



## Cefaléia tensional crônica e psicopatologia

### RESUMO

A presente pesquisa buscou investigar a existência de um padrão de funcionamento mental semelhante nos pacientes examinados. Para atingir esse objetivo utilizamos o referencial teórico da Psicanálise e conceitos oriundos da Escola de Psicossomática de Paris. A amostra foi composta de 30 sujeitos adultos de de ambos os sexos. Os instrumentos utilizados foram o Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade – MMPI (Hathaway & Mc Kinley, 1971); Inventário de Depressão de Beck – BDI (Cunha, Freitas & Raimundo, 1993) e o Teste de Apercepção Temático – TAT (Murray, 1973). O TAT foi analisado segundo os critérios propostos pelo Laboratório de Psicologia Projetiva de Paris (Shentoub, Chabert & Shretien, 1990). Alguns dos achados mais significativos em nossa amostra são: cefaléia tensional crônica está associada à psicopatologia; dos pacientes examinados, 50% apresentam depressão manifesta e não existe padrão único de estrutura mental, portanto, o sintoma pode estar associado a conflito e/ou déficit. A cefaléia pode ser um sintoma conversivo denotando conteúdo simbólico. No entanto, a conversão pode estar associada a diferentes quadros psicopatológicos. Uma característica comum aos sujeitos investigados é a dificuldade de lidar com fantasmas agressivos. Existem também escotomas precisos ligados a essas representações agressivas intoleráveis, resultando em castração mental e dificuldade de mentalizar esses conflitos. A cefaléia pode, ainda, estar assinalando risco de desorganização progressiva na esfera somática.

### ABSTRACT

*This research was designed to investigate if there is a similar pattern of mental structure in the examined sample. To reach this objective we used the theoretical approach of psychoanalysis and concepts originated from the School of Psychosomatic of Paris. The instruments used were the MMPI (Multiphasic Minnesota Personality Inventory) [Hathaway and Mc kinley, 1971]; BDI (Beck Depression Inventory) [Cunha, Freitas & Raimundo, 1993] and the TAT (Thematic Aperception Test) [Murray, 1973]. TAT was analyzed according to the approaches proposed by the Laboratory of Projective Psychology of Paris (Shentoub, Chabert & Shretien, 1990). The most significant findings in our study were: chronic tension-type headache is associated with psychopathology; 50% of the subjects presented manifest depression and there is not a single pattern of mental structure, therefore, the symptom can be associated to the conflict and/or deficit; headache can be a conversive symptom denoting a symbolic content. However, conversion can be associated with different kinds of psychopathology. The patients had a common characteristic that was the difficulty to deal with their aggressive fantasies. There is precise scotomas connected to these intolerable aggressive representations resulting in mental castration and difficulty to elaborate these conflicts in their minds. The headache can be pointing at risk of progressive disarrangement in the somatic sphere.*

**Palavras-chave:** psicopatologia, cefaléia tensional, depressão, psicossomática

**Key word:** chronic headache, psychopathology, depression, psychosomatic

Endereço para correspondência: Av. Nilópolis, 235 – apto. 208  
CEP: 90460-050 – Porto Alegre, RS – circe@terra.com.br

**Circe Salcides Petersen**

*Psicóloga, Psicoterapeuta, Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS, Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento na UFRGS*

**Maria Lucia T. Nunes**

*Psicóloga Doutora em Psicologia pela Universidade Livre de Berlim, professora do Instituto de Psicologia da PUCRS*

## INTRODUÇÃO

Dor é sempre um sintoma preocupante, particularmente quando acomete a cabeça que é rica de estruturas orgânicas e representações sociais e psicológicas. A cefaléia é uma queixa que tem uma prevalência significativa em saúde. Parte desses pacientes apresenta cefaléia primária (habitualmente diagnosticada pela clínica e sem achados físicos) e parte desses pacientes apresenta cefaléia secundária (desencadeantes por outras doenças). A cefaleia é um sintoma multifatorial e nos interessou aprofundar o estudo dos aspectos psicodinâmicos dos pacientes portadores desta. Circunscrevemos o escopo desta pesquisa ao grupo de pacientes portadores de cefaléia tensional crônica.

Para realizar este trabalho partimos dos pressupostos teóricos da psicanálise e da Escola de Psicossomática de Paris, particularmente dos postulados de Pierre Marty. A cefaléia é discutida em suas correlações com diferentes psicopatologias, a saber: conversão, depressão e somatização.

Para alcançar a meta de caracterizar a amostra estudada, do ponto de vista de funcionamento mental e responder às questões de pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos de pesquisa: Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (MMPI), Inventário Beck de Depressão (BDI) e Teste de Apercepção Temático (TAT).

## OBJETIVO

Este estudo enfatiza os aspectos psicodinâmicos da cefaléia, porém não des-

preza o fato de que esse sintoma tem seu correspondente no corpo, muito pelo contrário, gostaríamos de contribuir para o avanço da articulação da concepção mente-corpo como uma unidade inseparável. Dessa forma, desejamos corroborar a visão integral do pacientes.

