

Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação

Lilian Pereira de Medeiros Guimarães¹

Elisa Medici Pizão Yoshida²

Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Resumo: A doença de Crohn e a retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) são doenças gastrointestinais inflamatórias. Como podem afetar severamente a vida de seus portadores, o estudo objetivou investigar a eficácia adaptativa e o nível de alexitimia de pacientes. Investigou-se, ainda, o modo como cada uma dessas medidas correlacionava-se com a severidade dos sintomas gastrointestinais e com o tempo da doença. A amostra contou com 25 pacientes ambulatoriais portadores da doença de Crohn (52%) e da RCUI (48%). Utilizaram-se como instrumentos a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada-Redefinida (EDAO-R) e a Toronto Alexithymia Scale (TAS). Obtiveram-se os seguintes resultados: 1. alto comprometimento na qualidade da adaptação e no nível de alexitimia, sem que houvesse, necessariamente, associação entre ambos; 2. a qualidade da adaptação não apresentou associação com a severidade da sintomatologia nem com o tempo da doença; 3. a alexitimia estava associada de maneira negativa à severidade dos sintomas gastrointestinais, mas não com o tempo da doença. Sugerem-se pesquisas com amostras mais representativas.

Palavras-chave: emoção; adaptação; psicossomática; gastroenterologia.

CROHN ILLNESS AND NONSPECIFIC ULCERATIVE RECTOCOLITIS: ALEXITHYMIA AND ADAPTATION

Abstract: Crohn's illness and Nonspecific Ulcerative Retocolitis (NURC) are gastrointestinal inflammatory diseases. As symptoms can severely affect the patient's life, the study aimed to investigate the adaptive efficiency and the patients' level of alexithymia. It also has investigated the correlation between each one of these measures to the severity of the gastrointestinal disease, and to the period of time since the diagnostic. Sample: 25 outpatients suffering from Crohn's illness (52%) and NURC (48%). Used like instruments: Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada-Redefinida (EDAO-R) and Toronto Alexithymia Scale (TAS). Results: 1. High degree of adaptive impairment and alexithymia, with no correlation between them; 2. non significant correlation between adaptive efficiency and severity of the gastrointestinal disease, nor between adaptive efficiency and time of diagnostic, 3. significant negative correlation between alexithymia and severity of disease, but non significant correlation between alexithymia and the period of time since the diagnostic. Researches with more representative samples are suggested.

Keywords: emotion; adaptation; psychosomatics; gastroenterology.

ENFERMEDAD DE CROHN Y RETOCOLITIS ULCERATIVA INESPECÍFICA: ALEXITIMIA Y ADAPTACIÓN

Resumen: La enfermedad de Crohn y la Retocolitis Ulcerativa Inespecífica (RCUI) son enfermedades gastrointestinales inflamatorias. Como la misma puede afectar severamente la vida de sus portadores, el estudio objetivó investigar la eficacia adaptativa y el nivel de alexitimia, de estos pacientes. Se investigó también la medida en que cada una de estas medidas se cor-

¹ A pesquisa original foi apresentada como dissertação de mestrado da primeira autora.

² Orientadora.

relacionaba con la severidad de los síntomas gastrointestinales y con el tiempo de la enfermedad. La muestra fue formada por 25 pacientes, ambulatoriales, con Enfermedad de Crohn (52%) y RCUI (48%). Instrumentos: Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - Redefinida (EDAO-R) y Toronto Alexithymia Scale (TAS). Resultados: 1. alto comprometimiento en la calidad de adaptación y no nivel de alexitimia, sin que necesariamente exista asociación entre ellas; 2. la cualidad de la adaptación no presenta asociación con la severidad de la sintomatología, ni con el tiempo de la enfermedad; 3. la alexitimia se mostró negativamente asociada a la gravedad de los síntomas gastrointestinales pero no con el tiempo de la enfermedad. Investigaciones con muestras más representativas son sugeridas.

Palabras clave: emoción; adaptación; psicossomática; gastroenterología.

Introdução

As doenças inflamatórias intestinais ocorrem em todas as pessoas e representam sério problema de saúde, pois atingem preferencialmente pessoas jovens, muitas vezes de forma bastante grave. Trabalhos retrospectivos sobre a epidemiologia das doenças inflamatórias intestinais, sobretudo a partir de 1980, mostram que está havendo, atualmente, uma tendência mundial para o aumento de sua incidência (SOUZA et al., 2002).

