

A PSICOLOGIA E A SAÚDE SOMÁTICA  
(Maria Angela M. Gorayeb, Psicóloga, CRP06/34.669-7)  
<http://cmtsite.wix.com/cmt#!boletim>

Saúde e doença têm sido de óbvio interesse da humanidade ao longo da história, sendo que tais conceitos foram, por muito tempo, marcados pela superstição e magia, atribuindo-se as enfermidades aos caprichos dos deuses. Considerado o pai da medicina, o grego Hipócrates (460 a.C.), explicava os estados de enfermidade e saúde através da teoria dos “quatro fluidos” (ou “humores”) principais do corpo (bile amarela, bile negra, fleuma e sangue) em cujo equilíbrio se baseava a saúde do organismo, recomendando por exemplo, que os asmáticos se resguardassem da raiva, mostrando sua visão de que as emoções estavam de alguma forma relacionadas ao corpo.

Durante a Idade Média a doença física era vista como uma punição pelo pecado e a doença mental como uma possessão demoníaca. Se a doença era um castigo, a cura era possível através do arrependimento e expiação; e a fé a única prevenção. Valia mais a salvação da alma do que a do corpo, sendo que alguns “tratamentos” como o exorcismo poderiam levar o indivíduo à morte.

Através do avanço das ciências naturais no período da modernidade, Descartes (1596-1650) propôs a separação total da mente e corpo, propondo que o estudo da mente fosse reservado à religião e à filosofia, e apenas o estudo do corpo físico fosse o objetivo da medicina. Essa visão reducionista se manteve indiscutida por centenas de anos.

Atualmente se observa um retorno à visão holística de ser humano, desta vez, embasada em descobertas científicas avançadas que mostram que não há fronteiras divisórias entre o corpo e o que consideramos “mente”. As emoções não ocorrem em “uma dimensão paralela” e sim dentro de nossos corpos, produzidas por ou produzindo alterações fisiológicas em diversos níveis (neuroquímico, hormonal, muscular, talvez até mesmo epigenético).

Os estudos mais consistentes sobre a relação “mente x corpo” são os da chamada *Psiconeuroimunologia*, área que estuda as interações entre as emoções e o sistema imunológico. Embora haja claras relações neste caso, estas são bastante emaranhadas, difícil saber quando algo é causa ou consequência nestas interações entre os sistemas nervoso e imunológico que estão por trás das relações entre processos mentais e saúde.

É sabido que indivíduos portadores de diversas doenças crônicas apresentam alterações de aspectos psicossociais decorrentes de situações primárias ou secundárias a sua condição de saúde, tais como: restrições diversas, limitações de atividades físicas ou sociais, dores crônicas, tratamentos invasivos, cirurgias, medo da morte, preconceito social, etc. Tais aspectos psicossociais envolvem desde a qualidade de vida de modo geral, até sintomas psicopatológicos como depressão e ansiedade.

Um organismo que passa por prolongada reação de estresse emocional produz uma reação exacerbada de seu sistema endócrino, principalmente das glândulas supra-renais, que enfraquece a imunidade e promove uma reação anti-inflamatória generalizada em todas suas células. Suspeita-se que esta reação favorece inúmeras doenças, especialmente algumas doenças degenerativas como Alzheimer.

Por outro lado, pessoas cujo controle emocional é adequado (que possuem a chamada “inteligência emocional”) ou que saibam lidar com as emoções negativas de forma adaptativa, usualmente apresentam melhor saúde física e mental.

Poucos estudos dos aspectos psicológicos de pacientes com CMT são encontrados na literatura científica. Em 2005 foi publicado um estudo sobre Qualidade de Vida em pacientes com CMT, aferindo que os mesmos não atingem os índices normativos da população italiana saudável em nenhum dos aspectos de qualidade de vida avaliados (Aspectos funcionais, capacidade funcional, aspectos gerais de saúde, dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental). Neste estudo os resultados são ainda piores entre mulheres, idosos e pacientes que não trabalham e, as hipóteses para tentar explicar o déficit entre esses segmentos específicos são: na sociedade italiana, a diferença de papéis entre homens e mulheres promove para as últimas uma sobrecarga com tarefas e responsabilidades domésticas e de maternagem; entre idosos a explicação provável é de que em se tratando de uma doença progressiva o avanço da degeneração neurológica inerente ao quadro provocaria a consequente redução da qualidade de vida dos pacientes, e sobre a questão do trabalhar ou não, os autores consideram pensar nos pacientes com CMT que continuam ou iniciam uma atividade profissional como aqueles menos comprometidos e mais jovens. É importante citar que o estudo não encontrou diferenças entre segmentos de pacientes com CMT dos tipos desmielinizante ou axonal ou mesmo entre pacientes que tivessem passado ou não por cirurgias.

