

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SP  
FAMERP

Ligia Regina Velani

**PSICOSSOMÁTICA, DOR E ALEXITIMIA:  
A prevalência de Alexitimia nos sujeitos com dor crônica e  
transtorno psicossomático**

São José do Rio Preto SP

2019

Ligia Regina Velani

**PSICOSSOMÁTICA, DOR E ALEXITIMIA:  
A prevalência de Alexitimia nos sujeitos com dor crônica e  
transtorno psicossomático**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre.

Orientador: prof. Dr. Lazslo Antônio Ávila

São José do Rio Preto SP

2019

Velani, Ligia Regina

**Psicossomática, dor e alexitimia: a prevalência de alexitimia nos sujeitos com dor crônica e doenças psicossomáticas** / Ligia Regina Velani – São José do Rio Preto, 2019.  
vii, 80f.

Dissertação (Mestrado) -Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.

Área de Concentração: Psicologia e Saúde.

Título em inglês: Psychosomatic, pain and alexithymia: the prevalence of Alexithymia in subjects with chronic pain and psychosomatic diseases.

Orientadora: Prof. Dr. Lazslo Antônio Ávila

1. Psicossomática; 2. Dor 3. Alexitimia

**LIGIA REGINA VELANI**

**PSICOSSOMÁTICA, DOR E ALEXITIMIA:**

**A prevalência de Alexitimia nos sujeitos com dor crônica e transtorno psicossomático**

**BANCA EXAMINADORA**

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antônio Ávila

Instituição: Faculdade de Medicina de Rio Preto - FAMERP

1ª Examinador (a): Prof. Dr. Randolfo dos Santos Junior

Instituição: Faculdade de Medicina de Rio Preto - FAMERP

2ª Examinador (a): Profa. Dra. Marielza Regina Ismael Martins (Convidada)

Instituição: Faculdade de Medicina de Rio Preto - FAMERP

São José do Rio Preto, Fevereiro 2019

## SUMÁRIO

Dedicatória .....	iv
Agradecimentos .....	v
Lista de anexos .....	vi
Resumo .....	vii
Abstract .....	ix
Introdução.....	01
A psicossomática psicanalítica.....	03
Da histeria à psicossomática.....	07
A pulsão em psicanálise.....	10
A Alexitimia.....	12
O “não lugar” da palavra.....	16
A dor em psicanálise.....	20
Objetivos específicos .....	22
Métodologia.....	22
Participantes .....	23
Materiais .....	23
Procedimentos .....	26
Plano de análise dos dados .....	27
Aspectos Éticos.....	27
Resultados .....	28
Discussão .....	40
Conclusão .....	46
Referências.....	47

## DEDICATÓRIA

Àqueles que não se arrefecem na luta,  
que não desistem de si mesmos,  
que acreditam que é possível ser feliz  
apesar de tudo.

## AGRADECIMENTOS

A gratidão é um sentimento vivo neste trabalho, pois sem a presença e contribuição de vários companheiros, profissionais e amigos, ele não seria possível.

Primeiramente, reverência e gratidão a Deus e àquele que considero o maior mestre de todos, Jesus o Cristo.

Agradeço a minha família, pai, mãe e irmão, que sempre me apoiaram em minhas aventuras acadêmicas;

Agradeço ao estimado Prof. Dr. Lazslo, que muito além de ser um grande e admirável profissional, demonstrou-se um sábio orientador, muito paciente e pedagógico. Sempre disposto e compreensível com minhas infindáveis limitações; Um companheiro de profissão e também um colega, amante da psicologia e da psicanálise.

Agradeço imensamente à toda equipe do Instituto do Câncer. Às secretárias sempre amáveis e prestativas; agradeço a Dra. Ana Márcia, chefe da clínica da dor, muito solícita e interessada no desenvolvimento da pesquisa. Gratidão à querida assistente social LÍlian, que não mediu esforços para auxiliar no que fosse preciso. Também sou grata à equipe de psicologia da clínica da dor, que foi indispensável para a coleta dos dados. Muito obrigada Dr. Randolpho e aprimoranda Tamara! Também agradeço à querida Dra. Marielza, sempre disposta a incentivar nos momentos de dificuldade, sobretudo na coleta dos dados. Gratidão!

Com carinho também quero agradecer às queridas Nilmara, Esmeralda (a Esmê) e Camila, que sempre e com muita paciência ofereceram todo apoio e orientação necessárias.

Também agradeço a todos os professores da pós graduação em psicologia, por todo conhecimento transmitido.

Gratidão a profa. Dra. Patricia Fukuta, que auxiliou na análise estatística, etapa para mim impossível, não fosse a sua ajuda.

Também agradeço imensamente ao amigo João Necchi, pelos seus conhecimentos de excel e auxílio na construção das tabelas. Valeu!

Por fim, meu abraço com muito obrigada a todos os amigos desta turma de Pós-Graduação. Turma muito competente e afetiva.

Muito obrigada a todos!

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1. Entrevista inicial – Anamnese

Anexo 2. Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE

Anexo 3. Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

## RESUMO

**Introdução:** Atualmente, a Psicossomática é considerada um grande campo de conhecimento a ser mais explorado. A lógica psicossomática não distingue corpo e psique, mas os compreende e estuda como uma unidade integrada, interdependente e complexa. No campo da psicossomática, a alexitimia é considerada hoje, como uma das situações favorecedoras, que parece aumentar a vulnerabilidade às doenças e experiências de dor. Pelo fato da comunicação simbólica estar limitada, a alexitimia foi descrita como sendo um fator particular de risco em sujeitos psicossomáticos. **Objetivo:** Estudar a correlação entre a dor crônica com o processo psicossomático e a alexitimia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de caráter quantitativo e análise qualitativa de conteúdo. Foram analisados 40 sujeitos em um estudo correlacional entre doenças psicossomáticas, dor crônica e Alexitimia. O cenário da pesquisa foi a Clínica da Dor, ligada ao Hospital de Base de São José do Rio Preto SP. Os sujeitos foram selecionados seguindo os critérios: 1. Idade entre 18 e 65 anos, de ambos os sexos; 2. Atendidos pelo ambulatório de dor com queixa de dor não neuropática e presença de transtorno psicossomático avaliado clinicamente, no período de julho de 2017 a setembro de 2018; 3. Sujeitos convidados aleatoriamente, com aceite voluntário. Foi realizada entrevista de anamnese, e aplicados os instrumentos: 1. Toronto Alexithymia Scale-TAS - 20; 2. Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36), 3. Inventário de Depressão de Beck e 4. Inventário Breve de Dor. Os dados foram analisados com base no referencial teórico da psicossomática psicanalítica, e as informações quantitativas foram analisadas pela estatística descritiva. **Resultados:** Na análise demográfica, 67% são mulheres, o estado civil dos sujeitos é de maioria em união estável/casados 63%, com uma média de idade na faixa dos 49,9 anos.

Nesta amostra, 42,5% tem entre 5 e 8 anos de escolaridade; 27,5 está desempregada e 27,5 recebe algum tipo de benefício do governo. Houve significância entre dor e alexitimia, sendo esta prevalente na maioria dos sujeitos. A dor foi identificada como fator de risco para piora da qualidade de vida em todos os domínios. A intensidade da dor nas atividades gerais da vida, de acordo com a percepção dos sujeitos, foi de  $8,12 \pm 1,13$ . O maior impacto da dor é observado, no que se refere a sua interferência no potencial laborativo,  $8,72 \pm 1,55$ ; houve prevalência de alexitimia 65% considerando homens e mulheres. Escores elevados de alexitimia, com uma média  $75,66 \pm 8,08$  foram identificados. Dentre os três fatores avaliados, o que diz respeito à dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais, obteve a maior média  $28,73 \pm 4,16$ , seguido do fator que corresponde à dificuldade em descrever os sentimentos aos outros, com  $27,93 \pm 4,2$ . Houve presença de correlação entre a percepção da dor e sintomas depressivos ( $p = 0,39$ ). **Conclusão:** Sob o olhar da psicossomática psicanalítica, é possível identificar prevalência de sujeitos com alexitimia, que apresentaram maior vulnerabilidade para a percepção de dor, maior presença de sintomas depressivos e manifestação de transtornos psicossomáticos.

**Palavras chave:** psicossomática, dor e alexitimia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Currently, Psychosomatics is considered a large field of knowledge to be further explored. Psychosomatics logic makes no distinction between body and psyche, but understands and studies as an integrated unit, complex and interdependent. In the field of literature, alexithymia is considered today as one of the favorable situations, which appears to increase vulnerability to disease and pain experiences. By the fact of symbolic communication be limited, alexithymia was described as probably a particular risk factor in psychosomatic subjects. **Objective:** to study the correlation between chronic pain and alexithymia in psychosomatic subjects. **Methodology:** this is a descriptive study of quantitative and qualitative analysis character content. 40 subjects were analyzed in a correlational study. The survey was the Pain Clinic, attached to the Hospital de Base of São José do Rio Preto SP. Subjects were selected according to the criteria: 1. Age between 18 and 65 years, of both sexes; 2. Pain outpatient clinic with a complaint of non-neuropathic pain and psychosomatics disease, for the period from July 2017 to September 2018; 3. Subjects were invited randomly, were accepted volunteer. Anamnesis interview was held, and applied the instruments: 1. Toronto Alexithymia Scale TAS-20; 2. Generic Questionnaire for the evaluation of quality of life (SF-36), 3. Beck Depression inventory and 4. Brief Pain inventory. Data were analyzed on the basis of the theoretical framework of psychoanalytic psychosomatics and quantitative information were analyzed by descriptive statistics. **Results:** In demographic analysis, 67% are women, the marital status of the subject is most stable/married 63%, with a mean age in the range of 49.9 years. In this sample, 42.5% have between 5 and 8 years of schooling; 27.5% of the subjects are unemployed and 27.5% receives some benefit from the Government. There was positive correlation and significance values between pain and alexithymia, which is prevalent in 65% of the subjects. Pain has been identified as a risk factor for worsening of quality of life in all areas; The intensity of the pain in the General activities of life, according to the perception of the subject, it was  $8.12 \pm 1.13$ . The greatest impact of pain is observed, the potential labor,  $1.55 \pm 8.72$ ; High scores of alexithymia, with  $75.66 \pm 8.08$  have been identified. Among the three factors assessed, the regarding difficulty identifying feelings and distinguish them from the body sensations, represented the highest average  $28.73 \pm 4.16$ , followed by the factor that corresponds to the difficulty describing feelings to others, with  $27.93 \pm 4.2$ .

The presence of positive correlation between the perception of pain and depressive symptoms (moderate and severe) ( $p = 0.39$ ) of significance. **Conclusion:** under the gaze of the psychoanalytic literature in line with other studies, it is possible to identify subjects with alexithymia, presented greater vulnerability to the perception of pain, depressive symptoms and onset of psychosomatic illnesses.

**Keywords:** psychosomatic, pain and alexithymia.

## 1. INTRODUÇÃO

Saúde e adoecimento correspondem a processos dinâmicos e complexos. Embora exaustivamente catalogados, por características comuns de manifestação, desenvolvimento, tratamento e possível cura, ainda são um desafio, na medida em que sua representação em cada indivíduo significa uma experiência singular.

Por considerar a subjetividade, a psicanálise tem subsidiado teoricamente os conceitos que envolvem a dimensão psicossomática nos seres humanos. Os estudos que discutem a dinâmica mente e corpo em psicossomática, passaram por uma evolução histórica de conceituação (Mello Filho, 1979, 1992), até se tornarem uma disciplina de pensamento e ação estreitamente associada à psicanálise (Doin, 2010).

Dor e sofrimento também são caracterizados por sua natureza individual. Ainda não foi possível objetivamente, mensurar o grau em que cada indivíduo vivencia a experiência dolorosa (Sousa & Silva, 2005). Não obstante, é relevante compreender o fenômeno da dor nos processos de somatização, para propor possibilidades de tratamentos terapêuticos, que visam melhorar a qualidade de vida de tantos que adoecem ou tornam-se adoecidos.

A particularidade de manifestação de cada indivíduo que adoce, sob o enfoque da teoria psicanalítica, decorre do fato essencialmente simbólico da mente. Cada sujeito experiencia processos atemporais com força proporcional à importância de seu significado individual. Assim, a representação no corpo manifestada pela doença, é produto de processos inconscientes; o indivíduo vivencia as emoções no corpo, em virtude da dificuldade de simbolização e representação psíquica. Este aspecto pode ser compreendido “como uma expressão de seu modo de lidar com a realidade” (Ávila, 2004).

Neste contexto, os símbolos emergem como aqueles elementos que permitem reconhecer algo por sua representação. Desta forma, a palavra na linguagem, corresponde ao conjunto simbólico que pode traduzir e representar o universo mental. Quando a mente não consegue representar, o adoecer acontece como consequência da ruptura da unidade “psicossoma”. Sobre este pensamento, (Ávila, 1996 apud Groddeck) considera que a

(...) a psicanálise pode por para funcionar as extraordinárias capacidades da linguagem de transformar o corpo e, tanto pode fazer surgir, como desaparecer sintomas, pois a mesma capacidade simbólica tanto pode permitir quanto obstruir a vida.