Segundo Lanna et al. (2006), na conceituação mais ampla, a doença inflamatória intestinal corresponde a qualquer processo inflamatório envolvendo o trato gastrintestinal, seja ele agudo ou crônico. Dentre as principais formas, encontram-se a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI), que, apesar de serem doenças distintas, compartilham aspectos clínicos, epidemiológicos e, possivelmente, fatores etiológicos comuns (DROSSMAN; DOUGLAS, 1998). O curso clínico, cujas manifestações principais são diarreia, dor abdominal e sangramento retal, caracteriza-se por períodos de remissão e exacerbação que podem ser acompanhados de complicações dos mais diversos tipos.

A distinção entre a doença de Crohn e a RCUI é realizada por meio de exames de colonoscopia, e a principal diferença é que a doença de Crohn, que tem este nome em homenagem ao médico que a descreveu em 1932, caracteriza-se por inflamação crônica de uma ou mais partes do tubo digestivo e pode acometer desde a boca até o reto e o ânus, passando pelo esôfago, estômago, intestino delgado e intestino grosso. Já a RCUI é uma inflamação da mucosa (camada de células que forra a superfície interna do intestino grosso), muitas vezes acompanhada de úlceras (VERONESI, 2003).

Como consequência da natureza e da sintomatologia da doença de Crohn, Knutson, Greenberg e Cronau (2003) argumentam que ela pode criar um impacto negativo na auto-imagem, prejudicando as relações familiares e amizades. Esses autores sugerem que o tratamento não deveria focalizar apenas os sintomas físicos da doença, mas também incluir atenção a fatores psicológicos, que, se medidos por ferramentas apropriadas, podem sugerir novas modalidades de tratamento. Esse mesmo raciocínio parece valer para a RCUI, devido à semelhança da sintomatologia.

Como essas doenças podem afetar de diversas maneiras a rotina diária dos pacientes, considerou-se relevante investigar o grau de comprometimento da eficácia adaptativa (SIMON, 1989) de pacientes com doença de Crohn e de RCUI. Pressupunha-se que, em

face dos obstáculos impostos pela doença ao cumprimento das tarefas diárias, esses pacientes apresentariam comprometimento da qualidade das respostas adaptativas, que poderia ser agravado pela severidade da doença e/ou pelo tempo decorrido desde o seu aparecimento.

Por outro lado, há, na literatura, relatos de que os pacientes que sofrem de doenças crônicas apresentam maior dificuldade de entrar em contato e de terem consciência de suas emoções, o que se reflete, entre outras coisas, na possibilidade de expressá-las verbalmente. Ademais, tendem a se referir às emoções em termos de sensações somáticas ou de reações comportamentais, em vez de nomeá-las. E apresentam, também, um estilo de raciocínio concreto e objetivo, voltado para a realidade externa (TAYLOR; BAGBY, 2004). Para o conjunto dessas características, Sifneos (1972) propôs o termo alexitimia, composto, etimologicamente, pelo prefixo grego *a*, correspondente a *privado de*; *lexis*, que significa *palavra*; e *thymos*, que corresponde a *humor*.

Desde que foi proposto, o conceito de alexitimia vem sofrendo inúmeras modificações em função da ampla investigação empírica a que tem sido submetido (TAYLOR; BAGBY, 2004). Reconhecido como um construto que reflete características usualmente encontradas em pacientes ditos psicossomáticos e crônicos, tem sido, também, aplicado ao estudo de alcoolistas, dependentes de drogas, vítimas de estresse pós-traumático, entre muitos outros, conforme revisão de Carneiro e Yoshida (2007).

De maneira geral, dois tipos de etiologias são admitidos atualmente para explicar a alexitimia (CAMPBELL, 1996). Um deles é o de etiologia biológica (SIFNEOS, 1991), fruto de comprometimento das estruturas anatômicas e da fisiologia cerebral, também chamado de alexitimia primária (PEDINIELLI; ROUAN, 1998). O segundo tipo é o de natureza psicossocial, também chamado de alexitimia secundária, atribuível às experiências afetivas vividas ao longo do desenvolvimento, ao estilo de cuidados parentais e a vivências de traumas intensos, tanto na infância como na fase adulta (PEDINIELLI; ROUAN, 1998). Nesse último caso, incluem-se as vivências de estresse relacionadas a doenças sérias e/ou crônicas, e, também, situações de estresse relacionadas a vivências de guerras, acidentes, seqüestros e todas as situações em que a vida da pessoa esteve em risco. Nelas, a alexitimia teria uma função protetora, levando a um tipo de “embotamento afetivo”, que permite que a pessoa possa conviver com a dor psicológica (SIFNEOS, 1991).

