

Maria Aparecida Junqueira Zampieri

**Padrão de Codependência e Prevalência de
Sintomas Psicossomáticos**

**São José do Rio Preto
2004**

Maria Aparecida Junqueira Zampieri

**Padrão de Codependência e Prevalência de
Sintomas Psicossomáticos**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas.

Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila

**São José do Rio Preto
2004**

Zampieri, Maria Aparecida Junqueira

Padrão de codependência e prevalência de sintomas psicossomáticos. Maria Aparecida Junqueira Zampieri. São José do Rio Preto. 2004. (84 p. 33 cm)

Dissertação (Mestrado – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Área de Concentração: Medicina e Ciências Correlatas)

Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila

1. Codependência. 2.Sintomas psicossomáticos.

Dedicatória

Ao Roberto, Marina e Alexandre

Agradecimentos

*Aos que participaram e contribuíram,
em especial ao Roberto,
Dr. Cordeiro, David
e ao meu orientador Dr. Lazslo,
profunda gratidão.*

Epígrafe

*“A atividade cognitiva não é um privilégio
de uma substância isolada. Só é possível pensar dentro de um coletivo.”*

(Pierre Lévy)

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos	ii
Epígrafe.....	iii
SUMÁRIO	iv
LISTA DE FIGURAS.....	v
LISTA DE TABELAS.....	vi
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
REVISÃO DA LITERATURA	5
QUANTO A CODEPENDÊNCIA	6
QUANTO À PSICOSSOMÁTICA	7
CASUÍSTICA E MÉTODO	24
ESTATÍSTICA	26
PROCEDIMENTO GERAL	26
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	28
CASUÍSTICA	29
RESULTADOS	34
DISCUSSÃO	49
CODEPENDÊNCIA: CONTROVÉRSIAS NA BIBLIOGRAFIA E ALGUMAS	
QUESTÕES	49
ALGUNS ASPECTOS RELEVANTES NA PESQUISA	51
ANALISANDO PELO VALOR MÉDIO	58
RESULTADOS NOVOS EM RELAÇÃO À LITERATURA	61
RESULTADOS EM DISCORDÂNCIA COM A LITERATURA	61
CONCLUSÕES	64
APÊNDICE 1	67
APÊNDICE 2	70
APÊNDICE 3	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Estado Civil	29
Figura 2. Nível de Instrução	30
Figura 3. Ocupação	31
Figura 4. Situação Econômica.	32
Figura 5. Percentagem de sujeitos dos grupos.....	33
Figura 6. Distribuição da amostra por sexo em cada grupo.....	33
Figura 7. Percentagem de sujeitos do grupo experimental com parceiro alcoolista.	45
Figura 8. Percentagem de sujeitos do grupo experimental com pai e/ou mãe alcoolista.	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuições percentuais dos sentimentos e comportamentos com diferenças significantes, que os sujeitos experimentam, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p. Nesta tabela as porcentagens referem-se aos sujeitos que responderam “freqüentemente” ou “quase sempre”.....	35
Tabela 2. Distribuições percentuais de outros sentimentos com diferenças significantes, que os sujeitos experimentam, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p.....	38
Tabela 3. Distribuições percentuais dos sentimentos percebidos com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p.....	39
Tabela 4. Distribuições percentuais de outros sentimentos percebidos com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p.....	40
Tabela 5. Distribuições percentuais da maior preocupação dos sujeitos com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p.....	40
Tabela 6. Distribuições percentuais do maior desejo com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p	41
Tabela 7. Distribuições percentuais dos sentimentos experimentados em relação aos dependentes com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p.....	42
Tabela 8. Distribuições percentuais de como agem em relação aos dependentes, com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p	43
Tabela 9. Distribuições percentuais dos sentimentos por si mesmo com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p.....	43
Tabela 10. Distribuições percentuais dos fatos que marcaram a infância, com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p.....	44
Tabela 11. Distribuições percentuais das queixas freqüentes conforme prontuários, com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p	46
Tabela 12. Distribuições percentuais dos sintomas freqüentes que o sujeito associa com nervosismo e angústia, com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p.....	47
Tabela 13. Distribuições percentuais maior freqüência de consultas fora gestação, com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p	48

RESUMO

A prevenção e o tratamento à dependência química continuam merecendo a atenção do meio científico, e já é consenso levar-se em conta o meio no qual ela se desenvolve. No entanto, apesar de um número crescente de publicações, a codependência ainda é objeto de controvérsias. Objetivou-se aqui compreender mais profundamente a codependência, pesquisando-se um padrão relacional apresentado por pessoas de famílias com histórico de alcoolismo. Almejou-se averiguar dois aspectos: detectar um padrão de sentimentos em inter-relações de codependência, bem como investigar possíveis correlações entre esse padrão relacional na família e reincidência de sintomas psicossomáticos.

Entrevistaram-se 50 sujeitos, aleatoriamente convidados na sala de espera em Centro de Saúde pública. Responderam a um questionário e foi feito levantamento em seus prontuários, quanto aos sintomas e doenças não justificadas por exames de laboratório, bem como a frequência de consultas no período de 2000 a 2003. Excluíram-se da amostra pessoas alcoólatras e com deficiência mental. Incluiu-se no grupo experimental sujeito com histórico de alcoolismo em ao menos uma pessoa duas gerações diretamente acima, isto é, pais e/ou avós, e/ou duas gerações abaixo do entrevistado, isto é, filhos e/ou netos. Os demais constituíram o grupo controle.

Pela manipulação estatística das respostas encontrou-se evidência de diferença significativa em todos os itens pesquisados: nos sentimentos, comportamentos, lembranças da infância e expectativas, bem como nos dados de prontuários, sobre os sintomas e a frequência de consultas médicas. Concluiu-

se que existe um padrão relacional típico da codependência; que emergem sujeitos com tal padrão em famílias com histórico de alcoolismo; que sujeitos codependentes utilizam mais freqüentemente os serviços da saúde e apresentam sintomas psicossomáticos mais freqüentemente que a média das pessoas sem esse padrão relacional.

ABSTRACT

The prevalence and treatment of addiction continues to require the attention of the scientific world but it is already understood that the environment in which it develops should be studied. However, despite of the growing numbers of publications, codependence is still the object of controversy. This work aims at better understanding codependence, investigating a relationship pattern presented in family members with a history of alcoholism. Two aspects were investigated. The pattern of inter-relationship feelings within codependency was studied as well as possible correlations between this relationship pattern in the family and re-incidence of the psychosomatic symptoms.

Fifty individuals were randomly interviewed in a public health center. They filled in a questionnaire and any symptoms and illnesses not justifiable by laboratorial tests were reviewed on their medical report cards. Also the number of consultations each patient made in 2002 and 2003 was recorded. Alcoholics and mentally handicapped patients were excluded from the study. The study group included individuals with a family history of parents or grandparents who suffered from alcoholism or alternatively, children or grandchildren suffering from the same disease. The remaining interviewees formed a control group.

Statistical analysis of the responses demonstrated evidence of a significant difference in all the items studied: feelings, behavior, childhood memories and number of medical consultations. In conclusion, there is a typical relationship pattern in codependency; individuals from families with a

history of alcoholism have specific characteristics; codependent subjects consult health professionals more often and present psychosomatic symptoms more frequently compared to the average person without this history.

INTRODUÇÃO

A evolução tecnológica ocorrida nas últimas décadas tem imprimido considerável impacto no estilo de vida da população⁽¹⁾. Fatores estressores múltiplos assolam indivíduos e grupos. Em acréscimo àqueles estressores naturais e predizíveis na evolução do ciclo de vida da família, tais como o nascimento ou o casamento de um filho, fatores estressores não predizíveis, como uma morte prematura, uma enfermidade crônica ou uma situação traumática forte, impactam e exercem reflexos nas relações entre os indivíduos e em sua saúde.

O próprio grau de flexibilidade com que o indivíduo consegue interagir, seja com as mudanças naturais e esperadas, seja com aquelas impostas ou não predizíveis em seu contexto, pode ainda ser influenciado por outra ordem de fatores estressores que são internos e transgeracionais. Interferem na subjetividade da apreensão de mundo⁽²⁾ e no estilo de repostas.

Dentre os estressores não predizíveis na família, o alcoolismo, muitas vezes acompanhado por segredos, tabus e entraves na expressão e comunicação, afeta o sujeito e suas relações. É possível que exista alguma correlação entre pessoas com histórico de alcoolismo na família e alterações na saúde em mais de uma geração. Uma compreensão mais clara dos riscos para a saúde em tais famílias, pode favorecer o êxito na prevenção, menos onerosa – quer no aspecto financeiro, quer no emocional - que qualquer intervenção curativa para efeitos de saúde pública.

Por outro lado, embora a literatura apresente muitos estudos focando a dependência química, e haja mesmo uma atenção crescente em relação à sua família, observam-se lacunas na identificação de um possível padrão relacional e comportamental em

sujeitos no grupo familiar - relações de codependência^(3,4) - bem como quanto a sintomas psicossomáticos que possam apresentar.

No presente estudo, conceitos da psicossomática e da abordagem sistêmica esboçam fundamentos. Autores tais como Murray Bowen, Ivan Boszormeny-Nagy, Mônica McGoldrick⁽⁵⁾, representantes da Escola Transgeracional de Terapia Familiar, defendem que toda gama de legados familiares, incluindo segredos, mitos e padrões relacionais intervêm no *modus vivendi* dos membros desse grupo. Interferem também nas saídas, inconscientemente eleitas, quanto à possibilidade de comunicação e expressão de sentimentos, na qualidade das relações, e na saúde ou doença que podem ser entendidas como mensagens metafóricas.

Um olhar sistêmico investiga a *função* da doença na família. Uma seqüência de interações pode ser a metáfora de outra cadeia relacional. Madanes⁽⁶⁾ entende a dor infantil como uma possível mensagem, que pode ter um segundo significado – e pode estar relacionado com outra pessoa. Pode expressar que foi machucada afetivamente, ou que um dos pais está sofrendo. Um filho doente pode estar metaforizando uma dificuldade relacional entre os pais. Sentir um clima de hostilidade e bipartição entre os adultos pode acometer fantasias, percepções e sentimentos diversos, freqüentemente não expressos verbalmente. Para a criança pode “parecer” menos oneroso adoecer a ter que eleger um dos pais.

A medicina psicossomática leva em conta fatores múltiplos na compreensão da saúde na interface física, contextual e psíquica. Propõe uma visão mais complexa da doença, em oposição a uma antiga e já abandonada explicação unicausal. Representa um passo suplantando o pensamento cartesiano e fisiologista. Amplia uma compreensão do humano, que não dispensa facetas de sua natureza complexa. A visão mecanicista fisio-

lógica faz sentido como um aspecto que pode ser observado separadamente de forma artificialmente didática. Uma particularidade daquela.

Já no final do século XIX, Georg Groddeck⁽⁷⁾, filho de um clínico geral interessado na história de seus pacientes e aluno de Schweninger, médico carismático adepto de Hipócrates, questionava sobre o que diferencia o homem das demais espécies, que o torna mais vulnerável. Refletia sobre o relativo despreparo com que chega ao mundo e sobre a expressão da subjetividade deste ser tão poderosamente modificador de seu habitat, que se torna gregário pela dependência e não pelo instinto. De uma família de intelectuais, interessado em literatura e trabalho social, Groddeck fundou um sanatório em 1900 em Baden-Baden e deixou importantes escritos; porém apenas recentemente tem recebido o reconhecimento de precursor da psicossomática.

Autores contemporâneos⁽⁸⁾ têm ampliado conceitos e consolidado a prática profissional mediante pesquisas envolvendo patologias específicas, tais como psoríase, asma, transtornos respiratórios, diabete, transtornos ósseos, cefaléias, acidentes cerebrovasculares e muitas outras.

Esperando-se contribuir com as instituições de saúde, com subsídios que norteiem trabalhos de prevenção, o presente estudo foi elaborado com o propósito de compreender mais profundamente a codependência. Propõe-se, por um lado, levantar e tecer comparações com o que já existe na literatura, sobre algumas diferenças comportamentais entre sujeitos com ou sem histórico de alcoolismo na família e, por outro lado, levantar algo novo, pesquisando possíveis correlações com sintomas psicossomáticos.

Objetivos

Interessamo-nos por famílias com alcoolismo sob dois aspectos, da codependência e da incidência de sintomas psicossomáticos. Pretende-se investigar e correlacionar padrões de sentimentos entre parceiros e descendentes de alcoólatras e experimentar um inventário que levante dados comuns, previamente elaborado a partir de algumas indicações da literatura. Paralelamente, pretende-se levantar sintomas e síndromes comumente relatados por pacientes com somatização, incidentes em pessoas pertencentes a famílias com alcoolismo, e comparar com a incidência de sintomas e síndromes em pessoas sem histórico de alcoolismo na família.

Objetivos Específicos

Mais diretamente constituirão objetivos da tese:

- Elaborar e testar um questionário semi-aberto para levantamento de sentimentos e ações (com base na literatura sobre codependência) e sintomas psicossomáticos.
- Rever e aplicar o questionário entrevistando sujeitos aleatórios da sala de espera em Centro de Saúde Público.
- Levantar sintomas e doenças recorrentes e frequência de consultas nos prontuários dos entrevistados.
- Separar as entrevistas em dois grupos, com ou sem histórico de alcoolismo na família.
- Levantar as respostas com diferença significativa entre os grupos.

REVISÃO DA LITERATURA

Nos transtornos de somatização, “o sofrimento emocional ou situações de vida difíceis são experimentados como sintomas físicos.”⁽⁹⁾ Muito comuns – Servan-Schreiber, Colb e Tabas relatam que em um estudo não se encontrou causa orgânica em mais de 80% das consultas em atendimento primário - os pacientes apresentam-se com queixas físicas como tontura, dor no peito ou cansaço. Além do alto custo - a quantidade de recursos da saúde utilizados por pacientes com tais transtornos gera, segundo os referidos autores, nove vezes mais custos que o paciente médio – altos níveis de sofrimento e incapacidade relatados, apontam para a necessidade de medidas preventivas.

O sistema familiar está sujeito a pressões e contrapressões entre seus membros e dos sistemas mais amplos que o contêm, tais como a família ampliada e a sociedade, com suas variáveis culturais, políticas e econômicas^(10,11). Entre as famílias com presença de alcoolismo encontram-se variáveis comuns, tanto em seus pares diretos, quanto em gerações à frente, o que tem sido objeto de muitos estudos^(4,12,13). Tais aspectos poderiam contribuir para delinear-se uma tipologia característica e previsível de relacionamento.

Neste estudo intenta-se aprofundar uma compreensão da codependência em seu aspecto relacional e da saúde dos sujeitos afetados quanto a sintomas e doenças psicossomáticas.

