

**MARIA ROSA SPINELLI**

**UM ESTUDO PSICOTERÁPICO DE UMA PACIENTE COM  
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

Pontifícia Universidade Católica

São Paulo

2002

**MARIA ROSA SPINELLI**

**UM ESTUDO PSICOTERÁPICO DE UMA PACIENTE COM  
LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica à Comissão Julgadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da

Profª Dra. Denise Gimenez Ramos

PUC-SP  
São Paulo  
2002

**COMISSÃO JULGADORA:**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mathilde Neder**

---

**Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues**

---

**Orientadora : Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Denise Gimenez Ramos.**

À Terra, que guarda em segredo  
a vida e a morte. Hoje, com ela,  
estão meus pais, meus amigos,  
meu amante e meu filho.

## **AGRADEÇO:**

À liberdade que tenho diante da vida, aos meus pais.

À cooperação que aprendi como pessoa, aos meus irmãos.

À convivência e à participação social, aos meus amigos.

O conhecimento, aos meus Mestres.

A minha integridade física e psíquica, aos meus cuidadores.

A minha Dissertação de Mestrado, à Prof<sup>a</sup> Dra. Denise Gimenez Ramos.

A coragem para a defesa de tese, à Prof<sup>a</sup> Dra. Mathilde Neder, ao Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues e a Prof<sup>a</sup> Dra. Ana Cristina Limongi França.

Ao CAPES, que me deu um auxílio pecuniário providencial.

A amizade e colaboração recebida, à Aliene Silva Gonçalves dos Santos, à Solange Lopes de Souza, à Neuza Maria Lopes Sauaia, à Maria Helena Balthazar, à Cynthia Lays Koloszuck, à Lia Raquel Balthazar Romano, à Maria Constança Figueiredo, à Ana Júlia Figueiredo e ao Milton Della Nina.

O meu desenvolvimento profissional, aos diretores e ex-diretores, e aos colegas da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática.

O meu aprendizado como pessoa, de perceber em cada gesto, uma nova maneira de viver, aos meus pacientes.

A confiança e carinho, aos meus alunos e ex-alunos.

Ao companheirismo e ao carinho, do querido Lilico.

E finalmente agradeço a Deus por, neste momento, poder ser expressão de Seu conhecimento.

## **RESUMO**

Nesta dissertação observo uma paciente com LES em processo psicoterapêutico. Verifico se há um possível estado de dependência emocional e se existe relação deste fenômeno com a atividade lúpica. Notei que a necessidade de dependência é um fenômeno constante no paciente com LES. Essa dependência pôde ser observada através de estados de depressão nas atividades lúpicas enquanto o indivíduo busca seu self. À medida que o self é desenvolvido, existe uma dissolução da relação transferencial, o que diminui a necessidade de dependência do indivíduo para com as pessoas. A introdução da técnica não verbal (sandplay) numa abordagem da teoria de Winnicott favoreceu o trabalho nos aspectos somático psíquico e ao mesmo tempo, enriqueceu a compreensão do caso.

Palavras chaves: LES; dependência; self; sandplay; independência.

## **ABSTRACT**

In this dissertation I observe a patient with LES in psychotherapeutics process. It may be verified if there is a possible emotional dependency condition and if there is a relationship dependency of this phenomenon with the lupus activity disclose. I observed that the need of this dependency is a constant phenomenon in patient with LES. That dependency could be observed through depression conditions lupus activities disclose while the individual looks for him/her self. As the selfish is developed, there is dissolution of the transferential relationship what decreases the need of the individual's dependency towards the people. The introduction of the 'no verbal technique' (sandplay) in an approach of the theory of Winnicott sustained the result in the psychic somatic aspects and at the same time, it enriched the understanding of the case.

**Key words:**LES;dependence;self;sandplay;independent.

## **Indice.**

# ÍNDICE

	INTRODUÇÃO.....	10
<b>I</b>	<b>LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO.....</b>	<b>14</b>
	1. Definição da Doença.....	14
	2. Sistema Imunológico e o LES.....	16
	3. Diagnóstico do LES.....	17
	4. Manifestações Renais do LES.....	19
	5. Manifestações do LES na Infância.....	19
	6. Outros Comprometimentos em LES.....	20
<b>II</b>	<b>ABORDAGEM TEÓRICA NA COMPREENSÃO DO FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO.....</b>	<b>22</b>
	1. Subsídios teóricos de Donald Woods Winnicott.....	23
	1.1.O Desenvolvimento Infantil.....	25
	1.2. Dependência Absoluta.....	25
	1.3. Dependência Relativa.....	27
	1.4. Rumo à Independência.....	28
	1.5. Self Verdadeiro e Falso Self.....	28
<b>III</b>	<b>PSICOSSOMÁTICA E DOENÇAS AUTO-IMUNES.....</b>	<b>30</b>
<b>IV</b>	<b>ESTUDOS NA NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA DO LES.....</b>	<b>35</b>
<b>V</b>	<b>ESTUDOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE COM LES.....</b>	<b>39</b>
<b>VI</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>45</b>
	1. Local.....	47
	2. Sujeito.....	47
	3. Instrumento.....	48
	3.1. Entrevista.....	49
	4. Procedimento.....	51
	5. Procedimento da Análise dos Dados.....	53
<b>VII</b>	<b>RESULTADO.....</b>	<b>54</b>
<b>VIII</b>	<b>ANÁLISE DO RESULTADO.....</b>	<b>68</b>
<b>IX</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>75</b>
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
	ANEXOS .....	84

## INTRODUÇÃO

Interessei-me por essa doença, no início de 1992, quando uma paciente chegou em meu consultório apresentando sintomas de depressão leve e se queixando de dores nas juntas, especificamente nas mãos e nos joelhos com diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Para Miguel Filho (1992) o número de pessoas com LES no Brasil apresenta uma proporção de 15.000 a 75.000. Em dez anos, recebi em meu consultório particular oito pacientes portadores da doença. Visto a desproporção entre as estatísticas e as minhas observações me fez pensar se as estatísticas eram fidedignas ou se havia falta de registro da doença ou ainda se esse fato poderia ser resultante da dificuldade de se diagnosticar o LES.

Durante os atendimentos desses casos, pude observar algumas manifestações que pareciam se exacerbar nos momentos da atividade da doença: a primeira delas, comum aos oito pacientes, foi a manifestação da doença depois de uma perda de alguém muito querido de sua relação. Tais perdas estavam relacionadas a algumas situações de morte, ao afastamento de convivência, ou ainda a algum tipo de decepção seguida de destruição da imagem que havia sido construída de alguma pessoa e à qual a paciente era muito ligada emocionalmente.

O segundo fato observado foi com relação à história da infância dessas pessoas, carentes no aspecto social e psicológico, passaram necessidades financeiras e foram discriminadas nas relações com outras pessoas de sua convivência, em ambientes escolares e/ou familiares, no contato com seus tios ou avôs. A carência também foi relatada no aspecto afetivo. Vinham de lares onde os pais não conseguiam viver em harmonia, mas nunca desfizeram a relação matrimonial. A mãe sempre era prestativa e aparentemente superprotetora com relação à criança, ao passo que o pai era ausente e/ou agressivo no ambiente familiar.

O terceiro fato que observei e mais me interessou para pesquisar e estudar foi a manifestação da dependência afetiva. Tal dependência era sempre ligada a uma figura materna ou substituta. Deixavam transparecer, sob uma forma contida ou disfarçada nas atitudes e nas falas, uma agressividade dirigida à pessoa da qual dependiam. Também foram observadas outras atitudes, com tendências anti-sociais. Relatavam ficar horas em seus próprios quartos ou isoladas da relação com a família, evitavam estar com outras

peças de sua idade, como primos ou colegas de escola; não participaram de grupos na adolescência. Esse comportamento foi relatado com uma alta frequência pelos pacientes. Notou-se ainda uma certa incapacidade de brincar ou aceitar brincadeiras. Manifestaram labilidade emocional durante algum tempo, depois houve remissão desse comportamento naturalmente. Em seqüência a essas manifestações temporárias, surgiram também comportamentos sado-masoquistas e o sadismo ficava escondido sob a aparência de fragilidades e de dependência. Esses episódios me lembraram “surto” durante os quais ocorriam “períodos de desejos intensos” tais como: desejo de ser amada, de ser procurada, de ser rica, de ser reconhecida pelas pessoas como boa e importante, e tais sintomas surgiam em seqüência ou em comorbidade.

Questionei se tais manifestações emocionais poderiam ser resultantes de alterações orgânicas ou, ao contrário, se as alterações orgânicas seriam decorrentes de alterações emocionais. Haveria a possibilidade de tais “surto” serem desencadeadas ao mesmo tempo por um desejo intenso? A idéia de “surto” continuou mais clara durante as minhas observações. Poderiam esses pacientes sustentar o desejo intenso dessa dependência durante algum tempo e senti-la depois de um período, como algo insuportável? Seria a dependência a única possibilidade para essas pessoas se sentirem vivas? Poderia essa dependência ser uma forma de manifestação inconsciente de raiva das pessoas, das quais esses pacientes dependiam? Assim, como reação a esse sintoma, os pacientes se tornariam dependentes e extremamente exigentes. Seriam essas manifestações emocionais que pré-estabeleciam atividades do LES? Por que o sistema imunológico se desorganizava, produzindo LES? Se isso fosse desencadeado ao mesmo tempo, o que causaria tanta necessidade de defesa? Era um grande trabalho para ser realizado por uma equipe multiprofissional.

A partir desses questionamentos, senti o quanto faltava nos estudos de Psicologia para poder acompanhar adequadamente os casos de LES. Procurei então mais pesquisas sobre a doença, na biblioteca da Bireme, na biblioteca da PUC, na biblioteca da Nemeton e levantei os trabalhos datados de 1967 a 2000. Nos estudos médicos, foram encontrados trabalhos sobre LES nas especialidades: Psiquiatria, Neurologia, Reumatologia, de Psicologia médica e Psicoterapia, além de dois manuais escritos por médicos reumatologistas brasileiros. O primeiro manual foi escrito em 1989, pelo Dr. Cristiano A. F. Zerbini e Tânia S. A. Fidelix; o segundo manual foi escrito em 1999, pela Prof. Dra. Emília I. Sato, da Sociedade de Reumatologia e que foi

distribuído pela Associação Brasileira de Lúpus Eritematoso Sistêmico – ABRALES, o mais usado em minha dissertação por ter uma linguagem mais acessível aos psicólogos. Os trabalhos encontrados em Psicologia, no entanto, eram monografias de Cursos Livres e de Conclusão de Graduação, mas sem um estudo mais aprofundado da dinâmica psíquica do indivíduo. Alguns deles foram realizados em grupos ou eram pesquisas sobre o estresse na relação do paciente com a doença LES.

Após ter lido os artigos conseguidos para a minha pesquisa sobre LES, percebi não existir, até o momento, exames específicos clínicos ou laboratoriais ou métodos de investigação em neuro-imagem, que permitissem um diagnóstico preciso de LES. Predominam os estudos a respeito de psicoses e alterações cognitivas, e com alta frequência aparecem estudos sobre depressões e distúrbios de ansiedade. Faltam, no entanto, pesquisas sobre o desenvolvimento emocional, as tensões inerentes à vida de cada paciente e como eles lidam com essas tensões. Além disso, falta uma pesquisa quanto ao colapso das defesas normais de cada uma dessas pessoas e investigue a doença como uma possível organização para continuar a vida após esse fenômeno. Winnicott (1999:15).

A partir da observação de minhas oito pacientes e das pesquisas levantadas, surgiram as seguintes questões:

Por que essa doença se manifesta em “surto”?

Por que a imunidade é alterada nesse período?

Que situação emocional (consciente ou inconsciente) poderia estar ocorrendo com essas pacientes, nesses períodos?

Que dinâmica da psique poderia favorecer essas manifestações do LES?

Que dependência era aquela que as pacientes traziam consigo e sem percebê-la a mostravam em sessões de psicoterapia? Por quê? Para quê?

A questão da individualidade nessa doença é inquestionável, e ela se apresenta como única em cada pessoa. Estaria tal doença relacionada ao desenvolvimento emocional?

As diferentes formas de dependência poderiam particularizar cada caso? Seria uma defesa para poder continuar vivendo?

O desejo de dependência absoluta poderia ser o agente desencadeador da atividade do LES?

Com esses questionamentos, senti a necessidade de trabalhos mais aprofundados em Psicologia sobre LES. Resolvi selecionar um caso entre os oito que atendia e escolher entre as várias questões levantadas a relação de dependência e sua vinculação com as manifestações lúpicas.

Por fim, resolvi verificar se o tratamento psicoterápico poderia alterar a atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico. Estabeleci para essa minha observação que o prazo de ausência da atividade do LES para usar como mensuração do resultado terapêutico seria de doze meses.

Essa dissertação tem como objetivo observar o processo psicoterapêutico de uma paciente com LES e verificar se há um possível estado de dependência emocional se existe relação entre o fenômeno de dependência com a atividade lúpica durante esse processo.

## I LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO LES

### 1 Definição da Doença

No estudo de Sato (1999:2), o Lúpus Eritematoso é uma doença descrita por Hipócrates há 400 a. C, como lesões erosivas no rosto que denominou Herpes Esthimeonos. Rayer, em 1826, identificou o Lúpus com o nome de fluxo sebáceo. Em 1851, Pierre Cazenave, médico francês, observou várias pessoas com tais lesões que cobriam a pele do nariz e as bochechas e comparou-as à mordida de um lobo, dando o nome a doença de lúpus eritematoso (lúpus = lobo, eritematoso = vermelho). Em 1895, o médico canadense Sir William Osler, trabalhando na época em Baltimore, relatou o envolvimento de vários órgãos, e passou a se chamar de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES).

Fidelix apud Sato, (1989:2) descreve o LES foi incluindo entre as doenças de colágeno por Klemperer no ano de 1942.

Segundo Miguel Filho (1992:2), as primeiras descrições das manifestações neurológicas e psiquiátricas associadas ao LES foram registradas a partir de 1945.

Nos Estados Unidos estimou-se uma frequência de um caso para cada dois mil habitantes. No Brasil, numa população de 150 milhões de habitantes calculam-se no mínimo 15.000 e no máximo 75.000 doentes com LES. Sabe-se, porém, que LES é mais freqüente em mulheres na faixa de 15 a 45 anos, quando estão em plena atividade e na fase procriativa.

Para Sato (1999:5), apesar de não se conhecerem todos os fatores desencadeantes da doença, a constatação do aumento de casos de LES e de outras doenças imunológicas pode ser decorrente da evolução de exames laboratoriais que contribuíram para melhorar a elaboração de um diagnóstico.

Sato (1999:5) descreve o LES como:

*Uma doença inflamatória crônica que causa principalmente lesões na pele, dor e inchaço nas articulações, mas que pode também causar inflamação em diversos outros órgãos como os rins, membranas que recobrem o pulmão, vasos sangüíneos, sistema*

*nervoso e alterações nas células sanguíneas. Pode acometer indivíduos de qualquer idade, mas afeta mais frequentemente mulheres jovens. Caracteriza-se pela presença de alterações imunológicas, com anticorpos dirigidos contra os constituintes da própria célula. Por isso, é considerado o exemplo de doença auto-imune. É uma doença de evolução crônica com períodos de atividade e outros em que está controlada. Ainda não se conhecem as causas do lúpus. Sabemos que há uma predisposição genética, isto é, algumas famílias têm genes que facilitam o desenvolvimento de doenças chamadas auto-ímmunes. Nelas, incluindo o lúpus, o sistema imunológico fica desequilibrado e começa a produzir anticorpos contra células ou partes de células do próprio organismo.*

*Além da predisposição genética, inúmeros outros fatores podem contribuir para o aparecimento da doença, como a radiação ultra violeta (de raios solares), infecções, o uso de alguns medicamentos como a hidralazina, hidrazida e a procainamida, hormônios femininos, e até mesmo estresse emocional. Cada um desses fatores isoladamente não causa o lúpus, mas parece que a combinação deles em indivíduo geneticamente predisposto pode causar o desequilíbrio imunológico que favorece o aparecimento da doença.*

Na classificação existem dois tipos de lúpus: o lúpus cutâneo, em que o paciente apresenta apenas lesões de pele e o lúpus eritematoso sistêmico (LES), em que pode haver comprometimento de outros órgãos além da pele, deve-se observar, porém que nem todos pacientes com LES apresentam alterações cutâneas.

Segundo Miguel Filho (1992:2), *o estudo das alterações psicopatológicas associadas primeiramente ao LES pertence, dentro do conhecimento psiquiátrico, ao capítulo de Síndromes Mentais Orgânicas. O interesse no estudo dessas síndromes ocorre, em parte, pela possibilidade de se relacionar o sintoma psicopatológico e a disfunção ou dano nelas encontrado.*

Apesar do conhecimento de que fatores psicológicos como estresse, depressão e psicose não-orgânica influem na instalação de doenças e que as influências ambientais e

mentais são moduladoras na imunidade, isto não parece ter sido evidência necessária para que a Psicologia estudasse mais sobre esse assunto.

## 2 Sistema Imunológico e o LES

Sato (1999:6), descreve o sistema imunológico como aquele

*[...] formado por um conjunto de células espalhadas por nosso corpo e nosso sangue cuja principal função é a de nos proteger contra infecções e tumores. Essas células conhecidas como linfócitos, são especializadas em produzir substâncias conhecidas como anticorpos, que são dirigidas contra qualquer proteína (antígenos) que não seja reconhecida como sendo do próprio indivíduo.*

Nas pessoas com lúpus, doença chamada auto-imune, existe um descontrole do sistema imunológico. Algumas células produzem anticorpos contra as células ou proteínas existentes nas células do próprio indivíduo isto causará inflamação nos diversos órgãos.

São conhecidos os mecanismos de lesão no lúpus, mas não se sabe ainda porque esses linfócitos começam a produzir anticorpos contra as próprias células. Acredita-se que algum fator as modifica quanto a capacidade de identificar as próprias células, desta forma elas passam a ser estranhas ao sistema imunológico. Isto pode ser provocado por vírus, radiação ultravioleta e algumas drogas que alteram as leituras dos linfócitos. Para que isto ocorra deve existir uma comunicação entre as células para que o controle seja normal. Quando o sistema de controle imunológico funciona bem, não permite que linfócitos produtores de auto-anticorpos se multipliquem e causem a lesão. Para estes casos são usados medicamentos que combatem a inflamação (antiinflamatório) que modulam a resposta imunológica (imunomoduladores) e que tentam diminuir a resposta imunológica (imunossuppressores). A maioria dos auto-anticorpos, presentes nos pacientes com LES, não causa diretamente as lesões.

Sato (1999:6) continua dizendo que...

*[...] a maioria dos auto-anticorpos no lúpus é dirigido contra as proteínas existentes nos núcleos das células*

*(anticorpos antinucleares) e esses não conseguem penetrar em uma célula íntegra. Porém, constantemente há em nosso corpo células que estão morrendo e sendo substituídas por outras células. Dessa forma, essas proteínas que se encontravam dentro das células podem ser encontradas na corrente sanguínea. O encontro do anticorpo com o antígeno (liberado pela célula que morreu) pode ocorrer na corrente sanguínea e se depositar em diversos locais.*

*Quando ocorre reação do anticorpo com o antígeno há a ativação de diversas substâncias presentes no sangue, o que acaba por causar a inflamação local.*

*Entre as substâncias de grande importância no processo inflamatório temos as chamadas proteínas do sistema de complemento que podem estar reduzidas no sangue quando há reação anticorpo/antígeno. Assim, se essa reação ocorrer na membrana que recobre as juntas, teremos inflamação local, causando as chamadas artrites (dor e inflamação nas juntas).*

A classificação feita por Gell e Coombs (apud Mello Filho (1992:125), quanto aos mecanismos imunológicos causadores de hipersensibilidade e doença, ele os agrupada quanto as reações conhecidas, em 4 grupos diferentes, o LES e a artrite reumatóide são descritos como *s resultantes de antígeno-anticorpo (imunocomplexos) que se depositam em tecidos ou na circulação. Esses imunocomplexos atraem mediadores da inflamação, o que determina lesões localizadas ou difusas.*

### **3 Diagnósticos do LES**

O diagnóstico de LES é realizado por meio de vários exames, porém deve-se levar em conta a história do indivíduo, além da associação necessária dos resultados de testes laboratoriais. O teste das proteínas de complemento identificadas pela carta “C” e em números são de especial importância, conforme explica Andrade (in Sato, 1999:17).