Cabe, ainda, lembrar que, como uma das características da alexitimia é a dificuldade de expressão verbal das emoções, alguns estudos têm assinalado a possível influência de aspectos culturais, de comunicação, de nível de escolaridade e de classe socioeconômica como sendo possíveis variáveis que podem funcionar como um viés na sua avaliação (FUKUNISHI et al., 1997; TAYLOR; BAGBY, 2004; YOSHIDA, 2007).

Considerando, pois, que a doença de Crohn e a RCUI são doenças crônicas e que, provavelmente, afetam a vida afetiva das pessoas por elas acometidas, levantou-se a hipótese de que elas também apresentam características alexitímicas, exacerbadas pela severidade e pelo tempo da doença. Aventou-se, ainda, a possibilidade de haver associação entre o comprometimento da eficácia adaptativa e o nível de alexitimia.

Método

Participantes

A amostra constituiu-se por 25 pacientes em tratamento no ambulatório de gastroenterologia de um hospital geral universitário, cujos diagnósticos haviam sido realizados para pessoas cuja faixa etária variava entre 1 mês e 15 anos (média = 6 anos, mediana = 4 anos e moda = 1 ano, 4 anos e 10 anos), de modo que 52% apresentavam o diagnóstico de doença de Crohn e 48% de retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos sob o protocolo 001/2001. A distribuição das variáveis sociodemográficas – sexo, idade, estado civil e escolaridade – dessas duas amostras é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos participantes segundo o diagnóstico e variáveis sociodemográficas (n=25)

Variáveis sociodemográficas	Diagnóstico	
	Doença de Crohn	RCUI
	13 (52%)	12 (48%)
Sexo		
Masculino	9 (60%)	6 (40%)
Feminino	4 (40%)	6 (60%)
Idade média e DP	36,15 e 14,38	36,25 e 12,72
Estado civil		
Solteiro	5 (45%)	6 (54%)
Casado	6 (54%)	5 (45%)
Separado	2 (100%)	_____
Viúvo	_____	1 (100%)
Escolaridade		
Analfabeto+ 1º grau incompleto	2 (20%)	8 (80%)
1º grau completo	3 (100%)	_____
2º grau incompleto	2 (50%)	2 (50%)
2º grau completo	3 (75%)	1 (25%)
3º grau incompleto	2 (100%)	_____
3º grau completo	1 (50%)	1 (50%)

Instrumentos

Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada-Redefinida (EDAO-R) (SIMON, 1997): permite a avaliação da eficácia adaptativa, entendida como a habilidade de resolver situações de vida sem entrar em conflito com os demais ou consigo mesmo. A qualidade da eficácia é estimada clinicamente com base nas respostas do sujeito, que são divididas em quatro setores: Afetivo-Relacional (A-R); Produtividade (Pr); Sociocultural (S-C); e Orgânico (Or). A avaliação dos dois primeiros é feita por meio de escores que indicam o grau de adequação das respostas do sujeito, e os dois últimos são avaliados apenas clinicamente, sem a atribuição de escores. A avaliação final é expressa segundo cinco grupos de diagnóstico adaptativo possíveis: Adaptação Eficaz (grupo 1); Adaptação Ineficaz Leve (grupo 2); Adaptação Ineficaz Moderada (grupo 3); Adaptação Ineficaz Severa (grupo 4); Adaptação Ineficaz Grave (grupo 5). Quando há crise, essa designação segue a classificação principal, dispensando um agrupamento próprio. Pesquisas em que se estimam as propriedades psicométricas da EDAO-R indicaram bons níveis de acordo entre juízes (Kappas entre 0,73 e 1) e boa validade de predição, quando o critério é concluir ou interromper processos de psicoterapias breves (YOSHIDA, 1999). Além disso, tem se mostrado útil, tanto em contextos clínicos quanto no contexto empresarial, como uma ferramenta auxiliar na avaliação dos recursos adaptativos e do nível de funcionalidade apresentado (MILARÉ; YOSHIDA, 2007).

