

PUC

STELLA LUIZA ARANHA DE FARIA

ASPECTOS EMOCIONAIS NO HIPERTIREOIDISMO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Departamento de Psicologia

Rio de Janeiro, dezembro de 1983

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Marquês de São Vicente, 225 - CEP 22453

Rio de Janeiro — Brasil

N.Cham. 150 F224 TESE UC

Título Aspectos emocionais no hipertireoidismo



Ex.1 PUCB

0114480

BC - PUC

DOAÇÃO

STELLA LUIZA ARANHA DE FARIA

ASPECTOS EMOCIONAIS NO HIPERTIREOIDISMO

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Angela B. Podkameni

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, junho de 1983

78066

K4



150

Fd224

TESE UC

BT-4593-1

SC 1

À Luiza, Lizette e João que tanto se esforçaram para minha formação.

Ao meu marido e meus filhos que, pacientemente, suportaram minhas horas de ausência em nossos dias de lazer.

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, pelo apoio e estímulos recebidos.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, por possibilitar a conclusão deste trabalho, através de seu financiamento.

A Professora Dra. Angela B. Podkameni, pela atenção e clareza com que orientou este trabalho, meu profundo agradecimento.

Ao Professor Dr. Charles Alfred Esberard, meu reconhecimento especial, pela orientação inicial dada a este trabalho.

À Professora Dra. Monique Augras, meus sinceros agradecimentos, pelas sugestões e orientações dadas em relação ao trabalho, principalmente, ao Teste de Holtzman.

À Direção do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione e do Centro de Pesquisas Integradas à mulher e à criança que, gentilmente, me proporcionaram a oportunidade de obter dados relativos aos sujeitos desta pesquisa.

Ao ISOP, meus agradecimentos, pelo empréstimo do Holtzman Inkblot Test, sem o qual esta pesquisa não seria possível.

Ao Dr. Raul Faria Júnior, pela supervisão do tratamento estatístico desta pesquisa, minha gratidão.

Aos sujeitos avaliados, nesta pesquisa, cuja boa vontade e interesse tornaram possível a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

O presente trabalho é o resultado de anos de estudo em torno de temas relacionados com a Psicoendocrinologia.

O interesse despertado levou-me a investigar, em um Ambulatório de uma Instituição especializada, durante um período de três anos, os problemas relacionados ao hipertireoidismo.

Logo nos primeiros contatos com os pacientes, tornou-se evidente que seus problemas não se restringiam à área médica. Entretanto, de um modo geral, o que se observa é que são tratadas "as doenças" sem o necessário questionamento sobre o indivíduo como pessoa, de suas reações por estar doente, etc.

A razão da escolha deste assunto para pesquisa é, justamente, dar ênfase sobre a relação entre distúrbios emocionais e doenças físicas.

A fim de esclarecer melhor estes problemas, procuramos focalizar os seguintes aspectos por considerá-los fundamentais:

- Fatores desencadeantes no hipertireoidismo
- Incidência de hipertireoidismo e de outras doenças na família dos pacientes
- O tipo de relacionamento interpessoal
- O relacionamento sexual
- A estrutura emocional do hipertireoide

Procuramos obter o maior número possível de informações sobre o paciente, através de entrevistas, nas quais permitiu-nos compreender seus sentimentos, dificuldades de adaptação ao meio, etc. Usamos o teste de Holtzman para avaliarmos as variáveis, ansiedade, hostilidade e depressão, nas fases de hipertireoide.

reoidismo e de eutireoidismo.

Os resultados obtidos mostraram-se bastante significantes quanto à importância do trauma como fator desencadeante nas tireotoxicoses, como também, em termos do relacionamento interpessoal e sexual. O teste de Holtzman complementou e elucidou uma série de propostas associadas ao aparecimento e desenvolvimento da doença orgânica, principalmente, no que diz respeito, ao aspecto sensorial.

ABSTRACT

The present work is the result of years of study on subject matter related to Psychoendocrinology.

In order to understand the problem related to hyperthyroidism, I have looked into it for three years, in the Endocrinology Department of a specialized Hospital.

Right from the first contact with the patients it became clear to me that their problems were not limited to the medical area. However, as a general rule, what we observe is that the disease is treated without the necessary questioning about the individual as human being, his reaction of being ill, etc...

The reason for selecting this subject matter investigation is exactly to emphasize the relation between emotional disturbances and physical illness.

In order to elucidate these problems we have tried to focus on the following aspects, which we consider fundamental:

- Unfettered factors of hyperthyroidism
- Incidence of hyperthyroidism and other diseases in the patients' family
- Types of interpersonal relationship
- Sexual relationship
- The emotional structure of the hyperthyroidism

We have tried obtain the greatest number of information about the patients through interviews, during which they allowed us to understand their feelings, affective problems, difficulties in adaptation to the environment, etc. We used the Holtzman Inkblot Test to evaluate hostility, anxiety and depression variables, in the hyperthyroidism and euthyroidism

phases.

The results which we obtained showed to be significant not only in relation to the importance of the trauma as a factor of initiating hyperthyroidism, but also, in terms of the interpersonal and sexual relationships. The Holtzman Inkblot test complemented and clarified a set of proposals associated with the appearance and the evolution of the organic disease in the individual, mainly, in what concerns the sensorial aspect of the disease.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

1- CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS

1.1. Considerações Históricas	1
1.2. Fundamentação teórica da Medicina Psicossomática - Franz Alexander	6
1.3. <u>Emoção e Doença Orgânica</u>	18
1.3.1. Cannon e a Psicofisiologia	19
1.3.2. Stress e Doença de Adaptação	23
1.4. Relações interpessoais e doença orgânica - Harry Stack Sullivan	27
1.5. Medicina Psicossomática na atualidade - Várias abordagens	32
1.6. Hipertireoidismo	37
1.6.1. Papel da tireoide na regulação dos hormônios	37
1.6.2. Hipertireoidismo - Definição e Constituição	38
1.6.3. Diagnóstico e Tratamento	40
1.6.4. Fatores Emocionais	41

2- OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1. Objetivos da pesquisa	49
2.2. Amostra	51

2.3. Instrumentos	53
2.3.1. Entrevista Inicial	53
2.3.2. Teste de Holtzman	55
2.4. Procedimento	62
3- RESULTADOS	64
3.1. Entrevista inicial	64
3.2. Teste de Holtzman	71
4- DISCUSSÃO	80
4.1. Entrevista inicial	80
4.2. Teste de Holtzman	92
5- CONCLUSÕES	103
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1- Função autônoma do Sistema Nervoso Central	10
2- Fatores que poderiam ter importância etiológica na doença	13

LISTA DE TABELAS

1- Concentrações de T_3 e T_4 no soro humano	40
2- Idade	52
3- Estado Civil	52
4- Profissão	53
5- Fatores desencadeantes no Hipertireoidismo	64
6- Discriminação de alguns tipos de traumas emocionais	65
7- Antecedentes familiares	66
8- Relacionamento Interpessoal	
a) antes do hipertireoidismo e durante a fase hipertireoidiana	67
b) durante a fase de hipertireoidismo e após o tratamento	67
c) antes do hipertireoidismo e após o tratamento	68

9- Satisfação Sexual	
a) antes do hipertireoidismo e durante a fase de hipertireoidismo	69
b) durante a fase de hipertireoidismo e após o tratamento	69
c) antes do hipertireoidismo e após o tratamento	70
10- Ansiedade	
a) Grupo I (1ª fase) e Grupo II	71
b) Grupo I (1ª fase) e Grupo I (2ª fase)	71
c) Grupo I (2ª fase) e Grupo II	72
11- Hostilidade	
a) Grupo I (1ª fase) e Grupo II	72
b) Grupo I (1ª fase) e Grupo I (2ª fase)	73
c) Grupo I (2ª fase) e Grupo II	73
12- Tempo de Reação	
a) Grupo I (1ª fase) e Grupo II	74
b) Grupo I (1ª fase) e Grupo I (2ª fase)	74
13- Rejeição	
a) Grupo I (1ª fase) e Grupo II	75
b) Grupo I (1ª fase) e Grupo I (2ª fase)	75
14- Côr	
a) Grupo I (1ª fase) e Grupo II	76
b) Grupo I (1ª fase) e Grupo I (2ª fase)	76
15- Penetração	
a) Grupo I (1ª fase) e Grupo II	77
b) Grupo I (1ª fase) e Grupo I (2ª fase)	78
c) Grupo I (2ª fase) e Grupo II	78

1- CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS

1.1. Considerações Históricas

O estudo da relação mente-corpo é um dos temas que vêm assumindo grande importância na Medicina do século atual, possibilitando uma nova visão do fenômeno doença.

O termo Medicina Psicossomática começou a ser utilizado nas primeiras décadas do século XX, sendo em 1932, criada nos Estados Unidos uma Sociedade médica com este nome, editando publicações mensais a respeito do assunto.

Apesar de não haverem trabalhos específicos que digam respeito à evolução do pensamento psicossomático, no decorrer de nossa história, podemos achar referências ao assunto nos Tratados de Psiquiatria e Psicologia Médica (42).

A compreensão do fato de que a mente e o corpo são interrelacionados remonta, de pelo menos, 4.500 anos. Huang Ti, chamado de Imperador Amarelo da China, autor de um clássico da Medicina Interna, observou que a frustração pode fazer com que as pessoas fiquem, fisicamente, doentes(26).

Na Grécia pré-hipocrática, a Medicina Interna era praticada de modo mágico, nos Templos, onde os doentes mentais eram expulsos a pedradas. Ao mesmo tempo, os filósofos pré-socráticos começaram a se interessar pela importância do indivíduo e a importância das emoções, temas que contribuíram, séculos depois para o arcabouço da Psicologia Moderna e da Psicanálise. A Filosofia grega manteve uma tradição que não foi contestada durante muitos séculos pela Medicina, isto é, a mente como domínio exclusivo da Filosofia (42).

Hipócrates, com sua cultura, inteligência e senso

crítico orientado para o sofrimento humano, foi consagrado o Pai da Medicina. Caracterizou o sentido global do interesse médico, examinando, cuidadosamente, seus pacientes, conversando com eles, questionando sobre suas queixas e circunstâncias nas quais se iniciaram a doença, além de seus hábitos e condições de vida. Usava a prática de conversar com os familiares do paciente a respeito de sua doença. Seu objetivo era a doença, em seu todo, o indivíduo.

As teorias mágicas, das Escolas Médicas iniciais, foram postas de lado e substituídas pela concepção humoral. A doença era um desequilíbrio de humores corporais ocasionados pela disposição natural do paciente ou seu temperamento, influências do meio ambiente e ações atuais do paciente. Hipócrates tentou ser um médico integral, preocupando-se com a doença física e os problemas mentais. Considerou o cérebro como o órgão do pensamento e considerou causas naturais para as doenças mentais, desmistificando a epilepsia como doença sagrada. Interessou-se pela concomitância dos aspectos físicos e mentais, fazendo as primeiras descrições do que hoje chamamos de alternância psicossomática¹.

Com a invasão da Grécia pelos romanos e as influências das doutrinas racionalistas, poucas contribuições existiram

1- Dizia-se que o surgimento de uma desintéria podia aliviar um quadro de loucura, ou que estados maníacos podiam desaparecer quando surgiam varizes ou hemorróidas.

ã Psicologia Médica. Exceções devem ser feitas a Cícero, que descreveu os distúrbios de caráter e orientou a necessidade de um tratamento médico às doenças da alma; e, Areteo que demonstrou serem a mania e a depressão, fases de uma mesma doença. Chamou a atenção do médico para ouvir o que o paciente sente e pensa, além de admitir que as doenças físicas podem ter causas psicológicas, mencionando que as perturbações mentais poderiam causar uma paralisia. A última grande figura da Medicina, neste período, foi Gaefeno que, além das contribuições taxonômicas, destacou que o alcoolismo, a adolescência, as perturbações menstruais, fracassos econômicos e amorosos poderiam ser as causas das doenças mentais (42).

Na Idade Média houve um declínio geral da Cultura, Artes e Ciências, atingindo, também, as concepções e práticas médicas, principalmente, as que diziam respeito aos fenômenos mentais. As funções mentais passaram para o domínio dos sacerdotes e os médicos limitaram-se aos males do corpo. Ao longo da Idade Média, as doenças foram tratadas através da pregação à pessoa como um todo, procurando chegar à alma.

Com o Renascimento, veio um certo grau de liberdade e uma orientação mais humanista, apagando a fogueira da Inquisição e abrindo novos caminhos para os grandes avanços científicos, com Galileu e Newton. O dualismo cartesiano, dividindo o Homem em corpo e alma - unidades funcionando separadamente - foi reforçado. Para Descartes, a doença, física ou mental, deveria ser investigada sempre no campo da Física e das Ciências Naturais.

A partir de Pinel, as doenças mentais foram pes-

quisadas em sua etiologia e, os doentes mentais passaram a ser tratados de modo menos cruel. Além disto, Kraepelin, iniciou as suas tentativas de classificação das doenças. Na Filosofia Hegel demonstrou que toda verdade pode ser contestada, através da dialética - tese e antítese. Dilthey, historiador, definiu as Ciências Histórico-Culturais ou Ciências do Homem¹, colocando-as ao lado das Ciências Exatas e Naturais, fazendo com que o fenômeno psicológico adquirisse a capacidade de ser compreendido, no lugar de ser somente explicado.

As concepções organicistas em Medicina adquiriram maior impulso com as descobertas da Microbiologia, progressos da Anatomia Patológica e, conhecimento, gradualmente, mais íntimo das modificações estruturais que acompanham a doença. Por outro lado, surgiram importantes modificações no Campo da Física, destacando-se a Teoria da Relatividade; no Campo da Sociologia e Economia com Marx, demonstrando que o comportamento humano pode ser explicado através de causas sócio-econômicas.

Nesta multiplicidade de idéias novas, surgiram Freud e seus seguidores, demonstrando que as reações humanas normais ou patológicas, apresentam relações de sentido, podendo ser compreendidas. A história do homem pode ser entendida através do encadeamento sucessivo dos eventos, onde sua biografia é de

1- Enquanto as Ciências Físicas e Naturais se regem pelas relações de causa-efeito, explicativo-causais; as Ciências do Homem são regidas pelas relações de sentido e significação.

enorme valor para a compreensão da sua vida, da sua saúde e do seu adoecer (42).

1.2. Fundamentação Teórica da Medicina Psicossomática -
Franz Alexander

Toda doença humana é psicossomática. Tal afirmação pode ser justificada pelo fato dela incidir em um corpo constituído de soma e psique, inseparáveis, anatomicamente. Deste modo, dividir as doenças, em orgânicas e mentais, torna-se um artefato classificatório da Clínica, visto que, as doenças orgânicas sofrem, inevitavelmente, influências da mente de quem as apresenta. Os processos biológico, físico e mental são simultâneos, com exteriorização predominante em uma área, de acordo com a sua natureza, ou ângulo sob a qual se observa.

É a Franz Alexander e seus colaboradores, que devemos abordagens tais como a do parágrafo anterior e, também, a criação de um estudo mais sistemático relativo à Medicina Psicossomática. Alexander reconheceu Cannon e Freud, como as fontes de sua inspiração conceitual (19). Focalizou os problemas psicossomáticos, associando os métodos psicanalíticos aos conceitos de Cannon, quanto às respostas orgânicas adaptativas aos estados emocionais (29). Estes estudos clínicos começaram em 1932, no Chicago Psychoanalytic Institute, onde os 24 anos subsequentes formaria o que mais tarde foi conhecido como a Escola de Chicago. No decorrer dos anos, com o auxílio de seus colaboradores, Alexander desenvolveu uma explicação coerente para as respostas somáticas à tensão psíquica.

Alexander é de opinião que, se por um lado, os fatores orgânicos das doenças devem ser estudados e tratados por

métodos somáticos, por outro lado, os fatores emocionais devem ser cuidados por meios psicológicos. Os dois são complementares (1c). De acordo com este ponto de vista, preferiu limitar o conceito de "psicossomático" ao estudo e manipulação do componente psicológico da doença orgânica (1d). Portanto, empregar, tecnicamente, o termo "psicossomático" seria errôneo e sujeito a controvérsias. A aplicação da metodologia psicossomática contribuiu para uma melhor compreensão da dinâmica da personalidade na etiologia da doença orgânica. Para Alexander, o termo psicossomático designava um método de pesquisa empírica e uma atitude frente ao tratamento clínico geral. O conhecimento de fatores psicogênicos, em pacientes com diversas doenças, proporcionaria, ao médico, compreender e discriminar os distúrbios tanto nos seus aspectos orgânicos, como psicológicos (1c).

Como neo-freudiano, Alexander aceitou a prática psicanalítica de classificar as neuroses de acordo com os tipos de defesas do Ego e a natureza dos impulsos reprimidos (19). Entretanto, "neurose" era um termo relativo para Alexander (1f). A única diferença que reconhecia entre normalidade e neurose era de caráter quantitativo, isto é, a extensão em que as tendências inconscientes dominavam o comportamento. Segundo observou, o mesmo indivíduo poderia estar bem ajustado numa situação mas, em outra situação, não. Toda a discrepância, entre a capacidade de adaptação de uma pessoa e o desafio do ambiente, poderiam, então, levar à neurose. Toda neurose, fosse ela psíquica ou manifestada em distúrbios físicos, seria considerada um fracasso de adaptação, isto é, "...fracasso do indivíduo na sua relação psíquica com o ambiente..." (1g).

Alexander dividiu as influências "mente-corpo" em três categorias (1f):

- a) comportamento voluntário, que é também chamado de adaptativo ou integrado, sempre motivado por objetivos ;
- b) inerções expressivas, representado pelo comportamento de riso, rubor, choro, etc...; é um fenômeno de descarga dirigida, exclusivamente, para aliviar ou expressar tensões emocionais específicas. Os fenômenos sexuais pertencem à esta categoria. Diferem de (a) pois, estas expressões não são motivadas por objetivos ;
- c) respostas vegetativas a estados emocionais que são respostas adaptativas de funções vegetativas às quais o organismo foi exposto. Diante do perigo para o organismo, as funções vegetativas preparam-se para a luta ou fuga, através da elevação da pressão sanguínea, alterações na distribuição do sangue em diversos órgãos, mobilização dos glicídios, etc...

As duas primeiras classes incluem as psiconeuroses, distúrbios do comportamento e psicoses, sendo considerados assuntos pertinentes à Psiquiatria (1f). A terceira categoria refere-se ao equilíbrio psicossomático entre os estados emocionais e as respostas vegetativas. Pertence à região fronteira entre a Psiquiatria e a Medicina Tradicional (1c).

A dívida de Alexander a Cannon fica determinada na descrição desta categoria de interação da mente e do corpo. Foi nesta região limítrofe que se realizaram as pesquisas de Alexander, pesquisas estas que levaram a Medicina Psicossomática além de Freud.

A histeria de conversão, descoberta por Freud, era

um modelo bastante amplo para responder pela série de sintomas físicos que, possivelmente, estariam associados aos distúrbios psíquicos. Alexander não compartilhava desta opinião pois, a arquitetura do sistema nervoso sugere que outros processos, além da histeria de conversão, estejam colaborando. Uma reação de conversão é uma expressão simbólica, segundo Freud, e, estas considerações levaram Alexander a postular uma nova classe de sintomas, os psicossomáticos, partindo do freudianismo ortodoxo. Diferenciou respostas de conversão, das respostas vegetativas, denominando-as neuroses orgânicas (1c).

A tipologia sintomática de Alexander acompanha a estrutura do próprio sistema nervoso. O sistema voluntário, domina as funções motoras e sensoriais, interrelaciona o indivíduo e o meio ambiente. Consequentemente, o sistema voluntário estaria em contato permanente com a vida mental, em geral (1g). As emoções, inibidas ou reprimidas, discutidas por Freud, encontrariam expressão direta através deste sistema. Em contraposição, o sistema nervoso autônomo controlaria as funções internas do organismo. O sistema simpático, interessado na regulação das funções vegetativas internas, seria, segundo foi demonstrado por Cannon, particularmente, ativo em situações de emergência. O sistema parassimpático estaria, mais explicitamente, interessado nas funções anabólicas e trofotróficas¹. Segundo Ale -

1- funções anabólicas - funções de assimilação
funções trofotróficas - funções de nutrição

xander, os sintomas somáticos autônomos (simpático e parassimpático) não seriam expressões substitutivas, expressões simbólicas, emoções reprimidas ou conversões mas, manifestações fisiológicas normais, correspondentes à estas emoções (1c).

ILUSTRAÇÃO 1

FUNÇÃO AUTÔNOMA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

SIMPÁTICO	PARASSIMPÁTICO
<p>Posição intermediária entre as funções vegetativas e as ações dirigidas para o exterior. Particularmente ativo em situações de emergência.</p> <p>Mobilização de emergência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - inibição da atividade gastrointestinal. - estímulo das funções cardíaca e pulmonar. - redistribuição do sangue da área visceral, para os músculos, pulmões e cérebro. - mobilização aos depósitos glicídicos. - estimulação da medula adrenal - elevação da pressão arterial <p>Neuroses orgânicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - prontidão vegetativa para agir sob o estímulo simpático e hormonal. 	<p>Mais explicitamente interessado na conservação e construção</p> <p>Funções anabólicas, especialmente, ativas em estados de relaxamento ou retração.</p> <p>Influência anabólica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estímulo da atividade digestiva gastrointestinal. - armazenamento do açúcar no fígado. - espasmo dos bronquíolos <p>Neuroses orgânicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - retração vegetativa, em vez de preparação para a ação exterior.