*Os testes de complemento mais comuns são C3, C4 e Ch50. Se o nível de complemento de sangue total é baixo ou o C3 ou o C4 complementa os valores e são baixos e o paciente*

*também tem em ANA (teste apropriado – Antinuclear antibody) positivo, um pouco de gravidade pode ser acrescentada ao diagnóstico de lúpus. Quando o C3 e C4 complementa os níveis baixos e ANA positivo pode significar a presença de doença renal de lúpus. Isto nos dá uma certa tranquilidade quanto ao diagnóstico de uma pessoa portadora de LES uma vez que os sintomas de tais pacientes são por vezes vagos e difícil diagnóstico. Mesmo assim o ANA sendo positivo tem que ser levado em conta a história do paciente e dos seus sintomas clínicos, assim nunca é o bastante apenas o resultado desse teste. Mesmo quando o resultado do ANA for negativo ainda se discute a presença de lúpus.*

*O FAN (fator antinucleico) é um exame importante para o diagnóstico de LES, embora não seja específico para o LES, mas costuma ser positivo de 90 a 95% dos pacientes quando está em fase ativa da doença. Os anticorpos antinucleares são uma das “marcas registradas” do LES e evidenciam bem sua natureza auto-imune.*

Os resultados dos testes dos anticorpos antifosfolípidos no LES é que determinam a predisposição para trombozes arteriais ou venosas de repetição, abortos de repetição e baixos níveis de plaquetas.

Existe também uma classificação LES que consiste em uma lista de 11 critérios com as possíveis manifestações da American Rheumatism Association (ARA). Essa classificação foi revisada em 1982 para que novos conhecimentos imunológicos, fossem incorporados e para melhorar a classificação da doença (Tan et al, 1982 in: Romano, 2002). O SLEDAI Disease Activity Index consta de um quadro representando manifestações da doença em 9 sistemas orgânicos, com seus respectivos pesos, que devem ser somados para revelar o índice de atividade do LES num determinado paciente. O escore máximo é 105, mas na prática a maioria fica em torno do escore 10, sendo raro acima de 45. SLEDAI is a mortality predictor and renal deterioration (Bombardier et al, 1992, Roman in, 2002).

Apesar de existirem vários exames clínicos que podem avaliar a condição do paciente com LES, a verificação de sua história deve ser levada em conta como uma

grande colaboradora neste diagnóstico, visto que se trata de uma doença auto-imune, e não existir um exame específico desta doença.

#### **4 Manifestações Renais do LES**

Meinão (in Sato, 1999:11) explica as manifestações renais encontradas em LES como um comprometimento que ocorre em 50% dos casos e são assintomáticas no início, deve-se fazer constantemente exames de sangue para determinar as dosagens de uréia, creatinina e de urina para detectar perda de proteínas ou sangue. Existem dois tipos de comprometimento que podem surgir: Síndrome nefrótica: em que há uma grande perda de proteína pela urina e o paciente passa a apresentar edema, no início em pernas e pálpebras, depois podendo atingir todo o corpo. Síndrome nefrítica: em que o paciente pode apresentar hipertensão arterial e maiores alterações no exame de urina com perda significativa de hemácias (células vermelhas) e/ou leucócitos (células brancas) e perda de proteínas.

#### **5 Manifestações do LES na Infância**

Hilário (in Sato, 1999:20) afirma ser o LES raro em crianças, cerca de 15% dos pacientes iniciam a doença nesta fase da vida, é raro antes dos cinco anos e mais freqüente na adolescência. Meninas são mais afetadas que os meninos, no entanto, o quadro clínico é semelhante ao dos adultos. Qualquer sintoma como febre, perda de peso, falta de apetite, cansaço e queda de cabelo pode ser o início da doença. Pode afetar a pele com manchas vermelhas (asas de borboleta); quando a doença estiver em atividade podem ocorrer ulcerações na boca, inflamações das articulações (artrites), no coração, na membrana que reveste o pulmão e ainda alopecia.

Segundo Hilário (in Sato, 1999:20) as manifestações clínicas do lúpus na infância, em ordem decrescente de freqüência, podem ser:

*Febre, desânimo, perda de peso, artrite, nefrite, alterações na pele, inflamação no coração, inflamação no cérebro, queda de cabelo, úlceras em mucosas.*

*As células do sangue também podem ser comprometidas. Isto se manifesta através de anemia e diminuição das células branca (leucócitos) e das plaquetas.*

*Nos casos de comprometimento renal grave poderá ser necessária a utilização de ciclofosfamida na forma de pulsoterapia, uma vez por mês.*

## **6 Outros Comprometimentos em LES**

Krauthamer (in Sato, 1999:10) descreve existir outros tipos de comprometimentos do LES, no entanto, afirma que o sintoma não necessariamente fica associado ao quadro dessa enfermidade. Escreve as varias manifestações gastrintestinais relacionadas com atividades inflamatórias do LES, que podem aparecer por efeitos colaterais de medicamentos utilizados no tratamento do próprio sintoma. Cita a vasculite mesentérica, a pancreatite aguda, a hepatomegalia que poderá estar relacionada com a administração de medicamentos como antiinflamatórios ou imunossupressores; a pericardite; a penumonite; a vasculite de retina; a uveíte ou esclerite.

Krauthamer (in Sato, 1999:10) *o LES pode causar lesões com as mais diferentes características, como a que lembra a urticária, as descamantes e bem delimitadas conhecidas como lesões do lúpus cutâneo subagudo, lesões bolhosas. exemplo: “asa de borboleta” avermelhada e indolor, acomete o dorso do nariz e as regiões malares (maçãs do rosto); lesões avermelhadas, de tamanhos variados em outras regiões do corpo, pioram com a exposição ao sol; lesões discóides que são placas vermelhas, descamantes (soltam escamas brancas) e atróficas; lesões vasculíticas que são pequenos pontos avermelhados muitas vezes dolorosos que aparecem na palma das mãos ou planta dos pés, especialmente na ponta dos dedos etc. Descreve ainda a fotossensibilidade, também grande sensibilidade à luz solar, e muitas das lesões de pele tendem a piorar após a exposição ao sol ou outras formas de radiação ultravioleta, como lâmpadas fosforescentes.*

As dores e inchaços nas articulações (artrite), tanto nas pequenas articulações das mãos como nas grandes articulações do joelho são muito comuns no LES. Afeta várias juntas ao mesmo tempo. Diferentemente de outra doença reumática, conhecida

como artrite reumatóide, a do lúpus não costuma causar lesão definitiva nas juntas. As lesões que ocorrem são devido à lesão da cápsula e dos tendões.

O LES por se tratar de uma doença polimorfa, dificulta muito o seu diagnóstico uma vez que não apresenta sintomas que possam identificá-lo com precisão e mais rapidez. Por se manifestar através de vários sintomas, muitas vezes o paciente vai a vários especialistas e é tratado através desses sintomas isoladamente. Isto pode levar o paciente a uma angústia que é decorrente de seu estado somático.

## II ABORDAGEM TEÓRICA NA COMPREENSÃO DO FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

Para Mello Filho (1995:92), quando vivenciamos nossas experiências como algo fora do *self*, tais emoções facilmente se localizam num órgão. Desse modo ao adoecer, o indivíduo dá mais uma chance para ser cuidado, só que sendo uma atuação, essa dependência não leva ao *insight* e aos cuidados mentais. O distúrbio psicossomático constitui, então, uma defesa poderosa contra a desintegração e também como uma tentativa de cura. *Um corpo que sofre é um corpo vivo.*

O modelo junguiano quanto à formação da doença, proposto por Ramos (1994:59), tem as seguintes ponderações:

*[...] o sintoma orgânico pode corresponder a uma cisão na representação de um complexo/arquétipo, onde a parte abstrata/psíquica ficou reprimida. Ao ficar desconectado do ego, esse sintoma se repetirá compulsivamente, como tentativa de se integrar na consciência, a fim de que o processo de individuação possa prosseguir. A conscientização da polaridade desse complexo, isto é, [...] a transdução do símbolo de sua polaridade orgânica patológica para a polaridade psíquica abstrata, provoca uma diminuição de sua expressividade patológica orgânica, isto é, a transdução do símbolo de sua polaridade orgânica para a polaridade psico-abstrata provoca uma diminuição do mesmo, melhorando a saúde do paciente.*

Para Capisano (1993), o termo psicossomático requer uma reflexão, pois segundo ele, o homem é psicossomático o tempo todo então nada mais claro que deveria se chamar o Processo do Homem.

Para Winnicott (1990:132), o papel da mãe suficientemente boa, através do *holding* e o *handling* do bebê, promovem sua integração e personalização. A inter-relação da psique e do soma constitui a base para o aparecimento e manutenção do *self*. No entanto, se essa relação for interrompida ou prejudicada, a dissociação entre psique e soma vai caracterizar a doença psicossomática: *não é o estado clínico expresso em patologia somática ou funcionamento patológico, mas sim a persistência de uma cisão*

*na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas, que constituem a verdadeira enfermidade* (Winnicott, 1994:82).

No Núcleo de Psicossomática da PUC, o termo é discutido quanto a sua dicotomia e a sua monodirecionalidade alertando para a necessidade de estudos transdisciplinares. A questão da subjetividade é sempre vista com muito cuidado, procurando estabelecer uma leitura do fenômeno através de uma unicidade psicossomática. Levam-se em conta os fatores fisiológicos, psicológicos sociais, ambientais, além de questões morais e éticas implícitas em cada caso estudado. Sempre é enaltecida a questão única de cada caso estudado, com sua história própria e seu desenvolvimento específico.

A psicossomática visa mais os fenômenos oriundos do desenvolvimento normal e patológico. Objetiva sempre estudar a complexa dinâmica entre fatores fisiológicos, psicológicos e sociais. Observa todos os distúrbios tanto da área psíquica, social ou fisiológica. Transcende a noção de uma etiologia específica. Dessa forma a noção de psicogênese ou somatogênese perdem o sentido. O desenvolvimento do indivíduo é estudado como uma unidade psicossomática. Consideramos esse fator responsável pelo desenvolvimento saudável. Assim, haverá uma personalidade e uma regulação psicobiológica da pessoa. Qualquer variação de uma dessas áreas haverá uma interferência recíproca da psique para o soma ou do soma para o psíquico. Outro fator que merece muita atenção é a interação entre profissionais. Esse tema deve estar sempre implícito nas observações sobre os estudos em psicossomática. A onipotência estabelecida pelos núcleos de formação deveria ser substituída pelo preparo do profissional para que pudesse aprender a ler o “código de linguagem” do paciente. Prepará-los melhor quanto às questões narcísicas profissionais, quanto ao poder doentio e à necessidade de constantemente se desenvolverem como pessoa.

A análise proposta dessa dissertação segue a teoria de Winnicott, com quem mais me identifiquei nesses anos de atendimento psicoterapêutico.

## **1 Subsídios Teóricos de Donald Woods Winnicott**

Winnicott (1997:184), considera que cada pesquisador do componente humano, com seu estudo, seja do tamanho que for, é sempre um grande colaborador para a compreensão da pessoa. A interação entre saberes contribui muito para a expansão

sobre a compreensão da natureza humana, afirma que o fato da lealdade às teorias é muito importante, mas diz que por fim *a lealdade acaba se voltando para nós mesmo*. (Winnicott, 1997:184).

Winnicott foi inicialmente um médico pediatra depois se tornou psiquiatra infantil, psicanalista e estudou especialmente crianças e pacientes psicóticos. Com seus pacientes psicóticos, ele conseguiu aprender melhor a relação de desenvolvimento em seu processo inicial.

A idéia de dependência e independência mostra claramente as influências da filosofia de Heidegger, “ser – com”; nos seus conceitos de existir e através de suas técnicas de “libertação” apresentada nos Jogos dos Rabiscos em 1984. Vê-se claramente uma tendência nova na forma de pensar a psicanálise. As experiências pulsionais, como estão na teoria Freudiana, não foram suficientes para o entendimento do ego. Nesse aspecto, ele valoriza mais as teorias de Melaine Klein com relação à mãe e o lactante. Para estudar a lactante, precisa levar em conta três aspectos: hereditariedade, ambiente e o bebê.

Chamou de “*Processos de Maturação*” as tendências herdadas. No entanto, não as considerou apenas como impulso biológico, pela necessidade de haver um ambiente facilitador, onde fosse permitido que o desenvolvimento emocional ocorresse junto à integração do crescimento e às experiências vividas.

O momento é complexo e difícil para os pais e para o bebê. No processo natural, os pais terão de satisfazer as necessidades do bebê mais por meio da empatia do que pela compreensão do fato. Para desempenhar tal tarefa, a mãe necessita do apoio do pai e das pessoas do ambiente social próximo (Winnicott, 1990a:38). O autor estabelece o seu núcleo de estudos na relação díade mãe-criança (Winnicott, 1990a:106).

Sua matriz disciplinar é: amadurecimento e acontecência. A mãe então é caracterizada como suficientemente boa e inicia esse processo de desenvolvimento, que terá como característica o impulso à integração para ser desenvolvido o *self*. O *self* não é instância psíquica porque é o resultado da interação corpo-psique. Ele define o *self* central como potencial herdado que experimenta. Acredita que o bebê estabelece um ritmo próprio de desenvolvimento e, através disto, vai estabelecer a partir desta potencialidade uma realidade psíquica pessoal e um esquema corporal, durante a continuidade de sua vida. Winnicott, por volta de 1931, revolucionou a Psicanálise

quando acrescentou novas possibilidades de trabalho e estabeleceu a relação corporal, o corpo enquanto afetado por fatores psicológicos. Ousou escrever e estudar as influências patológicas dos ambientes, muito mais do que qualquer outro cientista, quando a regra dos psicanalistas era de interesse apenas intrapsíquico. Para ele a importância terapêutica estava em conhecer, experimentar e ser. Busca mais o ser e o experimentar, enquanto a psicanálise freudiana se detém no conhecer-se a si mesmo (Winnicott, 1997:31).

Sua matriz exemplar é igual: bebê no colo da mãe. Essa relação a dois é uma relação de dependência muito primitiva, porém é diferente da relação de desejo. O primeiro contato com o mundo externo é através da mamada teórica onde o bebê cria o seio (Winnicott, 1997:31).

### **1.1. O Desenvolvimento Infantil**

A teoria do desenvolvimento emocional para Winnicott é a tendência à integração e ao crescimento emocional. O ser humano precisa do outro para existir (ser-com).

Winnicott dividiu o desenvolvimento infantil em três partes: dependência absoluta; dependência relativa e rumo à independência.

### **1.2. Dependência absoluta**

Winnicott (1997:205) estabelece a teoria de que existe uma relação de dependência responsável pelo grau de confiança futura do indivíduo. Essa idéia de dependência antecede a relação de conflito existente na tríade. O que é o núcleo de estudos freudianos espaço-tempo não se aplica ao inconsciente (Winnicott, 1997:205), no entanto, para ele, o inconsciente é o que não aconteceu e o bebê é um não acontecido, o que existe é uma fusão do bebê-mãe.

O bebê necessita da mãe para sobreviver nas questões biológicas e nas necessidades primárias. Não existe uma diferenciação do eu e do não-eu.

A dependência, no entanto, é desconhecida pelo lactante, assim como o meio. Ele não tem controle do meio e nem se sente responsável pelo que ocorre, apenas se beneficia dos cuidados a ele dispensados. Desenvolve-se segundo os componentes

herdados e vai sofrer as perturbações pela falta daquilo que sua mãe deixar de corresponder.

Os fatos que o bebê viver neste período serão considerados como experiências. As possíveis distorções que ocorrerão na fase pré-verbal não serão acessíveis às interpretações analíticas. Segundo Winnicott, o ambiente perfeito no início da vida, será fundamental para o desenvolvimento do bebê, tanto emocional como mentalmente, e também será responsável pela saúde mental, no decorrer da vida (Winnicott, 1982:207).

Na dependência absoluta, o ego passa por diferentes estágios interdependentes ou sobrepostos: Integração, Personalização e Início das relações objetais.

A integração, apesar de não existir tensão natural, poderá ocorrer se houver falhas ou invasão ambiental. Essa integração faz parte do potencial herdado, que se manifesta de acordo com as condições de ambiente (*holding*). Por vezes, o bebê sente que ele é a mesma pessoa que chora ou se manifesta; outras vezes, a mãe faz parte de seu *self*. Noutras, ainda, há uma relação de ego entre o bebê e a sua mãe, o que favorece a sua identificação. Há uma alternância nesse sentimento de existir. As falhas neste período levam a situações de extrema ansiedade, quase que intolerável, por falta da segurança que é produzida no bebê. Tais falhas levam à desintegração que, na verdade, é um estado de defesa contra esta ansiedade. Para Winnicott, esses fatos se encontram na onipotência do lactante e, por ser seu próprio produto, poderão ser analisáveis enquanto que as ansiedades inimagináveis não o são. O ambiente ainda pode provocar reações traumáticas seguidas de ansiedades catastróficas muito primitivas, descritas como *falling in peaces* (caindo em pedaços). (Winnicott, 1997:205).

A personalização para ele é a forma como se refere ao processo de localização da psique residindo no soma, e descreve a trama psicossomática. Segundo ele, ocorre precocemente, por volta de um ano, quando o bebê começa a viver seu corpo. Este processo constrói-se paralelamente à integração do *self*, quando começam a aparecer os períodos de integração do ego. A base para esse “residir” é a vinculação de uma experiência motora, sensorial e funcional com o estado de ser uma pessoa. O bebê teria, então, através da superfície da pele, um dentro e um fora e um esquema corporal, assumindo assim o *self* e o não-*self*. Caso não ocorra tal localização do *self* neste período o bebê é levado à despersonalização.

No início das relações objetais, o papel da mãe é de primordial importância, pois é ela que permite ao filho acreditar em sua onipotência e o leva a crer que é ele que constrói o mundo. Através de gestos espontâneos, o bebê vai descobrir o mundo, tendo a ilusão de que ele está criando e controlando esse mundo. A mãe, através do *holding* físico e psicológico o ajuda a alimentar tal ilusão. Assim, o ego fraco do bebê consegue se fortalecer com o suporte dado pela mãe e se inicia o *self*. A amamentação é o início desta relação, através do cheiro, do gosto, da visão. O bebê vai enriquecendo sua experiência e acredita que o seio não é apenas seu como também está sob seu controle mágico. Esse objeto vai ser criado repetidamente, como objeto bom. Dependendo de sua necessidade e de sua capacidade de amar, o fenômeno subjetivo (o seio da mãe) é assim desenvolvido. Essa adaptação gradativa vai torná-lo apto a avaliar e tolerar os fracassos da mãe. Tolerará mais as suas frustrações futuras e se beneficiará dessas vivências. Para Winnicott, o bebê tem como lidar com esses fracassos maternos por meio:

- da experiência repetida onde há um limite temporal para a frustração;
- do estar constantemente em um processo crescente;
- do início da atividade mental;
- das satisfações auto-eróticas;
- da integração de passado, presente e futuro.

Ao final da fase de fusão como objeto surge o objeto transicional. Para Winnicott, existem três áreas que correspondem à realidade psíquica: a pessoal, a compartilhada, e a que é preenchida pela criatividade.

Na criatividade, são usados os produtos de imaginação do bebê, o brincar e a capacidade de usar símbolos. A soma dessas experiências vividas, para ele, não se relacionam com as tendências herdadas. As experiências do ego seriam as responsáveis pelo sentimento de confiança que daria origem às criatividades.

### **1.3. Dependência Relativa**

Nessa fase, o bebê percebe as falhas maternas. Através do arco reflexo, começa a ter uma compreensão intelectual, que o faz experienciar tal atitude. Ele percebe seu estado de dependência, e começa a dar sinais do quanto necessita de atenção. Percebe a mãe como separada dele com suas próprias experiências. Começa a perceber que

algumas situações ocorrem fora de seu controle onipotente. A capacidade do lactante de compreender situações complexas vai depender do estágio das tendências à integração. Nesse estágio há uma identificação do “Eu” que armazena as experiências e o “Não-Eu” aquilo que acontece fora de seu corpo. Essa identificação é feita através do limite de seu corpo, que é a sua pele.

#### **1.4. Rumo à Independência**

O lactante já consegue viver sem os cuidados maternos. Quando a mãe está ausente, por conta da introjeção dos detalhes dos cuidados recebidos, das recordações e das projeções de suas necessidades, ele consegue se sentir bem. A sua independência vai se tornando tanto física quanto emocional. Winnicott afirma que a independência nunca será absoluta, uma vez que o indivíduo precisará sempre se relacionar com o ambiente. Acontece uma identificação com a sociedade, e os fenômenos sociais, externos, tornam sua vida pessoal satisfatória. Essa fase acontece da pré-escola à puberdade, mas é importante lembrar que o indivíduo continua crescendo sempre.

#### **1.5 Self Verdadeiro e Falso Self**

Esse fenômeno acontece no período de lactação, no momento em que a mãe fornece ao bebê o *holding* físico e psicológico e o alimenta na onipotência. O bebê possui ainda um ego frágil, que se fortalece pela complementação da experiência da onipotência dada pela mãe. Uma vez que esse ego frágil seja fortalecido pela complementação da experiência de onipotência dada pela mãe, inicia-se o verdadeiro *self*, que se instala junto à mais primitiva organização mental. O papel materno nesse período terá de cuidar para que, ao responder ao gesto espontâneo do bebê, essas experiências não colidam com a onipotência dele ainda presente. Caso isso ocorra, o gesto espontâneo será substituído pela submissão.

Gradualmente, o bebê deixa a sua onipotência e começa então a se projetar em todo estímulo presente no ambiente. O processo de simbolização inicia-se quando o bebê acredita na realidade externa e faz o reconhecimento do elemento ilusório. A formação de símbolos para Winnicott acontece entre o objeto externo e o bebê, como uma união do bebê ao objeto, que pode ser através de uma atividade ou uma sensação.