Alguns cientistas chamam a atenção para o que se chama de ‘paradoxo da incapacidade’ em doenças crônicas degenerativas, onde os resultados de medidas de sofrimento psicológico não acompanham paralelamente os resultados das medidas de deterioração física, mostrando que aspectos cognitivos também influenciam a percepção dos pacientes, além da progressão natural da doença ou do resultado de intervenções terapêuticas. Há ainda uma questão sobre o déficit da qualidade de vida estar mais associado à depressão do que propriamente às limitações impostas pela doença.

Em 2006 publicou-se mais um estudo com pacientes italianos de CMT no qual utilizaram o mesmo instrumento de avaliação de qualidade de vida, porém com uma amostra multicêntrica maior e acrescentando medidas de avaliação genética, neurofisiológica e clínica. Novamente foi encontrada uma qualidade de vida deteriorada entre estes pacientes, principalmente entre os de sexo feminino.

Em um estudo sobre aspectos psicossociais de pacientes com CMT realizado na Inglaterra (2005) foram entrevistados 14 pacientes através de um roteiro de entrevista semi-estruturado desenvolvido pelos pesquisadores a fim de colher informações que pudessem instrumentar os profissionais que realizam o aconselhamento genético destes pacientes para não apenas fornecerem as informações pertinentes sobre os aspectos médicos da doença, mas fornecerem igualmente apoio e encorajamento para que o paciente desenvolva estratégias mais adaptativas para o enfrentamento do problema.

Em 2012 uma Psicóloga italiana publicou um livro sobre seus estudos de sexualidade em pacientes femininas com CMT, concluindo que nos estágios iniciais da doença as pacientes procuram esconder o máximo possível os sinais da doença. Não se sentindo incluídos nem entre as pessoas saudáveis nem entre os incapacitados, sentem-

se “à margem”, e esta seria uma causa de grande insegurança. Da insegurança quanto sua posição na sociedade advém a baixa autoestima que acaba interferindo na satisfação sexual, no relacionamento com o parceiro e com a sociedade em geral.

Aprender a lidar com dificuldades psicológicas inerentes ao ser humano, além das emoções decorrentes de uma doença crônica, pode ajudar o paciente a enfrentar melhor seu sofrimento mental e mesmo físico. O estilo de vida das pessoas pode colaborar para esse equilíbrio emocional que auxilia na saúde, sendo que pessoas que mantêm boas relações com amigos e familiares, praticam atividade física, possuem interesses e *hobbies*, se envolvem em atividades comunitárias do tipo voluntariado, desenvolvem sua espiritualidade independente de qual sua religião e têm bons momentos de lazer e relaxamento, costumam apresentar melhor controle do *stress*.

Para aqueles cujas dificuldades emocionais vão além do que um estilo de vida possa interferir positivamente, a psicoterapia é a melhor indicação. Na psicologia existem várias formas de trabalho e o mais desejável é que o paciente encontre um profissional em quem confie e por quem se sinta acolhido e compreendido. Dentre as várias abordagens teóricas em psicoterapia, a chamada Terapia Cognitivo-Comportamental costuma trazer bons resultados nos casos de pacientes que apresentam problemática emocional decorrentes de doenças somáticas por utilizar técnicas de meditação, relaxamento e ajudar o paciente a lidar com problemas da vida atual.

#### Bibliografia:

Arnold, A; McEntagart, M & Younger, DS Psychosocial Issue That Face Patients With Charcot-Marie-Tooth Disease: The Role of Genetic Counseling *Journal of Genetic Counseling*, Vol. 14, N°. 4, August 2005.

Maffei, PG La sessualità femminile nella malattia di Charcot-Marie-Tooth, SBC Edizioni, Itália, 2012.

Padua, L; Aprile, I; Cavallaro, T; Commodari, I; La Torre, G; Pareyson, D; Quattrone, A; Rizzuto, N; Vita, G; Tonali, P & Schenone, A. Variables influencing quality of life and disability in Charcot-Marie-Tooth (CMT) PATIENTS: Italian multicentre study *Neurol Sci* ( 2006) 27;417-423.

Palmero, F & Sánchez, FM. Motivación y emoción, McGraw-Hill, Espanha, 2008.

Shy, ME & Rose, MR. Charcot-Marie-Tooth disease impairs quality of life: why? And how do we improve it? *Neurology* 2005; 65:790-791

Vinci, P; Serrao, M; Millul, A; Deidda, A; De Santis, F; Capici, S; Martini, D; Pierelli F & Santilli, V. Quality of life in patients with Charcot-Marie-Tooth disease *Neurology* 2005;65:922-924.

Vinci, P; Gargiulo, P & Colazza; GB. Depression and Charcot-Marie-Tooth disease *Neurol Sci* (2007) 28:295-296.