Segundo Alexander, "a múltipla causalidade e a distribuição variável dos fatores psicológicos e não psicológicos, de caso para caso, invalida o conceito de "doença psicossomática", como um grupo específico de diagnóstico" (1d). O que a Medicina Psicossomática fez, foi chamar a atenção para

certos fatores etiológicos, frequentemente, subestimados pela Medicina Tradicional. De acordo com este ponto de vista, Alexander reuniu 3 grupos etiológicos essenciais:

- (1) padrões de conflito emocional
- (2) vulnerabilidade orgânica (fator X)
- (3) situação desencadeante

Estes três fatores, conjuntamente, e não apenas dois deles, são responsáveis pela precipitação das neuroses orgânicas (1b). Quanto aos padrões de conflito emocional, Alexander observou que a complexidade da vida psíquica invalida generalizações rígidas e, que, cada caso teria de ser compreendido individualmente (1d). "Os padrões de personalidade que se consideram, etiologicamente, significativos nas doenças orgânicas crônicas, abrangem toda a gama dos conflitos humanos. São praticamente universais. Vergonha por sentir-se desamparado, mobilizando esforços para super-compensar através da demonstração de firmeza e eficiência; sentimentos hostis reprimidos, com o objetivo de ser amado; esforço para negar o medo por meio de defesas anti-fóbicas; e, esconder os próprios sentimentos por medo da rejeição, são dinanismos universais (1f). Sobre a vulnerabilidade orgânica, Alexander escreveu: "Esta vulnerabilidade poderá tanto ser constitucional - transmitida pelos genes - ou adquirida, precocemente, pelos processos educativos da infância, ou por doenças anteriores que comprometeram o sistema orgânico em questão (1e). Com relação à situação desencadeante, Alexander queria significar a "vivência precipitadora". Isto constituiria um conceito, estritamente, psicológico; a mesma situação poderia ser sentida por uma pessoa como um alívio e, por outra, como uma catástrofe (1b).

Alexander e seus colaboradores descobriram que uma variedade de impulsos psicológicos, de conteúdo específico diferente, poderiam levar ao desequilíbrio da mesma função orgânica (1a). Entretanto, observaram, também, que estas tendências tinham uma característica dinâmica, em comum - que todas expressavam: tomar, eliminar ou reter alguma coisa (1g). Isto tornou possível uma análise vetorial, direcional, que pode ser explicada por: "se retirarmos desta sequência emocional, seu conteúdo ideativo e, prestarmos atenção, exclusivamente, à qualidade dinâmica, direção destas tendências participantes destes padrões emocionais, chegamos às relações dinâmicas simples, semelhantes às da Física e Química" (1a).~

De acordo com a perspectiva de que a tipologia sintomática acompanha a estrutura do sistema nervoso, Alexander procurou estabelecer a influência das tendências emocionais reprimidas sobre a inervação dos aparelhos e sistemas associados a reter, tomar e eliminar. Especificamente, as funções orgânicas que envolvem incorporações, tomar, incluem os processos digestivos do estômago, a fase inspiratória da respiração e a deglutição. As funções relativas à eliminação incluem a micção, defecação, ejaculação e a fase expiratória da respiração. Supõe-se que as funções físicas ligadas à retenção, sejam representadas por estados orgânicos como a constipação, retenção de urina, ejaculação retardada e certos aspectos da respiração (1a).

ILUSTRAÇÃO 2FATORES QUE PODERIAM TER IMPORTÂNCIA ETIOLÓGICA NA DOENÇA

<p>Fatores reconhecidos pela Medicina Tradicional :</p> <ul style="list-style-type: none"> - constituição hereditária - traumatismos obstétricos - doenças orgânicas da primeira infância que aumentam a vulnerabilidade de certos órgãos - experiências físicas traumáticas acidentais, na infância - lesões físicas posteriores <p>Metodologia: observação precisa dos processos fisiológicos</p>	<p>Fatores adicionais salientados pela Medicina Psicossomática:</p> <ul style="list-style-type: none"> - natureza dos cuidados dispensados ao recém-nascido (desmame, treinamento de hábitos de higiene, métodos de amamentação, etc...) - experiências traumáticas emocionais na infância - clima emocional da família e características pessoais específicas da personalidade dos pais e irmãos - experiências emocionais posteriores <p>Metodologia: descrição detalhada das seqüências psicológicas</p>
--	---

Em cada uma das grandes categorias etiológicas, Alexander e seus colaboradores, fizeram a distinção entre manifestações positivo-construtivas e manifestações negativo-destrutivas, da mesma tendência. Observou na incorporação, tanto a aceitação passiva, quanto a tomada agressiva; na eliminação, o ato de dar um valor ou expulsá-lo, com a finalidade de atacar; e, na retenção, conservar para progredir ou para impedir o acesso de outros a algo (1a).

Baseado em suas observações clínicas, especialmente, em pacientes com úlcera péptica, Alexander admitiu o seguinte esquema etiológico das neuroses orgânicas (1b):

- (1) estímulo psíquico cortical crônico (tendência reprimida)
- (2) excitação dos centros subcorticais através do estímulo psí-

quico

(3) condução da excitação dos centros subcorticais aos vários órgãos vegetativos, através do sistema nervoso vegetativo (vias parassimpática e simpática), produzindo alterações locais sobre as funções vegetativas

(4) alterações tissulares morfológicas sob a influência do distúrbio funcional "crônico".

Conseqüentemente, pressões emocionais contínuas, acúmulo de tendências emocionais com uma determinada direção, levariam a distúrbios fisiológicos crônicos e, finalmente, à doença orgânica (1c).

A análise vetorial das tendências psíquicas de Alexander, levantou, mais do que definiu, o problema do grau de especificidade das respostas fisiológicas aos estímulos emocionais. Ele reconheceu este fato, entretanto, acreditava, pelo menos, poder esclarecer, classificar, respostas específicas às diversas emoções, em duas grandes categorias (1d):

- 1- Preparação para lutar ou fugir, em situações de emergência (categoria de Cannon)
- 2- Retraimento da ação dirigida para o exterior (regressão psíquica à uma dependência aumentada, como a criança pequena que pede auxílio, em vez de tentar resolver o problema por si mesma).

De acordo com os conceitos de Cannon, Alexander escreveu que "...o primeiro tipo de atitude emocional acompanha a excitação simpática e, o segundo tipo, a excitação parassimpática" (1d). Como as duas divisões do sistema nervoso autônomo são altamente antagônicas, Alexander extraiu duas generalizações: (1)

sob o estímulo simpático, as funções pacíficas, anabólicas e construtivas, seriam inibidas para concentrar a energia em problemas do mundo exterior; (2) sob preponderância parassimpática, o indivíduo retrai-se do comprometimento externo, para uma existência mais vegetativa, associada a alterações da inervação orgânica.

Os distúrbios psicossomáticos do grupo I consistiriam apenas nos preparativos autônomos para a ação se tornar crônica, por ter sido omitida a ação dirigida para o exterior. Os distúrbios do grupo II teriam mais probabilidade de serem profundos, porque estas reações seriam paradoxais. "... em vez de preparar para a ação dirigida ao exterior, eles (os pacientes) retiram-se para uma condição vegetativa que é, exatamente, contrária à adequada " (1d). Segundo Alexander, "esta retirada de ação para uma atitude, que é característica do organismo durante o relaxamento, pode ser chamada de retirada vegetativa " (1d).

Entretanto, o trabalho de Alexander revelou grande preocupação em não deixar que seus conceitos se tornassem simplistas. Chamou a atenção para a complexidade das relações neuro-orgânicas e, reconheceu a atuação dos fatores endócrinos, escrevendo: " Parece que os mecanismos neurais são de primeira importância na emergência aguda de uma doença, enquanto que, sob stress crônico, as respostas humorais consequentes chegam, gradualmente, a dominar o quadro " (1d).

Ele previniu também, que quanto mais predominante o desequilíbrio autônomo, mais complexas torna-se-iam as interações vegetativas. Seriam provocados mecanismos autônomos contra-regulatórios, que tenderiam a mascarar o distúrbio original. Deste modo, determinou que a teoria da especificidade se prevalece com relação a fatores que iniciam os desequilíbrios e, não, com relação aos resultados secundários (1d).

A preponderância simpática ou parassimpática não é uma característica constante do indivíduo mas, apenas, uma condição transitória (1d). Deste modo, o grupo de Chicago considerou a personalidade do paciente, nitidamente, menos significativa do que o padrão do conflito emocional, na etiologia da doença (1b). A ênfase estaria na natureza específica da situação conflitiva, na correlação dos fatores psicológicos com a localização da doença (49).

De fato, Alexander levou algum tempo para dissociar seu conceito de especificidade, dos conceitos baseados nas correlações entre personalidade e doença. "Extensas pesquisas psicodinâmicas demonstraram que certos distúrbios das funções vegetativas podem ser mais, diretamente, relacionados a estados emocionais específicos, do que a configurações superficiais da personalidade, como são descritos nos perfis de personalidade". Continua: "qualquer correlação que exista, entre o tipo de personalidade e a doença somática, tem apenas validade estatística relativa e, às vezes, acidental" (1a).

A tendência mais atual é abandonar os conceitos de psicogênese ou somatogênese e, encarar o fenômeno doença, de forma global, gestáltica, em função da pessoa que a apresenta, em

sua forma especial de viver em e com o mundo, de forma interpersonal. Deste modo, a enfermidade passa a ser a expressão de um tropeço existencial, de uma disfunção no processo de viver, de um conflito, segundo alguns autores psicanalíticos como Mitscherlich e, psiquiátricos, como Lopez Ibor (42).

Veremos, a seguir, uma breve exposição dos aspectos mais importantes das teorias desenvolvidas por Cannon e Selye, que muito contribuíram para o enriquecimento científico da Medicina Psicossomática.

1.3. Emoção e Doença Orgânica

Paralelamente ao avanço das contribuições psicanalíticas, o progresso da tecnologia médica, permitindo a aplicação da experimentação em homens e animais, possibilitou importantes trabalhos como os de Cannon e Selye. Estes pioneiros, através de suas pesquisas, fizeram importantes descobertas sobre os concomitantes fisiológicos das emoções e os mecanismos que orientam a ação de estímulos e agressões ambientais ao homem, descrevendo os mecanismos neuro-humorais com os quais este responde a estas ações (42).

O conceito de emoção apresenta muitas dificuldades para a sua definição, especialmente, no que diz respeito à ausência de um critério único ou, um grupo de critérios para a sua identificação, além da enorme complexidade e conhecimento limitado dos mecanismos anatômicos e fisiológicos envolvidos, bem como, a confusão terminológica existente.

Cada emoção inclui: a) um padrão específico de atividade neural do cérebro; b) mudanças fisiológicas no restante do corpo; c) características expressivas; e, d) o aspecto subjetivo ou fenomenológico da experiência privada. Toda a vez que um estímulo emocional, tal como uma pessoa, um fato ou uma situação surge, algo se passa em cada uma das esferas funcionais do organismo (5).

A emoção é uma entidade psicológica que compreende todo o organismo. Além disto, um estado emocional aparece como exemplo claro de uma interação dinâmica entre as caracterís-

ticas ambientais e os fenômenos internos e, o resultado que se faz sentir, ou que se pode observar, como uma resposta emocional pode ser encarado como uma fusão de variáveis fisiológicas e psicológicas (5).

1.3.1. Cannon e a Psicofisiologia

Qualquer pessoa que tenha experimentado uma emoção percebe, sem dificuldade, que as alterações corporais de maior significado são internas. Podemos dizer que os trabalhos de Cannon abriram caminho à chamada psicofisiologia, isto é, a pesquisa voltada para a interação entre os processos mentais e os processos fisiológicos.

Walter Cannon estendeu a idéia de expressão emocional às reações internas do organismo. Sugeriu Cannon que as alterações internas representam uma reação de emergência que prepara o corpo para a luta ou fuga. A ação dos órgãos viscerais (coração, pulmões, estômago, etc...) está sob o controle do sistema nervoso autônomo. Este sistema tem duas subdivisões principais - simpático e parassimpático - que atuam em direções um tanto opostas. O sistema parassimpático dedica-se, principalmente, às funções vegetativas do corpo, isto é, manter a "casa" na devida ordem. Estimula a secreção de saliva e dos fluidos digestivos, movimentos peristálticos do percurso gastrointestinal e a digestão, em geral. O sistema parassimpático atua, ainda, para abrandar o ritmo respiratório e cardíaco, bem como para auxiliar a circulação do sangue nos intestinos (47).

O sistema nervoso simpático entra em ação quando o indivíduo tem de enfrentar alguma emergência. As alterações no

funcionamento do corpo podem ser encaradas como preparatórias para um esforço. O processo digestivo modera a sua marcha e o sangue converge para o encéfalo e os músculos, onde é necessário. O coração bate mais rápido, para abastecer estes órgãos mais depressa. A respiração se acelera para fornecer mais oxigênio e, o fígado libera um suprimento de glicose para reforçar a energia. Outras alterações ocorrem, originadas numa função adaptativa remota, tais como, dilatação da íris dos olhos, a ereção dos cabelos e o incremento da transpiração. Segundo Cannon, o corpo está deste modo preparado para lutar ou fugir (47).

No lado do sistema nervoso simpático, o sistema glandular endócrino desempenha uma função importante na reação de alarme. Este sistema é controlado pela glândula pituitária mas, o modo de ação envolve diversos hormônios segregados pelas glândulas supra-renais. A adrenalina produzida por tais glândulas tem efeitos na circulação, na produção de glicose e no controle das inflamações. Todas estas reações de mobilização podem ser desencadeadas por centenas de estímulos físicos prejudiciais e, também, por estímulos de natureza emocional (47).

Um importante aspecto da teoria de emergência de Cannon, é que as reações corporais, em diversos estados emocionais, incluindo a dor, fome, medo e ira são, essencialmente, as mesmas. As emoções de ira e medo representam as alternativas de luta ou fuga, sugeridas por Cannon. Durante este período, parecem semelhantes em reação corporal e sob o controle do hormônio supra-renal, a adrenalina. No entanto, pesquisas posteriores revelaram a existência de, pelo menos, dois hormônios supra-renais igualmente importantes na emoção: a adrenalina, já citada e, a

noradrenalina. Elas tem efeitos diferentes no corpo e parecem estar relacionadas com emoções distintas. A adrenalina está mais associada ao medo; e, a noradrenalina, à cólera (47).

X A teoria talâmica da emoção de Cannon-Bard é super-simplificada mas, desvendou a possibilidade de que as emoções sejam complexos padrões comportamentais, controlados por mecanismos situados no cérebro. Existem dois sistemas gerais, no cérebro, que parecem estar envolvidos na emoção. O primeiro tem o nome de sistema límbico, abrangendo partes do tálamo e hipotálamo e, ainda certas partes adjacentes do córtex. O sistema límbico está envolvido em muitos dos motivos homeostáticos e, contém as áreas do prazer e dor. Está, intimamente, relacionado, também, com as funções autônomas e alterações corporais, associadas à emoção. A estimulação de várias partes do sistema límbico produzem medo, ira e outras reações emocionais (47).

Outro mecanismo cerebral importante, na emoção, é o sistema reticular da motivação. Este sistema está localizado na coluna vertebral, prolonga-se até o tálamo e o hipotálamo. Serve como um mecanismo geral de alerta, não específico. Excita o córtex, facilita o trânsito de mensagens entre o meio e o cérebro e, dá tônus ao corpo. Acredita-se que tenha influência nos estados conscientes, vigilantes e de excitação emocional. Não orienta o comportamento em qualquer direção determinada mas, tem um efeito dinamizador sobre todo o comportamento (47).

Y Os acontecimentos durante a emoção poderiam ser descritos nos seguintes termos: os órgãos sensoriais do corpo reagem a um estímulo e, esta informação é transmitida ao cérebro. Várias partes do cérebro mas, em particular, o córtex e partes do

sistema límbico, estão envolvidas na avaliação das informações recebidas, principalmente, em termos de antecipação agradável ou desagradável. A reação emocional depende de vários mecanismos, com o sistema límbico controlando as dimensões de agradável-desagradável e aproximação-evitação; e, o sistema reticular controlando o nível de ativação ou dimensão da intensidade. O sistema límbico é, provavelmente, o mecanismo que, mais diretamente, influencia as reações viscerais, através do sistema nervoso autônomo e da glândula pituitária que, está associada, intimamente, ao hipotálamo. As alterações viscerais podem fornecer uma fonte secundária de informações a respeito dos sentimentos corporais e, esta informação, então, é retransmitida ao cérebro. Assim, a experiência subjetiva da emoção é, parcialmente, determinada pelo processo inicial de avaliação e, também, em parte pelas informações que voltam das mudanças viscerais.

1.3.2. Stress e Doenças de Adaptação

Algumas mudanças corporais que ocorrem na emoção , também, ocorrem nos vários tipos de stress: sobrecarga de trabalho, exposição prolongada ao frio ou ao calor, queimaduras graves ou dores, etc...As respostas autônomas a todos estes casos , incluindo a emoção, são por demais parecidas. Do ponto de vista fisiológico, todas podem ser consideradas como reações à situações de stress. De fato tornou-se um hábito designar pelo nome de stress, qualquer situação que faz com que o corpo mobilize seus recursos e queime mais energia do que, geralmente, acontece (46).

Os famosos trabalhos de Selye, a partir de 1936 , foram um marco decisivo nestas investigações, embora ele não estivesse, diretamente, interessado em estudar os efeitos psicológicos da emoção e, sim, genericamente, as respostas normais e patológicas ao que chamou de stress. Conceituou como tal, o estado de tensão de um organismo submetido a qualquer tipo de agressão - dor, frio, fome, estados tóxicos ou infecciosos - incluindo, por extensão, as influências psicológicas (47).

Tudo aquilo que ameaça a vida provoca stress e respostas adaptativas, das quais participam o organismo como um todo. Neste processo de reação, que Selye chamou de Síndrome Geral de Adaptação , distinguiu três fases sucessivas: alarme, resistência e esgotamento. No primeiro estágio da fase de alarme , que ele denominou de choque, corresponde às reações descritas por Cannon e, é iniciada por uma descarga adrenérgica, surgindo taquicardia, diminuição do tônus muscular e da temperatura e outras

reações fisiológicas. A esta reação inicial se segue um segundo estágio, de contra-choque, quando se modificam as reações humorais e neurovegetativas às custas, basicamente, de uma hiperatividade da córtex supra-renal (42).

Se o agente stressante permanecer atuando, o organismo entra na segunda fase, de defesa, levando à regressão de muitos fenômenos descritos; esta é mantida por uma permanente atividade córtico-suprarenal, resultante do estímulo hipofisário. A terceira fase, de esgotamento, é consequência da falha destes mecanismos adaptativos a estímulos permanentes e excessivos. As alterações características da fase de alarme reaparecem, podendo levar à morte (42).

Selye chamou de "doenças de adaptação" aquelas resultantes do uso excessivo e inadequado destes mecanismos de defesa. Entre elas acham-se a úlcera péptica, a hipertensão arterial, lesões miocárdicas e outras. Os trabalhos de Selye foram de vital importância para a compreensão do eixo hipotálamo-hipofise-suprarenal, como um dos principais mecanismos fisiológicos de regulação neuro-hormonal podendo, sob certas circunstâncias, funcionar patologicamente e produzir distúrbios funcionais ou orgânicos (42).

Apesar de sua importância nas investigações, por servir de base para vários trabalhos de pesquisa psicossomática, praticamente, Selye não deu ênfase, quase nenhum, aos fatores psicológicos como agentes de stress. A importância dos fatores psicológicos na indução de estados de stress foi primeiro demonstrada por Pincus e Hoagland (42), em 1943, ao comprovarem um aumento de excreção de 17-ceto-esteróides, em pi-

lotos e instrutores de vôo, após situações de vôo, assim como , em indivíduos expostos a vôos simulados.

Estas pesquisas experimentaram um grande avanço, a partir de 1955. Mason, pesquisador em Psicoendocrinologia, em revisão que fez sobre a matéria, afirma que as evidências demonstram, atualmente, que os indutores físicos de stress são muito menos importantes do que pensava Selye, devendo-se levar em conta, a ação dos estímulos emocionais atuando, concomitantemente ou isoladamente (37a). Vários podem ser os elementos stressógenos, entre eles os mais pesquisados foram: o contato com o novo e o imprevisível, assim como, a execução de tarefas de responsabilidades.

Conclusões desta pesquisa mostram a importância do modo como o indivíduo encara a situação de stress e a resposta que lhe dá. Deste modo, há individualização nas respostas ao stress, de acordo com a personalidade e o uso de técnicas defensivas para enfrentar estas situações de ansiedade (37a). Segundo Mason (37b), "os estudos psicoendócrinos devem levar em conta , não somente os estados emocionais mas, também, aqueles mecanismos psicológicos que neutralizam ou minimizam o estímulo emocional. Em recente revisão (37b), Mason refere-se à resposta global do sistema endócrino ao stress e, não apenas , às modificações suprarenais. Relata que durante a fase aguda da experiência stressógena há elevação de corticosteróides, catecolaminas, TSH, hormônios tireoidianos e hormônios do crescimento, enquanto os níveis de hormônios sexuais caem. Na fase seguinte, de recuperação, diminuem os corticosteróides; a adrenalina, noradrenalina e hormônios tireoidianos permanecem elevados, normalizando os hor-

mônios sexuais.

