# medicina psicossomática

princípios e aplicações

## Franz Alexander



ARTES MÉDICAS

# *Prefácio à edição de 1987*

GEORGE POLLOCK, M.D.

As contribuições pioneiras e excitantes de Franz Alexander a muitas áreas da psiquiatria, psicanálise e medicina são bem conhecidas e aceitas mundialmente. Algumas de suas idéias são ainda fundamentais para a nossa compreensão da psicologia humana, e algumas estão agora, uma vez mais, situando-se em primeiro plano nas nossas considerações clínicas e teóricas, formando a base para aqueles que o sucederam e que estão investigando novas áreas.

Como se reflete neste volume, uma das áreas centrais da pesquisa de Alexander foi a dos inter-relacionamentos mente-corpo. Esta obra baseou-se nas suas experiências clínicas, proporcionando tratamento psicanalítico a pacientes com várias doenças fisiológicas como, por exemplo: úlcera duodenal, colite ulcerativa, asma brônquica, neurodermatite, hipertensão essencial, artrite reumatóide e tireotoxicose.

Mais tarde, muitos colegas de Alexander no Chicago Institute for Psychoanalysis participaram destes estudos clínicos. O resultado foi um estudo formal da especificidade psicossomática (Alexander, French e Pollock, 1968). Este estudo confirmou a hipótese de Alexander sobre a especificidade e algumas das formulações das sete doenças que foram investigadas, e podemos, agora, ampliar os achados de seu trabalho e o grupo de especificidade para áreas antes inexploradas.

As obras de Alexander sobre os aspectos clínicos e teóricos dos inter-relacionamentos psicossomáticos ainda são utilizadas por alunos, professores, pesquisadores e teóricos de várias disciplinas. Seus achados iniciais, em particular, têm inspirado o reaparecimento de pesquisa sobre o relacionamento cérebro-corpo-mente, afeto-cognição-motivação, à medida que novas técnicas têm ampliado a nossa compreensão do comportamento sadio e patológico.

O pai de Alexander foi professor de filosofia na Universidade de Budapest. Ele cresceu numa família de erudição, idéias e estimulação intelectual. Nas obras de Alexander notam-se os efeitos de sua infância e de seu relacionamento com seu pai, bem como com outras figuras que o estimularam. Ele foi o filósofo, aquele que busa os conceitos universais, o explorador de idéias. Ele pode ter errado, algumas vezes, mas aprendeu com seus erros e corrigiu suas suposições e equívocos. Observei isto, em primeira mão, na nossa pesquisa de previsão de especificidade. Ele tinha uma mente ágil, uma apreciação intuitiva dos relatos dos pacientes e, ainda assim, a impaciência de um intelectual inquieto.

Na Parte Um deste volume ainda podemos detectar o caráter inovador dos pensamentos de Alexander, em capítulos que tratam dos aspectos históricos, filosóficos, nosológicos, etiológicos, metodológicos e conceptuais da medicina psicossomática — apesar do fato de que este volume foi publicado pela primeira vez em 1950. Na Parte Dois, Alexander incluiu um capítulo sobre a sexualidade e suas disfunções, escrito por sua colega de longa data, Therese Benedek. Alexander trouxera Benedek para o Chicago Institute for Psychoanalysis e incentivara suas pesquisas, especialmente as que lidavam com a sexualidade. Seu estudo do ciclo sexual feminino (realizado em colaboração com B. Rubenstein) é um clássico (Benedek e Rubenstein, 1942) e, sob certos aspectos, serviu como modelo para o posterior estudo de previsão de especificidade acima mencionado.

O capítulo final de Alexander sobre terapia é incompleto, geral e um tanto ultrapassado, mas representa seu ponto de vista quando ele escreveu Psychosomatic Medicine. Neste capítulo final, Alexander afirma que "o progresso, na medicina moderna, consiste, especificamente, na cooperação entre os especialistas em psiquiatria e os não psiquiatras, no que diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento" (p. 264). Ele segue, salientando que os pacientes requerem "cuidado médico geral, manejo dietético e tratamento farmacológico" (p. 264). Isto está bem de acordo com o pensamento atual de se combinar a psicoterapia com a farmacoterapia. Alexander não explicou isto detalhadamente, visto que os diversos agentes farmacológicos, disponíveis na época em que ele escreveu este volume, eram, até certo ponto, limitados; pode-se, no entanto, perceber, retrospectivamente, como ele progredia numa direção, que agora permite este tipo de trabalho combinatório, onde ele está indicado. O uso combinado de agentes farmacológcos e da psicoterapia dinâmica só agora está sendo amplamente aceito. Provavelmente esta modalidade terapêutica teria sido aceita por Alexander.

Alexander tinha conhecimento do campo de pesquisa do stress, que estava surgindo, e de seu relacionamento com estudos hormonais e neurais. Se ele tivesse tido a oportunidade de explorar os excitantes avanços atuais na psiconeuroimunologia, os aspectos celulares da memória e da aprendizagem, os achados que relacionam as endorfinas a muitos processos psicológicos e as

novas entidades nosológicas do DSM-III, ele teria, provavelmente, modificado suas teorias, onde tais mudanças fossem indicadas.

A hipótese de especificidade apresentada em Psychosomatic Medicine ainda continua entre nós, com alguns aperfeiçoamentos, como, por exemplo, a idéia da especificidade combinatória (Pollock, 1981) e a sugestão de que duas ou mais doenças podem estar presentes, simultaneamente, no mesmo indivíduo, cada uma exigindo uma abordagem terapêutica diferente (Pollock, 1986). A pesquisa sobre as desordens de stress-tensão tem ampliado a lista de doenças que Alexander e seus colegas estudaram nas suas pesquisas e investigações clínicas iniciais. Hoje, incluiríamos entidades como: doença cardíaca coronariana, desordens alimentares e diabete. As pesquisas mais recentes, genéticas e epidemiológicas, as diferenças entre os sexos e as diferenças de idade, são apenas algumas considerações adicionais a que Alexander poderia ter dado continuidade.

Este volume tem servido, pelo menos, a duas gerações de psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, alunos, professores, pesquisadores e clínicos em outras especialidades médicas, que encontram o paciente "psicossomático". Dou as boas-vindas à sua reedição, como um merecido tributo a um pioneiro, cujo trabalho tem sido um estímulo para muitos que o seguiram.

## REFERÊNCIAS


Alexander, Franz, French, Thomas, M. and Pollock, George H. (1968), *Psychosomatic Specificity: Experimental Study and Results*. Chicago: University of Chicago Press.

Benedek, Therese, and Rubenstein, Boris B. (1942), *The Sexual Cycle in Women: The Relation Between Ovarian Function and Psychodynamic Processes*. Washington, D. C.: National Research Council.

Pollock, George H. (1981), Combinatorial specificity and the complemental series. *The Annual of Psychoanalysis*, IX: 161-171. Madison, Connecticut: International Universities Press.

Pollock, George H. (1986), Do multiple diseases exist simultaneously? *The Annual of Psychoanalysis*, XIV: 143-146. Madison, Connecticut: International Universities Press.

