

O RELAXAMENTO CENTRADO NO CLIENTE NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DO CÓLON IRRITÁVEL (RESULTADOS 40 MESES APÓS O TRATAMENTO)



Michel Voirol



João Hipólito

Resumo: O tratamento da síndrome do cólon irritável é bastante desanimador.

As perturbações das funções digestivas (PFD) representam cerca de 30% das consultas médicas, dependendo da população abrangida (França, Reino Unido, Suíça, EUA). Os autores interessaram-se pelo tratamento das PFD através do relaxamento. Fizeram a avaliação dos efeitos a curto e a longo prazo considerando a necessidade de consultas médicas, de tratamento médico e o número de crises dolorosas. Escolheram-se os perfis do Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) de modo a dispor-se de informação objectiva acerca das alterações.

Um grupo de controlo designado por "C" recebeu o tratamento tradicional e o grupo "R" foi tratado, durante cerca de seis meses, com o relaxamento psicoterapêutico na perspectiva do modelo centrado na pessoa.

No período de pré-tratamento, registaram-se 53 consultas médicas para o grupo "C" e 74 para o grupo "R". Após o tratamento convencional, o número de consultas médicas do grupo "C" foi de 41 e as do grupo "R" desceu para 6. Antes do tratamento, os dois grupos sofriam de crises dolorosas duas vezes por mês. Estas crises desapareceram com o tratamento no grupo "R", enquanto que as crises dolorosas no grupo "C" se mantiveram. A modificação dos perfis de MMPI aplicado no grupo "R" é apresentada e discutida no presente trabalho.

Relativamente ao grupo "R" constatou-se que os benefícios eram significativos no final da terapia - estabilizaram e tinham melhorado passados 40 meses.

Palavras-chave: Síndrome do Cólon Irritável – Relaxamento – Terapia Centrada no Cliente – MMPI

Abstract: Treatment of irritable intestines is rather disappointing.

The functional digestive troubles (FDT) represent about 30% of consultations, depending on the population (France, U.K. Switzerland, USA). The authors were interested in treating FDT by relaxation. They evaluated the immediate and long term effects on consultations need, on medical treatment, on the number of pain attacks. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) profiles were chosen in order to have an objective information about the changes.

A control group "C" received traditional treatment and the group "R" was treated by a person-centered relaxation psychotherapy for approximately six months.

In the pretreatment period, consultations of group "C" were 53 and 74 for group "R". After the traditional treatment, consultations of group "C" were 41 and those of group "R" dropped to 6. Both groups had pain attacks twice a month. They disappeared with treatment for group "R", while the number of pain attacks in group "C" remained unchanged. The modifications of MMPI profiles are emphasized.

The benefits are significant at the end of the treatment. They remain valuable and increased 40 months later.

Keywords: The Irritable Intestines – Relaxation – client centered psychotherapy – MMPI

Introdução

A Síndrome do Cólon Irritável ¹, melhor dizendo, “as perturbações das funções digestivas” (PFD), (nomeadamente, o esófago, o estômago e o anus podem ser atingidos) representam os principais problemas digestivos nas consultas dos médicos de família e dos gastroenterologistas.

Metman notou que 40% das consultas médicas na região de Tours (França) estão relacionadas com PFD; segundo este autor, 10% da população considerada *normal*, sofre de PFD. De acordo com Harvey, um terço dos doentes ambulatoriais têm queixas de PFD².

Apesar de ser grande a quantidade de pessoas que sofrem de PFD e considerando o consenso tradicional sobre a natureza psicossomática desta afecção, poderíamos de maneira intuitiva pensar que a melhor abordagem terapêutica seria psicológica. Aliás vários autores estudaram este assunto. Assim Berner tinha já demonstrado o impacto do treino autogénico na musculatura do esófago⁴, e muitos outros, tais como Harrel⁵, Mitchell⁶, Ford⁷, Bergeron⁸, Moser⁹ e Neff¹⁰, tinham proposto várias abordagens de tratamento por relaxamento, segundo uma grelha de terapia complexa para esta patologia. Alguns autores, como Jansson¹¹, tinham sugerido o tratamento por relaxamento como um tratamento fundamental.

Contudo, muito poucas propostas psicoterapêuticas foram avaliadas de modo científico até hoje (1987). Nesse sentido, pareceu-nos interessante testar a eficácia, avaliando os efeitos de um tratamento psicoterapêutico num grupo de relaxamento, um tratamento que parecia estar particularmente bem adaptado a doentes sofrendo de PFD.

Procedimento em Relação à Selecção da Amostra

Em 1981, um dos autores do presente estudo (Voirol, M.) seleccionou num grande número (à volta de uma centena) de doentes do foro da gastroenterologia, um grupo sofrendo de *crises dolorosas graves* e com PFD. Examinou-se cuidadosamente estes doentes de modo a excluir qualquer patologia orgânica diagnosticada, quer por avaliação endoscópica, quer por testes biológicos ou ultrasónicos.