Existem ainda, aquelas situações em que o corpo em sofrimento possibilita alívio para uma mente aflita, ansiosa e sofrida. A dor em tais situações é deslocada da mente para o corpo em nível inconsciente. Ela surge como sintoma físico, representando de forma complexa e multifacetada, um conflito psíquico. Pela expressão da dor, a doença se faz presente e vários autores consideram que ela pode se referir a uma causalidade psíquica original (Groddeck, 1984; McDougall, 1987; Alexander, 1952).

É com a clínica da histeria e da hipocondria que a representação subjetiva do corpo é considerada, em contraposição a visão hegemônica do organismo. Volich (2002), enfatiza o lugar da experiência hipocondríaca na relação com o outro:

(...) moldando as representações do corpo, oferecendo imagens para a sua existência, transgredindo a ordem da fisiologia e da anatomia, subvertendo o funcionamento dos órgãos e sistemas vitais, a histeria, os fenômenos psicossomáticos e a hipocondria sempre ofereceram ao sujeito, desde o início de sua existência, recursos para lançar ao outro, o apelo para o alívio de seu sofrimento, muitas vezes indizível.

É sobre tal apelo lançado ao outro, numa linguagem sem palavras, que expressa a dimensão dolorosa vivenciada pelo sujeito, que nos debruçamos sobre os temas abordados nesta pesquisa: psicossomática, dor e alexitimia. Importa-nos o que é humano, mas sobretudo

aquilo que corresponde a dimensão do sofrimento e da dor, para melhor compreender e neste processo descortinar alternativas de tratamentos, que possibilitem a melhora na qualidade de vida dos sujeitos.

Denominamos sujeitos<sup>1</sup> propositadamente, pois é na perspectiva própria que a língua portuguesa compreende este termo: “aquele que promove a ação”. Partilhamos do entendimento de que as pessoas que vivenciam diferentes situações, sejam elas de prazer ou descontentamento, sofrimento, dor, são autoras de sua própria história. Não são pacientes na vida, mas sujeitos ativos, em grande parte das vezes inconscientes, mas ainda assim, sujeitos autores do legado que constroem para si mesmos.

## 1.1 A PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA

A teoria psicanalítica inaugura um novo e revolucionário olhar sobre a realidade humana, no que tange aos conflitos de ordem psíquica e seus desdobramentos na saúde e adoecimento dos sujeitos.

No final do século XIX, o médico austríaco Sigmund Freud (1856-1939) provoca uma mudança de paradigma, com a proposta do inconsciente e a fundação de uma nova teoria sobre os processos psíquicos. Rompendo com o império do dualismo cartesiano no universo científico, aponta conforme Aisenstein (1994) e Volich (2000), que a saúde de um indivíduo se encontra intimamente relacionada à sua própria história. O neurologista austríaco propõe

---

<sup>1</sup> O sujeito é um dos termos essenciais da oração, geralmente responsável por realizar ou sofrer uma ação ou estado. Ele é o termo com qual o verbo concorda. Na língua portuguesa, o sujeito rege a terminação verbal em número e pessoa. Neste trabalho, os indivíduos pesquisados são tratados como “sujeitos”.

então, que as doenças orgânicas não são decorrentes apenas de agentes biológicos e que o corpo é susceptível também, às vicissitudes da mente (Peres, 2006).

A palavra psicossomática abre uma nova visão de abordagem das doenças, de forma que se tornam compreendidas como parte de um processo mais amplo, não mais restrito aos sintomas que se manifestam na perspectiva puramente física. Quando usamos a expressão “transtornos psicossomáticos” dizemos que apesar das condições serem psicológicas, o sujeito apresenta mudanças clínicas, verificadas por diferentes exames.

A psicossomática psicanalítica fundamenta-se na valorização da subjetividade humana, no que se refere a história de vida do indivíduo, bem como sua construção pessoal de relação com o meio, no qual se desenvolveu e está inserido. Isso significa considerar inúmeros processos humanos, tanto no que se refere às questões cognitivas, quanto no que diz respeito às relações com a emotividade e afetividade (Pinheiro, 2011).

Desta maneira, cada aspecto da vida, seja saúde ou adoecimento, perfaz um campo simbólico e ao mesmo tempo real para o indivíduo, caracterizando-o como um ser dinâmico e holístico<sup>2</sup>, em constante movimento de troca com o meio. Saúde, doença e processos de cura, são, portanto construções sociais e representações, que se configuram num quadro complexo. Envolvem elementos biológicos, socioeconômicos, culturais, psicossociais, religiosos e psíquicos (Volich, 2000).

Embora a ideia primordial da psicossomática esteja relacionada às influências psicológicas sobre os distúrbios experienciados no corpo, existem diferentes conceitos e formas de abordagem sobre este tema.

---

2. A palavra “hólos” veio do grego e significa inteiro; composto. Holismo é a tendência a sintetizar unidades em totalidades, que se supõe seja própria do universo. Sintetizar é reunir elementos em um todo; compor.

Para Mello Filho (1992), a psicossomática é uma ciência interdisciplinar que integra diversas especialidades da medicina e da psicologia, para estudar os efeitos de fatores sociais e psicológicos sobre processos orgânicos do corpo, e sobre o bem estar das pessoas. Segundo este autor, há de se diferenciar transtornos Somatoformes<sup>3</sup> e transtornos psicossomáticos.

Os dois transtornos são causados por elementos psicológicos e apresentam sintomas físicos. No entanto, no primeiro, não há lesão física, ou seja, o indivíduo queixa-se de dor em determinada área do corpo, mas não é confirmada nenhuma disfunção física em exames. No segundo, há prejuízo fisiológico mensurável, mas as condições de sua expressão são psicológicas.

Sobre o segundo aspecto, “transtornos psicossomáticos”, Georg Groddeck introduz a expressão: “linguagem de órgão”. Para este autor, “quanto mais profundo for o conflito íntimo do ser humano, mais graves serão as doenças, pois elas representam simbolicamente o conflito” (Groddeck, 1984). Outro autor que percorre semelhante linha de raciocínio é Franz Alexander, da escola americana de psicossomática. Ele inaugura a noção de neurose vegetativa, defendendo a existência de órgãos de choque, conhecidos como zonas de fragilidade funcional, causadas por um padrão psicodinâmico individual que se origina num processo simbólico (Figueiredo, 2016).

Com Groddeck (1992), a tese de que toda doença orgânica é igualmente psíquica, bem como o inverso, ganha relevância: a doença corresponde a uma solução, apesar de problemática, para os conflitos inconscientes.

---

3. Esta denominação é encontrada na CID-10: F45 “A característica essencial diz respeito à presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, ainda que os médicos nada encontram de anormal e afirmam que os sintomas não têm nenhuma base orgânica. Se quaisquer transtornos físicos estão presentes, eles não explicam nem a natureza e a extensão dos sintomas, nem o sofrimento e as preocupações do sujeito”.

Para Alexander, (1952), a doença surge como consequência de emoções, impulsos não satisfeitos, desviados e reprimidos, que podem agir sobre o sistema endócrino e vegetativo, acarretando lesões corporais.

Nos sujeitos psicossomáticos, o fluxo supracitado é resultado da elaboração inconsciente das vivências. Isto significa dizer, que a maneira como o sujeito assimila os objetos e as interações com o mundo, pode se dar de forma "auto-lesiva". Segundo Joyce McDougall (1987; 1991), da falta de recurso psíquico para a elaboração dos conflitos, decorreria a característica preponderantemente “psicossomática” e o consequente desequilíbrio psicossomático, com a ocorrência de desorganizações orgânicas progressivas.

Para a escola de psicossomática de Paris, é um equívoco conceitual falar de “doenças psicossomáticas”, consideram mais apropriado utilizar a denominação de “pacientes psicossomáticos”, àqueles cuja manifestação sintomática preponderante aparece no plano orgânico e não no psíquico (Peres, 2006).

Na visão dos autores P. Marty, M'Uzan, M. Fain e C. David (1962/1994), o termo psicossomática, designa uma abordagem de pacientes, uma técnica psicoterápica e uma teoria (Rocha,1989); o interesse é direcionado para a compreensão do que ocorre na mente dos sujeitos que somatizam, em resposta aos conflitos e aos acontecimentos.

Para estes autores, esta forma de organização mental apresenta características como: *pobreza de associações subjetivas, dificuldade de estabelecer transferência, dificuldade para fantasiar livremente, ausência de reações afetivas diante de perdas e outros acontecimentos traumáticos e pobreza de investimentos libidinais* (Rocha, 1989).

A clínica psicanalítica traz a possibilidade do entendimento da experiência humana em seu universo singular. A leitura psicanalítica entende a vivência de cada indivíduo em sua dimensão histórica, construída na singularidade do ser.

De acordo com Marty e M'Uzan (1962/1994), os sujeitos somatizadores apresentam uma veemente propensão à ação em detrimento da simbolização. Condutas pouco elaboradas do ponto de vista psíquico são adotadas para minimizar o impacto causado pelas excitações.

Ávila (2002) propõe que

(...) o sintoma psicossomático seja visto como um processo em que uma questão subjetiva segue um caminho adverso: ao invés de conseguir aceder à mente, como processo mental, ou seja, representação, esta situação se traduz corporalmente, ou seja, se apresenta como expressão do corpo. O processo somático ocupa o lugar do processo psíquico: no sintoma psicossomático uma questão subjetiva se apresenta, ao invés de se representar (p. 37).

Desta forma, é possível considerar que a restrição fantasmática que os caracterizam, faz do aparelho sensório-motor uma via privilegiada de exteriorização das demandas pulsionais (Marty, 1993 apud Peres, 2006).

## 1.2 DA HISTERIA À PSICOSSOMÁTICA

É com a clínica da histeria e da hipocondria que a representação subjetiva do corpo é considerada, em dissonância com a visão hegemônica do organismo. Para Freud (1895, 1905, 1914), o corpo corresponde àquele que carece ser ouvido para além dos ruídos neuro-anátomo-fisiológicos, tornando-se, portanto, seu autor e de seus destinos, bem como das possibilidades de acolhida de seu sofrimento em termos terapêuticos (Teixeira, 2006).

Em sua origem greco-latina, a histeria foi constituída como uma questão de natureza feminina – às parteiras – que, à distância dos homens, acumulavam um saber sobre o parto, a infância, o sexo da mulher e as doenças que a acometiam, especialmente aquela traduzida pela *sufocação*. *Sufocação da matriz*, do útero – origem da palavra histeria (Leite, 2012). Hipócrates (século IV a.C.) dedicou duzentas e cinquenta páginas de suas obras completas às

“doenças das mulheres”, cuja origem principal é atribuída à mobilidade da *matriz- útero* (Leite, 2012).

A psicanalista Sonia Leite (2012), destaca que a herança médico filosófica propôs uma importante observação: que a história da histeria é estreitamente ligada à história da epilepsia. Tanto uma quanto a outra, se traduzem em manifestações corporais espetaculares que inspiram desde o temor até a compaixão. A violência do ataque deixa o sujeito aturdido e inconsciente em relação ao que passou.

Ao localizar a epilepsia no cérebro, Hipócrates destrói as crenças que a rondavam. No entanto, a histeria teve que esperar alguns séculos para com Charcot e depois com Freud ter um destino semelhante (Leite, 2012).

Charcot, que era médico neurologista, ao término do século XIX, amplia a pesquisa histórica em torno da histeria, mostrando que os casos de convulsões, as epidemias, anestésias que atravessaram os séculos eram fenômenos semelhantes àqueles apresentados pelas loucas acolhidas na Salpêtrière (Leite, 2012).

De acordo com Leite (2012), Charcot faz uma importante ressalva, ao considerar que em suas apresentações de pacientes, apontou a presença da histeria para ambos os sexos, demonstrando que até mesmo “um ferroviário [...] um homem vigoroso!” (Charcot, 1887-1889/2003), pode ser acometido pela doença. Esse fato abriu a discussão sobre a relação entre a referida patologia e a frequência das licenças de trabalho na época.

Assim, é diante da impossibilidade de o discurso médico responder aos sintomas somáticos da histeria de conversão, que emerge o desejo de saber em Freud, dando origem à psicanálise.

No desenvolvimento de suas ideias sobre a histeria, Freud destaca o fato de que a conversão é o mecanismo mais eficaz para eliminar a angústia, oriunda das representações em conflito, justificando a chamada *la belle indifférence des hystériques* (Freud, 1915).

O sintoma histérico tem o significado que se lhe empresta, de modo que em cada caso, o significado pode ser diferente, segundo a natureza dos pensamentos reprimidos que estejam lutando por expressão. Freud (1915), sobre esta questão, destaca que os sintomas da histeria são de origem somática e psíquica, envolvendo dinamicamente estas duas dimensões.

Tanto quanto posso ver, todo sintoma histérico envolve a participação de ambos os lados. Ele não pode ocorrer sem a presença de um certo grau de submissão somática oferecida por algum processo normal ou patológico num dos órgãos do corpo ou relacionado com um deles. Ela não pode ocorrer mais de uma vez – e a capacidade de repetir-se é uma das características de um sintoma histérico – a menos que tenha uma importância, um significado psíquico.