No momento de satisfazer o gesto espontâneo, a mãe pode substituir o gesto espontâneo do bebê pela atitude dela, isto o levará à submissão, dando origem ao Falso *Self*. Nesse caso a identificação, a imitação e a introjeção poderão dar uma aparência real, mas a criatividade e a espontaneidade deixarão de acontecer. Segundo Winnicott poderá haver um *splitting* tão severo que o falso *self* virá como defesa do núcleo verdadeiro e o verdadeiro ficará escondido. Outro tipo de organização do falso *self* é encontrado em indivíduos potencialmente intelectuais, quando a mente abriga o falso *Self*, o que leva a uma dissociação entre a atividade intelectual e a existência psicossomática existência de estar dentro do corpo.

O falso *Self*, colocado num grau mais próximo à normalidade, seria observado quando o indivíduo se mostra, mas sem se expor. Para Winnicott, o objetivo da doença psicossomática seria uma forma de atrair a psique soma. Então, o trabalho profissional seria, na verdade, uma maneira de neutralizar a sedução que a mente exerce sobre a psique.

### III PSICOSSOMÁTICA E DOENÇAS AUTO-IMUNES

Para Chiozza (1998:180), o Id, em psicanálise, é o conjunto herdado como um Eu inconscientemente primitivo, filogenético, herdado do ponto de vista físico, e constituído pelo DNA. *A realidade física e a instância psíquica são manifestações, na consciência, de um mesmo fenômeno – nesse caso, o herdado – que em si mesmo não é somático nem psíquico.* Nesse estudo, Chiozza (1998:181), usa a genética para afirmar a “mestiçagem”, a forma como se refere à definição da carga genética ou, segundo ele, a aceitação da mesclagem (mesclagem dos componentes do antígeno de leucócitos humanos, HLA, dos pais). Para ele, a escolha genética trata de uma questão inconsciente. Define-se o DNA através de uma escolha entre os HLA dos pais. Num segundo momento, depois dessa escolha, terá que aceitar a condição dessa identidade alternante: por vezes, mais elementos do pai do que da mãe, ou vice-versa. Tal identidade, que define o indivíduo, seria então, sua zona de conflito inconsciente, o conflito da escolha da carga genética realizada pelo próprio indivíduo, que desencadearia as doenças auto-imunes.

Em síntese Chiozza (1998:182), afirma que,

*[...] a impossibilidade de tolerar a consciência de uma incompatibilidade de estilos, na convivência com um objeto que não pode abandonar – que se confunde, no inconsciente, com uma parte de si mesmo – conduz a reativação regressiva, de uma intolerância à mestiçagem que constitui, como plano de clivagem normal, um ponto de fixação auto-imune.*

*A reativação regressiva da intolerância primária conduz a um estranhamento de algo familiar, configurando o ataque auto-imune como uma forma de “melancolia” inconsciente que se produz em lugar do que poderia ter sido uma “alegria paranóide”.*

*A descarga correspondendo ao “ataque” auto-imune é, portanto, a deformação patossomática da chave de inervação de um afeto que, se tivesse sido descarregado como tal, teria correspondido ao sentimento consciente de que um contato, ou conveniência é tão intolerável como inevitável.*

Salk (apud Mello Filho, 1992:125) descreve o paralelismo entre as células do sistema nervoso e do sistema imune. Afirma que esses sistemas são dotados de memória e tem função defensiva. Contribuem para a homeostase e o auto-reconhecimento. Quando funcionam mal, costumam provocar doença.

A monografia de Amkkaaraut e Solomon (apud Mello Filho, 1992:140), estuda as três fases da resposta imune (alça aferente, central e eferente). Relaciona as doenças bacterianas, o câncer, as doenças alérgicas e auto-imunes e disfunções do sistema imune induzidas pelo estresse e mediada pelo sistema endócrino. Segundo Mello Filho (1992:144), foi a revisão desse assunto que iniciou o uso das expressões *Psicoimunologia* ou *Psiconeuroimunologia* para designar um novo campo de conhecimento. Segundo eles, existe uma atividade constante do sistema imune, que é independente de estímulo antigênico externo. Essa leitura contradiz a clássica visão de considerá-los apenas como voltados para a eliminação de vírus e bactérias. Ainda segundo Solomon (apud Ramos, 1994:71) *O luto de um ente querido, como também uma separação amorosa, tem sido associados com frequência ao surgimento de tumores malignos. Doenças auto-imunes usualmente tornam-se aparentes depois que uma pessoa sofreu forte estresse psicológico que mudou totalmente seu estilo de vida.*

Para Mello Filho (1992:144), o sistema imune pode agir como um mediador nas relações do indivíduo consigo e com o meio externo. Essas percepções ocorreriam por meio de estímulos não-cognitivos, como bactéria, vírus e outras alterações do meio interno. Portanto, age na manutenção da integridade corporal, como um sistema auto-regulável, adaptativo e da vida de relação. Segundo Mello Filho, opera em estreita associação com o sistema nervoso e com o sistema endócrino. As organizações anatômicas e funcionais do sistema imune podem ser conhecidas a partir do estudo de seus órgãos e células e são classificados em centrais e periféricos. Os órgãos centrais, assim chamados por serem centros de diferenciação funcional dos linfócitos, são as células mais importantes do sistema imune. Os órgãos linfóides periféricos são agrupados por elementos celulares, e reagem com o antígeno, quando fixo em tecidos ou no interior de células. São esses elementos que configuram o braço celular da resposta imune.

Com relação ao estresse (físico, social ou psicológico) e o sistema imune, de qualquer tipo, há um conjunto de reações e estímulos que causam distúrbios no equilíbrio do organismo, cujos efeitos podem ser danosos. O estresse foi conceituado

por Selye (1965) a partir de experimentos, submetendo animais a situações agressivas diversas, como dor, frio e fome e observou que sempre respondiam de forma regular e específica anátomo-funcionalmente. Ele descreveu o que chamou de síndrome geral de adaptação, com três fases sucessivas (alarme, resistência e esgotamento). Após a fase do esgotamento, surgem as doenças, que são chamadas de doenças de adaptação, como a úlcera péptica, a hipertensão arterial, artrites e lesões miocárdicas. Selye estudou o estresse físico, e outros componentes de sua equipe fizeram observações sobre o estresse psicológico e perceberam alterações hormonais em equipes náuticas de competição antes das provas.

Rodrigues e França Limongi (1996:29) referindo-se à doença resultante do stress afirmam [...] *se a reação ao estímulo agressor for muito intensa ou se o agente do stress for muito potente e/ ou prolongado, poderá haver, como consequência, doença ou uma maior predisposição ao desenvolvimento da doença, visto que a Síndrome provoca uma série de reações no organismo e essas situações podem debilitá-lo e deixá-lo suscetível a várias doenças.* Lenart-Levy (apud Mello Filho, 1992:129), descreveram em seus trabalhos situações como exposição a ruídos, aglomeração urbana, isolamento, trabalho monótono e repetitivo como poderosos fatores de doença, principalmente as vasculares. Lazarus, destacado por Mello Filho (1992:125), denomina *coping* o conjunto de mecanismos de que o organismo lança mão em reação aos agentes do estresse. O *coping* representa a forma como cada pessoa avalia e lida com essas agressões. Esses mecanismos explicam por que avaliamos, dessa ou daquela forma a situação desafiadora, se o enfrentamos e qual a repercussão sobre nosso organismo. A resposta ao estresse se dá através da ação integrada dos sistemas nervoso, endócrino e imune, num processo de alteração e recuperação da homeostasia. Quando a reação de adaptação ao estresse não é adequada, surge a doença, mediada por alterações no funcionamento daqueles sistemas.

Mello Filho (1992:129) afirma que as diversas interações entre os sistemas nervoso, endócrino e imune provavelmente acontecem a partir do sistema límbico, que faz interagir as percepções córtico-cerebrais com o hipotálamo. Foi a partir dos estudos sobre neurotransmissores que se atribuiu papel cada vez mais relevante aos neuropeptídeos na regulação, transmissão e execução das ações do sistema nervoso. Podemos perceber a importância do sistema nervoso autônomo (simpático e parassimpático) e sua influência sobre o sistema imunológico na resposta ao estresse

pela contração da cápsula esplênica do baço. Mello Filho (1992:140) relata ter sido observada uma alteração precoce durante o estresse, que é o aumento nos níveis circulantes dos hormônios corticoesteróides. Parece que esses níveis acham-se em proporção inversa à eficácia dos mecanismos de *coping* nos quais não são muito elevados.

Rimon (apud Mello Filho (1992:142), o LES é uma enfermidade de mulheres, predominantemente no período fértil. *Hoje já se sabe que esse fato está ligado à presença de estrogênio.* É uma doença com características próprias em sua localização geográfica e é mais freqüente no Extremo Oriente (China, Singapura). Também se sabe que, enquanto o LES, na África, é raro, sua incidência entre negros americanos é muito alta. Tudo isto mostra que há nítidas influências culturais na incidência e evolução da doença. Existem dois grandes riscos de iatrogenia no acompanhamento desses pacientes: um enfoque excessivamente dermatológico, que esqueça os aspectos sistêmicos da enfermidade; um enfoque eminentemente orgânico, que desconheça os aspectos psicológicos tão prevalentes nessa doença.

Segundo a citação das pesquisas de Rimon, o autor se refere ao estresse social como uma incapacidade de adaptação à nova cultura ou a uma reação a situações de preconceitos étnicos.

Parece ser correto dizer que a emoção tem uma ação direta sobre o sistema auto-imune. O sistema nervoso simpático e para-simpático influenciam o sistema imunológico, cuja ação é mediada pelo sistema endócrino. Todos esses sistemas estariam inseridos em um ambiente que oferece a cada momento novos estímulos ao indivíduo. O que me sugere tal estudo é que a ação inconsciente do indivíduo pode, sob uma forma de não identificação do seu *self*, atacar o seu próprio organismo na tentativa de restabelecer a homeostase. No entanto, se existe a possibilidade das células do sistema imunológico serem dotadas de uma memória para a função defensiva, elas poderiam se defender do estado de dependência psicológica, uma vez que o desenvolvimento do indivíduo tem por objetivo a independência, como encontramos na teoria de desenvolvimento de Winnicott.

Essa posição de dependência poderia provocar um não reconhecimento das células de defesa imunológica, devido a uma fixação no desenvolvimento do indivíduo. Assim, as suas necessidades básicas seriam defendidas permanentemente através da não

correspondência cronológica própria do desenvolvimento orgânico. Dessa forma, não conseguiria mais definir aquilo que deveria ser seu objetivo de ataque ou de defesa.

Assim, aquilo que é protegido pelo componente psicológico, no caso, a permanência do estado de dependência, seria irreconhecível ao sistema imune. Atuaria, no entanto, para conservar o indivíduo na fixação estabelecida na fase de dependência primária descrita por Winnicott em célula não íntegra, atingindo seu núcleo de uma maneira mais ou menos simples, como descrevem o sistema imunológico até essa data.

Considerando a teoria do inconsciente nas doenças auto-imunes de Chiozza, acredito que: o fato de se optar por uma carga genética dos pais seria um momento inicial de nossa concepção. Assim, teríamos de considerar se aceitamos a teoria de que na fase embrionária existe uma condição de escolha. Dessa forma, estaríamos colocando a situação de sermos meras escolhas de nós mesmos. Podemos também considerar essa composição como organização da nossa condição orgânica.

As questões específicas relacionadas ao LES nessas leituras são pouco discutidas e pouco conhecidas e as pesquisas de suas manifestações imunológicas são sempre estudadas em outros quadros clínicos como na artrite reumatóide. A diferença fundamental, no entanto, me parece ser que a artrite, quando se manifesta em uma parte do corpo, deixa seqüelas e no LES a manifestação da artrite não deixa seqüelas após o tratamento. Seria importante verificar, através de métodos mais específicos, o estado de desenvolvimento emocional dos pacientes com artrite reumatóide e os portadores de LES.

#### IV ESTUDOS NA NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA DO LES

Para Lichtenstein (1989), as anormalidades do sistema nervoso podem ser chamadas de anormalidades neuropsiquiátricas e ocorrem em um terço dos pacientes com LES. Dentre as manifestações psiquiátricas, encontra-se a depressão e a psicose. Segundo o autor, as psicoses são chamadas de orgânicas quando há algum dano cerebral e pode ser identificada e caracterizada por distúrbios de orientação, percepção e nas funções mnêmicas, intelectuais e de julgamentos. Para ele, tais psicoses estão geralmente associadas a outros problemas neurológicos e é a anormalidade mais grave do sistema nervoso. A psicose não-orgânica, no entanto, caracteriza-se por alterações nas relações de afetividade, como uma profunda depressão e ansiedade. Lichtenstein (1989), cita alguns que autores descrevem o corticosteróide como causador de psicose, mas isto, na sua opinião, é muito raro. A depressão nos pacientes com LES é freqüente e pode ocorrer em graus variados. Tais pacientes podem apresentar o mesmo quadro não relacionado ao LES. O diagnóstico diferencial desse sintoma é muito difícil, pois a cefaléia é relativamente freqüente na população geral, e só deverá ser considerada como atividade do LES quando se tornar mais constante e não responder à terapêutica com analgésicos. Outra manifestação neurológica que pode ocorrer é a convulsão. Ainda se relata a presença de neuropatias (lesões de nervos) afetando nervos periféricos ou nervos cranianos. No caso da neuropatia periférica, geralmente encontramos como sintomas a parestesia (dormência ou “choquinhos”) na região do nervo afetado e, mais raramente, a perda da força muscular. Pode ainda ocorrer o acidente vascular cerebral que pode ser isquêmico (por falta de sangue) ou hemorrágico (por sangramento), mas são raras.

Segundo Silber (1984), existem três grupos principais de sintomas psiquiátricos com etiologias e implicações diferentes para tratamento. Podem ser identificados como três tipos de desordem psiquiátrica orgânica: a secundária, do sistema nervoso central, provocada pelo Lúpus, a tóxica secundária ao tratamento com corticosteróide, a funcional em reação à doença.

Silber (1984), considerou pacientes desses três grupos e afirma não haver um padrão de comportamento típico. Notou que, entre os adolescentes, a negação e a rejeição da doença são comuns. O medo da rejeição conduz o paciente, segundo o autor, ao isolamento e à depressão à medida que a doença transcorre. O tratamento pela terapia

de esteróides cria por sua vez muita ansiedade para o adolescente, por causar deformações cutâneas, perda de cabelos, lesões nas unhas. Nota-se ainda que deveriam ser realizados testes de estados mentais para verificar o “estado mental regular” do paciente antes de aumentar a dosagem de esteróides. Acrescenta que a confiança entre o paciente e seu médico é de extrema importância, para o paciente poder relatar sem medo de estar “louco” quando tiver de revelar suas experiências sensoriais incomuns. Ressalta que é de fundamental importância organizações ou fundações onde as famílias poderão ser orientadas quanto à doença. Desordens psiquiátricas sem envolvimento neurológico demonstrável ou ataques epiléticos tem boa prognose, e tendem a ser eventos isolados. O paciente pode responder bem ao tratamento, sem deixar seqüelas na maioria dos casos. Acredita que com um apoio emocional, podem fazer ajustes psicológicos prósperos a seu estado físico.

Miguel Filho (1992:2), analisa as alterações cognitivas leves no lúpus eritematoso disseminado, por meio de uma equipe multidisciplinar. Descreve quadros psiquiátricos como depressão, distúrbios de ansiedade que apresentam prejuízos cognitivos no exame neuropsicológico. Assemelham-se às síndromes cerebrais orgânicas, mas nesse caso são transitórias. Compara os pacientes com artrite reumatóide e os pacientes com LES. Nesta pesquisa, submeteu-os a sofrimentos psicossociais semelhantes e observou que o déficit cognitivo era 4 vezes maior em pacientes com LES do que no outro grupo de controle e no grupo de artrite reumatóide. O estudo de Charlotte relatado por Miguel Filho (1992:2) descreve o quadro cognitivo mais relacionado com LES do que com fatores estressantes e as alterações cognitivas podem ser as manifestações predominantes de um episódio da doença lúpica no SNC. Acrescenta a urgência de uma criação de critérios diagnósticos mais fidedignos das atividades lúpicas no sistema nervoso central.

Para Liechtenstein (1989), existem casos de pacientes que desenvolveram alterações patológicas relacionadas às doenças auto-imunes e esses sintomas regrediram espontaneamente, sem o uso de drogas imunossupressoras, pois os casos de doenças auto-imunes com formas clínicas bem definidas são muito pequenos.

Valladolid (1994) estuda as manifestações psiquiátricas em pacientes do LES e relaciona tais manifestações em ordem decrescente. A primeira delas foi o transtorno adaptativo seguido de ânimo deprimido, ânimo ansioso, retraimento da conduta social, além do aparecimento de sintomas mistos (ansioso e depressivo). O segundo colocado

em frequência foram os transtornos psiquiátricos orgânicos: delírios e síndromes cerebrais. Os sintomas psicopatológicos apareceram com os sintomas físicos na enfermidade lúpica. Por último, relata o caso de uma única paciente que teve diminuição do desejo sexual como primeiro sintoma psicopatológico, mas a doença surgira em seu primeiro parto. Apareceram ainda, por ordem quantitativa decrescente, traços de personalidade insegura, mães extremamente ansiosas, mãe com problema alcoólico, avô com problemas psiquiátricos, mãe em estado de tratamento de depressão profunda, avô materno com uma história de tentativa de suicídio, porém esses fatores não eram comuns nas histórias de todos os pacientes. Assim, manifestações psicopatológicas pelas evidências não estavam determinadas pelas alterações do SNC. Cita alguns autores que consideram as alterações psicopatológicas uma consequência do estresse emocional que desencadeia a doença, enquanto outros estudiosos dão mais importância ao déficit cognitivo, muitas vezes de maneira sutil. Acredita que histórias de quadros psiquiátricos na família podem facilitar o surgimento dessas manifestações semelhantes em pacientes com LES em plena atividade, e também que a cronicidade é influenciada por características de personalidade, agravada por desajuste social e alterações cognitivas.

Konttinen (1991) relatam que a sociedade Finlandesa de LES elaborou uma cartilha de informações sobre o LES. Foi notado que os pacientes melhoraram seu nível de compreensão da doença, principalmente entre os mais instruídos. A alteração nas atividades lúpicas, através dessa instrução não foi observada. Essa tentativa de instruí-los sobre a doença apenas os motivou procurarem mais informações em meios de comunicação como a Internet.

Os estudos relacionados à iatrogenia, causada pelos medicamentos administrados aos pacientes com LES, são contraditórios confirmando a presença de sintomas somáticos sem serem comprovados em exames laboratoriais. A relação interpessoal é sugerida como desencadeante da manifestação lúpica.

Em 1968-1979-1986-1988 tais estudos concentram-se para localizar algum tipo de lesão no cérebro que pudesse ser característico do LES. Nenhuma evidência cerebral orgânica característica do LES foi encontrada. Na década de 80 notou-se uma intensificação dos estudos sobre LES nas áreas de neurologia e psiquiatria. A psiquiatria tenta definir o LES como uma desordem psiquiátrica secundária orgânica e como uma desordem tóxica e/ou funcional. O padrão de comportamento típico de LES não foi

encontrado. Valorizaram nessa década as questões emocionais sugerindo apoio aos pacientes com a psicoterapia. Consideraram ainda que os ajustes psicológicos eram uma grande contribuição ao estado físico. Apareceram novamente dúvidas quanto o uso de corticosteróide como possível gerador de desordem tóxica. Relataram a presença de psicoses não orgânicas e descreveram as dificuldades para diagnósticos diferenciais quanto à depressão e cefaléia. Nessa década uma equipe de reumatologistas, revisaram, os critérios de classificação do LES feita pelo ARA, American Rheumatism Association que é usada até hoje.

Na década de 90, a psiquiatria tentou rever as questões psicopatológicas e relatou que o LES não estava determinado pelo sistema nervoso central e alertou para a questão das manifestações adaptativas dos sintomas ansiosos/deprimidos. Observou os sintomas físicos do LES associados a manifestações psicopatológicas e notou as influências do estresse provocado pelo diagnóstico e adaptação durante as crises devido aos limites impostos pela dor, depressão e cansaço, e alterações físicas da pele. Sugeriu o aparecimento do LES após um forte estresse e observou influências de ambiente, como história familiar e alterações de convívio, que também notaram a característica de personalidade como sendo um dos possíveis agravantes da doença.

O que se pode deduzir com esses estudos é a multivariabilidade de desencadeantes do LES. Deve-se observar com cuidado as reações decorrentes da administração do medicamento, devido a complexidade do LES e das múltiplas manifestações emocionais que o acompanham, o que dificulta o trabalho terapêutico em grupo.