Descrição da amostra

Os 20 pacientes (12 homens e 8 mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 60 anos) sofriam principalmente de perturbações do tubo digestivo, e, em especial, do cólon. Para cada um deles, foi aplicado um questionário relativamente à sua alimentação, elaborada uma anamnese detalhada e exames complementares de diagnóstico que incluíram esofago-gastro-duodenoscopia, testes de absorção, testes hepato-pancreáticos, colonoscopia ou clísteres opacos de duplo contraste para excluir qualquer patologia orgânica que deveria ser tratada de acordo com o “estado da arte”.

Procedimento Relativo ao Processo Terapêutico

O primeiro grupo foi tratado com a medicação tradicional (espasmolíticos e ansiolíticos ligeiros). Este foi o grupo de controlo designado por “C” composto por 6 mulheres e 4 homens.

O outro grupo, designado por “R”, acedeu a constituir um grupo de relaxamento psicoterapêutico. Esta intervenção processou-se segundo um método original, desenvolvido por um dos autores (Hipólito, J.), baseado nos pressupostos da abordagem centrada na pessoa e numa perspectiva sócio-antropológica que toma em consideração o que o paciente sente na sua vida, a sua atitude existencial e o seu contexto sócio-cultural e familiar. O grupo “R” era composto por 10 doentes (6 homens e 4 mulheres). Infelizmente neste grupo um dos dez doentes, para quem a indicação deste tratamento fora crítica desde o início devido à grave patologia psiquiátrica associada, teve de deixar o grupo após algumas sessões. Dos restantes 9 doentes, apenas a um não foi possível responder ao teste no período de follow-up, 40 meses depois de terminado o tratamento.

O tratamento deste grupo durou sensivelmente seis meses com uma sessão de duas horas por semana. O grupo era facilitado por uma equipa constituída por dois terapeutas (um homem – psicoterapeuta e psiquiatra - e uma mulher – psicoterapeuta e psicóloga), e dois observadores (um homem - gastroenterologista - e uma mulher – psicóloga).

Não vamos descrever aqui, em detalhe, a técnica de relaxamento que utilizámos a qual pede a cada indivíduo concentração sobre o seu próprio corpo. A sua descrição e conceptualização foram apresentadas pelos autores em artigos anteriormente publicados.^{14, 15} Os terapeutas tiveram um treino específico para re-

alizer este tipo de terapêutica. Um dos objectivos após o tratamento, o que acontece comumente, é o de que os doentes se sintam aptos a utilizarem esta técnica por si próprios quando necessário. Segundo esta abordagem, os terapeutas propõem ao cliente (indivíduo ou grupo) uma “viagem dentro de si próprios” para descobrir de novo a morfologia dos seus corpos e o seu funcionamento, em relação consigo mesmo e com os outros, nas implicações relacionais do corpo. O terapeuta fala de si próprio propondo um itinerário, utilizando o pronome “Eu” - um **Eu** autêntico e não manipulador - descrevendo a “viagem” proposta, ao seu cliente/companheiro. O cliente e o grupo, face a estas propostas, fazem o que lhes está adequado numa experiência de liberdade. As intervenções e, especialmente, a elaboração da experiência no grupo e do grupo são feitas de acordo com a abordagem centrada no cliente, numa atmosfera de empatia, de aceitação incondicional positiva do grupo e de cada cliente, mesmo na aceitação da sintomatologia do cliente, numa procura permanente da congruência possível por parte dos terapeutas.

O corpo é “descoberto” à medida que vai sendo descrito pelos terapeutas, segmento por segmento, da periferia para o centro, do conteúdo para o conteúdo, numa progressão que irá refazer a progressiva estruturação do esquema corporal da criança. O quadro terapêutico é explicado durante a primeira sessão e não são dadas instruções particulares quanto à posição do corpo ou instruções de verbalização, excepto o pedido de discrição, respeito pelo segredo médico, a presença regular nas sessões do grupo e a explicação para as ausências ou para as saídas mais cedo.

Neste quadro terapêutico, numa determinada sequência do tratamento, as diversas vísceras abdominais são introduzidas sucessivamente: o estômago, o fígado, o pâncreas, o intestino delgado, o cólon e o segmento recto-anal, os rins, a bexiga, etc.. Os órgãos uro-genitais são apenas abordados de modo sumário tendo em vista o facto de o grupo ser composto por clientes do sexo masculino e do sexo feminino e também os terapeutas serem de ambos os sexos. A introdução de cada órgão é feita após uma breve revisão dos ciclos anteriores, numa atmosfera calorosa e relaxante.