O que podemos observar, é que o fenômeno psicossomático é vivenciado por sujeitos humanos, independente da situação econômica, do gênero, raça, nacionalidade ou idade. Diz respeito ao que é humano vivido nesta dimensão, ainda que suas representações aconteçam no cenário individual de forma subjetiva.

A multiplicidade de expressões da histeria – crises de angústia, dores, vertigens, desmaios – que emergem no corpo deixa ainda hoje, lacunas em uma medicina que busca em vão uma explicação de cunho orgânico. Essa multiplicidade sintomática conduziu a Associação Americana de Psiquiatria a excluir a palavra histeria de sua nomenclatura (Leite, 2012).

Em seu lugar, em 1980, o DSM-III incluiu a expressão desordem de personalidade múltipla que, em 1994, no DSM-IV, foi substituída por distúrbios dissociativos da identidade e em maio de 2013, no DSM-V as categorias de Transtornos Somatoformes são substituídas por Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados (APA, 2013).

Na perspectiva da psicanálise, o sintoma representa o conflito, de forma que sua expressão é materializada no adoecimento e/ou dor física. Na medida em que a mente

consciente não dispõe de recursos para elaborar o conflito, é na esfera não acessível do inconsciente, que aquele é, de certa forma, escoado para o corpo (Peres, 2006).

As psicogêneses deste processo, não estão predeterminadas. Trata-se de fenômeno individual condizente com a estrutura de significados historicamente construídos e vivenciados pelo sujeito. Desta forma, as razões fundamentais da expressão física do conflito psíquico, são dinâmicas e dialeticamente estruturadas pelo inconsciente. Por esta natureza, os conflitos psicossomáticos não são objetivados em testes psicológicos padronizados.

Para Freud (1905/1974), os motivos que apoiam o paciente em sua enfermidade “provavelmente podem ser encontrados em todos os casos amplamente desenvolvidos. Mas há alguns nos quais os motivos são puramente internos – tal como o desejo de autopunição, isto é, penitência e remorso”. Com esta compreensão, surge a possibilidade de investigação das doenças objetivas, sob a perspectiva do significado subjetivo, para aqueles que delas sofrem (Ávila, 2016).

### **1.3 A PULSÃO EM PSICANÁLISE**

Este conceito em psicanálise está intimamente relacionado aos processos psicossomáticos. Freud (1905) desenvolveu a noção de Pulsão e Conversão a partir do conceito de inconsciente. As imagens e símbolos estruturados no terreno do inconsciente dão representação para as pulsões, que dinamicamente emergem como conteúdos e conflitos psíquicos.

A primeira aparição do termo “Trieb” nos escritos freudianos ocorre no ano de 1905. Neste momento do desenvolvimento da teoria psicanalítica, há uma distinção entre dois tipos de excitação do organismo, que por sua vez, servem ao que demanda o princípio de

constância que impele um descarregamento de excitação. (Portela, 2007 apud Laplanche e Pontalis, 1995).

O princípio de constância proporciona ao indivíduo a aptidão para escapar das excitações externas, mas não permite que escape das excitações internas (endógenas), pois elas impulsionam o aparelho psíquico. É desta maneira, que as forças endógenas impulsionam o indivíduo a obter a descarga de excitação, que está situada entre o psíquico e o somático (Portela, 2007).

A excitação está atrelada a noção de representante psíquico que norteará o destino da pulsão. Nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), Freud dá início a noção de que o objeto é variável e escolhido de acordo com a história do indivíduo. A pulsão, deste modo, estará ligada ao representante segundo a ordem da história do sujeito e, esses representantes irão apresentar o objeto a que irá se ligar, tomando também a inclinação de dirigir o modo de satisfação a ser obtido. Em outras palavras, a pulsão parcial, indica a ideia de que a pulsão sexual existe primeiramente no estado polimorfo, e sua meta é reduzir a excitação corporal (Portela, 2007).

Para Freud (1905), uma pulsão tem a sua fonte numa excitação corporal; o seu objetivo ou meta é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é no objeto ou graças a ele, que a pulsão pode atingir suas metas. É um processo dinâmico que consiste numa pressão ou força que faz o organismo tender para um objetivo (Laplanche e Pontalis, 1995).

Pulsão “é pressão ou força, concebida como um fator quantitativo econômico, uma exigência de trabalho imposta ao aparelho psíquico”. Está ligada à noção de representante, como uma espécie de delegação enviada pelo somático ao psiquismo (Laplanche e Pontalis, 1995).

Quando Freud desenvolve a ideia de “representante psíquico”, declara num acréscimo feito em 1905, que a pulsão é um conceito que se situa na fronteira entre o anímico e o corporal. Ela não atua como uma força de choque momentânea, mas sempre como uma força constante. Os estímulos provenientes da fonte exógena operam como uma força momentânea, podendo ser removido por uma ação adequada, enquanto os estímulos endógenos atuam como uma força constante, contra a qual a fuga é ineficaz (Noll, 2017).

#### **1.4 A ALEXITIMIA**

Este termo tem se tornado material de estudo de diferentes áreas do conhecimento. A cada dia é mais amplamente explorado, uma vez que esta “característica”, em alguns indivíduos, pode significar uma forma específica de funcionamento.

Apesar de a natureza própria da alexitimia ainda não estar solidamente elucidada, desde a proposta de Sífneos (1972/1977), há um consenso entre os autores de que ela representa um construto teórico multidimensional, relativo a um déficit no processamento cognitivo e emocional, que são indiferenciados e pobremente regulados (Yoshida, 2006).

A Alexitimia é caracterizada pela presença de um raciocínio concreto, objetivo, orientado para o exterior, subjetividade limitada, pobreza de simbolização, fragilidade quanto à imaginação e fantasia e limitada reação afetiva frente a situações de perdas significativas para o sujeito (Formiga, 2013).

Na década de 1960, os psiquiatras John Nemiah e Peter Sífneos perceberam que alguns pacientes psicossomáticos mostravam grande dificuldade para falar sobre suas emoções e sentimentos, dando a impressão de não compreenderem o significado dessas palavras. Sífneos (1972), propôs a palavra alexitimia para explicar esse comportamento. Para ele, trata-se de uma perturbação que afeta o processamento emocional, da qual resulta a incapacidade

de exprimir as emoções, sob a forma de sentimentos, por intermédio da linguagem (Silvia, 1992).

*Alexithymia* é uma palavra com raízes gregas: a partícula “a” (*alpha*) tem um sentido de negação, de falta ou ausência; “lex” (*lexis*) é um termo que significa linguagem ou palavra; e “thymus” se refere a “emoção ou sentimento”. Literalmente, alexitimia pode ser traduzida como “sem palavras para o sentimento”.

É importante considerar que antes de Sífneos (1972/1977), trazer sua contribuição usando o termo alexitimia, para atribuir aos seus pacientes as dificuldades de expressões emocionais, na década anterior Pierry Marty e M’Uzan (1963/1994) já utilizavam um conceito semelhante na Escola de Psicossomática de Paris.

A característica alexitímica era conceituada por estes autores como a expressão de um pensamento operatório. Diz respeito a um constructo psicológico atribuído ao raciocínio concreto, voltado para a realidade externa e vida interior fragilizada e limitada quanto a imaginação e fantasia (Formiga, 2013).

Cerchiari (2002), considera que Marty e M’Uzan (1983, cit. Silva e Caldeira, 1992), a partir dos estudos realizados por Fain e David, sobre a vida onírica e aplicados à seus pacientes, perceberam que estes tinham uma forma peculiar de pensar e de lidar com suas emoções. A esta forma de pensamento, estes autores denominaram de “*pensamento operatório*”. Por conseguinte, este conceito surgiu nos últimos anos como consequência do desenvolvimento das escolas francesa e americana de psicossomática, para designar a forma de pensar e de lidar com emoções de pacientes definidos como psicossomáticos (Cerchiari, 2002).

A alexitimia, apesar de inicialmente ter sido relacionada a perturbações psicossomáticas clássicas, atualmente pode ser encontrada em um grande número de sujeitos que padecem de

diversas perturbações físicas e psicopatológicas, tanto como um estilo peculiar do funcionamento mental, quanto como resposta do sujeito às “situações vividas como ameaçadoras, pela difícil contenção psíquica das emoções dolorosas” (Cerchiari, 2002).

De acordo com esta autora, apesar dos estudos atuais demonstrarem que essa maneira peculiar de se comunicar, não seja específica dos pacientes com doenças psicossomáticas clássicas, a contribuição de Nemiah e Sifneos (1972/1977) é de importância fundamental. Eles chamaram a atenção para um aspecto do funcionamento psíquico relevante tanto para a medicina psicossomática quanto para a psicanálise. Apontaram principalmente para a psicanálise atual, uma direção a tomar sobre a exploração da vida intrapsíquica via estudo da comunicação entre paciente e analista.

Como bem considera Valente (apud Soares et. al, 2012), foi através do conceito de neurose, que Freud tornou evidente duas vias pelas quais os processos psíquicos interagem e interferem nos processos orgânicos. Uma via se dá pela psiconeurose, na qual conflitos psicológicos podem produzir sintomas somáticos, como a histeria. A outra via ocorreria pela neurose atual, em que os sintomas somáticos poderiam ser gerados por uma ampliação da estimulação somática, sem que haja a elaboração psíquica necessária (Peres, 2006).

Peres (2006) reflete que para a escola de Paris, os sujeitos somáticos apresentam dificuldade para elaborarem afetos potencialmente desestruturantes. Geralmente estabelecem estratégias defensivas arcaicas para evitar mobilizações emocionais que não podem elaborar ou controlar.

Trata-se de um recurso inconsciente que exclui representações carregadas de afetos e sentimentos intoleráveis para o sujeito. Montagna (1988) e Rocha (1988), ao considerar os estudos da escola de Paris, destacam que os sujeitos “ejetam” os afetos do próprio aparelho mental, como forma de autoproteção. Este recurso possibilita a retirada do sentimento do

plano da consciência e o sujeito age como se nunca tivesse tido acesso aos conteúdos repudiados (Peres, 2006).

Para Freud (1893/1895/1905), tal repúdio para fora do ego se desdobra no surgimento de fenômenos alucinatorios e delirantes. A metapsicologia clássica considera três destinos: a conversão, deslocamento ou neurose (obsessiva ou de angústia) (Peres, 2006).

Em contrapartida, para McDougall (1980/1982), os afetos ejetados não atuam gerando alucinações ou delírios, mas se perdem sem qualquer espécie de compensação psíquica, reduzindo-se a uma pura expressão somática. Simbolicamente seria um “delírio no corpo”.

A esta separação da consciência do afeto, McDougall (1991) nomeou como um fenômeno de “desafetação”. O rompimento do sujeito com seus próprios sentimentos (Peres, 2006). Assim, ela considera que o sujeito desafetado pode manter relações fusionais, na tentativa de recriar a ilusão primitiva de unidade mental e corporal com a figura da mãe.

Neste contexto, a alexitimia merece destaque para sua peculiar característica. Para McDougall (1980/1982/1991), o fenômeno alexitímico acontece em decorrência de perturbações da relação mãe-filho, sendo esse fenômeno uma condição pré-neurótica extremamente precoce, dominada pelos mecanismos de defesa de desafetação e de identificação projetiva (Mc Dougall, 1980, 1982 apud Taylor, 1990).

Para a autora, perturbações relacionais entre mãe e bebê, correspondem ao fator etiológico central da desafetação. Isso, porque para Mc Dougall (1980/1982), a figura materna teria como principal tarefa, proteger o bebê das tensões provenientes do mundo externo. A mãe teria a função de interpretar a comunicação primitiva do bebê para nomear e atender a seus estados afetivos.

Assim, para a escola de psicossomática de Paris, a característica alexitímica decorreria de uma fase anterior ao processo de estruturação psíquica para formação simbólica. Ela está

relacionada aos processos iniciais e primitivos de vinculação do bebê no início da formação de sua estrutura psíquica (Taylor, 1990).

Com este movimento, ela promove a progressiva “dessomatização” do aparelho mental do bebê, na medida em que fornece subsídios ao acesso da criança à palavra, favorecendo o desenvolvimento da capacidade de simbolização (Peres, 2006).

Cerchiari (2002), Mc Dougall (1974) e Taylor (1990), destacam que ao contrário do que acontece na histeria de conversão, onde o corpo se rende à dramatização simbólica do conflito intrapsíquico, no fenômeno alexitímico, o corpo segrega seus próprios pensamentos. Sendo este corpo sentido como se pertencesse a alguém (mãe) ou a alguma coisa (mundo externo).

Não obstante, é justo considerar que as causas que precedem a característica alexitímica ainda carecem de maiores explorações, muito embora diversos autores como Sífneos e Nemiah (1972/1977), Mc Dougall (1980) e P. Marty e M’Uzan (1963), dentre outros, apresentem importantes contribuições e apontamentos substanciais a respeito.

## **1.5 O “NÃO LUGAR” DA PALAVRA**

Quando Nemiah e Sífneos (1970) propuseram o conceito de Alexitimia, objetivaram assinalar um transtorno de comunicação característico do sujeito somático. E por ser da ordem da comunicação, a palavra toma importante destaque neste contexto. Mas não somente a palavra como símbolo vocálico, mas como expressão da ideia e das emoções.