### Prevalência epidemiológica da cefaléia

A dor é uma queixa comum na prática médica. Wise (1977) observa que, de 550 admissões consecutivas à clínica médica geral do *Johns Hopkins Hospital*, 40% das queixas foram de dor, evidentemente com diferentes etiologias. A dor constitui um sintoma subjetivo, pois “é expressa pelo relato do paciente, a indicarem que algo dói. A dicotomia e/ou da dor psicogênica *versus* orgânica real, meramente traz confusão às questões e conceitos de percepção e tratamento da dor” (Wise, 1977, p. 771). Para o autor, a dor é a combinação de fenômenos que podem ser de natureza biológica, psicológica e interpessoal.

Cefaléia é o termo utilizado para designar todas as dores localizadas na cabeça. Esse sintoma, a cefaléia, é alvo de estudo de várias especialidades médicas, tanto devido à sua prevalência, quanto à sua associação com várias queixas de saúde.

Pode-se constatar a relevância de abordarmos o tema cefaléia por meio da observação do elevado número de casos de pessoas com cefaléia, como queixa principal. As cefaléias constituem o sintoma neurológico mais comum e uma das mais frequentes queixas médicas. Estima-se, a cada ano, que cerca de 80% da população sofrem, pelo menos uma vez,

de dor de cabeça e que 10 a 20% apresentam-se a um médico com dor de cabeça como queixa primária (Kaplan & Sadock, 1993).

Estudos recentes de prevalência, envolvendo mais de 10000 sujeitos, com idade entre 12 e 29 anos, revelaram que 57,1 % dos homens e 76,5 % das mulheres referiam ter apresentado uma cefaléia significativa nas últimas quatro semanas. Entre 6,1% dos homens foram observadas 4 ou mais cefaléias no último mês e o mesmo ocorreu em 14% das mulheres (Feldman, 1995).

Andrade Sobrinho (1990) descreve o seguinte perfil epidemiológico para as cefaléias de tensão: proporção entre homens e mulheres de 1:3; incidência comum, início variável, pouca agregação familiar, duração variável, tipo de dor bilateral e moderada, sintomas associados ao estresse e, finalmente, como fatores desencadeantes, contração dos músculos cervicais e do couro cabeludo.

### **Cefaléia: suas diferentes etiologias e formas de apresentação**

A dor de cabeça pode estar associada a diferentes queixas médicas. Por essa razão são discutidas, brevemente, as diferentes etiologias para a dor de cabeça. Andrade Sobrinho (1990) sugere que seja observada a distinção entre cefaléias primárias (usualmente diagnosticadas pela história clínica e sem achados físicos de anomalias subjacentes) e cefaléias secundárias (desencadeadas por outras doenças).

Devido ao interesse deste estudo estar ligado aos aspectos psicológicos da dor, serão aqui discutidas as cefaléias primárias. Nesse escopo, as cefaléias podem ser divididas, segundo Rowland (1986), em dois grandes grupos diagnósticos: a cefaléia de origem vascular, do tipo da enxaqueca, e o segundo tipo, aquele devido à contração muscular ou, ainda, a combinação de ambos os tipos. O autor considera que uma das causas

mais frequentes de dor de cabeça é a contração da musculatura cervical, provocada pelo estresse emocional. Esse tipo de cefaléia é conhecido como cefaléia de tensão, cefaléia devido à contração muscular ou cefaléia psicogênica.

O foco de abordagem deste estudo está restrito às cefaléias primárias e, mais especificamente, às cefaléias tensionais, que “compreendem aproximadamente 60% de todas as dores de cabeça. A maioria das pessoas com cefaléias ocasionais não necessita ajuda médica. A dor é usualmente moderada. Já as cefaléias crônicas diárias necessitam atenção médica” (Solomon & Fraccaro, 1991, p. 48).

Segundo Solomon e Fraccaro (1991), componentes emocionais podem ter um papel nas cefaléias tensionais; no entanto, a dor seguramente não é imaginária, ela envolve reais mudanças no corpo. As mudanças no corpo se referem a contrações nos músculos da cabeça, do pescoço e da face. Por exemplo, quando as dores ocorrem, a contração muscular é tão intensa que toxinas se acumulam mais rápido do que poderiam ser absorvidas pela corrente sanguínea ou quando o suprimento de sangue é inadequado para a atividade muscular normal. A atividade muscular é iniciada por uma reação química e algumas atividades bioquímicas são tóxicas, podendo causar dor se as toxinas acumuladas não forem diluídas pela corrente sanguínea. Outra teoria apontada pelo autor é a das causas emocionais conscientes e inconscientes. O estresse excessivo pode causar contraturas musculares. Observa que muito provavelmente os aspectos emocionais e bioquímicos operam em conjunto. Considera que normalmente os portadores de cefaléia tensional crônica apresentam incapacidade para relaxar.