Quanto a codependência

O conceito de codependência, como uma obsessão familiar sobre o comportamento e bem estar do dependente, em que o eixo da organização familiar passa a ser o controle do consumo alcoólico, foi introduzido por Wegsheider* em 1981.

Codependência tem se tornado um importante conceito no tratamento do abuso de substâncias, ainda que haja discrepâncias quanto a sua descrição⁽¹²⁾. De maneira ampla, o termo codependente refere-se àquela pessoa que convive de forma direta com algum sujeito que apresenta alguma dependência química, e em especial, ao álcool. E por extensão às pessoas que por qualquer outro motivo viveram uma prolongada relação parentalizada na família de origem, assumindo precocemente responsabilidades inadequadas para a idade e o contexto cultural.

Apesar de controvertidas descrições, concorda-se no entanto sobre o caráter relacional e sistêmico da codependência, em que o segredo e o silêncio pautam um acordo tácito na família e/ou na instituição, de não falar francamente sobre o problema. As características mais frequentemente descritas pela literatura^(3,4,12,14) incluem:

- Uma forte tendência a cuidar e/ou controlar o outro, em detrimento de suas próprias necessidades;
- Tendência a balizar a auto-estima em assumir a maior parte da responsabilidade nos relacionamentos;
- Tolerância elástica em dar outra chance ao outro, ainda que sentindo mágoa, raiva ou desrespeito;
- Grande dificuldade de perceber, de impor e de respeitar limites;

* Wegsheider apud Figlie NB, Pillon SC, Dum J, Laranjeira R. Orientação familiar para dependentes químicos: perfil, expectativas e estratégias. J bras. Psiquiatr;48(10):471-8, out. 1999. tab

- Impulsividade;
- Oscilação freqüente entre desvalia e sentimentos de supervalorização (“herói”);
- Sentimentos de autopiedade, rancor por falta de reconhecimento e traição;
- Dificuldade em expressar sentimentos e demonstrar ou receber afetos, mesmo sentindo falta;
- Dificuldade no relacionamento sexual;
- Hipersensibilidade a críticas;
- Atração por parceiros emocionalmente instáveis, explosivos ou quimicamente dependentes e dificuldade para sair de tais relacionamentos, com tendência à repetição.
- Oscilações freqüentes entre “vítima”, sofrendo agressão física e/ou sexual e “algoz”, compulsivo, de seu(s) dependentes.

Muito embora não exista na CID-10⁽¹⁵⁾ o reconhecimento de um padrão de personalidade dito codependente, parece haver um padrão relacional de codependência. Quem sabe possa representar alguma contribuição à própria classificação das doenças, contudo, elucidar correlações psicossomáticas poderia ser particularmente útil enquanto alerta para fundamentar investimentos em prevenção e também como caracterização das perturbações associadas a codependência.

Quanto à psicossomática

É possível que condições de estresse constante favoreçam um estado físico de alerta contínuo. Simmons⁽¹⁶⁾ afirma que a tensão inibe a reparação dos tecidos e que tem um efeito debilitador sobre o sistema imunológico, predispondo o organismo a doenças. Em sua própria formação individual, o homem recebe em sua herança filogenética caracteres que lhe conferem potencialidades e fragilidades^(17,18), mas formará uma estru-

ra própria na inter-relação com o ambiente, desde os contatos mais primitivos, pautados em um *modus nascendi* mais favorável ou mais agressor a homeostasia.

Por outro lado, em âmbito individual, em 1926 Freud sustentava que “o afeto equivale a um ataque histérico típico, universal e congênito, como repetição de uma atividade motora outrora justificada”⁽⁸⁾. Cada afeto pode manifestar-se como um processo de descarga cujas últimas manifestações podem ser percebidas desde manifestações somáticas até o que reconhecemos como sentimentos.

Ávila⁽¹⁹⁾ pontua que já em 1883, em um de seus artigos, considerado pré-psicanalítico, Freud propõe-se a demonstrar que pode haver alteração funcional sem alteração orgânica concomitante, lançando bases para a psicossomática. Ávila apresenta um levantamento histórico evidenciando pontos-chave na evolução nessa área da saúde. Reconhece no alemão Georg Groddeck^(7,19) o precursor da psicossomática psicanalítica, apontando a importância dos estudos sobre as neuroses de guerra, propiciados pela Primeira Guerra Mundial, e assinala divergências no desenvolvimento desse novo campo da medicina.

Revisando a história da medicina, Ávila apresenta um texto do século XV a.C. sobre a civilização hindu, rivalizável aos tratados deixados no quinto século a.C. por Hipócrates, cujos processos diagnósticos se compunham de perguntas minuciosas acerca da doença e das circunstâncias correlatas. O próprio Hipócrates discordou da medicina de Cós, que privilegiava a doença e seus sintomas, doutrinando a importância do doente, cujo corpo se compõe de quatro humores (sangue – efusivo e ardente; bílis amarela; bílis negra -causador da melancolia irascibilidade e hipocondria, e fleuma - causador da indolência e apatia). A saúde e a doença dependiam do estado de equilíbrio entre os humores. Acreditava que o organismo tinha meio próprio de cura, de reequilíbrio dos

humores. Fazia apelos à moralidade, à honestidade e caridade e sua terapêutica consistia em auxiliar o organismo a defender-se contra tais desequilíbrios.

Em carta a Freud, Jung escreve em 23 de outubro de 1906⁽²⁰⁾, sobre a estudante de medicina russa Sabina Spielrein, comunicando estar aplicando o método freudiano na cura de uma histeria com histórico de retenção de fezes. No ano seguinte Jung apresentou o caso em congresso de psiquiatria e neurologia, definindo o caso como “histeria psicótica”. A própria Sabina mais tarde faz menção a ligação entre filhos, gatinhos (das alucinações de Sabina) e doenças.⁽²⁰⁾

Até o final dos anos 40 a maioria dos estudos sobre psicossomática baseou na psicanálise, na época em franco desenvolvimento. A Escola de Chicago⁽²¹⁾ sob a direção de Alexander e French, aliando psicanálise, gestalt e os avanços da neurologia e endocrinologia, trabalhou com a hipótese da especificidade da doença, que supunha respostas fisiológicas aos estímulos emocionais, variando entre normais ou mórbidos, conforme a natureza do estado emocional desencadeante. De forma que a cada doença haveria um quadro emocional ou um tipo de personalidade correspondente. Embora linear, causal e reducionista em sua conceitualização, Alexander⁽²¹⁾ fez análises clínicas significativas descrevendo sete doenças mais tarde chamadas de psicossomáticas: retocolite ulcerativa, úlcera gástrica, asma brônquica, hipertensão arterial, alterações cardíacas e alergias de pele.

A Escola Psicossomática de Paris representada por Marty, M'Uzam e David⁽²¹⁾, também dentro da linha psicanalítica, apresenta como idéia central uma distinção entre pacientes psicossomáticos e os demais pela pobreza do mundo simbólico: sonham pouco e seus sonhos são realistas. Predominam o pensamento operatório, a orientação pragmática, o concreto e a pouca elaboração psíquica. De forma que, pela pouca ligação

com o próprio inconsciente e pela incapacidade de simbolizar, frente a um estresse esse paciente reagiria com uma doença somática. Assim as doenças orgânicas diferem-se das psicossomáticas pela falta de significação simbólica, pela falta de sentido.

Embora nos anos 70 outros autores compartilhassem essas idéias corroborando-as com a aceitação de que os pacientes psicossomáticos seriam alexitímicos, incapazes de reconhecer e expressar sentimentos, essa idéia foi combatida pelo reconhecimento, na prática, de manifestações psicossomáticas em histéricos, obsessivos e psicóticos.

Para Mello Filho⁽¹⁶⁾ distinguem-se três fases na evolução da psicossomática: uma fase inicial ou psicanalítica; intermediária ou behaviorista e atual ou multidisciplinar. A primeira foi marcada pelas teorias da regressão, sobre ganhos secundários e estudos sobre a gênese inconsciente da enfermidade. Na segunda predominaram estudos positivistas sobre estresse e as pesquisas em homens e animais, valorizando-se as ciências exatas. A fase atual, com características pós-modernas, emerge de teorias diversas em interconexão, a importância do social e da visão psicossomática.

Entre estudiosos da medicina psicossomática, o grupo de Chiozza, Aizenberg, Baldino, Obsfeld, Busch, Dayen e outros, explica que “o deslocamento ‘dentro’ da ‘chave de inervação’ de um afeto faz com que o processo de descarga deforme a configuração deste afeto”, de tal maneira que, ao tornar-se consciente “desprovido do seu significado emocional, adquire ali a categoria de um processo somático”⁽⁸⁾.

De forma que a enfermidade somática pode ser concebida como a decomposição de um afeto em seu feixe de inervação, como o deslocamento do investimento que não se realiza. Deduzem estes autores de afirmações de Freud⁽⁸⁾ que “tanto a histeria como a linguagem extraem, talvez, seus materiais da mesma fonte”^{*}.

* Freud (1915, 1895). “O Inconsciente”. Apud Chiozza LA. (org); 1997. p. 149.

Esta é uma visão do ser humano como indivíduo, na sua relação consigo mesmo e com o mundo; observado a partir de sua estrutura interna.

Não se pode deixar de observar o sujeito em seu contexto, não apenas familiar mas sócio cultural e econômico. Palazzoli relaciona a anorexia nervosa ao padrão evolutivo organizacional da família, porém observa que a anorexia ocorre com maior frequência em países onde a alimentação é abundante. “Em países do Terceiro Mundo, onde a comida é um bem escasso e regulado, a literatura não registra casos de anorexia nervosa”⁽²²⁾. Porém esta afirmação merece revisão. Veja-se o próprio Brasil, onde a anorexia ocorre com alguma frequência, parece precipitado generalizar-se tal conclusão.

Dunbar, Deutsch e Alexander são reconhecidos* como pioneiros da psicanálise em busca de perfis psicológicos para diferentes quadros psicossomáticos, de asma brônquica, hipertensão essencial, neurodermatite, úlcera péptica, artrite dermatóide, tireoideose e colite ulcerativa. Grünspun⁽²³⁾ defende que os distúrbios psicossomáticos da criança são manifestações de depressão infantil. O mencionado grupo de Chiozza defende que muitos outros distúrbios, tais como a psoríase, transtornos respiratórios, varizes, diabetes, cefaléias, transtornos ósseos e mesmo acidentes cerebrovasculares ocultam afetos, ali, vivos e representados. Atualidade e história, presentificadas; pois que, “repetimos na nossa conduta precisamente o que nos é doloroso lembrar..”⁽⁸⁾.

A Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais⁽¹⁵⁾ definem vários transtornos somatoformes. Publicações científicas têm alertado sobre a importância de se identificar o processo de somatização e da preocupação somática, propondo que, uma vez identificado, o tratamento de diferentes transtornos se baseia em princípios semelhantes.

* Dunbar, Deutsch, Alexander () apud Grünspun H. Teorias de desenvolvimento dos distúrbios psicossomáticos na criança, cap. 2, In Distúrbios psicossomáticos da criança - corpo que chora. Rio de Janeiro. São Paulo: Livraria Atheneu; 1988.

Duas características são necessárias para estabelecer um diagnóstico positivo de somatização no atendimento primário: acima de três sintomas vagos ou exagerados, muitas vezes em sistemas orgânicos diferentes, e, evolução crônica, com mais de dois anos.

Embora a maioria dos sintomas e síndromes identificados em pacientes com transtornos somatoformes também ocorra em pacientes com patologia orgânica, os que somatizam têm muitos sintomas – em vários sistemas orgânicos, com longa duração - e são impossíveis de verificar.

Tem-se associado os transtornos somatoformes a vários transtornos psiquiátricos, entre eles os transtornos por abuso de substância. Os maus tratos no início do desenvolvimento também têm sido associados com preocupações somáticas. Ter experimentado combinações de maus tratos – abuso sexual, físico ou emocional – pode ser o elemento mais preditivo de preocupação somática quando adulto^(24,25). Como na família com histórico de alcoolismo é comum esse elemento⁽¹³⁾, é possível que se encontre preocupação somática nesse grupo.

Publicações especializadas na área médica^(26,27,28) alertam quanto ao diagnóstico da somatização, que deve levar em conta a presença de múltiplos sintomas, frequentemente em diferentes sistemas orgânicos; sintomas vagos ou que excedam os achados objetivos; evolução crônica; presença de um transtorno psiquiátrico; história de extensos exames para diagnóstico e a rejeição de médicos anteriores.

Nesta pesquisa considerou-se a somatização como “uma tendência a experimentar e comunicar sofrimento somático em resposta a estresse psicossocial e a procurar ajuda médica por isso”⁽²⁶⁾. Adotaram-se os sintomas e síndromes comumente relatadas por pacientes com somatização, conforme as informações de Blackwel e De Morgan⁽²⁷⁾:

Sintomas gastrointestinais: vômitos, dor abdominal, náuseas, distensão abdominal e excesso de gases, diarreia e intolerâncias alimentares.

Sintomas dolorosos: dor difusa, dor nas extremidades, dor nas costas, dor articular, dor durante a micção, cefaléias.

Sintomas cardiorrespiratórios: falta de ar em repouso, palpitações, dor no peito, tonturas.

Sintomas pseudoneurológicos, amnésia, dificuldade para deglutir, perda de voz, surdez, visão dupla ou borrada, cegueira, desmaios, dificuldade para caminhar, pseudo-criSES epilépticas, fraqueza muscular.

Sintomas dos órgãos reprodutivos: sensação de queimação nos órgãos sexuais, dispareunia, menstruação dolorosa, ciclos menstruais irregulares, sangramento menstrual excessivo, vômitos durante a gravidez, dificuldade para urinar.

Síndromes: alergias alimentares vagas, precordialgia atípica, síndrome da articulação temporomandibular, hipoglicemia, síndrome da fadiga crônica, fibromialgia, deficiência vitamínica vaga, síndrome pré-menstrual, múltipla hipersensibilidade química.

Segundo Righter EL e Sansone RA “os pacientes somaticamente preocupados são um grupo heterogêneo de pessoas que não tem distúrbio físico genuíno, mas manifestam conflitos psicológicos de maneira somática; que têm revestimento psicológico notável que acompanha ou complica um distúrbio físico genuíno; ou que têm sintomas psicofisiológicos em que fatores psicológicos desempenham um grande papel nos sintomas fisiológicos”.⁽²⁸⁾

Sua etiologia não está esclarecida. É mais prevalente, no atendimento primário, que os distúrbios somatoformes (transtornos somatoformes, hipocondríase). São indicativos para o diagnóstico, além do alto número de consultas com resultados de exames

negativos, com múltiplos sintomas sem explicação, fatores específicos na família e na história social.