# *Prefácio*

Este livro, desenvolvido a partir de uma publicação anterior, *The Medical Value of Psychoanalysis,* tem dois objetivos. Ele tenta descrever os conceitos básicos nos quais está fundamentada a abordagem psicossomática na medicina e apresentar o conhecimento existente acerca da influência dos fatores psicológicos sobre as funções do corpo e seus distúrbios. Ele não compreende uma revisão exaustiva das muitas observações acidentais isoladas, publicadas na literatura médica, relativas às influências emocionais na doença; ele apresenta apenas os resultados de investigações sistemáticas.

O autor tem a convicção de que o progresso, neste campo, requer a aceitação de um postulado básico: o de que os fatores psicológicos que influenciam os processos fisiológicos devem estar sujeitos ao mesmo exame cuidadoso e minucioso, como é habitual no estudo dos processos fisiológicos. A referência às emoções em termos gerais tais como da ansiedade, tensão, desequilíbrio emocional, está ultrapassada. O verdadeiro conteúdo psicológico de uma emoção deve ser estudado com os métodos mais avançados da psicologia dinâmica, e correlecionado com as respostas corporais. Neste livro, só estão incluídos os estudos realizados de acordo com este princípio metodológico.

O outro postulado que caracteriza esta obra é o de que os processos psicológicos não diferem, fundamentalmente, de outros processos que ocorrem no organismo. Eles são, também, processos fisiológicos e só diferem de outros processos corporais porque são percebidos subjetivamente e podem ser comunicados verbalmente a outros. Podem, portanto, ser estudados por métodos psicológicos. Cada processo corporal é direta ou indiretamente influenciado por estímulos psicológicos, porque o organismo, como um todo, constitui

uma unidade, com todas as suas partes interligadas. Portanto, a abordagem psicossomática pode ser aplicada a cada fenômeno que ocorre no organismo vivo. Esta universalidade da aplicação justifica falar-se de uma era psicossomática na medicina. Atualmente, não resta dúvida de que o ponto de vista psicossomático oferece uma nova abordagem para a compreensão do organismo como um mecanismo integrado. As possibilidades terapêuticas estão comprovadas em muitas doenças crônicas e alimentam a esperança de vir a ser aplicadas no futuro.

Chicago, dezembro de 1949

# *Agradecimentos*

A abordagem psicossomática é um procedimento multidisciplinar, no qual psiquiatras colaboram com especialistas nos diferentes ramos da medicina. Este livro é o resultado de dezessete anos de colaboração com meus colegas no Chicago Institute for Psychoanalysis e com outros especialistas clínicos.

Desejo agradecer ao Dr. I. Arthur Mirsky por sua ajuda na avaliação de alguns dos dados fisiológicos, em particular nas seções sobre mecanismos hormonais, anorexia nervosa, hipertensão, tireotoxicose e diabete melito, e na preparação das ilustrações, e a Miss Helen Ross, Drs. Thomas Szasz e George Ham, que leram o manuscrito e apresentaram sugestões valiosas. O capítulo sobre tireotoxicose está baseado no trabalho de investigação que realizei em colaboração com o Dr. George Ham e o Dr. Hugh Carmichael, cujos resultados serão publicados no The Journal of Psychosomatic Medicine.

Alguns capítulos do manuscrito estão baseados em artigos previamente publicados. Desejo agradecer ao Dr. Carl A. L. Binger e Paul B. Hoeber, Inc. por sua permissão para reproduzir partes de artigos previamente publicados em Psychosomatic Medicine (F. Alexander: "Psychological Aspects of Medicine", "Emotional Factors in Essential Hypertension", "Psychoanalytic Study of a Case of Essential Hypertension", "Treatment of a Case of Peptic Ulcer and Personality Disorder"; F. Alexander e S. A. Portis: "A Psychosomatic Study of Hypoglycaemic Fatigue"), ao Dr. Sidney Portis por permitir-me reproduzir seções do meu capítulo publicado em Diseases of the Digestive System, ao National Safety Council of Chicago em Current Topics in Home Safety, e ao Dr. Iago Galdstone e Henry H. Wiggins por sua permissão para reproduzir partes do meu artigo "Present Trends in Psychiatry and the Future Outlook", publicado em Modern Attitudes in Psychiatry, Columbia University Press, que serviu como base para partes da introdução e para outras seções nos cinco primeiros capítulos.

# *Sumário*

PARTE UM: PRINCÍPIOS GERAIS ..... 17

1 — Introdução ..... 19

2 — O papel da psiquiatria moderna no desenvolvimento da medicina ..... 24

3 — A influência da psicanálise no desenvolvimento da medicina ..... 29

4 — As contribuições da psicologia guestáltica, neurologia e endocrinologia 32

5 — Histeria conversiva, neurose vegetativa e distúrbio orgânico psicogênico 35

6 — Progresso no pensamento etiológico ..... 39

7 — Considerações metodológicas concernentes à abordagem psicossomática 42

8 — Princípios fundamentais da abordagem psicossomática ..... 46
1. Psicogênese ..... 46
2. Funções fisiológicas afetadas por influências psicológicas ..... 47
3. O problema da especificidade dos fatores emocionais nos distúrbios somáticos ..... 55
4. Tipo de personalidade e doença ..... 58
5. Relação dos mecanismos nervosos e hormonais ..... 61

PARTE DOIS: FATORES EMOCIONAIS NAS DIFERENTES DOENÇAS 65

**Introdução à parte dois** ..... 67

9 — Fatores emocionais nos distúrbios gastrintestinais ..... 68
1. Distúrbios do apetite e da alimentação ..... 69
2. Distúrbios da deglutição ..... 77
3. Distúrbios das funções digestivas ..... 78
4. Distúrbios das funções eliminatórias ..... 91

10 — Fatores emocionais nos distúrbios respiratórios ..... 103
Asma brônquica ..... 103

11 — Fatores emocionais nos distúrbios cardiovasculares ..... 111
1. Distúrbios da atividade cardíaca (taquicardia e arritmia) ..... 111
2. Hipertensão essencial ..... 112
3. Síncope vasodepressora ..... 119
4. Cefaléias psicogênicas e enxaqueca ..... 120

12 — Fatores emocionais nas doenças de pele ..... 127

13 — Fatores emocionais nos distúrbios endócrinos e metabólicos ..... 132
1. Tireotoxicose ..... 132
2. Estados de fadiga ..... 143
3. Diabete melito ..... 149

14 — Fatores emocionais nos distúrbios das articulações e dos músculos esqueléticos ..... 155
1. Artrite reumatóide ..... 155
2. O indivíduo propenso a acidentes ..... 161

15 — As funções do aparelho sexual e seus distúrbios ..... 166
(Por Therese Benedek, M.D.)
1. Funções sexuais do homem ..... 172
2. Funções sexuais da mulher ..... 174
3. Disfunções psicossexuais ..... 182

16 — Terapia ..... 198

Bibliografia ..... 205
Índice de autores ..... 222
Índice temático ..... 225

# Parte um

# PRINCÍPIOS GERAIS

# 1

# *Introdução*

Uma vez mais, o paciente como um ser humano com preocupações, temores, esperanças e desesperos, como um todo indivisível e não apenas como o portador de órgãos — de um estômago ou fígado doente — está se tornando o objeto legítimo do interesse médico. Nas últimas duas décadas tem-se dado atenção crescente ao papel de fatores emocionais como causa de doença. Entre os médicos manifesta-se uma orientação psicológica cada vez maior. Alguns clínicos competentes, porém conservadores, consideram-na uma ameaça às bases da medicina tão arduamente adquiridas, e vozes autorizadas alertam a profissão de que este novo "psicologismo" é incompatível com a medicina como uma ciência natural. Eles prefeririam que a psicologia médica permanecesse restrita ao campo da arte médica, ao tato e à intuição no lidar com o paciente, distinto do procedimento científico de uma terapia apropriada baseada na física, química, anatomia e fisiologia.