Dentro dessa linha de entendimento, Meer (1990) aponta para forças além da cefaléia. Considera que a dor aparece sem aviso, em qualquer hora do dia e tem a tendência de acontecer sob estresse

emocional. Sugere que, possivelmente, o estresse causa mudanças bioquímicas no cérebro e também decréscimo nos níveis de serotonina e endorfina no cérebro, o que, conseqüentemente, produz diminuição da sensibilidade à dor. Quando os níveis de endorfina estão baixos, o sujeito fica mais suscetível à cefaléia. Pode existir uma contratura automática de musculatura, pois o corpo reage defensivamente ao perigo percebido que interpreta como sendo externo ou interno.

Vasos sanguíneos podem sofrer contrações, reduzindo o fluxo; conjuntamente, a contratura e o reduzido fluxo sanguíneo têm papel na sensação dolorosa.

### Psicopatologia e cefaléia tensional

A cefaléia, como um sintoma, pode estar associada a diferentes psicopatologias, o que denota maior ou menor condição de melhora sintomática do paciente. Nesse contexto, é introduzido o quadro abaixo:

**QUADRO 1**  
**Classificação dos tipos de pacientes de dor que se enquadram no papel de doente crônico**

	A	B	C	D	
Dificuldade máxima de reabilitação	←—————→				Menor dificuldade de reabilitação
	distúrbio de personalidade presente durante toda a vida	funcionamento pré-morbido apenas marginal	funcionamento pré-morbido variável	funcionamento pré-morbido normal	
	20% *	70% *	5% *	5% *	

\* Indica a porcentagem de pacientes vistos na clínica de dor, em cada grupo.

Fonte: Gildenberg e Devaul (1987, p. 35).

Gildenberg e Devaul (1987) classificam os pacientes de dor crônica em quatro grupos (quadro 1).

Quando se referem ao paciente psicogênico, os autores a colocam em subgrupos com respeito à etiologia da dor: 1) como sintoma de depressão; 2) como ilusão sintomática de uma psicose, ou seja, a ilusão como conteúdo do delírio hipocondríaco, por exemplo; 3) como sintoma de ansiedade; 4) como sintoma de neurose histérica; 5) como sintoma de luto não resolvido.

## MÉTODOS

### Questões de Pesquisa

Para condução desta investigação foram formulados os seguintes problemas de pesquisa:

- A cefaléia tensional crônica está associada à psicopatologia?

A partir disso, pode-se perguntar:

- Se está associada à psicopatologia, existe um padrão de funcionamento men-

tal semelhante entre os sujeitos examinados?

- Cefaléia: é um fenômeno do tipo conversão ou somatização?
- Como se apresentam homens e mulheres da amostra em relação ao fenômeno estudado?

A importância em acumular dados na direção de respostas a essas questões refere-se à necessidade de uma caracterização da psicodinâmica desses pacientes, para o estabelecimento de um diagnóstico preciso, de um aprofundamento compreensivo e, conseqüentemente, da adequação das técnicas de intervenção, privilegiando uma visão integral do paciente.

### Sujeitos

Foram examinados 30 sujeitos que buscaram atendimento para a queixa de *dor de cabeça*, nos ambulatórios de saúde pública da Unidade de Saúde de Referência da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (SMS) e no ambulatório de Neurologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Após avaliação médica prévia e realizado diagnóstico de cefaléia tensional crônica, a mostra foi composta por 5 homens e 25 mulheres, na faixa etária entre 20 e 55 anos. Foram excluídos pacientes deficientes mentais, esquizofrênicos e com escolaridade inferior à quarta série do ensino fundamental. Os sujeitos participaram voluntariamente e sua concordância foi expressa por meio de consentimento pós-informação.

### Instrumentos e procedimentos

Três foram os instrumentos utilizados nesta pesquisa: o Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade - MMPI (Hathaway & McKinley, 1971); o Inventário de Depressão de Beck - BDI (Cunha et al., 1993) e o Thematic Aperception Test - Teste de Apercepção Temática - TAT (Murray, 1973).

### Procedimentos de coleta e análise dos dados

A versão do MMPI escolhida para este estudo foi a 168 que, segundo Graham (1987), é a versão abreviada mais promissora da atualidade e parece ser equivalente ao MMPI *standard* quanto a comparações individuais e de grupos.

Os dados coletados foram submetidos à análise estatística, utilizando análise de variância (ANOVA) a fim de examinar os escores das escalas em relação às variáveis sexo e idade, para verificar se o resultado aponta para um perfil semelhante entre si ou diversificado, sugerindo a existência, ou não, de características de personalidade comuns aos pacientes examinados.

Após o teste de ANOVA, foi realizado estudo de correlações bivariadas, relacionando as escalas do MMPI dos pacientes da amostra entre si.

