaun, 2006).

De acordo com Bergeret (1983), os indivíduos considerados psicossomáticos devido ao seu funcionamento psíquico diferem dos demais pela pobreza de seu mundo simbólico. Sonham pouco e demonstram pouca elaboração psíquica. A vida intelectual, onírica e fantasmática reduz-se a um papel unicamente instrumental.

Marty (1993) realizou diversas pesquisas na tentativa de uma construção diferente para o funcionamento do aparelho psíquico dos pacientes somáticos. Destas pesquisas surgiram os conceitos de Pensamento Operatório, Depressão Essencial e Mentalização (Marty, 1993).

O Pensamento Operatório (PO) “é um pensamento consciente, sem ligação com movimentos fantasmáticos (representativos) apreciáveis” (Marty, 1993, p.17). Este pensamento caracteriza-se pela falta das atividades representativas e oníricas responsáveis por integrar as tensões pulsionais e proteger a saúde física do indivíduo. Este tipo de pensamento acompanha as perturbações somáticas, não utilizando mecanismos neuróticos ou psicóticos. De acordo com Marty (1993), o PO aparece desprovido de valor libidinal e pode ser considerado como processo secundário devido a sua proximidade com a realidade. Há a precariedade de conexão das palavras, é um processo de investimento arcaico.

Marty (1993) introduz o conceito de vida operatória alegando que a marca desta seriam as poucas representações que existam serem pobres, repetitivas. “A vida operatória, ligada à depressão essencial, constitui uma etapa de relativa cronicidade, um arranjo frágil, um estado instável que se instala no decorrer de uma desorganização progressiva lenta. É repleta de incidentes ou de acidentes somáticos” (Marty, 1993, p. 17).

Diante de uma desorganização mental que leva o indivíduo à vida operatória, as condutas perversas e sublimatórias cessam. Os desejos submergem e dão lugar às necessidades isoladas, as organizações do Ego ficam prejudicadas (Marty, 1993).

Outro conceito difundido pelo autor é o da Depressão Essencial. Para ele “são depressões sem objeto, nem auto-acusação, nem mesmo culpabilidade consciente, onde o sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica se orienta eletivamente para a esfera somática” (Marty, 1963 citado por Marty, 1993, p.18). Esta depressão ocorre quando eventos traumáticos desorganizam certas funções psíquicas, o Ego fica desorganizado, a fala retém a descrição de eventos e intermediar as relações.

A estes movimentos patológicos, Marty (1993) chama de desorganização progressiva, constituída de uma destruição da organização libidinal de um indivíduo em certo momento. O autor pontua que de um modo geral, a desorganização se conclui através do processo de somatização. “O Superego em particular perde sua função habitual e se encontra substituído por um Ego-ideal arcaico que precipita o paciente no círculo vicioso das feridas desorganizantes” (Marty, 1993, p.19).

E, por fim, o conceito de Mentalização que consiste “em operações de representação e simbolização por meio das quais o aparelho psíquico busca regular as energias instintivas e pulsionais, libidinais e agressivas” (Volich, 2000, p. 148). São atividades essenciais de regulação do equilíbrio psicossomático a atividade de fantasia, o sonho e a criatividade.

O princípio básico da psicossomática de Pierre Marty é o de que a mente, em certas condições, pode não assimilar um traumatismo e, nesse caso, haverá uma sobrecarga sobre o soma, que resultará em somatização. O trabalho do luto é uma assimilação do traumatismo da perda de uma pessoa querida e, com isso, evita a somatização (Vieira, 2007, p.17).

De acordo com Marty (1993), a falta ou limitação e superficialidade de representar, a restrição dos afetos às coisas, a falta de simbolização são características das neuroses de comportamento. Os sujeitos que possuem menor grau de pobreza das representações são os sujeitos que possuem má mentalização.

Para Marty (1993, p.29), “as doenças somáticas decorrem, geralmente, das inadequações do indivíduo às condições de vida que se encontra. Isto já é verdadeiro nos primeiros momentos do desenvolvimento”. Deste modo, os indivíduos, diante das diversas

situações de sua vida, devem se adaptar de acordo com idade, lugar, momento, capacidade egóica.