Estas descobertas sugerem que o campo das reações psicoendócrinas é, extraordinariamente, amplo. O equilíbrio hormonal geral é a chave para a resposta às experiências emocionais e físicas. Um determinado hormônio não reage apenas aos estímulos externos mas, também, aos demais hormônios presentes (26).

Como vemos, tanto o excesso como a falta de produção de hormônios provocam sérios problemas no equilíbrio fisiológico do corpo causando, com frequência, complicações orgânicas e desordens estruturais na personalidade. Observamos, também, a importância das emoções como desencadeantes de tais quadros.

A seguir, abordaremos a Teoria das Relações Interpessoais de Sullivan, que estabelece a importância das relações interpessoais no desenvolvimento global do indivíduo que, consequentemente, também, dizem respeito aos estados de saúde e doença.

1.4. Relações Interpessoais e Doença Orgânica - Harry S. Sullivan

As contribuições de Sullivan influenciaram, qualitativamente, o conceito de comportamento "normal", levando em conta algumas influências do passado que, até então, só haviam pertencido ao comportamento "anormal" (62a). Algumas de suas colocações serão incluídas, neste trabalho, devido ao fato de serem bastante importantes como uma abordagem visando o interpessoal nos fenômenos somáticos, além de uma abordagem intrapsíquica. Visto que, uma personalidade "saudável" ou "enferma", jamais pode estar isolada do complexo de relações interpessoais em que a pessoa vive (62b). A personalidade é o padrão, relativamente, durável de situações interpessoais recorrentes, que caracterizam a vida humana (62d).

Os processos do sistema nervoso central e dos outros sistemas nervosos têm importância fundamental para a explicação de algumas condições da conduta humana. A base mais geral para classificar os fenômenos interpessoais baseia-se na busca de satisfação e na manutenção de segurança (62b).

Desde o nascimento, os órgãos internos de nosso corpo experimentam desejos e necessidades de satisfação. Durante toda a vida, a busca de satisfação é provocada, fisiologicamente, por um aumento do tônus de alguns músculos. A obtenção das satisfações corresponderia a um relaxamento desta tensão, com a tendência para a diminuição da atenção e da vigilância. As deficiências, tanto no terreno somático, quanto emocional, podem ser desastrosas. O corpo, ao nascer, tem certa capacidade de relação seletiva com fatores ambientais físico-químicos po-

rém, esta capacidade é fraca e, aumenta, de forma notável, durante a primeira e segunda infância. A personalidade, também, no começo, pode ser presumida como tendo capacidades limitadas mas, com o crescimento e ambiente adequado, pouco a pouco, vai se estruturando (6 2L).

Cada organismo desenvolve uma série de modelos, entrelaçados e superpostos, relacionados com importantes zonas de interação com o meio (tais como: oral, anal, etc...) e, com relação a importantes necessidades (tais como: a fome, a sede, etc...) Estes dinamismos são desenvolvidos e modelados pela primeira experiência interpessoal e, posteriormente, levados pela pessoa para as outras experiências interpessoais (6 2L).

Sullivan, na evolução de suas teorias, preocupou-se com a comunicação, desde a comunicação entre duas ou mais pessoas, até grupos maiores, como também, problemas de comportamento em um cenário social. Suas proposições baseiam-se em que : 1) cada pessoa em qualquer relação com outra, está comprometida como parte do campo interpessoal. As relações são processos dinâmicos; não, entidades estáticas. 2) grande parte das desordens mentais resultam da comunicação inadequada, é perpetuada por ela pois, os processos comunicativos são impedidos pela ansiedade (6 2a)

Certos aspectos, em nossa cultura, relativos ao viver humano tornam-se, cada vez mais, claros. É evidente que a ansiedade é uma experiência comum que tem suas origens nas relações das pessoas, umas com as outras e, em reação frente a elas, se desenvolvem normas defensivas ou operações de segurança para isolar as pessoas e mantê-las à distância (6 2). O impedimento principal de toda comunicação é a ansiedade. Ela é sempre um im-

pedimento ao ajuste e um obstáculo para a comunicação. A ansiedade é um sinal de que a própria estima e o próprio respeito se encontram em perigo, produzindo-se com uma característica notável de antecipação (62c).

Outro conceito importante na teoria de Sullivan é o de depressão. A depressão é, antes de tudo, um processo destrutivo, onde há um corte nos impulsos para integrar situações construtivas com os outros. A depressão "leve" é diagnosticada, negativamente, por falta de fatores fisiológicos demonstráveis para produzir um estado de doença orgânica. Para Sullivan, esta ausência de fatores é, frequentemente, resultados das falhas na investigação clínica. Muitas depressões "leves" são estados deficitários de nutrição ou estados de intoxicação crônica. As doenças que aparecem, insidiosamente, são acompanhadas por uma inércia crescente, sentimentos de mal estar e dores vagas. Todos estes sintomas tem repercussões nas ações interpessoais (62b).

A doença física, por mais estranho que isto pareça, é um meio para aumentar a segurança nas relações interpessoais (62b). Sullivan descreve três padrões de desordens mentais que poderiam ser classificadas em: desviados mentais, deficientes mentais e desordenados mentais. É na primeira classificação que recai o nosso interesse pois, encontramos as pessoas que sofrem de impedimentos nas relações interpessoais, devido a estados que afetam a ordem da fisiologia somática, isto é, a desviam. Nesta categoria, em primeiro lugar, incluímos os, seriamente, fatigados. Estas pessoas se encontram tão, profundamente, fatigadas que são incapazes de agir sobre os processos que levam, automaticamente, à retificação do estado de fadiga.

Em um segundo grupo, encontramos aqueles que sofrem de uma alteração da substância endócrina, segregada pela glândula tireóide. Como resultado disto, sua capacidade para o desgaste de energia em uma emergência pode ser regular, entretanto, os desgastes de que são capazes nas rotinas de vida são, totalmente, inadequados, como nos casos de hipertireoidismo. Em outro grupo, situam-se as pessoas que sofrem impedimentos nas relações, por angústia ou desordem da fisiologia somática, sem deficiência tireoidiana (62c).

Apesar da fisiologia somática afetada, a resistência às mudanças é muito grande. Implica numa marcante troca na classe de situações interpessoais, onde o indivíduo têm sua existência. Além do elemento mudança, há a impossibilidade de prever a direção e a magnitude da mudança. Não se pode predizer se será tolerável e, além disto, existem perspectivas de que incluam um conflito sério. A mudança, dificilmente, será uma medida atraente, visto que, não há, praticamente, perspectiva; existe apenas o curso estável da vida em contraste com medos e ansiedades (62b).

Para Sullivan, os processos psicossomáticos surgem quando se busca ocultar o ressentimento. Durante a infância, a cólera surge como mecanismo usado para neutralizar a ansiedade. Ante a ameaça de ansiedade, a pessoa fica colérica e, a ansiedade fica escondida pois, a atenção foi desviada. A criança sujeita à uma pressão, cada vez maior, fica obediente pois, sabe que uma reação agravará sua situação, provocando punição por parte das figuras parentais. Surge então, o ressentimento, que deverá ser ocultado devido à previsão de um maior castigo. Estas medidas de segurança formam o sistema Self, que sanciona certas for-

mas de comportamento (self bom) e proíbe outras (self mau) (20). O Self procurará excluir o ressentimento da consciência, entre - tanto, a tensão oculta persistirá provocando, segundo Sullivan , "problemas psicossomáticos". Estes permitem que o indivíduo consiga se libertar da tensão, de modo a evitar uma atividade que provocaria castigo (628) .

Apesar dos indivíduos se libertarem das tensões , os "problemas psicossomáticos", de certo modo, influenciam na estrutura da personalidade e, conseqüentemente, agravarão suas relações interpessoais, que também será um dos parâmetros avaliados nesta pesquisa, devido à relevância que foi se apresentando no decorrer das entrevistas com os sujeitos selecionados.

A partir dos estudos apresentados, nas seções anteriores, julgamos, no momento, ser procedente a apresentação de uma visão geral da Medicina Psicossomática, na atualidade, antes de entrarmos no tema principal deste trabalho, que é o hipertirioidismo.

1.5. Medicina Psicossomática na Atualidade - Várias Abordagens

No início do aparecimento da Medicina Psicossomática o foco primário era sobre uma conceitualização da atitude psicossomática e sobre a formulação teórica do desenvolvimento da doença psicossomática. Os métodos de pesquisas consistiam, simplesmente, de estudos anamnésicos e terapêuticos. Com o passar dos anos, estudos laboratoriais e clínicos experimentais aumentaram. Por volta de 1950, o interesse dos psicólogos aumentou em relação à pesquisa psicossomática. O foco voltou-se para as observações clínicas, baseadas em pesquisas. Importantes descobertas no campo da neuroanatomia, neurofisiologia e neuroendocrinologia contribuíram para a compreensão das intrincadas relações que envolvem as regulações viscerais.

As áreas descobertas, durante o período de 1939 a 1959, incluem: 1) o papel do hipotálamo como parte de um sistema de feedback que media e regula os impulsos neurais ligados à emoção e à atividade endócrina; 2) o sistema límbico, que de acordo com Maclean, faz uma mediação visceral, mais do que exerce funções ideacionais; 3) a diferenciação da noradrenalina da epinefrina; 4) o papel das adrenais e a importância dos corticosteróides na defesa contra o trauma; 5) o efeito dos hormônios adrenérgicos na mobilização de defesas e; 6) a relevância dos fatores emocionais para a etiologia das chamadas desordens psicossomáticas (68).

Das descobertas, do período de 1939/1959, algumas ideias têm permanecido. Mais do que nos anos anteriores, psicólogos e psiquiatras, têm devotado interesse em tais problemas

como os antecedentes das desordens psicossomáticas, a psicobiologia da separação e perda, o efeito psicológico da cirurgia, relações médico-paciente, etc... Os psicólogos perderam o interesse em validar conceitos psicanalíticos, em sua aplicação aos problemas psicossomáticos. No lugar disto, mostraram uma tendência aumentada em isolar e quantificar, objetivamente, variáveis mensuráveis da personalidade e ampliaram novas áreas de pesquisa laboratorial e experimental.

Vários conceitos psicanalíticos têm sido revistos e inovados no campo da Medicina Psicossomática. A partir de Franz Alexander, French e Pollock (68) várias contribuições tem sido feitas na tentativa de explicar, psicanaliticamente, o fenômeno psicossomático. De acordo com Engel, Greene e Schmale (68) ocorre uma falha em estabelecer o trabalho de luto depois da perda do objeto que provoca um estado psicológico de abandono, que fornece condições para o desenvolvimento de doenças psicossomáticas (68). Isto é, em situações de luto, o sofrimento mobiliza defesas esquizóides e maníacas, segundo Melanie Klein; entretanto, quando este processo é bem elaborado, a cada repetição destas experiências o Ego sai fortalecido, o objeto bom¹ se estabelece com mais segurança; e, a necessidade de recorrer a novas defesas

1- Objeto bom- refere-se, geralmente, ao seio ou ao pênis, relacionados com experiências boas. É sentido como fonte de vida amor, bondade, apesar de não ser ideal (61)

diminui (58). Na opinião de Engel (68), "nenhum conceito linear de etiologia é apropriado mas, além da patogênese da doença, há o envolvimento de uma série de feedbacks positivos e negativos, com mudanças simultâneas múltiplas e sequenciais, afetando algum sistema do corpo, levando à uma abordagem multifatorial, que prevalece na Medicina Psicossomática, no presente.

Outros autores, como Marty e Nemiah (68) observam que as relações objetais dos pacientes psicossomáticos são caracterizadas por uma pobreza de fantasias e representações mentais, além de falta de envolvimento afetivo com o objeto. Eles são, frequentemente, incapazes de descrever diferenças sutis nos afetos e, quase, totalmente, sem palavras para se expressarem a este respeito. Sua atividade libidinal é invertida e absorvida pelo objeto internalizado, no lugar da relação com o objeto externo e sua representação mental.

Grinker e Margolin (68) dão importância ao campo biológico, como ponto de partida. Mais tarde, com os processos de crescimento e maturação, os padrões infantis indiferenciados de secreção, motilidade e hiperemia são substituídos pelos métodos de controle neurais mas, os mecanismos primários não são extintos. Assim como a maturação ocorre, três tipos de desenvolvimentos podem ser reconhecidos: o involuntário inicial, o combinado involuntário / voluntário e as fases voluntárias. Geneticamente, estas três fases correspondem aos estágios libidinais de Freud: oral, anal e genital. Poderia o organismo encontrar um estímulo além de sua força e, regredir a um estágio anterior do desenvolvimento. Entretanto, o organismo não regredir como um todo, somente parte dele e, em graus variados. Com base neste modelo con-

ceitual, os sintomas psicossomáticos são vistos como um stress determinando respostas fisiológicas regressivas, juntamente com uma regressão psicológica.

Uma considerável quantidade de experimentos também, tem sido feitos e concentrados sob o condicionamento interoceptivo na produção do funcionamento do distúrbio somático. Muitas destas pesquisas tem sido feitas com animais; os estudos com seres humanos tem recebido pouca atenção embora, eles estejam em ascensão. Constituição e predisposição são aceitas como básicas para a escolha do órgão no desenvolvimento de doenças orgânicas.

De acordo com Wolff (69), as desordens psicossomáticas podem ser compreendidas como respostas adaptativas biológicas às ameaças simbólicas. Sob stress, seja ele físico ou simbólico, um indivíduo reage com hiperemia, hipersecreção e hiper-motilidade. O stress é simbolizado e determinado por um órgão. Ruesch (75) chama a atenção para a imaturidade das pessoas que desenvolvem doenças psicossomáticas e atribui o desenvolvimento da doença à inabilidade na manipulação dos processos simbólicos. Os pacientes psicossomáticos, nesta colocação, comunicam-se melhor a um nível pré-verbal, isto é, via sistema nervoso autônomo.

Halliday e Mead (68) sob o ponto de vista da Saúde Pública e Antropologia, colocam relevância no meio sócio-cultural para a frequência e natureza das desordens psicossomáticas. Halliday (68) notou que o stress econômico e as alterações nos sistemas de valores foram muitos dos fatores que durante as duas últimas gerações, modificaram as relações mãe-criança. Com estas mudanças, ele correlaciona o aumento da incidência de doenças tais

como, o reumatismo, a úlcera péptica e a angina pectoris, nas quais fatores psicológicos desempenham um importante papel. Margaret Mead (68) correlaciona o tipo e incidência das doenças psicossomáticas com o modo pelo qual as relações mãe-criança se desenvolvem nas diferentes culturas.

Hinkle e Lipowski (68), como Halliday e Mead, enfatizam os efeitos adversos do meio social sobre a mente e o corpo, especialmente, na sociedade tecnológica moderna. Salientam fatos, que dentre eles incluem-se as condições de trabalho, urbanização, comunicação de massas, barulho e super-população. De acordo com Lipowski (68), os ambientes físico e social são relevantes para as relações psicossomáticas, de quatro maneiras: 1) como força de estímulo e entrada de informação; 2) como instigador de um pensamento dirigido à uma meta e ação; 3) como força de estímulo que possibilita percepções somáticas; e, 4) como força de fatores que alteram a função e estrutura cerebral e, permite capacidades adaptativas ao indivíduo. Como entrada de informações relevantes à doença psicossomática, ele estabelece, a consciência subjetiva e conteúdos inconscientes assim como, a quantidade, claridade e atratividade da informação experienciada pelo indivíduo.

Abordaremos, a seguir, o hipertireoidismo, foco central deste trabalho, quanto aos seus aspectos físicos e emocionais.

1.6. Hipertireoidismo

1.6.1. Papel da tireóide na regulação dos hormônios

A função da glândula tireóide é reguladora, para que a constância do metabolismo interno seja mantida.

Evidências anatômicas e funcionais obtidas, em animais e no homem, indicam uma estreita ligação funcional entre a glândula tireóide e a glândula pituitária. Recentemente, o clássico conceito de um eixo independente pituitária-tireóide, tem sido ampliado para acomodar a existência de uma natureza semelhante com respeito ao hipotálamo, levando ao conceito do complexo hipotálamo-pituitária-tireóide, cuja a função é modificada pelos altos centros no cérebro. Dados obtidos através de observações e experimentações endócrinas e neurofisiológicas evidenciam uma secreção feita pela pituitária de um estimulador da tireóide (TSH) e uma secreção realizada pelo hipotálamo de um estimulador da pituitária (TRH).

Não está claro que a regulação da secreção de TSH resulta de uma complexa interação, na qual o TRH age para estimular primeiro a liberação e, posteriormente, a síntese de TSH, enquanto os hormônios tireoidianos atuam para inibir estas funções (65).

A tireóide normal do adulto pesa em média cerca de 20 gramas. Consiste de dois lobos laterais, cada um com cerca de 2 a 2,5cm de largura; 2 a 2,5 cm de espessura; 4 cm de comprimento; e, um istmo de aproximadamente 0,5cm de espessura; 2cm de largura e 2cm de comprimento. Geralmente sofre atrofia em adultos e, raramente, é palpável (15).

1.6.2. Hipertireoidismo - Definição e Constituição

O termo hipertireoidismo refere-se a um complexo bioquímico e fisiológico que resulta quando os tecidos apresentam excesso de hormônio tireoidiano. A natureza das manifestações da tireotoxicose depende da severidade da síndrome, da idade do paciente e presença ou ausência de doenças em outros sistemas ou estados de deficiência.

O hipertireoidismo acarreta várias mudanças na pele. As mais características resultam da vaso dilatação cutânea e sudorese excessiva como parte de um estado circulatório hiperdinâmico.

As manifestações oculares parecem ser o resultado de uma aumento na atividade adrenérgica. As alterações cardíovasculares estão entre as mais importantes manifestações pois, o excesso de hormônio tireoidiano tem ação cardioestimuladora direta. A dispnéia, também, é um sintoma comum no hipertireoidismo. A capacidade vital é, comumente, reduzida. O aumento do apetite nas refeições e entre as refeições é comum no hipertireoidismo mas, o mecanismo através do qual isto ocorre é desconhecido. As alterações do sistema nervoso são manifestadas por nervosismo, labilidade emocional e hipercinesia (65).

Existe uma constituição característica, muitas vezes reconhecida nos pacientes portadores de hipertireoidismo, que pode influenciar alguns aspectos clínicos. A maioria destes pacientes, provavelmente, são de fácil diagnóstico. As queixas de nervosismo, intolerância ao calor, perda de peso (muitas vezes, apesar do apetite aumentado), sudorese, palpitações e diarreia

montam uma anamnese característica. Mesmo sem oftalmopatia, os sinais clínicos sustentadores constituídos pelo olhar fixo, espargamento palpebral, taquicardia, tremor nos dedos e na língua, além de pele quente e úmida, arman uma constelação diagnóstica inequívoca. É necessário admitir, que nem todo paciente apresenta o quadro completo, ocasionalmente, a fraqueza e a atrofia muscular podem ser tão extremas, a ponto de obscurecer ou, tornar comparativamente insignificantes os demais aspectos da doença (39).

A duração dos sintomas pode ser breve, como em poucos dias ou anos. Não é infrequente o paciente desconhecer sua doença e procurar o médico somente por pressão de amigos e familiares.

A idade inicial do aparecimento do hipertireoidismo tem sido descrita do nascimento até a velhice, com forte incidência nas terceiras e quartas décadas. A doença no nascimento tende a involuir entre a terceira e a sexta semana de existência mas, pode prolongar-se. A doença é rara antes dos cinco anos de idade e é, consideravelmente, menos comum, em crianças do que em adultos (63).

Todos os estudos sobre incidência sexual no hipertireoidismo mostram uma preponderância em mulheres. Jole, citado por Werner (63), revendo dados publicados em todo o mundo, achou uma média de 4.5 em mulheres, para 1.0 em homens. Há uma diferença significativa depois da idade dos 45 anos, de 3 para 1 nas mulheres e, antes da idade dos 8 anos, a incidência em meninos e meninas é quase a mesma.

A história familiar em 1/3 dos pacientes revela, quase sempre, que um ou mais de um dos seus familiares tenham ti-

do alguma forma de desordem na tireoide. A história pessoal é importante pois, a origem do stress emocional pode estar encoberta. O início dos sintomas é, geralmente, insidioso, entretanto uma investigação cuidadosa pode revelar a existência anterior de uma queixa mínima indicando seu desencadeamento (51).

1.6.3. Diagnóstico e Tratamento

Em termos de avaliação clínica dos pacientes com suspeita de disfunção tireoidiana, as anormalidades nos níveis dos hormônios como resultado de alterações na própria produção de hormônio tireoidiano (31).