Transtorno psicogênico e psicossomático segundo a CID-10

Na CID-10 os transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes foram agrupados “devido à sua associação histórica ao conceito de neurose e à associação de uma substancial (embora incerta) proporção desses transtornos a causação psicológica”⁽¹⁵⁾. Consta que a palavra neurose foi originalmente introduzida no século XVIII por William Cullen (1710-1790), referindo-se a um “problema do sistema nervoso que não tem causas demonstráveis”⁽²⁹⁾.

O termo transtorno é adotado pela Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, evitando o uso de outros, tais como doença ou enfermidade, para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos associados a sofrimento e interferência com funções pessoais. Quando utilizado, o termo psicogênese, já descrito como “relativo a ou próprio de fenômenos somáticos com origem psíquica”⁽²⁹⁾ indica que “o clínico considera eventos de vida ou dificuldades óbvios como tendo um papel importante na gênese do transtorno”⁽¹⁵⁾.

Transtornos psicossomáticos são encontrados na CID em F44 (transtornos dissociativos ou conversivos), F45 – (transtornos somatoformes), F50 – (transtornos alimentares), F52 – (disfunção sexual) e F54 – (fatores psicológicos ou de comportamento associados a transtornos ou doença classificados em outros blocos)

F44 Transtornos dissociativos ou conversivos

Agrupam uma série de transtornos que guardam em comum uma perda parcial ou total “da integração normal entre as memórias do passado, consciência de identidade e

sensações imediatas e movimentos corporais”⁽³⁰⁾. Na CID afirma-se haver normalmente certo grau de controle consciente sobre memórias e sensações que podem ser selecionadas como foco da atenção imediata bem como sobre os possíveis movimentos. Os transtornos dissociativos, anteriormente classificados como histeria de conversão, estão definidos pelo comprometimento da presumida capacidade de exercer esse controle seletivo e consciente do foco de atenção, com perda de funções. A perda de funções pode estar, não se sabe até quanto, sob controle voluntário.

Presume-se que os transtornos dissociativos são psicogênicos em origem, associados no tempo a problemas insolúveis ou intoleráveis, eventos traumáticos, ou relacionamentos perturbados. Portanto, é possível fazer suposições sobre os meios da pessoa para lidar com situações intoleráveis.

A conversão implica em que o afeto desprazível associado a questões e conflitos não resolvidos é de alguma forma transformado em sintomas.

Diretrizes diagnósticas, segundo a CID-10:

“Para um diagnóstico definitivo, os seguintes critérios devem estar presentes:

- (a) os aspectos clínicos, como especificados para os transtornos individuais em F44. _;
- (b) nenhuma evidência de um transtorno físico que pudesse explicar os sintomas;
- (c) evidência de causação psicológica, na forma de clara associação no tempo a acontecimentos e problemas estressantes ou relacionamentos perturbados (ainda que negados pelo indivíduo).”

Na presença de transtornos conhecidos do sistema nervoso central ou periférico recomenda-se cautela perante o diagnóstico. Deve permanecer provisório o diagnóstico na falta de evidências para causação psicológica, continuando-se a investigação em ambos os aspectos, físicos e psicológicos.

“Inclui: histeria de conversão; Reação de conversão; Histeria; psicose histérica

Exclui: simulação (consciente)”⁽¹⁵⁾.

F 45 Transtornos Somatoformes

“O aspecto principal desse grupo é a apresentação repetida de sintomas físicos acompanhados de persistente solicitação por investigações médicas”⁽¹⁵⁾, ainda que não se encontrem resultados positivos e que os médicos reassegurem não haver base física para os sintomas. Possíveis transtornos físicos presentes não justificam a extensão dos sintomas nem a angústia e a preocupação do paciente. O paciente reluta em admitir causas psicológicas ainda quando os sintomas tiveram início e a continuação concomitante com eventos de vida desagradáveis, dificuldades ou conflitos. Mesmo quando há evidências de sintomas depressivos e ansiosos.

Diagnóstico diferencial:

Como as sensações físicas são evidentes e desagradáveis, a persistência por investigação médica tende a ocorrer frequentemente e a diferenciação com delírios hipocondríacos depende, muitas vezes, de um conhecimento profundo do paciente.

F45.0 Transtorno de somatização

Sintomas físicos múltiplos, recorrentes e mutáveis, em geral estão presentes por vários anos antes que o paciente seja encaminhado para a avaliação psicológica. Podem ocorrer sintomas referentes a qualquer parte ou sistema do corpo, são mais comuns às sensações gastrintestinais, cutâneas e erupções ou manchas. É comum a presença de depressão e ansiedade, que podem justificar tratamento específico. O transtorno de somatização, mais freqüente em mulheres a partir do início da idade adulta, é crônico e flutuante, e freqüentemente está associado com rompimento social, familiar e interpessoal.

Diretrizes diagnósticas, segundo a CID-10:

“Um diagnóstico definitivo requer a presença de tudo o que se segue:

pelo menos dois anos de sintomas físicos múltiplos e variados para os quais nenhuma explicação adequada foi encontrada;

recusa persistente de aceitar a informação ou o reassseguramento de diversos médicos de que não há explicação física para os sintomas;

certo grau de comprometimento do funcionamento social e familiar atribuível à natureza dos sintomas e ao comportamento resultante”⁽¹⁵⁾.

Inclui: transtorno psicossomático múltiplo e síndrome de queixas múltiplas.

Diagnóstico diferencial: é essencial a diferenciação com os transtornos:

Transtornos físicos: como a possibilidade de desenvolver doenças físicas é tão presente como nas demais pessoas é necessário cautela para fazer o diagnóstico, levando cuidadosamente em conta se há alteração na ênfase ou na duração dos sintomas, que sugiram doença física.

Transtornos afetivos (depressivos) e de ansiedade: em geral presentes no transtorno de somatização, apenas serão especificados separadamente se forem muito acentuados. Em mulheres após os 40 anos o transtorno de somatização pode marcar o início de uma depressão.

Transtorno hipocondríaco: diferenciam-se quanto ao foco. Enquanto no transtorno de somatização enfatiza-se os sintomas e seus efeitos individuais, no hipocondríaco a atenção recai à presença de um processo mórbido sério e progressivo e suas conseqüências incapacitantes. As solicitações ao médico recaem sobre a natureza da doença no hipocondríaco, já no transtorno de somatização a ênfase é sobre a eliminação dos sintomas. Enquanto no transtorno de somatização ao mesmo tempo há um descumprimento das orientações médicas e uma tendência ao uso exagerado de medicamentos, no hipocondríaco a pessoa teme os efeitos colaterais e buscam reassseguramento em diferentes médicos.

Transtornos delirantes: a qualidade bizarra das crenças é mais comum nos transtornos delirantes tais como esquizofrenia com delírios somáticos e transtornos

depressivos com delírios hipocondríacos. Nos transtornos delirantes há também menos sintomas físicos de natureza mais constante.

F45.1 Transtorno somatoforme indiferenciado

Deve ser considerada essa categoria quando as queixas físicas mostram-se variadas e persistentes, porém o quadro clínico completo típico do transtorno de somatização não é preenchido. Ou pode faltar dramaticidade às queixas, ou apresentar poucos sintomas físicos, ou pode estar ausente o comprometimento associado do funcionamento social e familiar. Ainda que não haja uma explicação para causação psicológica, não deve haver nenhuma base física para os sintomas.

Diagnóstico diferencial: como para síndrome completa do transtorno de somatização.

F45.2 Transtorno hipocondríaco

Preocupação persistente de ter um ou mais transtornos físicos sérios e progressivos. Em geral abordam um ou dois órgãos ou sistemas do corpo, manifestando queixas somáticas persistentes e preocupação com sua aparência física. Tendem a interpretar sensações normais ou banais como preocupantes e angustiantes, e a uma convicção da presença de outros transtornos físicos além do principal apresentado.

Ocorre tanto em homens como em mulheres, em geral antes dos 50 anos. Depressão e ansiedade marcante pode justificar um diagnóstico adicional.

Tende a ser mal aceito o encaminhamento ao psiquiatra. O grau de incapacidade é variável, alguns dominam ou manipulam a família e as relações sociais com seus sintomas, outros, uma minoria, funcionam quase normalmente.

Diretrizes diagnósticas:

Um diagnóstico definitivo requer:

- (a) Crença persistente na presença de ao menos uma doença física séria causando o sintoma ou sintomas apresentados, ainda que investigações e exames repetidos não tenham identificado qualquer explicação física adequada, ou uma preocupação persistente com uma desfiguração ou deformação;
- (b) Recusa persistente de aceitar a informação ou o reassuramento de vários médicos de que não há nenhuma doença ou anormalidade física causando os sintomas.

Inclui: transtorno disfórmico corporal; dismorfobia (não delirante); neurose hipocondríaca; hipocondria; nosofobia.

Diagnóstico diferencial:

Transtorno de somatização: diferem quanto ao número e foco da preocupação. No transtorno de somatização há ênfase nos (múltiplos e frequentemente mutáveis) sintomas

enquanto na hipocondria, na doença séria (um ou dois transtornos físicos) e suas consequências futuras.

Transtornos depressivos: caso os sintomas depressivos forem proeminentes e precedem os hipocondríacos, o transtorno depressivo pode ser primário.

Transtorno delirante: um transtorno no qual o paciente está fixamente convencido de que tem uma aparência desagradável ou uma deformidade, deve ser classificado sob transtorno delirante (depressivos e esquizofrênicos acompanhados por delírios somáticos).

Transtornos de ansiedade e de pânico: embora por vezes os sintomas de ansiedade possam ser interpretados como doença física séria, o paciente tranquiliza-se com explicações fisiológicas e as convicções sobre a presença de doença física não evoluem.

F45.3 Disfunção autonômica somatoforme

Diretrizes diagnósticas:

Um diagnóstico definitivo requer:

- (a) sintomas de excitação autonômica, tais como palpitações, sudorese, tremor, rubor, os quais são persistentes e incômodos;
- (b) sintomas subjetivos adicionais relacionados a um órgão ou sistema específico;

- (c) preocupação e angústia quanto à possibilidade de um transtorno sério (mas frequentemente inespecífico) do órgão ou sistema citado, as quais não respondem a explicações e tranquilização repetidas pelos médicos;
- (d) nenhuma evidência de uma perturbação significativa de estrutura ou função do sistema ou órgão citado.

Diagnóstico diferencial: diferencia-se do transtorno de ansiedade generalizada pela predominância dos componentes psicológicos de excitação autonômica, tais como medo e expectativa ansiosa no transtorno de ansiedade generalizada e a falta de um foco físico consistente para os outros sintomas. Também se diferencia dos transtornos de somatização pois, embora nesses possa haver sintomas autonômicos, eles não são persistentes em comparação com os outros sintomas e sentimentos, e, os sintomas não são tão persistentemente atribuídos a um órgão ou sistema citado.

Um quinto caractere pode ser usado para classificar os transtornos individuais desse grupo, indicando o órgão ou sistema considerado pelo paciente como a origem dos sintomas:

F45.30 Coração e sistema cardiovascular

Inclui: neurose cardíaca; síndrome de da Costa; astenia neurocirculatória.

F45.31 Trato gastrintestinal superior

Inclui: neurose gástrica; aerofagia, soluço, dispepsia e pilorospasmo psicogênicos.

F45.32 Trato gastrintestinal inferior

Inclui: flatulência, síndrome do colo irritável e síndrome da diarreia gasosa psicogênicas.

F45.33 Sistema respiratório

Inclui: formas de tosse e hiperventilação.

F45.34 Sistema geniturinário

Inclui: frequência aumentada de micção e disúria psicogênicas.

F45.38 Outro órgão ou sistema

F50 – F59

Síndromes comportamentais associadas a transtornos fisiológicos e fatores físicos

Os transtornos alimentares (F50) vêm sendo objeto de estudo por psicossomáticos e terapeutas de família.

Entre os transtornos não orgânicos de sono (F51), a insônia apenas é configurada se a perturbação ocorreu ao menos três vezes na semana por ao menos um mês, sendo acompanhada de preocupação “excessiva” sobre suas conseqüências.

Disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica (F52) inclui falta ou perda de desejo sexual, aversão sexual e falta de prazer sexual, falta de resposta genital, disfunção orgásmica, ejaculação precoce, vaginismo não-orgânico, dispareunia

não-orgânica, impulso sexual excessivo, outras disfunções sexuais, não causadas por transtorno ou doença orgânica e disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica, não especificada.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Embora a literatura venha apresentando muitos estudos sobre o codependente, não se conseguiu, em levantamento bibliográfico, referências sobre estudos comparati-

vos que comprovem um perfil dessa população, bem como dados estatísticos sobre sua saúde.

Procedeu-se por um estudo exploratório retrospectivo, com duas hipóteses:

H₁- Quanto à existência e construção de padrões de codependência:

Pessoas que crescem convivendo em lares com histórico de alcoolismo tendem a apresentar (quando adultos) um conjunto típico de sentimentos tais como aqueles descritos abaixo, ímpetos, comportamentos e expectativas internas na busca de parceiros, com maior frequência que pessoas que crescem em lares sem tais situações presentes. Tal conjunto tem sido mais descrito pela literatura como:

- Tendência excessiva (ou necessidade) de cuidar/controlar outrem;
- Tolerância excessiva (elástica) em dar outra chance ao outro, mesmo que sintam mágoa e/ou raiva pelo desrespeito a limites;
- Tendência a não enxergar inícios evidentes de transgressão a limites; ou grande dificuldade de impor e de respeitar limites;
- Tendência a guardar rancores e a sentir como traição ações que, por vezes, eram neutras (persecutoriedade);
- Sentimento de estar sendo lesado(a) nos direitos pessoais, com frequência; mesmo que, às vezes, descubra que não era realmente assim como lhe pareceu;
- Oscilação frequente entre sentir-se herói (heroína) e desvalia;
- Sentimento de autopiedade;
- Dificuldade de expressar sentimentos e de demonstrar afetos

H₂- Quanto à associação a ônus psicossomático e financeiro:

Pessoas provenientes de famílias com histórico de alcoolismo podem apresentar maior frequência de consultas e maior incidência de sintomas psicossomáticos que pessoas que vivem em lares com relacionamentos diferentes.

Quanto aos métodos de procedimento, recorreu-se ao estudo documental de dados de prontuários, portanto retrospectivo, e estatístico.

Estatística

Os dados foram analisados pelo qui-quadrado para proporções ou Teste Exato de Fischer resposta rara, quando o número de sujeitos apresentando a variável era inferior a 5. Também foi utilizado o Mann-Whitney, considerando-se, em todos os itens, significantes as diferenças entre os grupos nos casos em que o valor p foi menor ou igual a 0,05. As estatísticas descritivas foram apresentadas na forma de média, desvio padrão, Mediana, 1º. e 3º. quartil, valor-p e de porcentagem de resposta em cada grupo para os resultados que envolveram respostas ordinais e apenas as duas últimas formas para os demais resultados.