A comunicação perpassa uma gama diversa de mecanismos e instrumentos que transcendem a palavra falada. As múltiplas expressões de arte, por exemplo, podem comunicar com beleza ou horror, o objeto psíquico de seu autor. Os sinais manuais, como a Linguagem Brasileira de Sinais - LIBRAS, também cumprem seu papel no cenário da

comunicação. Outras vias não ditas, mas expressas no silêncio de um olhar ou comportamento, também carregam a possibilidade de transmitir uma ideia ou emoção.

Contudo, para além da função da comunicação e da palavra, o fenômeno alexitímico é de outra ordem. Partindo da proposta inicial de Sifneos (1970), como transtorno da comunicação psicossomática, a alexitimia pode ser compreendida como a fronteira não transposta entre o somático e o psíquico, no período inicial da psique. Nas concepções de Jacques Lacan (1960), por exemplo, o *inconsciente é estruturado como uma linguagem*.

Não se trata apenas da ausência de palavras, mas da incapacidade de elaboração dos conteúdos simbólicos que subsidiam a formação das palavras ou outros instrumentos de comunicação relacionados as emoções. E é justamente nesta zona fronteira, que pela pobreza simbólica, o “corpo verbaliza” as angústias sem “pátria” da psique.

Os processos humanos de saúde e adoecimento passam a ter relação com o simbólico estruturado no inconsciente pela aquisição da linguagem. A analogia entre inconsciente e linguagem remete tanto ao caráter fundador da palavra, no domínio inconsciente, quanto ao seu emprego como método terapêutico (Salinas e Gorayeb, 2003). Para Sigmund Freud (1915), o processo de tornar um conteúdo consciente é mediado pela palavra, inversamente, a quebra dessa associação determina a perda da consciência. Neste percurso, pela dificuldade em simbolizar as pulsões como angústias e conflitos, a carga libidinal é escoada para o somático.

Na visão lacaniana da psicanálise, a incidência da manifestação psicossomática no corpo é vista como palavra escrita, não necessariamente solidária a uma cadeia de sentidos. Ou seja, como a inscrição de um signo, que se satisfaz em si mesmo sem ser endereçado a outro, como num discurso ou queixa (Salinas e Gorayeb, 2003). No texto escrito no corpo, a simbologia

que poderia ser expressa pela palavra, é inscrita no corpo em forma de sintoma, em expressão de dor.

De acordo com as concepções de Nemiah e Sifneos (1970) apud Valente (2012), os sujeitos somáticos apresentam uma dificuldade na habilidade de representar pela via simbólica seus sentimentos, de forma que seu estado emocional não se articula com a consciência, possibilitando o surgimento de sintomas corporais.

Para Carneiro e Yoshida (2009), quando há traumas antes do desenvolvimento da linguagem, há a possibilidade de dano na habilidade de utilizar as palavras, na expressão dos sentimentos. Em decorrência, Sifneos apud Valente (2012), relata que as emoções seriam expressas por meio de manifestações somáticas e comportamentais, não se associando aos pensamentos.

Para Soares et al. (2015) apud Carneiro & Yoshida (2009), dos casos de situações traumáticas vivenciadas na infância, ocorridas devido a excessos ou privações nas interações entre mãe e criança, decorre a dificuldade de manifestação afetiva, bem como na capacidade simbólica. Disto, deriva o lapso na internalização da função parental de proteção, a utilização demasiada da negação e repressão de afetos, a diminuição dos mecanismos de defesa, entre outros, levando por consequência, a um não desenvolvimento afetivo saudável.

Desde o início de seus estudos, a alexitimia esteve relacionada a diversos fatores como: fisiológicos, genéticos, neuroanatômicos, psicossociais e alterações neuroquímicas (Carneiro e Yoshida, 1977). Sifneos, (1991), sugeriu que as diversas etiologias fossem classificadas em dois grupos: os de natureza biológica (alexitimia primária) e os de origem psicossocial (alexitimia secundária).

A chamada alexitimia primária seria a forma biológica desta condição, advinda de defeito estrutural neuroanatômico ou deficiência neurobiológica e pressupõe a interrupção da

comunicação entre os dois hemisférios cerebrais ou entre o sistema límbico e o córtex Sifneos (1991); Taylor (1984) apud Carneiro & Yoshida (2009).

Ela também é considerada como um traço de personalidade, em virtude de sua presença duradora nos indivíduos que apresentam esta forma de alexitimia (Pardinielli & Rouan, 1998).

No que diz respeito a alexitimia secundária, Sifneos (1991) faz referência a uma reação aos efeitos de traumas ou doenças importantes, podendo ter como origem situações traumáticas vividas em períodos críticos do desenvolvimento infantil ou traumas intensos na idade adulta.

Para Sifneos (1991), Taylor (1994) e Carneiro & Yoshida (2009), as experiências traumáticas, tanto na infância como na idade adulta, podem ser de tal magnitude que levem a alterações estruturais do funcionamento psíquico, afetando principalmente, o componente afetivo das emoções com implicações significativas para a vida do indivíduo.

Existe a hipótese de que, quando as situações traumáticas ocorrem antes do desenvolvimento da linguagem, há posteriormente prejuízo na habilidade de uso das palavras para expressar os sentimentos. Sifneos explica que como consequência, as emoções seriam expressas em termos de sensações somáticas ou reações comportamentais, em vez de relacionadas a pensamentos.

Com interpretação a semelhança de McDougall (1991), em relação aos traumas vividos na infância, Krystal, Giller e Cicchetti (1986) defendiam que aqueles decorrentes de excessos ou privações nas relações mãe-criança impediriam o desenvolvimento adequado da capacidade de expressão afetiva, assim como da função simbólica.

Como consequência de tal experiência, decorreria a falha na internalização da função parental de proteção, o uso excessivo da negação e repressão de afetos, o colapso dos mecanismos de defesa do ego, entre outros. Tal situação levaria a uma paralisação do

desenvolvimento afetivo normal, podendo resultar nos transtornos psicossomáticos (Carneiro & Yoshida, 2009).

## 1.6 A DOR EM PSICANÁLISE

*“O poeta é um fingidor.*

*Finge tão completamente que chega a fingir*

*que é dor a dor que deveras sente.”*

*Fernando Pessoa*

A dor enquanto fenômeno biológico tem sido por diversos setores estudada, e de forma geral, o objetivo é melhor compreendê-la para melhor tratá-la e superá-la. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1083, de 02/10/12, fundamenta que de acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP), dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial. A dor pode ser aguda (duração inferior a 30 dias) ou crônica (duração superior a 30 dias), sendo classificada segundo seu mecanismo fisiopatológico em três tipos: a) dor de predomínio nociceptivo, b) dor de predomínio neuropático e c) dor mista (IASP, 2012).

A dor aguda pode ser considerada como uma informação fisiológica, com uma função de alerta importantíssima para o organismo. A dor crônica, pelo contrário, não tem qualquer consequência benéfica para o indivíduo impactando diretamente na qualidade de vida. Por sua característica, tem um conjunto de consequências no plano individual que vão muito além do aspecto biológico (Azevedo, 2007).

As queixas orgânicas recorrem à ciência para seu entendimento, porém apontam para o que resta, o que escapa da apreensão do corpo como carne, abrindo espaços para outras

formas de interpretação e tratamento, em sua tela de expressão para além do que é restritamente físico.

As elaborações freudianas do narcisismo assumem lugar fundamental quando lidamos com processos de dor e mal-estar orgânicos, já que “o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera” (Freud, 1914 – 1915).

Segundo Teixeira (2006), os campos de investigação e intervenção no sofrimento orgânico constituem espaços férteis, porque são próprios à participação dos analistas. O enfoque da psicanálise destina um olhar privilegiado às condições subjetivas singulares, familiares e sociais, como aspectos importantes na organização psíquica e no processo do adoecer. Incluem a experiência de estar doente e não doente, a “escolha” da patologia e do órgão acometido e os modos de relações do doente com sua enfermidade e sofrimento.

A dor talvez seja o ponto de encontro mais emblemático do corpo com a mente (Ávila, 2016). Sob certo ponto de vista, ela é um sinal de alerta, indica a possibilidade ou existência de algum prejuízo. Ela emerge como instrumento indicativo, não sendo, portanto o objeto do sofrimento, mas o sinal que pode levar o sujeito aos reais condicionantes que colocam em risco determinado sistema. Para além da localização da dor, das frequentes perguntas “onde dói?”, importa também outros questionamentos ao sujeito em sofrimento, como por exemplo, investigar “quando dói?”. Assim, as circunstâncias nas quais a dor se manifesta e a intensidade que ela é experimentada, também podem ser instrumentos de investigação.

Na perspectiva do sofrimento, pouco importa se a dor é vivenciada no corpo ou na mente, ainda que houvesse tal diferenciação, posto que corpo e mente são instâncias imbrincadas no mesmo processo, que é o fenômeno da vida humana. Esta separação cartesiana, didaticamente subsidia a pesquisa, mas na medida em que aprofundamos as investigações,

torna-se delicada sua separação categórica. As determinações da dor e do sofrimento podem ser mais bem compreendidas, como dinâmicas da complexidade do binômio mente e corpo.

Em síntese, Freud (1914-1915) estabelece a reflexão de que as doenças físicas podem ser o disfarce esplendido dos desejos inconscientes; que alguns eventos, por vezes de caráter orgânico, podem criar a “complacência somática” que abrirá as vias para o corpo se tornar o “palco” dos conflitos psíquicos. Além disso, os sofrimentos corporal e psíquico não são distintos, e em muitos casos, o fenômeno da dor é mais bem compreendido e aliviado, se o indivíduo puder reconhecer-se como autor de seu próprio sofrimento (Ávila, 2016).

Considerando tais reflexões teóricas, esta pesquisa objetiva estudar a possível prevalência e relação entre o fenômeno da alexitimia e da dor crônica, nos sujeitos considerados psicossomáticos, sob o enfoque teórico da psicanálise. Não limitando a confirmar ou refutar tal relação, mas também, aprofundar o conhecimento acerca dos temas abordados.

### **1.7 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a. Identificar a qualidade de vida da amostra com relação a dor;
- b. Identificar se há diferença da dor entre sujeitos com e sem alexitimia;
- c. Identificar se há correlação entre dor e pontuação na escala Beck de depressão;
- d. Identificar se existe correlação entre alexitimia e depressão.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de corte transversal com abordagem quantitativa e qualitativa. É um estudo correlacional, em que se inspeciona se a ocorrência de

determinada perturbação (somatização e dor crônica), se relaciona com aspectos que se suspeitam serem fatores de risco (alexitimia).

A análise exploratória dos dados incluiu média, mediana, desvio-padrão e variação para variáveis contínuas e número e proporção para variáveis categóricas. Foi realizada mediante o software IBM-SPSS Statistics versão 24 (IBM Corporation, NY, USA). Todos os testes foram bicaudais e valores de  $P < 0,05$  foram considerados significantes.

## **2.1 PARTICIPANTES**

Foi utilizada uma amostra de conveniência (com pacientes presentes e acessíveis), na qual foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 65 anos, com pelo menos 4 anos de escolaridade e cognição (atenção e compreensão) preservada para compreender as perguntas, consentir em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os sujeitos são originários da demanda de 14 meses de atendimento ambulatorial. A amostra (n=40) foi composta por sujeitos com dor crônica não neuropática<sup>4</sup>, pertencentes a uma Clínica de Dor de um hospital escola. Sujeitos com ausência de segmento clínico foram excluídos.

## **2.2 MATERIAIS**

Junto aos participantes foi realizada uma entrevista inicial, tendo em vista o melhor conhecimento dos sujeitos. Em seguida, aplicamos os seguintes inventários de pesquisa

---

4. Associadas a problemas no funcionamento do sistema nervoso, as dores neuropáticas podem surgir depois de lesões, doenças infecciosas ou cirurgias. (Sociedade Brasileira para Estudos da Dor – SBED).

validados para o Brasil: 1. Toronto Alexithymia Scale-TAS - 20; 2. Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36), 3. Inventário de Depressão de Beck - IDB e 4. Inventário Breve de Dor - IBD.

A Toronto Alexithymia Scale-TAS, é um instrumento de auto relato que demonstrou estrutura de quatro fatores interpretáveis “congruentes com o construto de alexitimia descrito por teóricos clínicos” (Taylor, Ryan & Bagby, 1985). Ela foi adaptada a diversas línguas sendo que na versão em português, os itens são respondidos em escala de tipo Likert de cinco pontos variando entre 1 (discordo inteiramente) e 5 (concordo plenamente). Os escores totais variam entre 26 e 130.

A versão original da TAS, composta por 26 itens, revelou boas qualidades psicométricas, reproduzidas nas versões adaptadas da escala para diferentes idiomas, dentre eles o português. Contudo, Yoshida (2006), considera que apesar das propriedades psicométricas da TAS-26, ou simplesmente TAS, terem sido mais satisfatórias que os instrumentos que a antecederam, na dimensão que avalia “fantasia reduzida” (fator 3), foi identificada correlação negativa com a que avalia “habilidade de distinguir sentimentos de sensações corporais e emoções” (fator 1), (Bagby et al., 1990, apud Yoshida, 2006).