A partir de uma perspectiva histórica, porém, este interesse psicológico nada mais é do que o renascer de pontos de vista pré-científicos antigos sob uma forma nova e científica. O cuidado com o homem que sofre nem sempre esteve dividido entre o padre e o médico. Outrora, as funções curativas, físicas e mentais, estiveram unidas numa única mão. Qualquer que seja a explicação para o poder curativo do homem, da medicina, ou do evangelista, ou da água benta de Lourdes, existe pouca dúvida de que estes agentes freqüentemente alcançaram um efeito curativo espetacular sobre o enfermo, sob certos aspectos até mesmo mais dramático do que muitas de nossas drogas, as quais podemos analisar quimicamente e cujos efeitos farmacológicos conhecemos com grande precisão. Este aspecto psicológico da medicina sobreviveu

apenas de forma rudimentar, como a arte da medicina e a atitude do médico para com seus pacientes, cuidadosamente separado do aspecto científico da terapia e considerado principalmente como sendo a influência estimulante e tranqüilizadora do médico sobre o seu paciente.

A psicologia médica científica moderna nada mais é do que uma tentativa de dar à arte médica, o efeito psicológico do médico sobre o paciente, um embasamento científico e torná-la parte integrante da terapia. Existe pouca dúvida de que boa parte do sucesso terapêutico da profissão de curar, do homem da medicina e do padre, bem como do clínico moderno, deve-se ao indefinido relacionamento emocional harmonioso entre o médico e o paciente. Esta função psicológica do médico foi, porém, bastante ignorada no século passado, quando a medicina tornou-se uma ciência natural autêntica, baseada na aplicação dos princípios da física e da química ao organismo vivo. O postulado filosófico fundamental da medicina moderna é que o corpo e suas funções podem ser compreendidos em termos de química física, que os organismos vivos são máquinas físico-químicas e que o ideal do médico é tornar-se um engenheiro do corpo. O reconhecimento de forças psicológicas, uma abordagem psicológica dos problemas da doença e da vida, parece, a alguns, um retorno à ignorância da Idade Média, quando a doença era considerada como o trabalho de um espírito mau e a terapia era o exorcismo, a expulsão do demônio do corpo enfermo. Era natural que a nova medicina baseada em experimentos de laboratório tivesse defendido veementemente sua auréola científica recentemente adquirida, posicionando-se contra conceitos místicos antiquados, tais como aqueles da psicologia. A medicina, esta recém-chegada entre as ciências naturais, sob muitos aspectos assumiu a atitude típica do recém-chegado que quer fazer com que sua origem inferior seja esquecida e torna-se mais intolerante, exclusivista e conservador do que o aristocrata genuíno. A medicina tornou-se intolerante para com tudo que lembrasse seu passado místico e espiritual, num momento em que sua irmã mais velha, a física, a aristocrata das ciências naturais, estava sendo submetida à mais profunda revisão em seus conceitos fundamentais, questionando até mesmo a pedra de toque da ciência, a validade geral do determinismo.

Estas observações não têm o propósito de minimizar as conquistas do período de laboratório da medicina, que foi a fase mais brilhante de sua história. A orientação físico-química, caracterizada pelo estudo preciso dos mínimos detalhes, é responsável pelo grande progresso da medicina, exemplificado pela farmacologia, bacteriologia e cirurgia modernas. Um dos paradoxos do desenvolvimento histórico é que quanto maiores forem os méritos científicos de um método ou princípio, maior será seu efeito no sentido de retardar os desenvolvimentos subseqüentes. A inércia da mente humana faz com que ela se fixe em idéias e métodos que provaram ser valiosos no passado, quando, então, sua utilidade alcançou os devidos fins. Pode-se encontrar muitos exemplos no desenvolvimento das ciências exatas, tais como a física. Einstein afirmou que as idéias de Aristóteles relativas ao movimento retardaram o desen-

volvimento da mecânica por dois mil anos. Para que haja progresso em cada campo é preciso uma reorientação, com a introdução de novos princípios. Embora esses novos princípios nem sempre se oponham aos antigos, eles são, freqüentemente, rejeitados ou aceitos somente após muita luta pelo seu reconhecimento.

O cientista é, sob este aspecto, tão bitolado quando o homem da rua. A mesma orientação físico-química à qual a medicina deve suas maiores conquistas tornou-se, devido à sua unilateralidade, um obstáculo ao desenvolvimento posterior. A época laboratorial da medicina caracterizou-se por sua atitude analítica. Foi típico deste período um interesse especializado por mecanismos detalhados e pela compreensão de processos parciais. A descoberta de métodos mais precisos de observação, especialmente através do microscópio, revelou um novo microcosmo, proporcionando uma compreensão sem precedentes das partes minúsculas do corpo. Portanto, no estudo das causas de doenças, o principal objetivo tornou-se a localização dos processos patológicos. Na antiga medicina prevaleceu a teoria humoral, afirmando que os fluidos do corpo eram portadores de doença. O desenvolvimento gradual de métodos de autópsia durante a Renascença possibilitou um estudo preciso dos detalhes do organismo humano e, assim sendo, conduziu a conceitos etiológicos mais realistas, porém, ao mesmo tempo, mais localistas. Morgagni, na metade do século dezoito, afirmou que a sede de várias doenças situava-se em órgãos específicos tais como o coração, o rim, o fígado, etc. Com o advento do microscópio, a localização da doença tornou-se ainda mais restrita: a célula tornou-se a sede de doença. Virchow, a quem a patologia tanto deve, declarou que não há doenças gerais, apenas doenças dos órgãos e das células. Suas grandes conquistas na área da patologia, bem como sua autoridade, estabeleceram um dogma em patologia celular, o qual vem influenciando o pensamento médico até os dias de hoje. A influência de Virchow sobre o pensamento etiológico é o exemplo clássico do paradoxo histórico de que as maiores conquistas do passado tornam-se os maiores obstáculos ao desenvolvimento subseqüente. A observação de alterações histológicas nos órgãos doentes, possível graças ao microscópio e às técnicas aprimoradas de coloração tecidual, determinou o padrão do pensamento etiológico. A busca da causa da doença permaneceu por longo tempo limitada à busca de alterações morfológicas locais nos tecidos. O conceito de que tais alterações anatômicas, por si sós, pudessem resultar de distúrbios mais generalizados, que se desenvolvem devido a uma função defeituosa, stress excessivo ou mesmo fatores emocionais, só foi descoberto bem mais tarde. A teoria humoral menos detalhista, que caiu em descrédito quando Virchow derrotou seu último defensor, Rokitansky, teve de esperar seu ressurgimento sob a forma da moderna endocrinologia. Poucos compreenderam a essência deste período do desenvolvimento médico melhor do que Stefan Zweig, um leigo. No seu livro *A cura pela mente* ele diz:[1]

1 — Stefan Zweig. *Die Heilung durch den Geist* ("A cura pela mente"). Leipzig, Insel-Verlag, 1931.