Na dosagem hormonal, dois fatores principais determinam a concentração de hormônio circulante tireoidiano no homem. O primeiro é o nível de produção do hormônio e, o segundo, a concentração de proteínas séricas ligadoras do hormônio tireoidiano. A avaliação da função tireoidiana constitui, ainda, um processo complexo (31).

As quantificações das concentrações séricas de T_3 e T_4 são métodos diretos da avaliação da função tireoidiana, assim como a determinação da captação de iodo radioativo.

TABELA 1

Concentrações de T_3 e T_4 no soro humano medidas por Imuniensaios

(Média \pm D.P.) (31)

Pacientes	T_4 (μ g/100ml)	T_3 (ng/100ml)
adultos normais	7,6 \pm 1,3	111 \pm 23
adultos hipertireoidianos	20,6 \pm 4,8	478 \pm 226

Através da compreensão da fisiopatologia tireoidiana e do conhecimento do paciente, frequentemente, o tratamento do hipertireoidismo é individualizado.

Na maior parte dos casos mantêm-se, inicialmente, a redução do estado hipermetabólico com a utilização de drogas tionamídicas. Tal abordagem permite a observação do paciente e evita o tratamento ablativo desnecessário nos pacientes que podem ter a doença reversível. Do mesmo modo, os pacientes que necessitam de cirurgia, devem estar eutireoidianos na ocasião da mesma. Pacientes acima dos 40 anos de idade e aqueles que tomam a medicação irregularmente, podem ser tratados com iodo radioativo (15).

1.6.4. Hipertireoidismo - Fatores Emocionais

A literatura relacionada aos distúrbios mentais em pacientes com hipertireoidismo é, mais frequentemente, orientada para uma etiologia dos fatores emocionais.

A primeira descrição de tireotoxicose foi feita por Parry, em 1802, entretanto o bócio atóxico (alargamento a normal da glândula tireóide, geralmente, compensatório, pelo decréscimo de tiroxina, T_4) já era conhecido pelos antigos egípcios. Parry descreveu um total de somente 5 casos, em 36 anos, os quais comparados com a alta incidência dos últimos 20 anos, pode ser

usado como evidência a respeito de nossa complicada sociedade, em relação à hiperfunção da tireóide. Parry notou uma certa propensão a determinações mórbidas e, em mais de uma destas afecções, haviam chegado à loucura (18). De fato, Graves, em um artigo datado de 1834, chamou o hipertireoidismo de "afecções observadas na glândula tireóide em mulheres, com estreita ligação à palpi-tações e desencadeamento da histeria" (18).

Maranon (36), em 1921, destacou atenção ao fato de que o conflito emocional prolongado era uma evidência frequente no início da tireotoxicose. Quatro anos mais tarde, Lewis (32) descreveu que as tireotoxicoses eram uma forma exagerada de neurose de ansiedade¹. Ele, entretanto, baseou-se em uma teoria frágil, isto é, na relação filogenética do útero com a tireóide; enfatizou também, o simbolismo do crescimento da glândula, como verdadeira fantasia de gravidez.

Mittelman (45), em 1933, em um estudo com 60 pacientes, achou que suas atitudes emocionais mais importantes eram dirigidas para algumas situações ou pessoas da família. A ameaça contra a pessoa ou a sensação de ser ameaçada precipitava a tireotoxicose. Super-dependência dos pais, rejeição ou medo da rejeição dos pais, ideais dos pais, excessivamente, altos ou de-

1- Neurose de ansiedade - o conflito ou ameaça psíquica é representado pela experiência subjetiva de uma tensão desagradável e, de inquietação. Traduz-se, frequentemente, por reações físicas, tais como: aumento da frequência respiratória, hipertensão, etc...

veres sociais e morais; ansiedade histérica e distúrbios na relação com os pais foram apontados como as causas mais frequentes.

Conrad (13), em 1934, encontrou um grande número de pacientes tireotóxicos, com uma tendência comum, isto é, estas pessoas sentiam que não podiam relacionar-se bem com suas mães. Igualmente importante, era o que diz respeito ao sofrimento das mães, especialmente, em relação à gravidez e à infância desajustada. Um terceiro tema encontrado, foi o medo de não corresponder à mãe, de não aproximar-se de seus padrões, ou estar sendo criticado por ela. Outra importante variante foi o medo da desaprovação social. Benedek (5) discutiu o possível significado e etiológico das tendências agressivas dirigidas para a culpa e resultando em ansiedade. Ele relacionou a mútua dependência entre os distúrbios endócrinos e as mudanças emocionais.

Em 1935, Dunlap e Moersch (16) reviram o estado psicológico de 134 pacientes com hipertireoidismo e sintomas mentais. Entretanto, eles acharam que nenhum tipo de reação era, claramente, característica do hipertireoidismo. Brown e Gildea (7), em 1937, focalizaram como constitucional, no hipertireoidismo, um extremo sentimento de segurança pessoal, forte senso de responsabilidade e uma tendência a sofrer em silêncio.

Em 1946, Hare e Ritchey (22), descreveram dois casos de hipertireoidismo apático, em duas mulheres: uma de 55 anos e, outra de 42 anos de idade. Ambas tinham extrema apatia, desinterêsse, resignação e cansaço extremo. A resposta ao tratamento foi excelente. No ano seguinte, Ruesch e colaboradores (56) sugeriram que a hiperatividade da tireoide poderia ser uma resposta à necessidade de um aumento de funcionamento mental, requerido pelo stress crônico.

Em 1949, Lidz estudou 15 pacientes e enfatizou a importância da semelhança de seus achados aos dos investigadores anteriores e, destacou que, o trauma emocional, não era um rápido e simples acontecimento mas, envolvia a continuidade das relações interpessoais do paciente (33).

Ham, Alexander e Carmichael (23), em 1951, observaram 24 casos, revelando uma semelhança, estatisticamente, significativa entre as pressões exercidas sobre estas pessoas e suas reações conscientes ou inconscientes de adaptação. Estes autores, assim descreveram a dinâmica específica da tireotoxicose: frustração do desejo de dependência, segurança constantemente ameaçada (desde o início da vida: perigos de morte ou outras experiências estressantes), tentativas nulas e prematuras de se identificar com o objeto de dependência, esforços contínuos e prematuros para se manter e ajudar os outros. O esforço contínuo sobre a maturação, sobre o estado adulto e a autonomia constituem o estímulo afetivo crônico que, por intermédio das vias nervosas centrais, obrigaria a tireóide a esforços de longa duração e provocariam, clinicamente, a tireotoxicose.

Zondek, citado por Meng (43), em artigo escrito em 1953, relatou que os sintomas psíquicos, constituem uma grande parte do quadro clínico do hipertireoidismo. A maioria dos hipertireoidianos teriam a tendência à labilidade afetiva, que se exteriorizaria em hipersensibilidade e fluidez de idéias. Em certas circunstâncias, observou estados maníacos que alternavam com reações depressivas de humor. Às vezes, ocorriam reações de apatia e resignação associadas à uma forte tendência à diminuição do peso, muitas vezes difícil de diferenciar de outros estados, co-

mo por exemplo, a anorexia nervosa. Muitos doentes sofriam de estados de angústia e, na maioria das vezes, apresentavam tensa excitabilidade, facilidade para a troca de humor, pouca adaptação e capacidade de concentração, hiperatividade e facilidade para a fadiga. Não era raro, um certo traço histérico e uma vivência compulsiva. Relacionou o hipertireoidismo a certos abalos psíquicos agudos e a prolongados desenvolvimentos neuróticos da personalidade, sem destaque de uma situação clara e específica, na esfera do psiquismo.

Landelbroke e Wittkover (35), em 1955, estudaram 55 pacientes com hipertireoidismo, sob o ponto de vista médico e psicológico e, os compararam com pacientes, clinicamente, compensados. Marcantes diferenças foram encontradas na história familiar, desenvolvimento infantil e sexual e, distúrbios no ajustamento sexual. Kleinschmidt e colaboradores (30), no ano seguinte, estudaram 84 pacientes descompensados, com hipertireoidismo onde 83 foram submetidos a tratamento com iodo radioativo. Neste grupo, 8 eram esquizofrenicos, 9 eram borderlines, 22 tinham desordens do caráter e 45 apresentavam outros distúrbios emocionais. Dos 84 pacientes, 81 tinham evidências de problemas emocionais anteriores ao início do hipertireoidismo, sendo difícil determinar quais problemas foram causados pelo hipertireoidismo. Do ponto de vista clínico, as mais evidentes características foram os distúrbios afetivos, aumento da ansiedade, agressão destrutiva e depressão.

Quatro anos mais tarde, em 1960, Robbins e Vinson (55) tentaram determinar se a tireotoxicose era uma resposta característica de pacientes com um certo tipo de personalidade, pa-

ra um resultado psiquiátrico específico. Usando testes psicológicos objetivos, eles compararam pacientes tireotóxicos com eutireoidianos (normais) e observaram os efeitos do tratamento. Eles acharam que o papel da personalidade era sobredeterminado e que a tireotoxicose causava, provavelmente, um fenômeno emocional tóxico, o qual era determinado por acontecimentos da personalidade e padrões de experiência do paciente. Acharam, também, semelhanças definitivas com pacientes portadores de doenças cerebrais.

Em 1961, Burstein (9) reviu a associação da tireotoxicose com a psicose. Nesta revisão achou que em oito mil pacientes com início de psicose, dez tinham tireotoxicose. Desta- cou, deste modo, a disparidade na literatura concernente à incidência de quadros psicóticos em pacientes com tireotoxicose. Nesta mesma época, Wilson e colaboradores (66a), fornecendo altas doses de tri-iodotironina (T_3), em pessoas eutireoidianas, durante 3 dias, produziram sintomas afetivos semelhantes aos encontrados em pacientes com tireotoxicose. Michael e Gibbons (44) dois anos mais tarde, comentaram sobre as contradições na literatura, concernente ao assunto. Eles acreditavam que, os autores que notaram alta incidência, especialmente, de psicose nas tireotoxicoses, usaram um critério de diagnóstico mínimo e, isto pode ser comprovado pela experiência clínica em tireotoxicose, onde o comportamento psicótico, raramente, é visto.

Evidências de que o excesso de hormônio tireoidiano possa ter efeito neurofisiológico em pessoas "normais" baseia-se nas observações de Wilson e colaboradores (66b) que, em 1964, encontraram mudanças no eletroencefalograma (E.E.G.), em

peessoas normais, após três dias de exposição à tri-iodotironina (T_3). Nesta mesma época, Artunkal e Togrol (2) encontraram mudanças em pacientes tireotóxicos semelhantes àquelas ocorridas em pacientes com lesões bioquímicas em certas áreas do córtex.

Hermann e Quarton (23) investigaram, cuidadosamente, em 1965, pacientes com tireotóxicose e pacientes controlados e, não acharam suporte para a proposição de uma etiologia psicológica do hipertireoidismo. Uma investigação feita por Clower e colaboradores (11), em 1969, confirmou a raridade das associações entre psicose e tireotoxicose pois, somente 3 dos 3.011 pacientes psicóticos investigados tinham uma psicose associada à tireotóxicose. Neste mesmo ano, Whybrow e colaboradores (64), realizaram uma pesquisa envolvendo uma cuidadosa testagem psicológica que demonstrou distúrbios da função cognitiva e afetiva em pacientes portadores de tireotoxicose, que melhoraram com o tratamento clínico.

Em 1972, Olsen e colaboradores, investigando o hipertireoidismo clínico, acharam que o grau de anormalidade no eletroencefalograma (E.E.G.) está em relação direta com a severidade do hipertireoidismo nos estados agudos da doença (50). Neste mesmo ano, Mason, citado em Nello F? (42), referiu-se a respostas globais do sistema endócrino ao stress. Durante a fase aguda da experiência stressante há uma elevação de hormônios tireoidianos, enquanto que os níveis de hormônios sexuais caem. Anteriormente, em 1968, este mesmo pesquisador, já havia afirmado que os indutores físicos de stress eram muito menos importantes devendo-se levar em conta a ação dos estímulos emocionais atuando, ao mesmo tempo ou isoladamente (37a).

Uma das mais recentes investigações, nesta área, é a de McCrimmon e colaboradores (34), realizada em 1979, onde afirmam que as características dos pacientes tireotóxicos não são distinguíveis dos pacientes controlados, baseando-se na cognição ou nas características da personalidade, uma vez que o estado eutireoidiano seja alcançado. Entretanto, no estado agudo da doença, estes mesmos pacientes demonstraram evidências marcantes de distúrbios emocionais, menos marcantes de distúrbios cognitivos relacionados ao excesso de hormônio tireoidiano. Nestas investigações deuziram que as manifestações neuróticas ou características psicóticas, nas tireotóxicos não podem ser usadas para inferir um padrão de personalidade (34).

Em resumo, podemos admitir que esta disfunção tireoidiana, em sua fase aguda, tem influência na personalidade, no ajustamento à vida, nas relações familiares e na estabilidade emocional de seus portadores. Todas estas considerações, como também a complexidade do conceito de emoção suas implicações e atuações no ser humano como um todo, levaram-nos a elaborar a pesquisa a seguir, visando observar alguns aspectos básicos do problema.

2- OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1. Objetivo da Pesquisa

Como já descrevemos na fundamentação teórica, inúmeras perturbações somáticas podem ser desencadeadas por problemas emocionais.

Para Delay (14), nas manifestações somáticas haveria uma predisposição constitucional hipermeotiva que é acompanhada por uma estimulação neurovegetativa, com grandes reações vasomotoras, tendências a espasmos nos músculos e instabilidade geral nos ritmos biológicos.

Os estudos de Conrad (13), Ham, Alexander e Carmichael (21), Whybrow (64) MacCrimmon (34) e outros, demonstraram desde 1934, a presença do fator emocional no quadro de hipertireoidismo, mesmo que não havendo consenso quanto ao fator emocional ser o causador ou o resultante do estado patológico físico do indivíduo. De acordo com os estudos de MacCrimmon (34), as mulheres portadoras de hipertireoidismo apresentam significantes resultados na escala do EMPI, referentes à depressão, ansiedade e sensação de perda do controle psicológico. Além disto, há uma preponderância maior de conteúdos somáticos e ansiedade no grupo de mulheres com hipertireoidismo, do que no grupo controle.

A partir do atendimento ambulatorial de mulheres portadoras de hipertireoidismo, notamos que três fatores emocionais apareciam como constantes deste quadro orgânico - ansiedade, hostilidade e depressão. Surgiu então, a proposta deste estudo, com o objetivo de justificar, através da investigação científica, a presença ou não destes fatores emocionais no distúrbio tireoidiano e, a remissão destes fatores, juntamente com o controle e tratamento da disfunção.

É importante destacar que, apesar das inúmeras pesquisas referentes ao assunto, já publicadas através de informes científicos, é notório o pouco controle que os pesquisadores têm no que diz respeito à sua amostra, em relação à idade, escolaridade e nível sócio-econômico. Em nosso trabalho procuramos manter um controle adequado destas variáveis a fim de, tornarmos, tão uniforme, quanto possível, a linguagem, os desejos e as aspirações do grupo controle e do grupo portador de hipertireoidismo, no desempenho dos instrumentos selecionados para a avaliação dos dois grupos.

Propomos também, estudar 1) a importância do trauma como desencadeante da doença, de acordo com os estudos de Ruesch (56), Lidz (33), entre outros, seja este trauma de aparecimento imediato ou insidioso, sem abandonar a predisposição orgânica do indivíduo para certas disfunções; e, 2) a capacidade orgânica destas mulheres portadoras de hipertireoidismo, pressupõe-se, de acordo com os estudos de Mandelbroke (35) e Wittkower (63), que esteja alterada, sendo esta capacidade retomada, na fase de eutireoidismo ou seja, a pessoa compensada clinicamente.

Utilizamos como instrumentos: 1) uma entrevista composta de dados objetivos e subjetivos, com a finalidade de avaliar a história de vida da pessoa, seu relacionamento social, familiar, profissional e sexual; 2) o Teste de Holtzman, que é um método de avaliação projetiva da personalidade.

Foram levantadas as seguintes hipóteses:

A) Entrevista

1ª Hipótese - fatores traumáticos, referidos no questionário, presentes antes do desenvolvimento da doença.

2ª Hipótese - capacidade orgânica ausente ou alterada antes do tratamento do hipertireoidismo e, presente ou regularizada, após o tratamento.

B) Teste de Holtzman

1ª Hipótese - escores referentes à ansiedade, hostilidade e depressão aumentados antes do tratamento do hipertireoidismo

2ª Hipótese - escores iguais à população geral, referentes aos parâmetros ansiedade, hostilidade e depressão, após a remissão da doença.

2.2. Amostra

A) Foram selecionadas de um Serviço Ambulatorial especializado em Endocrinologia, 33 mulheres hipertireoidianas. A inclusão na amostra do grupo experimental se baseou nos critérios de : 1) faixa etária (entre 20 e 40 anos) (Tabela 2); 2) nível sócio econômico (baixo); e, 3) escolaridade (1º grau completo ou incompleto). Estado civil e atividade profissional foram dados heterogêneos na amostra (Tabela 3 e 4). Todas as pacientes tinham sido, previamente, diagnosticadas pela equipe médica do Instituto. Este diagnóstico foi realizado através do exame clínico e provas laboratoriais. A comprovação bioquímica foi feita através das provas funcionais de T_3 , T_4 e/ou TSH.

B) No grupo de controle foram selecionadas 30 mulheres, do Centro de Pesquisas Integradas à Mulher e à Criança, obedecendo os mesmos critérios etários do primeiro grupo (Tabela 2); 2) status sócio-econômico; e, 3) grau de instrução. Estado civil e atividade profissional, também foram dados heterogê-

neos desta amostra (Tabela 3 e 4). O diagnóstico de eutireoidismo foi realizado através dos exames clínico e laboratorial.

Foram excluídas do grupo as mulheres que não satisfaziam os seguintes critérios:

- 1- ausência de internações psiquiátricas
- 2- ausência de desajustamentos que levaram a um tratamento psicológico e/ou psiquiátrico
- 3- idade fora dos limites estabelecidos.

As tabelas 2, 3 e 4 referem-se aos 3 critérios para a seleção dos dois grupos.

TABELA 2

IDADE

	Grupo I	Grupo II
20 - 25 anos	33.3%	26.6%
26 - 30 anos	21.2%	16.6%
31 - 35 anos	27.2%	23.3%
36 - 40 anos	18.1%	33.3%

TABELA 3

ESTADO CIVIL

	Grupo I	Grupo II
Casada	57.5%	50.0%
Solteira	42.4%	20.0%
Amancelada		26.6%
Desquitada		3.3%

TABELA 4

PROFISSÃO

Tipos	Grupo I	Grupo II
Prencas do Lar	66.6%	53.3%
Comerciária	27.2%	20.0%
Costureira	3.0%	3.3%
Doméstica	3.0%	23.3%

2.3. Instrumentos2.3.1. Entrevista Inicial

Utilizamos os dados obtidos a partir de duas modalidades de entrevista, diretiva e não diretiva. A entrevista inicial foi elaborada a partir de roteiros de anamneses (48), roteiros de entrevistas realizadas com outros tipos de pacientes orgânicos (27), folha de fatos clínicos (23) e elaborações pessoais feitas a partir de entrevistas anteriores, não dirigidas, realizadas com pacientes portadoras de hipertireoidismo. Embora tivéssemos o roteiro padronizado para os dois grupos (ANEXO I - A e B), de modo a contarmos com normas objetivas para as comparações, deixamos que o indivíduo fôsse expondo, livremente, seus problemas, complementando, posteriormente, suas informações com fatos e datas que pudessem nos esclarecer a respeito de fatores que contribuíssem para o desencadeamento da doença.

A entrevista, com mulheres portadoras de hipertireoidismo (ANEXO -A), consta de uma primeira parte que aborda a evolução física e social do indivíduo, desde a infância até a idade adulta. Neste desenvolvimento procuramos destacar a sexua -

lidade e o relacionamento social, antes do desencadeamento da doença e, após o aparecimento do hipertireoidismo. Além dos aspectos anteriores, avaliamos os antecedentes patológicos de cada indivíduo, com o objetivo, também de verificar a predisposição hereditária para tal distúrbio orgânico. A segunda parte da entrevista aborda a evolução do hipertireoidismo, seu tratamento, sintomas apresentados antes da eclosão da doença e após o aparecimento desta, incluindo, também, uma avaliação do "nervosismo", queixa constante destas pacientes. A última parte da entrevista consta de uma avaliação dos fatos e pessoas importantes na vida destas mulheres, situações difíceis de serem resolvidas e o modo como foram tratadas estas situações.

A entrevista com mulheres sem disfunção tireoidiana (ANEXO-B), sofre modificações no que diz respeito à segunda parte da entrevista onde é feita uma avaliação da saúde, de um modo geral e, a razão pela qual procurou o Ambulatório do Centro de Pesquisas.

Os fatores a serem pesquisados na entrevista seriam o aparecimento de traumas antes do surgimento da doença, o relacionamento sexual social dos indivíduos portadores da disfunção tireoidiana. O período de surgimento da doença era estabelecido a partir das primeiras queixas referentes ao modo de perceber as alterações no seu corpo.