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) (TAYLOR; RYAN; BAGBY, 1985): é um instrumento de auto-relato, adaptado e validado para o português com a amostra de estudantes (YOSHIDA, 2000) e pacientes do hospital geral (YOSHIDA, 2007). Na presente pesquisa, utilizou-se a versão de 2000, uma vez que não se dispunha dos resultados da segunda pesquisa por ocasião da coleta de dados. Empregou-se a versão de 26 itens, divididos por quatro fatores: 1. dificuldade de identificar e distinguir sentimentos e sensações corporais; 2. dificuldade de descrever sentimentos; 3. devaneios (sonhar acordado) reduzidos; 4. pensamento orientado ao exterior. As respostas foram de tipo Likert de cinco pontos, em que 1 corresponde a “discordo inteiramente”, 2 a “discordo”, 3 a “não sei”, 4 a “concordo” e 5 a “concordo plenamente”. Os escores totais variam entre 26 e 130; de acordo com a literatura internacional, para escores acima de 74 (inclusive), o sujeito é considerado alexitímico, e para menores de 62 (inclusive), é considerado não alexitímico (TAYLOR; BAGBY, 2004). Quando a pontuação varia entre estes dois valores (63 e 73), o diagnóstico não é conclusivo. Estudos feitos no Brasil parecem corroborar essa tendência (YOSHIDA, 2007). Esses estudos nacionais indicaram, ainda, uma consistência interna aceitável em amostras de universitários ($\alpha = 0,71$) (YOSHIDA, 2000) e de pacientes de hospital geral ($\alpha = 0,72$) (YOSHIDA, 2007). A precisão de teste-reteste, entre 7 e 10 dias, foi $\rho = 0,72$ (YOSHIDA, 2000).

Juízes

Para a avaliação da EDAO-R, contou-se com dois juízes com experiência em psicologia clínica (10 anos um e 4 anos o outro) e familiarizados com a escala (5 anos um e 4 anos o outro).

Médicos

Os diagnósticos de doença de Crohn e de RCUI, além do grau de severidade dos sintomas, foram realizados por três residentes do 3º ano de gastroenterologia que passavam por supervisão de dois professores da Universidade.

Procedimento

Solicitou-se à equipe médica do setor de gastroenterologia que enviasse o paciente diagnosticado como portador da doença de Crohn ou de RCUI para uma entrevista psicológica. Nessa ocasião, esclareceram-se os objetivos e os procedimentos da pesquisa, além de se ter informado ao paciente que ele teria a liberdade para decidir se iria ou não participar. Foi dito, ainda, que os resultados poderiam ser divulgados, mas sem informações pessoais que pudessem levar à identificação do participante. Além disso, ele poderia abandonar o processo quando lhe conviesse, sem que isso trouxesse prejuízo ao seu tratamento no hospital. Os pacientes que concordaram com os pontos propostos assinaram o termo de consentimento existente para tal fim.

O contato com o sujeito foi individual e realizado pela primeira autora. Consistiu em uma entrevista para a avaliação da EDAO-R e a aplicação da TAS. Variou-se a ordem de aplicação da entrevista e da TAS para que se pudesse controlar o efeito de eventual viés. Para que se avaliassem, durante a entrevista, os setores previstos na EDAO-R, criou-se um roteiro de itens para cada setor. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas para facilitar as avaliações e aumentar a probabilidade de acordo entre os juízes. Os itens da TAS foram lidos para cada sujeito, pois uma pesquisa piloto, prévia, indicou que a maioria dos sujeitos tinha uma instrução mínima ou nenhuma instrução.

A severidade dos sintomas da doença de Crohn e da RCUI foi categorizada como severa, mediana e branda, segundo a exuberância, quantidade e frequência dos sintomas (MEDINA, 1982). Isso é basicamente uma avaliação clínica que considera o conjunto das informações fornecidas pelo paciente.

Considerou-se a severidade como mediana quando o curso clínico da doença era variável e relacionado, em parte, com a extensão do envolvimento do cólon e com a intensidade do processo inflamatório. A maioria dos pacientes tinha um curso marcado por sintomatologia intermitente com menos de cinco evacuações por dia e mínima perda sanguínea, febre ou dor, intercaladas com período de vida normal ou quase normal (MEDINA, 1982). A título de ilustração, apresenta-se, resumidamente, um caso considerado de severidade mediana: uma paciente do sexo feminino, com 34 anos, escolaridade superior completa (Pedagogia), solteira, com diagnóstico de RCUI há seis anos necessitou ficar internada por sete dias porque um lado do intestino estava todo inflamado. Não precisou de cirurgia; apenas teve aumento na medicação. No momento da entrevista, já estava melhor, tomava menos remédios e o número de evacuações diárias passou de 10 a 12 para uma média de 2. Ou seja, essa pessoa passava por momentos estáveis e alguns instáveis, necessitando, às vezes, até de internação.