Posteriormente foi aplicado TAT em um pequeno grupo; o instrumento foi avaliado segundo os critérios do laboratório de Psicologia projetiva de Paris (Shentoub, Chabert e Shretien, 1990). A prática projetiva permite acuidade na análise, o que a torna uma das principais metodologias para compreendermos psicopatologia. Segundo Shentoub et al. (1990), tem por objetivo a investigação profunda do funcionamento psíquico do indivíduo. Consideram esses autores que no domínio da pesquisa o TAT é suscetível a ser usado só sem outro teste psicológico. Outro aspecto importante observado por Husain (1991), é o da relevância das técnicas projetivas, não para demarcar comparações, mas, sim, propiciar uma reflexão da singularidade de diversas organizações de personalidade. Essa dupla polaridade permite, segundo o autor, a prática de pesquisas baseadas em grupos únicos. Permite a ausência do grupo controle, uma vez que possui forte unidade estrutural interna que se acomoda com a eventual falta de visibilidade externa. O autor critica a



visão dicotômica herdada da visão experimental, considerando que a visão atual da Psicologia projetiva preconiza a noção de um continuum psicopatológico.

### Análise estatística

#### ANOVA (*Analysis Of Variance*)

Uma primeira análise realizada com os escores obtidos pelos sujeitos nas escalas do MMPI foi o exame de possível variação nos escores, considerando as variáveis idade e sexo dos sujeitos.

Embora não fosse propósito específico de pesquisa, a variável idade foi investigada. A literatura (Bastos, Almeida Filho & Santana, 1993) sugere maiores índices de cefaléia em pessoas mais velhas, do gênero feminino. Agrega-se a esse fato, o grande intervalo de idade entre os sujeitos (20 a 55 anos) como motivo para investigação. O resultado, no entanto, não mostrou diferença significativa do ponto de vista estatístico, para os escores do MMPI em relação à variável idade.

A variável sexo é uma das questões de pesquisa. Assim, foi considerado relevante, a investigação desse aspecto. A epidemiologia aponta para uma proporção de 1:3 entre homens e mulheres queixosos do sintoma; por isso, foi rea-

lizada uma análise da variância entre sexo e as escalas do MMPI. Nessa análise, é importante levar em conta que mesmo que o número de sujeitos homens tenha sido menor que o de mulheres, tal diferença é compensada por um ponto crítico longe do zero nos resultados da ANOVA, de tal forma que a diferença é expressiva a ponto de eliminar ou pelo menos controlar a possibilidade de erro pelo tamanho da amostra. A distribuição, por sexo, deu-se conforme a demanda recebida nas consultas médicas que antecederam a pesquisa. A diferença de distribuição por sexo sugerida por Feldman (1995), além de outras pesquisas, também pôde ser observada neste estudo, com maior participação de mulheres.

## RESULTADO

Os resultados dos testes estatísticos que levam em conta a variável sexo e as escalas do MMPI são enumerados abaixo, à medida que foram considerados expressivos, observando um nível de significância de 0.05.

### Apresentação dos resultados da ANOVA

**Tabela 1**  
**Resumo dos dados das variáveis sexo x escalas**

Escalas	F	p	Interpretação	Prob. de ocorrer erro tipo 1
Hs			Ñ há diferença	Anal. cancelada
D	3,7059	0,0129	Há diferença	1,29%
Hy	1,8151	0,1486	Ñ há diferença	14,86%
Pd	2	0,0549	Há diferença	5,49%
Pa			Ñ há diferença	Anal. cancelada
Pt	3,3	0,035	Há diferença	3,50%
Sc	2,3625	0,0929	Ñ há diferença	9,29%
Ma	2,9556	0,0248	Há diferença	2,48%
Si	2,8283	0,0253	Há diferença	2,53%

Para identificar em direção a que sexo a diferença apontava foi feito estudo da diferença de médias.

### Conclusões da ANOVA

1. Este estudo de ANOVA mostra que a variável idade não é relevante, no que diz respeito aos resultados do MMPI.
2. O estudo de ANOVA mostra que a variável sexo apresenta diferença em algumas escalas do MMPI, sugerindo que os homens têm uma forma de apresentação de psicopatologia distinta das mulheres. A depressão e angústia manifesta são mais incidentes nos homens do que nas mulheres.

### Estudo das correlações

Com o objetivo de fazer outro tipo de análise dos resultados do MMPI do grupo examinado, foi realizado o estudo de correlações bivariado. Dessa maneira, os resultados são agregados aos pares e possibilitam interpretação. Cunha et al (1993) sugerem a observância dos códigos de dois pontos, a saber, as combinações da elevação de duas escalas, para uma interpretação dos escores. Assim, são consideradas as correlações entre escalas que apresentarem o valor de referência 0,7 como mínimo. Acima desse valor consideramos uma correlação expressiva ou intensa. Os seguintes pares de escala apresentam coeficientes de correlação significativas:

**Tabela 2**

**Grupo I – Pacientes com nível de funcionamento mental neurótico:**

ESCALAS	r	p
Hs x Pt	0,7010	0,000
D x Hy	0,7236	0,000
D x Pt	0,8382	0,000
Hy x Pt	0,7229	0,000