Procedimento Geral

A partir de alguns dados da literatura sobre codependência, elaborou-se um pré-teste sobre sentimentos e comportamentos, com múltipla escolha e questões abertas. Incluiu-se uma questão aberta sobre sintomas psicossomáticos.

No Centro de Saúde Cesarino Benfatti de Potirendaba, SP, convidaram-se aleatoriamente 40 pessoas da sala de espera para responder ao pré-teste, após consentimento

livre e esclarecido. Após a aplicação piloto, consultou-se a assessoria estatística, realizou-se o pré-teste, incluindo-se itens freqüentes nas questões abertas e procedeu-se à aplicação do mesmo a uma amostragem de 50 sujeitos, também aleatoriamente convidados na sala de espera do mesmo Centro de Saúde. O tamanho da amostra foi determinado segundo a orientação estatística.

Adotou-se como critério de inclusão no grupo codependente ter ao menos um parente ascendente ou descendente direto alcoólatra, até a segunda geração, em alguma época da vida. Constituíram o grupo controle os demais sujeitos entrevistados sem histórico de alcoolismo, nas relações ascendentes ou descendentes diretos. Excluiu-se da amostragem sujeitos que eram, eles próprios, alcoólatras, usuários de drogas ou portadores de patologias mentais, tal como categorizadas no CID-10.

Responderam ao questionário sobre sentimentos e comportamentos mais freqüentes, e, sobre a saúde, sintomas mais freqüentes frente à tensão ou angústia. Levantamento de dados de prontuário foram efetuados numa segunda etapa. Os resultados foram agrupados quanto à exposição de interesse: pessoas apresentam histórico de alcoolismo na família. Constituíram o grupo codependente, sujeitos com fator de exposição: histórico de alcoolismo na família. Os demais constituíram o grupo controle, não codependente.

Os eventos analisados foram:

- 1- Apresentar um padrão típico de sentimentos e comportamentos, com diferença significativa em relação ao grupo controle.
- 2- Apresentar sintomas psicossomáticos e freqüência de consultas com diferença significativa em relação ao grupo controle.

Para evitar viés de observação procederam-se alguns cuidados no delineamento da pesquisa:

- 1- Quanto ao pesquisador: a mesma pessoa aplicou todos os questionários. Como nem todas as pessoas sabiam ler, optou-se pela entrevista, com as questões lidas pelo aplicador. O levantamento em prontuário foi efetuado com a orientação e acompanhamento do pesquisador, que contou com a ajuda de uma pessoa. Dúvidas sobre os dados de prontuário foram esclarecidas por uma médica local.
- 2- Quanto aos participantes, foram excluídos sujeitos com histórico de alcoolismo que freqüentavam grupos de auto-ajuda ou grupos religiosos voltados à exposição de interesse.
- 3- Quanto ao instrumento de medida, a fim de verificar sua qualidade, só foi aplicado à amostra após os reajustes verificados na aplicação piloto.
- 4- Quanto à incidência-prevalência (viés de Newman) adotou-se o levantamento em prontuário, conforme os últimos quatro anos, por ter sido considerado compatível com a duração da exposição em estudo, à possibilidade de ocorrência dos sintomas, bem como de uma estimativa quanto à freqüência de consultas.

Considerações éticas

O material da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em 15 de maio de 2003. O trabalho ocorreu em duas etapas: piloto de meados de maio a junho de 2003 e pesquisa de julho a setembro de 2003. Antes do teste foi assinado um termo de consentimento livre e esclarecido.

Casuística

As pessoas foram entrevistadas no Centro de Saúde Cesarino Benfatti de Potirendaba, SP. Trata-se de um centro de saúde público, onde é atendida regularmente a demanda da cidade de Potirendaba e região, em torno de 350 adultos por semana, conforme informação da coordenação da unidade. Conta com três médicos em cada período, nas especialidades pediatria, clínica geral e ginecologia.

A amostra constituiu-se de 50 pessoas, 4 homens e 46 mulheres, que se encontravam na sala de espera do Centro de Saúde Benfatti de Potirendaba, uma unidade vinculada ao SUS, convidadas aleatoriamente.

Tinham entre 13 e 78 anos; idade média de 34,64 anos, desvio padrão 14,62.

Estado Civil: 36 (72%) casados ou amigados, 3 (6%) separados, 9 (18%) solteiros e 2 (4%) viúvos.

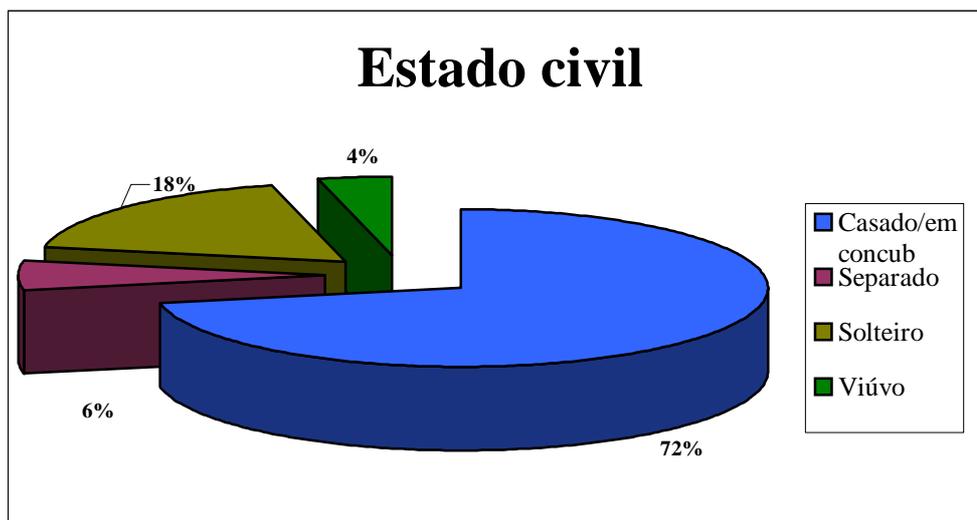


Figura 1. Estado Civil

Do total de sujeitos, quanto ao nível de instrução, constatamos que: 2 (4%) apenas sabiam assinar o nome, 27 (54%) não completaram e 4 (8%) completaram o ensino fundamental; 1 (2%) não completou mas 11 (22%) completaram o ensino médio; e, 2 (4%) completaram o ensino superior.

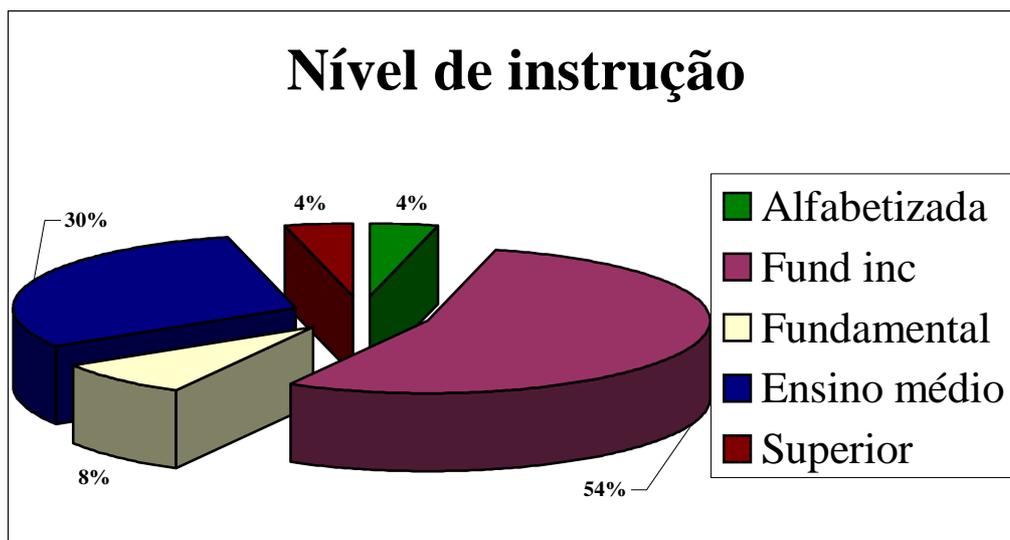


Figura 2. Nível de Instrução

Quanto à ocupação dos entrevistados, na época, 22 (44%) pessoas eram do lar, 8 (16%) trabalhavam como faxineiras, 4 (8%) eram costureiros, 5 (10%) cortadores de cana ou agricultores, 5 (10%) trabalhavam no comércio ou escritório, 1 (2%) era enfermeira, 1 (2%) manicure, 1 (2%) servente de pedreiro e 3 (6%) eram estudantes.

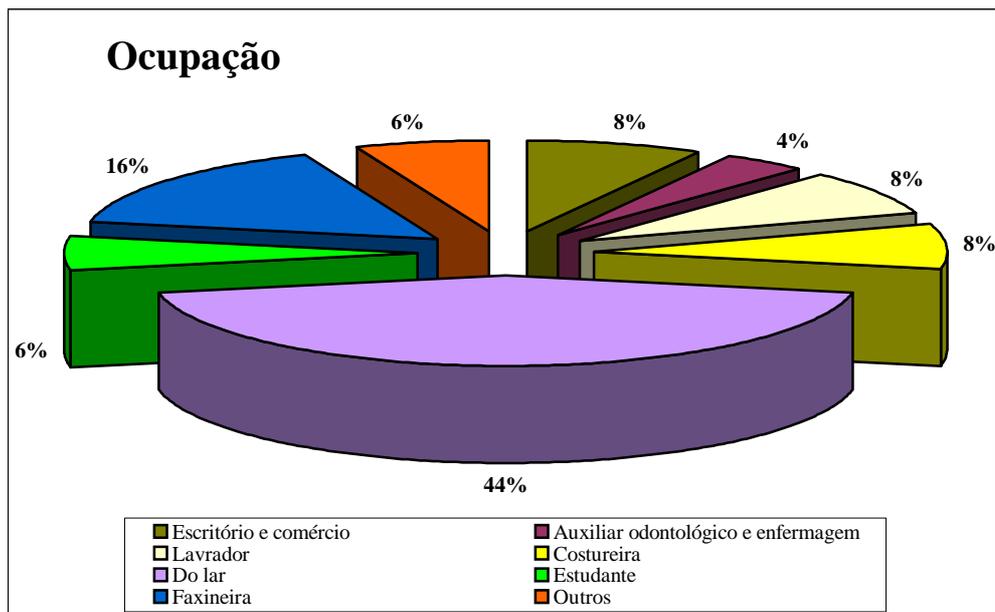


Figura 3. Ocupação

Entre os cônjuges dos entrevistados havia comerciários, carregadores, agricultores, operadores, diaristas, do lar, aposentados, auxiliar de escritório, agrônomo, motoristas, tratoristas e operadores e máquinas, serventes, zeladores, tapeceiro e um presidiário. A renda familiar variou desde abaixo de um até dezoito salários mínimo, conforme a tabela 1. Do total da amostragem 64% possuem casa própria, 26% moram em casa alugada, 8% moram em casa cedida e 2% moram junto; 62% possuem carro contra 38% que não possuem.

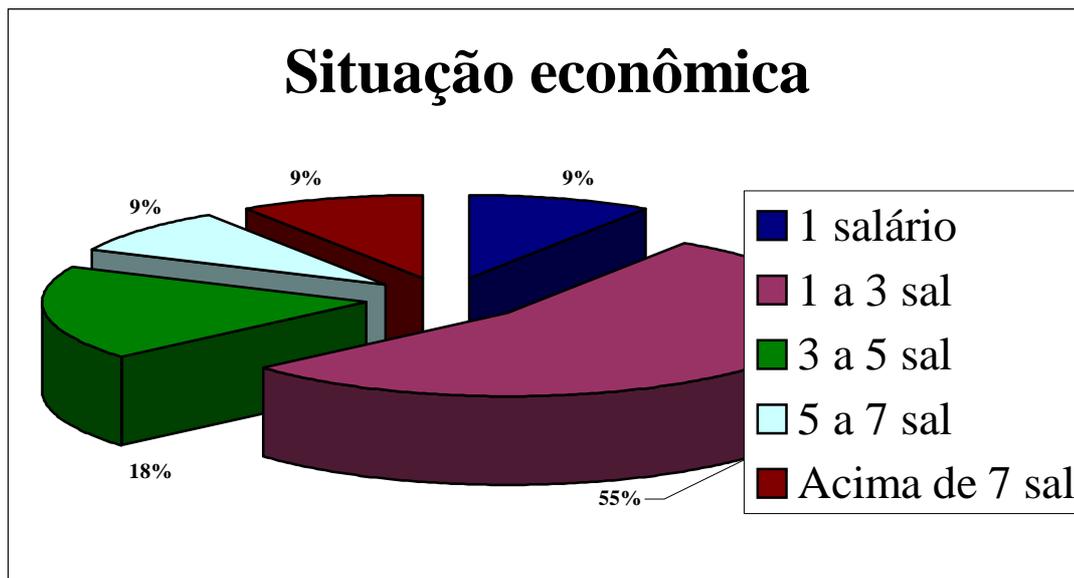


Figura 4. Situação Econômica.

Observe-se que a maioria da população pesquisada situa-se na faixa econômica de até 3 salários mínimos.

Da amostra, 24 (48%) pertenciam a famílias com histórico de alcoolismo e foram tomados por grupo codependente. Os 26 (52%) demais, sem histórico de alcoolismo na família, constituíram o grupo controle ou grupo não codependente. Adotou-se como critério de inclusão ao grupo experimental, ter ao menos um entre os parentes em linhagem vertical acima ou abaixo. Assim, incluíram-se pessoas que tinham ao menos um entre avós, pais, irmãos, filhos ou netos alcoólatras. Excluiu-se do grupo de estudo pessoas que não tinham e/ou desconheciam a presença de alcoolismo nos membros citados. Foram excluídos da amostragem sujeitos que fossem, eles próprios, alcoólatras

No grupo codependente, a idade variou entre 13 e 67 anos, idade média 34,21 anos (desvio padrão 14,30) e no grupo controle, entre 13 e 78 anos, idade média 35,04 anos (desvio padrão 15,19).