Quanto à sintomatologia severa, os principais sintomas são diarréia sanguinolenta, dor abdominal, febre e emagrecimento. A intensidade da diarréia é variável, desde algu-

mas evacuações de fezes semimoldadas até evacuações freqüentes (até 20 vezes por dia) de fezes líquidas com sangue e pus e sintomas inespecíficos contínuos (por exemplo, fístulas) (MEDINA, 1982). Um caso ilustrativo seria o de um paciente do sexo masculino, com idade de 36 anos, casado, portador de doença de Crohn, diagnosticada há dez anos e que, quando tinha crises, sentia muita dor e apareciam fístulas e outros sintomas inespecíficos, como manchas na pele e irritação nos olhos. Na ocasião da entrevista, aguardava a cirurgia para a retirada das fístulas. Tinha evacuações constantes, em média sete por dia, perdeu muito peso e se encontrava fraco devido à anemia ocasionada pela diarreia sangüinolenta.

Quanto à sintomatologia branda, os pacientes que se encaixam nesta categorização não necessitam de hospitalização, mas necessitam apenas do uso de sulfasalazina (0,5 g a 1,0 g, quatro vezes ao dia). Naqueles em que alguma sintomatologia persiste, a melhora pode ser obtida por meio de corticosteróide (MEDINA, 1982). Por exemplo, havia uma senhora de 64 anos, com 1º grau incompleto, casada e com diagnóstico de retocolite ulcerativa inespecífica há três anos que não sentia dores, não apresentava perda sangüínea durante as evacuações e a freqüência dessas era normal, necessitando apenas fazer uso da sulfasalazina.

Descrição de resultados

A análise das características da amostra mostrou um equilíbrio quanto à proporção de participantes com doença de Crohn (48%) e com RCUI (52%). Avaliando-se as características sociodemográficas, verifica-se que essas duas amostras, apesar da grande variação da faixa etária (16 a 71 anos), eram equilibradas quanto à idade média (em torno de 36 anos) e quanto ao sexo (prova binomial, $p = 0,42$). Elas eram igualmente semelhantes quanto ao estado civil dos participantes, separados entre solteiros e casados. Quanto à escolaridade, apenas no subgrupo dos analfabetos e no do 1º grau incompleto é que houve uma diferença maior, mas que não chega a ser significativa (prova bilateral, $p = 0,11$). Considerando tratar-se de população de hospital universitário, a distribuição dos participantes quanto à escolaridade parece refletir mais a condição da população assistida por este tipo de instituição do que uma característica das doenças estudadas. Resumindo, pode-se dizer que os pacientes com Crohn não se distinguem dos com RCUI, em relação às variáveis sociodemográficas estudadas, o que permitiu que as análises realizadas fossem feitas para a amostra como um todo.

As avaliações da eficácia adaptativa, realizadas de forma independente pelos juízes, de acordo com a EDAO-R, indicou bons índices de acordo para os setores Afetivo-Relacional ($kappa = 0,76$) e da Produtividade ($kappa = 0,81$), permitindo que se considerassem apenas as avaliações da primeira autora para as análises. De acordo com elas, 8% dos pacientes foram classificados em uma situação de adaptação ineficaz leve (grupo 2), 32%, de adaptação ineficaz moderada (grupo 3), 36%, de adaptação ineficaz severa (grupo 4) e 24%, de adaptação ineficaz grave (grupo 5).

Quanto ao grau de alexitimia, os escores da TAS variaram entre 60 e 92, sendo que 60% dos participantes foram considerados alexitimicos (≥ 74), 8% foram considerados

não alexitímicos (≤ 62) e, para 32%, não se pôde falar em alexitimia, de acordo com a base dos escores da TAS (entre 63 e 73). No entanto, quando se considera o conteúdo das entrevistas realizadas, verifica-se que todos os participantes desse último grupo tinham dificuldades em falar dos seus sentimentos, havendo a necessidade de um questionamento detalhado quanto ao que sentiam em diferentes situações.

A associação entre a eficácia adaptativa e o grau de alexitimia foi estimada calculando-se Coeficientes de Correlação por Postos de Spearman (ρ) entre os escores totais e os parciais da EDAO-R e os escores totais da TAS. O emprego da correlação de Spearman deveu-se ao fato de as variáveis apresentarem-se em escala meramente ordinal (SIEGEL, 1956/1981). O nível de significância foi estabelecido em 0,05. Não foram observadas associações significantes entre o nível de alexitimia apresentada pelo participante e o grupo da configuração adaptativa ($\rho = 0,01$, $p = 0,96$), tampouco entre o grau de alexitimia e os setores Afetivo-Relacional (AR) ($\rho = -0,22$, $p = 0,27$) e de Produtividade (Pr) ($\rho = 0,25$, $p = 0,21$).