> A doença já não significa o que acontece ao homem como um todo, mas o que acontece a seus órgãos... Assim sendo, a missão natural e original do médico, a abordagem da doença como um todo, transforma-se na tarefa menor que envolve localizar a doença, identificá-la e designá-la a um grupo de doenças já especificado... Esta necessidade de aplicar elementos objetivos e técnicos à terapia atingiu um excesso extremo no século dezenove, porque entre o médico e o paciente inseriu-se uma terceira entidade inteiramente mecânica, o aparelho. A compreensão criativa, sintetizadora e penetrante do médico nato tornou-se cada vez menos necessária para chegar-se a um diagnóstico...

Não é menos impressionante a afirmação de Alan Gregg, um humanitário que visualiza o passado e o futuro da medicina sob uma perspectiva mais ampla[2].

> O todo que é o ser humano foi dividido, para fins de estudo, em partes e sistemas; não se deve depreciar o método, porém ninguém é obrigado a contentar-se apenas com os seus resultados. O que traz e mantém nossos vários órgãos e inúmeras funções em harmonia e união? E o que tem a medicina a dizer a respeito da separação facilmente feita entre "mente" e "corpo"? O que faz um indivíduo, como implícito na palavra — um ser não dividido? A necessidade de um conhecimento maior nesta área é de uma clareza excruciante. Porém, mais do que uma simples necessidade, há um presságio das mudanças que virão. A psiquiatria evolui, a neurofisiologia progride, a neurocirurgia floresce, e uma estrela ainda paira sobre o berço da endocrinologia... Contribuições de outras áreas devem ser buscadas na psicologia, antropologia cultural, sociologia e filosofia, bem como na química, física e medicina interna, para resolver a dicotomia mente-corpo, que Descartes nos deixou.

Assim sendo, a medicina clínica moderna foi dividida em duas partes heterogêneas, uma, considerada como a mais avançada e científica, incluindo todos os distúrbios que podem ser explicados por meio da fisiologia e da patologia geral (por exemplo, defeitos cardíacos orgânicos, diabete, doença infecciosa, etc.), e outra, tida como menos científica, e, por sua vez, incluindo um grande conglomerado de doenças de origem obscura e freqüentemente psíquica. É característica desta atitude dualista — uma manifestação típica da inércia da mente humana — a tendência a considerar um número cada vez maior de doenças como sendo de etiologia infecciosa, quando, então, a causa patogênica e o efeito patológico parecem inter-relacionar-se de um modo comparativamente simples. Quando a explicação, seja ela infecciosa ou de natureza orgânica diferente, fracassa, o clínico moderno prontamente consola-se com a esperança de que, algum dia, no futuro, após um conheci-

2 — Alan Gregg, *The Future of Medicine*, Harvard Medical Alumni Bulletin, Cambridge, outubro de 1936.

mento mais detalhado dos processos orgânicos, o fator psíquico, relutantemente admitido, será finalmente eliminado. E, no entanto, gradualmente, um número cada vez maior de clínicos com visão mais ampla acaba reconhecendo que, mesmo em distúrbios fisiologicamente bem compreendidos, tais como o diabete e a hipertensão essencial, somente os últimos elos da cadeia causal são conhecidos, enquanto os fatores etiológicos primários ainda permanecem obscuros. Nestas, bem como noutras condições crônicas, observações acumuladas parecem indicar a existência de fatores "centrais", sendo a expressão "central" obviamente um mero eufemismo para "psicogênico".

Esta situação explica facilmente a discrepância peculiar entre a atitude teórico-oficial e a prática-concreta assumidas pelo médico no exercício de sua profissão. Em suas contribuições científicas, dirigindo-se a grupos de médicos, ele enfatizará a necessidade de conhecer-se cada vez mais detalhadamente os processos fisiológicos e patológicos subjacentes, e se recusará a acreditar seriamente na etiologia psicogênica; porém, em sua clínica particular, sem nenhuma hesitação, aconselhará seu paciente portador de hipertensão arterial a se despreocupar, não levar as coisas tão a sério, evitar o excesso de trabalho, e tentará convencer o paciente de que sua atividade e ambição excessivas são as causas verdadeiras de sua hipertensão arterial. Esta "dupla personalidade" do clínico moderno revela, mais claramente do que qualquer outra coisa, o ponto fraco da medicina nos dias de hoje. Dentro da comunidade médica, o profissional pode dar-se ao luxo de assumir uma atitude "científica" que é só e essencialmente uma atitude antipsicológica dogmática. Por não saber exatamente como este elemento psíquico funciona, por ser este tão contraditório a tudo que ele aprendeu na sua formação médica, e porque o reconhecimento de um fator psíquico aparentemente rompe a consistência da teoria físico-química da vida, tal profissional tenta ignorar o fator psíquico tanto quanto possível. Como médico, no entanto, ele não pode ignorá-lo totalmente. Diante de seus pacientes, sua consciência de terapeuta faz com que ele considere como básico este fator detestado, cuja importância ele sente instintivamente. Ele precisa lidar com tal fator, porém ao fazê-lo justifica-se dizendo que a cura pela medicina não é apenas uma ciência, mas também uma arte. Ele não percebe que aquilo a que se refere como sendo a arte médica, nada mais é do que o conhecimento mais profundo, intuitivo — isto é, não verbalizado — que ele obteve durante os longos anos de sua experiência clínica. O significado da psiquiatria, particularmente do método psicanalítico, para o desenvolvimento da medicina reside no fato de que esta fornece uma técnica eficiente para o estudo dos fatores psicológicos na doença.