O princípio de somatização advém da constatação de que a adaptação do sujeito deve se pautar sob três domínios (variando de acordo com os sujeitos, momentos, entre outros aspectos): aparelho somático, no que tange à flexibilidade de adaptação biológica ou funcional; aparelho mental e os comportamentos. “Quando a disponibilidade conjugada do aparelho mental e dos sistemas de comportamento se encontra ultrapassada, prejudicada por uma nova situação, é o aparelho somático que responde” (Marty, 1993, p. 30).

Pierre Marty (1993, citado por Volich, 2000) classifica as doenças psicossomáticas em doenças “a crises” e as doenças evolutivas. As primeiras se caracterizam por se manifestarem, na maioria das vezes, em pessoas que tem boa mentalização mas que houve uma perturbação temporária em algum episódio da vida ou momento depressivo, estas doenças são reversíveis e em geral não colocam o sujeito em risco. São exemplos: a asma, as úlceras, as cefaléias. Já as doenças evolutivas resultam de uma desorganização progressiva advindas de neuroses mal mentalizadas, cujo primeiro sinal é a repetição das doenças “a crises” que evoluem de modo a colocar a vida do sujeito em risco. Como exemplos destas doenças são as doenças cardiovasculares, as doenças auto-imunes (Volich, 2000).

Nas palavras do autor destes conceitos

As neuroses bem mentalizadas abririam regularmente espaço a doenças reversíveis; as neuroses mal mentalizadas e as neuroses de comportamento, a doenças evolutivas; as neuroses de mentalização incerta, a doenças reversíveis, na maioria dos casos, a doenças evolutivas nos casos de desorganizações psíquicas, de repressões maciças e duráveis das representações ou de precedência notável do Ego-ideal (Marty, 1993, p.31).

O desencadeamento das somatizações sucede a uma desorganização mais ou menos profunda do funcionamento mental. A duração da desorganização progressiva varia sendo que “A manutenção das somatizações depende teoricamente da duração da depressão essencial, que está em sua origem e que persiste. Ela depende, portanto, da conservação dos fatores traumatizantes e da ausência de uma estabilização regressiva, mental ou somática” (Marty, 1993, p.32). Entretanto, ressalta-se a natureza das somatizações, duração e irreversibilidade para a manutenção da somatização.

Alguns benefícios podem ocorrer devido à somatização e são considerados direto “quando a doença se encontra investida como um objeto que tende a substituir o objeto desaparecido” (Marty, 1993, p.33) e indireto ou secundário quando há ganhos ao sujeito por conta de sua doença.

Quanto ao fim das somatizações, este corresponde ao fim da depressão essencial que supõe uma mudança no estado psicoafetivo dos pacientes diante do trauma. Tal mudança pode ocorrer devido a um milagre, paixão amorosa ou mística, sublimatória artística ou social, um acontecimento inesperado, nascimento, um investimento afetivo semelhante ao investimento desaparecido e através da psicoterapia (Marty, 1993, p. 33).

Bitelman (2004, p.174) ressaltou uma pesquisa nos EUA referente ao aparecimento da RCUI em tabagistas crônicos logo após terem deixado de fumar, como se o cigarro funcionasse como uma “válvula de escape” para seus conflitos emocionais. Relação esta confirmada pelo desaparecimento da doença após a reintrodução do tabagismo.

Este mesmo autor destacou em sua pesquisa sobre as patologias do aparelho digestivo que

Nas enfermidades mais graves como a RCUI e Doença de Crohn, avaliação mais detalhada do psiquismo dos pacientes constata a presença de estruturas mal mentalizadas ou de mentalização incerta que os tornam mais predispostos a desenvolverem o quadro clínico ante a angústia que não puderam ser elaboradas mentalmente. Essa deficiência elaborativa pode ser verificada pela pobreza associativa e onírica desses pacientes (Bitelman, 2004, p. 175).