A escolha do tema para a sessão é feita tendo em mente, simultaneamente, o projecto da re-descoberta do seu próprio corpo, assim como a experiência tida nas sessões prévias. Isto é, a partir do acontecido numa

sessão anterior pode ser feita uma reformulação propondo-se a “escuta” de determinada parte do corpo. Durante as sessões, o cliente experimenta um estado de relaxamento e tem a liberdade para se deixar ir pelas suas “fantasias”, deixar correr a imaginação, expressar as suas emoções, a sua experiência de vida, sendo livre de partilhar, ou não, as suas experiências com o resto do grupo. O estado de relaxamento pode ser contactado pelos terapeutas, se necessário, durante a sessão. De facto, é mais uma possibilidade de uma confrontação do cliente com a sua realidade exterior do que um controlo do cliente por parte do terapeuta. Finalmente, a retoma do corpo é conseguida de um modo gradual, em quatro etapas, e é semelhante a um acordar pela manhã depois de uma noite de sono profundo e reparador (mobilização dos membros com alongamento espreguiçado de todo o corpo, respiração profunda, abertura dos olhos e a retoma da posição inicial).

Instrumento

Devido a razões logísticas (este projecto não foi financiado por nenhuma entidade), só os doentes que faziam parte do grupo de relaxamento responderam ao questionário MMPI*. Cada um dos doentes fez-lo três vezes: uma vez antes do tratamento, uma logo após o tratamento e, finalmente, a terceira vez 40 meses depois de finalizado o tratamento. Os resultados foram tratados mais tarde. O teste MMPI foi escolhido por ser facilmente quantificável e por já ter sido utilizado em pesquisas semelhantes¹³.

Resultados e Análise

Os resultados clínicos apontam para a existência de diferenças entre os dois grupos, uma vez que o número de consultas médicas do grupo “R” passou de 76 para 6 após o tratamento, enquanto que no grupo “C” este número apenas sofreu uma ligeira alteração: passou de 53 para 41. O consumo de medicamentos (espasmolíticos e ansiolíticos) foi suspenso de maneira espontânea pelo grupo “R” que apenas tomava mucilagem, enquanto que o Grupo “C” não alterou a sua medicação. O número de crises dolorosas no grupo “R” passou de 2 por mês para zero, mantendo-se estas sem alteração no grupo “C”. A frequência semanal do peristaltismo intestinal não se alterou em ambos os grupos (Quadro I). Os resultados globais são apresentados mais adiante.

* *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*

Quadro I

	Grupo de Controlo "C"		Grupo de Tratamento "R"	
	Antes do tratamento	Depois do tratamento	Antes do tratamento	Depois do tratamento
Número global de consultas	53	41	74	6
Consumo de medicação	Mucilagens; espasmolíticos; ansiolíticos	Mucilagens; espasmolíticos; ansiolíticos	Mucilagens; espasmolíticos; ansiolíticos	Mucilagens
Crise dolorosas mensais	2	2	2	0
Movimentos semanais intestinais	6	5	5	5

Analísámos, nos três conjuntos de resultados obtidos através do MMPI, as 566 questões organizadas, neste instrumento, segundo a versão tradicional - 9 escalas clínicas e 3 escalas de validação - e segundo uma versão actualizada que constava de 40 escalas.** O tratamento dos dados foi computadorizado através de um programa disponível para médicos suíços e validado para as populações da Suíça francófona. Comparámos primeiro nas escalas MMPI mencionadas, as médias para cada item dos resultados das amostras entre o início e o fim do tratamento utilizando o teste *t* como teste de comparação para as médias das amostras equivalentes¹⁷.

O Quadro II apresenta as diferenças estatisticamente significativas das médias ($p \leq 0,05$).

Quadro II

Comparação entre os itens MMPI apresentando diferenças estatisticamente significativas antes e após o tratamento psicoterapêutico (Grupo "R")

<i>Itens das Escalas (MMPI)</i>	<i>Valor de t</i>	<i>Size Effect</i>
K	-0.80*	-0.44
MT	0.91*	0.48
IM	0.74*	0.43
PD1	0.70*	0.43
SOR	0.74*	0.41
AUT	1.20*	0.54
HOS	0.87*	0.46
F-K	0.87*	0.87

* $p \leq 0.05$

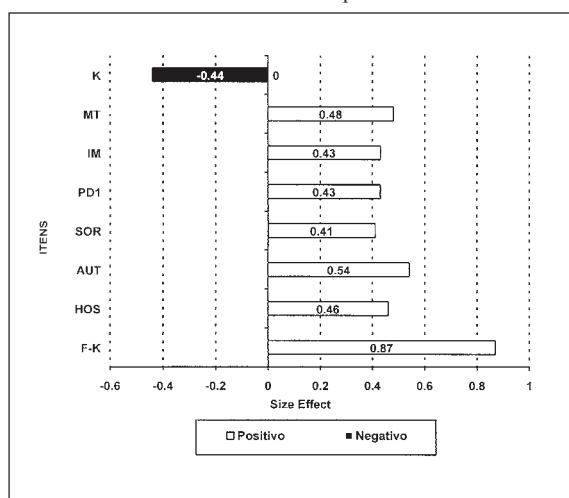
** Enumeração dos itens da escala MMPI:

HS Hyponcodriasis (Hathaway + McKinley 1951)
D Dépression (Hathaway + McKinley 1942)
HY Conversion Hystérique (McKinley + Hathaway 1944)
PD Psychopathy Troubles du comp. (Harris + Ingoes 1955)
MF Masculinity-Femininity (hathaway 1956)
PA Paranoia (Hathaway 1956)
PT Psychasthenia (McKinley + Hathaway 1942)
SC Schizophrenia (Hathaway 1956)
MA Hypomania (McKinley + Hathaway 1944)
SI Social Introversion (Drake 1946)
? Cannot say score (Hathaway + McKinley 1951)
L Mensonge (Hathaway + McKinley 1951)
F Standar validation scale (Hathaway + McKinley 1951)
K Facteur de correction (Hathaway + Meehl 1948)
ES Ego strength (Barron 1953)
MT College Maladjustment (Kleinmütz 1961)
AL Alcoholism (Hampton 1951)
AP Adjustment to prison (Beall + Panton 1956)
IM Impulsivity (Grough 1957)
PD1 Familial discord (haris + Longoes 1955)
SV Sexual deviation (Marsch, Hilliard + Liechti 1955)
A Anxiety (Welsh 1954)
R Repression (Welsh 1954)
LB Lowback Pain, functional (Hanvik 1949)
CA Caudality scale (H.L. Williams 1952)
DY Dependency (Navran 1954)
DO Dominance (Gough, McClosky + Meehl 1951)
RE Social responsibility (Gough, McClosky + Meehl 1952)
PR Prejudice (Gough 1951)

ST Social Status (Gough 1948)
CN Control (Cuadra 1953)
AT Iowa manifest anxiety (Taylor 1953)
SOR Social desirability (Edwards 1957)
UN Underachievement (McQuary + Truax 1955)
AH Alcoholic differentiation (Hoyt + Sedlacek 1958)
HSX Prison Homosexuality (Panton 1960)
NE Nevroticism (Winne 1951)
DE Delinquency (Gough + Peterson 1952)
BS Body symptom
IN Inner maladjustment (Simon 1957)
SV Sexual deviance
AG Aging (Brozek 1955)
TW Tension worry
SOC Social maladjustment (Wiggins 1966)
DEP Depression (Wiggins 1966)
FEM Feminine Interests (Wiggins 1966)
MOR Poor morale (Wiggins 1966)
REL Religion fundamentaism (Wiggins 1966)
AUT Authority conflict (Wiggins 1966)
PSY Psychoticism (Wiggins 1966)
ORG Organic symptoms (Wiggins 1966)
FAM Family Problems (Wiggins 1966)
HOS Manifest Hosility (Wiggins 1966)
PHO Phobias (Wiggins 1966)
HYP Hypomania (Wiggins 1966)
HEA Poor Health (Wiggins 1966)
AI Anxiety index (Welsh 1952)
IR Internalizaion ratio (Welsh 1952)
FT Tolérance à la frustration
F-K Dissimulation index (Gough 1950)

As mudanças nas escalas mencionadas (K, MT, IM, PD1, SOR, AUT, HOS, F-K) pareceram ser significativas no final do tratamento. Calculámos a sua “dimensão do efeito”, uma medida que expressa a amplitude do efeito do tratamento, transformada por um valor de *D* e calculada pela fórmula $D = 2 \times (T2/g2.1)^{18}$. Considerámos positiva a “size effect”, que traduz um efeito tendente à diminuição do valor do item considerado, e como negativo uma “size effect” traduzindo um efeito tendente ao aumento do valor do item considerado (Quadro III).

Quadro III
Size Effect no Grupo “R”



Apenas a escala K mostra um aumento de seu valor ($k=0.44$), enquanto que as outras mostram uma diminuição do valor com particular amplitude para FK (0.87).

A diminuição do valor do índice F-K (FK) mostra um movimento em direcção a uma maior autenticidade, a diminuição do valor da escala AUT mostra uma diminuição da tendência a fechar-se sobre si próprio, a diminuição do MT mostra uma melhoria da adaptação, e o valor de HOS uma diminuição da hostilidade. A diminuição de K parece indicar uma boa resposta terapêutica, a de IM um melhor controlo da impulsividade, a de PD1 uma diminuição dos conflitos ligados a problemas de ordem familiar e, finalmente, a de SOR pode ser interpretado como uma melhor adequação de ordem social.

Fizemos a mesma análise estatística comparando os resultados no final do tratamento com os que encontramos quarenta meses depois do tratamento (Quadro IV) e os resultados antes do tratamento com os de follow-up após quarenta meses (Quadro V).