**Tabela 3**

**Grupo II – Pacientes com nível de funcionamento mental regressivo:**

ESCALAS	r	p
Pd x Sc	0,7654	0,000
Pa x Sc	0,7476	0,000
Pt x Sc	0,7008	0,000

O conjunto de sujeitos que respondem com escores altos na escala de Depressão, também respondem com altos escores nas escalas (Hy) Histeria e (Pt) Psicastenia. Os sujeitos que respondem com altos escores em (Pt) Psicastenia, de um modo geral, também apresentam resultados altos nas escalas (Hs) Hipo-

condria, (D) Depressão e (Hy) Histeria. Existe uma correlação expressiva entre as escalas (Sc) Esquizofrenia e (Pd) desvio psicopático, (Pa) paranoia e (Pt) Psicastenia. Encontramos dois grupos distintos em nossa amostra. O primeiro, em que predominam escalas que apontam na direção de nível de funcionamen-

to neurótico (Escala Hs, D, Hy e Pt), e o segundo grupo, no qual existe correlação significativa entre as escalas que apontam para um nível de funcionamento mais regressivo, ou seja, Sc e Pd, Pa e Pt.

Assim o estudo de correlações permite as seguintes conclusões parciais:

1. existe correlação entre cefaléia e nível de funcionamento neurótico;
2. existe correlação entre cefaléia e conversão;

3. existe correlação entre cefaléia e aspectos patológicos mais regressivos do que o nível neurótico de funcionamento mental.

Outros aspectos relativos à psicodinâmica dos pacientes em questão puderam ser inferidos, porém não são considerados conclusivos. Com o teste projetivo TAT, buscou-se aprofundar a investigação da existência, ou não, de funcionamento mental distinto entre os dois subgrupos.

**Tabela 4**  
**Associando os resultados do MMPI aos do BDI**

MMPI - Escala 2 (D)			BDI - Grau de depressão		
Baixa (T = 28 a 44)	10%	50%	Abaixo do normal	17%	50%
Média (T = 45 a 59)	40%		Não significativo	33%	
Moderada (T = 60 a 69)	23%		Leve	33%	
Alta (T = 70 a 85)	27%	50%	Moderada	10%	50%
			Severa/Grave	7%	

Tomando os dados apresentados nas escalas do MMPI e associando-os aos resultados encontrados no BDI vemos que a depressão manifesta perfaz 50% da amostra. Cabe observar que 17% dos pacientes apresentam escores abaixo do normal, indicando provável negação da depressão. Retomamos, então, a suposição anterior na qual consideramos a possibilidade de negação da depressão, particularmente nas mulheres (escores mais altos na escala Ma do MMPI). No BDI, as mulheres representaram a maior parte dos sujeitos que apresentam abaixo do normal no BDI, sugerindo negação da depressão.

A literatura aponta para o sintoma corporal como equivalente depressivo. Nesse contexto, Mackinnon e Michels (1985) observam que a dor de cabeça é

apontada como uma das queixas mais comuns de pacientes depressivos.

A depressão pode ser observada em 67% dos pacientes (manifesta e subjacente). A dor, possivelmente, apresenta-se como um equivalente depressivo.

Os resultados dos testes são compatíveis entre si e denotam associação entre cefaléia e depressão.

Esse aspecto é descrito na literatura: cito aqui Feldman (1995) que encontrou, por meio do Beck, depressão em 46% dos sujeitos investigados;

Esse achado, associação entre dor e depressão remete a Freud (1895) que sugeria correlação entre dor física e psíquica. Freud considerava a correspondência existente entre dor psíquica e física, no que concerne à retração da libido, característica presente em ambas.



Em 1889, descreve, pela primeira vez que a melancolia pode ocorrer por meio de somatizações.

Wise (1977) aponta que a depressão é a condição mais comum encontrada em indivíduos com essa queixa. A depressão exacerba as sensações desconfortáveis ou, ainda, é a condição primária na qual a própria dor é a manifestação da síndrome. É importante considerar que essa condição pode passar despercebida tanto pelo paciente quanto pelo médico e resultar em tratamentos que reforcem a dissociação mente/corpo.

Meer (1990) considera que o estresse causa mudanças bioquímicas no cérebro e, também, decréscimo nos níveis de serotonina e endorfina e, conseqüentemente, produz diminuição da sensibilidade à dor. As emoções estão armazenadas no corpo em seus receptores e a cada interação partem mensagens químicas.

Se compararmos os resultados encontrados nesta amostra com os resultados do estudo de morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre (Busnello et al., 1993), podemos constatar que existe uma diferença significativa de incidência de depressão.

Busnello et al. (1993) encontraram, agregando depressão e distímia, depressão em 10,3% da população de Porto Alegre, enquanto o nosso grupo apresentou 50% de depressão manifesta.

Podemos concluir por meio do uso do BDI que:

1. existe associação entre cefaléia e depressão manifesta.
2. a incidência de depressão encontrada nos sujeitos pesquisados é aproximadamente 5 vezes mais alta do que na população em geral.