# 2

# *O papel da psiquiatria moderna no desenvolvimento da medicina*

Coube à psiquiatria, a especialidade médica mais negligenciada e a menos desenvolvida, introduzir uma abordagem nova e sintética na medicina. Durante a maior parte do período de laboratório da medicina, a psiquiatria permaneceu um domínio um tanto isolado, relacionando-se pouco com as outras especialidades. A psiquiatria preocupava-se com o doente mental, um campo no qual os métodos de cura comumente aceitos eram os menos eficazes. A sintomatologia dos distúrbios mentais diferia, de maneira incômoda, da sintomatologia dos distúrbios orgânicos. A psiquiatria lidava com ilusões, alucinações e com os distúrbios da vida emocional, sintomas que não podiam ser descritos através dos termos usuais empregados em medicina. A inflamação podia ser descrita através de termos físicos tais como edema, temperatura elevada e alterações microscópicas definidas nas células. A tuberculose era diagnosticada por meio de alterações definidas nos tecidos lesados e da presença de microorganismos bem definidos. As funções mentais patológicas, no entanto, tinham de ser descritas em termos psicológicos, e, conseqüentemente, a compreensão etiológica baseada nos conceitos médicos vigentes dificilmente podia ser aplicada aos distúrbios mentais. Esta diferença separou a psiquiatria do resto da medicina. Num esforço para transpor esta brecha, alguns psiquiatras tentaram explicar os sintomas mentais aceitando, sem suficiente embasamento, distúrbios hipotéticos das funções corporais, tendência esta que, até certo ponto, ainda existe nos dias de hoje.

Uma abordagem mais científica deste impasse residiu no esforço de tornar a descrição psicológica das doenças mentais mais precisa e sistemática. Se o psiquiatra não conseguia explicar os sintomas de perturbação mental pelos

métodos das outras especialidades médicas, pelo menos ele procurava apresentar suas observações de forma sistemática e detalhada. Esta tendência caracterizou o período da psiquiatria descritiva, sob a liderança de homens como Kahlbaum, Wernicke, Babinski e, finalmente, Kraepelin, que deram à psiquiatria seu primeiro sistema descritivo das doenças mentais confiável e abrangente.

Ao mesmo tempo, a tentativa de aplicar à psiquiatria os princípios de localização da doença, conforme foram expostos por Morgagni e Virchow, foi perseguida, de maneira obstinada, pelas mentes que lideraram o pensamento médico do século dezenove. O fato de ser o cérebro a sede das funções psicológicas era conhecido, pelo menos de um modo geral, pelos médicos da Grécia antiga. Com um conhecimento cada vez maior da fisiologia e da anatomia cerebrais tornou-se possível localizar vários sistemas perceptivos e motores nas diferentes áreas corticais e subcorticais do cérebro. Isto, aliado aos processos histológicos em desenvolvimento, trouxe a esperança de que as funções e doenças mentais pudessem ser compreendidas a partir do conhecimento da estrutura celular complexa do cérebro (citoarquitetura). São ilustrativos os estudos de Cajal, Golgi, Nissl, Alzheimer, Apathy, von Lenhossek e muitos outros, os quais proporcionaram informação aprimorada e detalhada no que se refere à estrutura histológica do cérebro. Estes estudos caracterizaram-se por sua natureza predominantemente descritiva, permanecendo relativamente desconhecido o significado funcional das estruturas anatômicas, particularmente dos centros cerebrais mais nobres. Não houve, em nenhuma outra especialidade médica, uma dicotomia tão grande entre os conhecimentos morfológico e funcional, como no campo relativo ao estudo do cérebro. Em que lugar do cérebro ocorrem os processos do pensamento e as emoções e, como a memória, a vontade e o raciocínio relacionam-se à estrutura cerebral — tudo isto encontrava-se completamente inexplorado e permanece, nos dias de hoje, ainda pouco compreendido.

Por tais razões, muitos dos grandes psiquiatras daquela época eram basicamente anatomistas cerebrais, ficando sua atividade clínica num plano secundário. Sua atividade médica e científica caracterizava-se pela frustração que eles sentiam por não conseguirem vincular suas observações clínicas ao seu conhecimento da anatomia e da fisiologia do cérebro. Alguns deles tentaram transpor esta brecha, especulando acerca do significado psicológico da estrutura cerebral, especulações às quais o fisiologista alemão Max Verworn referiu-se como "mitologia cerebral". A dicotomia entre o conhecimento morfológico e o fisiológico do cérebro é bem ilustrada pelo comentário de um fisiologista que, após ouvir uma apresentação bem elaborada de um estudo histológico de autoria de Karl Schäffer, o famoso anatomista cerebral e psiquiatra, disse: "Vocês, anatomistas do cérebro, me fazem lembrar o carteiro que sabe os nomes e os endereços das pessoas, mas não tem a menor idéia do que estas pessoas fazem".

Na virada do século, esta brecha entre o conhecimento anatômico e o funcional caracterizou o estado de coisas na psiquiatria. De um lado encontrava-se a neuroanatomia e patologia, ciência bem desenvolvida, e, do outro lado, uma descrição confiável das doenças mentais — uma isolada da outra. Uma situação diferente existiu, no entanto, no que se referiu a uma compreensão puramente "orgânica" do sistema nervoso. A neurologia, ramificação irmã da psiquiatria, conseguiu vincular o conhecimento anatômico à função dos órgãos. Com o devido cuidado, fora possível localizar a coordenação dos movimentos voluntários, bem como a dos movimentos reflexos. Distúrbios de movimentos coordenados com tanta precisão tais como a fala, a preensão e a marcha, freqüentemente podiam ser correlacionados ou com dano das partes do sistema nervoso responsáveis pela coordenação destas inervações, ou com dano das conexões nervosas periféricas entre as partes coordenadoras centrais do sistema nervoso e os órgãos da motricidade afetados. Deste modo, a neurologia aplicou o princípio de Morgagni e de Virchow e tornou-se uma especialidade médica precisa e respeitada, ao passo que a psiquiatria permaneceu um campo obscuro.

Ao mesmo tempo, a visão do estudante de neuroanatomia, de construir uma ponte entre o cérebro e a mente, entre a psiquiatria e a anatomia e fisiologia cerebrais, permaneceu uma utopia, e assim continua até os dias de hoje.

O princípio de Virchow não se mostrou tão eficaz no campo das doenças mentais quanto em outros ramos da medicina. Os distúrbios de personalidade maiores e comuns — a esquizofrenia e as psicoses maníaco-depressivas — que tinham sido descritos por Kahlbaum, Kraepelin, Bleuler e outros clínicos de renome, não podiam ser identificados com o auxílio do microscópio. Estudos histológicos cuidadosos do cérebro de psicóticos que haviam falecido não revelaram quaisquer alterações microscópicas significativas. O homem da medicina, portanto, estava diante de um quebra-cabeça. Por que o cérebro de um paciente, cuja conduta e reações emocionais diferiam com tanta clareza daquelas observadas numa pessoa sadia, não revelava quaisquer desvios histológicos compatíveis mesmo quando submetido a um exame minucioso? Foi levantada a mesma questão no que se referia a muitas outras perturbações psiquiátricas, tais como as psiconeuroses e os distúrbios do comportamento. Um primeiro raio de esperança, no sentido de vincular o conhecimento da estrutura cerebral aos distúrbios mentais, surgiu ao descobrir-se que a paralisia geral, doença que há muito tempo suspeitava-se ser causada pela sífilis, podia ser associada ao achado de dano tecidual no sistema nervoso central. Quando Noguchi e Moore finalmente provaram, sem a menor dúvida, a origem sifilítica da paralisia geral, houve nova esperança de que a psiquiatria pudesse, finalmente, ganhar posição ao lado das demais especialidades médicas. Embora a existência de alterações estruturais do tecido cerebral na demência senil e na doença de Alzheimer fosse conhecida há muitos anos, o fato de Noguchi ter descoberto o microorganismo *Treponema pallidum* no cérebro do parético

geral abriu caminho, pela primeira vez, para uma terapia orientada etiologicamente.