Quadro IV

Comparação dos item MMPI que apresentam diferenças estatisticamente significativas no final do tratamtoe no follow-up de quarenta meses

Item	Valor de t	Size Effect
F	0.73*	0.42
HS	0.77*	0.43
D	0.80*	0.44
PD	0.81*	0.45
PT	0.96*	0.48
SC	1.32*	0.57
MA	0.71*	0.42
ES	-1.11*	-0.52
SV	1.30*	0.57
A	1.02*	0.50
CA	0.93*	0.48
DY	0.70*	0.41
DO	-0.97*	-0.49
RE	-0.97*	-0.49
PR	1.24*	0.55
ST	-1.86**	-0.68
AH	-1.68*	-0.64
HSX	-1.15*	-0.53
DEP	1.11*	0.52
MOR	1.20*	0.54
AUT	1.19*	0.54
PSY	1.13*	0.53
ORG	0.83*	0.45
HOS	1.15*	0.53
HYP	0.90*	0.47

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

Quadro V

Comparação dos item MMPI que apresentam diferenças estatisticamente significativas antes do tratamento e no follow-up de quarenta meses

Item	Valor t	Size Effect
F	1.37*	0.58
K	-1.06*	-0.51
HS	0.94*	0.48
D	1.11*	0.52
PT	0.84*	0.45
MA	1.43*	0.59
ES	-1.02*	-0.50
MT	1.44*	0.60
AL	0.79*	0.44
IM	1.08+	0.52
SV	1.49*	0.61
A	1.19*	0.54
R	-1.16*	-0.53
CA	2.08**	0.72
DY	0.79*	0.44
DO	-1.21*	-0.55
RE	-1.54*	-0.62
PR	1.17*	0.54
ST	-1.91**	-0.69
AT	1.24*	0.55
SOR	-1.39*	-0.59
AH	-1.44*	-0.60
HSX	1.35*	0.58
DEP	1.28*	0.56
MOR	0.98*	0.49
REL	-2.43**	-0.77
AUT	2.62**	0.80
PSY	1.79**	0.66
ORG	0.80*	0.44
HOS	2.27**	0.75
HYP	1.57	0.62
HEA	0.97*	0.49
AI	0.88*	0.46
IR	0.89*	0.47
F-K	1.59**	0.63

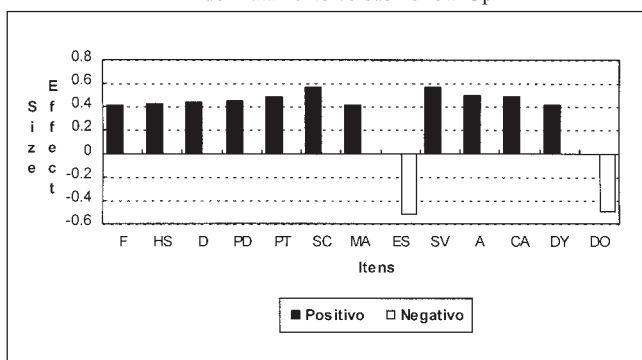
* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

Só são indicados, em cada quadro, os itens com médias de diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.05$ e $p \leq 0.01$).

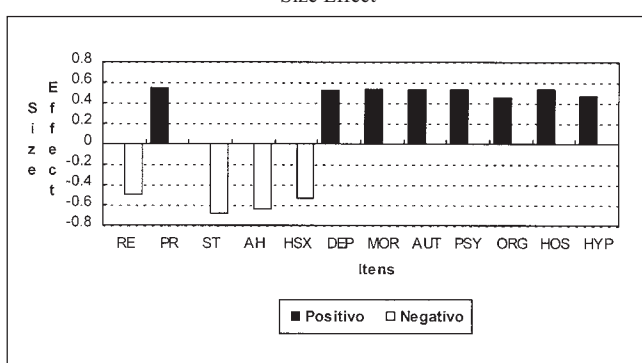
Se compararmos os resultados no final do tratamento com os valores do follow-up após quarenta meses (Quadros VI-A e VI-B), verificamos que 25 escalas mostram alterações estatisticamente significativas. Destas, 6 (ST, AH, HSX, ES, DO e RE) mostram um aumento do valor depois de finalizado o tratamento psicoterapêutico e outras 19, incluindo 6 das 9 escalas clínicas tradicionais, mostram uma diminuição (SC, SV, PR, MOR, AUT, PSY, HOS, DEP, A, PT, CA, HYP, ORG, PD, D, HS, F, MA, DY).

Quadro VI-A
Size Effect

Fim do Tratamento versus Follow-Up



Quadro VI-B
Size Effect



O aumento do valor de ST é considerado normalmente como ligado a uma melhoria da imagem social de ordem económica, status económico-social e funcionamento intelectual. O aumento do valor de AH sugere a utilização de incorporação como forma de

combater a ansiedade. Parecia-nos interessante poder vir a explorar se tal facto significa uma alteração de atitude na nutrição uma vez que melhora a sintomatologia digestiva. O aumento do valor de HSX mostra um aumento na tendência para a homossexualidade e o de ES um aumento da força do ego. A mudança na escala DO mostra um aumento da tendência de liderança e a de RE um aumento do sentido responsabilidade social.