Algumas finalidades foram colocadas na entrevista. Uma delas seria o estabelecimento de um primeiro contato com os indivíduos antes da aplicação do teste de Holtzman, de modo a proporcionar um melhor conhecimento destes indivíduos. Outra finalidade seria a de poder ser usada como complemento dos resultados obtidos no teste de Holtzman, através das três variáveis

observadas neste teste. É importante também, verificar nas entrevistas individuais certas variações de comportamento

A duração das entrevistas variaram de acordo com o grau de comprometimento emocional do sujeito. Estas entrevistas tiveram a duração média de 50 minutos a 1 hora e trinta minutos.

2.3.2. Teste de Holtzman

O Teste de Holtzman é uma técnica resultante de pesquisas realizadas por Holtzman para suprir certas limitações psicométricas da técnica de Rorschach. As pessoas dão uma resposta para cada prancha, impressa com forma ambígua, constituída com borrões de tinta (54). Seu material de aplicação consiste em 45 pranchas manchadas, uma folha de registro e uma folha de resumo para a anotação do escore numérico de cada variável. Critérios severos foram construídos na formulação das suas variáveis.

Vinte e duas categorias são padronizadas e constituídas em : localização e espaço, que dizem respeito a partes particulares da prancha usadas pela pessoa na organização de respostas de figura-fundo; forma definida, forma apropriada, cor, textura e movimento, que se referem aos determinantes das respostas e, são estímulos característicos que tem o papel fundamental na formulação de conceitos. Cinco variáveis são usadas para classificação e quantificação dos conceitos : humano, animal, anatômico, sexual e abstrato. A qualidade do conteúdo das respostas é captada pelos escores de ansiedade, barreira, hostilidade, penetração e verbalização patognomônica. Cinco escores adicionais, que complementam o quadro das 22 variáveis são : integração, balanço, respostas populares, tempo de reação e rejeição. (25).

Baseado na análise destas variáveis, Holtzman dividiu-as em cinco fatores, agrupados de acordo com padrões de correlação. O fator I é definido pelas respostas de integração, movimento, conteúdo humano, respostas populares e forma definida. O fator II define-se pelas respostas de cor, textura e forma definida. O fator III é definido pelas respostas de verbalização patognomônica, ansiedade, hostilidade e movimento. O fator IV compreende as respostas de localização e forma apropriada. Finalmente, o fator V define-se pelas respostas de tempo de reação, rejeição e conteúdo animal. Entre estes cinco fatores, o que nos interessa, predominantemente, é o fator III onde estão localizadas as variáveis hostilidade e ansiedade. A combinação das variáveis definidas pelo fator III têm importância nos processos psicopatológicos do pensamento e distúrbios emocionais revelados na produção de fantasias. Outras variáveis que parecem ser significativas em relação ao fator III são as respostas de penetração e os cinco escores de conteúdo humano, anatômico, animal, sexual e abstrato (25). Em relação ao nosso estudo haveria um aumento de variáveis ansiedade, hostilidade e depressão durante o período de hipertireoidismo e, após sua remissão, estes resultados seriam semelhantes aos da população "normal". Para fins mais esclarecedores passaremos à descrição das três variáveis do teste de Holtzman abordadas em nosso estudo.

a) Ansiedade

O escore do conteúdo ansiedade é padronizado por Holtzman até o máximo de dois pontos na escala, tornando possível a variação na média dos escores entre 0 e 90. Muitos tipos de categorias de ansiedade têm sido descritos, embora, somente o escore numérico seja padronizado. Holtzman subdividiu a ansieda-

de em :

- Emoções ou atitudes expressas ou implícitas

Respostas que revelam sentimentos ou atitudes tais como: medo, desprazer, desconforto e pena são incluídas aqui.

- Comportamento expressivo

Algumas vezes, as fantasias revelam projeções de movimentos na percepção, que podem ser interpretados como sinais de ansiedade. O escore 2 é dado quando uma interpretação é, claramente, ansiosa (Ex: uma menina fugindo.). O escore 1 é usado quando o sinal de ansiedade é, de algum modo, encoberto e indireto, quanto ao seu significado (Ex: coelho correndo).

- Respostas simbólicas

O escore de simbolismo para os sinais de ansiedade representam algumas dificuldades. Embora, geralmente, reconheçamos que a ansiedade é uma manifestação simbólica, ela pode manifestar-se, de modo diferente, em cada indivíduo. O significado universal dos símbolos que manifestam o estado ansioso pode ser severamente questionado. Holtzman, entretanto, tentou ser bastante conservador no escore para interpretações simbólicas da ansiedade. O escore 2 é reservado, somente, para aquelas respostas que apresentam, claramente, um conteúdo ansioso em seu simbolismo (Ex: uma pessoa morta.). O escore 1 é usado quando o simbolismo é julgado presente mas, é encoberto, ou de natureza questionável (Ex: esqueleto ou carcaça de um animal).

- Estereótipos culturais de medo

Como no caso das respostas simbólicas, tratar certos estereótipos culturais como sinais de ansiedade universais é uma tarefa difícil. Sem dúvida, alguns conceitos de tais estereó-

tipos, principalmente, aqueles de escore 1 variam, consideravelmente, de uma subcultura para outra. O escore 2 é reservado para aqueles objetos ou animais que tem a propriedade de produzir medo, em um sentido mais amplo. Exporemos uma breve lista relativa a estes estereótipos.

Escore 1	Escore 2
- morcêgo	- vampiro
- explosão	- cobra
- ídolo	- aranha
- altar	- bruxa
- feiticeiro	- esqueleto humano
- máscara de guerra	- sangue
- castelo à noite	- explosão atômica
- edifício abandonado	- erupção vulcânica
- nuvens escuras	- furação
- fogo (no sentido destrutivo)	- ciclone
- templo	- escorpião
- diabo	- abutre
- vulcão	- cemitério
- monstro	- casa mal-assombrada
- esqueleto de animal	- fantasma

b) Hostilidade

O escore de hostilidade é baseado nos sinais simbólicos, explícitos e implícitos, de hostilidade nas respostas às pranchas. A escala de padronização do conteúdo hostilidade apresenta uma variação de até, no máximo, 3 pontos na escala.

Os escores podem ser mais elevados ou não, de acor-

do com a elaboração da percepção do indivíduo. Duas regras gerais são úteis. Uma, é que a hostilidade se desloca de expressões vagas ou simbólicas, para ações mais diretas e violentas, apresentando um aumento no escore. Outra regra, é que o objeto é envolvido na percepção, variando de objetos inanimados, a animais e seres humanos, aumentando a possibilidade de um maior escore para a hostilidade.

São designados como escore 1:

- animais predatórios ou hostis ao homem (Ex: jacarô)
- um elemento ou objeto de destruição e agressão percebido em um estado inativo (Ex: tanque, canhão, revólver).
- algo que não é considerado, normalmente, uma arma mas, que é capaz de ferir, cortar, etc... (Ex: barbeador, tesoura).
- partes da anatomia, vistas isoladas, que são capazes de ferir mas, que não são vistas como tal (Ex: chifres, garras).
- pessoas ou animais comendo
- figuras humanas ou animais espiando
- uma pessoa apontando ou um dedo apontando
- ser humano ou animal descrito como bravo, agressivo, perigoso (Ex: gato selvagem)
- fenômeno natural de natureza destrutiva
- órgão, animal ou ser humano dissecado (a ação ocorre no passado e é de algum modo impessoal)
- explosão ou fogo sem elaboração
- pessoas ou animais vistos em posições de tipo degradatório (Ex: homem todo encolhido)
- símbolo humano machucado (Ex: boneca quebrada)
- uma característica humana desfavorável (Ex: mulher infeliz)

- algum ferimento em inseto, incluindo morte (Ex: inseto esmagado)
- pessoa morta, sem implicação de morte violenta

São designados como escore 2:

- animal ou ser humano numa atividade agressiva (Ex: homens duelando)
- expressões abstratas de conflito direto ou agressão (Ex: o vermelho parece guerra)
- sangue, sem que exista conflito ou ação violenta entre dois animais
- morte de pessoa ou animal, exceto inseto, vista como mutilada, dilacerada, etc.
- violência sem demonstração de um elemento causal (Ex: mulher com a cabeça decapitada)

São designados como escore 3 a hostilidade direta entre animais ou pessoas vistas em ações violentas, com elaborações de golpes, ferimentos e ocorrência de mortes.

c) Depressão

As reações depressivas podem ser ativadas não só por perda ou fracasso pessoal mas, também, pelas mudanças na química do corpo ou fatores sociais (61). Por depressão entende-se, muitas vezes, apenas um estado contínuo de humor deprimido, sendo portanto, difícil de distinguir a depressão "doença", do abatimento observado em indivíduos sãos, numa determinada fase de suas vidas. Para diagnosticar depressão, apesar do Teste de Holtzman não ter este escore padronizado nos conteúdos das respostas às pranchas, Holtzman (25) pode observar dados relativos a este parâmetro. Tanto o tempo de reação para cada prancha, como

a rejeição das pranchas são elevados nos pacientes deprimidos revelando, provavelmente, uma abordagem apática e preocupada (42). Pessoas deprimidas tem, também, escores mais baixos, relativos à cõr, do que a média dos adultos normais, conforme recentes estudos com o teste de Rorschach (6).

O tempo de reação (RT) é definido como o tempo, em segundos, desde a apresentação da prancha até o início da resposta à mesma. Comentários, exclamações e outras reações à prancha são ignorados na marcação do tempo de reação. Se o sujeito rejeita a prancha, o tempo que a prancha é rejeitada deve ser aceito como o tempo de reação, também. O escore total é obtido somando os escores das 45 pranchas e dividindo o resultado por 45, para que deste modo possamos chegar à média. O total de pranchas rejeitadas pelo sujeito constitui seu escore de rejeição (25)

O escore de cõr baseia-se sobre a prikazia da cõr ou sua importância, na interpretação das pranchas incluindo, também, neste escore, o preto, o cinza e o branco, recusados como determinantes de cõr no teste de Rorschach. A importância da cõr como determinante pode variar em uma escala de 0 a 3, isto é:

- escore 0 - a cõr não é usada como determinante
- escore 1 - a cõr é usada de modo secundário, como uma elaboração da percepção relatada
- escore 2 - a cõr é usada como determinante primário, com alguma forma relacionada à resposta.
- escore 3 - a cõr é usada como determinante primário e não apresenta forma.

O escore total para cõr é obtido através da soma dos escores individuais das 45 pranchas. O escore total varia de

0 a 135 mas, a maioria dos resultados está em torno de 50 ou menos (25).

O uso do teste de Holtzman, em nosso trabalho, apresenta várias vantagens sobre as outras técnicas projetivas: 1) o número de respostas por indivíduo é, relativamente, constante, sendo permitido apenas uma resposta para cada prancha; 2) cada resposta pode ser dada por um estímulo independente, evitando a fragilidade inerente do Rorschach, onde todas as respostas são reunidas em uma prancha ou em diferentes pranchas; 3) uma rica variedade de estímulos são capazes de elicitarem muito mais informações do que as originais 10 pranchas do Rorschach; 4) este instrumento apresenta duas séries paralelas e, portanto pode ser usado para fins não só de testagem mas, também, de retestagem, de modo a permitir o controle do fator repetição do estímulo; e, 5) torna possível estudar as interações das variáveis nas pranchas, sem recair em distorções ou má interpretações.

2.4. Procedimento

Aos sujeitos, tanto do grupo portador de hipertireoidismo, quanto do grupo controle, foram aplicados, primeiro a entrevista e, depois, marcado em dia diferente, a aplicação do Teste de Holtzman, na sua forma A.

Em um período de nove meses a um ano, aproximadamente, os mesmos sujeitos, de ambos os grupos, foram reavaliados através da entrevista e do Teste de Holtzman, na sua forma B.

O espaço de nove meses a um ano, justifica-se como um período no qual as pacientes portadoras de hipertireoidismo

recuperariam, através do tratamento, as funções normais de sua tireóide.

3- RESULTADOS

3.1. Resultados obtidos na Entrevista InicialTABELA 5FATORES DESENCADEANTES NO HIPERTIREOIDISMO

FATORES	N	%
1- Doenças	2	6.06
2- Operações Cirúrgicas	0	-
3- Tratamentos Medicamentosos (Hormonioterapia)	2	6.06
4- Acidentes	0	-
5- Gestações	2	6.06
6- Tensão ou Trauma Emocional	20	60.60
7- Fatores desconhecidos	7	21.21
Total	33	

Na tabela acima as porcentagens mostram a frequência relativa de cada um dos fatores, possivelmente, desencadeantes do hipertireoidismo.

Além desta tabela que elucidada a importância da tensão ou trauma emocional, julgamos importante discriminar alguns tipos de acontecimentos que, segundo a maioria dos estudiosos da Medicina Psicossomática, desencadeariam doenças orgânicas incluindo-se nesta lista o hipertireoidismo.

TABELA 6

DISCRIMINAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE TRAUMAS EMOCIONAIS

Acontecimentos	Grupo I	Grupo II	χ^2	Diferença
Infância sacrificada com responsabilidades prematuras	14	13	0.033	N.S.
Morte ou perda de membros importantes na família durante a infância e adolescência	10	3	5.292	S.
Morte ou perda de membros importantes na família durante a idade adulta	12	10	0.00016	N.S.
Divórcio ou separação dos pais durante ou antes da adolescência	2	4	0.305	N.S.
Crises financeiras recentes	10	1	6.170	S.

* $\chi^2_{0.05(2), 1} = 3.841$

Tratando-se de frequências e, portanto, uma escala nominal, para avaliarmos se havia uma diferença, estatisticamente, significativa entre o Grupo I (hipertireoidismo) e o Grupo II ("normais"), empregamos o método estatístico não-paramétrico do Chi-quadrado. Visto que, estamos diante de duas categorias distintas, normais e hipertireoidianas e, dispomos de dados relativos à frequência de ocorrência de um fenômeno, trauma emocional, em cada uma destas categorias, justifica-se a utilização do teste do χ^2 .

TABELA 3

ANTECEDENTES FAMILIARES

Incidência de	Grupo I	Grupo II	χ^2	Diferença	
				0.05	0.1
Doença Mental	15	7	2.90	N.S.	S.
Deficiência Mental	4	2	0.663	N.S.	N.S.
Alcoolismo	15	8	2.13	N.S.	N.S.
Asma	15	7	2.90	N.S.	S.
Epilepsia	6	1	3.56	N.S.	S.
Diabetes	12	5	2.88	N.S.	S.
Obesidade	13	5	3.54	N.S.	S.

$$\chi^2_{0.05(1)} = 3.841$$

$$\chi^2_{0.1(1)} = 2.71$$

O uso do Chi-quadrado aplica-se nesta tabela, por estarmos trabalhando com frequências, em relação à ocorrência de determinados distúrbios, nas duas categorias em estudo.

TABELA 8

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NO HIPERTIREOIDISMO

a) Relacionamento interpessoal antes do hipertireoidismo e durante a fase hipertireoideia

Tipo	Antes	Durante	χ^2	Diferença
Satisfatório	25	19	0.818	N.S.
Não satisfatório	8	14	1.636	N.S.
Total	33	33		

$$\chi^2_{0.05(1)} = 3.841$$

b) Relacionamento interpessoal durante a fase de hipertireoidismo e depois do tratamento

Tipo	Durante	Depois	χ^2	Diferença
Satisfatório	19	10	2.792	N.S.
Não Satisfatório	14	1	11.266	S.
Total	33	11		

$$\chi^2_{0.05(1)} = 3.841$$

c) Relacionamento interpessoal antes do hipertireoidismo e após o tratamento.

Tipo	Antes	Depois	χ^2	Diferença
Satisfatório	25	10	6.428	S.
Não Satisfatório	8	1	5.44	S.
Total	33	11		

$$\chi^2_{0.05(1)} = 3.841$$

Para avaliarmos se havia diferença, estatística - mente significativa no relacionamento interpessoal, tanto o sa - tisfatório quanto o não satisfatório, antes do aparecimento do hipertireoidismo, durante a fase hipertireoídea e depois da com - pensação clínica desta doença, empregamos o método estatístico, não-paramétrico, Chi-quadrado. Este método foi aplicado uma vez que estavam em análise dados de frequência relativos à ocorrên - cia de um fenômeno.

TABELA 9

SATISFAÇÃO SEXUAL NO HIPERTIREOIDISMO

a) Satisfação sexual antes do hipertireoidismo e durante a fase de hipertireoidismo

Frequência	Antes	Durante	χ^2	Diferença
Sempre	13	8	1.19	N.S.
Geralmente	8	7	0.33	N.S.
Raramente	8	15	2.13	N.S.
Total	29	30		

$$\chi^2_{0.05(2)} = 5.991$$

Entre os sujeitos estudados na fase de hipertireoidismo, encontramos uma paciente que havia iniciado sua vida sexual nesta fase. Queremos destacar que, entre nossa população experimental, encontramos no grupo I (hipertireoideas) quatro pessoas que não puderam ser inseridas nesta avaliação por ainda não terem experiência sexual.

b) Satisfação sexual durante a fase de hipertireoidismo e após o tratamento

Frequência	Durante	Depois	χ^2	Diferença
Sempre	8	7	0.066	N.S.
Geralmente	7	1	6.25	S.
Raramente	15	2	9.940	S.
Total	30	10		

$$\chi^2_{0.05(2)} = 5.991$$

Na segunda fase da pesquisa tivemos os retorno de apenas 11 sujeitos do Grupo I. Entre eles encontramos uma paciente que ainda não havia iniciado sua vida sexual.

c) Satisfação sexual antes do hipertireoidismo e depois do tratamento

Frequência	Antes	Depois	χ^2	Diferença
Sempre	13	7	1.8	N.S.
Geralmente	8	1	5.442	N.S.
Raramente	8	2	3.6	N.S.
Total	29	10		

$$\chi^2_{0.05(2)} = 5.991$$

Da mesma forma que no estudo relativo ao relacionamento interpessoal, procuramos avaliar se haviam diferenças, estatisticamente, significativas da satisfação sexual nas frequências avaliadas antes do aparecimento do hipertireoidismo, durante a fase de descompensação tireoidiana e depois do tratamento clínico desta doença. Empregamos o método estatístico não-paramétrico, Chi-quadrado, uma vez que estávamos analisando apenas frequências e, este método é o mais indicado pelos bio-estatísticos (73).

3.2. Resultados obtidos no Teste de Holtzman

TABELA 10ANSIEDADE

- a) Média das respostas e cálculo do "t" de Student da variável ansiedade obtidas no Grupo I (1ª fase/hipertireoidismo) e Grupo II

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo II		
Ansiedade	6.48	7.83	0.972	N.S.

$$t_{0.05(2),62} = 1.999$$

- b) Média das respostas e cálculo do "t" de Student da variável ansiedade obtida no Grupo I (1ª fase/hipertireoidismo) e no Grupo I (2ª fase /eutireoidismo)

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo I		
Ansiedade	6.48	4.27	0.231	N.S.

$$t_{0.05(2),10} = 2.228$$

c) Média das respostas e cálculo do "t" de Student da variável ansiedade obtidas no grupo I (2ª fase/eutireoidismo) e no Grupo II

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo II		
Ansiedade	4.27	7.83	1.851	N.S.

$$t_{0.05(2),40} = 2.021$$

TABELA 11

HOSTILIDADE

a) Média das respostas e cálculo do "t" de Student da variável hostilidade obtidas no Grupo I (1ª fase/hipertireoidismo) e no Grupo II

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo II		
Hostilidade	10.666	11.866	0.764	N.S.

$$t_{0.05(2),62} = 1.999$$

b) Média das respostas e cálculo do "t" de Student da variável hostilidade obtidas no Grupo I (1ª fase/hipertireoidismo) e no Grupo I (2ª fase /eutireoidismo)

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo I		
Hostilidade	10.666	6.81	1.502	N.S.

$$t_{0.05(2), 10} = 2.228$$

c) Média das respostas e cálculo do "t" de Student da variável hostilidade no Grupo I (2ª fase /eutireoidismo) e no Grupo II.

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo II		
Hostilidade	6.81	11.866	2.320	S.

$$t_{0.05(2), 40} = 2.021$$

O parâmetro depressão foi avaliado através de três variáveis pertencentes ao Teste de Holtzman que são: tempo de reação, rejeição e côr.

TABELA 12

TEMPO DE REAÇÃO

a) Média das respostas e cálculo do "t" de Student da variável tempo de reação no Grupo I (1ª fase/hipertireoidismo) e no Grupo II

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo II		
Tempo de Reação	15.72	16.6	0.470	N.S.

$$t_{0.05(2), 62} = 1.999$$

b) Média das respostas e cálculo do "t" de Student da variável tempo de reação no Grupo I (1ª fase/hipertireoidismo) e no Grupo I (2ª fase /eutireoidismo)

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo I		
Tempo de Reação	15.72	15.27	0.382	N.S.

$$t_{0.05(2), 10} = 2.228$$

Achamos desnecessário para estas três variáveis relacionadas à depressão, compararmos os grupos I, na segunda fase com o II, devido à pouca relevância de seus dados.