A etiologia apresenta um padrão clássico comumente aceito: a síndrome da doença deve-se ao funcionamento defeituoso de um órgão, o que, por sua vez, resulta em dano às estruturas celulares, que pode ser reconhecido microscopicamente. O dano é atribuído a diversas causas, sendo as mais importantes a infeccção — isto é, a invasão de um órgão por microorganismos — como na tuberculose, a ação de agentes químicos, como no envenenamento, e o eleito do dano mecânico, como nas fraturas ou contusões. Além disso, o processo de envelhecimento — a deterioração crônica de todos os organismos vivos — tem sido reconhecido como um importante fator causal de doença.

No início do século, estes aspectos etiológicos predominaram também na psiquiatria. Concussões do cérebro e hemorragias causando pressão eram exemplos de causa mecânica de alteração da função mental; o alcoolismo e outras psicoses tóxicas exemplificavam a etiologia química; a demência senil, um distúrbio bem definido baseado na degeneração do tecido cerebral, resultava do processo de envelhecimento. Quando, finalmente, em 1913, Noguchi anunciou sua descoberta, as condições sifilíticas do sistema nervoso, particularmente a paralisia geral, caracterizada por alterações profundas na personalidade, puderam servir de contraparte à invasão bacteriana de outros órgãos, tal como a tuberculose dos pulmões.

O psiquiatra já podia erguer a cabeça; finalmente ele podia abordar seu paciente valendo-se de métodos laboratoriais de diagnóstico e tratamento. Antes da quimioterapia das doenças pós-sifilíticas ser descoberta por Ehrlich, o papel do psiquiatra consistia somente em cuidar da proteção do paciente e, quanto muito, observá-lo zelosamente. Qualquer terapia que tivesse existido ou baseava-se na magia, como no exorcismo de espíritos maus da era pré-científica, ou mostrava-se completamente ineficaz, como no caso da eletro e hidroterapia, tão populares no final do último século e início deste. A descoberta do salvarsan, feita por Ehrlich, contribuiu imensamente para o prestígio da psiquiatria. Como uma verdadeira terapia causal, o salvarsan satisfazia todas as exigências da filosofia médica moderna. Seu objetivo era a eliminação da causa específica e estabelecida da doença, o microorganismo patogênico. Ele obedecia ao método de utilizar-se uma substância química poderosa destinada a deixar o organismo incólume e a destruir o agente patogênico. Sob a influência desta descoberta aumentaram as esperanças de que, dentro de pouco tempo, todo o campo da psiquiatria viesse a adotar os métodos utilizados nos outros ramos da terapia e pesquisa médicas. (Os resultados terapêuticos, obtidos com a quimioterapia da paralisia geral, mostraram-se bem menos satisfatórios do que se esperava inicialmente. Esta terapia foi posteriormente substituída pelo tratamento pirogênico, mais eficaz, e, ainda mais tarde, pela penicilina.)

Outras descobertas impressionantes contribuíram para esta perspectiva otimista. A explicação dos sintomas de retardo mental no mixedema como

resultantes de uma hipofunção da glândula tireóide, e a cura notável obtida por Horsley, através do transplante da glândula tireóide, (posteriormente suplantado pela medicação oral de extrato de tireóide) são outros exemplo clássicos do tratamento orgânico causal de um distúrbio psiquiátrico.

Também no hipertireoidismo os sintomas mentais podiam ser influenciados pelos métodos químicos e cirúrgicos. Estas duas doenças mostram que, sem sombra de dúvida, as glândulas endócrinas têm uma nítida influência sobre os processos mentais. Portanto, não era nenhum absurdo esperar que, com o avanço da bioquímica, particularmente com o conhecimento íntimo da interação das glândulas endócrinas, as causas fisiológicas das psicoses e das psiconeuroses fossem compreendidas e se tornassem acessíveis a uma terapia eficaz.

Não fosse a existência do importante grupo dos distúrbios esquizofrênicos, nos quais ocorre uma desintegração profunda da personalidade sem nenhuma alteração orgânica perceptível, e do grupo ainda maior das psiconeuroses, a psiquiatria, na segunda década deste século, poderia ter se tornado um ramo da medicina tal como a medicina interna, baseado na anatomia e fisiologia patológicas e utilizando os métodos tradicionais de tratamento. Veremos, no entanto, que o desenvolvimento da psiquiatria tomou um rumo diferente. A psiquiatria não se transformou num ponto de vista exclusivamente orgânico. Ao invés disto, a medicina geral começou a adotar uma orientação originada na psiquiatria. Este é o chamado ponto de vista psicossomático, que introduziu uma nova era na medicina: a era psicossomática. O modo como tudo isto aconteceu é de particular interesse para a compreensão da tendência atual na evolução médica.

# 3

# *A influência da psicanálise no desenvolvimento da medicina*

Apesar de sucessos esporádicos, tais como a explicação e o tratamento da paralisia geral e do mixedema por meio dos métodos tradicionais da medicina, a maior parte dos distúrbios psiquiátricos, as psicoses esquizofrênicas e a psiconeuroses resistiam obstinadamente a todos os esforços feitos no sentido de introduzi-las no sistema então aceito. Os grandes distúrbios da personalidade, bem como os distúrbios emocionais menos severos, passaram a ser considerados como sendo doenças "funcionais", contrastando com a paralisia geral ou com a demência senil, denominadas "orgânicas", devido à presença de alterações estruturais no tecido cerebral. Esta diferenciação terminológica, porém, não modificou o fato embaraçoso de que as desintegrações das funções psíquicas na esquizofrenia resistiam a todos os tipos de terapia, tais como os métodos cirúrgicos e farmacológicos, e simultaneamente não se sujeitavam a qualquer explicação que obedecesse aos métodos tradicionais. No entanto, o progresso rápido na aplicação dos métodos de laboratório ao resto da medicina era tão promissor que persistiu a esperança de se obter uma compreensão definitiva de todos os distúrbios psiquiátricos com base na anatomia, na fisiologia e na bioquímica.

Em todos os centros de pesquisa médica, tentativas de resolver o problema da esquizofrenia e dos outros distúrbios funcionais da mente através da histopatologia, da bacteriologia e da bioquímica continuavam com a mesma intensidade, na última década do século passado, quando um método de investigação e terapia completamente novo foi introduzido por Sigmund Freud. É comum atribuir a origem da psicanálise à escola francesa, à pesquisa da hipnose feita por Charcot, Bernheim e Liébault. Em seus escritos autobiográficos,

Freud considera que suas primeiras idéias surgiram como resultado das influências que recebeu durante seus estudos na Salpetrière com Charcot e mais tarde, em Nancy, com Bernheim e Liébault. Do ponto de vista biográfico, este quadro certamente está correto. Do ponto de vista da história do pensamento científico, o início da abordagem psicodinâmica da doença mental deve ser atribuído ao próprio Freud.