As avaliações da severidade dos sintomas da doença de Crohn e de retocolite ulcerativa inespecífica indicaram que 64% da amostra apresentava severidade mediana, 24% severa e 12% branda. Para a verificação da existência de associação entre a eficácia adaptativa e a severidade da doença e entre alexitimia e severidade da doença também foi empregado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman (ρ). Para viabilizar os cálculos, atribuíram-se, arbitrariamente, 3 pontos para o nível de severidade branda da doença, 2 pontos para o de severidade mediana e 1 ponto para o de severa. Obteve-se correlação negativa e significativa entre alexitimia e a severidade da doença ($\rho = -0,42$, $p = 0,03$), e correlação não significativa entre a eficácia da adaptação e a severidade da doença ($\rho = 0,29$, $p = 0,16$).

Estimou-se, ainda, o grau de associação entre a eficácia adaptativa e o tempo de diagnóstico da doença de Crohn ou da RCU, e, também, entre o grau de alexitimia e o tempo das referidas doenças. Os valores dos coeficientes de Correlação por Postos de Spearman sugerem que não há associação entre o tempo de diagnóstico da doença e a configuração adaptativa ($\rho = 0,09$, $p = 0,65$), tampouco entre o tempo de diagnóstico da doença e o grau de alexitimia ($\rho = -0,07$, $p = 0,28$).

Discussão dos resultados

Em relação à eficácia da adaptação, avaliada por meio da EDAO-R, houve predomínio de adaptação ineficaz severa (36%), seguida da adaptação ineficaz moderada (32%) e ineficaz grave (24%), totalizando 92% da amostra. A adaptação ineficaz grave corresponde a quadros em que tanto o setor Afetivo-Relacional (AR), quanto o da Produtividade (Pr) encontram-se bastante prejudicados, devido ao fato de o indivíduo estar respondendo de maneira não satisfatória às situações de vida nos dois setores, com conflitos internos e/ou externos que caracterizam adaptação pouquíssimo adequada (SIMON, 1997). No caso da adaptação ineficaz severa, o indivíduo apresenta adaptação pouquíssimo adequada em um dos setores e pouco adequada no outro, o que resulta em funcionamento geral também bastante prejudicado, com a presença de sintomas limitadores de natureza neurótica, de “inibições restritivas” e de “rigidez de traços

caracterológicos” (SIMON, 1997, p. 92). Essas mesmas características são encontradas, de forma mais branda, na adaptação ineficaz moderada, que requer intervenção psicoterapêutica para ajudar o indivíduo a encontrar formas mais adequadas de responder às situações de vida. Ou seja, os resultados sugerem que pacientes com doença de Crohn e RCUI tendem a apresentar adaptação ineficaz (SIMON, 1997) nos diferentes setores do funcionamento geral, sendo necessário que se dedique uma atenção especial aos aspectos psicológicos dessa população, concomitantemente com o atendimento médico.

Essas sugestões ganham ainda mais relevância quando se considera que a maioria dos participantes (92%) também apresentou altos níveis de alexitimia. Conforme se relatou, cerca de 60% obtiveram escores acima do ponto de corte da TAS (≥ 74) e 32%, que tiveram escores entre 63 e 73, apresentaram características alexitímicas durante as entrevistas clínicas. Quanto aos pacientes considerados não alexitímicos (um homem e uma mulher) (escores < 63), os quais obtiveram escores menores que 63, vale destacar que foram os únicos a assumir que não tinham vida afetiva, alegando que não julgavam isso como algo primordial para suas vidas. Em relação ao setor da produtividade, ambos eram bem-sucedidos em suas profissões, apesar de não terem certeza de que era aquilo que queriam fazer. Ou seja, apesar dos escores reduzidos da TAS sugerirem que não tinham dificuldade de reconhecer e verbalizar suas emoções, eles apresentavam dificuldades adaptativas que prejudicavam ou impediam relacionamentos amorosos satisfatórios e também a obtenção de prazer no desempenho da profissão.