Pensando sobre os órgãos intestino delgado e intestino grosso, recorreu-se a Dethlefsen e Dahlke (1996) que discorreram sobre os diversos órgãos do corpo humano e suas possíveis funções inconscientes. É no intestino delgado que “ocorre a verdadeira digestão dos alimentos, através de um processo de divisão dos membros em seus elementos componentes (análise) e sua possível assimilação” (Dethlefsen & Dahlke, 1996, p. 131). Segundo os autores, pessoas com comprometimento no intestino delgado são extremamente críticas, procuram defeitos em tudo. Esse órgão é responsável ainda por aproveitar os alimentos e pode-se pensar sobre o medo quanto à sobrevivência, de não conseguir o suficiente para

sobreviver. Em raros casos, pessoas com comprometimento no Intestino Delgado podem ter uma capacidade menos desenvolvida para criticar (Dethlefsen & Dahlke, 1996).

Já o intestino grosso é o responsável por finalizar a digestão, retirar a água dos alimentos que não foram adquiridos. Segundo os autores, o intestino “corresponde ao inconsciente, no sentido literal ‘ao submundo’. Simbolicamente, o inconsciente sempre foi considerado o reino dos mortos, pois nele são encontrados todos alimentos que não podem ser trazidos à vida” (Dethlefsen; Dahlke, 1996).

Estes mesmos autores fazem referência à Retocolite Ulcerativa alegando que as pessoas com esta patologia perdem muco e sangue que são elementos primordiais à vida. Segundo Dethlefsen e Dahlke (1996, p. 133) “Quem teme perder a vida, ou afirmar a própria personalidade, perde sangue e muco. Viver a própria vida, entretanto, exige assumir uma posição contra os outros, o que traz certa solidão (perda da simbiose). É disto que a pessoa que sofre de colite tem medo”.

Além das dificuldades emocionais, podem existir alterações físicas que prejudicam o convívio social. Uma das alterações mais comuns para o portador de Doença de Crohn é o emagrecimento. A pessoa pode se sentir diferente das outras e até mesmo excluída. Isso ocorre porque todo ser humano constrói, ao longo de sua vida, uma imagem de seu próprio corpo, que se ajusta aos costumes, ao ambiente em que vive e que atende às suas necessidades para se sentir situado em seu próprio mundo (Assis & Nahas, 1999). Foram poucos os estudos sobre a doença relacionando-a ao estado psicoafetivo dos portadores das mesmas, motivo este para pesquisar sobre o assunto buscando compreender as Doenças Inflamatórias Intestinais (Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa Inespecífica) sob os referenciais da psicossomática psicanalítica, buscando relações entre a história de vida do paciente e sua doença.

Método

Este trabalho levou em consideração a tentativa de compreender aspectos psicológicos que envolvem um portador de Doenças Inflamatórias Intestinais. Optou-se pelo método de pesquisa qualitativo por considerar que tais fenômenos não podem ser quantificados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá – Cesumar.

Para a realização da pesquisa, foram entrevistados 03 (três) portadores de Doença Inflamatória Intestinal (DC e RCU) que estiveram cadastrados junto à Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn (ABCD), na cidade de Maringá. A recusa em participar do estudo foi o único critério de exclusão considerado. Não houve restrição quanto ao sexo, idade, escolaridade e nível sócio-econômico.

As questões da entrevista referiam-se a dados pessoais, profissionais, de saúde física e mental enfatizando a relação do entrevistado com a doença inflamatória intestinal (sintomas, fatores de origem, tratamento da doença, entre outros). A coleta de dados foi feita através de uma entrevista semi-estruturada, com questões abertas de maneira que foram focalizadas as respostas do paciente.

Depois de colhidos os dados, iniciou-se a etapa da análise dos dados através da Análise de Conteúdo, que foi dividida em três etapas: leitura flutuante da entrevista. A etapa da escolha do material é definida como pré-análise (Gil, 2002; Triviños, 1987), na qual será feita a organização dos dados através da leitura flutuante e exaustiva dos casos, a fim de sistematizar o levantamento feito. Após a leitura, extraiu-se e apreenderam-se os dados obtidos pela entrevista buscando o núcleo central, de forma a ser agregado posteriormente ao conteúdo teórico, e por fim, correlacionou-se os dados à teoria de modo a compreendê-los segundo o referencial teórico, analisando-os qualitativamente.