Assim como Galileu foi o primeiro a aplicar o raciocínio científico aos fenômenos do movimento terrestre, Freud foi o primeiro a aplicá-lo ao estudo da personalidade humana. A pesquisa da personalidade ou psicologia motivacional como ciência começa com Freud. Ele foi o primeiro a adotar com coerência o postulado do determinismo absoluto dos processos psicológicos e a estabelecer o princípio dinâmico fundamental da causalidade psicológica. Depois de descobrir que o comportamento humano é, em grande parte, determinado por motivações inconscientes e depois de desenvolver uma técnica por meio da qual as motivações inconscientes podem tornar-se conscientes, ele foi capaz de demonstrar, pela primeira vez, a origem dos processos psicopatológicos. Com a ajuda desta nova abordagem, os fenômenos bizarros representados pelos sintomas psicóticos e neuróticos, bem como os sonhos aparentemente sem sentido, puderam ser compreendidos como produtos significativos da mente. Com o correr do tempo, alguns detalhes de suas concepções originais sofreram modificações, porém a validade da maior parte de seus conceitos fundamentais foi confirmada por meio de observações posteriores. O aspecto mais duradouro de sua contribuição consiste no método de observação do comportamento humano e no tipo de raciocínio que ele aplicou à compreensão psicológica do mesmo.

Do ponto de vista histórico, o desenvolvimento da psicanálise pode ser considerado como um dos primeiros sinais de uma reação contra o desenvolvimento analítico e unilateral da medicina na segunda metade do século dezenove, contra o interesse especializado em mecanismos detalhados, contra a negligência do fato biológico fundamental de que o organismo é uma unidade e de que a função de suas partes só pode ser compreendida do ponto de vista do organismo como um todo. A abordagem laboratorial do organismo vivo havia revelado uma coleção incrível de detalhes mais ou menos desconexos, o que inevitavelmente levara a uma perda de perspectiva. A visão do organismo como um mecanismo dos mais engenhosos, no qual cada parte coopera para que objetivos precisos sejam alcançados, fora, ou ignorada, ou acusada de não ter fundamento teleológico. Afirmava-se que o organismo desenvolvia-se através de determinadas causas naturais, mas não para um determinado objetivo. Uma máquina feita pelo homem podia, naturalmente, ser compreendida com base na teleologia; a mente humana criou-a para um determinado objetivo bem definido. Porém, o homem não foi criado por uma inteligência superior — este foi justamente o conceito mitológico do qual a biologia moderna se afastou, insistindo que o corpo animal deveria ser compreendido a partir de uma base causal e mecanicista.

Porém, assim que a medicina, nolens volens, voltou-se para o problema da mente enferma, esta atitude dogmática — pelo menos neste campo — teve de ser abandonada. No estudo da personalidade, o fato de que o organismo é uma unidade inteligentemente coordenada é tão evidente que não pode ser ignorado. William White expressou este fato em termos simples:[1]

> A resposta à pergunta: Qual é a função do estômago? é: a digestão, que é somente uma pequena parte da atividade de todo o organismo, e que se relaciona apenas indiretamente, se bem que de um modo importante, é claro, com muitas de suas outras funções. Porém, se nos propomos a responder a pergunta: O que o homem está fazendo? respondemos referindo-nos a todo o organismo, dizendo , por exemplo, que ele está caminhando na rua, correndo a pé, indo ao teatro, estudando medicina ou qualquer outra coisa... Se a mente é a expressão de uma reação global, distinta de uma reação parcial, então, a cada organismo vivo devem ser atribuídos tipos mentais, isto é, globais de resposta... O que conhecemos como a mente em toda a sua complexidade infinita presente é o auge de um tipo de resposta ao organismo vivo que é, historicamente, tão antigo quanto os tipos de respostas corporais com os quais estamos mais familiarizados...

A personalidade pode, portanto, ser definida como a expressão da unidade do organismo. Assim como uma máquina só pode ser compreendida considerando-se a sua função e o seu objetivo, a compreensão da unidade sintética que denominamos corpo só pode ser totalmente compreendida sob o ponto de vista da personalidade, cujas necessidades são atendidas, em última análise, por todas as partes do corpo numa coordenação inteligível.

A psiquiatria como o estudo da personalidade enferma, portanto, tornar-se-ia a porta de entrada para a introdução do ponto de vista sintético na medicina. Porém, a psiquiatria só pôde executar a sua função após ter descoberto o estudo da personalidade como o seu eixo principal, e esta foi a conquista de Sigmund Freud. A psicanálise consiste no estudo detalhado e preciso do desenvolvimento e das funções da personalidade. Apesar do fato de que o termo "psicanálise" contém a palavra "análise", seu significado histórico consiste não no seu ponto de vista analítico, mas sim no sintético.

1 — William White: *The Meaning of Disease*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1926.

# 4

# *As contribuições da psicologia guestáltica, neurologia e endocrinologia*

A psicanálise, porém, não foi o único movimento científico voltado para a síntese. Esta tendência pôde ser observada, na virada do século, em todos os campos da ciência. Durante o século dezenove, o desenvolvimento de métodos científicos resultara no acúmulo de dados; a descoberta de fatos novos tornara-se o objetivo máximo. Mas a interpretação e correlação destes fatos, sob a forma de conceitos sintéticos, fora considerada com desconfiança, como especulação duvidosa ou filosofia, em oposição à ciência. Numa reação a esta orientação excessivamente analítica, um intenso desejo de síntese surgiu como uma tendência generalizada, na última década do século.

Esta nova tendência para a síntese impregnou a psicologia não médica. Também, nesta área, a tradição do século dezenove fora a abordagem analítica. Depois que o método experimental foi introduzido na psicologia por Fechner e Weber, surgiram laboratórios psicológicos, nos quais a mente humana era dissecada em suas partes. Nestes desenvolveram-se a psicologia da visão, da audição, do tato, da memória e da vontade. Porém, o psicólogo experimental nem mesmo tentou compreender as inter-relações de todas estas diferentes faculdades mentais e sua integração no que chamamos de personalidade humana. A psicologia guestáltica de Köhler, Wertheimer e Koffka pode ser considerada como uma reação contra esta orientação analítica particularista. Provavelmente, a mais importante conquista destes psicólogos guestálticos foi a formulação clara da tese de que o todo não é o resultado da soma de suas partes, mas sim algo diferente destas, e que o sistema como um todo nunca pode ser compreendido a partir do estudo de suas partes isoladas; que, de fato, justamente o oposto é que é verdadeiro — as partes só podem

ser inteiramente compreendidas após ter sido descoberto o significado do todo.