Uma possível explicação para essa aparente contradição pode estar relacionada ao nível educacional desses participantes. Eles eram os únicos com nível superior da amostra, e, portanto, os que teriam, pelo menos teoricamente, maior domínio do idioma. Como referido na introdução, há indicações, na literatura, de que variáveis como suporte social (FUKUNISHI et al., 1997), contexto cultural e nível educacional (TAYLOR; BAGBY, 2004) podem afetar o nível de alexitimia. Em indivíduos com pouca escolaridade, a pobreza de vocabulário e o conhecimento precário da língua podem funcionar como um viés em medidas de alexitimia, baseadas apenas em instrumentos de auto-relato. Nesses casos, é aconselhável que avaliações complementares, por exemplo, por meio de entrevistas clínicas, sejam realizadas para dirimir dúvidas quanto ao acesso do indivíduo às suas emoções.

Nas doenças crônicas com etiologia variada, entre as quais se encontram as doenças gastrointestinais, um cuidado adicional precisa ser tomado ao se avaliar a alexitimia. Trata-se da necessidade de distinguir o que é sintoma da doença propriamente dita do que pode ser uma expressão somática do afeto, considerada uma das características da pessoa alexitímica (SIFNEOS, 1972; TAYLOR; BAGBY, 2004). Para tanto, a realização da entrevista clínica pode ser decisiva, dado que o gestual, a entonação de voz e a eventual pobreza de vocabulário podem ser mais bem avaliados.

Outro dado da pesquisa, o qual corrobora a necessidade da realização de entrevistas psicológicas com pacientes com doença de Crohn e com RCUI, reside nos baixos índices de correlação obtidos entre a TAS e a EDAO-R. De acordo com os resultados, não se pode esperar que os mais alexitímicos também sejam os que apresentam maiores dificuldades do ponto de vista da eficácia adaptativa. É, portanto, aconselhável que se obtenham, em cada caso, essas duas medidas.

A falta de associação entre alexitimia e eficácia adaptativa refletiu-se, também, na relação delas com a severidade da doença de Crohn e da RCU. Enquanto não se encontrou associação significativa entre a severidade das doenças e a eficácia adaptativa ($p = 0,16$), a associação foi negativa e significativa com as medidas de alexitimia ($p = 0,03$).

Procurando compreender a falta de correlação entre a eficácia adaptativa e a severidade da doença ($p = 0,16$), aventou-se a possibilidade de que as respostas adaptativas seriam muito mais determinadas por fatores de personalidade, desenvolvidos ao longo do crescimento, do que, propriamente, pelo montante de sofrimento e desconforto imposto pelos sintomas da doença de Crohn ou da RCU. A idéia é a de que a configuração da adaptação, anterior à doença gastrointestinal, exerceria uma forte influência na qualidade das respostas adaptativas por ocasião do diagnóstico ou do início dos sintomas, permanecendo, desde então, como um padrão recorrente de respostas.

Essa hipótese parece, também, contemplar o fato de que não se observou relação entre a configuração adaptativa e o tempo de diagnóstico ($p = 0,65$). Efetivamente, de acordo com os dados, o padrão adaptativo mantinha-se relativamente inalterado, independentemente do fato de os sintomas estarem estabilizados pela medicação e/ou pelo acompanhamento médico. Esses dados são especialmente significativos quando se considera que a amostra tinha três modas em relação ao tempo de diagnóstico (1,4 e 10 anos), e que, na amostra como um todo, ele variou entre 1 mês e 15 anos.

Quanto ao nível de alexitimia, obteve-se associação negativa significativa entre ele e a severidade da doença ($p = 0,03$), mas não com o tempo decorrido desde o diagnóstico ($p = 0,28$). Em relação à severidade dos sintomas, os dados vêm corroborar a expectativa teórica de que a alexitimia pode funcionar como uma proteção contra vivências de angústia e de dor psicológica, mobilizadas pela doença crônica (CAMPBELL, 1996; CARNEIRO; YOSHIDA, 2007; SIFNEOS, 1991; YOSHIDA, 2007). Nesse sentido, é compreensível que haja uma associação negativa entre a severidade dos sintomas da doença e o nível de alexitimia. Também é possível compreender a falta de relação entre o tempo decorrido do diagnóstico e o nível de alexitimia, dado que o fato de a doença ser mais ou menos antiga não está necessariamente relacionado com a severidade da sintomatologia, e, portanto, com o estresse e a dor psicológica que estes podem ensejar.