Estas limitações levaram os autores da escala original a desenvolver uma versão mais reduzida com 23 itens, a (TAS-R) – Revised Toronto Alexithymia Scale e, finalmente, uma versão com 20 itens, a TAS-20, que avalia três dimensões da alexitimia: dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais (F1), dificuldade em descrever sentimentos (F2) e pensamento externamente orientado (F3) (Bagby, Parker, & Taylor, 1994).

A administração da TAS-20 foi assistida pela aplicadora, que auxiliou na leitura dos itens aos participantes, sem contudo induzi-los a resposta. Esta adaptação foi necessária em face do baixo nível de escolaridade de parte da amostra. O tempo médio de aplicação da escala foi mensurado em cerca de 20 minutos.

No intuito de melhor conhecer os impactos da dor nos diferentes setores da vida, optamos pelo Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36). Trata-se de uma avaliação multidimensional, desenvolvido em 1992 por Ware e Sherbourne e validado no Brasil por Ciconelli (1997). A avaliação dos resultados é feita mediante a atribuição de escores para cada questão, os quais são transformados numa escala de zero a 100, onde zero corresponde a uma pior qualidade de vida e 100 a uma melhor qualidade de vida (Ciconelli, 1997).

É constituído por 36 questões, que abrangem oito domínios classificados em duas dimensões: (a) Componente físico, que abrange a Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor e Estado Geral de Saúde; (b) Componente Mental, que engloba Aspectos Sociais, Vitalidade, Aspectos Emocionais e Saúde Mental.

A opção pela aplicação do (SF-36) deu-se em razão de este ser um questionário validado para a língua portuguesa e amplamente utilizado, tendo excelentes e reconhecidas propriedades psicométricas de reprodutibilidade e validade. Além disto, e em particular, este instrumento contempla uma escala específica para a avaliação da dor, classificando-a relativamente à sua severidade e interferência funcional. Esta escala de dor do SF-36 tem sido utilizada num conjunto diverso de contextos e patologias (Ciconelli, 1997).

Para rastrear os aspectos relacionados ao quadro de humor, escolhemos o Inventário de Depressão de Beck (IDB). Ele foi desenvolvido originariamente por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961). O Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory"; Beck et al., 1961) é provavelmente a medida de auto avaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (Dunn et al., 1993), tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. Trata-se de uma escala de auto relato, para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos Beck & Steer, (1993);

Rosa, Malandrin, Leite & Silva (1986), composta por 21 itens e estimativas de fidedignidade estabelecidas a partir de seis amostras psiquiátricas (Beck & Steer, 1993) que variaram entre 0,79 e 0,90 (Gandini, 2007).

As propriedades psicométricas da versão em português do Inventário de Depressão de Beck (IDB) foram estudadas em diferentes amostras. O primeiro estudo avaliou o perfil dos escores obtidos com o IDB em uma amostra de estudantes universitários brasileiros e comparou-o com o obtido nas versões de diferentes línguas e culturas. A consistência interna do IDB foi alta (0.81) e o padrão geral de resultados corroborou a validade de construto da versão em português (Gorestein e Andrade, 1998).

Por fim, para avaliação da dor crônica em sua intensidade e percepção do ponto de vista do sujeito, a nível internacional, existe uma grande variedade de instrumentos adequadamente validados para a medição, classificação e avaliação da dor, e de fenômenos ou constructos a ela associados.

Utilizamos o Inventário Breve de Dor (IBD), na forma reduzida, que é um instrumento multidimensional, que faz uso de uma escala de 0-10 para graduar os seguintes itens: intensidade, interferência da dor na habilidade para caminhar, atividades diárias do paciente, no trabalho, atividades sociais, humor e sono. A dor avaliada pelo paciente é aquela presenciada no momento do questionário e também a mais intensa, a menos intensa e a média da dor das últimas 24 horas (Martinez, 2011).

### **2.3 PROCEDIMENTOS**

As abordagens junto aos sujeitos pesquisados aconteceram semanalmente na referida Clínica de Dor, sob a autorização da chefia do corpo clínico. Os pacientes agendados para as

consultas multiprofissionais nesta clínica foram convidados para a pesquisa, no ambiente da sala de espera.

Mediante consulta na agenda eletrônica do ambulatório de dor, selecionamos aleatoriamente os sujeitos que cumprem os critérios da pesquisa e, individualmente fizemos o convite. A partir do aceite livre e esclarecido, realizamos as entrevistas e aplicamos os instrumentos do inventário de pesquisa individualmente, em ambiente confortável para os sujeitos.

#### **2.4 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados qualitativos foram analisados com base no referencial teórico da psicossomática psicanalítica, e as informações quantitativas foram analisadas estatisticamente. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, para esta segunda abordagem foi utilizada a estatística descritiva para análise dos elementos coletados.

O comparativo de dor entre pacientes com e sem alexitimia foi realizada pelo teste de Mann-Whitney, e comparação entre alexitimia e depressão foi realizada pelo teste exato de Fisher. A Análise de correlação entre qualidade de vida e dor, nos seus diversos domínios, bem como análise de correlação entre dor e depressão, foram realizadas pelo coeficiente de correlação de Spearman.

#### **2.5 ASPECTOS ÉTICOS**

Por envolver seres humanos, o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética

em Pesquisa, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/12. A presente pesquisa está identificada no cadastro CAAE 69.115.317.880000.5415, com parecer favorável CEP/FAMERP, nº 2.70.830, em 13 de julho 2017 nº 2.70.830.

Cada entrevistado assina um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo), com os devidos esclarecimentos sobre os objetivos e o método do estudo.

## **5. RESULTADOS**

Foram aplicados e analisados 42 inventários, junto à população estudada. Porém, foram contabilizados 40, pois dois inventários não puderam ser preenchidos de forma completa, em virtude de limitações físicas e emocionais dos sujeitos.

De acordo com a análise demográfica, a maioria pertence ao sexo feminino (67%), o estado civil dos sujeitos é de maioria em união estável/casados (63%), com uma média de idade na faixa dos 49,9 anos. Verificou-se que (42,5%) da amostra declarou escolaridade compatível ao ensino fundamental (da alfabetização até a 8º série), com tempo de estudo escolar entre cinco e oito anos (Tabela 1).

**TABELA 1**

Escores obtidos com relação ao tempo de escolaridade (n=40).

<b>Escolaridade</b>	<b>Ocorrência</b>	<b>%</b>	<b>± DP</b>
4 anos	10	25%	0,85
5 a 8 anos	17	42,5%	0,85
9 a 12 anos	11	27,5%	0,85
Acima de 13 anos	2	5%	0,85

A característica socioeconômica perfaz uma média de até dois salários mínimos mensais, sendo que a maioria da amostra (33%) está aposentada pelo INSS (Instituto nacional de Seguridade Social). Por ser uma população em faixa etária economicamente ativa, com idade entre 18 e 65 anos, merece destaque o fato de o número de trabalhadores ativos, estarem equiparados ao número de sujeitos que declararam desemprego e sem nenhuma atividade laborativa (tabela 2).

**TABELA 2**

Escores obtidos com relação à situação laborativa (n=40).

<b>Situação Trabalhista</b>	<b>Ocorrência</b>	<b>%</b>	<b>± DP</b>
Empregado/ trabalhando	6	15%	1,06
Desempregado	11	27,5%	1,06
Auxílio doença	11	27,5%	1,06
Aposentado	12	30%	1,06

Os resultados relativos a dor – questionário IBD (Inventário Breve de Dor) estão apresentados na (tabela 3).

**TABELA 3**

Escores obtidos na avaliação da dor através do Inventário Breve de Dor - IBD (n= 40).

<b>Instrumento: IBD</b>	<b>Média</b>	<b>± DP</b>
Interferência em Atividades Gerais	8,12	1,13
Humor	8,02	2,05
Habilidade para caminhar	7,95	1,58
Sono	7,92	1,34
<b>Trabalho</b>	<b>8,72</b>	<b>1,55</b>
Relacionamentos interpessoais	7,92	1,20
Aproveitamento da vida	7,85	1,70

A percepção da dor e sua influência nos diferentes setores da vida: atividade geral, humor, habilidade para caminhar, qualidade do sono, capacidade laborativa, relacionamentos interpessoais e aproveitamento da vida, tiveram escores elevados (acima de 7,5) na maioria dos casos.

A média de intensidade da dor nas atividades gerais da vida, de acordo com a percepção dos sujeitos, foi de 8,12 ±1,13. O maior impacto da dor é observado, no que se refere a sua interferência no potencial laborativo – capacidade de trabalho, com um escore médio de intensidade 8,72 ±1,55.

Este resultado está relacionado diretamente com a qualidade de vida dos sujeitos, rastreada através do questionário SF-36.

Verificou-se que a *dor* corresponde ao domínio que mais impacta na qualidade de vida desta amostra, seguida do *estado geral de saúde*.

**TABELA 4**

Qualidade de Vida dos sujeitos, segundo os domínios do SF-36 (n=40).

<b>Domínio</b>	<b>Média</b>	<b>± DP</b>
Capacidade funcional	32,75	± 28,5
<b>Aspectos físicos</b>	<b>8,78</b>	<b>± 25,7</b>
<b>Dor</b>	<b>52,45</b>	<b>± 10,2</b>
Estado geral de saúde	40,18	± 18,8
Vitalidade	29,13	± 16,4
Aspectos sociais	31,88	± 22,7
Aspectos emocionais	10,8	± 23,1
Saúde mental	35,2	± 18,6

SF-36, *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*.

Foi encontrada correlação com significância entre a dor e a qualidade de vida no que se refere aos relacionamentos. Pela análise estatística verificou-se correlação inversa considerada moderada de acordo com os parâmetros de Spermán. Em todos os parâmetros avaliados foram obtidas elevadas pontuações, com percepção intensa da dor crônica e consequente influência desta no cotidiano dos sujeitos.

**TABELA 5**

Análise de correlação entre a qualidade de vida e dor – relacionamentos (n=40)

<b>Domínio</b>	<b>Coefficiente r*</b>	<b>Valor P</b>
Capacidade funcional	0,051	0,753
Aspectos físicos	-0,349	<b>0,028</b>
Dor	-0,342	<b>0,031</b>
Estado geral de saúde	-0,177	0,274
Vitalidade	-0,265	0,098
Aspectos sociais	-0,128	0,430
Aspectos emocionais	-0,291	0,068
Saúde mental	-0,129	0,429

Na próxima tabela, verifica-se que o impacto da dor na qualidade de vida no que se refere às atividades gerais, teve significância e correlação inversa, no domínio que avalia os aspectos físicos. Isto significa que quanto maior a percepção da dor, pior o desenvolvimento de atividades gerais, sendo os aspectos físicos um fator limitante nesta amostra.

**TABELA 6**

Análise de correlação entre a qualidade de vida e dor – atividades gerais (n=40)

Domínio	Coefficiente r*	Valor P
Capacidade funcional	0,002	0,992
Aspectos físicos	-0,349	<b>0,028</b>
Dor	-0,252	0,117
Estado geral de saúde	-0,023	0,886
Vitalidade	-0,156	0,337
Aspectos sociais	0,014	0,932
Aspectos emocionais	-0,193	0,232
Saúde mental	-0,107	0,513

\* Correlação de Spearman

Da mesma maneira, verificou-se correlação inversa entre a dor e qualidade de vida nos domínios aproveitamento da vida, impacto no humor e como fator limitante para caminhar.

**TABELA 7**

Análise de correlação entre a qualidade de vida e dor – aproveitamento da vida.

Domínio	Coefficiente r*	Valor P
Capacidade funcional	-0,184	0,256
Aspectos físicos	-0,447	<b>0,004</b>
Dor	-0,306	0,055
Estado geral de saúde	-0,268	0,095
Vitalidade	-0,181	0,263
Aspectos sociais	-0,294	0,066
Aspectos emocionais	-0,361	<b>0,022</b>
Saúde mental	-0,262	0,103

\* *Correlação de Sperman*

Os sujeitos entrevistados no período apresentaram resultados significativos com relação ao quadro de humor. Este aspecto demonstrou ser muito prejudicado quando há maior presença de dor, independente do tipo. De acordo com os índices de significância destacados na tabela 8, houve impacto na vitalidade, aspectos sociais, emocionais e até mesmo na saúde mental. Quanto maior a percepção da intensidade da dor, menos vitalidade, piora das relações sociais, piora do quadro emocional e da saúde mental.

**TABELA 8**

Análise de correlação entre a qualidade de vida e dor – humor (n=40)

Domínio	Coefficiente r*	Valor P
Capacidade funcional	0,056	0,729
Aspectos físicos	-0,447	<b>0,004</b>
Dor	-0,282	0,078
Estado geral de saúde	-0,232	0,150
Vitalidade	-0,372	<b>0,018</b>
Aspectos sociais	-0,162	0,317
Aspectos emocionais	-0,414	<b>0,008</b>
Saúde mental	-0,350	<b>0,027</b>

\* *Correlação de Sperman*

A percepção da dor, também impacta significativamente na habilidade para caminhar e na qualidade do sono. Da mesma forma que foram encontrados valores de significância nos outros domínios, também merece destaque a correlação inversa presente entre a intensidade da dor e os aspectos supracitados.