Resultados

Apresentaremos as colaboradoras de modo a sintetizar o material obtido das entrevistas:

P1

Sexo feminino, sessenta e quatro anos, casada, comunicativa, possuía até a 3ª série do ensino fundamental. Relatou não ter tido infância, já que quando tinha nove anos de idade, o pai a tirou da escola para trabalhar na lavoura. Na adolescência, saía um pouco mais, ia para baile e para igreja. Casou-se aos 19 anos, achava que era bastante nova, porém ninguém a impediu de se casar. Este casamento, segundo ela, foi difícil no começo, pois morava com a sogra e a relação era bastante conturbada e P1 relatou que não podia reclamar das exigências da sogra. Com vinte anos, teve uma filha e depois de cinco anos, teve um filho.

Em 1997, o filho mais novo desapareceu, deixando apenas um bilhete dizendo que ligaria assim que possível. Segundo P1, não houve discussões, nem motivos para que o filho sumisse. Em 2008, os pais descobriram o telefone do filho, mas não conseguiram falar com ele. Tentaram ligar muitas vezes, até que em janeiro de 2009, conseguiram ver o filho.

O surgimento da doença ocorreu em 2008, quando ela não tinha encontrado o filho ainda. O diagnóstico foi de Retocolite Ulcerativa Inespecífica. Ela disse ter tido muitas dores na barriga, sendo que a colonoscopia apontava inflamação no intestino.

A RCUI está em remissão, graças ao tratamento clínico. Sua rotina hoje foi considerada melhor, com cuidados em relação à alimentação (não comer comidas gordurosas e/ou apimentadas). Ela relatou que só fazia o serviço da casa, não gostando de fazer artesanato nem nada, pois achava que o serviço de casa já era o suficiente. Era muito religiosa e sentia-se protegida devido à fé que professava.

P2

Sexo feminino, trinta e sete anos, casada, comunicativa, sorridente, espontânea. Possuía Ensino Superior Completo, trabalhava como secretária em uma Clínica de Especificidades Médica.

Considerou ter tido uma infância boa, pois brincava bastante, ressaltando os cuidados de sua irmã mais velha. Sempre preferiu brincar sozinha. Os pais trabalhavam muito, sendo o pai lavrador e a mãe professora. Relatou ter tido uma experiência ruim na escola, na primeira série, já que sua professora batia-lhe com régua, colocava-a de castigo. O pai foi descrito como bravo, fechado entretanto, a mãe era quem mandava.

Na adolescência, continuou estudando e trabalhava na lavoura pra ajudar o pai. Participava de um grupo de jovens na igreja. Com 17 anos, teve o primeiro namorado, porém ele terminou o namoro de maneira abrupta, depois de quatro anos juntos. Em seguida, P2 descobriu a doença. Há 10 anos, teve outro relacionamento, porém ele estava prestes a se tornar padre e o relacionamento findou-se. Em maio de 2011, casou-se com seu marido, dizendo ser feliz, ressaltando que um mês antes do casamento, voltou a ter dores, seu médico disse que era estresse. Ela se considerava muito organizada e disse também que não conseguia sentir raiva das pessoas.

A Doença de Crohn teve início há 18 anos, tinha dor, cólica, diarreia. No começo, achava que ia morrer, que era um câncer. Teve anemias – falta de ferro e tomava corticóide –

alergias. Não tomava leite, não comia mamão, abacate e beterraba. Quando sua sintomatologia se agravava, ficava muito apreensiva e refugiava-se na academia, onde alegou colocar sua ansiedade para fora. Tem consciência da influência dos fatores emocionais no desencadear da doença.

P3

Sexo feminino, quarenta e dois anos, casada, comunicativa, possuía até a 4ª série do ensino fundamental. Relatou ter tido uma infância saudável, morava no sítio até os 10 anos de idade, não gostava de estudar, a mãe lhe obrigava a ir à escola, mas nunca reclamou. Trabalhava desde os 13 anos, como babá. Ela disse que o pai não deixava ir para os bailes e começou a “paquerar” aos 15 anos.