## V ESTUDOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE COM LES

Iverson & Anderson (1994) observam, em pesquisa, evidências de problemas emocionais nas pessoas portadoras de LES. Relacionam esse fator ao estresse por adaptações em suas vidas, principalmente quando se sentem ou se tornam inaptas no período de atividade da doença. Nas situações de crise, segundo os autores, são necessárias restrições no estilo de vida por uma série de sintomas que agem como estressores diários: cansaço, perturbações da imagem do corpo, alterações da atividade sexual. Outro fator estressante para os autores é a dor experimentada por essas pessoas. . Relatam os autores que a ocorrência de dor crônica é imprevisível e tem um impacto negativo no funcionamento do comportamento psicológico e emocional. Essa situação bastante aversiva quanto à imprevisibilidade nas experiências sensoriais contribui provavelmente para um sentimento de tristeza, desânimo, negativismo e desespero. O medo e a negação são freqüentemente notados como mecanismos para conter ou para tentar manter algum controle no começo da dor. Contudo, isto é uma contribuição para o agravamento desse sintoma e para restrição da atividade física além de diminuir os sentimentos ego-eficácia do indivíduo, que com o passar do tempo, tal sensibilidade se tornará intolerável. Esses autores descrevem ainda que, enquanto a psiquiatria estuda os pacientes de LES com sintomas psiquiátricos, focaliza a causa desses sintomas como somáticos, e a doença então é tratada como estritamente fisiológica; as intervenções de tratamento dessa forma focalizam as habilidades para treinar a contenção da dor e/ou dar suporte social. Para eles, há necessidade de que novas pesquisas aconteçam, buscando outras condições ou outros fatores para aumentar a contribuição ao estudo do LES, porque talvez os fatores psicológicos possam exacerbar a condição fisiológica nos estudos do LES. Seguem dizendo que as pesquisas dos aspectos fisiológicos deveriam ser melhor delimitadas. Açam necessário incluir estudos genéticos, estudos de deficiência dos sistemas orgânicos, deficiência orgânica adquirida do cérebro, tratamento de corticosteróide, história do paciente, estressores psicossociais, além de verificar quais segmentos contêm esses fatores. As variáveis são múltiplas diretamente ou indiretamente afetam a sintomatologia psiquiátrica. Iverson & Anderson (1994) classificam como ideal uma pesquisa que levasse em consideração uma ampla visão que abrangesse aspectos fisiológicos aos aspectos psicológicos do paciente com LES. Sugerem o modelo dos estudos das doenças coronarianas, com várias pesquisas

realizadas em diversas áreas da ordem do biopsicossocial. Afirmam que, quaisquer discussões dos sintomas psiquiátricos não psicóticos, teriam de considerar a sua natureza complexa e as inúmeras variáveis que interagem. Consideram simplistas até agora as formas como se relacionam as anomalias psicopatológicas e as fisiológicas.

No Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC SP, a idéia divulgada e defendida é que nenhuma pesquisa nesse campo poderá ser trabalhada em uma única área de estudo. Há necessidade das considerações psicológicas, fisiológicas e ambientais para que se possa avaliar e analisar o processo do indivíduo sem partir para um estudo reducionista. Tal pensamento é partilhado por vários estudiosos internacionais, como pude observar até agora. No referido Núcleo de Psicossomática os estudos sobre comorbidade foram enfatizados como reflexão sobre as pesquisas das doenças. Através desse estudo, foram apontadas as necessidades mais abrangentes das pesquisas atuais e evidenciado o respeito à particularidade de cada caso, mesmo desconhecendo algumas etiologias.

Winnicott (1999:5), ao se referir ao ambiente, inclui a figura do pai e da família no desenvolvimento do indivíduo, mostrando a importância neste processo também na fase adulta. Para ele ajustes adaptativos individuais são necessários, neste caso o ambiente, poderia ser isolado para o estudo da saúde.

Schubert (1999) pesquisam as questões psicossociais e suas relações com o estresse que poderia desencadear a atividade do LES. Controlaram no dia a dia a situação de estresse e o aumento de neopterin em uma paciente. Relataram que o foco especial de atenção estava nas relações interpessoais, no caso da paciente, único caso, segundo os autores *porque tais processos são únicos*. Observaram também que as situações de conflito de conteúdos menos significantes em nada alteraram os exames. A alteração de neopterin, mesmo que estivesse registrada nos exames laboratoriais, não correspondia à alteração na atividade lúpica da referida paciente; as tensões provocadas pelas interações entre as pessoas alteravam consideravelmente o estado da atividade lúpica dessa mulher. Sugerem os autores que no caso dessa paciente seria recomendado além de medicamentos, intervenção de psicoterapia o mais cedo possível para prevenir exacerbações severas do LES havendo assim, uma diminuição de risco de complicações sérias.

Denburg (1997) pesquisa a deficiência orgânica cognitiva, um problema comum em LES. Segundo suas pesquisas, tal deficiência pode acontecer até mesmo na ausência

de doença sistêmica ativa, seja de ordem neurológica ou de ordem psiquiátrica. Essa manifestação de qualidade e severidade variável pode persistir, deteriorar, flutuar ou melhorar com o passar do tempo. Pode ser notada tanto na presença ou na ausência de angústia emocional e nas reclamações subjetivas. Isto pode, segundo os autores, ser um marcador de comprometimento do sistema nervoso central, e desempenhar um papel distinto em LES, como a depressão reativa. No entanto, a angústia por ora manifestada poderá confundir muitas interpretações pelos problemas cognitivos e pelo aparecimento de dor e fadiga.

Waterloo (1998) estuda as anormalidades de pele freqüentes em LES, e constata que a grande maioria é afetada pela erupção cutânea múltipla ou outras manifestações. É conhecido o fato dos problemas de pele influenciarem no estado emocional e no amor próprio, e se essas erupções cutâneas faciais poderiam ser responsáveis pela desordem de ansiedade, fobia social e isolamento. Ele considerou o fato de a maioria dos pacientes serem do sexo feminino e que a alopecia, e a fotossensibilidade e todas as outras manifestações que desfiguram o indivíduo provocariam um impacto sobre o social e o psicológico desses pacientes. Porém, essa hipótese não foi confirmada, segundo essa pesquisa, quando esses aspectos foram tratados como único parâmetro, mas quando esses pacientes com problemas de pele foram colocados em grupos, apresentaram problemas significativos para uma reunião social. Foram notados, desconfortos pessoais e humores deprimentes. Porém, os pacientes com artrite também apresentaram dificuldades para esse tipo de grupo. Foram caracterizados, nos pacientes com LES, mais significativamente do que nos pacientes com artrite, sintomas como a ansiedade, a preocupação, a deficiência orgânica e a participação social.

Em Melbourne, Austrália, foram investigadas pacientes com LES com manifestações de crises hemorrágicas durante a gravidez. Todas as pacientes informaram que o início da doença foi precedido de tensões particularmente relativas ao matrimônio ou alguma outra relação interpessoal. Embora não percebidas como estressantes tais situações estavam associados à exacerbação do LES no parto e na gravidez. Os fatores psicológicos encontrados como perturbação emocional foram tensão e desordem de personalidade, que se consideraram como fatores da gênese de LES.

Otto (1967) verificou a questão ambiental e seus impactos em LES. Observou que a privação emocional na infância desses pacientes era registrada em número maior

do que no grupo de controle. Foi verificado que pais e mães dessas pacientes eram percebidos como insatisfatórios na relação familiar em seus respectivos papéis. Relatavam que vieram de lares chamados irrompíveis em que a relação familiar apesar de ruim, os pais não se separavam. Quanto à figura do pai, ela provocava ansiedade e era indevidamente rígida, intimidava as pacientes quando crianças, e alguns eram influenciados pelo álcool; suas mães não se privavam e não terminavam os casamentos e permaneciam satisfazendo a relação com esse pai. Afirma ainda que a frequência de LES em Nova Iorque é mais alta em negros que em brancos o que, segundo o autor, pode ser explicado de causas ambientais decorrentes das tensões associadas aos problemas de relações inter-raciais. Para Otto, as privações, tanto sociais como emocionais, na história da infância dessas pessoas com LES, e as situações de perdas amorosas ou medo dessas perdas, como situações de estresse, com frequência antecedem o início da doença.

Winnicott (1999:16), examinando os colapsos das defesas comuns e da organização da doença como um modo de continuar vivendo, afirma que:

*Os instintos subjazem às defesas, e são funções corporais que operam orgiasticamente. É claro que parte da defesa que o indivíduo utiliza contra a ansiedade intolerável é sempre fornecida pelo ambiente. Em condições normais, o contexto para a vida evolui junto com o indivíduo, de tal modo que a dependência da criança evolui para a independência das crianças mais velhas, e finalmente para a autonomia do adulto[. . .] e [. . .] é possível classificar as doenças em termos de colapso ambiental.*

A psicóloga M. Nascimento (apud Mello Filho, 2000:325), realiza um trabalho em grupo com pacientes de LES. Relata as implicações da doença na vida do paciente e afirma que todo sintoma é uma forma não verbal de comunicação de alarme ou de pedido de ajuda. Ressalta a importância da psicoterapia aos sintomas somáticos para evitar o desenvolvimento de doenças psicológicas mais graves. Desde 1994, no Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro, grupos de pacientes com LES, são atendidos por uma equipe multidisciplinar. Inicialmente só freqüentavam mulheres, hoje já existem homens que participam desses encontros. Relata que

*[...] à medida que houve constância nos encontros, as queixas clínicas iam cedendo lugar ao aprofundamento de questões emocionais de cada*

*um. Logo as queixas da doença davam lugar as pessoas e as suas vidas, não como forma de fuga mas, porque os pacientes voltavam seus interesses a outros aspectos da vida que foram esquecidos devido a priorização absoluta da doença.*

Mello Filho (2000:328) salienta ainda:

*[...] que o paciente com LES tem uma dependência quase total e uma idealização do terapeuta. Se isto por um lado favorece a reconstrução do self (exercer a sombra de uma super mãe) por outro, o paciente pode sentir muito pequeno diante da figura idealizada. O ideal segundo ele seria a presença de um co-terapeuta, para representar o mau, o falho, o outro.*

Dada a complexidade do LES, vimos nos estudos dessas duas últimas décadas pesquisadas que a psiquiatria e a neurologia tem estudado as questões dos sintomas decorrentes da manifestação da doença buscando uma tipologia. Nenhum desses campos, neurologia ou psiquiatria – pôde encontrar um fator determinante. Estudos dos fatores biopsicossociais devem ter uma consideração maior nas pesquisas quando se trata de pacientes com LES. Na minha observação de tais estudos, existe uma confirmação na questão da infância desses portadores com privação tanto social como afetiva; os sintomas dessa doença poderão provocar desajuste emocional. Outro fator bastante relevante e encontrado nesses estudos é a perda de uma relação amorosa, e as dificuldades interpessoais que parecem, segundo Otto na maioria dos casos de LES. A psicoterapia é também colocada na maior parte dos estudos como um grande auxílio aos pacientes com LES, principalmente para evitar exacerbações da doença. Se, de alguma forma, não existe uma situação conclusiva da gênese dessa doença, é claramente possível que a psicologia possa estudar alguns mecanismos de enfrentamento desses estresses e propor um trabalho específico para os pacientes. As questões ambientais são valorizadas em tais estudos. A presença de fatores emocionais em LES sempre vai ser confirmada, como resultado da convivência com a dor e com as alterações cognitivas durante as crises da doença. Faltam estudos que relacionem LES à Psicologia e à imunidade. Os estudos quanto às manifestações emocionais encontradas e destacadas, como o negativismo, o medo, a angústia, a desordem de ansiedade e a fobia social e o isolamento, não foram suficientes para esclarecer se tais manifestações emocionais seriam decorrentes das reações somáticas ou se elas existiam antes da manifestação do

LES. Quanto às situações estressantes de perda ou medo da perda de uma relação amorosa descrita no trabalho de Otto, aparece com frequência em outros casos. Temos evidências no trabalho realizado por M. Nascimento que, à medida que se trabalha o emocional dos pacientes com LES, as queixas com relação à doença tendem a diminuir. A questão da dependência nesses pacientes, no entanto, só é mencionada com relação ao terapeuta. O que observo é se existe alguma evidência da relação interpessoal com crises de LES. Para Winnicott (1982:119), a criança que é encorajada pela figura materna e tem toda continência para reconhecer a mãe, por volta do nono mês, como algo estranho a ela mesma, vai perceber que as relações são capazes de sobreviver a frustrações e possíveis perdas ou separações. Propiciará a ela uma condição de estabelecer relações com o mundo de uma forma gradual e saudável quando a maturidade chegar. A criança, através dessa relação e dessa experiência, aprende que: *[...] são permissíveis as experiências instintivas e as idéias excitadas, e que elas não destroem, necessariamente, o tranqüilo tipo de relações, de amizade e de participação.*

Winnicott (1982:119), acrescenta que *podemos encontrar, facilmente uma mãe incapaz de viver no mundo do bebê, o qual terá de viver no mundo da mãe. Uma criança em tais condições pode fazer grandes progressos do ponto de vista de um observador superficial [...].*

Na adolescência, o protesto desta situação virá de forma apropriada ou sofrerá um colapso, ou ainda encontrará a saúde mental numa atitude de rebeldia ou desafio.

Creio ser um campo propício para uma pesquisa quantitativa e qualitativa, o que reforça a minha contribuição, cuja proposta é descrever um caso de paciente com LES em trabalho psicoterapêutico, em quem a manifestação da doença deixou de acontecer num prazo de 12 meses.

## VI MÉTODO

O método escolhido foi o qualitativo levando em conta sua flexibilidade e a necessidade de variações de técnicas e recursos para entendimento das manifestações inconscientes, além das condições anti-sociais do sujeito.

Segundo Martins, (1994:23)

*A pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda. Ela não se preocupa com generalizações, princípios e leis. A generalização é abandonada e o foco da sua atenção é centralizado no específico, no particular, no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados. Essa mudança do que é considerado primordial na pesquisa dá origem, no caso da qualitativa, ao uso e ao desenvolvimento de uma variedade de recursos e de técnicas, ao mesmo tempo em que, muitas vezes, deixa de lado questões lógicas e metodológicas.*

Para Winnicott, (1999:174) *O material da pesquisa psicanalítica é essencialmente o ser humano [...] sendo, sentindo, agindo, relacionando-se e contemplando-se.*

Esse estudo foi um caso clínico com abordagem psicanalítica, dentro de uma visão psicossomática e foi observada uma paciente com LES e sua relação com a dependência emocional. Refere-se a um tratamento psicoterapêutico.

Por ter sido uma investigação com abordagem psicanalítica, a luz da teoria de Winnicott, foram consideradas algumas alterações: o observador não foi uma figura neutra na relação; houve uma inter-relação entre paciente e terapeuta (no caso, o pesquisador representou esse papel); houve relações de transferência e contra transferência. A interpretação foi substituída por uma escuta essencialmente de elucidação a partir da 42ª sessão.

O estudo de um único caso foi considerado suficiente porque, em tratamento psicoterapêutico, é natural a manifestação de fenômenos psicológicos. A proposta foi observar se haveria um fenômeno de dependência psicológica e qual a relação dele nas atividades lúpicas.

O levantamento de informações pelo processo terapêutico incluiu: entrevistas, anamnese e 197 sessões psicoterapêuticas durante o período de cinco anos, sendo 36 sessões emergenciais. Foram usadas as seguintes técnicas psicoterapêuticas: técnicas psicanalíticas, calatonia, técnicas de *sandplay*, tarefas específicas e a análise foi feita sob a luz da teoria de Winnicott.

Em 1993, as informações clínicas foram fornecidas pelo seu médico reumatologista. A partir de 1999, dada a formação da paciente como especialista em reumatologia, ela mesma passou a dar as informações à terapeuta sobre seu quadro de saúde.

Em se tratando de uma observação com a paciente em tratamento psicoterápico, existiram mais observações que hipóteses. Dessa forma, as técnicas não foram rígidas para não delimitarem a flexibilidade necessária e existente num processo terapêutico. Os resultados foram descritos no modelo de anotações da psicanálise como fragmentos de sessão.

A preocupação predominante foi com a observação do processo sem evidenciar o resultado de cada sessão. Esteve mais voltada a manifestação dos fenômenos. As interpretações foram realizadas de uma forma atemporal, tendo como limite a circunstância que se inscrevia no momento do encontro terapêutico.

A análise foi realizada a partir das manifestações dos fenômenos explicitados e observados durante as sessões terapêuticas, uma vez que não existiram hipóteses a serem confirmadas. Alguns cuidados foram tomados quanto à postura psicossomática: a unidade foi um fator primordial da idéia, nesse caso a paciente do estudo; a interação que existiu entre o pesquisador e seu objeto de estudo; não foram estabelecidas hipóteses e nem esquemas a serem usados, dada a complexidade do Estudo de Caso, mas se esteve atento ao processo de interpretação que poderia surgir nessa inter-relação. As possíveis variações do próprio processo terapêutico aumentaram a necessidade de aprofundamento de estudos sobre LES e o fenômeno dependência. Para que isso fosse melhor controlado houve observação focada, originalidade nas técnicas, no contato com a paciente, coerência nas conclusões, mantendo assim uma consistência das idéias sobre esse estudo.

Esse estudo de caso se propôs a ampliar o conhecimento sobre o atendimento de paciente com LES e suas relações de dependência afetiva.

## 1 Local

O presente estudo aconteceu no *setting* terapêutico, o consultório particular da terapeuta. A pesquisadora, no estudo como terapeuta, foi considerada um instrumento-chave para as observações, atuações e anotações do processo terapêutico. A pesquisa foi realizada com a autorização da paciente (anexo 1).

## 2 Sujeito

Esse caso específico foi selecionado entre outros oito que estavam em acompanhamento psicológico nessa ocasião, no consultório terapêutico. Foi escolhido por suas características serem mais favoráveis ao estudo do problema da dependência afetiva e que facilitavam mais o controle das interferências orgânicas, comum do LES.

Elena (nome fictício) me procurou pela primeira vez, quando tinha 32 anos, após ter interrompido um tratamento psicanalítico ortodoxo de três anos. Era solteira, e estava em pleno período de fertilidade. Veio com queixa inicial de depressão leve e cansada de ter dores. Quatro meses depois, declarou que tinha recebido um diagnóstico de LES aos seus 12 anos, informação omitida na entrevista inicial com a própria paciente, mas confirmado o diagnóstico na entrevista com sua mãe, cinco meses depois. Em 1993, o diagnóstico de LES foi reconfirmado pela pesquisadora, por dois contatos telefônicos com seu médico reumatologista da época. Possuía a paciente um diagnóstico de LES moderado, segundo critérios médicos. Era resistente a consultas médicas e exames, porém se medicava satisfatoriamente. Tomava 40 mg de corticosteróide por dia. Quando foi solicitada pela terapeuta a cópia dos exames de análises clínicas, a paciente alegou tê-los queimado num momento de angústia. Jamais trouxe qualquer exame ou cópia. Os critérios citados foram estabelecidos pela própria pesquisadora, depois de várias leituras sobre LES, tentando delimitar ao máximo as variáveis que poderiam interferir na observação e conclusão da pesquisa.

Elena tinha formação superior e conhecimentos claros sobre a doença, como sintomas, etiologia e tratamento. Mantinha um trabalho de seis horas diárias e não tinha nenhuma outra atividade. Não participava de grupos de amigos, de religião ou qualquer tipo de lazer. Não tinha amigos. Nível social econômico correspondente à classe média pelos padrões brasileiros.

Nessa idade, ainda possuía uma família, sem perdas dos entes até a segunda geração ascendente.

Ficou em tratamento psicoterapêutico, dessa vez, por mais dois anos e dois meses. Interrompeu a terapia por um ano e volta em 1999 aos 38 anos, dizendo que “queria por os pés no chão”. É nesse período que esse estudo se centralizará.

Na época, já tinha adquirido seu apartamento e seu carro. Apesar do diagnóstico do LES a paciente apresentava bom quadro de saúde. Não existia registro de desordem mental ou psiquiátrica em sua família, o que diminuía as interferências psiquiátricas no meu estudo. Não fazia uso de álcool nem de outras drogas. Usava apenas corticosteróide numa dosagem de 5 mg por dia. Nunca tivera nenhuma doença de ordem neurológica, o que me ajudava a ver as questões emocionais mais livres de interferências próprias da doença, conforme as leituras dos estudos.

Por ter uma vida sempre muito restrita a aventuras, nunca tinha sofrido acidentes graves, e nunca tivera uma queda grave ou um trauma craniano. Todos esses fatores de Elena fizeram dela um sujeito perfeito para minha pesquisa, pois as variantes interferentes eram bem reduzidas. Além disso, o quadro de LES foi considerado moderado, segundo a informação do reumatologista na época. Só apresentava dores nas juntas das mãos e dos joelhos; às vezes tinha dificuldade de concentração e esporadicamente, e falta de bom-humor.

### **3 Instrumentos**

Seguindo as orientações da literatura em metodologia para pesquisa qualitativa, buscamos diversificar as fontes de informações que resultaram em: anotações de relatos de ocorrências durante as sessões terapêuticas; anotações de observações colhidas nos atendimentos semanais (161 sessões) ou esporádicos de emergência num total de 36 sessões; seis cenas feitas na caixa de areia através da técnica *sandplay*; fotos das seis bandejas contendo as cenas da técnica *sandplay*.