**TABELA 9**

Análise de correlação entre a qualidade de vida e dor – caminhar (n=40)

Domínio	Coefficiente r*	Valor P
Capacidade funcional	0,100	0,541
Aspectos físicos	-0,339	<b>0,032</b>
Dor	-0,111	0,494
Estado geral de saúde	-0,031	0,849
Vitalidade	-0,167	0,303
Aspectos sociais	-0,029	0,858
Aspectos emocionais	-0,223	0,166
Saúde mental	-0,047	0,771

\* *Correlação de Sperman*

**TABELA 10**

Análise de correlação entre a qualidade de vida e dor – sono (n=40)

Domínio	Coefficiente r*	Valor P
Capacidade funcional	-0,012	0,941
Aspectos físicos	-0,351	<b>0,026</b>
Dor	-0,444	<b>0,004</b>
Estado geral de saúde	-0,102	0,533
Vitalidade	-0,351	<b>0,026</b>
Aspectos sociais	-0,261	0,103
Aspectos emocionais	-0,382	<b>0,015</b>
Saúde mental	-0,310	0,051

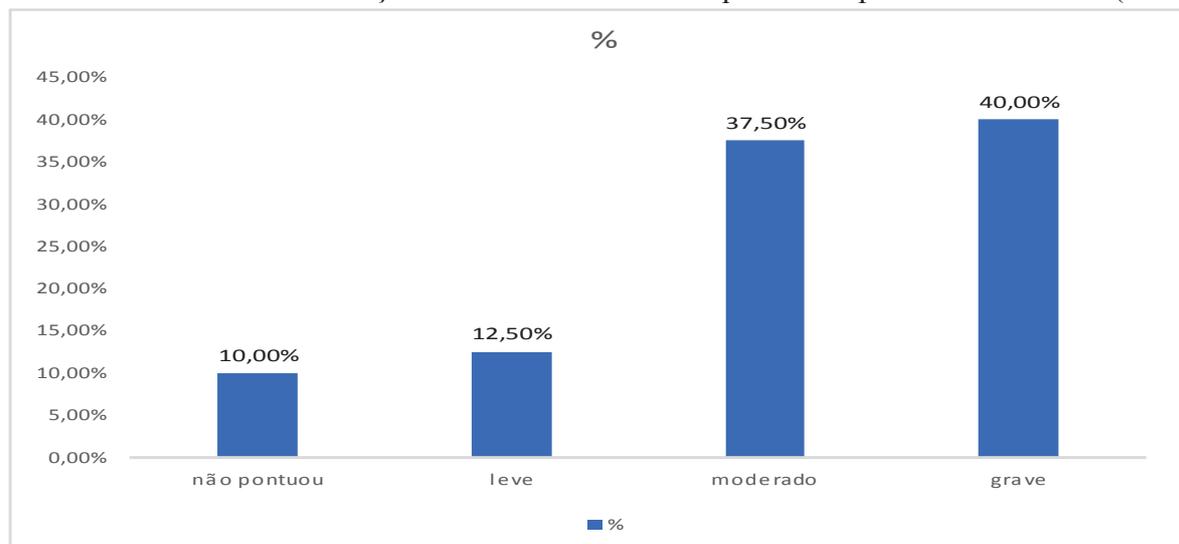
\* *Correlação de Sperman*

No que se refere ao aspecto emocional (gráfico 1) relativo à presença de sintomas depressivos, 40% da amostra apresentou características compatíveis com um quadro grave de depressão. Dos 40 sujeitos avaliados, 37,5% apresentou um quadro moderado de sintomas depressivos e apenas 10% não pontuou, ou seja, não apresentaram no momento, sintomas depressivos.

É significativa a presença de sintomas depressivos, haja vista a identificação de uma maioria de sujeitos com sintomas moderados e graves, considerando aqueles tanto do gênero feminino quanto do masculino, em idade economicamente ativa.

## GRÁFICO 1

Escores obtidos com relação à intensidade do quadro depressivo – IDB (n=40).



Também foram obtidos escores elevados de alexitimia, com uma média no valor de  $75,66 \pm 8,08$ . Dentre os três fatores avaliados, o fator número 1, que diz respeito a dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais, obteve a maior média  $28,35 \pm 4,35$ , seguido do fator 3 que corresponde à dificuldade em descrever os sentimentos aos outros, com escore  $27,92 \pm 4,17$ .

**TABELA 11**

Escores obtidos com administração da TAS-20 (n=40)

<b>TAS-20</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>±DP</b>
<b>F1</b>	28,35	4,35
<b>F2</b>	18,7	3,32
<b>F3</b>	27,92	4,17
<b>Total</b>	75,66	8,08

F1 = dificuldade para identificar sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais; F2 = dificuldade para descrever os sentimentos; F3 = preferência por focalizar eventos externos ao invés de experiências internas.

O valor da média total dos escores (F1, F2 e F3) foi de 75,66 ±8,08, sendo que para a presença de alexitimia nos critérios da TAS-20, o escore deve ser maior/igual a 74 pontos.

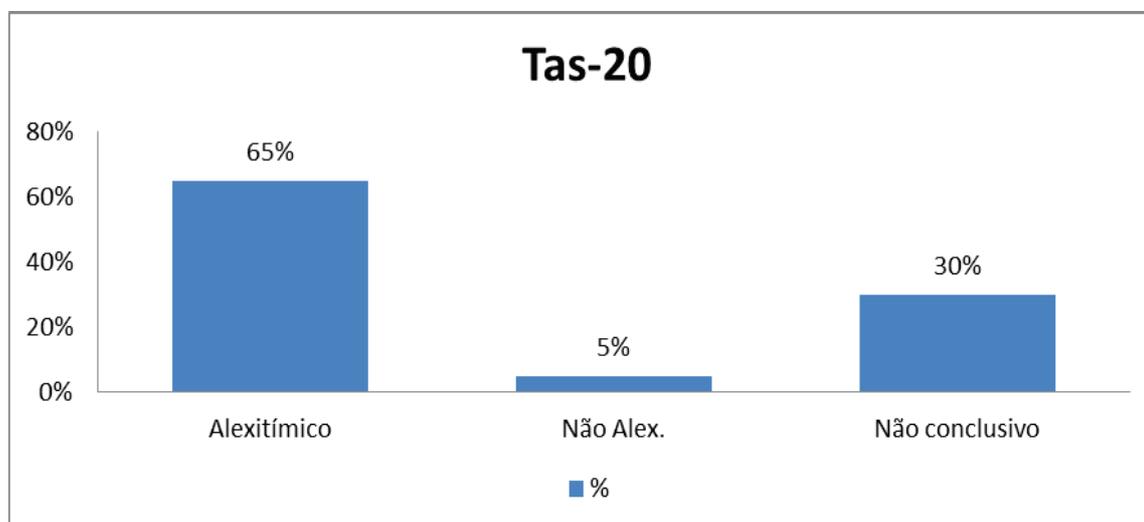
Ao distinguir a análise dos fatores separadamente, é possível verificar que dentre os mesmos, observa-se que a dificuldade para identificar sentimentos e distingui-los de sensações corporais (F1) foi a característica de maior expressão. Seguida da preferência em focar em eventos externos em detrimento das experiências subjetivas, chamadas internas.

Mais da metade da amostra obteve uma pontuação compatível com a presença de alexitimia 65% (n= 26), sendo que 30% (n=12) obtiveram resultados não conclusivos, em virtude de os escores terem ficado na faixa que compreende 63 e 73 pontos na escala da TAS-20 (gráfico 2).

Verificou-se nesta amostra, que há prevalência de alexitimia nos sujeitos que realizam tratamento de dor e são considerados psicossomáticos, de acordo com a abordagem psicanalítica deste fenômeno.

## GRÁFICO 2

Escores obtidos na avaliação da amostra (n=40) com a pontuação total da TAS-20.



No que se refere ao segundo questionamento dos objetivos específicos, buscamos identificar a possível existência de diferença na dor entre os sujeitos com e sem alexitimia (tabela 5). Retirados os pacientes com pontuação não conclusiva.

## TABELA 12

Associação entre alexitimia e dor (n=40).

Dor	Com alexitimia N = 26	Sem alexitimia N = 2
Atividades gerais	8,0 (4 – 10)	9,5 (9 – 10)
Relacionamentos	8,0 (4 – 10)	8,0 (8 – 8)
Aproveitamento da vida	8,0 (2 – 10)	7,0 (6 – 8)
<b>Humor</b>	<b>8,0 (1 – 10)</b>	<b>10 (10 – 10)</b>
Caminhar	8,0 (1 – 10)	9 (9 – 9)
Sono	8,0 (6 – 10)	9 (9 – 9)
Trabalho	9,0 (1 – 10)	9,50 (9 – 10)

Variáveis numéricas estão descritas em mediana (mínimo – máximo).

Houve valor de significância na correlação entre dor e alexitimia no domínio humor. Neste sentido, é possível afirmar para esta amostra, que os sujeitos com características alexitímicas apresentam piora da percepção da dor com impacto direto no humor. No entanto, ao contrário do que suspeitávamos, não houve correlação significativa nos outros domínios.

No que se refere à terceira questão dos objetivos específicos, houve forte correlação entre a percepção da dor e a presença de sintomas depressivos (tabela 6). Neste caso, apenas o domínio relacionado ao sono (em destaque), não foi significante; todos os outros apresentaram correlação moderada e forte.

Com exceção do domínio sono, todos tiveram correlação positiva, de modo que quanto maior o grau de sintomas depressivos, pior é a percepção da dor.

**TABELA 13**

Análise de correlação entre dor e depressão pela escala Beck (n= 40).

Dor	Coefficiente r*	Valor P
Atividades gerais	0,584	< 0,001
Relacionamentos	0,670	< 0,001
Aproveitamento da vida	0,635	< 0,001
Humor	0,557	< 0,001
Caminhar	0,614	< 0,001
Sono	0,390	0,013
Trabalho	0,705	< 0,001

\* *Correlação de Spearman*

Na análise do último objetivo específico, não houve valor de significância para afirmar correlação entre alexitimia e depressão (tabela 7). Este resultado pode estar associado ao pequeno número da amostra, com um número reduzido de sujeitos não alexitímicos.

Pois, em outros trabalhos, Saariaho et al. (2016) e Martins et al. (2017) alexitimia e depressão estavam relacionadas entre si.

**TABELA 14**

Associação entre alexitimia e dor (n=40)

	Com alexitimia N = 26	Sem alexitimia N = 2	Valor P
Dor			
Atividades gerais	8,0 (4 – 10)	9,5 (9 – 10)	0,078
Relacionamentos	8,0 (4 – 10)	8,0 (8 – 8)	0,926
Aproveitamento da vida	8,0 (2 – 10)	7,0 (6 – 8)	0,289
Humor	8,0 (1 – 10)	10 (10 – 10)	<b>0,043</b>
Caminhar	8,0 (1 – 10)	9 (9 – 9)	0,266
Sono	8,0 (6 – 10)	9 (9 – 9)	0,159
Trabalho	9,0 (1 – 10)	9,50 (9 – 10)	0,262

Variáveis numéricas estão descritas em mediana (mínimo – máximo).

Quando cruzamos os dados relativos a alexitimia e a questão de gênero, para identificar se existe correlação entre estas variáveis nesta amostra, não foi encontrado valor de significância na análise estatística.

**TABELA 15**

Comparação de gênero entre os sujeitos com e sem alexitimia (n= 40)

Gênero	Com alexitimia N = 26	Sem alexitimia N = 2	P
Feminino	18 (90)	2 (10)	1,00
Masculino	8 (100)	0 (0)	

Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

Contudo, é possível verificar que dentre os sujeitos com alexitimia, a maioria (69,24%) são mulheres e menos da metade (30,76) dos alexitímicos eram do sexo masculino.

## 6. DISCUSSÃO

Os achados obtidos com esta amostra corroboram com outros trabalhos similares, que identificam escores médios significativamente elevados de percepção da dor em sujeitos crônicos, com característica alexitímica e depressão (Arancibia, 2015). Os índices elevados de percepção da dor e os impactos negativos na qualidade de vida dos sujeitos, também foram identificados em outros trabalhos (Martins et. al, 2017; Ávila et. al, 2014; Silva, 2005; Castro, 2009).

Como desafios da pesquisa, destacamos que na amostra inicial (n=42), tivemos que descartar 2 inventários. No primeiro caso, a sujeito (sexo feminino) relatou indisposição e não conseguiu finalizar o preenchimento de todos os instrumentos; e no segundo caso, o sujeito (sexo masculino), relatou que não gostaria de preencher o Inventário Beck de Depressão, pois as perguntas lhe traziam angústia e mal estar. Em respeito, agradecemos a participação, mas não pudemos contabilizar o inventário, uma vez que não estava completo.

A amostra foi composta pela maioria pertencente ao sexo feminino (67%), e com base nesta informação, surge a questão da possibilidade em estabelecer um paralelo entre as implicações simbólicas da incidência da doença nas mulheres e a noção histórica e culturalmente construída, de fragilidade da figura feminina (Gorayeb; Bochi; Salinas; 2003).