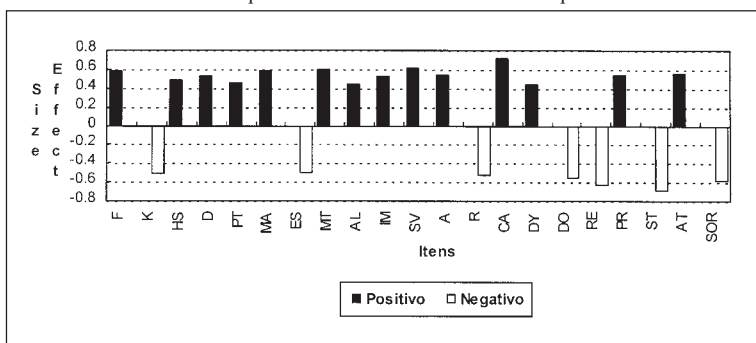
A diminuição dos valores de SC pode ser interpretada como uma diminuição dos elementos “estranhos” e de tipo dito “esquizofrénico”. A escala SV mostra uma diminuição das dificuldades do funcionamento sexual; a de PR uma diminuição dos preconceitos; a de MOR indica um aumento da flexibilidade em uma moralidade rígida; as de AUT e de HOS dão as indicações já acima mencionadas. A diminuição dos valores da escala PSY sugere uma diminuição dos aspectos ditos “psicóticos” do funcionamento; a de DEP uma diminuição nas tendências de depressão e a diminuição dos valores da escala A é tradicionalmente considerada como indicando uma alteração terapêutica positiva associada à diminuição dos problemas de ansiedade e emocionais. A diminuição dos valores da escala PT (“psicastenia”) parece indicar uma diminuição dos aspectos de rigidez obsessiva. A escala CA, chamada a escala da “caudalidade”, dá indicações de mau funcionamento cortical cuja evolução mesmo tratada pode dar origem a uma possível disfunção cerebral (neuro-hormonal?). Será FDT uma disfunção, na qual o tratamento pode ser corrigido pela diferença na maneira de estar? A evolução dos valores de HYP assinala a diminuição dos elementos hipocondríacos, a de ORG indica uma diminuição dos aspectos de organicidade e a de PD indica uma diminuição do “agir” como mecanismo para combater a ansiedade. A diminuição do valor da escala D indica uma redução dos aspectos depressivos, a de HS dá indicações da diminuição da “tendência à somatização” e é considerada como discriminativa da melhoria pelo tratamento. A diminuição dos valores da escala F indica uma boa compreensão das instruções traduzindo uma evolução favorável do tratamento, a de MA mostra uma diminuição dos elementos maníacos e a de DY indica uma diminuição da tendência para a dependência.

Se compararmos as alterações nos valores entre o início do tratamento e os valores do follow-up, 40 meses depois de finalizado o tratamento (Qua-

dros VII-A e VII-B), de 35 valores, indicando diferenças estatisticamente significativas, 9 apresentam variação para valores mais elevados e 26 apresentam variação para valores mais baixos. Deste modo as diminuições de REL, o valor do sentimento religioso, ST, RE, AH, SOR, DO, variáveis já indicadas, e a escala R (o valor com uma correlação ortogonal com a escala A, demonstrando uma certa fiabilidade do teste) indicam uma maior sociabilidade e não-conformidade assim como uma diminuição na tendência à repressão. Os valores de K e de ES (de que já falámos) mostram aumentos estatisticamente significativos. Pelo contrário, observam-se diminuições significativas nas escalas F, HS, D, PT, MA, MT, AT, MOR e PSY. A escala AL que está relacionado com a tendências para o abuso do consumo de álcool evolui no nosso estudo em sentido oposto de AH, ou seja, de modo inverso à sua correlação habitualmente encontrado noutras populações. O significado das diminuições das escalas IM, SV, A, CA, DY, PR já foram explicados. A escala AT expressa uma ansiedade manifesta HSX, DEP, AUT, ORG, HOS, HYP já foram mais acima comentadas e a diminuição do valor da escala HEA parece indicar uma diminuição do sentimento de mal-estar tal como a do índice AI (o índice da ansiedade de Welch) parece indicar uma diminuição da ansiedade. A evolução de IR mostra um movimento da interiorização para a exteriorização com uma boa relação entre uma diminuição deste índice e os efeitos positivos da terapia. E, finalmente encontramos uma diminuição dos valores do índice FK cuja significação já referimos.