Aos 20 anos, teve um relacionamento sério no qual ficaram um ano juntos, porém o rapaz terminou. Neste período, ela começou a ter dor e não segurava as fezes. Um vizinho lhe ajudou a ir pra a cidade Y em 91 e os médicos não sabiam dizer o que era. Ela achava que ia morrer, pesava 29Kg. Depois, em outra cidade, conseguiu fazer uma cirurgia e mesmo assim não conseguia segurar as fezes. O diagnóstico foi de Retocolite Ulcerativa Inespecífica.

Em 94, conheceu o marido, ela achava que ninguém gostaria dela por saber das cirurgias e por ser doente. O casamento foi considerado bom, tem uma filha de 13 anos. No nascimento da filha, várias fístulas estouraram, ela ficou 40 dias internada e não conseguiu amamentar a filha.

Considerava-se muito compreensiva e se preocupava demais com os outros. Tem medo de acontecer algo com a filha ou com o marido. Sua mãe faleceu há 2 anos e meio e sentia muita falta dela. Sua alimentação era bastante restrita por não conseguir controlar as fezes. Por conta da doença, ela disse que se sentia feliz por limpar a casa, sendo do lar, e que valorizava as pequenas coisas de sua vida.

Discussão

Consideramos que todos os participantes foram cooperativos, relatando situações vivenciais que ocorreram antes e após o surgimento da doença.

Através das entrevistas, foi possível compreender melhor a escolha por tais órgãos para a somatização. No caso de P1 e P3, portadoras de Retocolite Ulcerativa Inespecífica

(RCUI), observou-se a dificuldade em expressar a agressividade acerca do mundo. No caso de P1, ela relatou ter tido um pai rígido e sua dificuldade para expressar seu desejo para estudar:

“O pai era muito exigente, não chegava a ser bravo, mas era exigente, gostava das coisas tudo certinho, mas não era bravo. Ele era exigente com a gente pra gente trabalhar e ajudar em casa, sabe, ele não deixou a gente ir pra escola por muito tempo, ele achava que já tava bom o que a gente estudou” (P1).

Ao mesmo tempo, P1 falou sobre sua dificuldade de relacionamento com a sogra, no qual não reclamava da situação:

“O casamento foi bem difícil porque eu fui morar junto com a sogra, morei um bom tempo junto com ela, nem sei dizer quantos anos. Sofri bastante, sabe, porque tudo era dela, e outra, eu não tinha boca pra nada, pra reclamar, e ela aproveitava da situação. Eu não podia fazer nada porque tudo era errado, eu não sabia nada, nada, nada pra ela” (P1).

Em P3, a relação com o pai também foi difícil e os desejos foram pouco expressos:

“Meu pai não me deixava ir para os bailes mas mesmo assim eu comecei a ter alguns paqueras aos 15 anos. E era só paquera mesmo porque meu pai não podia nem sonhar que a gente namorasse nessa época. A gente também não pedia, tinha respeito pelo pai” (P3).

Com estas falas, notou-se que P1 e P3, pacientes portadores de RCUI, não conseguiam expressar agressividade por medo de perder a estima do outro, havia a dificuldade de afirmar suas necessidades e sua própria personalidade, o que de acordo com Dethlefsen e Dahlke (1996) estas são as principais características da pessoa que tem o diagnóstico de RCUI.

No caso de P2, portadora de Doença de Crohn, observou-se o quanto ela se considerava crítica, não aceitando defeitos, o que segundo Dethlefsen e Dahlke (1996) as pessoas com comprometimento no intestino delgado são pessoas extremamente críticas, procuram defeitos em tudo.

“Eu me considero como sendo organizada, mas algumas pessoas dizem que eu sou muito perfeccionista. Eu também acho que sou” (P2).

Ressalta-se que nos três casos estudados houve um trauma antecedente à somatização que não foi suficientemente elaborado pelo psiquismo dos analisados:

Há 13 anos, o filho de P1 desapareceu.

“Simplesmente ele foi embora, não disse nada, não falou “eu não quero mais ficar aqui”, só deixou uma carta dizendo “eu chego num lugar eu ligo”, mas num ligou não, ficou

doze anos desaparecido (...). Quando eu descobri a doença, eu não tinha encontrado meu filho, não porque ele já fez dois anos e eu já tinha muita dor. Mas foi quase na mesma época, acho que a gente tava tentando falar com ele porque ele não atendia o telefone, não retornava pra nós” (P1).