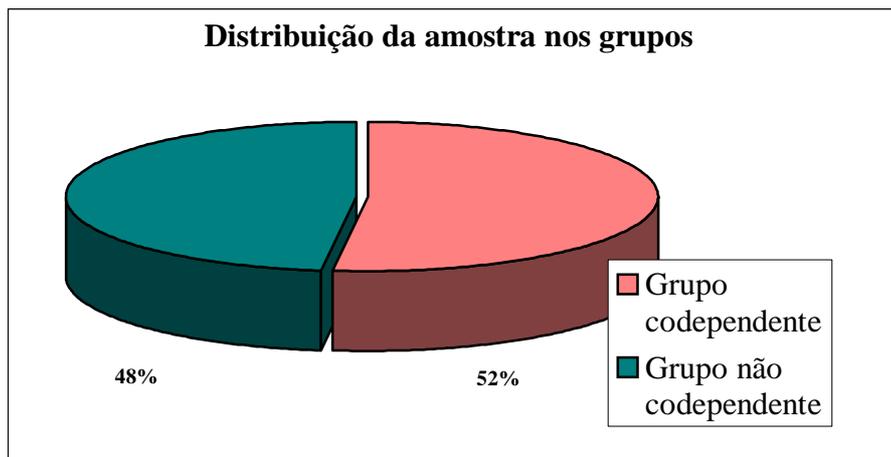


Figura 5. Percentagem de sujeitos dos grupos

A distribuição da amostragem por sexo por grupo está caracterizada abaixo:

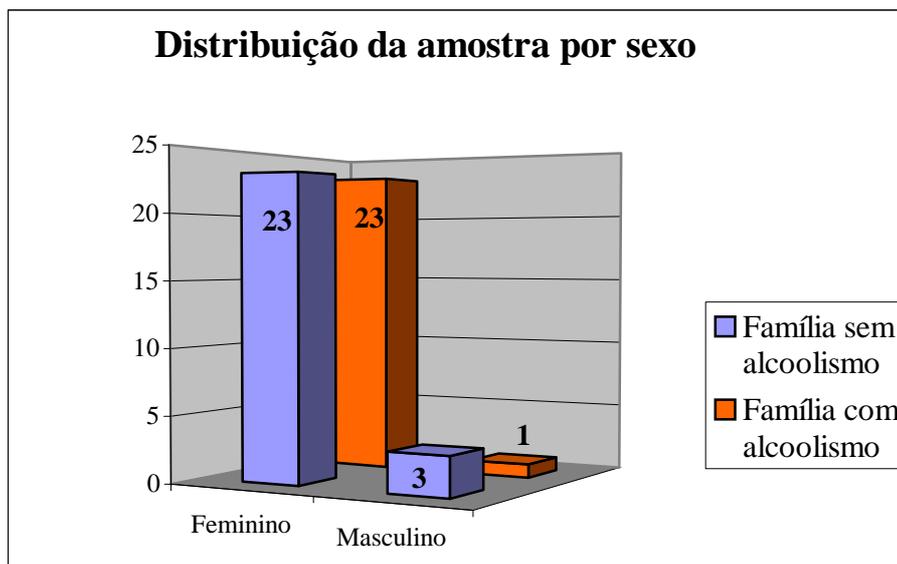


Figura 6. Distribuição da amostra por sexo em cada grupo.

RESULTADOS

Os resultados da análise estatística para a amostragem estudada apontam diferenças significantes entre os dois grupos, pelo teste de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney Confidence Interval and Test, considerando-se o valor- $p < 0,05$.

1. Quanto às características do codependente:

1.1. Quanto aos sentimentos que os sujeitos afirmaram experimentar mais frequentemente, há evidência de diferença significativa, com maior incidência nas famílias com histórico de alcoolismo em: preocupação, medo do futuro, insegurança e medo de errar; raiva, irritação e desespero; mágoa, decepção, ingratidão e não compreensão; depressão, vitimação e mau humor, além de outros, conforme as tabelas 2 e 3. Também há evidência de controle, não apenas sobre o cônjuge (54,17% versus 19,23%), mas também sobre outras pessoas (62,50% versus 26,92%) ser maior em famílias com alcoolista.

A essa questão, havia quatro possibilidades de resposta: quase nunca, muitas vezes, frequentemente ou quase sempre. Para melhor visualização dos resultados, apresentamos, para aquelas respostas com diferença significativa, uma tabela com a distribuição das respostas dos dois grupos, quanto ao valor médio, mediana e valor- p , e outra tabela apenas com a percentagem de respostas “frequentemente” e “quase sempre” aos sentimentos assinalados.

Tabela 1. Distribuições dos sentimentos e comportamentos com diferenças significantes, que os sujeitos experimentam, segundo famílias com ou sem alcoolismo, quanto ao valor médio, desvio padrão, 1º.e 3º quartis, mediana e valor-p.

Sentimentos	Alcoolismo na família	Valor Médio	Desvio padrão	1º. quartil	Mediana	3º. quartil	Valor-p
Raiva	Sem	1,846	0,881	1,000	2,000	2,000	0,024
	Com	2,500	1,063	2,000	2,500	3,000	
Estresse	Sem	2,423	1,362	1,000	2,000	4,000	0,047
	Com	3,208	1,179	2,250	4,000	4,000	
Preocupação	Sem	3,000	1,131	1,000	3,000	4,000	0,010
	Com	3,667	0,816	4,000	4,000	4,000	
Abatimento	Sem	1,346	0,745	1,000	1,000	1,250	0,008
	Com	2,125	1,191	1,000	2,000	3,000	
Nervosismo	Sem	2,231	1,210	1,000	2,000	4,000	0,021
	Com	3,000	1,063	2,000	3,000	4,000	
Irritação	Sem	2,154	1,047	1,000	2,000	2,250	0,004
	Com	3,000	0,978	2,000	3,000	4,000	
Chateação	Sem	1,962	0,958	1,000	2,000	2,000	0,013
	Com	2,708	1,083	2,000	2,000	4,000	
Depressão	Sem	1,538	0,859	1,000	1,000	2,000	0,021
	Com	2,250	1,189	1,000	2,000	3,750	
Mau Humor	Sem	1,462	0,647	1,000	1,000	2,000	0,020
	Com	2,083	1,018	1,000	2,000	3,000	
Responsabilidade	Sem	3,808	0,567	4,000	4,000	4,000	0,049
	Com	4,000	0,000	4,000	4,000	4,000	
Controle	Sem	1,500	0,990	1,000	1,000	2,000	0,012
	Com	2,500	1,445	1,000	2,500	4,000	
Indignação	Sem	1,923	1,055	1,000	2,000	2,000	0,021
	Com	2,792	1,285	1,250	3,000	4,000	
Vitimização	Sem	1,423	0,902	1,000	1,000	1,250	0,021
	Com	2,167	1,308	1,000	2,000	4,000	
Desrespeito	Sem	1,923	0,401	1,000	1,000	1,000	0,006
	Com	2,167	1,341	1,000	1,500	4,000	
Mágoa	Sem	2,000	0,980	1,000	2,000	2,250	0,025
	Com	2,750	1,189	2,000	2,000	4,000	
Falta esperança no futuro	Sem	1,192	0,401	1,000	1,000	1,000	0,013
	Com	2,083	1,316	1,000	1,000	3,750	
Desvalorização	Sem	1,192	0,401	1,000	1,000	1,000	0,013
	Com	2,083	1,444	1,000	1,000	4,000	
Doença	Sem	1,308	0,679	1,000	1,000	1,250	0,037
	Com	2,000	1,319	1,000	1,000	3,750	
Falta de afeto	Sem	1,750	1,107	1,000	1,000	2,000	0,047
	Com	1,769	1,313	1,000	1,000	4,000	
Despreocupação	Sem	1,808	1,021	1,000	1,500	2,000	0,008
	Com	1,250	0,737	1,000	1,000	1,000	

(Continua na próxima página)

(Continuação)

Bom Humor	Sem	3,385	0,752	3,000	4,000	4,000	0,024
	Com	2,750	1,152	2,000	3,000	4,000	
Prazer	Sem	3,538	0,761	3,000	4,000	4,000	0,013
	Com	2,708	1,197	2,000	2,000	4,000	
Recompensa	Sem	3,538	0,811	3,000	4,000	4,000	0,012
	Com	2,667	1,308	1,250	2,000	4,000	
Tranqüilidade	Sem	2,923	1,294	1,750	4,000	4,000	0,017
	Com	2,042	1,233	1,000	1,500	3,000	
Gratificação	Sem	3,577	0,857	3,750	4,000	4,000	0,013
	Com	2,750	1,260	2,000	2,500	4,000	
Satisfação	Sem	2,923	0,935	2,000	3,000	4,000	0,035
	Com	2,375	1,013	1,250	2,500	3,000	
Relaxamento	Sem	2,269	1,185	1,000	2,000	3,250	0,032
	Com	1,708	1,083	1,000	1,000	2,000	
Bem amado	Sem	3,692	0,788	4,000	4,000	4,000	0,011
	Com	2,792	1,414	1,000	4,000	4,000	

Tabela 2- Distribuições percentuais dos sentimentos e comportamentos com diferenças significantes, que os sujeitos experimentam, segundo famílias com ou sem alcoolismo. Nesta tabela as porcentagens referem-se aos sujeitos que responderam “freqüentemente” ou “quase sempre”.

Sentimento ou comportamento	Sujeito de Família	
	com alcoolismo	sem alcoolismo
Raiva	50,00	15,38
Estresse	75,00	42,31
Preocupação	83,33	46,15
Abatimento	33,33	07,69
Nervosismo	67,00	30,77
Irritação	50,00	23,08
Chateação	41,67	19,23
Depressão	33,33	07,69
Mau Humor	29,17	07,69
Controle sobre as pessoas	62,50	26,92
Controle sobre cônjuge	54,17	19,23
Controle sobre o alcoólatra	54,17	07,69
Indignação	58,33	19,23
Vitimização	33,33	11,54
Desrespeito	37,08	00,00
Mágoa	50,00	23,08
Falta de esperança no futuro	45,83	19,23
Desvalorização	45,83	19,23
Doença	33,33	03,85
Falta de afeto	41,67	19,23
Responsabilidade	27,00	24,10
Despreocupação	12,50	50,00
Bom humor	50,00	84,62
Prazer	54,83	92,31
Recompensa	42,31	84,62
Tranqüilidade	61,54	33,33
Gratificação	50,00	84,62
Satisfação	75,00	96,15
Relaxamento	37,50	65,38
Bem amado	29,60	21,10

Além desses, outros sentimentos ou comportamentos identificados pelos entrevistados apresentaram diferença significativa entre os grupos:

Tabela 3. Distribuições percentuais de outros sentimentos com diferenças significantes pelo teste de Fisher, que os sujeitos experimentam, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p.

Sentimento ou comportamento	Sujeito de Família		valor-p
	com alcoolismo	sem alcoolismo	
Ansiedade, medo do futuro, insegurança, medo de errar.	16,68	0,00	0,046
Raiva, mágoa, ódio, irritação, decepção, ingratidão, desespero, falta de compreensão dos outros para consigo.	29,19	0,00	0,035

1.2.Quanto aos sentimentos que os sujeitos afirmaram perceber que demonstram mais freqüentemente, constataram-se algumas diferenças significantes:

Há evidência de demonstração de confiança ser maior em famílias sem alcoolista (valor $p = 0,007$), bem como com demonstração de carinho (valor $p = 0,048$). Também há evidência de demonstração de agrado ser maior pela presença de pessoas de famílias sem alcoolista (valor $p = 0,048$), bem como em relação à demonstração de alegria (valor $p = 0,024$) e de conforto (valor $p = 0,004$).

Por outro lado, há evidência de demonstração de pena ser maior para com pessoas de famílias com alcoolista (valor $p = 0,019$), bem como demonstração de falta de respeito

(valor $p = 0,007$). Há evidência de que percebem mais demonstrações de insatisfação para com ela do que pessoas de famílias sem alcoolista (valor $p = 0,015$).

1.3. Ainda tomando por referência o mesmo item do inquérito, quanto aos comportamentos presentes nas famílias, há evidência de diferença significativa na presença de violência (verbal e/ou física) entre famílias com alcoolismo (54,17% dos entrevistados pertencentes ao grupo experimental) ou sem alcoolismo (3,85% dos entrevistados pertencentes ao grupo controle), bem como, falta de respeito (33,33% versus 3,85%).

Tabela 4. Distribuições percentuais dos sentimentos percebidos com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p.

Sentimento percebido	Famílias		valor-p
	com alcoolismo	sem alcoolismo	
Pena	45,83	15,38	0,010
Insatisfação	41,67	11,54	0,008
Falta de respeito	33,33	03,85	0,003
Violência	54,17	03,85	0,000
Confiança	66,67	96,15	0,003
Carinho	70,83	92,31	0,025
Valorização	66,67	88,46	0,033
Agrado	70,83	92,31	0,026
Alegria	66,67	92,31	0,012
Conforto	45,83	84,62	0,002
Fazem tudo por você	33,33	57,69	0,044

Tabela 5. Distribuições percentuais de outros sentimentos percebidos com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p

Sentimento percebido	Famílias		valor-p
	com alcoolismo	sem alcoolismo	
Raiva, distância, pena, comparação, Impaciência, desprezo e abandono	16,68	0	0,046
Interesse em seus favores, “olho gordo”, “não gostam quando não posso fazer tudo por eles”	25,06	0	0,008

1.4. Para a questão “qual sua maior preocupação” há evidência de diferença significativa entre os grupos conforme a listagem abaixo.

Tabela 6. Distribuições percentuais da maior preocupação dos sujeitos com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p

Maior preocupação dos sujeitos	Famílias		valor-p
	com alcoolismo	sem alcoolismo	
Amanhã incerto, dívidas ou dificuldade financeira, medo de perdas	29,19	0,00	0,003
Cuidado com um familiar doente, filho dependente químico, alcoolismo do pai	45,87	7,70	0,007
Família, educação e saúde, companhias dos filhos, futuro	50,04	92,40	0,001

1.5. Quanto ao “maior desejo na vida”, as respostas com diferença significativa são descritas abaixo.

Tabela 7. Distribuições percentuais do maior desejo com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p

Maior desejo	Famílias		valor-p
	com alcoolismo	sem alcoolismo	
Saúde, recuperação do(s) familiar dependente, que o pai pare de beber	41,70	0,00	0,000
Segurança, emprego, não depender dos outros, ter paz, futuro dos filhos	33,13	57,69	0,049

1.6. Quanto ao “que sente por quem depende de você”, as respostas com diferença significativa encontram-se descritas a seguir.

Tabela 8. Distribuições percentuais dos sentimentos experimentados em relação aos dependentes com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p

Sentimento em relação ao dependente	Famílias		valor-p
	com alcoolismo	sem alcoolismo	
Revolta (em relação ao parceiro), raiva, preocupação, desespero, sofrimento, muita angústia, mágoas, “vontade de sumir”, “uma empregada”, “que o peso é muito grande”, “gostaria que lutassem mais”.	20,85	0,00	0,020
Amor, carinho, parceria, responsabilidade.	16,68	42,35	0,033

1.7. Como age em relação aos que dependem de você?

Tabela 9. Distribuições percentuais de como agem em relação aos dependentes, com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p

Como age com alguém que dependa	Famílias		valor-p
	com alcoolismo	sem alcoolismo	
Faço o que posso, dentro do alcance, aceitação.	47,17	69,30	0,046

1.8. Em relação ao sentimento por si mesmo descreve-se abaixo as diferenças significantes entre as tendências nos grupos.