Quadro VII-A
Size Effect

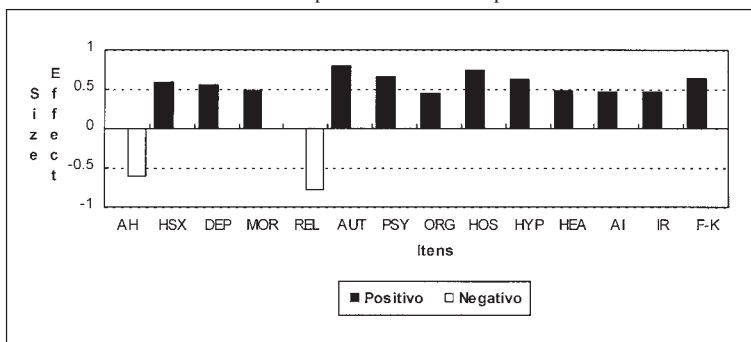
Princípio do Tratamento *versus* Follow-Up



Quadro VII-B

Size Effect

Princípio *versus* Follow-Up

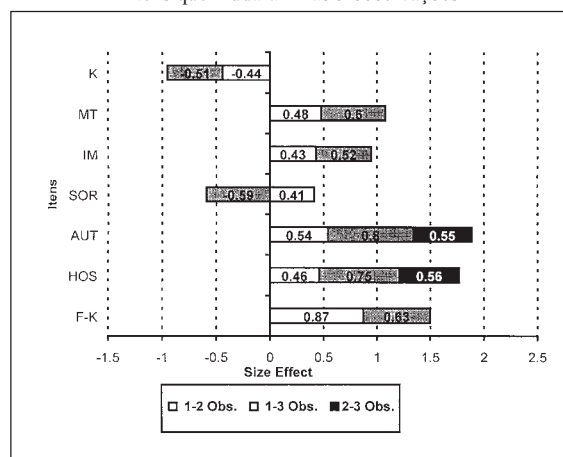


Comparámos, ainda, a “Quantificação do efeito” de variáveis comuns em três observações (Quadro VIII). Os itens K, MT, IM, PD1, AUT e

Quadro VIII

Size Effect

Itens que mudaram nas 3 observações



HOS mostram uma acentuação nas mudanças que vão na mesma direcção das alterações do período de follow-up. FK mostra uma diminuição na taxa de mudança e observa-se uma inversão de SOR entre o final do tratamento e o valor do follow-up. Tal facto é indicativo que, se no final do tratamento os doentes tinham mais dificuldades de adaptação social, mostraram depois um desenvolvimento pessoal tendente a uma melhor adaptação social¹⁹.

Discussão

Autores como Rashkis e Sasken (citados por Gallagher)²⁰ encontraram alterações significativas nos valores das escalas D, HY e HS: um PT diminuído e um MA aumentado como resultados positivos da psicoterapia. Assim, se os nossos resultados em HY não mostram variações estatisticamente significativas podemos inferir que o processo de desenvolvimento do tratamento vai na mesma direção do estudo referido. O valor de MA da nossa amostra apresenta, no entanto, diminuições estatisticamente significativas. Gallagher²¹ mostrou na sua pesquisa sobre as alterações nas escalas de MMPI resultantes de uma terapia centrada no cliente, que os valores de F, K, HS, D, PT e SI apresentam alterações estatisticamente significativas, assim como o índice de MT. Na sua investigação todos os valores excepto MA mostram uma tendência para a diminuição das escalas após o final do tratamento. Na nossa amostra, o item SI tem valores dentro do normal (40-60) desde o início e não se verificou alteração significativa após o tratamento. Os nossos resultados são congruentes com os de outras pesquisas efectuadas no quadro terapêutico centrado no cliente. Isto, leva-nos a inferir que doentes com FDT considerados tradicionalmente como alexitímicos²² e como senso “maus candidatos” para a psicoterapia psicodinâmica²³, podem ser “bons candidatos” para esta forma particular de abordagem psicoterapêutica.

Apesar de autores como Welgan²⁴ ou Rose²⁵ terem registado valores mais elevados nos índices HS, HY e D entre o grupo de doentes com patologia FDT e o grupo de controlo do estudo que efectuaram, nós encontrámos no Grupo “R” o mesmo, com os valores de HS e HY, estando D desde o início nos limites superiores dos valores normais.

Também verificámos com o nosso tratamento uma diminuição no coeficiente de variação dos itens, que se acentuou no follow-up. Possivelmente será um sinal de tendência para a homogeneidade do grupo e de uma dinâmica específica do grupo.

Conclusões

No estado actual dos conhecimentos em gastroenterologia a nossa posição terapêutica para o PFD não é nem farmacológica nem dietética. Baseia-se numa modificação do “modo de estar presente no

modo”, por uma experiência de relaxamento psicoterapêutico baseado na abordagem centrada na pessoa. Outras técnicas²⁶, tais como o “biofeedback”, por exemplo, parecem ser vias potencialmente interessantes enquanto esperamos uma melhor compreensão da fisiopatologia de PFD.