### 3.1 Entrevistas

As entrevistas iniciais de caráter diagnóstico com a paciente, foram duas, e aceitei-a como minha paciente, atitude comum na minha prática clínica.

A entrevista com o médico reumatologista responsável pelo acompanhamento da paciente foi realizado por telefone. A finalidade foi obter informações sobre a paciente e seu estado de saúde. Algumas vezes foram solicitadas pela pesquisadora, bibliografias sobre o LES. Mantivemos dois contatos, durante os quais além dos dados clínicos, pudemos falar sobre a resistência da paciente em se cuidar.

Durante a entrevista semi-estruturada com a mãe da paciente, por uma situação ocasional, a paciente esteve presente por sua própria solicitação. Foi obtido então o histórico da gravidez, infância e dados de uma única internação por problema renal, não sendo possível, porém, saber qual tipo de doença a acometeu. (Anexo 2)

As entrevistas livres, de caráter estritamente terapêutico, ocorreram regularmente, no mesmo horário com duração de cinquenta minutos, uma vez por semana, sendo alteradas conforme as necessidades ansiosas da paciente, seguindo a prática terapêutica com base na teoria psicanalítica: observação, análise e interpretação. Evidenciando a questão da relação transferencial entre a paciente e o pesquisador e a contratransferencial do pesquisador ao paciente.

Os registros dos dados de cada sessão foram feitos sempre ao final de cada encontro. De acordo com as circunstâncias e exigências do momento, por vezes, eram registradas por escrito durante os relatos diante da paciente. Ao mesmo tempo, houve a observação livre durante a sessão terapêutica, quanto ao modo de falar, de se vestir, a coerência interna de pensamento, observando os seguintes aspectos: superficialidade, lógica, bom senso, linguagem, atitudes, coerência na fala com a idade cronológica e a espontaneidade.

As técnicas de relaxamento Calatonia (Sandor, 1974:92) eram aplicadas em situações que demandassem um auxílio a paciente por dores nas juntas, ou por situações de angústia ou ainda em períodos de insônia. Foram aplicadas 12 sessões de calatonia.

Foi utilizada a técnica *Sandplay*, originalmente introduzida por Dora M. Kalff sob uma visão Junguiana. No entanto, enquanto processo expressivo ela pode ser interpretada por outras referências teóricas. Nesse contexto, o parâmetro utilizado baseou-se na teoria de Winnicott.

Nessa técnica um pequeno número de sessões poderá ser considerado eficiente. Não ficou estabelecido inicialmente o número de vezes que ocorreria tal técnica e nem o espaçamento entre suas aplicações. A paciente foi deixada livre (de ambiente natural) para poder decidir se queria ir para caixa, podia permanecer lá pelo tempo que quisesse desde que respeitado os 50 minutos da sessão, como havia sido a proposta no início do tratamento. Portanto, as sessões foram divididas em etapas: parte de verbalização, durante os quais a paciente se referia a questões somáticas ou emocionais que correspondiam a 15 minutos aproximadamente e, os restantes 45 minutos, eram de atuação na caixa de areia. Nesse tempo, a paciente não verbalizava sobre nada, a não ser sobre o cenário que construía. Se ainda sobrasse tempo de sessão, a paciente voltava a falar sobre o que quisesse e às vezes retomava sonhos e falava de *insights* resultantes do trabalho com *sandplay*.

O cenário montado não era desfeito pela paciente e permanecia até sua saída da sala. A pesquisadora então fotografava o cenário e o analisava, para depois desmontá-lo.

Foram feitas seis caixas durante seis meses, num espaço de um mês entre uma e outra caixa, buscando através dessa técnica contatar o período de desenvolvimento pré-verbal da paciente, para o resgate de algum possível trauma.

Em um dado o momento, dependendo do material trazido à sessão, era solicitado à paciente que observasse a emoção ou o pensamento atuante em determinadas situações que correspondessem ao assunto da terapia.

Os acompanhamentos de exames laboratoriais foram realizados pelo seu médico reumatologista. Nos contatos da pesquisadora com o profissional ele informa que: a paciente preencheu os critérios de inclusão para a classificação LES do American Rheumatism Association (ARA), e de acordo com o SLEDAI, apresentava um escore de 17 e acrescentou que a paciente tinha muita dificuldade de aderir ao tratamento. O quadro do LES é considerado moderado. Os resultados de diagnósticos clínicos eram: FAN positivo; Anti-DNA positivo; Negativos - anticoagulante lúpico, anti -Ro.

Como a paciente nunca havia apresentado esses exames, o critério para saber sobre a melhora das atividades lúpicas ficou então a cargo da própria verbalização da paciente.

Nesse segundo momento da terapia, a paciente não tinha acompanhamento de um médico reumatologista, mas continuava a tomar a corticosteróide em 5 mg diária. Afirmava se sentir bem.

#### **4 Procedimento**

Foi encaminhada pelo médico reumatologista, em 1993, para fazer um acompanhamento psicoterapêutico. A paciente escondeu o encaminhamento e o diagnóstico de LES por quatro meses. Dizia ter procurado a terapia porque estava com depressão leve e cansada das dores. Alegou estar ali por ter deixado a psicanálise que fazia há três anos por motivo de mudança. Afirmou não estar convencida de fazer esse tratamento porque a pesquisadora não era médica e estava acostumada a se tratar com eles. Quando informou ser portadora de LES, a pesquisadora entrou em contato telefônico com o reumatologista que confirmou o diagnóstico, e informou ainda a resistência da paciente em fazer exames clínicos. A partir dessa confirmação do diagnóstico, comecei a procurar, em bibliotecas e centros de estudos, bibliografias que pudessem me esclarecer sobre LES.

A paciente permaneceu em tratamento psicoterapêutico por dois anos e dois meses no período de novembro de 1992 a janeiro de 1995. Durante esse tempo, o tratamento psicoterapêutico seguiu o modelo psicanalítico, tendo sido verbal e de escuta; quando possível e necessário fazia alguma interpretação.

A análise foi interrompida num momento em que a paciente alegou estar muito bem e queria investir algum dinheiro na compra de um apartamento. Foi percebida, nesse momento, a resistência da paciente ao processo terapêutico.

A terapia ficou suspensa de janeiro de 1995 até março de 1999.

Ela retornou ao consultório relatou ter ido a uma terapia de vidas passadas e achava que tinha piorado dizendo que isto “bagunçou minha cabeça”.

Esse segundo momento, com 76 sessões foi realizado em consultório particular, com sessões semanais, individuais. No entanto, esse contrato foi alterado nos momentos de forte angústia e ansiedade da paciente os períodos de crises aconteceram duas vezes, em que as sessões foram aumentadas por um período de um mês, para duas vezes por semana. E, numa situação em que a paciente teve um cálculo renal, o número de sessões

foi aumentado para quatro encontros semanais, a fim de ajudá-la no alívio da angústia para a realização de uma litotripsia, mas apenas houve uma intervenção, pois ela abandonou o tratamento.

Os dados das sessões foram registrados ao final de cada encontro ou diante da paciente. Em algumas situações, quando a paciente relatava seus sonhos, ou suas manifestações verbais eram mais intensas na emoção, os registros eram feitos diante da paciente.

Foi realizada a entrevista inicial com a paciente, coletando dados de sua vida e de suas relações interpessoais, religião, amigos. (Anexo 3).

As sessões terapêuticas foram de base de técnicas psicanalíticas, com a interpretação das situações verbalizadas.

Passadas algumas sessões, ocorreu-me que a interpretação também poderia estar sendo “iatrogênica”, pois a paciente estava há muitos anos em análise usando a verbalização e dominava muitas das teorias da interpretação de fatos. Somente a calatonia não era suficiente como recurso. Agora ela havia também se recusado a concluir o tratamento do cálculo renal. Acreditei ser aquilo uma forma de queixa à minha conduta como terapeuta e introduzi uma nova forma de escuta, diferente da primeira, com total atenção. Ampliei meu foco de atenção quanto aos sintomas físicos e a elaborações da paciente, até por uma questão ética, para a preservação da paciente.

Resolvi então usar uma técnica na qual seria mais difícil o controle através da verbalização e deveria levá-la a um contato pré-verbal. Tinha de atingir, de alguma forma, a leitura daquilo que ela tentava me falar.

Iniciei então a ida da paciente até à caixa de areia. Primeiro convidei-a para verificar a prateleira onde existiam dezenas de miniaturas com figuras de raça humana, natureza, flores, meios de transporte, objetos desidratados, bichos de toda espécie da pré-história. Depois solicitei a ela que pegasse o mais interessante e colocasse na caixa com areia (seca) e montasse um quadro nela.

A partir dessa mudança na minha forma de escutar a paciente, houve uma mudança no seu comportamento. Começou a responder de uma forma mais adequada à sua idade, não somente relatando fatos, mas analisando-os a partir de uma identidade nova.

Foram seis sessões de caixa de areia e, depois desse período, outra resistência. Suspendeu a sessão, alegando que precisava assimilar tudo aquilo que viveu comigo sozinha, mas que voltaria, porque tinha consciência de que sua terapia teria de ser para sempre.

A técnica original de *Sandplay* diz que deve existir uma apresentação conjunta com a paciente ao final do processo. Quando propus o encerramento para vermos juntas as fotos das caixas, a paciente sorrindo disse que, no momento, estava somente dando um tempo na terapia para assimilar melhor sozinha, o que havia conseguido e que essa sessão ficaria para outra oportunidade; até presente data só houve um contato telefônico.

## **5 Procedimento de Análise dos Dados**

A análise teve dois momentos diferentes: na primeira parte da análise, o processo foi simplesmente lingüístico, seguindo o modelo psicanalítico. No segundo momento, foram feitas outras leituras, além da forma verbal, com a introdução de técnicas de calatonia e tarefas específicas. Houve mudanças na observação da terapeuta em relação à paciente quando foram introduzidas em sua análise técnicas criativas de *sandplay*. Levaram-se em consideração a observação e a interpretação dos dados obtidos. Quatro aspectos foram considerados fundamentais para a análise: os resultados dos estudos realizados de toda a pesquisa bibliográfica e também as respostas da paciente em relação às técnicas aplicadas em sessão; as questões somáticas nos momentos dos encontros, manifestadas por dores, ou alteração no aspecto cognitivo; a fundamentação teórica de Winnicott; a conceituação de dependência para Winnicott será a permeação de toda essa análise e com ela a valorização do processo de integração mente-corpo que é a evidência maior da psicossomática. Outros tópicos de sua teoria serão destacados: o cuidado materno; desenvolvimento da dependência a independência; ambiente, a figura paterna; traumas; transicionalidade; falso *self* e o *self* verdadeiro; integração mente-corpo; identidade pessoal.

A ordem de exposição escrita não corresponde necessariamente a ordem dos acontecimentos em sessão, dada a flexibilidade de se atender a uma pessoa que esteja interagindo ao processo, certo alinhamento foi decorrente da questão pedagógica.

## VII RESULTADOS

Elena iniciou o trabalho terapêutico aos 32 anos. Quando decidiu começar o processo, estava com uma leve depressão e cansada das dores. Dizia ter dores nas juntas das mãos e dos joelhos, sem vontade de sair e se sentia muito triste. Omitiu ser portadora de LES e ter sido indicada por um neurologista até o quarto mês de consultas. Possuía o diagnóstico de LES desde os 12 anos. Aparentava bem mais jovem que sua idade de 32 anos. Sua aparência representava uma feminilidade própria de nossa cultura, sem exageros.

Morava com seus pais em uma casa alugada, tinha dois irmãos homens, mais velhos do que ela.

Os pais eram pessoas humildes, não freqüentavam templos religiosos, nunca encorajaram os estudos, mas eram honestos e trabalhadores. A agressividade era constante em casa, pois o pai era adicto de álcool. Frequentemente chegava alcoolizado, derrubava e quebrava as coisas, além de bater na mulher todas as vezes que discutiam.

Elena viveu sua infância e sua adolescência com necessidades afetivas e sociais e sentiu muita necessidade de ser amada. Odiava a casa em que morara. Odiava a companhia dos pais. Sentia-se rejeitada pela condição social na escola entre os colegas e na família. Os irmãos não brincavam com ela. Sentia-se inferiorizada diante do mundo.

Estava sempre sozinha e deprimida. Não conseguia fazer amigos. Sempre que achava alguém interessante para estabelecer uma relação de amizade ou namoro, na primeira decepção ia embora e nunca mais procurava a pessoa, mesmo se esta a procurasse depois. Ela se enchia de raiva de si mesma e não atendia nem a telefonemas. Estava estabelecida uma relação de auto-hostilidade.

Na época em que iniciou a análise, vivia infeliz por estar sozinha e achava que a vida era muito difícil. Com freqüência, elegia alguém de seu trabalho para hostilizar e passava a considerá-la inferior. Não demonstrava nenhum senso de humor. Demonstrava uma crítica exacerbada a tudo e a todos com quem mantinha contato. Era a eterna insatisfeita.

Durante o primeiro trabalho terapêutico com essa paciente, foi necessário trabalhar os núcleos onipotentes e sua fantasia de destruição. Às vezes se mostrava com

uma imensa vontade de destruição, muitas vezes por inveja ou manifestação narcísica. Em vários atendimentos, ela me perguntava se achava que ela estava ficando louca. Acrescentava que tinha medo da loucura, mas não sabia porque. Depois dizia que trabalhava, portanto, não poderia estar louca.

As questões internas da paciente começaram a aparecer à medida que foi avançando nosso contato terapêutico. Os objetos internos do mundo psíquico dela começavam a se mostrar. Nas questões sexuais, a paciente relacionou-se com vários homens, porém seus encontros eram em lugares perigosos e inadequados. Negava ser ativa sexualmente e nunca usou preservativos para se proteger da AIDS e das DST.

As dores e as crises de angústia foram se manifestando à medida que a paciente desejava alguma coisa ou alguém para si. Sua ambição, muitas vezes, ficava escondida sob a aparência de uma vítima infantilizada. O sentimento invejoso e destrutivo contra o pai começou a se manifestar e rompeu numa crise de choro com a recordação de ter sofrido manipulação sexual por ele, dos 10 aos 12 anos. Foi um período de muitas crises lúpicas. A agressividade irrompeu no *setting* terapêutico e ela conseguiu agredir verbalmente a terapeuta por ter sofrido um acidente. A ansiedade persecutória foi tomando espaço e se mostrando no lugar da criança sofrida e frágil. Começava então a manifestação da transferência no comportamento da paciente.

Ao final do um ano de terapia a paciente começou a demonstrar uma relação de dependência com a terapeuta e, em paralelo a esse sentimento seu quadro lúpico aumentou de intensidade. Já não queixava de dores. Agora demonstrava claramente sua ambição por vezes descabida. Mantinha ainda o comportamento de negá-la, depois dizia a si mesma que podia ter esse desejo, só precisava adaptá-lo a sua vida.

Sua agressividade foi notada através de uma cirurgia plástica, onde a paciente marcou para sua mãe, sem consultá-la. Tratava-se de uma cirurgia plástica dos seios, do mesmo tipo que Elena havia se submetido há pouco tempo antes. A Mãe não opinou, nem se negou a fazer, simplesmente obedeceu ao desejo da filha. Foi notado um jogo perigoso e complementar entre elas.

No segundo ano de terapia, a paciente pôde olhar melhor para a necessidade de dependência que ela nutria pela mãe e que isto a impedia de ter uma vida voltada para a independência. Afirmava não ter amigos ou namorados por morar com os pais. Comprou um carro, para ter maior autonomia. Logo em seguida, se sentindo melhor no

aspecto físico, com ausência dos sintomas lúpicos e com a sua consciência sobre si mais expandida, ela resolveu comprar um apartamento.

Depois de dois anos e dois meses em análise, a paciente interrompeu a terapia para comprar o apartamento. Mostrou ainda que precisava me punir pelo que havia percebido e disse que iria me trocar pela nova casa, mas que eu era culpada por ela se sentir feliz.

Durante quatro anos, a ex-paciente manteve contato comigo por telefone a cada dois ou quatro meses ela ligava ao consultório para alguma pergunta, ou deixava recados na secretária eletrônica do consultório, dizendo que estava bem e me informando do andamento da compra do imóvel. Só deixou de ligar no terceiro ano após ter interrompido o tratamento.

Depois de quatro anos da interrupção da terapia, a paciente solicita novo horário para consulta. Já era proprietária de um apartamento e de um carro. Chegou dizendo que precisava por os pés no chão.

Nesse período, havia procurado outras terapias e grupos de misticismo. Saiu com alguns homens e sonhou ter vivido na vida passada como uma grande dama que havia matado o parceiro por ciúmes. Mostrava um ar de marotagem, havia transgredido e sido aceita pela terapeuta de novo.

Um mês após o reinício a paciente teve uma forte crise de angústia. Estava infeliz com seu estilo de vida. Sentia-se mal por ter procurado outro terapeuta. Reclamava do local onde havia comprado o apartamento, voltava a desqualificar o ambiente e as pessoas que a circundavam. Mostrava mais a dependência estabelecida. Via a terapeuta como o lado bom e exemplar da vida. Ela precisava crescer, descobrir seu próprio *self*, transformar-se na mulher que era. A criança estava descontrolada com o medo da perda perguntava constantemente: “por que sou tão carente e tão frágil de repente? Sei que não sou uma menininha, mas me sinto como fosse um bebê”.

Na vida profissional, a paciente havia se desenvolvido bem. Participou de um congresso logo após a crise. Gostou dos contatos profissionais que teve neste evento.. Percebeu que não era uma profissional medíocre como havia imaginado. Voltou feliz com o que tinha visto.

Começou a namorar, estabelecendo uma relação complicada com um primo de sua convivência infantil. Foi a primeira vez que estabeleceu uma relação de fato. Fez amizade com uma colega de trabalho e começou a sair com ela para cinemas e passeios.

Sete meses depois de iniciada a terapia, a paciente teve uma crise renal: pedras no rim. Quando teve que fazer litotripsia, entrou em uma forte crise de angústia, achando ser uma crise lúpica renal. Não fez o tratamento todo e teve muito medo de concluir a litotripsia. A paciente não fazia exames médicos só quando eram emergências. Não gostava de tomar medicamentos, mas mantinha a dose diária de 4mg de corticosteróide

Nove meses depois do início da terapia, busquei uma nova forma de escuta, agora mais focada para a preservação da vida da paciente. Precisava atingir aquilo que não permitia à paciente ter realmente vontade de viver. Iniciei a terapia da caixa de areia.

### **Descrição das caixas**

19/1/2000 – CAIXA DE AREIA 1

Depois de recebidas as instruções de olhar atentamente e pegar o que mais chamasse sua atenção, sem nenhuma preocupação com nada ela comenta:-

“É mesmo? Achei que iria pegar já sabendo o que faria. Quando eu era criança eu brincava na areia, fazia buracos”.



caixa de areia 1

Elementos: quatro leõezinhos; dois filhotes de tigre; uma leoa; um tigre; um casal de araras azuis com ovos no ninho; plantas; quatro vasilhinhos de flores e três folhagens. Total: 16 elementos. Iniciando a caixa pelo centro. Todos os elementos da caixa estão voltados para a paciente, apenas os três filhotes não estão.

“Você vai escrevendo o que eu falo? Que engraçado”. Isto me pareceu uma permissão para eu assumir o meu papel na brincadeira dela. Eu não era mais uma personagem observadora da brincadeira. Era como se ela pudesse brincar na minha frente e isto lhe era engraçado. Creio que brincar com alguém olhando lhe foi muito satisfatório.

Comentário: feito pela paciente ainda diante da caixa.

Título:- Lugar muito calmo

‘Tem paz. A relação dos animais é tranqüila; um respeita o outro. O maior respeita e orienta e os outros ouvem. Nem todos são filhos, adotaram uma porção. Não sei mais. Acho bom a coisa de plantas, fica mais bonito. Os dois (referindo-se aos pássaros) não estão nem aí, mas estão na deles. Gente não tem, porque é muito complicado. Os animais se relacionam por instinto, não por dinheiro, sem planejamento, não arquitetam maldades. Está ali na hora, hora de dormir, dormir. Sobrevivem sem prejudicar. O animal só mata por fome, não planeja destruição’.

Depois de lida a história da paciente para que ela ouvisse o que falou, fez o seguinte comentário: “Gostei de minha história. A relação com isto (se referindo a caixa) é mais gostosa. A sensação que tenho é que preciso de alguém que me proteja. Um adulto para uma criança. Com os adultos, me sinto criança, podendo ser adulta também. Minha profissão é um peso, preciso de alguma coisa que me ajude e acho que pode ser o adulto, eu mesma”.

Conteúdos Psicológicos Observados:

A proteção surgiu como tema principal. Instinto materno protetor. O ser humano como um elemento que atrapalha. Triangulação e um elemento adotado. Figuras combinadas. Indiferença. Inicia a caixa pela figura central o que sugeriu ter a visão que ela é o centro do mundo. Necessidade que alguém a carregue.