Conclusão

Resumindo, pode-se dizer o seguinte em relação aos pacientes com doença de Crohn e com RCU: 1. estes pacientes tendem a apresentar comprometimento da qualidade adaptativa e do nível de alexitimia sem que haja necessariamente uma associação entre ambos; 2. a qualidade da adaptação não apresenta associação com a severidade da sintomatologia nem com o tempo da doença, parecendo ser um padrão característico de funcionamento; 3. a alexitimia parece ser um fator protetor das emoções dolorosas, mantendo relação negativa com a severidade dos sintomas gastrointestinais, mas não com o tempo da doença; 4. a realização de entrevistas clínicas, além de permitir a avaliação da eficácia adaptativa, pode ajudar na confirmação de avaliações da alexitimia, quando os resultados de um instrumento de auto-relato, como, por exemplo, a TAS, não

são conclusivos e, especialmente, quando se trata de pessoas com baixo nível de escolaridade e/ou que apresentam características socioculturais que possam ser inadequadamente consideradas como alexitímicas.

Por fim, cabe assinalar a necessidade de novas pesquisas em que haja um controle mais adequado de algumas variáveis, tais como faixa etária dos participantes e tempo decorrente desde o diagnóstico. Na presente pesquisa, o número reduzido de participantes, comparado às dispersões dessas variáveis, pode ter refletido no valor dos coeficientes de correlação, que, como se sabe, são muito influenciados pela composição da amostra. Além disso, sugerem-se pesquisas de acompanhamento em que possíveis influências da medicação e do atendimento médico sobre os aspectos psicológicos sejam investigadas. Intervenções de natureza psicológica, tais como psicoterapias ou aconselhamento psicológico, poderiam, ainda, ser avaliadas, já que são formas de ajudar na mudança da qualidade das respostas adaptativas e da expressão de emoções.

Referências

CAMPBELL, R. J. **Psychiatric Dictionary**. 7th ed. New York: Oxford University Press, 1996.

CARNEIRO, B. V.; YOSHIDA, E. M. P. **Desenvolvimentos sobre o conceito de alexitimia**. Manuscrito submetido para publicação, 2007.

DROSSMAN, M. D.; DOUGLAS, A. Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. **Psychosomatic – Medicine**, Chicago, v. 60, n. 3, p. 258-67, 1998.

FUKUNISHI, I. et al. Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofiberscopy. **Psychosomatics**, Arlington, v. 38, n. 1, p. 20-26, 1997.

KNUTSON, D.; GREENBERG, G.; CRONAU, H. Management of Crohn's Disease – a practical approach. **American Family Physician**, Leawood, v. 68, n. 4, p. 707-714, 2003.

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

MEDINA, A. **Sinopse Médica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MILARÉ, S. A.; YOSHIDA, E. M. P. Coaching de executivos: adaptação e estágios de mudança. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 86-99, 2007.

PEDINIELLI, J. L.; ROUAN, G. Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique. **Encyclopédie Médico-Chirurgicale**, n. 20, p. 370-400, 1998.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. Tradução A. Alves de Faria. São Paulo: McGraw-Hill, 1981. Original publicado em 1956.

SIFNEOS, P. E. **Short-term psychotherapy and emotional crisis**. Cambridge: Harvard University Press, 1972.

_____. Affect, emotional conflict, and deficit: an overview. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Bologna, n. 56, p. 116-122, 1991.

- SIMON, R. **Psicologia clínica preventiva**. São Paulo: Novos Fundamentos, EPU, 1989.
- _____. Proposta de redefinição da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada). **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. XLVII, n. 107, p. 85-94, 1997.
- SOUZA, M. H. L. P. et al. Evolução da ocorrência (1980-1999) da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa idiopática e análise das suas características clínicas em um hospital universitário do Sudeste do Brasil. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 98-105, 2002.
- TAYLOR, G. J.; BAGBY, R. M. New trends in alexithymia research. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Bologna, n. 73, p. 68-77, 2004.
- TAYLOR, G. J.; RYAN, D. P.; BAGBY, R. M. Toward the development of a new self-report alexitimia scale. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Bologna, n. 44, p. 181-185, 1985.
- VERONESI, J. Inflammatory bowel disease. **Registered Nurse**, v. 66, n. 5, p. 38-45, 2003.
- YOSHIDA, E. M. P. EDAO-R: precisão e validade. **Mudanças**, São Bernardo do Campo, v. 7, n. 11, p. 189-213, 1999.
- _____. Toronto Alexithymia Scale: precisão e validade da versão em português. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 59-74, 2000.
- _____. Validade da versão em português da Toronto Alexithymia Scale-TAS em amostra clínica. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 389-396, 2007.

Contato

Lilian Pereira de Medeiros Guimarães
Av. John Boyd Dunlop, s/nº – Campinas – SP
CEP 13060-904
e-mail: lilianpm@uol.com.br

Tramitação

Recebido em abril de 2008
Aceito em junho de 2008