TABELA 13

REJEIÇÃO

a) Média das respostas e cálculo do "t" de Student da variável rejeição no Grupo I (1ª fase/hipertireoidismo) e no Grupo II

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo II		
Rejeição	6.606	5.966	0.467	N.S.

$$t_{0.05(2),62} = 1.999$$

b) Média das respostas e cálculo do "t" de Student da variável rejeição no Grupo I (1ª fase/hipertireoidismo) e no Grupo I (2ª fase/eutireoidismo)

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo I		
Rejeição	6.606	6.0	0.371	N.S.

$$t_{0.05(2),10} = 2.228$$

TABELA 14

CÔR

a) Média das respostas e cálculo do "t" de Student da variável
côr no Grupo I (1ª fase/hipertireoidismo) e no Grupo II

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo II		
côr	3.939	3.433	0.36	N.S.

$$t_{0.05(2),62} = 1.999$$

b) Média das respostas e cálculo do "t" de Student da variável
côr no grupo I (1ª fase/hipertireoidismo) e no Grupo I (2ª fase/eutireoidismo)

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo I		
côr	3.939	3.363	0.675	N.S.

$$t_{0.05(2),10} = 2.228$$

Cumpre-nos apresentar uma variável do Teste de Holtzman, que não foi citada no desenvolvimento deste trabalho, pelo seu caráter indireto de avaliação na modificação da personalidade. Esta variável, penetração, apresentou uma diferença, estatisticamente, significativa que, posteriormente, será analisada, qualitativamente, junto com as demais variáveis.

TABELA 15

PENETRAÇÃO

a) Média das respostas e cálculo do "t" de Student da variável penetração no Grupo I (19 fase/hipertireoidismo) e no Grupo II

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo II		
Penetração	8.151	11.0	1.710	N.S.

$$t_{0.05(2),62} = 1.999$$

b) Média das respostas e cálculo do "t" de Student da variável penetração no Grupo I (1ª fase/hipertireoidismo) e no Grupo I (2ª fase /eutireoidismo)

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo I		
Penetração	8.151	5.18	2.978	S.

$$t_{0.05(2), 10} = 2.228$$

c) Média das respostas e cálculo do "t" da variável penetração no Grupo I (2ª fase/eutireoidismo) e no Grupo II

Teste de Holtzman	Média		"t"	Diferença
	Grupo I	Grupo II		
Penetração	5.18	11.0	2.470	S.

$$t_{0.05(2), 40} = 2.021$$

Para avaliarmos a existência ou não de diferenças, estatisticamente, significativas entre as médias do Grupo I em relação às médias do Grupo II, nos diferentes momentos da pesquisa e nas diferentes variáveis em estudo - ansiedade, hostilidade, depressão (tempo de reação, rejeição e côr) e penetração - foi empregado o teste "t" de Student.

Embora, não tivéssemos certeza de que os parâmetros em estudo se distribuíssem, de acordo com a curva normal, empregamos o teste "t", paramétrico, em lugar dos não-paramétricos (Mann-Whitney e Wilcoxon) porque ele é, suficientemente, confiável, mesmo quando existem desvios da normalidade e, além disto, tal teste é mais "robusto" do que os não-paramétricos. Segundo Edwards, citado por Aroldo Rodrigues, em seu livro "A Pesquisa Experimental em Psicologia e Educação" (página 108) "... podemos dizer que com base nas provas existentes, se temos duas amostras independentes e se N_1 é igual a N_2 , isto é, maior ou igual a 25, se tem verificado que o teste "t" é, relativamente, insensível às violações acentuadas acerca da normalidade da distribuição e da homogeneidade da variância."

4- DISCUSSÃO

4.1. Discussão referente aos resultados obtidos na Entrevista

O fator que desencadeia o hipertireoidismo é desconhecido. Distúrbios genéticos podem ser importantes, em muitas famílias, onde os irmãos desenvolvem este mesmo tipo de distúrbio.

O stress emocional tem sido considerado, amplamente, como desencadeador da tireotoxicose em alguns indivíduos que apresentam uma certa predisposição à esta doença. Uma das hipóteses baseia-se no fato de que impulsos do hipotálamo, influenciados pelo estímulo de outras áreas do cérebro levam a um excesso de liberação da tireotropina (65).

Os concomitantes emocionais da tireotoxicose tem sido discutidos, em detalhes, na literatura clínica e tem sido documentadas observações sobre o aparecimento da doença após um trauma emocional, sendo o seu aparecimento insidioso ou imediato (21).

Observações experimentais (32) demonstraram que o stress emocional pode estar associado à diferentes relações com o sistema de imunidade do organismo. Holmes, citado por Lewis (32), defende a tese de que a relação entre os acontecimentos geradores de tensão e a doença baseia-se no funcionamento do sistema imunitário do organismo. O medo, a agitação e o esforço são fatores capazes de enfraquecê-lo. Tais acontecimentos são, ainda, capazes de perturbar o equilíbrio emocional, afetando a produção hormonal.

É, entretanto, difícil determinar, com precisão, quando o hipertireoidismo se inicia em cada paciente, porque o curso de seu início é variável. Pode ter um início abrupto ou

lento e, além disto, pode envolver, espontaneamente. Os sintomas são variáveis e, devido a isto, o hipertireoidismo pode ter início, em muitos pacientes, sem o bôcio aparente ou sinais oftalmológicos.

A concomitância de circunstâncias precipitadoras, tais como cirurgias e gestações, tem sido destacadas no início da doença, em pessoas que possuem tal predisposição. No entanto, endocrinologistas de renome e, não somente, psiquiatras e psicanalistas, tem correlacionado o início da doença a eventos psicossociais, em mais de 50% dos pacientes portadores desta disfunção (63).

A hipótese de que o hipertireoidismo é desencadeado, na maior parte das vezes, por fatores emocionais, é confirmada em nosso trabalho, através da amostra de 33 mulheres portadoras da disfunção tireoidiana. No entanto, julgamos necessário comentar alguns dos resultados que obtivemos nas tabelas. O fato de termos colocado gestação em nossa tabela de fatores desencadeantes do hipertireoidismo deve-se ao fato de que, durante a gestação normal, a glândula tireóide torna-se aumentada e aumenta a sua atividade. Parece que a função específica da tireóide, quanto à estimulação prolongada, ocorre quando o corpo necessita de uma maior performance, isto é, em situações tais como no crescimento ou durante a gravidez (21). Principalmente, durante esta última situação, ocorrem mudanças na circulação dos hormônios da tireóide que podem afetar o seu funcionamento. Cerca de 40% de T_4 é convertido em T_3 na gestante e, além disto, o nível deste hormônio no feto é, marcadamente, elevado nos primeiros meses de gestação, decrescendo, gradualmente, no decorrer desta (8).

Conseguimos avaliar, estatisticamente, que tanto a gestação, quanto a hormonioterapia e doenças infecciosas têm uma relativa importância quanto à incidência do desencadeamento da disfunção tireoidiana. A concomitância de circunstâncias precipitadoras, tais como a cirurgia, acidentes e o início do hipertireoidismo, tem sido relatados como eventos a serem destacados nesta disfunção mas, que, estatisticamente, não foram relevantes.

Apresentaram certo destaque, os fatores desconhecidos desencadeando o hipertireoidismo, entretanto, gostaríamos de esclarecer que, talvez, em muitos dos casos, se a disponibilidade afetiva e temporal da paciente para a entrevista fôsse maior, teríamos chegado a um resultado mais objetivo.

Nosso trabalho e experientes endocrinologistas demonstraram existir, em mais de 50% dos pacientes portadores de hipertireoidismo, uma correlação entre disfunção tireoidiana e eventos psicossociais (63). Como vimos a explicação para as doenças psicossomáticas, de um modo geral, tem de ser distendidas, para que se possa incluir a influência da sociedade e, não só da emoção, caso a qualidade da explicação deseje ser satisfatória. Isto é, no desenvolvimento da discriminação de alguns fatores causadores de tensão emocional observamos que as crises financeiras, tipicamente, agravadas pela baixa renda de nossa amostra, ocorreram pouco antes do aparecimento do hipertireoidismo e, foram, estatisticamente, significativas em relação aos outros dados. Estas crises submeteram os indivíduos de nossa amostra, muitas vezes, a esforços físicos e humilhações sociais, além das suas capacidades de resistência emocional.

Os estudos psicanalíticos de Ham, no Instituto Psi-

canalítico de Chicago, evidenciaram no hipertireoidismo, a importância do medo, ansiedade, dependência marcante das imagens parentais e excesso de insegurança (21). No entanto, foram encontradas tendências opostas, visando assumir responsabilidades, aperfeiçoar sua maturidade, tornar-se independente e aprender a viver sem depender dos outros, segundo estudos realizados, posteriormente (33). O objetivo principal de Ham era estabelecer esquemas psicodinâmicos característicos destes pacientes. Uma análise minuciosa feita por este autor, revelou um modo psicodinâmico que parece ser comum a todos os hipertireóides, sejam eles do sexo feminino ou masculino. A segurança ameaçada da criança parece ser o foco central, ela é, frequentemente, ligada à uma angústia.

Deutsch, citado por Mello F9 (42), pensou que um órgão específico era sensibilizado, no início da vida, por um trauma e, por isto acompanhado de reação emocional (organo-neurose). A unidade psicossomática, então criada, achava-se, posteriormente, disponível para responder a vários conflitos. O conceito de doença de adaptação de Selye, enfatizou o papel do sistema hipófise-suprarenal, em sua reação ao stress, como sendo o responsável por várias doenças. O perfil específico da personalidade de Dunbar exprimia correlações estatísticas entre as doenças e os tipos de personalidade. Estudos posteriores, também, não confirmaram as hipóteses de Dunbar.

Franz Alexander, citado por Solomon (59), introduziu o conceito fundamental de "conflito psicodinâmico" subjacente (especificidade do conflito), onde haveriam relações específicas entre certas constelações emocionais e certas respostas fisiológicas. Os conflitos poderiam mudar no decorrer dos anos

e, deste modo, explicar-se-iam duas desordens psicofisiológicas em um mesmo paciente.

Além do trauma emocional, do perfil da personalidade e do conflito emocional, também, fatores constitucionais foram valorizados nos estudos de Hirsky (59) sobre a variabilidade individual de secreção cloridropéptica, em cada pessoa.

Stewart Wolf (59) foi o responsável por um novo enfoque, o das múltiplas forças convergindo no paciente "agora", incluindo forças biológicas, psicológicas, sociais, econômicas, hereditárias, familiares, ambientais, etc. Esta corrente enfatiza componentes etiológicos multifatoriais que integram e produzem alterações através de processos complexos fisiológicos e neuroquímicos.

Conrad (13) enfatizou, ainda, a frequência da perda da mãe na primeira infância, além disto, a intensidade da perda e a insegurança que a mesma causa. Desentendimentos entre os pais instabilidade emocional dos mesmos, abandono afetivo da criança pelo pai ou pela mãe, condições econômicas precárias, nascimento de uma outra criança, que nas famílias numerosas têm como resultado a negligência das outras crianças e, condições de vida adversas podem determinar o futuro desencadeamento de um problema psicossomático. A segurança ameaçada na infância é um elemento característico que se acha, frequentemente, nos doentes psicossomáticos. Entretanto, o que caracteriza o hipertireoideo é a sua atitude em relação à insegurança. Seus desejos de dependência são, frequentemente, frustrados, seja pela atitude dos pais, perda de um deles ou de ambos, por rejeição, ou por outros conflitos que levam a um sentimento de culpa. Como se acham frustra-

dos em seus desejos de dependência, iniciam uma desesperada identificação prematura com um de seus pais, frequentemente, com a figura materna.

Ruesch (56) também, do Instituto Psicanalítico de Chicago, descreveu que estes pacientes apresentam uma atitude protetora em relação a irmãos e irmãs mais novos. Em nosso trabalho tivemos a oportunidade de observar, no grupo protador de hipertireoidismo, casos em que as pacientes, durante a infância, além de terem perdido a mãe, tiveram que, prematuramente, não só assumir os cuidados da casa e dos irmãos mas, também, do próprio pai. Outras pacientes, perderam o pai e tornaram-se, devida à situação financeira e constitucional da família (por exemplo, ser a mais velha, a mais responsável), arrimos da família. A análise estatística destas situações em nosso trabalho, vêm confirmar as hipóteses da Escola de Medicina Psicossomática. No entanto, uma questão ainda fica sem resposta: Por que esta doença reage ao sentimento de insegurança através de esforços sucessivos para a maturação e, não para uma regressão? Poder-se-ia explicar que suas tentativas de dependência são, constantemente frustradas pelas circunstâncias, entretanto, isto não explica, plenamente, esta reação. É possível que esta disfunção tenha passado, anteriormente, por um período de adaptação satisfatória, provavelmente, na primeira infância, o que encorajaria suas tendências à independência.

O indivíduo em situação de conflito pode ter um "locus minor resistenciae", um ponto fraco constitucional ou adquirido, onde o conflito aproveita esta facilitação para somatizar-se.

A correspondência expressiva de cada órgão não é automática para um certo tipo de conflito. Cada órgão pode servir de via de somatizações, de tensões emocionais diversas e, por sua vez, cada conflito psíquico pode somatizar-se de diferentes modos em diferentes órgãos (48)

O corpo e seu bem estar tem conotações emotivas para as pessoas e, estas, se sentem perturbadas quando se produzem alterações na forma ou função corporal (3). Esta afirmação ficou bastante evidente quando analisamos a variável penetração no Teste de Holtzman, que se mostrou significativa, em ambos os grupos que apresentavam modificações corporais de caráter diferentes.

É importante ressaltar que, quando a capacidade de contrapor-se ao impacto fisiológico da doença não está, inteiramente, prejudicada aparecem reações secundárias com as quais o indivíduo tenta anular a ameaça de angústia. Quando o trauma precipita a doença orgânica, a personalidade pré-mórbida, o estilo emocional, o desenvolvimento temporal do trauma e sua gravidade desempenham importantes papéis (3). Em termos científicos, a personalidade pode ser definida como a organização dinâmica dos sistemas psicológicos do indivíduo, condicionando à adaptação específica deste ao meio. Em outras palavras, o critério determinante da personalidade é a maneira característica pela qual o ser humano reage, normalmente, às circunstâncias existenciais (12).

Muitas são as pacientes que tiram do estado de doença grandes satisfações, benefícios primários proporcionados pela afecção que, por outro lado, as faz sofrer. É fácil compreender porque em determinadas situações sócio-psicológicas a perpetuação da doença é preferível à aceitação de inconvenientes, relativamen-

te, menores, mas que, impõem obrigações e responsabilidades indesejadas. Outro fator importante é o benefício secundário da doença, como por exemplo, o seguro de invalidez, ou qualquer outra meta social que, poderá vir a aliar-se à esta situação psicológica privilegiada, podendo cronificar tais disfunções (57).

Como tivemos oportunidade de observar, na Tabela 7 de acordo com a maior parte dos autores estudiosos do assunto, paralelo às influências emocionais e sociais, existiria um fator hereditário, talvez uma predisposição ao desenvolvimento de doenças orgânicas, muitas delas chamadas de psicossomáticas. Na análise dos resultados, com um nível de confiabilidade de 0.1 encontramos nos fatores doença mental, asma, epilepsia, diabetes e obesidade, um nível significativo. Quando elevado a um nível de 0.05, portanto, um nível de maior precisão, os resultados passam a não ser significativos, estatisticamente. Este resultado nos leva a supor que, se não como fator importante, existiria, no entanto, a possibilidade de uma predisposição inata ao desenvolvimento de doenças psicossomáticas nestas pessoas.

Um aspecto significativo, é o fato de encontrarmos índices elevados de enfermidades mentais, doenças do aparelho respiratório e alcoolismo. No que diz respeito às doenças mentais, a maior parte delas, pode ser diagnosticada como esquizofrenia, pela descrição dos casos e necessidade de internações. As demais doenças, também puderam ser diagnosticadas através de descrições detalhadas e necessidade de tratamentos especializados.

Casos de diabetes e obesidade, de certo modo, obtiveram um certo destaque. Perlman (52) estudando 353 pacientes com hipertireoidismo, separou 292 com sinais indubitáveis de diabe-

tes, entre estes, 187 apresentaram história familiar de diabetes. Nossa porcentagem não chega a ser tão significativa, entretanto, podemos ficar alertas quanto a estreita correlação.

Na análise dos dados referentes aos antecedentes familiares parece existir um campo propício para a instalação de certas doenças nestas famílias. Os indivíduos interagem e expressam seus conflitos internos adoecendo.

Os dados obtidos no relacionamento interpessoal resultaram da auto-avaliação dos pacientes e da avaliação psicológica realizada através da entrevista. Procuramos observar a relação interpessoal, de um modo geral, em três períodos: antes do aparecimento da doença, durante a doença e após o seu tratamento.

A exploração do contexto familiar e interpessoal no qual o paciente encontra-se inserido é muito importante, principalmente, para o prognóstico do desenrolar do tratamento da disfunção orgânica. Não há ambiente saudável e estruturado onde existe um paciente psicossomático e, se antes o era, o enfermo o desorganiza, através das tensões que, de modo indireto e, silenciosamente, introduz, especialmente, quanto à centralização da atenção que exige, baseado em suas necessidades de gratificação como já havíamos mencionado nos trabalhos de Harry S. Sullivan (62).

Não é certo que o grupo familiar ou social cause a doença, entretanto, provê estímulos, mais ou menos, adequados e favorecedores da evolução da personalidade, elaborando de forma construtiva ou desintegradora a criação da saúde ou da doença. Em ambientes muito alienados crescem personalidades sãs, embora seja mais frequente e possível, que surjam doentes. Não existe cul-

pa mas, sim, causa e, esta é o resultado de uma estreita co-produção.

No processo de socialização a personalidade se desenvolve através da capacidade do indivíduo interagir em situações sociais através de influências sociais. A família como uma Instituição que transmite valores socioculturais e normas para o crescimento da criança é o centro destas considerações e, também fator fundamental para o desencadeamento do hipertireoidismo, como tivemos oportunidade de observar na tabela relativa a fatores desencadeantes da disfunção tireoidiana.

Conseguimos comprovar, estatisticamente, através da análise do Chi-quadrado, que ocorrem alterações nas relações interpessoais quando o indivíduo adocece, sejam estas relações familiares ou não. Observamos também, que, após o tratamento eficaz do hipertireoidismo, as relações se modificam tornando-se satisfatórias. Interessa-nos acrescentar que, no período descompensatório, a maior parte das queixas e dos problemas de relacionamento disseram respeito aos estados de tensão, fadiga e pouca tolerância em que estas pessoas se encontravam, prejudicando sua inserção no meio social. Devemos recordar, entretanto, que o início da doença e sua descoberta pelo paciente podem precipitar mudanças em outros membros da família, sejam elas emocionais ou orgânicas (41) que, conseqüentemente, também causarão problemas no relacionamento interpessoal.

A sexualidade dos sujeitos da amostra foi investigada no que diz respeito à frigidez, nos três períodos compreendidos em : antes do aparecimento do hipertireoidismo, durante a disfunção e, após o tratamento, seguido a um estado eutireoidia-

no.

Uma das dificuldades avaliatórias deste parâmetro é que não são obtidos, facilmente, indicadores fisiológicos de orgasmo nas mulheres, facilmente, como ocorre nos homens. Além disto, os esforços para chegar à uma definição objetiva da frigidez, depende do julgamento subjetivo da pessoa envolvida (67). O estado de frigidez foi considerado quando a mulher sentia desprazer na relação sexual, constante desconforto na relação sexual, dor durante a relação sexual, sem evidencia orgânica) ou inabilidade básica em experimentar a excitação sexual e o orgasmo (38).

É interessante acrescentar que, segundo Masters e Johnson (38), a disfunção sexual é acentuada por níveis específicos de privação sensorial que tem origem no temor e na apreensão de situações sexuais, negação da identidade sexual, rejeição do cônjuge ou da circunstância de um encontro sexual ou, falta de percepção sexual, muitas vezes, originalmente, perdida por fadiga emocional ou física, ou por preocupação. Estes focos sensoriais podem também, terem sido negados ou rejeitados como parte da sexualidade, por atitudes predominantes ou traumas psicossociais.

Segundo Helen Kaplan (28), as respostas sexuais das mulheres são pouco menos vulneráveis ao dano pela idade, por drogas e por doenças do que as respostas dos homens. A perda do interesse geral na sexualidade ou da responsividade sexual, nas mulheres, pode refletir, assim como, nos homens, doenças debilitantes subjacentes, fadiga, depressão ou uso e abuso de certas drogas. Estados hormonais flutuantes também, podem influenciar, prejudicialmente, o funcionamento sexual feminino. A perda do interesse sexual é um sinal de doenças debilitantes gerais; estas

condições diminuem o interesse sexual, não apenas por seus efeitos psicológicos mas, provavelmente, pelos efeitos hormonais. A tensão de uma pessoa influencia o hipotálamo que responde fazendo com que a hipófise diminua a produção de FSH e LH (hormônio folículo estimulante e hormônio luteinizante). Presumivelmente, há uma debilitação dos centros sexuais no cérebro que se reflete no enfraquecimento da libido e diminuição da resposta sexual. Os centros inferiores do sistema nervoso central, para muitos reflexos, inclusive os das respostas sexuais, estão localizados na medula espinhal ou no tronco encefálico. Entretanto, aparece um elaborado super-sistema de centros superiores localizados no mesencéfalo, no córtex límbico e nos núcleos subcorticais, para modificarem e governarem estes reflexos. Estas interessantes relações psicossomáticas são, ao mesmo tempo, hipotéticas e, ainda estão por serem, sistematicamente, estudadas.