23 /2/2000 – CAIXA DE AREIA 2

Ao chegar na sala a paciente se dirige as prateleiras com as miniaturas e diz:-  
“Gosto muito de fazer isto”.

Eu pergunto se gostaria de fazer uma caixa e ela prontamente responde que sim.



caixa de areia 2

Elementos: uma sereia; seis peixes; dois anjos e um bebê; uma pedra catalisadora; dois cães; um gato; um pato Donald e os três sobrinhos Luizinho-Zezinho e Huguinho; um diabo; duas folhagens. Total de 21 elementos. Iniciando a caixa pelo centro. Todos os elementos colocados pela paciente na caixa estão voltados para ela apenas o diabo está voltado para a terapeuta.

Comentário: feito pela paciente ainda diante da caixa.

Título:- O Mundo Perfeito

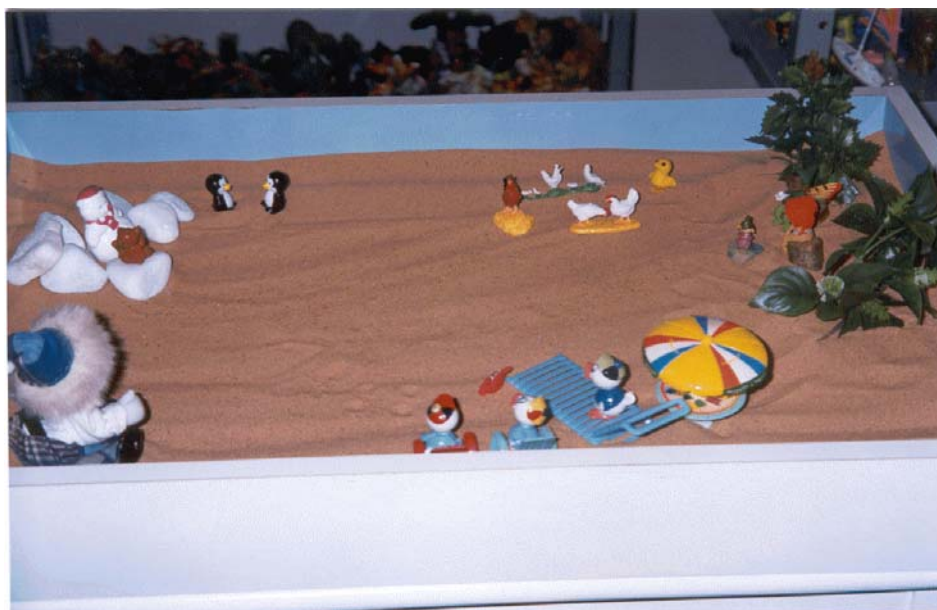
“Sereia sou eu linda e maravilhosa. Que metida que estou. Todo mundo me diz que sou ótima, dizem que estou linda. Se estou, bem trato as pessoas bem. Sempre que tem um anjo tem que ter um diabo. Eu quero isto na vida, estar bem. Os peixes são as pessoas à minha volta quero pessoas bonitas, se forem feias, tem que ter um lado bonito. A pedra é uma catalisadora do anjo e do diabo. (pensando um pouco) a pedra está mais do lado do anjo. Gente boa e bonita. Criança anjo e diabo”.Observando a caixa acrescenta: “Se fosse para roubar eu roubaria seu diabo”.

### Conteúdos Psicológicos Observados:

Aparece a onipotência como tema central. Núcleo narcísico. Mostra a necessidade de controle, tendo de ser o centro da atenção, onde ela poderá se ver existindo. Pensamento mágico de proteção das pessoas. O equilíbrio catalisador. Primeira vez que ela traz a figura humana – o bebê. Inclui o diabo, os anjos como elementos projetivos da sua dualidade. Pede permissão à terapeuta para ser transgressora. Uso dos símbolos infantis. Manifestação de problemas de ordem sexual. Faltam pernas.

22/3/2000-CAIXA DE AREIA 3

Inicialmente, manifestou vontade de ir para a caixa e depois relutou um pouco. Disse “Não sei”. A terapeuta repetiu a expressão “não sei” e a paciente se levantou, olhou durante alguns minutos as prateleiras, e então iniciou em silêncio a caixa.



caixa de areia 3

Elementos utilizados pela paciente: Não sei um palhaço; um ursinho; um boneco de gelo; dois pingüins; seis pedras brancas (gelo); duas galinhas, dois galos e três pintinhos brancos; um galo vermelho; um pintinho amarelo; Luizinho, Zezinho e Huguinho; três cadeiras de praia; um guarda-sol com alimentos na bandeja; duas plantas; dois duendes; um currupira; um caranguejo. Total de elementos: 32. O palhaço

foi a primeira peça colocada no centro do tablado (primeiro movimento), depois foi deslocado para a esquerda superior do lado em que se encontrava a terapeuta.

Comentário feito pela paciente diante da caixa.

Título: Não sei.

“Acho que estou precisando de férias. Vi as coisas de hospital e quero estar longe. Outra coisa que vi é que todos precisam de companhia. O palhacinho está triste, não achei a companhia, até que tem, teria que procurar. O boneco de neve viu o urso e os pingüins. Fora da cidade e com companhia. Conversam sobre a amizade, alegre, com simplicidade da vida que a gente pode ficar feliz com coisas diferentes. Na neve, no campo, na praia. Pode ficar bem. É que estou com dor, não posso nem pensar nisto. Onde estivesse estaria bem, no meio da planta, na vegetação. Acho que tenho que parar de pensar nas minhas férias, não contava ser assim e a minha amiga faz isto. Conto depois. No próximo ano novo começo com 40”.

Sentou-se em silêncio, triste e respirou fundo. “Não quero mais falar”.

Conteúdos Psicológicos Observados:

Tema central: polaridade frio e quente. Sexualidade não resolvida. Negação da atividade profissional. Questões de companhia. Lado idealizado, mágico. Indiferença. Relação triangular. Faltam pernas. A figura humana é um palhaço que faz parte da magia infantil, é colocado no meio do cenário e depois deslocado para a esquerda superior. Fuga ou desvio.

29/03/2000 – Relato de um sonho

“Estou subindo uma escada semicircular, aquelas uma de cada lado e lá em cima tem um parapeito. Embaixo, perto do início da escada tem bolas de ferro pretas, como as que prisioneiros usavam nos pés, para ficarem presos.

A casa é suja.

Subo as escadas e vejo as paredes com tijolos expostos, como uma quebra de cimento que a recobria, enfio a mão e retiro cheio de vermes até meu antebraço. Vermes de todo tipo, grudados, nojentos, mas eu estou segurando nas mãos.

Acordo nesse momento, mas sei que tenho que continuar sonhando, tenho que voltar ao sonho. Não sei se acordo ou se estou muito sonada ou se é do próprio sonho essa sensação, mas penso:

1 casa sou eu, sou meu corpo.

2 Parede, tijolos expostos são células do meu corpo. Bolas pretas são parte de minhas células, isto é para me desfazer do ruim de meu corpo.

Abraço a minha bonequinha, durmo com ela sempre, nunca lhe falei. Eu a escondo dos outros e não gosto que venham dormir em casa porque não posso dormir com ela.

Busco minha cura do LES; ele não faz parte de mim. Acredito que posso me curar, agora eu acredito, nunca pensei assim”.

Relações que a paciente fez:

Mãe para mim é dependência, dependo dela para tudo, tenho raiva disto. Ela se submete ao homem, para tê-lo. Ela não existe.

Pai para mim é o ideal, é o homem que procuro, que possa me dar prazer igual ao que tive com ele. Mas ele tem vida e eu sempre pensei que o odiava.

Não quero mais morrer, quero agora viver livre.

Quero viver coisas boas e coisas feias com a caixa. Não hoje, vai ser demais.

12/4/2000 – CAIXA DE AREIA 4

Comentário para ir à caixa: “há dias que vejo a caixa cheia de aranhas, bichos, etc”. (tremeu o corpo como se tivesse um arrepio e fez um som com os lábios soltando uma espécie de asco). Foi direto à prateleira de bichos peçonhentos, pegou com uma certa dificuldade, inicialmente, se coçou nos braços, na barriga e depois pegou vários nas mãos e colocava-os com força, depois disse: “tenho que parar com isto, vou enfrentá-los” e tentava cada vez mais colocá-los devagar, ser mais tranqüila, mas mostrava muita ansiedade.



caixa de areia 4

Elementos utilizados pela paciente: duas baratas; duas aranhas; quatro moscas; uma formiga; uma libélula; uma aranha caranguejeira; três besouros. Total: 14 elementos. Começou pelo seu lado esquerdo.

O relato a seguir ela fez deitada sobre uma maca de massagens na sala de atendimento, tinha uma expressão de vitória, mas estava relaxada, parecia estar aliviada e feliz com a sua coragem.

Comentário feito pela paciente diante da caixa

Título: Eles estão me coçando.

“Foi muito ruim tocar nesses bichos. Há três semanas venho pensando nessa caixa. A vontade que tinha era de jogar longe todos eles, mas não resolveria. Resolveria o quê? Não sei o que é, mas não me importo, alguma coisa está mudando dentro de mim, está existindo uma organização diferente, mas não sei o que é. A gente não precisa ter consciência de tudo, não é? Quando você me falava isto eu não entendia, agora sinto isto. É diferente. Quando fico doente com LES, tenho coceiras. (Nesse momento ela se coça e levanta a blusa. No abdômen estavam formadas as manchas vermelhas, as chamadas manchas discóides.) “Olha aqui, elas apareceram. Estou me lembrando da casa, quando fiquei doente, aquela casa velha cheia de baratas. Eram muitas baratas. Tudo era velho, tinha uma imensa escada para chegar até ela, aquelas coisas de favela. Não era favela, mas parecia. (Olhou para a caixa.) “Eles estão se enfrentando. Dá uma agonia, uma coisa ruim, uma tristeza. Quando coloquei um para enfrentar o outro, pensei que os dois iam intermediar a briga. Vejo que daqui a alguns minutos eles vão se

defender. Defender de quê? Pelo espaço que cada um ocupa na caixa, metade terá que sair. Eles só brigam por espaço porque são muito parecidos”.

Levantou da onde estava. Olhou mais uma vez à caixa e fez um gesto de banana. Sentou na poltrona e comentou: “penso nos bichos que tenho dentro de mim e que preciso soltar todos. Dá enjoô. Casa, doença. Já passa. (Fez um gesto de enjoada pronta para vomitar, mas não o fez. Respirou fundo.) Já passou. (Levantou a blusa e algumas manchas já haviam desaparecido e outras ainda estavam clareando.) Ela acrescentou: “puxa, nunca as vi desaparecerem tão depressa”.

Veio até mim, abraçou-me e disse: “essa caixa é demais, eu a adoro”.

Conteúdos Psicológicos Observados:

Tema central da caixa: Dualidade. Nada está no centro. Mostra ao exterior seu conteúdo não aceito. Os insetos que existem. Sua periculosidade, seu lado peçonhento, indesejado. Existe uma necessidade de confronto nessa cisão.

6/6/2000 – CAIXA DE AREIA 5

Estava feliz, sem querer falar muito. Parecia não sair daquele estado bom que sentia.



caixa de areia 5

Elementos Utilizados pela Paciente: dois filhotes de leão; uma galinha e um pintinho; três cachorrinhos; três peixes; dois pingüins; dois coqueiros; Minie e Mickey. Total: 16 elementos. Começou a caixa pelo seu lado esquerdo.

Comentário feito pela Paciente diante da caixa:

Título: Paixão pela Vida

“Como estou apaixonada pela vida. Essa caixa é tudo o que tem vida e que é alegre. As pessoas estão juntas e alegres (emociona-se, engasga). Hoje estou engasgada. Olha, voltaram os leõezinhos!!!!

Eles falam de coisas boas e alegres. Estão de bem com eles, com as pessoas. Vai ficar tão infantil o que estou falando. Hoje estou achando infantil, engraçado. Estou como criança que ganha presente do Papai Noel. É como se não precisasse de muitas palavras para explicar.

Estou com a sensação de que não estou calma porque estou ansiosa com o que vai começar em minha vida. Caso contrário, estaria muito bem, calma, relaxada. Missão cumprida, mais uma coisa que fiz e que queria ter feito (referindo-se à mudança de apartamento).

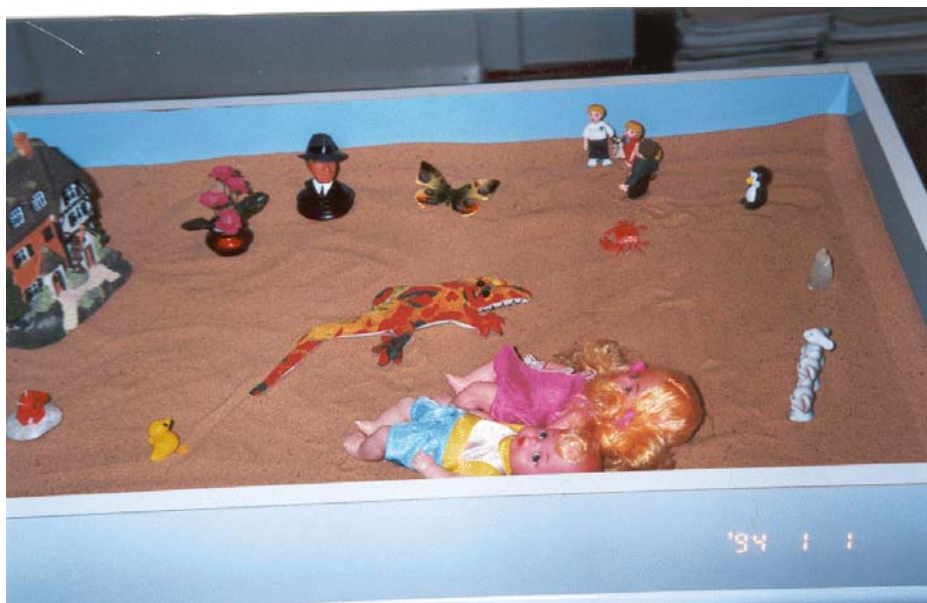
Conteúdos Psicológicos Observados:

Tema central da caixa: Polaridade, continuidade e afeto. Percebe a infantilidade. Parece se sentir mais otimista e segura. Percebe alguma mudança acontecendo dentro de si. Relação triangular. Inadequação. Proteção.

5/10/2001: CAIXA DE AREIA 6

Nesse dia a paciente contou um sonho que teve. “Existia na casa uma mulher louca e assassina. Ela matava alguém, mas esse alguém seria ressuscitado”. (Acrescentou) “Acho que essa assassina sou eu, creio que seja minha agressão”.

Dirigiu-se à caixa e disse: “vou retratar o meu sonho. Posso?”



caixa de areia 6

Elementos Utilizados pela Paciente: uma casa; uma borboleta; uma vaso de flor; um busto masculino; um diabo; um pintinho; três coelhinhos; uma pedra; um pingüim; um caranguejo; um jacaré; uma borboleta ; dois bonecos grandes; um homem; dois meninos; uma menina. Total: 20 elementos.

Comentário feito pela paciente diante da Caixa:

Título: O assassinato

“O assassinato vai acontecer nessa casa. Vamos levar flores ao defunto. Lógico que ele vai ressuscitar. A menina não faz parte da história, mas a criança faz. Não gosto de ouvir o que eu falo. Acho que é muito infantil”. Ficou em silêncio.

Conteúdos Psicológicos Observados: Tema central da caixa: trauma, dor, desproporção, mostra o tamanho do afeto. Abandono. Presença da família. Relação triangular. Infantilização. Impotência. Fuga ou desvio.

Durante esse período, a paciente não teve crises de angústia. Rompeu o namoro e suportou a ausência do outro. Mudou-se para outro apartamento e deixou os pais no antigo imóvel comprado durante a interrupção das sessões.

A paciente retirou as chaves de seu apartamento que estavam com a mãe. Contratou uma empregada para substituir alguns afazeres domésticos dos quais sua mãe

se encarregava. Passou a fazer sua própria comida. Começou a passar da dependência total para a dependência psicológica.

A paciente rompeu o relacionamento quando o namorado ficou doente e começou a negligenciar com a sua presença. Ela enjoou de tê-lo como companhia.

Tirou um mês de férias e viajou para o Nordeste. Adaptou-se melhor a sua condição social. Sentia-se mais adequada ao mundo. Pararam suas crises de dores. Conseguiu faltar à terapia sem culpa.

Interrompeu as sessões depois de um período de 2 anos 8 meses.

## VIII ANÁLISE DOS RESULTADOS

Elena trazia sintomas de uma leve depressão. Denotava um sentimento de não-existência, que alternava com uma manifestação onipotente e narcísica. O fato de não ter dito inicialmente o seu diagnóstico de LES nem mencionar a indicação da terapia pelo seu médico reumatologista, representava um comportamento de medo infantil. Esses dois aspectos foram a base para desenvolver um raciocínio sobre a depressão de Elena.

A depressão, de acordo com Winnicott (1999:17), deve ser respeitada como uma manifestação do processo de integração pessoal. Para ele, deprimir-se é uma capacidade, pois traz “o germe da recuperação”. Pode estar vinculada ao comportamento de culpa ou pode ser vista como um “processo maturacional”. No entanto, para Lichtenstein (1989), a depressão é freqüente no quadro de diagnóstico de pacientes com LES em graus variados. Valladolid (1994) descreve o ânimo deprimido e ansioso como o segundo transtorno adaptativo ao quadro de LES: a dor crônica também contribui, segundo o trabalho de Iverson e Anderson (1994), para um sentimento de desânimo, tristeza, negativismo e desespero. Tinha de considerar tais estudos psiquiátricos, caso contrário cometeria o erro de fazer uma análise fora do pensamento psicossomático. O que Elena mostrava era angústia seguida de depressão nos momentos em que manifestava qualquer desejo mais intenso. Logo após, aparecia a atividade lúpica.

O que me chamava a atenção era a manifestação de ódio quando se referia as figuras parentais.

Apesar de Elena, possuir um sentimento de não existência, como já mencionado, mantinha uma boa relação profissional; seu lado infantil era substituído por uma mulher crítica e exigente. Ao mesmo tempo, mantinha a imagem de ser medíocre no trabalho. Vemos claramente o que Winnicott descreve como falso *self*. A mente seduzia a psique e abrigava o falso *self*, assim levava a paciente a uma dissociação entre a sua atividade intelectual e a existência do seu corpo e da sua psique, não se percebia dentro do próprio corpo. Isto ocorre no período de lactação. São resultantes das falhas técnicas de cuidado com o bebê. Para Winnicott, (1990a:225) a unidade está no contexto indivíduo-ambiente. No caso da paciente, ela teve uma infância com privação da possibilidade de

contenção ambiental, assim a falta dessa continuidade do ser, é sentida como intrusão e existiu uma configuração de falso *self* como defesa contra esse ambiente. Provavelmente insegura no colo da mãe, dada as condições de violência geradas pelo ambiente na figura do pai. O ambiente não foi suficientemente bom para Elena. Não foi protegida em seu ambiente familiar, nem na escola. Não acreditava nas pessoas, por ter descreditado nelas quando ainda era criança. O estresse nesse caso pode ser descrito como um fracasso ambiental, dependente da relação que o indivíduo tem com o ambiente. Dessa forma a sua necessidade de onipotência não pôde ser reforçada, dadas as condições de insegurança vividas na fase ainda lactante. Isto acabou gerando uma atitude de submissão diante de seu mundo, assumindo a aparência de uma pessoa frágil, não aparentando sua idade cronológica, se comunicando com uma voz infantilizada, em uma manifestação constante da dependência dos outros. Essa dependência materna fazia Elena sentir-se viva, mas também provocava uma ansiedade intensa. Como vimos, Schubert (1999) verificou que tensões provocadas por interrelações, alteravam mais, que os fatores sociais, as manifestações lúpicas.

Nesse ponto da análise de Elena, pode-se afirmar que as crises de depressão eram uma tentativa de integração. Havia a necessidade de dar continência para que ela fortalecesse seu ego e desenvolvesse seu *self*. As experiências de sua vida eram fragmentadas por episódios de privação emocional e tentativas de sobrevivência. O mecanismo de defesa mais comum a uma situação estressante é a doença. As crises lúpicas, nesse caso, favoreciam que ela fosse cuidada. Inconscientemente, Elena tentava uma integração e fracassava por não ter o *holding* necessário a esse desenvolvimento. Durante as crises, regredia à aparência de um bebê. Ficava fragilizada e dependente da figura materna e do ambiente. Depois, sentia raiva da figura materna. Irritava-se diante da presença da mãe ou com qualquer ajuda que lhe fosse oferecida. Tal dinâmica provocava uma ansiedade muito forte na paciente, que não entendia sua própria atitude. Tinha que punir sua mãe pelo seu desejo de ser dependente dela. Então a colocava em situações sociais constrangedoras. Essa atitude de irritação com a mãe era uma forma de adaptação à falha de ambiente, buscando poder ser ela mesma. Elena procurava uma forma de se sentir uma unidade integrada, buscando o seu *self* com presente, passado e um futuro. Era uma tênue manifestação de busca para sua saúde mental.