### **Resultados do TAT**

A fim de analisar se existe distinção entre o tipo de funcionamento mental nos pacientes da amostra foi aplicado TAT em um subgrupo de pacientes. Para selecionar os pacientes a serem testados

com TAT, foram levados em conta os resultados prévios encontrados no MMPI

Dentro do grupo investigado foi selecionado um grupo com características apontadas no MMPI como predominantemente neuróticas e um grupo com altos escores em escalas regressivas.

### **Discutindo os resultados dos TATs**

A partir da análise dos seis protocolos de TAT vemos um espectro de diferentes níveis de funcionamento mental. Existem pacientes que predominantemente funcionam dentro de um registro neurótico (chamaremos grupo I) e, por outro lado, pacientes que apresentam um nível de funcionamento mental com maior comprometimento (chamaremos grupo II), denotando pertencerem ao grupo que Bergeret (1988) convencionou chamar de organizações limítrofes.

No primeiro grupo desta amostra, os conflitos caracterizam-se por serem intrapsíquicos e a natureza da angústia é predominantemente de castração. Há um aspecto que é comum a todos: a dificuldade de lidar com as pulsões agressivas. Marty (1950) considera que a cefaléia tenha correspondência com a inibição de fantasmas precisos, particularmente, fantasmas agressivos. O autor considera a possibilidade de existência de conflitos neuróticos, tal como observamos nos pacientes. No grupo II também foi observado em um dos pacientes um setor de funcionamento edípico, conflitiva que, fundamentalmente, situa-se como uma agressão contra a própria inteligência, castração mental, em razão da valorização afetiva do ato de pensar.

Foi identificada, o mesmo que Marty (1963) observou, a existência de conflitos edípicos e pré-edípicos como aspecto central.

O segundo grupo da amostra caracteriza-se da seguinte forma: a angústia é de perda de objeto e as relações de objeto são do tipo anaclítica. Estão sujeitas a regressões egóicas mais intensas, e as

defesas dominantes também têm um cunho mais primitivo. Ambas apresentam risco de descompensação somática por insuficiência de estrutura mental para enfrentar demandas internas e externas.

Lobato (1992) considerou que pacientes com dor crônica poderiam apresentar alexitimia; essa pobreza fantasmática foi detectada em um dos membros do subgrupo II.

Wise, Mann, Jani, N. E., Jani, S. (1994) consideraram os pacientes cefalálgicos psicologicamente angustiados e freqüentemente alexi-tímicos.

Essa ausência de liberdade fantasmática percebida em um protocolo do grupo II foi descrita, anteriormente, por Kreisler (1978) e, também, por Marty (1993). Este último considerou que na alexitimia ou, como preferiu denominar, no pensamento operatório, existe falta de expressões simbólicas. Na lâmina número 6, por exemplo, a paciente refere: *“Não dá para perceber o que a criança sente, ela está desligada.”* Na lâmina de número 7, vemos conteúdo semelhante: *“Aqui eu vejo uma mulher pensando. Não sei o que ela esta vendo ou fazendo, mas pensando, olhar perdido. Assim eu vejo, só isto, não tenho muito a te dizer. Completamente desligada.”* Podemos observar a partir desses breves fragmentos do protocolo do TAT que a paciente se encontra desligada do magma de seu inconsciente, bem como desconectada de seus objetos internos, predominando a clivagem. As representações, conforme observamos pela incidência de fatores de série C/N (narcísica) e C/O (indicando vida mental operatória), são escassas, pobres e repetitivas.

Barros (1991) considera, ao discutir a questão do pensamento operatório, que no nível metapsicológico haveria um déficit no processamento psíquico. Como foi referido anteriormente, ao analisar o referido protocolo, há aí uma possível patologia do funcionamento do pré-consciente.

Nessa subamostra nos deparamos com dois grupos distintos. Reportamos a Kaplan e Sadock (1993) para aprofundar a compreensão desses achados. Os autores consideram que as cefáleias psicogênicas podem ser divididas em dois grupos. O primeiro, em que o sintoma é conversivo e portanto tem qualidades representacionais e um segundo em que a cefaléia não tem natureza simbólica e os sintomas são definidos como respostas automáticas a conflitos conscientes ou inconscientes.

Os resultados interpretativos sugerem risco de desorganização progressiva nas pacientes do grupo II. De fato, a realidade corrobora essa hipótese, pois a paciente foi avaliada no mesmo período, do ponto de vista clínico, e detectada Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apontando para o padecimento corporal.

Esse contexto das desorganizações progressivas foi explorado por Marty (1993) considerando que, nesses casos, pode haver destruição da organização libidinal.

A cefaléia pode constituir-se como sintoma regressivo de crise e ter uma conotação reversível ou indicar o início de uma desorganização progressiva. Em nossa subamostra, apontamos a emergência de Hipertensão Arterial Sistêmica em um dos pacientes, já que se trata de uma doença crônica, controlável, mas irreversível. Evidentemente, são relevantes os aspectos constitucionais e exógenos na eleição da doença (no caso, HAS), uma vez que a somatização não apresenta conteúdo representacional e, sim, assinala sua falha.