De acordo com Lima (2009) os estudos de gênero, ao analisarem o adoecer feminino, trabalham a relação entre o corpo e o poder, numa estrutura capitalista patriarcal, na qual o feminino é submetido e fragilizado. A partir de um olhar de gênero, torna-se importante compreender o modo particular como determinadas doenças acontecem em mulheres. Bem como a maneira em que as dores e os processos de somatização podem ser apreendidos, como efeito da construção discursiva da ordem patriarcal, própria das condições históricas em que cada cultura vai moldando as subjetividades.

Esta autora também reflete que em se tratando do sujeito feminino, sua construção subjetiva é histórica e discursivamente constituída, de modo diverso da masculina, em função das relações sociais e posições de sujeito assumidas na sociedade capitalista patriarcal. Por esta razão, a contribuição da psicanálise em psicossomática é muito positiva e esclarecedora, para a apreensão da subjetividade e leitura dos elementos simbólicos.

Sobre esta questão, uma pesquisa qualitativa realizada no Brasil há dez anos, verificou a percepção da dor em homens e mulheres. Nas categorias sensibilidade a dor e gênero, dentre as mulheres entrevistadas, 80% relataram acreditar serem os homens mais sensíveis aos estímulos dolorosos (Budó; Nicolini; Resta; Büttendebende; Pipp; Resse; 2007).

De acordo com a pesquisa, as mulheres acreditam que os homens são mais sensíveis à dor. De forma geral, elas entendem que a mulher passa pela dor do parto, das cólicas menstruais, que são dores exclusivas delas, e relatam que os homens não têm a dimensão destas dores, por isso são tão pouco resistentes. Por outro lado, as mulheres são criadas para referirem suas dores e seus sofrimentos com mais emoção do que os homens (Budó et al., 2007).

Dos homens entrevistados, 37% afirmaram não haver diferença entre homens e mulheres na reação diante da dor. Dentre os relatos, alguns homens compreenderam que “às vezes um sente mais, outro menos, depende”. Contudo, dentre os homens entrevistados, 31,6% disseram serem eles os mais sensíveis à dor (Budó et al., 2007).

O referido estudo concluiu que os métodos de educação orientados a meninos e meninas influenciam ativamente na formação de condutas e expectativas diante de reações à dor, que irão refletir na idade adulta. E, mesmo sendo as mulheres consideradas mais resistentes, o número delas é maior na busca de assistência à saúde (Budó et al., 2007).

Quando correlacionamos a alexitimia com a questão de gênero (tabela 8), verificou-se que em nossa amostra, a prevalência de alexitimia foi maior entre as mulheres (69,24%).

Este resultado difere de outros estudos como o desenvolvido por Silva (2018) na Universidade do Porto em Portugal. Sua pesquisa identificou que em uma amostra de 125 indivíduos (60,8% do sexo feminino) da população em geral com idades entre os 18 e os 64 anos, os homens apresentaram maior pontuação no fator “dificuldade em descrever sentimentos” da TAS-20, e as mulheres maior nível de ingestão emocional, quando correlacionado o nível de alexitimia e a sua relação com duas dimensões do comportamento alimentar: ingestão externa e ingestão emocional.

Esta diferença nos achados em nosso estudo e da pesquisa de Portugal, pode estar relacionada com o tamanho da amostra do nosso trabalho (n=40), uma vez que, o número dos sujeitos pesquisados pode ser considerado pequeno para a análise de algumas variáveis. Isso pode ser um indicativo da importância e necessidade de novas coletas para um maior aprofundamento do tema.

Além da questão de gênero, também é possível observar o impacto da dor no potencial laborativo. Variável que tem sido destacada em diversos trabalhos (Alvarez et al., 2017; Souza, 2015; Teixeira, 2015).

O trabalho exerce um papel importante na construção da identidade e subjetividade do trabalhador. Estar impossibilitado de exercer uma atividade laborativa, significa não participar ativamente da sociedade e, por conseguinte, ter de ser por ela custeado por diversas vias.

Na amostra estudada, 30% dos sujeitos estão aposentados pela previdência social e 27,5% está desempregada. Apenas 15% relatou estar desenvolvendo alguma atividade laborativa, tanto no trabalho formal quanto na informalidade e/ou de forma autônoma.

Neste sentido, apesar de o trabalho poder significar participação social e maiores possibilidades de remuneração, os sujeitos da amostra vivenciam uma realidade de saúde e socioeconômica limitante, de modo que sua participação econômica e ativa na sociedade fica prejudicada.

Nos resultados da avaliação sobre a intensidade da dor e sua interferência nos diversos setores da vida, foi possível identificar que o trabalho é o setor mais impactado. De acordo com a percepção dos sujeitos, em uma escala que varia de zero (sem dor) até dez (dor insuportável), observou-se que a média de interferência da dor para o exercício laborativo foi pontuada em 8,72. Em seguida, os setores mais afetados pela dor, de acordo com a amostra, foram a piora nas atividades gerais, com 8,12 pontos e no humor com 8,3 pontos.

A presença da dor e de transtornos psicossomáticos podem ter inúmeros significados para os sujeitos. Tanto podem representar a possibilidade de remuneração certa e fixa via benefício/aposentadoria, em uma realidade socioeconômica de altos níveis de desemprego. Quanto também, estarem relacionadas a fatores emocionais de estresse, que são somatizados no corpo físico por exemplo.

A dor e os transtornos psicossomáticos, podem também significar de forma inconsciente, a possibilidade de estar com familiares, cumprindo específicas funções em seu núcleo, ou até mesmo, garantir um estilo de vida com “ganhos secundários” diversos, não obstante as queixas dolorosas. Ou seja, existem em muitos casos, a possibilidade de benefício pessoal (estar com entes queridos ou receber benefício financeiro público) ou compensação sócio emocional, não obstante ao quadro doloroso crônico.

No que se refere à alexitimia, em um trabalho desenvolvido por Lane, Sechrest e Riedel, (1998) foi administrada a TAS-20 em 380 indivíduos estratificados por idade, sexo, nível socioeconômico e anos de escolaridade. Observou-se que esse instrumento demonstra

uma tendência de informar piores resultados para sujeitos com idade avançada, do sexo masculino, com baixo nível socioeconômico e menor escolaridade.

Desta forma, também podemos deduzir que os resultados desta amostra foram influenciados por uma menor quantidade de anos de escolaridade dos sujeitos e pelo baixo nível socioeconômico.

Com relação ao fator socioeconômico, apesar das inúmeras possibilidades, a alexitimia, a dor crônica e as doenças psicossomáticas, configuram um cenário limitante para a participação dos sujeitos no mundo do trabalho. Considerando o cenário sociocultural do estudo, o universo laborativo atual é caracterizado por valores capitalistas do meio de produção, com características de competitividade, exigência de escolaridade e gênero, diretamente relacionadas aos salários, subemprego, precarização dos direitos trabalhistas, etc. (Antunes, 2009).

Neste cenário, a pesquisa também identificou a presença de altos níveis de depressão. A maioria da amostra 40% (n= 16) apresentou escores compatíveis com um quadro depressivo grave. E, na medida em que estes sujeitos vivenciam uma realidade permeada pela dor e pela depressão, conseqüentemente a qualidade de vida fica prejudicada.

Em estudo realizado por Sahaariaho et al. (2016) apud Martins (2017), investigou-se o impacto da alexitimia e depressão em pacientes com dor crônica em um período de 8 anos. Deste estudo, verificou-se que os sujeitos alexitímicos tiveram pior quadro de dor e depressão tanto no início quanto durante o seguimento clínico. A alexitimia e a depressão estavam diretamente relacionadas durante o período estudado.

Os dados da pesquisa favorecem uma melhor compreensão das características desta amostra. O perfil, os fatores emocionais, a percepção da dor e seus impactos na vida, possibilitam identificar que estes sujeitos vivenciam realidades semelhantes e apresentam algumas características comuns. Tais características podem ser observadas no quadro que

demonstra os altos índices de presença de alexitimia (65% dos sujeitos), como apresentado no gráfico 2.

Nos resultados dos escores de alexitimia, os fatores correspondentes a (F1) e (F2) foram significativos e, de acordo com outros estudos (Bagby et al., 1994; Parker et al., 1993), existe entre eles uma importante correlação estatística. Isso acontece, pois a capacidade de identificar sentimentos está diretamente relacionada à capacidade de reconhecê-los em si próprio.

Além disto, a correlação moderada entre (F2) e (F3), também é teoricamente congruente, na medida em que um estilo cognitivo orientado para o exterior (F3), se caracteriza pela reduzida habilidade em fazer referência aos próprios sentimentos (F2).

Assim, a análise dos dados tem demonstrado a existência de relação entre a alexitimia e o aumento da percepção da dor em processos psicossomáticos. Mais da metade da amostra (65%) apresentou dificuldades para identificar e expressar os seus sentimentos, além de terem um estilo de pensamento literal, orientado para o exterior.

Por suas características próprias, a alexitimia pode ser relacionada aos quadros de somatização. Os sujeitos somáticos apresentam pensamentos superficiais, desprovidos de intensidade libidinal, são orientados para a realidade externa e estreitamente vinculados à materialidade dos fatos.

De acordo com P. Marty (1993), em virtude da restrição fantasmática, o aparelho sensorio motor acaba por se tornar uma privilegiada via de manifestação das demandas pulsionais. No discurso destes sujeitos, foi possível notar que as palavras frequentemente se encontram desvinculados de elementos simbólicos (Marty, M'Uzan e David, 1967).

Freud (1913 – 1996) propõe que os comportamentos podem substituir a linguagem e o pensamento, promovendo de forma relativamente satisfatória, a descarga das tensões pela via

somática. Na presente amostra, foi identificada correlação moderada com significância estatística no impacto da dor no humor em pacientes alexitímicos com características psicossomáticas.

Neste como em outros trabalhos (Martins et al., 2017), dor crônica e características alexitímicas estão correlacionadas, tendo esta, alta prevalência sobre aquela.

## **7. CONCLUSÃO**

O presente estudo identificou que a maioria dos sujeitos com queixa de dor crônica apresentam características alexitímicas e quadro depressivo grave. São indivíduos que apresentam dificuldade e pobreza de simbolização, associada a uma importante dificuldade para reconhecer e expressar os sentimentos. Foram identificados com significativos escores de alexitimia, sintomas depressivos e qualidade de vida prejudicada em diversos setores.

Sob o olhar da psicossomática psicanalítica em consonância com outros estudos, foi possível identificar que os sujeitos com alexitimia, apresentaram maior vulnerabilidade para a percepção de dor e desenvolvimento de doenças psicossomáticas.

Diante desta realidade, o tratamento das doenças psicossomáticas, expressas pela presença de dor crônica de difícil trato, com agravamento pela depressão, será melhor orientado na medida que os profissionais de forma integrada, considerarem os fatores psicológicos, como material indispensável no processo de construção estratégica para um tratamento eficaz.

## 8. REFERÊNCIAS

Adorno, M. L. G. R.; Neto, J. P. B. (2013). *Avaliação da qualidade de vida com o instrumento SF-36 em lombalgia crônica*. Acta Ortopédica brasileira, vo. 21, n 4 jul/ago. Universidade de Brasília – UNB: Brasília DF.

American Psychiatric Association - APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Alvarez, A. M.; Valcarenghi, R.; Nunes, S.; Siewert, J.; Baptista R. (2017). O impacto da aposentadoria nas pessoas com doença de Parkinson em idade ativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 19, nov. 2017. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/39607>>. Acesso em: 27 maio 2018. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v19.39607>.

Antunes, R. (2009). *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho*. 2º ed. São Paulo SP, Boitempo.

Ávila, L. A. (1996). *Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Escuta.

\_\_\_\_\_. (1998). *Isso é Groddeck: medicina psicossomática*. São Paulo: Edusp.

\_\_\_\_\_. (2004). *O Eu e o Corpo*. São Paulo: Escuta.

\_\_\_\_\_. (2012) *O corpo, a subjetividade e a psicossomática*. Revista: Tempo Psicanalítico; vol.44 nº1; Rio de Janeiro: jun./2012.

\_\_\_\_\_. (2016). *Isso doi: dor e sofrimento em Freud e Groddeck [It hurts: pain and suffering in Freud and Groddeck]*. Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre. 18. 68-75.

Ávila L., Filho G.; Guimarães E.; Gonçalves L.; Paschoalin P.; Aleixo F. (2014). *Characterization of the pain, sleep and alexithymia patterns of patients with fibromyalgia treated in a Brazilian tertiary center*. Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition), Volume 54, Issue 5, September–October, Pages 409-413.

Azevedo, L. F., Pereira, A., Dias C., Agualusa L., Lemos L., Romão, J., Patto, T., Vaz-Serra, Abrunhosa, R., Carvalho, C. Cativo, M., Correia, D., Correia, J., Coucelo, G., Lopes, B., Loureiro, M., Silva, B., José M. Lopes, C. (2007). *Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreamento e Avaliação do Impacto da Dor Crônica*. Revista Dor, vol. 15, nº 4; APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor), Lisboa, Portugal.

Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. (1994). *The twenty item Toronto Alexithymia Scale II*. Convergent, discriminant, and concurrent validity. Journal of Psychosomatic Research, 38, 33-40.