Tabela 10. Distribuições percentuais dos sentimentos por si mesmo com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p

Sentimento por si mesmo	Famílias		Valor-p
	com alcoolismo	sem alcoolismo	
Chato, “falo alto”, um peso, “machuco outros sem querer”, “as pessoas se distanciam”, solidão, reprovação pela exigência,, angústia, sofrimento, medo de não conseguir, culpa por sentir raiva dos dependentes, frustração por não dar tudo que queria	20,85	3,85	0,046
Dou valor a vida, livre, “eu me gosto”, bem, inteligente, feliz	37,53	84,70	0,000

1.9. Quanto aos fatos que marcaram a infância, há evidência de diferença significativa entre os grupos para os casos a seguir.

Tabela 11. Distribuições percentuais dos fatos que marcaram a infância, com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p

Fatos que marcaram a infância	Famílias		valor-p
	com alcoo- lismo	sem alcoo- lismo	
Maltrato, humilhação, sofrimento e tristeza; desestrutura familiar, briga entre os pais.	50,04	11,55	0,004
Quando tinha mãe que ajudava; boa convivência em família, labuta dos pais; bons momentos de brincadeiras, felicidade.	25,00	65,45	0,005

1.10. Tomando por referência as informações sobre a caracterização do sujeito, no último quadro do inquérito, é possível observar quanto à escolha do parceiro, que 72,73% das pessoas no grupo de estudo estavam casadas ou amigadas com parceiro alcoolista, sendo que 61,49% tinham um dos pais alcoolista.

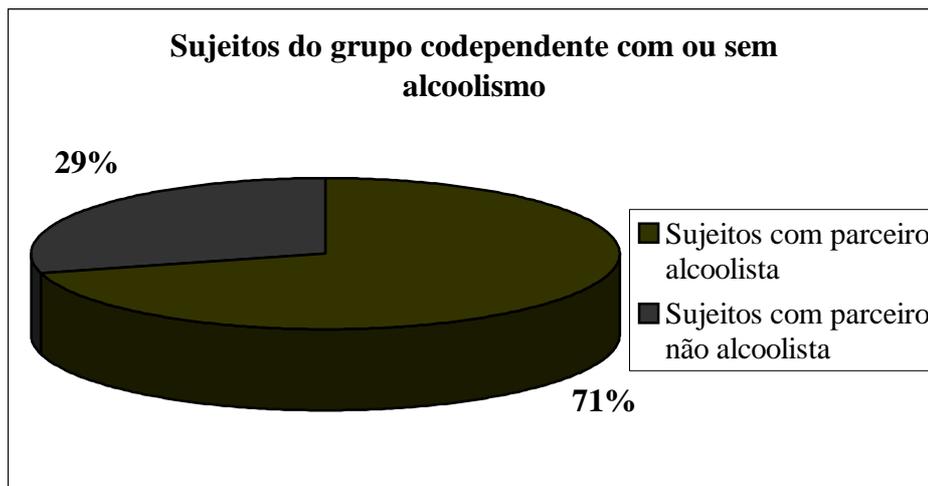


Figura 7. Percentagem de sujeitos do grupo experimental com parceiro alcoólico.



Figura 8. Percentagem de sujeitos do grupo experimental com pai e/ou mãe alcoólico.

2. Quanto à saúde dos sujeitos, os levantamentos nos prontuários e das entrevistas foram submetidos à análise estatística com os seguintes resultados:

2.1. Em relação às queixas mais freqüentes conforme os prontuários, os sujeitos dos dois grupos apresentaram diferenças significantes quanto à ausência de sintomas (2 sujeitos entre os 24 do grupo experimental versus 12 entre os 26 do grupo controle). Também foram significantes as diferenças para os sintomas: vômitos (4 sujeitos do experimental versus nenhum sujeito do grupo controle), dor abdominal (5 do experimental versus 1 do controle) e cefaléia (13 do experimental versus 7 do controle).

Tabela 12. Distribuições percentuais das queixas freqüentes conforme prontuários, com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p

Queixa freqüente (prontuários)	Famílias		valor-p
	com alcoolismo	sem alcoolismo	
Assintomático	8,33	46,15	0,004
Vômitos	16,66	0,00	0,046
Dor abdominal	20,82	3,84	0,046'
Cefaléia	54,14	26,92	0,041'

2.2.Em relação aos sintomas freqüentes que, segundo as entrevistas, o sujeito associa com nervosismo e angústia, os sujeitos dos dois grupos apresentaram diferenças significantes nos itens: enquanto apenas 4 entre os 24 sujeitos do grupo experimental não associaram qualquer sintoma com nervosismo e angústia, no grupo controle, 19 entre os 26 sujeitos do grupo controle não atribuíram qualquer sintoma associado com nervosismo e angústia. Por outro lado, 9 sujeitos do grupo experimen-

tal associaram cefaléia ao seu nervosismo e angústia contra apenas 1 do controle; 5 do grupo experimental atribuíram palpitações ao seu estado emocional contra apenas 1 do grupo controle, e 13 do grupo experimental relataram sentir tontura quando nervosos ou angustiados, contra apenas 7 sujeitos do grupo controle.

Tabela 13. Distribuições percentuais dos sintomas freqüentes que o sujeito associa com nervosismo e angústia, com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p

Sintomas freqüentes associados a nervosismo e angústia	Famílias		valor-p
	com alcoolismo	sem alcoolismo	
Assintomático	17,39	73,08	0,000
Cefaléia	39,12	3,85	0,002
Palpitações	21,73	3,85	0,006
Tontura	56,52	26,95	0,041

2.3. Em relação à maior freqüência de consultas fora gravidez segundo os prontuários, considerando os anos 2000 a 2003, os sujeitos dos dois grupos apresentaram diferenças significantes nos itens: enquanto no grupo com histórico de alcoolismo na família, apenas dois entre os 24 sujeitos compareceram até uma consulta por ano, no grupo controle, 14 entre as 26 pessoas tiveram a mesma freqüência. Já para 2 até 10 consultas ao ano, no grupo experimental, 17 pessoas apresentaram essa freqüência contra 7 pessoas do grupo controle. E, para uma freqüência superior a 10 con-

sultas ao ano, o grupo experimental também reincidiu mais, com 5 entre os 24 sujeitos, enquanto que, no grupo controle, apenas 1 entre os 26 apresentou essa frequência anual de consultas.

Tabela 14. Distribuições percentuais maior frequência de consultas fora gestação, com diferenças significantes, segundo famílias com ou sem alcoolismo, e valores-p

Frequência anual máxima de consultas	Famílias		Valor-p
	com alcoolismo	sem alcoolismo	
De 0 a 1 consulta por ano	9,10	56,00	0,000
De 2 a 10 consultas por ano	77,35	28,00	0,000
Acima de 10 consultas por ano	22,75	4,00	0,046

DISCUSSÃO

Buscou-se aqui, a descrição da codependência na família em dois aspectos: a existência ou não de um padrão relacional característico e a concomitância na saúde, de queixas físicas e recorrência aos serviços médicos. O primeiro tem sido objeto de discussão e controvérsias. O segundo é uma proposta nova, ainda não abordada pela literatura para esta população.

Codependência: controvérsias na bibliografia e algumas questões

É possível que o termo co-dependência tenha evoluído do termo co-alcoólatra no final dos anos 70, quando o termo dependência química foi adotado para drogas em geral. Atualmente encontra-se grafado como palavra simples ou composta. Adotou-se aqui a primeira forma e partiu-se, nessa investigação, da suposição de que o co-alcoolista seria, por princípio, codependente.

Muitos autores, entre eles Beattie⁽⁶⁾, estudaram indivíduos que conviveram com alcoólatras e dependentes de outras drogas. Concordam que a codependência caracteriza-se por um jogo de comportamentos mal adaptativos e compulsivos, desenvolvidos na convivência familiar como uma forma de sobrevivência, ao se encontrar sob grande estresse ou sofrimento intenso e prolongado.

Harkness⁽¹¹⁾ apresenta uma revisão bibliográfica descrevendo várias definições: uma condição emocional, psicológica e comportamental; com controle compulsivo no relacionamento interpessoal; ajuda (às pessoas) acompanhada de sofrimento; preocupação com pessoas caracterizadas por extrema dependência em relação às mesmas. Fis-

cher, Wampler, Lyness e Crawford* definiram a codependência como um padrão de comportamento disfuncional de relacionamento com outras pessoas muito dependentes, caracterizado por dificuldade em expressar sentimentos e necessidade de ter um propósito (uma razão) nos relacionamentos. Desenvolveram uma escala de auto-avaliação aplicando-a em grupos de auto-ajuda e estudantes universitários, para averiguar correlações entre codependência e circunstâncias tais como abuso de substância e funcionamento familiar. Concluíram que o fenômeno da codependência não está associado nem a gênero nem à dependência química, tampouco a padrões de disfunção familiar.

Porém tal conclusão contrapõe-se ao experimento de Lyon e Greemberg* com universitárias. Filhas de pais alcoólatras e filhas de pais sóbrios foram expostas a pedidos de ajuda, por um homem de comportamento explosivo e um homem de comportamento neutro. Filhas de alcoólatras acharam os homens explosivos muito mais atraentes e ofereceram-lhes ajuda. A taxa das garotas que ofereceram ajuda a homens explosivos foi duas vezes maior entre filhas de alcoólatras que entre as de famílias sóbrias. Assim, definiram a codependência como fruto de gênero e disfunções familiares. Não apresentam registros de experimentos para averiguar ocorrências com filhos do sexo masculino. Na pesquisa presente não foi possível concluir-se nada sobre gênero. Porém, foi alta a porcentagem de filhas de alcoolista com companheiro alcoolista em nossa amostra.

Frente a tantas controvérsias, a proposta nesse estudo foi de investigar a questão da existência ou não de um padrão relacional que caracterize a codependência, comparando-se sujeitos co-alcoolistas com sujeitos sem histórico de alcoolismo na família, quanto aos sentimentos experimentados e àqueles percebidos com maior frequência, quanto às preocupações, expectativas, lembranças da infância e quanto à saúde.

* Apud Harkness D, Cotrell G. The social construction of co-dependency in the treatment of substance abuse. *J Substance Abuse Treatment* 1977;14(5):473-9.

O funcionamento familiar apresentou diferença estatisticamente significativa em aspectos que confirmam a existência de um padrão de codependência. O universo dos sentimentos e comportamentos entre os grupos apresentou diferenças significantes em todos os aspectos pesquisados. Transpareceu na auto-estima, percepção e julgamento, no foco de atenção e organização relacional, no comportamento intra e extrafamiliar, na saúde e gastos decorrentes. No entanto não apresentou resultados significantes em todos os itens descritos pela literatura para o codependente. Tampouco se conseguiu respostas às controvérsias.

Pelo contrário, têm-se agora algumas hipóteses e uma maior gama de perguntas: será que todo familiar de alcoolista é codependente? E também o oposto: será que todo codependente é co-alcoolista? Em que percentagem ocorre? O que será que faz a diferença? Como prevenir? Como tratar?

Demonstrou-se que os sentimentos e comportamentos de co-dependência de fato emergem nas famílias com alcoolismo. É possível que seja concomitante também a outras situações, porém esse fato também merece outra etapa de investigação.

Alguns aspectos relevantes na pesquisa

1. Quanto à existência ou não de um padrão relacional próprio da codependência, encontraram-se dados que confirmam a hipótese. Os dois grupos investigados se diferenciam nitidamente nas características:

- 1.1. Na família com histórico de alcoolismo ocorre a violência verbal e/ou física (54,17% do grupo codependente x 3,85% do grupo sem histórico de alcoolismo na família). Presume-se que o desenvolvimento do sujeito codependente ocorra dentro dessa realidade, em que demonstrações de falta de respeito (33,33% x

3,85%) e hábitos de controlar as pessoas (62,50% x 26,92%), denotam um ambiente rígido e hostil à expressão e à validação, importantes arrimos à saúde emocional. A instabilidade se reflete na falta de esperança no futuro (45,83% x 19,23%).

Esse deve ser um ambiente propício ao desenvolvimento desse padrão relacional, posto que, aos sujeitos sem o padrão de codependência evidenciam-se demonstrações de confiança (66,67% do grupo codependente x 96,15% do grupo sem histórico de alcoolismo na família), de agrado e carinho (70,83% x 92,31%), de alegria (66,67% x 92,31%), de conforto (45,83% x 84,62%) de valorização (66,67% x 88,46%), de disponibilidade (33,33% x 57,69%) e de esperança no futuro, que pode se traduzir em estabilidade e segurança.

Alem das mudanças naturais e esperadas o codependente convive com aquelas impostas pela instabilidade em seu contexto. Esses fatores representam estressores externos, ambientais. Pode-se ainda ser influenciado por outra ordem de fatores estressores que são internos e transgeracionais. Consistem na gama de legados familiares, incluindo segredos, mitos e padrões relacionais, interferindo no *modus vivendi* dos membros de um grupo. Interpõem-se nas saídas inconscientemente eleitas quanto à possibilidade de comunicação e expressão de sentimentos, na qualidade das relações, e na saúde ou doença que podem ser entendidas como mensagens metafóricas.

No entanto, o fato de ter-se encontrado sujeitos com famílias violentas, cujas lembranças marcantes da infância não recaíram sobre esse aspecto, e nem todos se apresentarem dentro do padrão com diferença significativa, pode ser indício de que essa condição é insuficiente à construção da codependência. Parece indicar

que não apenas a presença, mas o como o sujeito lidou com as circunstâncias tem relação de influência sobre a codependência. Esse aspecto merece aprofundamento.

1.2. Quanto à escolha do parceiro, 72,73% das pessoas no grupo codependente estavam casadas ou viviam em concubinato com parceiro alcoolista, sendo que 61,49% do total desse grupo tinham um dos pais alcoolista. O contágio transgeracional parece presente na codependência. A formação das expectativas internas na escolha do parceiro, que ocorre ao longo do desenvolvimento, segundo esses dados, sofre influência do ambiente – como se o sujeito fosse moldado e buscasse parceiros em condições complementares – sobre quem exercerá controle (54,17% do grupo codependente x 19,23% do grupo sem histórico de alcoolismo na família). Esses resultados parecem mais discordantes da equipe de Fischer e mais condizentes aos de Lyon e Greemberg. Mesmo assim, esses últimos autores pesquisaram a atração de moças por parceiro explosivo. Não necessariamente, um alcoolista.