Essa pequena amostra de protocolos de TAT situa-nos transitando entre o que Killingmo (1989) denominou patologias de conflito (grupo I) e de déficit (grupo II).

A amostra ilustra o que Freud, em 1894, assinalava: que tanto na histeria quanto na neurose de angústia há acúmulo de excitação e insuficiência psíquica, ocorrendo um desvio no campo

somático. A diferença no fato de em que nas neuroses atuais a excitação é somática, enquanto na histeria é psíquica (provocada por conflito).

Em 1893, Freud considerou que as razões dos sintomas histéricos devem ser procuradas na vida psíquica. Fez alusão às dores e apontou para a relação simbólica entre a causa determinante e o sintoma histérico.

Os quatro resultados dos TATs (grupo I) apontam nessa direção, diretamente, da existência de conflito intrapsíquico. Para a existência de conflito intrapsíquico, o mecanismo de defesa básico é o recalçamento. As representações de cunho agressivo aparecem, de modo geral, nos referidos protocolos do TAT como intoleráveis e quando não recalçadas aparecem negadas.

Kimball e Blindt (1982) consideram que a conversão pode representar uma defesa contra raivas primitivas/ou representar uma forma de expiação e martirização devido à culpa.

Maltbie, Cavenar, Jr., Jese, Hammet & Sullivan (1978) apontam como pertinente a observância de alguns pontos que indicam a vulnerabilidade do paciente à dor e entre eles está a inabilidade de expressar raivas e conflitos inconscientes ligados a impulsos agressivos combinados com sentimentos de culpa. Esses conflitos podem aparecer simbolizados na dor.

Nossa amostra comportou-se de modo semelhante, pois há evidências significativas de agressividade e dificuldade de manejar a agressão. Os mecanismos predominantes também foram recalçamento e negação.

Esse aspecto observado nos pacientes, a dificuldade de lidar com as pulsões agressivas, remete ao que Marty (1990) antes assinalou: os aspectos de cunho oral e anal encobertos pelo sintoma conversivo.

Articular os conceitos de conflito e déficit (Killingmo, 1989) pode aqui e

mesmo teoricamente, tornar-se difícil, pois não são conceitos excludentes. France e Krishman (1988) observam que não há somente um tipo de personalidade associada à conversão e sugerem sintomas conversivos em diferentes tipos de personalidade. Foi observado em um dos elementos do grupo II indicadores de funcionamento operatório mas também de um setor de funcionamento edípico de cobertura.

Bleichmar (1988) lança luz sobre essa questão, pois também considera a presença de sintomas conversivos em quadros diferentes da histeria. Interroga se poderiam ser um indicador de castração ou de um núcleo histérico. A questão que a autora refere é se poderíamos entender a conversão como um mecanismo elementar da psique humana ou ainda de ser ativada por múltiplas fantasmáticas.

Ressalto aqui o que Debray (1989) anteriormente observou: o caráter dinâmico do modelo explicativo das patologias somáticas, caracterizando a inexistência de um perfil psicológico, mas de uma organização mental particular que poderia predispor o sujeito ao adoecimento.

Assim, por mais sólido que seja o funcionamento defensivo neurótico, ninguém pode estar ao abrigo de movimentos de desorganização e aparição de perturbação somática de qualquer ordem, porém alguns sujeitos estariam mais suscetíveis e, em nossa amostra, destacamos os sujeitos do grupo II.

Nesse contexto, de convergência de sintomas conversivos em outros quadros, em um dos casos do grupo I características predominantemente obsessivas, mas que possivelmente abrigue o que Bleichmar (1988) chamou de núcleo histérico.

Em outros dois casos do grupo I foram observados aspectos que predominam na linha hístico-fóbica e provavelmente a presença do sintoma dor de cabeça apresenta algum significado simbólico.

Um quarto paciente desse mesmo grupo possivelmente situa-se no registro neurótico caracterial, pois os aspectos mais arcaicos necessitam ser rigidamente controlados. Provavelmente, o sintoma de cefaléia possa encobrir aspectos mais primitivos e de cunho depressivo. A dor, nesse caso, pode representar o que Mackinnon e Michels (1985) consideraram como um equivalente depressivo. O que não descaracteriza o possível conteúdo representacional que possa ocultar, porém, esses conteúdos podem ser de ordem mais arcaica ou, ainda, como descreve Bleichmar (1988), pode o sintoma ser ativado por múltiplas fantasmáticas.