A ansiedade descrita por Winnicott (2000:165) é decorrente de falhas ao cuidar do bebê, que podem levar a uma *não integração que se transforma num sentimento de*

*desintegração; ausência de relacionamento entre psique e soma, que resultará num sentimento de despersonalização; e a sensação de que o centro da gravidade foi trasladado do cerne para a casca do indivíduo para o cuidado, para a técnica.*

Elena começava a perceber sua dependência, e procurava ser ela mesma. A isto Winnicott chamou de dependência relativa, onde começa a perceber sua dependência e “ser ela, mesma”. Esse é o momento em que a paciente interrompe a terapia, compra um apartamento, um carro e fica quatro anos sem análise.

Durante esse período Elena telefona sempre a terapeuta, dando informações de seu progresso e fazendo perguntas simples. Era bastante clara a sua forma de tentar dizer que a terapeuta era muito importante para ela, embora tenha conseguido se afastar precisava ainda confirmar se a terapeuta estava por perto e se não a havia esquecido.

Quando voltou à terapia, sentiu-se culpada por ter procurado outro tipo de tratamento. A culpa provoca depressão como já foi descrito. Não tinha conseguido suficiente reforço de seu ego e temia que eu a abandonasse.

Elena teve outra crise de ansiedade, dessa vez com desejos intensos de ser amada. A crise lúpica provavelmente foi usada como estado de defesa à ansiedade gerada pela dualidade de sentimento: queria ser ela mesma, mas tinha medo de se deixar. Ela já podia perceber isto.

Mezan, (1998: 246) considera que *a análise leva a aceitar uma solidão*. É uma experiência que permite ao indivíduo poder ficar sozinho mesmo na presença do outro. Quando a paciente estava começando a estruturar seu ego e a manifestar a sua raiva, a analista sofreu um acidente. A sessão toda, quando a analista estava com braço direito imobilizado, foi de agressão verbal da paciente contra a terapeuta. Dizia: *Não gosto de pessoas fracas. Não suporto pessoas que se machucam*. E, ao final da sessão, disse: *Não sei se volto aqui!* Nesse momento, a paciente transferia sua fragilidade para a terapeuta, que se sentiu incompreendida, julgando a paciente insensível, contra-transferindo o desejo de ser cuidada. Isto deixou a terapeuta com raiva da profissão, julgando todos os pacientes egoístas e devoradores. Nesse caso, houve a reflexão de qual tipo de paciente podemos suportar para agüentarmos suas transferências quando os tratamos em nossos consultórios. A paciente tinha que agredir a terapeuta, porque fazia parte do seu desenvolvimento, a necessidade de gritar sua raiva em um ambiente que não lhe trouxesse proteção. Antes da data da próxima sessão de Elena, ela ligou e fez a seguinte

pergunta: *Meu horário está livre?* Voltou à sessão e a terapeuta teve certeza de que poderia continuar a suportar as agressividades da paciente.

Mello Filho, (2000:328), diz que a dependência quase total de um paciente de LES leva a uma idealização do terapeuta, se isto favorece a reconstrução do *self*, que exerce a sombra de uma super-mãe. O autor sugere a necessidade de um co-terapeuta para representar o mal, o falho, o outro do terapeuta, para que o paciente não se sinta muito pequeno diante da figura idealizada. O fato de Elena não considerar mais a terapeuta como pessoa infalível favoreceu a interação no processo terapêutico. As manifestações de agressividade foram se deslocando, a partir desse episódio, para a mãe em forma de cirurgia plástica imposta pela paciente e para o pai com administrações do medicamento aldol sem que ele sequer soubesse disso; a paciente entregava a mãe os comprimidos que por sua vez misturava o medicamento na comida, sem que ele percebesse. Existia uma cumplicidade perigosa para o desenvolvimento da paciente entre ela e a mãe. Isto é notado nas relações de dualidade nas caixas de areia, números 2, 3, 4 e 5.

A interpretação parecia iatrogênica. O conhecimento do processo interpretativo começa a atrapalhar o trabalho. Elena começou a vivenciar através das caixas de areia, aquilo que Winnicott chama de espaço potencial, no qual ela poderia brincar, criar e eu a observaria. Na brincadeira, o objeto pode ser escolhido, afastado e recomposto, e é *excitante não primariamente porque os instintos se acham envolvidos, isso é implícito*. Winnicott (1975:63). Elena precisava ficar sozinha na presença de alguém que ela confiava. Agora, podia amar a terapeuta e, confiar nela, dava-lhe segurança.

Isto é observado na caixa de areia número um, em que aparecem as infantilizações e a idéia de adoção, provavelmente, a necessidade de ter uma nova mãe e a necessidade de proteção, ao mesmo tempo, existe uma indiferença representada, talvez a essa necessidade. Esse sentimento de indiferença era percebido durante as cenas de agressão do ambiente em que se desenvolveu. A presença da mãe, sempre servil, reforçava sua dependência, fazendo Elena acreditar que ainda seria nutrida por ela. No entanto, a paciente se recusava a ser tratada por um profissional da área médica. Resistia a exames laboratoriais e nunca trouxe à terapeuta algum tipo de exame clínico. Fato compreensível. Para ela, como descreve Winnicott sua ansiedade era gerada pelo fato de sentir que era uma casca, sentia-se frágil pela dependência emocional, “porque sou assim tão carente e tão frágil de repente? Sei que não sou uma menininha, mas me sinto

como fosse um bebê” (sessão n.35B) A medicina (considerando a profissão que claramente conhecia) a trataria com técnica, olharia seu corpo representado inconsciente por ela como uma casca. Seu problema, no entanto, era no psíquico e para ela, no seu estado desintegrado, o corpo era separado do psíquico, portanto não precisaria ser cuidado. Essa dualidade é observada nas caixas de areia números 2-3-4-5. Para Winnicott (1975:63) *o indivíduo pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (self)*.

“Você acha que estou ficando louca? Sinto que tenho medo da loucura e não sei porquê. Parece que não existo. Mas se trabalho direito é porque não sou louca”. Isso significava um medo da regressão possível que iria levá-la a algum estado ainda não integrado como pessoa. Para Winnicott (2000:167), o medo, a loucura pode significar [...] *um medo à ausência de ansiedade na regressão ao estado não integrado, ou a falta de viver dentro do corpo etc.* [...] O que poderia ser um caminho sem volta. Desta forma, na terapia verbal, ela controlava a situação da regressão e, por vezes quando se viu perto de acontecer, pelo próprio desenvolvimento terapêutico, “dá um tempo na sessão”. Procura então situações místicas, que justifiquem suas atitudes, isentando-a das culpas pelas conseqüências de seus pensamentos e de seus desejos, nestas buscas se envolvia em crenças de vidas passadas onde teria sido uma pessoa decapitada, rica e que agora, nesta vida, teria que ajudar, através de atitudes agressivas ou de vingança, espiar a culpa dos homens e dos pais de outras vidas.

Se lembrarmos que o objetivo da doença psicossomática [...] *é retomar a psique da mente, e levá-la de volta a uma associação íntima original com o soma, o holding* (Winnicott, 1991:209) da terapeuta começa a ameaçá-la, mas ela teria de regredir para poder perceber sua *de-integração*. Enquanto isto, a paciente desenvolvia uma extrema agressividade que permanecia oculta e silenciosa. Na aparência, se tornava cada vez mais frágil, meiga e exigente. Como conseqüência do ambiente onde Elena se desenvolveu, tinha uma tensão constante provocada pelo estresse na relação familiar. Segundo Winnicott (1994:102), o ambiente pode provocar reações traumáticas seguidas de ansiedades catastróficas muito primitivas. Foi o que aconteceu com Elena. Notei no primeiro período de análise que havia uma falha na sua integração, e a presença da mãe não favoreceu a sua necessidade de afeto e segurança. O *holding* emocional não foi suficiente para que a fizesse se sentir protegida e segura (caixa um). Assim, poderia iniciar seu processo de integração com a proteção materna e, conseqüentemente

acontecer à personalização: o soma e o psíquico se integrariam, formando o *self*. Essa manifestação foi notada no início da terapia, quando a paciente se manifestou incomodada por ficar sentada frente a frente (*handling*) com a terapeuta. Havia provavelmente um medo de ser percebida e de se mostrar diante de alguém que percebesse a alternância de sua vida, ora ela existindo, ora ela não existindo. Temia novamente ser surpreendida pela não correspondência afetiva esperada. Para Winnicott, esses fatos se encontram na onipotência do lactante e, por ser seu próprio produto, poderão ser analisáveis enquanto que as ansiedades inimagináveis não o são. A questão mais cruel para ela seria a descoberta de sua dualidade entre conseguir se perceber como pessoa e se misturar ao ego do outro. O novo ambiente, o *setting* terapêutico para ela, era uma ameaça: o trauma poderia ressurgir. Toda vez que enfrentava uma situação de difícil conflito era possível notar que havia um estado de regressão da paciente. Imediatamente, as dores nas juntas se manifestavam, os sintomas do LES apareciam. Podia ser observada a desintegração através da fala infantilizada e do pensamento truncado, como a que aparece na verbalização da caixa de areia número três. A partir daí os sintomas dolorosos reapareciam. Eles tinham como intuito defender a paciente de seu conflito interno. A desintegração aparece como um estado de defesa contra a ansiedade provocada pelas agressões violentas do pai no seu ambiente familiar. O pai, como é colocado por Winnicott, fazia parte do ambiente, com isto, o mundo dela vivia numa constante ameaça.

A dinâmica da paciente se apresenta numa constante dualidade. Ora se apresentava com humor e feliz, ora com imensa ansiedade e depressão. Ora apaixonava-se por alguém, ora queria distância da pessoa. Não tolerava fracassos ou defeitos das pessoas, principalmente da mãe. (caixa dois.)

O papel da terapeuta representado pela “mãe suficientemente boa”, as experiências no *setting* terapêutico vividas de forma natural e positiva, possibilitaram o ressurgimento de um trauma que foi revivido através de um sonho. Após esse período, começou a parecer manifestação de integração do ego. Elena parecia mais auto-suficiente e começa a pensar em sair da casa dos pais e morar sozinha. Ela conseguia perceber mais a sua vida e sua pessoa diferenciada da pessoa da mãe. O bebê começa a viver seu corpo. Elena começa a frequentar academias e inicia a natação, que descreve com muito prazer na sessão terapêutica. Esse processo acontece paralelamente à integração do *self*, quando começam a aparecer os períodos de integração do ego. A

base para esse “residir” é a vinculação motora, sensorial e funcional com o estado de ser uma pessoa. É através da pele que o bebê identifica o que é de dentro dele e o que é de fora dele. Segundo Winnicott é assim que o bebê primeiro identifica o *self* e não *self*. O prazer da natação dava a Elena uma sensação de leveza e de muito prazer, poderíamos afirmar que o contato com a água era uma forma sensorial e libidinosa de identificação de seu próprio corpo e a primeira vez que ela convivia com o prazer.

Ao trabalhar a complexidade da sua relação com a mãe, Elena começou a identificar a necessidade de ter alguém como parceiro e projetando essa situação na caixa de areia. Mostrou seu narcisismo, e claramente a necessidade de outros a sua volta para ser feliz e se sentir bem. Ainda não tolera falhas ou defeitos. Aos poucos, vai imaginando e criando seu controle mágico. (caixa dois). De uma forma bastante infantil ainda, busca outras satisfações auto eróticas, começa a participar de aulas de dança e grupos místicos. Busca terapias de vidas passadas.

No momento de crise de dor como afirmam em seu estudo Iverson & Anderson (1994) a dor *tem efeito prejudicial no ego-eficácia, e com o passar do tempo sua capacidade de experimentar tal sensibilidade será tão aversiva que se tornará intolerante*, o que pode ser observado na caixa três. As possíveis alterações cognitivas, como descreve Denburg (1997) são visíveis na caixa três, sob a forma de uma angústia e de reclamações subjetivas. Considerando a questão dos efeitos da exacerbação emocional durante esse período, pude observar que Elena “não sabe” quem ela é diante do mundo, por não ter desenvolvido satisfatoriamente seu *self*. Assim quer companhia, embora as rejeite, como todos os seus desejos são representados pela dualidade. A questão sexual é representada como uma situação impossível, talvez relacionada ainda a questão da manipulação sexual, ocorrida na infância e não totalmente trabalhada. A análise sexual da paciente não será abordada nessa dissertação, uma vez que nosso foco de estudo se centrou na questão do desenvolvimento do *self*.

## IX CONCLUSÃO

Elena foi um desafio a minha capacidade de terapeuta. O caso me instigou a uma mudança de atitude e me fez buscar novas técnicas. O trabalho com o narcisismo e a dependência de Elena acompanhado das crises lúpicas e a negação sobre o cuidado com o seu corpo me fizeram questionar as minhas formas de observação da paciente. Revendo as questões sobre o diagnóstico dado a paciente e a omissão desses dados por ela, pude perceber que Elena trazia uma grande resistência em ter algum profissional que cuidasse do seu corpo. Isto reforça o resultado dos estudos de Kontinen (1991) na Sociedade Filandesa de LES, em que após a publicação de uma cartilha explicativa sobre a doença aos pacientes, de nada adiantou na evolução ou no tratamento da patologia. Por existir uma dissociação entre o corpo e a sua psique, de nada valeria a atividade intelectual se a paciente não se percebia dentro do próprio corpo.

Isso enfatiza a posição psicossomática que descreve existir *“uma cisão na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas, que constituem a verdadeira enfermidade”* (Winnicott, 1994:82).

No caso da paciente em questão, pude verificar que apesar do conhecimento total da doença se recusava a submeter-se a exames clínicos, e se auto-medicava regularmente. Parecia que Elena possuía uma informação inconsciente de que a causa de seu LES era de uma característica mais emocional do que fisiológica. Essa posição da paciente me leva a rever os estudos da psiconeuroimunologia, que preconizam a existência de um descontrole do sistema imunológico no caso de LES. Se o sistema imunológico pode agir como mediador nas relações do indivíduo consigo próprio e com o meio externo, se as percepções dos estímulos ambientais ou conflitos de interrelação alteram tal sistema, poderíamos concluir que no caso de Elena pôde-se perceber uma estreita associação do psíquico com o sistema nervoso e endócrino, o que provoca as manifestações de descontrole do sistema imune. O desenvolvimento do indivíduo depende da continência recebida pelo ambiente que pode ter uma continuidade saudável. Poderia se pensar na possibilidade das células do sistema imune terem uma relação direta com o processo da emoção e que quando existe uma deficiência provocada por uma fixação no desenvolvimento psicológico do indivíduo, as células não conseguem identificar o sistema orgânico cronologicamente desenvolvido com o emocional fixado em fase anterior.

O sentimento de rejeição citado por Silber, (1984) é notado na paciente e ocorre muitas vezes com a necessidade de individuação em busca do *self*. Para Winnicott, *o homem é, ou ele reage*. A paciente reagia à sua necessidade de dependência através das manifestações de depressão e nas atividades lúpicas em busca de seu *self*.

As questões levantadas por Eurípides, (1992:2), quando analisa alterações cognitivas leves no LES descreve que o déficit cognitivo poderia ser uma manifestação predominante de um episódio da doença lúpica no SNC. Nesse caso, deve-se considerar a tensão provocada pelas dores que são decorrentes no LES, como cita Iverson e Anderson, (1994). Uma vez que o sentimento de ego-eficácia fica prejudicado diante da dor, poderíamos pensar que as alterações cognitivas observadas na caixa 3 foram decorrentes da tensão provocada pelas dores de causas não orgânicas e não diretamente relacionado a doença orgânica de LES. No cenário da caixa de areia 3, se observa uma alteração cognitiva leve, como descreve Iverson e Anderson (1994) quando Elena está sentindo dores e demonstra claramente uma desorganização cognitiva.

Schubert (1999), pesquisando as questões psicossociais e suas relações com o estresse que poderiam desencadear atividades de LES, sugere intervenção de psicoterapia o mais cedo possível para prevenir exacerbações severas do LES. Após observar que conflitos de interrelações provocavam mais alterações nos exames laboratoriais do que situações de conflito menos significante podemos levantar a questão da paciente Elena, em quem o conflito estava representado nas relações triangulares e de dualidade além do seu estado de dependência ser ainda bastante primitivo. Isto poderia sugerir que existia uma fixação traumática no período pré-verbal no desenvolvimento emocional da paciente. Através da técnica não verbal, a paciente começa a evidenciar seu estado de dualidade nas relações emocionais.

Otto (1967) verifica os impactos emocionais do LES. Elena corresponde a quase todas as observações descritas por ele. Podemos considerar que a ansiedade intolerável que antecede a crise de LES também pode ter como desencadeador os impactos ambientais. Winnicott, (1999: 16), afirma que *é possível classificar as doenças em termos de colapso ambiental*.

A paciente desejava intensamente a dependência, acreditando que era necessária para continuar viva. Sua condição social e seus aspectos de saúde mental faziam-na sentir tal dependência como algo insuportável, o desejo de dependência se transformava em uma manifestação de raiva contra as pessoas das quais dependia e assim mostrava

que havia uma necessidade de desenvolvimento emocional para sair dessa situação patológica. Usava de atitudes punitivas contra as pessoas, com as quais mantinha dependência e se auto-punia por tais atitudes agressivas. O uso de tanta defesa no aspecto emocional e no sistema imunológico sugere que existe um registro inconsciente que denuncia a fixação no desenvolvimento do indivíduo no período pré-verbal.

Nesse caso, pôde-se observar que as alterações lúpicas foram desencadeadas, ao mesmo tempo, na psique-soma como um desejo intenso, que estaria na necessidade de se desenvolver até a independência.

Foi possível comprovar mais uma vez, as várias formas complexas de como o inconsciente se manifesta. As técnicas são extremamente necessárias, mas temos de saber quando e para quê servem e para quem estamos aplicando. Questionava durante o tratamento a quem estava desafiando: ao meu conhecimento, à minha capacidade, a doença de Elena ou ainda a capacidade de desenvolver um indivíduo? A interrelação acontecia, à medida que trabalhava os aspectos conseguidos em análise e sentia que enquanto seu desenvolvimento emocional acontecia, cada vez mais, Elena dissolvia a transferência. Podia-se perceber que a liberdade, para ela, estava na descoberta de si mesma e na autorização de deixar quem quisesse. Podia agora manifestar abertamente o medo das relações e ainda saber que o mundo infantil impregnado de memórias e aprendizagens, por vezes dolorosas ou negativas, não determinava mais a forma de viver do adulto. Mas, deixar a criança assustada e se jogar numa nova experiência, é sempre assustador, mesmo que essa atitude seja para o indivíduo o caminho do seu desenvolvimento.

No caso de Elena, foi observado a resistência à aceitação da doença e, ao mesmo tempo, um estado regressivo emocional que era constantemente reforçado pelos sintomas da doença. Através de ganhos secundários da doença manifesta, a paciente conseguia a atenção tão desejada e logo em seguida desqualificava a aceitação dessa atenção por perceber uma atuação mesmo num plano inconsciente. A fixação estabelecida em algum ponto de seu desenvolvimento emocional, provavelmente na fase pré-verbal, não teria tido progresso se permanecesse nas técnicas interpretativas de cunho puramente verbal. A coesão de idéias também é uma forma defensiva. Acompanhando a idéia de psicoterapia de Winnicott, pode ser afirmado que se uma teoria não é suficiente ao desenvolvimento do paciente, cabe ao terapeuta acrescentar alguma técnica a essa teoria e nunca tentar inserir o paciente à proposta teórica.

A introdução de uma técnica não-verbal (*sandplay*) numa teoria de abordagem winnicottiana favoreceu o trabalho no nível psíquico e somático ao mesmo tempo, enriquecendo a compreensão do caso e aumentando a eficácia do tratamento.

Com a técnica *sandplay* as sessões terapêuticas para Elena se transformaram também numa atividade criativa onde ela pôde experimentar as contribuições de sua realidade interna para o seu mundo externo. Pode-se sugerir que Elena, através da caixa de areia, experienciou a diferença entre o fantasiar e o viver. Através do “brincar”, Elena adquiriu a confiança de pertencer ao espaço do *setting* terapêutico e começa a se permitir às brincadeiras onde as excitações corporais contribuíram para um sentimento de liberdade, podendo ser criativa e tentando utilizar a sua personalidade integral para a descoberta do seu Eu (*self*). Nessa busca, ela interrompe temporariamente a terapia para viver e experimentar além do *setting* terapêutico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADRADOS, Isabel. *Manual de Psicodiagnóstico e Diagnóstico Diferencial*. Petrópolis: Vozes, 1982.
- ALEXANDER, F. *Medicina Psicossomática – Princípios e Aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- AKKASILPA, S. “Association of Coping Responses with Fibromyalgia Tender Points in patients with Systemic Lupus Erythematosus”, in *J. Rheumatol.* Canadá, 2000.
- BALINT, Michael. *O Médico, Seu Paciente e a Doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- CAMPOS, Luis F. L. *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia*. Campinas: Alínea, 2001.
- CAPISANO, H. F. *Doença – Episódio da Vida – Casos Clínicos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- CHIOZZA, L. A. e Col. *Os Sentimentos Ocultos em Hipertensão Essencial; Transtornos Renais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- CHIZZOTTI, Antônio. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.
- D'EPINAY, M. L. *Groddeck: A Doença como Linguagem*. Campinas: Papyrus, 1983.
- DAVIS, M; WALLBRIDGE, D. *Limite e Espaço*. Rio de Janeiro: Imago, 1982
- DENBURG, S. D. “Psychological Aspects of Systemic Lupus Erythematosus: Cognitive Function, Mood and Self Report”. *J. Rheumatol.*; Canadá, 24(5): 998-1003, May, 1997.
- FENICHEL, O. *Teoria Psicanalítica das Neuroses*. São Paulo: Atheneu, 1981.
- FRANÇA, Ana Cristina Limongi; RODRIGUES, Avelino Luiz. *Stress e Trabalho*. São Paulo: Atlas, 1996.
- FREUD, S. *Pulsões e seus Destinos*. Rio de Janeiro: Imago, 1915.
- \_\_\_\_\_. *Além do Princípio do Prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1920.