A interação entre as desordens físicas e o comportamento sexual é complexa e dependente dos efeitos físicos e características psicológicas do indivíduo. A mesma disfunção orgânica pode ter inúmeros efeitos diferentes sobre os sujeitos, dependendo da sua história sexual progressiva, sua relação com o parceiro e a integração do seu Ego. Em geral, se uma pessoa vinha tendo uma vida sexual ativa, bem sucedida anterior à doença, se tem relações seguras, francas e amorosas com o parceiro, se tem resistência psíquica suficiente para reagir, construtivamente, à frustração, sua capacidade não será alterada pelo que é imposto pela enfermidade. Nos pacientes vulneráveis, de vários modos, as incapacidades e as desordens podem multiplicar-se (28).

Através da análise estatística dos dados obtidos

referentes a este parâmetro, tivemos oportunidade de observar variações importantes quanto à capacidade orgâsmica, no período anterior à eclosão da doença, onde já poderíamos supor, de certo modo, variações hormonais e psicológicas atuando sobre o indivíduo e o seu modo de relacionar-se e, em relação ao período compensatório ou, de eutireoidismo, onde os indivíduos parecem ter recuperado, de certo modo, sua capacidade orgâsmica e, alguns a terem conseguido pela primeira vez.

Observamos, quanto ao relacionamento interpessoal na relação sexual que, apesar de algumas pacientes estarem física (fadiga, dores nos membros inferiores, etc) e psicologicamente impossibilitadas de obterem o orgasmo, muitas vezes, eram pouco estimuladas pelos parceiros, que visavam, primeiramente, a satisfação de suas necessidades sexuais, sem se preocuparem com a parceira. Outros casos, demonstraram estados depressivos, sendo o sexo, algo muito afastado de suas mentes. A perda do interesse sexual e dificuldades de serem seduzidas e excitadas são também, fatores que contribuíram para este tipo de disfunção orgâsmica.

4.2. Discussão referente aos resultados obtidos no Teste de Holtzman

O Teste de Holtzman realizado em 33 pacientes hipertireóideas e 30 mulheres, sem disfunção tireoidiana, permitiram-nos concluir em que medida a ansiedade, a hostilidade e a depressão podem ser fatores desencadeados pela doença e, que após a remissão da mesma, quais alterações teriam um resultado diferente ou significativo.

Os dados obtidos não contêm todos os níveis da personalidade das pacientes mas, apenas fatores restritos, tendo sido usado este método, pela possibilidade de nos fornecer dados objetivos, mensuráveis.

A ansiedade é sempre decorrência de uma situação conflitiva que pode ser, parcial ou, totalmente inconsciente. Tais conflitos podem se dar entre o indivíduo e o meio ambiente (conflitos externos, mais conscientes ou menos profundos) ou, entre partes da própria personalidade (conflitos internos, mais inconscientes, mais inacessíveis). Podemos dizer que os conflitos externos são tão mais patogênicos quanto mais intensificam os conflitos do nosso mundo interno, gerados ao longo do nosso desenvolvimento. Este mundo interno é formado pela assimilação de nossas experiências vitais, onde são representadas, figuras que tiveram mais significação em nosso passado (24).

Harry Sullivan (62d) acredita que a ansiedade é um processo destrutivo que interfere na consciência do que acontece numa dada situação, em relação à compreensão e à ação efetiva.

A ansiedade foi diferenciada de outros estados afetivos desprazerosos como raiva, tristeza ou aborrecimento, pela combinação de qualidades fenomenológicas e fisiológicas. A ansiedade é mais usada, em um sentido empírico, para denotar uma reação complexa, isto é, um estado transitório ou uma condição do organismo, que varia em intensidade e flutua sobre o tempo (24).

O termo ansiedade é usado, mais comumente, pela Psicologia Contemporânea e, também, neste trabalho, para descrever um visível estado emocional transitório ou condição caracterizada por sentimentos de tensão e apreensão, além de uma eleva-

da atividade do sistema nervoso autônomo (24). Numa visão mais ampla e profunda da Medicina Psicossomática, a ansiedade é a vaga sensação de que algo desagradável está para acontecer. Esta apreensão é acompanhada por tensão, agitação e sensação de que algo deve ser feito. Os indivíduos ansiosos, geralmente, referem sensações desagradáveis em seus organismos. A ansiedade, frequentemente, torna o indivíduo super-alerta, irritável e inseguro. A sua função sexual e seu interesse sexual estão, geralmente, prejudicados (59).

A ansiedade tem seus concomitantes somáticos e, pode manifestar-se através deles, sendo então, em termos psíquicos, inconsciente. Esta ansiedade inconsciente é uma das energias geradoras básicas dos sintomas psicossomáticos e, é por este caráter inconsciente que busca a via de expressão corporal (24).

Algumas manifestações somáticas comuns da ansiedade são as seguintes (59):

- 1- perspiração excessiva
- 2- tensão da musculatura esquelética
- 3- respiração ofegante
- 4- síndrome de hiper-ventilação
- 5- alterações gastro-intestinais funcionais
- 6- irritabilidade cárdio-vascular
- 7- disfunção genito-urinária

Deste modo, apoiados nos dados, anteriormente, descritos sobre manifestações somáticas da ansiedade e nos resultados de nossa pesquisa, podemos concluir que, com relação à variável ansiedade, o hipertireoidismo, pode ser considerado como um processo que mimetiza a reação de ansiedade e, até que estejam

disponíveis os testes laboratoriais das funções tireoidianas, os dois processos podem ser confundidos. Tivemos oportunidade de observar através dos resultados do Teste de Holtzman que, a ansiedade nos indivíduos portadores de hipertireoidismo usa como via de expressão o organismo, adoecendo-o. Assim sendo, constatamos que os resultados não obtiveram diferenças, estatisticamente, significativas nos dois grupos aplicados, isto é, nas mulheres portadoras de hipertireoidismo e nas mulheres sem disfunção tireoidiana, ou seja "normais". Mesmo após o tratamento, não houve diferença, estatisticamente, significativa, nas mulheres portadoras de hipertireoidismo e, as mesmas em condições eutireoidianas. O mesmo resultado pode ser afirmado com relação às mulheres "normais", sem disfunção tireoidiana e, as mulheres, anteriormente, portadoras de hipertireoidismo, já compensadas clínica e laboratorialmente.

Ao finalizarmos a análise deste parâmetro, gostaríamos de esclarecer que não consideramos conclusivo que a ansiedade nas mulheres hipertireoidianas, em comparação com mulheres sem disfunção tireoidiana, sem diferença, estatisticamente, significativa, seja um resultado, possivelmente comum à todas as técnicas projetivas. Talvez um teste mais específico e, conseqüentemente, mais sensível a este parâmetro possa apresentar resultados diferentes dos encontrados em nossa pesquisa.

A hostilidade é um termo usado nos mais diferentes sentidos. Hostilidade é uma palavra que todos conhecem mas, que, não obstante, é difícil de definir pois, abrange um círculo muito amplo do comportamento humano (61). Poderíamos definir a hostilidade como qualquer seqüência comportamental em que o resulta-

do é injurioso para a pessoa à qual está dirigida (61). Um ponto importante é que o corpo contém um sistema físico-químico que é coordenado e favorece às emoções e às ações que chamamos hostis ou agressivas. Este sistema é, facilmente, colocado em ação pelos estímulos de ameaça e, também, de frustração. A dependência e a hostilidade estão intimamente ligadas. Segundo Storr (61) quanto mais uma pessoa permanece dependente da outra, mais hostilidade latente ela terá dentro de si. Segundo Cohen e Ballint, citados por Pollitt (53), a raiva e a amargura observadas, muitas vezes, em pacientes orgânicos, pode ser consequência de seu estado. As sensações de frustração e sofrimento, deste modo, conduzem a sentimentos de raiva, amargura e desejo de atacar e destruir os fatores responsáveis, desconhecidos, pelo seu sofrimento. Sendo assim, na avaliação da hostilidade é importante, não só o resultado psicométrico mas, também, os relatos do paciente a respeito de sua maneira de agir, na tentativa de identificar o que poderia ser dividido em dois tipos, segundo Pollitt (53): hostilidade para dentro, que seria dirigida contra si mesmo; e, hostilidade para fora, dirigida para o exterior.

No caso do hipertireoidismo, o levantamento estatístico realizado em nosso trabalho, permitiu-nos concluir, em uma primeira etapa, que não houve diferença, estatisticamente, significativa da variável hostilidade nos grupos de mulheres portadoras de hipertireoidismo e nas mulheres consideradas "normais", ou seja, sem disfunção tireoidiana.

Podemos supor, de acordo com as teorias da Escola de Medicina Psicossomática, que a hostilidade nos indivíduos portadores de hipertireoidismo estaria mais dirigida contra o seu

corpo, enquanto que, o mesmo parâmetro, avaliado no grupo de sujeitos sem disfunção tireoidiana ou "normais", canalizaria a hostilidade para o exterior.

Em uma segunda etapa da avaliação estatística, observamos uma pequena diferença, estatisticamente, significativa, quanto aos dois grupos, isto é, mulheres sem disfunção tireoidiana e as mulheres portadoras, anteriormente de hipertireoidismo, agora, em fase de eutireoidismo. Tal resultado permitiu-nos concluir que devido ao tratamento da disfunção, houve uma consequente diminuição da hostilidade voltada para o organismo.

Como já mencionamos, "por depressão entende-se muitas vezes, apenas um estado contínuo de humor deprimido, sendo portanto, difícil de distinguir a depressão doença, do abatimento observado em indivíduos sãos". A depressão é, comumente, um elemento significativo e um importante foco do esforço terapêutico.

As reações depressivas podem ser ativadas, não só por perda ou fracasso de tipo pessoal mas, também, pelas mudanças na química do corpo (6). Quase todos os seres humanos experimentam infelicidade, tristeza, depressão, desencorajamento, medo ou estado de tensão sendo, frequentemente, confundidos com pacientes stressados. Esta familiaridade, às vezes fornece dificuldades na compreensão clínica e no diagnóstico diferencial, por causa das obscuras áreas de limite entre o "normal" e o "patológico".

Doenças físicas, sub-clínicas ou, bem estabelecidas podem ser acompanhadas por sintomas depressivos nítidos,. O diagnóstico de depressão é fácil, quando o paciente compreende que está deprimido e fala francamente. A dificuldade ocorre quando os sintomas do paciente são, predominantemente, físicos.

Quando a depressão se manifesta, especialmente, através dos sintomas físicos, seus mais comuns indicadores são constituídos por dor, insônia, anorexia e cansaço fácil. Várias outras queixas somáticas ocorrem na depressão, principalmente, dores de origem obscura, sintomas gastro-intestinais, irregularidades menstruais e todo um conjunto de alterações psicofisiológicas. Além disto, o desinterêsse e a incapacidade sexual constituem um sintoma clássico (59).

A depressão leve manifesta-se, principalmente, através da perda do interêsse por assuntos corriqueiros da vida, a espontaneidade desaparece e, o indivíduo não se sente, fisicamente doente porêa, não se sente bem e confortável. Um indivíduo com depressão leve realiza seu trabalho, cumpre suas obrigações e parece normal aos que o cercam. No entanto, para o indivíduo e para as pessoas de sua relação mais íntima, algo se modificou.

Nos casos de depressão mais severa, o paciente apresenta-se francamente desanimado ou, sente-se, fisicamente, doente, ou ambos. Apresenta-se triste, inútil, inseguro e despojado de auto-estima. Seu pensamento, fala e movimento podem ser lentos ou poderá apresentar-se tenso, super-vigilante e irrequieto. O paciente deprimido, agitado, normalmente, queixa-se acerca de dores vagas, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa. Entre os numerosos sintomas físicos que apresenta, a insônia é a mais evidente.

Entre as síndromes médicas nas quais a depressão ocorre, podemos destacar, particularmente, o hipertireoidismo, segundo Burrows (6). Pesquisas usando técnicas neuroendócrinas e psicofisiológicas têm demonstrado que a depressão e a ansiedade podem afetar o estado geral do organismo, através de altera-

ções endócrinas, gastro-intestinais e do sistema nervoso autônomo, além da regulação do sono, apetite, atenção e libido, como já mencionamos (8).

Devido aos resultados obtidos na análise estatística das variáveis rejeição, tempo de reação e cõr, tivemos a oportunidade de observar que todos eles não apresentam diferenças significantes nos dois grupos. Conseqüentemente, chegamos à conclusão de que a literatura concernente ao assunto - hipertireoidismo e depressão - não poderia ser refutada pois, através da entrevista inicial, grande parte das pacientes portadoras de hipertireoidismo queixavam-se de frequentes crises de choro, sem um significado específico, além de um estado de astenia que não lhes permitia desempenhar tarefas domésticas, fossem elas pesadas ou não.

Neste sentido, queremos deixar claro que, nesta técnica projetiva e com este grupo de mulheres portadoras de hipertireoidismo e mulheres sem disfunção tireoidiana, não houve possibilidade de comprovar esta sintomatologia, tão evidente na entrevista inicial e nos escritos referentes ao assunto.

A partir dos dados estatísticos avaliados em nosso trabalho, resolvemos incluir o parâmetro penetração, devido à sua significância numérica.

O escore penetração avaliado pelo Teste de Koltzman mede a penetrabilidade dos limites do corpo. Não há dúvidas de que a imagem corporal em indivíduos "normais" seja sempre evidenciada nas suas experiências cotidianas e, que elas tenham um papel importante na cultura como um todo. O indivíduo altera a imagem de si mesmo em cada nova postura e mudança de lugar. O indivíduo também, percebe o seu corpo, diferentemente, de acordo com os padrões de variação do tônus muscular.

Freud e outros autores de tradição psicanalítica, fizeram consideráveis esforços para integrar os constructos de imagem corporal em seus sistemas teóricos. Em seus escritos, Freud colocou ênfase sobre a imagem corporal, de modo explícito e implícito. Seu interêsse tornou-se claro, neste conceito, quando ele modificou seu foco das variáveis instintuais para as variáveis organizacionais, influenciando no desenvolvimento do indivíduo. A imagem corporal, para Freud, era outro meio de descrever como o organismo, inicialmente, indiferenciado desenvolvia uma estrutura organizacional. Segundo Fisher e Cleveland (17) eles viam a imagem corporal como fundamental para o desenvolvimento do Ego. Posteriormente, Joan Rivière (17), citado por Fisher e Cleveland, acrescentou que o Ego é derivado de sensações corporais, principalmente, daquelas que aparecem na superfície do corpo.

Cleveland (17), em 1960 registrou significantes mudanças no escore de penetração em pacientes esquizofrênicos após uma desorganização aguda. Mc Connel e Daston (17) relacionaram significantes mudanças no escore de penetração em mulheres grávidas, nos períodos de pré e pós parto. Keitman e Cleveland (17) em 1964, descobriram o surpreendente fato de que os escores de barreira e penetração achavam-se alterados em neuróticos e pacientes esquizofrênicos, durante experiências de isolamento sensorial. Além disto, estas alterações eram acompanhadas por mudanças nos limites e conceitos do próprio corpo. É atualmente mais correto dizer que o escore de penetração está relacionado com as mudanças do corpo. O escore de penetração parece ser mais sensível para condições situacionais imediatas. Aparentemente, flutuações nos limites funcionam como indicadores de certos tip

pos de modificações no indivíduo.

Altos escores de penetração resultam de uma série especial de fantasias. Grande número de respostas de penetração relacionam-se com deterioração e violação dos limites do corpo. Estas respostas são únicas em frequência, em sua qualidade disruptiva e no primitivo e descontrolado sentimento que elas dizem respeito (17).

Em nosso trabalho tivemos a oportunidade de observar que, quanto à comparação entre os dois grupos, mulheres portadoras de hipertireoidismo e mulheres normais, ou seja, sem disfunção tireoidiana, não houve diferença significativa. No entanto, cumpre-nos esclarecer que, na fase compensatória, ou de eutireoidismo das mulheres do grupo I, esta média diminui, apresentando uma diferença, estatisticamente significativa, tanto quanto ao mesmo grupo, na fase de hipertireoidismo, quanto ao grupo II. Além disto, esta nova média, orienta-nos à uma avaliação diferente dos resultados, no que diz respeito a este parâmetro.

A partir destes dados, podemos concluir que na fase de hipertireoidismo, as pacientes sentiam as mudanças em seu corpo e, além disto, apresentavam fantasias evidentes de deterioração e violação dos limites do seu corpo, devido à doença que nele se instalava. De modo semelhante, poderíamos explicar o alto índice de respostas de penetração no grupo II. Podemos supor que tal resultado diria respeito ao fato de que a maior parte das mulheres avaliadas, compareceram ao Centro de Estudos, com o propósito de colocar um diafragma interno (DIU), como método de controle de sua fecundidade. Deste modo, um alto índice de penetração estaria relacionado à própria violação do corpo através do

método anti-conceptivo.

Quanto aos aspectos dos benefícios da doença, gostaríamos de salientar um dos problemas que tivemos no decorrer deste trabalho, que foi, o não comparecimento das mulheres portadoras de hipertireoidismo para a reavaliação médica e revisão do seu tratamento. Cerca de 66.6% das pacientes portadoras de hipertireoidismo não foram submetidas à reavaliação, devido ao fato de não haverem conseguido atingir o estado de eutireoidismo, no período de dois anos, ou não terem comparecido ao Hospital.

5- CONCLUSÕES

A proposta de ampliação do modelo sobre a enfermidade, hipertireoidismo, deve-se ao fato desta enfermidade ser conhecida pela maioria dos especialistas, como quase que exclusivamente no plano biológico, físico-químico ou molecular, com pouca ênfase ou, apenas descrevendo o psicológico e o social. O modo como esta pessoa adoece e o seu simbolismo em torno da doença é pouco importante para a maioria dos especialistas, que esquecem ou desconhecem que, o simbolismo é algo tão universal no comportamento humano que é prematuro excluí-lo dos estados fisiológicos ou patológicos filiados aos processos vitais.

Nós nos propomos a demonstrar que os sintomas das doenças podem ser compreendidos como respostas ao organismo às primeiras experiências do desenvolvimento. Deste modo, a glândula tireoide é, apenas, um elo efetuator na cadeia de eventos fisiológicos. Mas, especificamente, a resposta fisiológica pode ser bem compreendida, no hipertireoidismo, através das funções da glândula tireoide, afetada por fatores psicológicos específicos (21).

Observamos, no decorrer deste trabalho importantes modificações que ocorrem na existência do indivíduo ao se tornar portador deste tipo de disfunção orgânica. Conseguimos comprovar através da análise qualitativa da entrevista realizada com pacientes hipertireoideas e após o seu tratamento clínico, modificações, estatisticamente significantes, no que diz respeito ao relacionamento interpessoal destas pessoas, que após o tratamento da doença, reintegraram-se ou integraram-se de modo satisfatório ao seu meio social.

Igualmente significantes foram as conclusões relativas à importância do trauma como fator desencadeante das tireo-

toxicoses. Comprovando a teoria da Escola de Medicina Psicossomática de Chicago, obtivemos resultados, mais estatisticamente significativos quanto à incidência de morte ou perda de membros importantes na família, durante a infância e adolescência, assim como, crises financeiras ocorridas pouco tempo antes do aparecimento da doença.

Outro ponto importante a ser salientado foi o estudo e a avaliação da sexualidade destas mulheres no que diz respeito à capacidade orgânica e doença orgânica, em um nível sócio-econômico e cultural, que já se torna por ele mesmo, tão desprivilegiado e abandonado no campo das pesquisas sexuais. Muitas mulheres portadoras de hipertireoidismo, antes do tratamento e disfunção orgânica, do tipo frigidez, apresentaram uma diferença, estatisticamente, significativa após o tratamento do hipertireoidismo, quanto à obtenção da capacidade orgânica nas suas relações sexuais.

Cumpre-nos acrescentar que, quanto ao trabalho que nos propusemos a desenvolver, o uso do teste de Holtzman, apesar de ser uma técnica projetiva, complementou e elucidou uma série de propostas associadas às teorias psicossomáticas, quanto ao aparecimento e desenvolvimento da doença orgânica no indivíduo, principalmente, no que diz respeito ao aspecto sensorial.

O procedimento de ter uma entrevista inicial antes da aplicação do teste de Holtzman frente aos resultados obtidos na testagem, pode ter contaminado este tipo de avaliação. Talvez, o procedimento mais adequado fôsse avaliarmos os sujeitos através do teste de Holtzman, antes desta entrevista. Podemos levantar a hipótese, no entanto, que a entrevista pode ter esvaziado

através da mobilização e catarse, as variáveis que nós nos propusemos medir pelo teste de Holtzman (ansiedade, hostilidade e depressão).