1.3. Com base nas evidências é possível afirmar que o codependente apresenta a auto-estima regulada pelo que consegue dar ao outro, sobre quem tende a exercer controle, seja o cônjuge ou outras pessoas. Seu maior desejo volta-se ao bem estar do outro (41,7 % no grupo codependente x 0% no grupo sem histórico de alcoolismo na família). Sente reprovação, frustração e culpa por não dar tudo o que queria (29,19% x 0%), solidão, angústia e sofrimento (20,85% x 0%). Como se nunca pudesse dar o bastante para ser aceito, amado ou valorizado. Hesita entre acreditar que se basta e buscar reforço nos espelhos externos. Atribui as demonstrações que freqüentemente percebe para consigo ao fato de nunca conse-

guir fazer o bastante pelos outros. Sente-se comparado e, em geral, desaprovado, desmerecedor. Percebe que sentem pena. Não se sente amado: expressa que as pessoas se aproximam apenas quando estão interessadas em seus favores. Porém, como ele decepciona demonstram-lhe descontentamento, insatisfação (41,67 % do grupo codependente x 11,54% do grupo sem histórico de alcoolismo na família), raiva, falta de respeito (33,33% x 3,85%), violência (54,17% x 3,85%), desprezo, distanciamento (16,68% x 0%), abandono (25,08% x 0%).

1.4. Enquanto as pessoas em geral tendem a uma boa auto-imagem e valorização de si e da vida (37,53% do grupo codependente x 84,70% do grupo sem histórico de alcoolismo na família) a auto-imagem do co-dependente tende a ser negativa (20,85% x 3,85%). O indivíduo desse grupo descreve-se como um chato, grosseiro e desajeitado, acredita ser um peso para os outros, que, por sua vez se distanciam. Sente-se solitário, angustiado e sofrido. Mostra-se auto-exigente, teme não conseguir seus intentos. Tem dificuldade em lidar com a frustração quando não consegue e culpa por sentir raiva de quem depende dele. Como sua auto-estima se regula pelo que consegue agradar ou não ao outro, no leque de características com diferença significativa levantadas na pesquisa, as respostas parecem repetitivas no codependente, enquanto no grupo sem histórico de alcoolismo na família, mostram-se mais variadas e mais ajustadas à pergunta. Enquanto o co-dependente apresenta pobreza de respostas, o sujeito com família sem histórico de alcoolismo tende a respostas diferentes aos estímulos do ambiente.

1.5. O eixo central na organização familiar das preocupações e desejos volta-se a alguém que demanda cuidados, incerteza ou perda iminente. O codependente ocupa-se frequentemente com os outros, por quem nutre indignação, raiva, mágoa e

irritação. Descreve sentir-se doente (33,33% do grupo codependente x 3,85% do grupo sem histórico de alcoolismo na família), depressivo, abatido (33,33% x 7,69%), chateado (41,67% x 19,23%), desrespeitado (37,08% x 0%), decepcionado (29,19% x 0%) e desvalorizado (45,83% x 19,23%). Sente-se vítima das situações (33,33% x 11,54%). Reconhece sentir medo de errar, insegurança, medo do futuro, mas mostra-se vigoroso, controlador e com humor oscilante. Apresenta-se quase sempre surpreso quando lhe perguntam o que sente por si mesmo. O foco atenção mostra-se fixo e convergente.

Quando sem histórico de alcoolismo, o eixo das preocupações é socializado na família: educação e saúde, companhias dos filhos, futuro. O maior desejo da pessoa volta-se à segurança e independência financeiras, ao futuro dos filhos e a paz no mundo. O foco de atenção mostra-se móvel e divergente.

O sujeito codependente, talvez por influência de estressores peculiares, demonstra na subjetividade da apreensão de mundo⁽²⁾ e no estilo de repostas, um baixo grau de flexibilidade nas interações, um baixo grau da espontaneidade definida por Moreno, como liberdade interna para emitir respostas criativas e adequadas⁽¹⁸⁾. Já o sujeito sem histórico de alcoolismo na família mostra-se mais solto, como se pudesse voltar-se para o mundo e para si mesmo, mais espontâneo.

1.6. Enquanto o sujeito sem codependência tende a fazer o que pode frente a uma demanda (47,17% do grupo codependente x 69,30% do grupo sem alcoolismo na família) e o fato de ter alguém que dependa dele desperta-lhe amor, carinho e responsabilidade (16,68% x 42,35%), o codependente deixa suas necessidades para atender às dos outros. Porém tende a sofrer; não é um fazer tranquilo: sente que deve fazer tudo pelos outros e escapar a esse dever causar-lhe-ia grande cul-

pa. Por outro lado, o “fazer” é pesado, impregnado de sentimentos de revolta, raiva, angústia e mágoa (20,85% x 0%). Desespera-se. Parece que lhe falta o livre arbítrio.

3. Quanto à relação com sintomas psicossomáticos, reflexos sobre a saúde do codependente puderam ser constatados. Esses números significam que o codependente tende a somatizar. Suas queixas estavam freqüentemente sem respaldo de achados laboratoriais que as justificassem. É possível que esse resultado se relacione com o estresse e ansiedade freqüentes. A visão psicanalítica da vida mental viabilizou novas explicações sobre sintomas e doenças psicossomáticas, estabelecendo correlações com ansiedade, conflito e defesas.

Observando por esse prisma talvez se possa afirmar que a gama de sentimentos experimentados com freqüência pelo codependente, e uma dificuldade em comunicá-los, encontre nos sintomas psicossomáticos uma forma de expressão. Na sua grande preocupação com o outro, e na impotência para efetivamente ajudá-lo, parece tentar formas inadequadas de se comunicar com ele, quer tentando controlar, quer simplesmente adoecendo.

Tanto nas respostas aos questionários quanto nos prontuários encontrou-se evidência de recorrência de sintomas e significância na utilização dos serviços de saúde.

- 3.1. Quanto aos sintomas psicossomáticos pesquisou-se via questionário e em levantamento de prontuários.

3.1.1.O sujeito associa com nervosismo e angústia, cefaléia (39,12% do grupo codependente x 3,85% do grupo sem histórico de alcoolismo na família), palpitações (21,73% x 3,85%) e tontura (56,52% x 26,25%). Nessas situações, somente 17,39% desse grupo afirmaram não sentir sintomas, tal como 73,08% do grupo sem alcoolismo na família.

3.2.1.Queixas freqüentes de vômitos (16,66% do grupo codependente x 0% do grupo sem alcoolismo na família), dor abdominal (20,82% x 3,84%) e cefaléia (54,14% x 26,92%) predominaram no grupo com alcoolismo na família.conforme os prontuários; com 46,15% assintomáticos no grupo sem alcoolismo na família e no codependente apenas 8,33%.

3.2.Alem do seu sofrimento, o codependente onera o serviço público de saúde. Desconsiderando períodos de gestação, segundo os prontuários, de 2000 a 2003, apenas 9,10% fizeram no máximo uma consulta ao ano, contra 56% do grupo sem alcoolismo na família. Verifica-se que para freqüências mais altas o grupo codependente esteve acima: 77,35% desse grupo contra 28% do grupo sem histórico de alcoolismo na família fizeram entre 2 a dez consultas/ano e 22,75% contra 4% se consultaram com maior freqüência.

Discrepâncias sobre quais sintomas apresentaram diferença significativa entre os grupos, comparando-se as respostas de questionários com as de prontuários, tanto podem dever-se a viés de lembrança quanto ao fato de que nem sempre se utilizam o serviço de saúde ao sentir-se sintomas. No entanto por ambos os instrumentos constataram-se maior incidência de sintomas no codependente, bem como na freqüência de consultas.

Levando-se em conta fatores múltiplos na compreensão da saúde na interface física, contextual e psíquica – uma proposta da medicina psicossomática e da teoria sistêmica – é possível refletir-se sobre a *função* da doença na família. Madanes⁽⁶⁾ afirma que uma seqüência de interações pode ser a metáfora de outra cadeia relacional. A dor pode ser uma mensagem, que pode ter um segundo significado – e pode estar relacionado com outra pessoa. Pode expressar que a pessoa foi machucada afetivamente. Um filho doente pode estar metaforizando uma dificuldade relacional entre os pais.

Sentir um clima de hostilidade e bipartição entre os adultos pode acometer fantasias, percepções e sentimentos diversos, freqüentemente não expressos verbalmente. Para a criança pode “parecer” menos oneroso adoecer a ter que eleger um dos pais. Esse padrão de comunicação pode fixar-se, tornar habitual, o meio de comunicação possível para alguém que foi mais bem sucedido ao fazer-se “ouvir” adoecendo do que por outros meios. Ou que “descobriu” no adoecer uma forma de mudar o foco habitual para o qual se volta a família, que no codependente mostra-se fixado naquele sobre quem oferece ajuda e controle.

Analisando pelo valor médio

Além da diferença significativa nos itens apresentados, outros dados merecem atenção. Na análise estatística apresentam-se os valores médios do levantamento sobre os sentimentos experimentados pelos sujeitos. Essa pergunta foi aberta a quatro estilos de resposta: quase nunca, muitas vezes, freqüentemente ou quase sempre. O valor médio pode nos informar sobre a localização do centro de gravidade dos grupos em relação aos

sentimentos questionados. Embora não conclusivos, estes resultados podem ilustrar esta discussão. Embora estes dados não sejam conclusivos, podem ilustrar esta discussão.

Podemos observar que o sentimento de estar sobrecarregado, embora não obtivesse diferença significativa entre os grupos, apresentou valor médio 2,0 (muitas vezes sentem-se sobrecarregados) para aqueles sujeitos de famílias sem histórico de alcoolismo, enquanto para o grupo codependente foi 4,0 (quase sempre se sentem sobrecarregados).

O mesmo é observável quanto ao sentir-se relaxado: a média no grupo sem alcoolismo na família foi 2,0 (muitas vezes sentem-se relaxados); no grupo com histórico de alcoolismo (1,0), quase nunca. O estresse desencadeia reações de adaptação físico-bioquímicas e quanto ao comportamento do organismo. Essas reações vão desde adaptações para um estado de alerta (comportamento do organismo) a alterações adaptativas do tônus cardiovascular, respiração, glicose e alimentação do sistema nervoso central e outros locais do corpo estressado. Parece ocorrer também alteração adaptativa com o codependente. Em alguns as reações poderiam leva-los a um estado de alerta. Em outros a alterações adaptativas com sinais orgânicos mais acentuados no corpo estressado.

Melo Filho⁽¹⁶⁾ diz que a ansiedade, vaga sensação de que algo desagradável está por ocorrer, decorre de uma situação conflitiva que pode estar total ou parcialmente inconsciente. Tais conflitos podem ocorrer entre sujeito e sociedade, ou mesmo, entre partes da personalidade - como conflitos internos, em geral inconscientes - gerados ao longo do desenvolvimento pela assimilação das experiências de vida. “Estes são nossos verdadeiros conflitos e podemos afirmar que os conflitos externos são mais patogênicos quanto mais intensificam os conflitos do nosso mundo interno...”⁽¹⁶⁾ Situações emocionalmente significativas e não resolvidas desse mundo internalizado poderiam ser estimuladas por situações atuais, fenômeno que Freud denominou transferência⁽¹⁶⁾. A ansi-

idade, além da insegurança e medo de errar, pode estar entre os fatores influentes na reincidência de sintomas psicossomáticos experimentados pelo codependente.

Embora em média os sujeitos do grupo sem histórico familiar de alcoolismo não se sintam criticados quase nunca (valor médio=1), o codependente sente-se criticado muitas vezes (valor médio=2). A bibliografia menciona a dificuldade com a crítica, no codependente. Foi interessante observar, no entanto, que independente do histórico de alcoolismo, muitas pessoas se incomodam com a crítica. Nem houve diferença significativa entre os grupos. Só que, no codependente, parece haver uma sensação “mais freqüente” de estar sendo criticado, independente de haver alguém criticando. Em contrapartida, no grupo sem alcoolismo na família sentem-se quase sempre valorizados (valor médio=4,0), a média para o codependente localizou-se entre muitas vezes e freqüentemente (2,5). Esses dados parecem apontar para uma diferença na auto-imagem nos sujeitos dos dois grupos, em como se percebem no mundo.

Parece haver ainda relação entre doenças e crenças, com as culpas. Uma visão da doença como conseqüência da violação de tabus ou ofensa aos deuses é muito antiga. Essa crença alicerçava a intervenção do xamã, como mediador que ouvia a história do doente para detectar seu erro, contatava as forças espirituais induzindo o doente ao arrependimento e ao sacrifício para obtenção da cura. Dessa forma o curador-médico-sacerdote tinha a função de estabelecer a harmonia entre as necessidades básicas de busca espiritual e de saúde do homem, desde antigas civilizações hindus, egípcias, chinesas, babilônicas, caldéias, persas e gregas antiga. Ramos⁽²⁶⁾ afirma que o xamã foi precursor do uso de técnicas de transe, psicodrama, análise de sonhos, sugestão e imaginação. “Entretanto, enquanto o xamã retoma com o paciente os valores de sua cultura

através do mito coletivo, o psicoterapeuta moderno procura no passado inconsciente do paciente seu mito pessoal.”⁽³⁰⁾

Em média o codependente é muito tolerante com os outros quase sempre (valor médio 4,0), enquanto no grupo sem alcoolismo na família isto ocorre muitas vezes (valor médio 2,0). Essa tolerância pode denotar uma dificuldade em impor limites (valor médio 1,0 – quase nunca, no codependente; valor médio 2,0 – muitas vezes, no grupo não codependente), que o sujeito do grupo sem histórico de alcoolismo reconhece mais que o do grupo codependente. Essa contradição tanto pode denotar uma discordância com a literatura como uma dificuldade de autopercepção por parte do codependente. Ou ainda, uma dificuldade de entender o significado dessa expressão. Quando perguntavam ao entrevistador “o que é dificuldade de impor limites” foi explicado tratar-se de uma dificuldade em manter um “não” ou em manter uma posição.

Também é interessante observar que não houve diferença significativa entre os grupos para ansiedade. Para ambos foi alta a média (2,5 no codependente e 2,0 para o grupo sem histórico familiar de alcoolismo).

Resultados novos em relação à literatura

Comparando-se os presentes achados com a literatura sobre codependência, não se encontraram dados anteriores sobre correlações com a incidência de sintomas psicossomáticos. São achados novos, que merecem ser aprofundados, por estudos analíticos.