## CONCLUSÃO

Na amostra examinada, a cefaléia está associada à psicopatologia;

- 50% da amostra apresenta depressão manifesta, conforme os dados obtidos pelo BDI e escala D do MMPI;

- a psicopatologia é distribuída em dois níveis de funcionamento mental: o da neurose e o da aneestrutura;
- não existe um padrão único de funcionamento mental, o sintoma pode estar associado a conflito e/ou déficit;
- a cefaléia é apresentada como sintoma conversivo, denotando conteúdo simbólico;
- a cefaléia como conversão está associada a diferentes quadros;
- o sintoma conversivo pode estar encobrindo a depressão;
- uma característica comum à amostra é a dificuldade de lidar com fantasmas agressivos;
- há escotomas ligados a representações agressivas intoleráveis, resultando em castração mental e dificuldade de pensar esses conflitos precisos;
- a cefaléia pode estar sinalizando risco de desorganização progressiva;
- os homens apresentam depressão e angústia manifesta em maior incidência do que as mulheres da amostra;
- as mulheres apresentam maior incidência de conversão.

*Encaminhado em 07/03/03*

*Aceito em 15/03/03*

- Andrade Sobrinho, J. (1990). Cefaléias. *Revista Brasileira Neurologia*, 26 (1), 25-28.
- Barros, C. A. (1991, julho/dezembro). Pensamento operatório e alexitimia: aspecto fenomenológico. *Revista Médica da Aeronáutica do Brasil*, 41 (2), 119-121.
- Bastos, S. B., Almeida Filho, N., & SANTANA, V. S. (1993). Prevalência de cefaléia como sintoma em um setor urbano de Salvador, Bahia. *Arq. Neuropsiquiatria*, 51, (3), 307-312.
- Bergeret, J. (1988). *Personalidade normal e patológica*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bleichmar, E. D. (1988). *O feminismo espontâneo da histeria*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Busnello, E. D. et al. (1993, março) Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42 (1), 555-605.
- Cunha, J. A., Freitas, N. K., & Raimundo, M. G. (1993). *Psicodiagnóstico - R*. (4a. ed. rev.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Debray, R. (1989). *A propósito de perturbações somáticas na obra de Freud e na de alguns de seus sucessores*. In Conferência realizada na PUCRS, 1989, Porto Alegre, RS.
- Feldman, A. (1995). *Cefaléias primárias*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- France, R., & Krishnan, K. R. R. (1988). *Chronic pain*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Freud, S. (1950). *Projeto para uma psicologia científica*. (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud. (1893) *Sobre os mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos: uma conferência*. (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago.
- Gildenberg, P., & Devaul, R. (1987). *O paciente de dor crônica*. Rio de Janeiro: Colina.
- Graham, J. R. (1987). *MMPI Guia prática*. México, DF: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Hathaway, S. R., & Meckinley, J. C. (1971). *Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade - MMPI - Manual*. Rio de Janeiro: CEPA..
- Husain, O. Sélection de l'échantillon en reserche projective-Pour une défens du groupe unique à faible visibilité groupale. *Bulletin de Psychologie*, 44 (402), 465-468, 1991.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1993). *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Killingmo, O. B. (1989). Conflito e déficit: implicações para a técnica. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 70.
- Kimbal, C. P., & BLINDT, K. (1982, June). Some thoughts on conversion. *Psychosomatics*, 23 (6), 647-648.
- Kreisler, L. (1978). *A criança psicossomática*. Lisboa, Portugal: Estampa.
- Lobato, O. (1992). O problema da dor. In J. Mello Filho. *Psicossomática, hoje* (pp. 165-177). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Mackinnon, R. A., & Michels, R. (1985). *A entrevista psiquiátrica na prática diária*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Maltibie, A. A., Cavenar Jr., Jeseo O., Hammet, E. B., & Sullivan, J. L. (1978, June). A diagnostic approach to pain. *Psychosomatics*, 19 (6), 359-366.
- Marty, P. (1950). *Aspect psychodynamique del'étude clinique de quelques cas de céphalalgies*. Paris: Hôpital Paul-Brousse. Communication à la Société Psycanalytique de Paris, Travail du service de Neuro-chirurgie du Dr. Marcel David.

- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Marty, P. (1963). Cephalées psychosomatiques. *Archives Hospitalieres*, 11, 273-275.
- Meer, A. V. D. (1990). *Relief from chronic headache*. New York: The Dell Medical Library.
- Murray, H. A. (1973). *Teste de Apercepção Temática - TAT - Manual*. São Paulo: Mestre Jou.
- Rowland, L. P. (1986). *Merrit tratado de neurologia*. (7ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Shentoub V., Chabert, C., & Shretien, M. (1990). *Manual d'utilisation du T.A T.(approche psychoanalytique)*. Paris: Duvod.
- Solomon, S., & Fraccaro, S. (1991). *The headache book*. New York: Union of United Inc. Yonkers.
- Wise, T. N. (1977, julho). Dor: o problema psicossomático mais comum. Clínicas Médicas da América do Norte (pp. 771-779). In *Simpósio sobre Psiquiatria em Medicina Interna*, 1977, Rio de Janeiro: Interamericana.
- Wise, T., Mann, L. S., Jani, N. E., & Jani, S. (1994). Illness beliefs and alexithymia in headache patients. *Headache*. 34, (6), 362-365.