Tentamos através deste trabalho uma melhor compreensão dos problemas emocionais e sexuais das mulheres portadoras de hipertireoidismo, visto que, tais problemas interferem no tratamento destas pessoas. A compreensão da dinâmica psicossomática do paciente que sofre da disfunção orgânica é útil, não só para o psicólogo ou psicanalista mas, principalmente para o médico em sua forma de conduzir o doente. A exploração do significado que tem uma doença para um determinado paciente, pode levar a elucidação racional do processo de adoecer e, pode prevenir ou diminuir a ação encobridora das motivações irracionais. Deste modo, a partir de um conhecimento, mais objetivo, da subjetividade destes pacientes, será possível obtermos resultados positivos em menor tempo de tratamento e com menor desgaste emocional do paciente. Talvez, seja a pouca compreensão dos aspectos emocionais do paciente pelo médico, que explique a grande percentagem (66.6%) de evasão deste tipo de doente que nós constatamos em nosso trabalho.

Nos últimos anos a atuação do psicólogo nos Hospitais Gerais vem se definindo e impondo, principalmente, denunciando que, em muitos casos o fator humano, pessoa, fica destinado ao panorama da enfermidade, afastando-se do adoecimento da pessoa como um todo. A atuação se dá somente nas variáveis orgânicas alteradas, eliminando quase que, exclusivamente, só os fatores físicos, possibilitando o aparecimento de uma nova disfunção orgânica, tempos mais tarde.

Neste trabalho pretendemos levantar algumas questões no entanto, não são a totalidade das questões possíveis, bem como todas as respostas às questões colocadas não estão aqui.

O referencial teórico utilizado, ainda que muito rico de possibilidades supõe um amplo levantamento de dados concretos, ainda por se realizar. Por outro lado, o próprio material humano é um material aberto a muitos desenvolvimentos e deve ser posteriormente, explorado em outros aspectos.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ALEXANDER, F. International J. of Psychoanalysis , 16:399,
1935. (a)
- The medical value of Psychoanalysis . New York ,
Norton Company, 1936. (b) p. 192-237
- "Introduction". Studies in Psychosomatic Medicine.
New York, Ronald Press, 1948. p.27-36 (c)
- Psychosomatic Medicine:its principles and appli-
cations. New York, Norton Company, 1950. p.54-68 (d)
- Acta Psychotherapy 2: 284, 1954. (e)
- The development of Psychosomatic Medicine. Bos-
ton, Little Brown, 1964 . p. 19-21 (f)
- & SELESNICK, S.T. The history of Psychiatric . New
York, Harper and Row, 1966 . p.393-376 (g)
- 2- ARTUNKAL , S. & TOCKOL , B. "Psychological studies in hyper-
thyroidism". CIBA . Boston, Little Brown , 1964.
- 3- BELIAK, L. Psicologia de las enfermedades organicas. Buenos
Aires, Hormé, 1965. p. 150 - 156.
- 4- BENEDER, T. "Mental process in thyrotoxic states". Psycho-
analytic quarterly 3: 153, 1934.
- 5- BRUNDELL, J. Psicologia Fisiológica Rio de Janeiro, Zahar,
1976. p. 142-159.
- 6- BOMK, L. Vademecum del Test de Rorschach. Madrid, Morata,
1972. p. 73-80
- 7- BROWN, W.T. & GILDER, L. P. "Hypertthyroidism and personali-
ty". American Journal of Psychiatric 94:59, 1937.
- 8- BURROW , G. "Hypertthyroidism during pregnancy". The New
England Journal of Medicine 19; 150, 1978.
- 9- BURSTEIN, B. "Psychoses associated with thyrotoxicosis". Arch.

General Psychiatric 4:267, 1961.

- 10- CARLSON, H. & BERSMAN, J. "Eixo hipotálamo-hipofisário-tiroidiano". Simpósio sobre doenças da Tireóide. Rio de Janeiro, Interamericana, 1975. p. 1044-1053
- 11- CLOWER, G. et alli. "Psychotic states resulting from disorders of thyroid functions". John Hopkins Medical Journal 124:305, 1969.
- 12- COLE, R. "A psicologia na prática médica". Documento Roche 11:5, 1960.
- 13- CONRAD, A. "The psychiatric study of hyperthyroidism patients" J. Nervous and Mental Diseases 79:505, 1934.
- 14- DELAY, J. Introduction à la médecine Psychosomática. Barcelona, Toray-Mason, 1965. p. 61-80
- 15- DILON, Richard. Manual de Endocrinologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1983. p. 219-239
- 16- DURLAP, H. F. & MOERSCH, F. "Psychic manifestation associated with hyperthyroidism". Am. Journal of Psychiatric 91: 1215, 1935.
- 17- FISHER, S. & CLEVELAND, S. Body image and personality. New York, Dever, 1968. p. 53-97
- 18- GRAVES, R. S. "Clinical Lectures. Lecture XII". Med. Classics 5: 25, 1940.
- 19- GREGORY, I. Psychiatric: biological and social Philadelphia, Saunders, 1961. p. 93 - 100
- 20- HALL, C.S. & LINDSEY, G. Teorias da Personalidade. São Paulo, LPU, 1973. p. 158-161
- 21- HAN, G. et alli. "A Psychosomatic Theory of thyrotoxicosis" Psychos. Medicine 2: 80, 1951-

- 22- BARE, L. & RITCHEY, J. O. "Aphattical response to hyperthyroidism". Am. Int. Medicine 24:634, 1946.
- 23- HERZANN, H. T. & QUARTON, C. "Psychological changes and Psychogenesis in thyroid hormones disease". Journal Clin. Endocrin. 25:327, 1965.
- 24- HOCH, P & SOBIN, J. Anxiety. New York, Grune & Stratton, 1950. p. 105-118.
- 25- HOLTZMAN, W. Guide to administration and scoring: Holtzman Inkblot Test. New York, Psychological Corporation, 1961 p. 3-57.
- 26- HOWARD, R. & LEWIS, M. Fenômenos Psicossomáticos. Rio de Janeiro, José Olympio, 1974. p. 35-94.
- 27- SCODE, M. "Influência dos fatores emocionais no Diabetes Mellitus". Tese. Rio de Janeiro, PUC, 1975. p.28-37
- 28- KAPLAN, H. A nova terapia do sexo. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1977. p. 84-94
- 29- KAPLAN, H. & KAPLAN, H. "Currents concepts of Psychosomatic Medicine". Comprehensive Textbook of Psychiatric. Baltimore, Williams & Wilkins Company, 1967. p. 1085 - 1093
- 30- KLEINSCHMIDT, M. J. et alli. "Psychophysiology and Psychiatric management of thyrotoxicosis: a two-year follow-up study". J. Mount Sinai Hosp. 23: 131, 1956.
- 31-LARSEN, P. "Provas funcionais tireoidianas" Simpósio sobre Doenças da tireóide. Rio de Janeiro, Interamericana, 1975. p. 1063- 1073.
- 32- LEWIS, N.D. "Psychological factors in hyperthyroidism". Psychos. Medicine 11: 2, 1949.

- 33- LIDZ, T. "Emotional factors in the etiology of hyperthyroidism". Psychos. Medicine 17 : 109, 1949.
- 34- MAC CRIMMON, D. et alli. "Emotional disturbance and cognitive deficit in hyperthyroidism". Psychos, Medicine 41: 337, 1979.
- 35- MANDELBROKE, B. M. & WITTKOWER, E. D. "Emotional factors in Graves disease." Psychosom. Medicine 17: 109, 1955.
- 36- PARANON, G. "Le facteur emotionnel dans la pathogenie des états hyperthyroïdiens". Ann. de Medicine 9: 81, 1921.
- 37- REASON, J. "A review of Psychoendocrine research on the pituitary adrenal cortical system". Psychos. Medicine 30:576, 1968 (a).
- _____ "Organization of Psychoendocrine mechanisms, a review and reconsideration of research". Handbook of Psychophysiology . New York, Rinehart & Winston, 1972. p. 631-650.
- 38- MASTERS, W. & JOHNSON, V. A Incompetência Sexual. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1976. p. 215-237.
- 39- MC KENZIE, J. M. "Doença de Graves". Simpósio sobre Doenças da Tireóide. Rio de Janeiro, Interamericana, 1975.
- 40- MECARGE, L. & VELEZ DIAS, A. "A profilesheet for the clinical interpretation of the HIT". J. of Pers. and Asses. 35: 545, 1971.
- 41- MEISSNER, W. "Family process and Psychosomatic disease". Psychosomatic Medicine. New York, Oxford Press, 1977. p. 100-129.
- 42- MELLO Fº, J. Concepção Psicossomática: Visão atual. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1979. p. 11-83.

- 43- MENG, H. Endocrinologia Psicossomática. Barcelona, Científico-Médica, 1963. p. 200-207.
- 44- MICHAEL, R. P. & GIBBONS, J. L. "Interrelationship between the endocrine system and neuropsychiatric". Intern. Rev of Neurobiology. Vol.5. New York, Academic Press, 1963.
- 45- HITTELIAN, B. "Psychogenesis factors and rapid heart imbalance". J. Nerv. and Mental Disease. 77: 465, 1933.
- 46- MORGAN, C. Psicologia Fisiológica. São Paulo, EPU, 1973. p. 421-428.
- 47- MURNAY, E. Motivação e Emoção. Rio de Janeiro, Zahar, 1973. p. 80-102.
- 48- NAGERA, A. Introducción a la Psiquiatria. Madrid, Científico-Médica, 1976. p.166-169.
- 49- NOYES, A.P. & KOLB, L.C. Modern Clinical Psychiatric. Philadelphia, W.B. Saunders, 1963. p. 20-40.
- 50- OLSEN, P. et alli. Eletroenceph. Clin. Neurophysiology:32 171, 1972.
- 51- PARRY, C. H. "Diseases of Hearth". Med. Classics 5: 8, 1940.
- 52- PERLMAN, L.V. "Familial incidence of diabetes in hyperthyroidism". Ann. Int. Medicine 55: 796, 1961.
- 53- POLLITT, J. D. "A depressão - um diagnóstico difícil". Documento-Roche 9:15, 1980.
- 54- RICE, D. et alli. "Genetic correlates and sex differences in HIT responses of twins". J. of Pers. Asses. 2:40,1976.
- 55- ROBBINS, L.R. & VINSON, D.B. "Objective psychologic assessments of the thyrotoxicosis patients and the response to treatment preliminary report". J. Clin. End. 20: 120, 1960.
- 56- RUESCH, J. et alli. "Psychological invalidism in thyroidec-

- tomized patients". Psychos. Medicine 9:77,1947.
- 57- SCHNEIDER, P. "A Psicologia do doente crônico". Document-
to Roche 17:40,1981.
- 58- SEGAL, H. "A Técnica de Melanie Klein". Técnicas psican-
líticas. Rio de Janeiro, Imago, 1967. p. 35-61
- 59- SOLOMON, P. & PATCH, V. Manual de Psiquiatria. São Paulo, Ar-
theneu, 1975. p. 255.
- 60- SPIELBERGER, C. Anxiety and Behavior. New York, Academic
Press, 1966. p. 129-140-
- 61- STORR, A. A agressão humana. Rio de Janeiro, Zahar, 1970.
p. 85-100
- 62- SULLIVAN, H. S. Clinical studies in Psychiatric. New York,
Norton, 1956 (a). p. 91-128
Concepciones de la Psiquiatria Moderna. Bu-
enos Aires, Psique, 1959. p. 39-65 (b)
La Entrevista Psiquiátrica. Buenos Aires,
Psique, 1959. p. 204-230. (c)
La teoria interpersonal de la Psiquiatria.
Buenos Aires, Psique, 1960. p. 164-177
- 63- WERNER, S. & INGEBAR, S. The Thyroid. New York, Harper
and Row, 1971. p. 263 - 270.
- 64- WHYBROW, P. C. et alli. "Mental changes accompanying thy-
roid gland dysfunction". Arch. Gen. Psychiatric 20:48,1969.
- 65- WILLIAMS, R. Textbook of Endocrinology. Philadelphia,
Saunders, 1982. p. 117- 243.
- 66- WILSON, W. P. et alli. "Affective changes in thyrotoxicosis
and experimental hypermetabolism".
Recent advances in Biological Psychia-
tric 4: 302, 1961. (a).

- _____ - "Thyroid hormone and brain functions"
Elect. Clin. Neuroph. 16: 329, 1964. (b)
- 67- WINOKUR, G. Determinants of human sexual behavior. Illinois
C. Thomas, 1963. p. 46- 68.
- 68- WITTKOWER, E. "Historical perspective of contemporary Psy-
chosomatic Medicine." Psychosomatic Medicine. New York
Oxford Press, 1977. p. 3-4.
- 69- WOLFF, H. G. "Life stress and bodily disease". J. Nerv.
Mental Disease 29: 135, 1950.
- 70- ZAR, J. Biostatistical Analysis. New Jersey, Prentice-Hall
1974. p. 70

ANEXO I - A

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM HIPERTIREOIDEAS

1- Identificação

Nome:

Idade:

Nacionalidade:

Estado Civil:

Profissão:

Escolaridade:

Endereço:

2- Queixa ou Motivo da Consulta

_ Por que veio ao Hospital ?

- Há quanto tempo não se sente bem ?

- Antes disto, sentiu algo que a levou a procurar a ajuda de um médico ?

- Há quanto tempo ?

3- Antecedentes Pessoais

1- Gestação

- Qual a idade de seus pais quando você nasceu ?

- Tem irmãos ?

- Você nasceu de parto normal ou cesárea ?

2- Conduta

- Como foi sua infância (Diversões, sono, alimentação, amizades, doenças, cirurgias, acidentes, relações familiares, etc.) ?

- Como foi sua adolescência (idem ao anterior)

3-Sexualidade

- Com que idade menstruou ?
- Como se sentiu ?
- Alguém lhe explicou sobre sexo, de um modo geral ? Quem ?
Como ?
- Como você se relaciona com seu companheiro ?
 - antes da doença
 - depois da doença
- Ele é carinhoso ?
- E você ?
 - antes da doença
 - depois da doença
- Ele procura você para ter relações sexuais ?
- E você o procura ?
 - antes da doença
 - depois da doença
- Geralmente, quantas relações sexuais por semana vocês tem ?
 - antes da doença
 - depois da doença
- Como voce se sente tendo relações sexuais ? Por que ?
 - antes da doença
 - depois da doença
- E seu companheiro, como se sente ?
- Como você poderia avaliar sua satisfação sexual:

antes da doença	depois da doença
() sempre	() sempre
() geralmente	() geralmente
() raramente	() raramente.

4- Gestação

- Voce tem filhos ?
- Quantos ? E qual a idade deles ?
- Como se sentiu durante a gravidez ?
- Você quis ou pensou em ter este(s) filho (s) ?
- Alguma criança morreu ? De que ?
- Você já fez algum aborto ?
- Alguma criança nasceu antes do tempo ?

5- Vida Profissional

- Em que voce trabalha ?
- Onde ?
- O que voce faz no seu trabalho ? Gosta ?
- Muda muito de emprego ?
- Como voce vai trabalhar ?

6- Hábitos

- O que voce gosta de fazer quando tem tempo ?
- Voce fuma ?
- Voce bebe ? (o que, com que frequência)?

7- Como voce diria que é o seu relacionamento com : (primeira coluna para antes da doença; segunda coluna para depois da doença)

	BOM	RAZOAVEL	RUIM
companheiro	() ()	() ()	() ()
filhos	() ()	() ()	() ()
pais	() ()	() ()	() ()
outros parentes	() ()	() ()	() ()
vizinhos	() ()	() ()	() ()
amigos	() ()	() ()	() ()

- São frequentes casamentos, separações ou adoções na sua família ?
- Você e sua família se visitam com frequência ?
- Houve alguma mudança na sua família por causa de sua doença?
- Há alguém em sua família :

SIM NÃO QUEM

doente dos nervos

retardado

bebe muito

sente falta de ar

tem ataques epilépticos

se matou

briga muito

usa drogas

não pode comer açúcar

gordo demais

outras doenças. Quais ?

8- Evolução do Hipertireoidismo

- Como e quando foi que apareceu este problema ?
- Comentou, discutiu ou conversou isto com alguém ?
- Já havia ido a algum outro lugar tratar deste problema ?
- Você se sente: (primeira lacuna, antes da doença; segunda lacuna, depois da doença)

() () cansada

() () fraca

() () sem vontade de comer

() () emagreceu rápido

() () falta de ar

() () dores nas juntas

() () dores nas pernas

() () triste

() () menstruação desregulada

() () esquecida

() () confusa

() () com raiva sem razão

9- Nervosismo

- Como é este nervoso ?
- Quando ele acontece ?
- Há quanto tempo se sente assim ?

10- Pesquisa não diretiva dos aspectos psicológicos relacionados ao aparecimento da doença :

- Aconteceram coisas importantes na sua vida ? Quais ? Quando ?
- Existem pessoas que são ou foram importantes para você?
- Pode lembrar de mortes, separações ou outras situações que aconteceram com pessoas chegadas à você ?
- Aconteceram coisas que obrigaram você a um sacrifício ou um esforço difícil de suportar ?
- Qual foi a época de sua vida em que esteve mais feliz ?

ANEXO I - B

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM MULHERES "NORMAIS"

1- Identificação

Nome:

Idade:

Nacionalidade:

Estado Civil :

Profissão:

Escolaridade:

Residência :

2- Antecedentes pessoais

1- Gestação

- Qual a idade de seus pais quando você nasceu ?
- Tem irmãos?
- Nasceu de parto normal ou cesárea ?

2- Conduta

- Como foi sua infância (diversões, sono, alimentação, amizades, doenças, cirurgias, acidentes, medicamento, relações familiares, etc).
- Como foi sua adolescência (idem ao anterior)

3- Sexualidade

- Com que idade menstruou ?
- Como se sentiu ?
- Alguém lhe explicou sobre sexo ? Quem ? Como ?
- Como você se relaciona com o seu companheiro ?
- Ele é carinhoso ?
- E você ?

- Ele procura voce para ter relações ?
- E voce o procura ?
- Geralmente, quantas relações sexuais por semana voces têm ?
- Como se sente tendo relações sexuais ? Por que ?
- E seu companheiro, como se sente ?
- Como voce poderia avaliar sua satisfação sexual :
 - () Sempre
 - () Geralmente
 - () Raramente

4- Gestação

Voce tem filhos?

- Quantos e quais as suas idades ?
- Como se sentiu durante a gravidez ?
- Voce quis ou pensou em ter este(s) filho(s) ?
- Alguma criança morreu ? De que ?
- Voce fez algum aborto ?
- Alguma criança nasceu antes do tempo ?

5- Vida Profissional

- Em que voce trabalha ?
- Onde ?
- O que voce faz no seu trabalho ? Gosta ?
- Muda muito de emprego ?
- Como voce vai trabalhar ?

6- Hábitos

- O que voce gosta de fazer quando tem tempo ?
- Voce fuma ?
- Voce bebe ? (o que, com que frequência)

7- Família

- Como voce diria que é o seu relacionamento com :

BOM

RAZOÁVEL

RUIM

companheiro

filhos

pai

mãe

irmãos

parentes

vizinhos

amigos

colegas de trabalho

- São frequentes os casamentos, separações e adoções na sua família ?

- Voce e seus parentes visitam-se com frequência ?

- Pratica alguma religião ?

- Há alguém em sua família :

SIM

NÃO

doente dos nervos

retardado

bebe muito

sente falta de ar

tem ataques epilépticos

se matou

briga muito

usa drogas

não pode comer açúcar

gordo demais

outras doenças. Quais ?

8- Estado Emocional

- Voce é uma pessoa calma ?
- Como é este nervoso ?
- Quando ele acontece ?

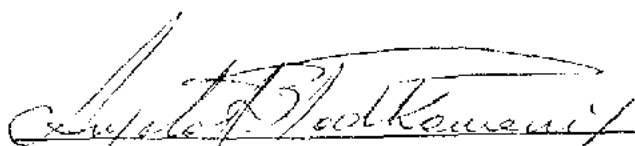
9- Saúde

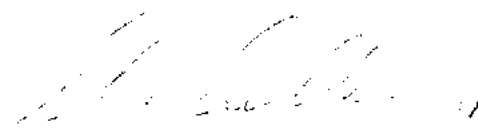
- Por que voce veio a este lugar ?
- Antes disto sentiu algo que a levou a procurar ajuda médica?
- Há quanto tempo ?


10- Pesquisa não diretiva dos aspectos psicológicos relacionados com a vivência da pessoa:

- Aconteceram coisas importantes na sua vida ?
- Existem pessoas que são ou foram importantes para voce ?
- Pode lembrar de mortes, separações ou outras situações que aconteceram com pessoas chegadas à voce?
- Aconteceram coisas que obrigaram voce a um sacrificio ou um esforço difícil de suportar ?
- Qual foi a época de sua vida em que voce esteve mais feliz?

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

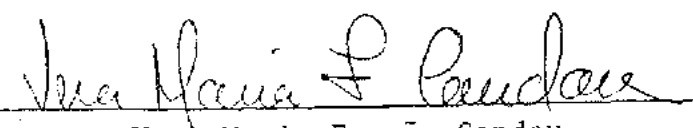

Prof. Angêla B. Podkameni (Orientadora)
Deptº Psicologia - PUC/RJ


Prof. Harald Lettner
Deptº Psicologia - PUC/RJ


Prof. Luiz Cesar Póvoa
Decano do Departamento de Ciências Médicas e Biológicas - PUC/RJ

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 26 de dezembro de 1983


Vera Maria Ferrão Candau
Coordenadora dos Programas de Pós-Graduação do Centro de Teologia e Ciências Humanas.