- FUJITA, K. *Neurofisiologia para Psicólogos*. São Paulo: E.P.U., 1988.
- GIOVACCHINI, Peters L. *Táticas e Técnicas Psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- GONZÁLEZ DE VÉLEZ, D. L. “Manifestaciones Psiquiátricas Del Lupus Eritematoso Sistémico”. In Revista CES Medicina: Vol. 1 – Nº 2, Colômbia, 1982.
- HAYNAL, A., PASINI, W. *Manual de Medicina Psicossomática*. São Paulo: Masson, 1983.
- HEIDEGGER, M. *Ser Tempo*. São Paulo: Trad.Bras. Vozes, 1927.
- HOLMES D. S. *Psicologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- IVERSON, G. L.; ANDERSON, K. W. “The Etiology of Psychiatric Symptoms in Patients with Systemic Lupus Erythematosus” in: *Scand J. Rheumatol.* Norway, 23(5): 277-82,1994.
- Köche, José Carlos. *Fundamentos de Metodologia Científica: Teoria da Ciência e Prática de Pesquisa*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- KOHUT, H. *Análise do Self*. Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- KONTTINEN, Y.T. “Systemic Lupus Erythematosus Patient Guide: Influence on Knowledge of the Disease”, in: *Ann. Rheum. Dis.* United Kingdom, 50(12): 900-2, 1991.
- KUHN, T. S. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectivas, 1971.
- LICHTENSTEIN, “A. Síndrome Catatônica por Doença Auto-Imune: Recuperação Espontânea”. *Rev. do Hosp. das Clínicas – USP.* (São Paulo), 44(6):312-5, nov-dez. 1989.
- LOPES DIOGO, J. *Trabalho de Psicossomática: Lupus (LES)*. São Paulo, 1994.
- LOPES DOS SANTOS, N. *Lupus Eritematoso Sistémico (LES)*. PUC-SP, 1996.
- LOTSTEIN D. S. Socioeconomic Status and Health in Women with Systemic Lupus Erythematosus. *J. Rheumatol.* Department of Medicine, Stanford University School of Medicine, Califórnia-USA, 1998 Sep. 25(9):1720-9.

- MARTINS, Joel; BICUDO, Maria A.V. *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia – Fundamentos e Recursos Básicos*. São Paulo: Moraes, 1994.
- MCDUGAL, J. *Teatros do Corpo – O Psicossoma em Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- MEZAN, Renato. *Escrever a Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- MELLO FILHO, J. de.. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Concepção Psicossomática: Visão Atual*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.
- \_\_\_\_\_. *O Ser e o Viver – Uma Visão da Obra de Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995(a).
- MELLO FILHO, J. de.; LEAL SILVA, A. L. M. *Winnicott 24 Anos Depois*. Rio de Janeiro: RevinteR, 1995(b).
- MELLO FILHO, J. de.; e Col.. *Grupo e Corpo – Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- MIGUEL FILHO, E.C., LAFER, B. “Alterações Cognitivas Leves no Lúpus Eritematoso Disseminado: Apresentação de um Caso”, in: *Revista Brasileira de Reumatologia*. (São Paulo), 30(1):20-4, jan-fev., 1990.
- MIGUEL FILHO, E. C. *Alterações Psicopatológicas no Lúpus Eritematoso Sistêmico*. São Paulo, Faculdade de Medicina-USP, 1992 (Tese).
- MINAYO, M<sup>a</sup> C. de Souza. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- OMDAL, R.; HUSBY, B.; MELLGREN, S. “Mental Health Status in Systemic Lupus Erythematosus”, in: *Svcand J. Rheumatol*. Department of Rheumatology, University Hospital of Tronso, Norway, 24(3):142-5, 1995.
- OTTO, R.; MACKAY, I. R. “Psycho-social and Emotional Disturbance in Systemic Lupus Erythematosus”, in: *Méd. J. Aust*. Austrália, 2(11):488-93, 967, Sep 9, 1967.
- OUTEIRAL, José Ottoni e Col. *D. W. Winnicott – Estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- PAIVA, Luiz M. *Medicina Psicossomática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- PERESTRELLO, D. *A Medicina da Pessoa*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.
- RAIMBAULT, G., ROYER, P. “L`enfant et Son Image de la Maladie (étude de 12 observation de nephropathies chroniques)”, in: *Arq. Fr. Pedriat.* France, 24(4):445-62, abr., 1967.
- RAMOS, Denise G. e Col. *Os Animais e a Psique – Do Simbolismo à Consciência*. São Paulo: Palas Athena, 1999.
- RAMOS, Denise G. *A Psique do Corpo – Uma Compreensão Simbólica da Doença*. São Paulo: Summus, 1994.
- RAY, González. *Pesquisa Qualitativa em Psicologia*. São Paulo: Pioneira, 2002.
- ROMANO, Lia B. *Influência do Tratamento Homeopático na Volução de Pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico*. Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo/ Instituto Brasileiro de Estudos Homeopáticos. 2002. (Dissertação).
- SACK C. B. “Reduced Aggressiveness and Low Testosterone Levels in Autoimmune MRL-Ipr Males”. United States: *Physiol. Behave.*, 63(2): 305-9, jan., 1998.
- SANDOR, P. e outros. *Técnicas de Relaxamento*. São Paulo: Ed. Vetor, 1974.
- SATO, Emília Inoue. *Lúpus Eritematoso Sistêmico*. São Paulo: Camargo Soares, 1999
- SCHUBERT C. “Daily Psychosocial Stressors Interfere with the Dinamics of Urine Neopterin in a Patient with Systemic Lupus Erythematosus: An Integrative Single-Case Study”. Áustria: *Psychosom Méd.*, 61(6): 876-82, nov-dez., 1999.
- SELYE, H. *Stress – A Tensão da Vida*. São Paulo: Ibrasa, 1965.
- SILBER, T. J. “Psychiatric Manifestations of Systemic Lupus Eruthematosus in Children and Adolescents. A Review”. Philadelphia: *Clin. Pediatr.*, 1984.
- SILVA, M<sup>a</sup> E.L.da S. *Investigação e Psicanálise*. Campinas/SP: Papyrus, 1993.
- SPITZ, R. A. *O Primeiro Ano de Vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- VALLADOLID, R.G. “Manifestaciones Psiquiátricas em Pacientes con Lupus Eritematoso Sistêmico”. Spain: *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines*; 22(4): 158-63, jul-ago, 1994.
- VASCONCELLOS, E. G. *Tópicos de Psiconeuroimunologia*. São Paulo: Ipê, 2000.

WATERLOO, K. “Emotional Status in Systemic Lupus Erythematosus”, in: Scand. J. Rheumatol. Norway, 1998.

WARD M. M. “Psychosocial Correlates of Morbidity in Women with Systemic Lupus Erythematosus”, in: J. Rheumatol. Canadá, 26(19): 2153-8,1999.

WEINRIB, Estelle L. *Imagens do Self – O Processo Terapêutico na Caixa-de-Areia*. São Paulo: Summus, 1993.

WINNICOTT, D. W. *O Brincar & A Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

\_\_\_\_\_. *A Criança e o Seu Mundo*. Rio de Janeiro: Ed.LTC, 6ª edição, 1982.

\_\_\_\_\_. *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

\_\_\_\_\_. *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

\_\_\_\_\_. *O Ambiente e os Processos de Maturação – Estudos sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional*. Porto Alegre: 3ª Ed. São Paulo: Artes Médicas, 1990(a).

\_\_\_\_\_. *O Gesto Espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 1990(b).

\_\_\_\_\_.  *Holding e Interpretação*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

\_\_\_\_\_ e Colaboradores. *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

\_\_\_\_\_. *Pensando sobre Crianças*. Porto Alegre: Artes, Médicas, 1997.

\_\_\_\_\_. *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999(a).

\_\_\_\_\_. *Conversando com os Pais*. São Paulo: Martins Fontes, 1999(b).

\_\_\_\_\_. *Da Pediatria à Psicanálise – Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WILHEIM, Joanna. *O Que é Psicologia Pré-Natal?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

ZERBINI, Cristiano A. F.; ALENCAR FIDELIX, Tania S. de. *Conversando sobre Lúpus – Um Livro para o Paciente e sua Família*. São Paulo: Roca, 1989.

**ANEXOS**

## TERMO DE CONSENTIMENTO DA PACIENTE

Eu,.....

RG nº.....

Declaro que é de minha livre e espontânea vontade colaborar com a pesquisa sobre LES conduzida pela psicóloga Maria Rosa Spinelli, em seu consultório particular, atendida ou estudada, nos termos explicados pela mesma psicóloga.

Estou ciente de que minha participação não está relacionada ao meu atendimento psicoterápico e, também, de que serão mantidos em sigilo os elementos de identificação.

São Paulo,.....de .....de 2002

---

## ENTREVISTA DE ANAMNESE

(Adrados, 1982:46-49)

### **Gestação**

Idade da mãe e do pai nessa oportunidade, saúde física e mental de ambos, possível consangüinidade dos pais; se a mãe teve doenças infecciosas ou intoxicações, tombos ou acidentes, tentativas mecânicas ou químicas de aborto, e até que mês elas foram praticadas; verificação da existência de estados tóxicos ou infecciosos responsáveis por transformações permanentes na estrutura fetal.

### **Condições de Nascimento**

Se foi demasiado rápido ou demorado, natural, a fórceps ou cesariana; foi planejada ou realizada de emergência.

### **Alimentação**

Dificuldades de sucção durante os primeiros dias de vida; quanto tempo a criança foi alimentada ao seio, condições em que se deu o processo de alimentação artificial, se teve problemas de vômitos ou desidratação.

### **Sono**

Presença de pesadelos, sonambulismo, terrores noturnos, sono agitado, insônia ou sonolência durante o dia.

### **Saúde**

Deve remontar-se aos primeiros dias de vida; febres altas, desidratação, possíveis intoxicações, assim como a superação das doenças chamadas de infantis e suas possíveis complicações.

### **Motricidade**

Informações reativas ao desenvolvimento psicomotor.

### **Vida Afetiva, Social e Sexual**

A maior parte dos psicodiagnósticos referem-se a algumas das três áreas da personalidade acima assinaladas.

**Escolaridade**

Essa área deve ser investigada desde os primeiros contatos do paciente com a escola, se o problema tiver implicações de desajustamento escolar.

**Dinâmica Familiar**

Sentir o “clima familiar” no qual cresceu e se educou o paciente; nível de ajustamento dos pais, preferência ou rejeição em relação aos irmãos, ambiente alegre, descontraído ou opressivo e restritivo.

## ENTREVISTA

**NOME:** \_\_\_\_\_

**NASC.:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **LOCAL:** \_\_\_\_\_

**FILIAÇÃO: Pai:** \_\_\_\_\_

**Ocupação:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Falecido:** Sim  Não

**Data do Falecimento:** \_\_\_\_\_

**Causa Mortis:** \_\_\_\_\_

**Mãe:** \_\_\_\_\_

**Ocupação:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Falecida:** Sim  Não

**Data do Falecimento:** \_\_\_\_\_

**Causa Mortis:** \_\_\_\_\_

**Trabalha em:** \_\_\_\_\_

**Formação:** Superior Completo

Superior Incompleto

Secundário Completo

Secundário Incompleto

Primário Completo

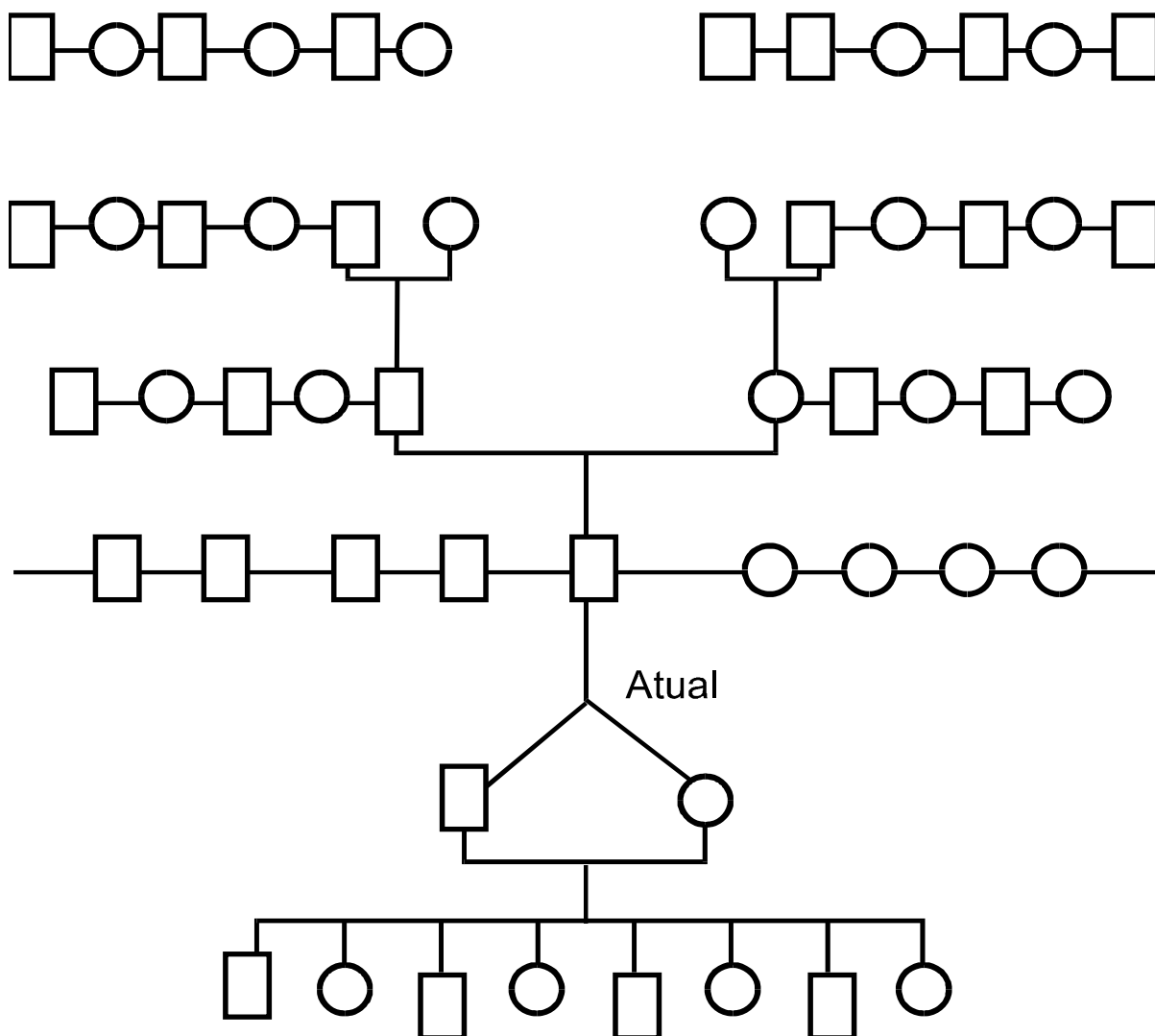
**Casado desde** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Parceiro(a) desde** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Filhos:** Quantos? Legítimos: \_\_\_\_\_ Ilegítimos \_\_\_\_\_

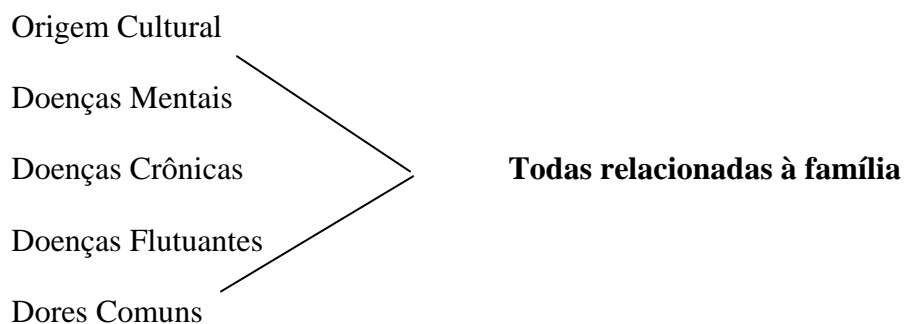
Adotados? \_\_\_\_\_

## ORIGEM



Colorir os indivíduos com cores que você estabelecer, como no exemplo abaixo:

*Vermelho:* Doença Hereditária  
*Amarelo:* Raça  
*Azul:* Dores Constantes  
*Preto:* Doenças Agudas  
*Verde:* Doenças Flutuantes



**Quanto ao paciente:**

**Relação à Saúde:**

**1. Estado Emocional Geral**

	Bom	Regular	Ruim	Sem dados
Autoconceito				
Auto-estima				
Ansiedade				
Depressão				
Inform.sobre a doença				
Inform. sobre o tratamento				
Relação com a doença				
Estrutura emocional básica				
Defesas predominantes	Positivas ( )	Negativas ( )		
Ruptura psicótica	Sim ( )	Não ( )		

**OBS:**

---



---



---



---

Remédios Constantes? Sim  Não  Às vezes

Quais? \_\_\_\_\_

Cirurgias? Sim  Não

Quais? \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Doença crônica: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_

Doença aguda: \_\_\_\_\_ Quando: \_\_\_\_\_

Cicatrizes: \_\_\_\_\_

Dores: \_\_\_\_\_ sim  não  às vezes

### **Relação ao Corpo:**

Pratica esportes ou ginástica? Quais? \_\_\_\_\_

Fez cirurgias plásticas? Sim  Não

Quando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Em que local do corpo? \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

O que mudaria em seu corpo?

\_\_\_\_\_ Por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Por quê? \_\_\_\_\_

Alimentos que mais gosta: \_\_\_\_\_

Alimentos que menos gosta: \_\_\_\_\_

### **Relação a Assuntos:**

Predileto: \_\_\_\_\_

Não Predileto: \_\_\_\_\_

Discute: Sim  Não  Às vezes

Lê: Sim  Não  Às vezes

Dedica seu tempo com um desses assuntos em que escala de 0 a 10? \_\_\_\_\_

**Relação a Vícios:**

Sim  Não

Quais: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Como começou? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Relação a Amigos:**

Muitos  Poucos  Nenhum

São chatos  Bons  Relativos

Do trabalho  Escola  Outros lugares

Do próprio sexo  Do sexo oposto

Dedica seu tempo com eles em que escala de 0 a 10? \_\_\_\_\_

**Relação à Cultura e Instrução:**

Gosta de: \_\_\_\_\_

Estuda: \_\_\_\_\_ O quê? \_\_\_\_\_

Quanto tempo por semana? \_\_\_\_\_

Dedica seu tempo à cultura e à instrução numa escala de 0 a 10: \_\_\_\_\_

**Relação a Parceiro(a):**

Fica com ele quanto tempo por semana?

Sempre

Todos os dias

Só à noite

Fins-de-semana

Às vezes

**Troca carícias?**

Sempre

Não

Às vezes

**Sexo?**

Sempre

Não

Às vezes

Quanto? \_\_\_\_\_

**Qualidade?**Bom Regular Ótimo **Relação Amorosa:****Recebe carícias:** Sempre Não Às vezes 

Numa escala de 0 a 10 quanto se sente amado nesta relação? \_\_\_\_\_

**Relação ao Trabalho:**

Gosta do que faz? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo está neste trabalho? \_\_\_\_\_

Era o que queria fazer? \_\_\_\_\_

Numa escala de 0 a 10 quanto tempo dedica a ele \_\_\_\_\_

**Relação a Cultos:**

Tem alguma religião? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Freqüenta cultos? \_\_\_\_\_

Numa escala de 0 a 10 quanto tempo se dedica a ele? \_\_\_\_\_

**Relação a Fatos Significativos:**

Alegria: \_\_\_\_\_

Prazer: \_\_\_\_\_

Tristeza: \_\_\_\_\_

Dor: \_\_\_\_\_

**Observação do analista/terapeuta/médico**

- Aspecto geral: \_\_\_\_\_

- Postura: \_\_\_\_\_

- Dicção: \_\_\_\_\_

- Fluência Verbal: \_\_\_\_\_

**Dados Complementares:**

---

---

---