Com dezessete anos, eu me apaixonei. Ele era tudo para mim, tudo mesmo. Até foi com ele que eu perdi minha virgindade (pausa). Era tudo muito lindo e um belo dia, ele arrumou outra e foi embora. Na verdade, até hoje eu não sei o que aconteceu, porque pra mim era muito perfeito, como eu te falei, eu achava que ia me casar com ele. Mas enfim... não deu certo. Algumas pessoas acham que foi por isso que tive a Doença de Crohn porque logo depois disso eu descobri a doença (P2).

Daí quando eu tinha 20 anos eu me apaixonei de verdade. A gente ficou um ano juntos mas não deu certo. Ele não queria se amarrar comigo, como dizem por aí. Na verdade, apareceu uma moça grávida dele e daí não deu pra continuar né. Ele chegou em mim, contou o que tava acontecendo e não deu mais, foi embora. Foi mais ou menos nessa época que eu comecei a tratar... eu sentia muita dor, muita dor, não segurava as fezes... daí um vizinho me ajudou a ir pra Campinas, porque a gente não tinha dinheiro também e isso em 91e eles não sabiam me dizer o que era (P3).

Através destes trechos, percebeu-se que nos três casos houve um evento traumatizante antecedente à somatização e relacionamos ao que Vieira (2007) pontua sobre o princípio da teoria de Pierre Marty em que a mente, em certas condições, pode não assimilar um traumatismo e, assim, haverá uma sobrecarga sobre o soma, que resultará em somatização.

Por meio do conceito de mentalização de Marty (1993), podemos afirmar que os entrevistados passavam por um momento difícil em suas vidas comprometendo a mentalização, já que ocorreu a somatização. Correlacionamos esta afirmação com Bitelman (2004) que constatou a presença de estruturas mal mentalizadas ou de mentalização incerta em avaliações com pacientes de Doença de Crohn e RCUI. Pela presença de má mentalização e pela característica de crises ao longo da vida, podemos classificar as Doenças Inflamatórias Intestinais, segundo os critérios de Marty (1993) em Doenças Evolutivas.

Ressalva-se que no caso de P1, houve um trauma, a perda de seu filho e observou-se que tal perda não foi pressuposto suficiente para somatização, entretanto, a espera por

contatos com o mesmo fez com que a mentalização de P1 tornasse insuficiente e desencadear a somatização.

Correlacionamos este aspecto com o conceito de Depressão Essencial (Marty, 1993) que consiste em uma depressão sem objeto que ocorre quando eventos traumáticos desorganizam funções psíquicas, sendo a conclusão destas desorganizações, o processo de somatização. Podemos supor que as colaboradoras passaram por esta Depressão Essencial, já que se notou a falha das atividades representativas responsáveis por integrar as tensões pulsionais e proteger a saúde física do indivíduo.

A manutenção das somatizações depende da duração da Depressão Essencial, da permanência dos fatores traumatizantes e da ausência de um equilíbrio mental ou somático (Marty, 1993), sendo esta afirmação evidenciada através de P1 que relatou não tomar medicamentos. Depois de conversar e manter contatos com o filho desaparecido, as medicações foram diminuídas até que não precisasse mais. A colaboradora P2 relatou que um mês antes de se casar sentia dores na região abdominal e seu médico disse ser estresse relacionado à doença. Este fator demonstrou que as somatizações podem voltar em decorrência de uma mudança no estado psicoafetivo do indivíduo, provocando novas desorganizações e Depressões Essenciais (Marty, 1993).

Conclusão

Observou-se que as entrevistadas apresentaram semelhanças em relação às histórias de vida, como perdas, frustrações e decepções, que não foram suficientemente elaboradas ou integradas à personalidade. Presume-se, através dos conceitos de Marty (1993) que as vivências dessas adversidades em respectivo momento ultrapassaram as condições psíquicas das entrevistadas e que suas defesas e atividades representativas não foram suficientes para enfrentá-las, recorrendo a mecanismos mais primitivos, como a regressão psicossomática.