Em resumo, nós propomos (para pessoas sofrendo de perturbações funcionais do aparelho digestivo (PFD) um relaxamento centrado na pessoa com uma vertente sócio-antropológica, sendo que consideramos fundamental a atenção particular que o terapeuta dá à forma como a pessoa vivencia esta parte do seu corpo (os intestinos). Estes doentes respondem muito pouco às consultas médicas acompanhadas por medicações normalmente “ad hoc” (espasmolíticos, ansiolíticos, etc.)^{27, 28}. Os médicos devem estar particularmente informados para o facto das PFD estarem frequentemente ligadas a problemas existenciais e, como é evidente, não excluírem outras técnicas de intervenção terapêutica e psicoterapêutica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alpers, D.H. (1981) “Irritable bowel - still more questions than answers” (Editorial, *Gastroenterology*, 80, 1068)
- 2) Harvey, R.F. & Salih, S.Y. (1983) “Organic and functional disorders in 2.000 gastroenterology patients” - *Lancet*, 1, 632-634
- 3) Svedlund, J. & al. (1983) “Psychotherapy in irritable bowel syndrome” - *Acta Psychiatrica Scand.*, 67, 7-86
- 4) Berner, P. & al. (1974) “Influence of autogenous relaxation on oesophageal motility” - *Zeitschrift fur psychosomatische medizin und psychoanalyse*, 20, (4), 384-390
- 5) Herrel, T.H. & Beiman, I. (1978) “Cognitive-behavioral treatment of the irritable colon syndrome” - *Cognitive Therapy Research*, 2, (4), 371-375
- 6) Mitchell, K.R. (1978) “Self-management of spastic colitis” - *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry*, 9 (3), 269-272
- 7) Ford, M.R. & al. (1983) “Quiting response training: Long-term evaluation of a clinical biofeedback practice” - *Biofeedback & Self Regulation*, 8, (2), 265-278
- 8) Bergeron, C.M. (1984) “A comparison of cognitive stress management, progressive muscle relaxation and biofeedback in the treatment of irritable bowel syndrome” - *Dissertation Abstracts International*, 44 (10-B), 3186
- 9) Moser, R.S. (1986) “Irritable bowel syndrome: a misunderstood psychophysiological affliction” - *J. of Counseling & Development*, 65, (2), 108-109
- 10) Neff, D.F. (1986) “The psychological treatment of irritable bowel syndrome: comparison of a multi-component treatment strategy to a waiting list control group” - *Dissertation Abstracts International*, 46 (12-B, Pt 1), 4410
- 11) Jansson L. (1979) “Behavioral treatment of irritable colon” - *Scandinavian J. of Behavior Therapy*, 8, (4), 199-204
- 12) Thompson W.G. (1979) “Irritable Gut” - *Baltimore Univ. Park Press*
- 13) Nielsen, G. (1982) “Change in patients receiving psychotherapy of short duration: Presentation of an evaluation study” - *Tidsskrift for Norsk-Psykologforening*, (7), 359-364
- 14) Hipolito, J. & al. (1987) “Relaxation: an anthropoanalytical and person-centered approach” - *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 33, (2), 65-69.
- 15) Hipolito, J. & al. (1983) “La relaxation, une approche anthropoanalytique” - *Psiquiatria Clinica*, 4, (4), 195-207
- 16) Voiron, M. & Hipolito, J. (1987) “Relaxation anthropoanalytique dans le syndrome de l'intestin irritable: résultat à 40 mois” - *Schweiz med. Wsch*, 117, 1117-1119
- 17) Kerlinger, F.N. (1973) “Foundations of Behaviour Research”, *New York; Holt, Rinehart and Winston*

- 18) Wolf, F.M. (1988) "Meta-analysis. Quantitative Methods for Research Synthesis - Beverly Hills, Sage University Press
- 19) Schofield, W. (1950) "Changes in responses of the MMPI following certain therapies" - *Psychological Monograph*, 61, 5
- 20) Rashkis & Saska (1960) In *Welsh, G.S. & Dahström, W.G.* "Basic readings on the MMPI in psychology and medicine" - Minneapolis, University of Minnesota Press (p. 510)
- 21) Gallager (1960) In *Welsh, G.S. & Dahström, W.G.* "Basic readings on the MMPI in psychology and medicine" - Minneapolis, University of Minnesota Press (p. 510)
- 22) Fava, G.A. e Pavan, L. (1976-77) "Large bowel disorders: Psychopathology and Alexithimia" - *Psychotherapy and Psychosomatics*, 27 (2), 100-105
- 23) Taylor, G.J. (1984) "Alexithimia: concept, measurement and implications for treatment" - *Amer. J. of Psychiatry*, 141 (6), 725-732
- 24) Welgan, P. & al. (1985) "The effect of stress on colon motor and electrical activity in irritable bowel syndrome" - *Psychosom. Med.*, 47, (2), 139-149
- 25) Rose, J.D.R. (1986) "Depression and functional bowel disorders..." - *Gut*, 1025-1028
- 26) Silver, B.V. & Blanchard, E.B. (1978) "Biofeedback and relaxation training in the treatment of psychophysiological disorders" - *J. of Behavioural Medicine*, 1, 217-239
- 27) Klein, K.B. (1988) "Controlled treatment trials in the irritable bowel syndrome: a critic" - *Gastroenterology*, 95, 232-241
- 28) Goldsmith, G. & Patterson (1985) "M. Irritable bowel syndrome: treatment update" - *Am.Fam. Phys.*, 31, 191-195