Resultados em discordância com a literatura

O instrumento de pesquisa elaborado incluiu questões abertas e objetivas. Nas objetivas apresentaram-se tanto sentimentos descritos pela literatura sobre o codepen-

dente, como outras possibilidades. Nos achados, algumas surpresas expressaram-se pela irrelevância dos resultados na comparação entre os grupos. Foi o que se constatou, por exemplo, em relação à dificuldade no relacionamento sexual (valor $p=0,57$), à hipersensibilidade a críticas (valor $p=0,32$), a sentimentos de ser herói (valor $p=0,12$), dificuldade de impor limites (valor $p=0,74$) e de expor sentimentos (valor $p=0,38$), bem como dificuldade de demonstrar afetos (valor $p=0,53$). Essas características são apontadas nas descrições do codependente mas não resultaram significantes na atual pesquisa. Outra surpresa foi com a “tolerância excessiva”, também apontada como característica do codependente, mas aqui, sem diferença significativa (valor $p=0,38$).

Autopiedade foi um item em que não houve diferença significativa entre os grupos, quando em resposta direta. No entanto, é um item que aparece em descrições do codependente na bibliografia. Muitas vezes era visível a raiva que este item aparentava despertar em muitas pessoas, independente do grupo em que iriam ser classificadas. Parece que esta palavra tende a causar rejeição. Pode ser interessante estudar-se essa questão.

Outros resultados sem diferença significativa entre os grupos, que merecem observação são mencionados a seguir. A questão sobre sentir-se sobrecarregado foi prevalente em ambos os grupos, sem diferença significativa. Chamou atenção ainda a alta prevalência de dificuldade de impor limites, em ambos os grupos. O mesmo ocorreu com ansiedade. Talvez denote tendências atuais, ao menos nessa amostra.

Como um estudo exploratório é um importante instrumento para levantar-se hipóteses, aprofundamentos tornam-se passos naturais. Pela relevância científica e social em relação a codependência e associações observadas nesse estudo, bem como pela percepção de quantas outras questões parecem brotar, pode-se agora desenhar estudos

analíticos, ou mesmo reavaliar-se a pesquisa, incluindo itens sobre influências de gênero e possíveis efeitos do ambiente para grupos similares.

Novos estudos podem originar-se a partir do presente. Entre eles, a possibilidade de validação do instrumento de pesquisa desenvolvido nesse trabalho.

CONCLUSÕES

Com essa pesquisa demonstrou-se que:

1. O instrumento de pesquisa foi adequado para essas demonstrações e é portanto útil para estudar fenômenos tais como a existência de um padrão de codependência e sua correlação com sintomas psicossomáticos.
2. Os sentimentos, comportamentos e expectativas típicos da codependência emergem nas famílias com histórico de alcoolismo.
3. Além do padecimento psíquico e reflexos sociais, o codependente sofre sintomas físicos e onera o serviço público de saúde como endemia sistêmica.

APÊNDICES

Amor, gratidão, raiva, ciúme, controle, confiança, inveja, carinho, distância; valorização, pena, agrado, insatisfação, prazer, dependência, irritação, alegria, cobrança, confito, gostam de por as coisas nos seus ombros, fazem tudo por você, deixam que você faça tudo por elas. Outros sentimentos que demonstram por você _____

Qual a sua maior preocupação? _____

Qual seu maior desejo nesta vida? _____

O que você sente em relação aos que dependem de você? _____

Como você age com os que dependem de você? _____

O que você sente em relação a você mesmo? _____

Quais fatos marcaram mais a sua infância? _____

Idade _____ Sexo F () M ()

Escolaridade: 1º. grau incompleto() 1º. grau completo()

2º. grau completo() 3º. grau() pós-graduado ()

profissão: do lar() doméstica() outra _____

renda mensal familiar: _____ salários mínimos

Casado ou amigado() Este é seu 1º casamento () // 2ºcasamento () // 3ºcasamento ()

Viúvo () separado () solteiro ()

Número de filhos _____ netos _____

Quem mora na sua casa _____

Assinale com um X indicando quando há ou já ocorreu alcoolismo com:

- seu neto (a) _____
- seu filho(a) _____
- você _____ ; esposo (a) _____;

irmão _____ ou irmã _____; cunhado (a) _____
• pai ____; irmãos do pai _____; Mãe _____; irmãos da mãe _____
sogro _____// Sogra _____;
• avó paterna_____// avô paterno _____;
avó materna_____// avô materno _____;
• alguém que morou com a família_____

Você participa ou já participou de algum grupo de auto-ajuda?

Não ()

Sim: ALANON ()

Amor Exigente ()

AA ()

Outro ()_____

NA ()

APÊNDICE 2

TESTE

Esta é uma pesquisa sobre “Codependência e incidência de sintomas psicossomáticos” realizada junto à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto por Maria Aparecida Junqueira Zampieri, para dissertação de mestrado, sob a orientação do Prof. Dr. Laszlo Antônio Ávila.

Atribua um valor mais alto aos sentimentos mais freqüentes que você experimenta no seu dia-a-dia. Não marque nada nos que não sente.

Você sente-se assim: Quase nunca ... 1 Freqüentemente ... 3
 Muitas vezes ... 3 Quase sempre ... 4

<input type="checkbox"/> Alegre	<input type="checkbox"/> Chateado	<input type="checkbox"/> Recompensado	<input type="checkbox"/> Dificuldade em receber crítica
<input type="checkbox"/> Com Raiva	<input type="checkbox"/> Responsável	<input type="checkbox"/> Depressivo	<input type="checkbox"/> Dificuldade no relacion. sexual
<input type="checkbox"/> Despreocupado	<input type="checkbox"/> Com Prazer	<input type="checkbox"/> Com Ciúme	<input type="checkbox"/> Dificuldade expressar sentim.
<input type="checkbox"/> Preocupado	<input type="checkbox"/> Sobrecarregado	<input type="checkbox"/> Com Inveja	<input type="checkbox"/> Dif. em demonstrar afetos
<input type="checkbox"/> Estressado	<input type="checkbox"/> Gratificado	<input type="checkbox"/> Mal humorado	<input checked="" type="checkbox"/> Dif. em receber afetos
<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Irritado	<input type="checkbox"/> Bem humorado	<input type="checkbox"/> Falta de receber afeto
<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Tranqüilo	<input type="checkbox"/> Vítima
<input type="checkbox"/> Nervoso	<input type="checkbox"/> Relaxado	<input type="checkbox"/> Bem amado	<input type="checkbox"/> Desrespeitado
<input type="checkbox"/> Abatido	<input type="checkbox"/> Pensativo	<input type="checkbox"/> Doente	<input type="checkbox"/> Dif. Impor limites
<input type="checkbox"/> Descansado	<input type="checkbox"/> Dependente	<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> Muito tolerante c/ outros
<input type="checkbox"/> Desânimo	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Indignado	<input type="checkbox"/> Traído
<input type="checkbox"/> Amando	<input type="checkbox"/> Criticado	<input type="checkbox"/> Valorizado	<input type="checkbox"/> Magoado
<input type="checkbox"/> Autopiedade	<input type="checkbox"/> Raiva de si mesmo	<input type="checkbox"/> Heróico	<input type="checkbox"/> Falta de esperança no futuro
<input type="checkbox"/> Tendo que ser controlado por outros ou por alguém _____			
<input type="checkbox"/> Tendo que controlar outros ou alguém _____			
Outros sentimentos que experimenta com freqüência _____			

Circule o que acha que as pessoas demonstram por você **mais freqüentemente**, pode circular quantos forem:

Amor, gratidão, raiva, ciúme, controle, confiança, inveja, carinho, distância; valorização, pena, agrado, insatisfação, prazer, dependência, irritação, alegria, cobrança, conforto, gostam de por as coisas nos seus ombros, fazem tudo por você, deixam que você faça tudo por elas, falta de respeito, violência (verbal)(física)

Outros sentimentos que demonstram por você _____

Qual a sua maior preocupação?
Qual seu maior desejo nesta vida?
Quando alguém depende de você, o que isso faz você sentir?
Como você age com os que dependem de você?
O que você sente em relação a você mesmo?
Quais fatos marcaram mais a sua infância?

Idade _____	Sexo F ()	M ()
Situação socioeconômica: Ganho familiar: _____ salários mínimo		
Escolaridade sua _____ do cônjuge _____		
Profissão sua _____ do cônjuge _____		
Casa: própria () alugada() favor () mora junto ()		
Carro: sim() não () viagens _____		
Casado ou amigado() Este é seu 1º casamento () // 2º. casamento () // 3º. casamento ()		
Viúvo () separado () solteiro ()		
Número de filhos _____ Netos _____ Quem mora na sua casa _____		
Assinale com um X indicando quando há ou já ocorreu alcoolismo. Marque O quando houve violência e NS quando não sabe.		
• Seu neto (a) _____ Seu filho(a) _____		
• Você _____ Esposo (a) _____		
Irmão _____ Irmã _____ Cunhado (a) _____		
• Pai _____ Irmãos do pai _____ Mãe _____ Irmãos da mãe _____		
Sogra _____ Sogra _____		
• Avó paterna _____ Avô paterno _____ Avó materna _____ Avô materno _____		
• Alguém que morou com a família _____		

Quanto a sua saúde, você apresenta sintomas ou doenças com frequência?

Em que situações ocorrem esses sintomas ou doença?

Quando nervoso ou angustiado, você apresenta sintomas ou doenças?

APÊNDICE 3
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

“PADRÃO DE CODEPENDÊNCIA E INCIDÊNCIA DE SINTOMAS PSICOSSOMÁTICOS”

Eu, fui informado dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do questionário recebido e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento, se resolver deixar a pesquisa, poderei fazê-lo sem qualquer prejuízo. A psicóloga Maria Aparecida Junqueira Zampieri certificou-me de que todos os dados levantados serão utilizados para a pesquisa, mantendo-se a privacidade da pessoa.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar Maria Aparecida Junqueira Zampieri no telefone (017)97139612. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar o Dr Lazslo Antonio Ávila, telefone (017)231 19 22.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Assinatura do Paciente

Nome do Paciente

___/___/___

Assinatura do Pesquisador

Maria Aparecida Junqueira Zampieri

___/___/___

Este formulário foi lido para _____ em

_____/_____/_____ pela Maria Aparecida Junqueira Zampieri enquanto eu estava presente.

Assinatura de testemunha

Nome da Testemunha

___/___/___

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domingos NAM. Produção científica: análise de teses e dissertações em psicologia no Brasil (1993-1994) [dissertação] Campinas (SP): PUCCAMP; 1996.

- 2- Von Foester H. Construindo uma realidade. In: Watzlawick P (Org.). .A realidade Inventada. Campinas: Psy; 1994. p.46-65.

- 3- Beattie M Codependência nunca mais. São Paulo: Best Seller; 1992.

- 4- Figlie NB, Pillon SC, Dum J, Laranjeira R. Orientação familiar para dependentes químicos: perfil, expectativas e estratégias. J bras. Psiquiatr; 48(10):471-8, out. 1999. tab

- 5- Miermont J, Angel P, Cordina A, Christian D, Gross M, Errieau G e colls. Dicionário de terapias familiares, teoria e prática. Porto Alegre: Artes médicas; 1994. p. 138-9; 188-95; 248-51.

- 6- Madanes C. Influenciar os adultos com a ajuda das crianças. In A Família Atrás do espelho, Avanços na prática da psicoterapia estratégica. Campinas: Editorial Psy; 1997. p. 121-27.

-
- 7- Ávila LA. Georg Groddeck: originality and exclusion. *History of Psychiatry*, 14/1, 083-101 Copyright© SAGE Publications 0957-154X [200303] 14:1; 083-101; 035136.
- 8- Chiozza LA. (org.). *Os sentimentos ocultos em... psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cardiovasculares*. S. Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
- 9- Servan-Schreiber D, Randall Kolb N, Tabas G. Diagnóstico prático. In: *Somatização. Apoio à educação médica continuada*. [No. 53] 2003. Available from: <http://www.neuropsiconews.org.br>
- 10- Zampieri MAJ. *Novas narrativas em tempos de prevenção precoce*. Publicações Científicas do 11º Congresso Brasileiro de Psicodrama; 1998. P-113-32.
- 11- Zampieri MAJ. *Emancipação de famílias assentadas pela CESP*. *CRP Múltipla* 2001 Ago 1; 23-29.
- 12- Harkness D, Cotrell G. The social construction of co-dependency in the treatment of substance abuse. *J Substance Abuse Treatment* 1977;14(5):473-9.
- 13- Krestan JA e Bepto C. *Problemas de alcoolismo e o ciclo de vida familiar*. In: *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

-
- 14- Zampieri MAJ. Sociodrama Construtivista da Codependência: Uma Busca pela desconstrução do Estigma do Dependente Químico na Família (dissertação). Bauru; 1998.
- 15- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas: Coord. OMS: trad. Dorgival Caetano; Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- 16- Simmons R. Estresse: esclarecendo suas dúvidas. Trd. ZLF Assessoria Editorial. São Paulo: Agora; 2000.
- 17- Winter RW. O enigma da doença: uma conversa à luz da psicossomática contemporânea. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
- 18- Moreno JL. Psicodrama. São Paulo: Cultrix; 1987.
- 19- Ávila LA. Doenças do corpo e doenças da alma – investigação psicossomática psicanalítica. 2a. edição. São Paulo: Escuta; 1998.
- 20- Spielrein S. Beit'rage zur Kenntnis de Kindlichen Seele. In Zentralblatt für Psychoanalyse und Pysychotherapie. 1912. Apud Carotenuto A. Diário de uma secreta simetria. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

-
- 21- Mello Filho J. Concepção psicossomática: visão atual. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1992.
- 22- Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. Jogos psicóticos na família. S. Paulo: Summus; 1998. p. 214.
- 23- Grünspun H. Teorias de desenvolvimento dos distúrbios psicossomáticos na criança, cap. 2, In Distúrbios psicossomáticos da criança - corpo que chora. Rio de Janeiro. São Paulo: Livraria Atheneu; 1988.
- 24- Furniss, T – O abuso sexual na infância. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.
- 25- Baccini F, Pallotta N, Calabrese E, Pezzotti P, Carazziari E, Prevalence of sexual and physical abuse its relationship with symptom manifestations in patients with chronic organic and functional gastrointestinal disorders. Dig Liver Dis, 35(4): 256-61, 2003.
- 26- Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. Am J Psychiatry 1988; 145:1358-68.
- 27- Blackwel B, De Morgan NP. The primary care of patients who have body concerns. Arch Fam Med 1996; 5: 457-63.

-
- 28- Richter EL e Sansone RA. Tratamento da Preocupação somática. In: Somatização. Apoio à educação médica continuada. [No. 53] 2003. Available from: <http://www.neuropsiconews.org.br> : 9-14.
- 29- Copyrigh © 2001 Instituto Antônio Houaiss. Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa. Editora Objetiva Ltda. Versão 1.0. Dez 2001.
- 30- Ramos, D G. A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença. São Paulo: Summus, 1994.