Beck, A. T. E. (2001). Escalas Beck: Manual. Center for cognitive therapy. Departamento de psiquiatria da Universidade da Pensilvânia – USA. Adaptação brasileira de Jurema Alcide Cunha. Editora Casa do Psicólogo.

Budó, M. L.; Nicolini, D.; Resta, D. G.; Büttgenbender, E.; Pippi, M. C.; Ressel, L.B. (2007). Culture permeating the feelings and the reactions in the face of pain. Revista Esc. Enfermagem USP; n. 41: p.36-43.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília (DF);

Canoca, C. *O que é psicossomática*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em <http://psicopatologia.tripod.com>.

Carneiro, B. & Yoshida E. (2009). *Alexitimia: Uma Revisão do Conceito*. Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Mar, Vol. 25 n. 1, pp. 103-108.

Cerchiari, E. A. N. (2012). *Psicossomática um estudo histórico e epistemológico*. SCIELO: Psicol. cienc. prof.vol.20, no.4, Brasília Dec.

Charcot, J.-M. (1887-1889/2003). *Grande histeria*. Rio de Janeiro: Contra-Capa.

Ciconelli, R. M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”*. São Paulo, 1997. 148 p. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo.

Doin, C. (2010). *Psicossomática e neurociência*. In: *Psicossomática hoje*. 2º ed. Artmed.

Figueiredo, I. (2016). *Fenômenos psicossomáticos: o manejo da transferência*. Curitiba: Appris.

Formiga, N.; Paulino A; Batista C.; Silva C. (2013). *Análise psicométrica da escala de alexitimia: verificação da consistência da estrutura fatorial em universitários da cidade de João Pessoa PB-Brasil*. Psicologia PT - Portal do Psicólogo.

Freud, S. (1905) *Fragmento da análise de um caso de Histeria*. Caso Dora. IN: Estudos sobre a histeria (1893 – 1895). Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud. Imago Editora Ltda. Rio de Janeiro, 1987, Vol. VII:15-108.

\_\_\_\_\_. (1893-1895) *Conversão histérica*. IN: Estudos sobre a histeria (1893 – 1895). Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora Ltda. Rio de Janeiro, 1996, Vol. II: 232-243.

\_\_\_\_\_. (1974). *Pulsões e destinos da Pulsão*. In: S. Freud, *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente, volume 1. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).

Freire, L. (2010). *Alexitimia: Dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica*. Revista: Psicologia: Teoria e Pesquisa; Jan-Mar; vol. 26 nº1,p. 15-24.

Gandini, R. C, Martins, M. C. F., Ribeiro, M. P., & Santos, D. T. G. (2007). *Inventário de Depressão de Beck – BDI:validação fatorial para mulheres com câncer*. Psico-USF, v. 12, n. 1, p. 23-31, jan./jun.

Gorestein, C., Andrade, L. (1998). *Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português*. [Rev. psiquiatr. clín. \(São Paulo\)](#); 25(5): 245-50.

Groddeck, G.(1992). *Estudos psicanalíticos sobre a histeria*. São Paulo: Perspectiva.

\_\_\_\_\_. (1984). *O livro d'isso*. Trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva (Coleção Estudos).

Guir, J. (1998). *A psicossomática na clinica lacaniana*. Zahar, Rio de Janeiro RJ.

Honkalampi, K. Hintikka, J.; Tanskanen, A, Lehtonen, J.; Viinamaki, H. (2000). *Depression is strongly associated with alexithymia in the gteneral population*. Journal Psychoson; 48 (1): p. 99-104.

Lacan, J. (1960). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 496-533.

Laplanche, J. e Pontalis, J. B. (1995). *Vocabulário de Psicanálise*. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes.

Leite, S. (2012). *Histeria de Conversão: algumas questões sobre o corpo empsicanálise*. Tempo Psicanalítico, Rio de Janeiro, v. 44.i, p. 83-102.

Lima, N. R. (2009). *Lúpus em mulheres e a construção discursiva da doença: a feminilidade e o adoecer feminino como uma inscrição dos afetos no corpo*. Biblioteca da Universidade do Minho; tese de doutorado. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9532>; em 01/07/2018.

Lopes, R. (2012). *A psicossomática e a psicanálise*. São Paulo: Newsletter-Psicólogo.

Martins J. B. (1994). *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. 2ºed. São Paulo: Moraes.

- Martins, M.; Cunha, A.; Forni, J.; Júnior, R.; Dias, L.; Filho, G. (2017). *Self-perception of quality of life and identification of alexithymia in failed back surgery syndrome patients*. Rev. Dor. São Paulo, jan-mar, 18(1): 23-6.
- Marty, P. e M'uzan, M. (1963). *El pensamiento operatório*. Revista de Psicanalisis. Editada por La Asociacion Psicoanalítica Argentina. Tomo nº. 4: 711-721.
- Martinez J., Grassi, D., Marques, L., (2011). *Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência*. Revista Brasileira Reumatol; 51(4): 299-308.
- Mello Filho, J. (1979). *Concepção Psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- \_\_\_\_\_ (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minayo, M. (1994). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3ªEd. São Paulo: UCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Mc Dougall, J. (1987). *Um corpo para dois*. Boletim Científico da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, v.2, p. 8-33.
- \_\_\_\_\_. (1991). *Teatros do Corpo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Nasio, J. (1993). *Psicossomática: as formações do objeto*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Noll, S. (2017). Circulação da pulsão no aparelho psíquico. Freud e Lacan escola de estudos psicanalíticos. <http://freudlacan.com.br/circulacao-da-pulsao-no-aparelho-psiquico/>. Acesso em 01/07/2018.
- Nogueira, R. (2005). *A psicossomática significada*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pedinielli, J. L., & Rouan, G. (1998). Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 20, 370-400.

Peres, R. S. (2006). *O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções de Pierry Marty e Joyce McDougall*. Revista: Psicologia clínica. Rio de Janeiro, vol. 18 nº 1, p. 165-177.

Pinheiro, N. *O corpo em desamparo: que tem olhos para ver e ouvidos para ouvir?*. Rev. SBPH [online]. 2008, vol.11, n.2, pp. 3-14. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582008000200002&script=sci\\_art\\_text](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582008000200002&script=sci_art_text). Acesso em 11 de dezembro de 2011.

Portela, M. M. (2007). Sobre a pulsão de morte na teoria freudiana. COGEAE-SP Psicanálise de Linguagem: uma outra psicopatologia. São Paulo SP.

Praceres, N., Parker D., J&J Taylor. (2000). *Portuguese adaptation of de 20-item Toronto Alexithymia Scale (tas-20)*. RIDEP • Vol. 9 • Nº 1. Lisboa, Portugal.

Primo, P. (2011). *A Psicossomática na Obra de Freud*. Disponível em: [http://www.institutotelepsi.med.br/Links\\_imagens/psicossomatica.htm](http://www.institutotelepsi.med.br/Links_imagens/psicossomatica.htm). Aceso em 17 de dezembro de 2011.

Rocha, F. (1989). *Introduzindo o tema: A linguagem do corpo*. Reflexões 2. Revista IDE, nº 19: 102-108.

Saariaho AS, Saariaho TH, Mattila AK, Karukivi MR, Joukamaa MI. (2013). Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. Gen Hosp Psychiatry. 35 (3): 239-45. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.11.011.

Sami, A. (1993) *Corpo Real. Corpo Imaginário*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Silva, A. F. R. E Caldeira, G.(1992). *Alexitimia e Pensamento Operatório*. A questão do afeto em Psicossomática. IN: Psicossomática Hoje. Melo Filho, J. de. Artes médicas. Porto Alegre: 113-118.

Silva, T. P. P. (2018). *Relação entre alexitimia e ingestão externa e emocional*. Dissertação de mestrado; Universidade do Porto: Portugal.

Salinas, J. B; Gorayeb, R. (2003). *Ser mulher dói: relato de um caso clínico de dor crônica vinculada à construção da identidade feminina*. Revista Panamericana de psicopatologia fundamental. Ano VI, nº2, jun/2003, p. 26-35.

Souza D.; Martins L.; Marcolino A; Barbosa R.; Tamanini G.; Fonseca M. (2015). *Capacidade para o trabalho e sintomas osteomusculares em trabalhadores de um hospital público*. Fisioterapia e Pesquisa, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 182-190, june 2015. ISSN 2316-9117. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/fpusp/article/view/103935>>. Acesso em: 27 may 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.590/1809-2950/14123722022015>.

Silva, L. D.; Pazos, Ana. (2005). A influência da dor na qualidade de vida do paciente com lesão crônica de pele / The influence of pain in the quality of life of patients with chronical skin injury. Rev. Enferm. UERJ;13(3):375-381, set.-dez.

Sousa, F.; Silva, J. (2005). *A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos* REV. DOR 2005 - Jan/fev/mar – nº 6.

SBED – Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (2018). site:[http://www.sbed.org.br/lermais\\_materias.php?cd\\_materias=577&friurl=-Dor-europatica-](http://www.sbed.org.br/lermais_materias.php?cd_materias=577&friurl=-Dor-europatica-). Acesso em 01/06/2018.

Teixeira, L. (2006). *Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos*. Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line, VI, 1, 21-42.

Teixeira, J.; Boery E.; Casotti C.; Araújo T.; Pereira R.; Ribeiro I.; Rios M.; Amorim C.; Moreira, R.; Boery R.; Sales Z. (2015). *Associação entre aspectos psicossociais do trabalho*

*e qualidade de vida de mototaxistas*. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2015, v. 31, n.1 [Acessado 27 Maio 2018], pp. 97-110. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00214313>>.ISSN-1678-4464.

Teixeira, J. A. C. (1996). *Alexitimia, saúde e doença*. Estudo exploratório da alexitimia em sujeitos com doença crônica. Revista Análise Psicológica, 1996, 2.3 (XIV) 305-312.

Taylor, G. J. (1990). *La pensée opératoire et le concept d'alexithymie*. Document. International Universities Press, Madison, Connecticut, 1988. *Rev. Franç. Psychanal*, 3/1990.

\_\_\_\_\_, (1984). *Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment*. The American Journal of Psychiatry, 141 , 725-732.

\_\_\_\_\_, Parker, J., Bagby, M., & Boukes, M. (1999). *Relationship between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders*. Journal of Psychosomatic Research, 41, 561-568.

Teixeira, L. C. (2006). *Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos*. Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line, VI, 1, 21-42.

Volich, R. M. (2002). *Hipocondria: impasses da alma, desafios do corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

\_\_\_\_\_, R. (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. Editora Casa do Psicólogo, São Paulo.

Winnicott, D. W. (1990). *Ego distortion in terms of true and false self*. In D. W. Winnicott (1990/1965b), *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Karnac. (Trabalho original publicado em 1965[1960]; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1965 m [1960] ).

Yoshida E. (2006). *Validity of the Portuguese Version of the Toronto Alexithymia Scale-TAS, in a Sample of Inpatients*. In: *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 389-396.

## 9. LISTA DE ANEXOS

1. Entrevista inicial – Anamnese
2. Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE.
3. Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

**1. Entrevista Inicial – Anamnese**

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

**Identificação:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Residência(cidade/Estado): \_\_\_\_\_

Telefone de contato: ( ) \_\_\_\_\_.

**Queixa Principal:**

---

---

---

---

---

---

**Histórico da dor:**

---

---

---

---

**Sintomas: Onde/quando Dói?**

---

---

---

---

---

---

**Observações:**

---

---

---

---

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **PSICOSSOMÁTICA, DOR E ALEXITIMIA: Um estudo sobre a relação entre Somatização, Dor e Alexitimia.**
2. Você foi selecionado e sua participação não é obrigatória.
3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
5. Os objetivos deste estudo são: Compreender e verificar a possibilidade de relação existente entre dor, somatização e alexitimia.
6. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder aos questionários e inventários: IF36, TAS-20 e Inventário BECK para depressão.
7. Não existe riscos relacionados com sua participação.
8. Os benefícios relacionados com a sua participação referem-se a ampliação do conhecimento para melhora na proposta de tratamento para pacientes com dor e somatização.
9. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
10. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação pois cada sujeito será identificado por um número, não sendo em hipótese alguma mencionado nomes ou qualquer dado pessoal.
11. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa de sua participação, agora ou a qualquer momento.

### DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL

LIGIA REGINA VELANI

\_\_\_\_\_  
Assinatura

ligiavelani@yahoo.com.br  
e-mail

Declaro que entendi os objetivos, implicações e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.  
O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

\_\_\_\_\_  
Sujeito da pesquisa \*

\_\_\_\_\_  
telefone

São José do Rio Preto SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

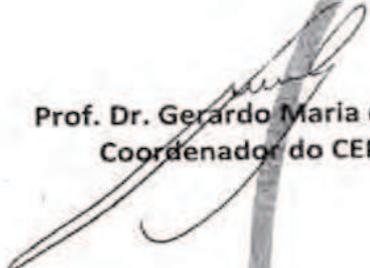


## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa **CAAE 69115317.8.0000.5415** sob a responsabilidade de **Ligia Regina Vefani** com o título "Psicossomática, dor crônica e Alexitimia: um estudo sobre a relação entre somatização, dor crônica e Alexitimia" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP.**

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 13 de julho de 2017.

  
Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho  
Coordenador do CEP/FAMERP