Pode-se afirmar ainda que estes portadores de DII buscaram recursos para lidar com a doença, fato este notado quando os pacientes explicitaram que a doença trouxe aspectos positivos como a preocupação maior com a saúde e com o corpo, além da busca de informações sobre o tratamento. Pudemos sugerir também, que as mudanças decorridas diante da doença não acometem somente os portadores das DIIs, mas suas famílias e o meio social,

pois as atitudes tomadas por eles interferem nestes ambientes e no processo de vida das outras pessoas.

Em relação à metodologia adotada neste estudo, percebeu-se que esta apresentou limitações, principalmente no que tange ao direcionamento da pesquisa não permitir uma compreensão aprofundada sobre a vivência dos portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais. Tais informações só seriam possíveis por meio de um estudo mais detalhado que pudesse fornecer subsídios para fazer generalizações, já que se trabalhou com estudos de casos. Ressalta-se que, no delineamento, priorizou-se o estudo aprofundado permitindo amplo e detalhado conhecimento sobre os sujeitos.

As DIIs comprometem além da esfera biológica, pois podem interferir de diferentes formas no estilo de vida das pessoas acometidas, seu grupo familiar e social. Compreender as Doenças Inflamatórias Intestinais (Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa Inespecífica) sob os referenciais da psicossomática psicanalítica, buscando relações entre a história de vida do paciente com sua doença permitiu aprofundar os conhecimentos acerca de tais doenças.

A natureza humana, o conhecer e o sentir da pessoa se fazem fundamentais aos profissionais da área da saúde e mais especificamente da psicologia, ressaltando a afirmação de Mello Filho (2002) sobre a importância da psicoterapia para estes pacientes de modo a dar suporte necessário para que eles consigam sair das crises de respostas somáticas regressivas.

Espera-se que os resultados alcançados nesta pesquisa proporcionem melhor compreensão dos indivíduos portadores destas afecções e que possa contribuir para que outros estudos sejam realizados na área, deficiente de conhecimento teórico para subsidiar a prática assistencial.

Referências

Ávila, L. A. (1996). *Doenças do Corpo e Doenças da Alma: Investigação Psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Escuta.

Assis, M.A. & Nahas, M.V. (1999). Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev. Nutr.* 12(1):33-41. (26).

Barlow. D. H.; Durand. V. M. (2008). *Psicopatologia: uma abordagem atual*. São Paulo. Cengage Learning.

Bergeret, J. (1983). *Psicologia Patológica*. São Paulo: Masson.

Bitelman, B. (2004) Psicossomática em gastroenterologia. In: Ferraz, F.C.; Volich, R.M. (Orgs.) *Psicossoma I - Psicossomática psicanalítica*. (2.ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bleger, J. (1990) *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. (Moraes, R. M., Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Dethlefsen T. & Dahlke, R. (1996) *A doença como caminho*. São Paulo: Cultrix.

Ferrari, M.L.A.; Cunha, A.S. (1993). Doenças inflamatórias intestinais. In: Pedroso ERP, Rocha, M.O.C; Silva O.A.. *Clínica Médica - Os Princípios da Prática Ambulatorial*. (Ed.) Rio de Janeiro: Livraria Atheneu Editora, cap. 71, p. 941- 976.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4 ed). São Paulo: Atlas.

Lanna, C. C. D. et al. (2006). Manifestações articulares em pacientes com doença de Crohn e retocolite ulcerativa. *Revista Brasileira de Reumatologia*. São Paulo, v. 46, sup. 1, p. 45-51.

Lopes, A. C. (2007). *Guia de Clínica Médica Ambulatorial e Hospitalar*. Barueri: Manole.

Maldaun, D. (2006). *Análise qualitativa dos aspectos emocionais e vivenciais de pacientes idosos portadores de Retocolite Ulcerativa Inespecífica em tratamento ambulatorial*. Campinas: Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP.

Marty, Pierre. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (1993). CID-10 - *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.

Vieira, W. C. (2007). Procedimentos calmantes e autocalmantes. In: Volich, R. M.; Ferraz, F.C.; Arantes, M. A. (Orgs.). *Psicossoma II: Psicossomática psicanalítica*. (3.ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: de Hipocrates à Psicanálise*. Editora Casa do Psicólogo: São Paulo.