Na medicina, ocorreu um desenvolvimento similar. Avanços no campo da neurologia tinham aberto caminho para uma compreensão mais abrangente do relacionamento entre as diferentes partes do corpo. Tornou-se evidente que todas a partes do corpo estão direta ou indiretamente vinculadas a um sistema de comando central e funcionam sob o controle deste órgão central. Os músculos voluntários, bem como os órgãos vegetativos, estes últimos via sistema nervoso autônomo (vegetativo), são influenciados pelos centros mais nobres do sistema nervoso. A unidade do organismo está claramente expressa nas funções do sistema nervoso central, que regula os processos vegetativos internos do organismo e também suas atividades externas, suas relações com o meio ambiente. Este comando central é representado pelos centros mais nobres do sistema nervoso, cujos aspectos psicológicos, nos seres humanos, denominamos de personalidade. De fato, agora está claro que estudos fisiológicos dos centros mais nobres do sistema nervoso central e estudos psicológicos da personalidade lidam com aspectos diferentes de uma mesma coisa. Enquanto a fisiologia aborda as funções do sistema nervoso central, em termos de espaço e tempo, a psicologia aborda as mesmas em termos de vários fenômenos subjetivos, que são as reflexões subjetivas dos processos fisiológicos.

Outro estímulo para o ponto de vista sintético foi a descoberta das glândulas endócrinas, um passo a mais no sentido de compreender-se as complexas inter-relações entre as diferentes funções vegetativas do organismo. O sistema endócrino pode ser considerado como um sistema regulador semelhante ao do sistema nervoso. Enquanto a influência ditada pelo sistema nervoso central manifesta-se através da condução de impulsos nervosos reguladores, que, percorrendo os nervos periféricos, chegam a diferentes partes do corpo, a regulação química exercida pelas glândulas endócrinas dá-se através do transporte de substâncias químicas específicas pela corrente sangüínea.

Sabe-se que o ritmo metabólico é regulado basicamente pelo produto secretado pela glândula tireóide, que o metabolismo dos carboidratos é regulado pelas influências antagônicas da secreção interna do pâncreas, por um lado, e dos hormônios da pituirária anterior e das glândulas supra-renais por outro lado, e que a glândula mestra que coordena a secreção das glândulas endócrinas periféricas é a pituitária anterior.

Recentemente, uma evidência cada vez maior vem demonstrando que a maioria das funções das glândulas endócrinas está provavelmente sujeita, em última análise, à função dos centros mais nobres do cérebro, isto é, à vida psíquica.

Estas descobertas fisiológicas deram-nos um insight no modo como a mente comando o corpo, e como as funções corporais periféricas, por sua vez, influenciam as funções centrais do sistema nervoso. O fato de que a mente comanda o corpo é, apesar de sua negligência pela biologia e pela medicina, o fato mais fundamental que conhecemos sobre o processo da vida.

Observamos este fato continuamente durante toda a nossa vida, a começar pelo momento em que nos acordamos cada manhã. Toda a nossa vida consiste em executar movimentos voluntários destinados à realização de nossas idéias e desejos, à satisfação de sensações subjetivas tais como a sede e a fome. Essa máquina complicada que é o corpo realiza atividades motoras bastante complexas e precisas sob a influência de fenômenos psicológicos, tais como as idéias e os desejos. A fala, entre todas as funções corporais a mais especificamente humana, é simplesmente a expressão de idéias através de um instrumento musical apurado, o aparelho vocal. Expressamos todas as nossas emoções através de processos fisiológicos: a tristeza, pelo choro; o divertimento, pelo riso; a vergonha, pelo enrubescimento. Todas as nossas emoções são acompanhadas por alterações fisiológicas: o medo, pela palpitação cardíaca; a zanga, pelo aumento da atividade cardíaca, elevação da pressão sangüínea e alterações no metabolismo dos carboidratos; o desespero, por uma inspiração e expiração profundas, que chamamos de suspiro. Todos estes fenômenos fisiológicos resultam de interações musculares complexas, que ocorrem sob a influência de impulsos nervosos, conduzidos até os músculos de expressão da face e ao diafragma no riso, às glândulas lacrimais no choro, ao coração no medo, a às glândulas supra-renais e ao sistema vascular na raiva. Os impulsos nervosos surgem em determinadas situações emocionais, que, por sua vez, originam-se na nossa interação com outras pessoas. As situações psicológicas, assim originadas, só podem ser compreendidas em termos da psicologia — como respostas globais do organismo ao meio ambiente.

# 5

# *Histeria conversiva, neurose vegetativa e distúrbio orgânico psicogênico*

A aplicação destas considerações a certos processos mórbidos do corpo levou, gradualmente, a uma nova tendência na medicina, à "medicina psicossomática".

O ponto de vista psicossomático significou uma nova abordagem do estudo da causa da doença. Como foi anteriormente mencionado, o fato de que emoções intensas exercem influência sobre as funções do corpo faz parte da experiência diária. A cada situação emocional corresponde uma síndrome específica de alterações físicas, respostas psicossomáticas, tais como o riso, o choro, o enrubescimento, alterações da freqüência cardíaca, da respiração, etc. Porém, uma vez que estes processos psicomotores fazem parte do nosso dia-a-dia e não têm efeitos nocivos, a medicina, até pouco tempo atrás, dedicou pouca atenção à investigação detalhada dos mesmos[1]. Estas alterações que ocorrem no corpo como reações a emoções intensas são de natureza passiva. Quando a emoção desaparece, o processo fisiológico correspondente, choro ou riso, palpitação cardíaca ou elevação da pressão sangüínea, também desaparece e o corpo volta a seu estado de equilíbrio.

O estudo psicanalítico de pacientes neuróticos revelou, no entanto, que distúrbios crônicos do corpo podem desenvolver-se sob a influência de distúrbios emocionais prolongados. Tais alterações corporais crônicas, sob a influência da emoção, foram observadas inicialmente em pacientes histéricos. Freud introduziu o conceito de histeria conversiva, na qual desenvolvem-se sintomas corporais em resposta a conflitos emocionais crônicos. Estas alterações foram observadas nos músculos controlados pela vontade e nas percepções sensoriais.

1 — Uma das exceções dignas de nota é Darwin (59).

Uma das descobertas mais importantes de Freud foi que, quando a emoção não pode expressar-se e ser aliviada através de canais normais pela atividade voluntária, ela pode tornar-se a fonte de distúrbios crônicos psíquicos e físicos. Sempre que as emoções são reprimidas devido a conflitos psíquicos — isto é, excluídas da consciência e assim impedidas da liberação adequada — elas constituem a fonte da tensão crônica, que é a causa dos sintomas histéricos.

Do ponto de vista fisiológico, um sintoma de conversão histérica é de natureza semelhante a qualquer inervação voluntária usual, movimento expressivo ou percepção sensorial. Porém, na histeria, o impulso psicológico motivador é inconsciente. Ao atacarmos alguém, ou quando vamos a um determinado lugar, nossos braços e pernas põem-se em movimento sob a influência de motivações e objetivos conscientes. Os assim chamados movimentos expressivos tais como o riso, o choro, o caretear, o gesticular, são baseados em processos fisiológicos semelhantes. No caso dos últimos, porém, as inervações não ocorrem sob a influência de objetivos conscientes, mas sim sob o estímulo de uma tensão emocional, que é descarregada de acordo com um padrão fisiológico complexo. Num sintoma conversivo como a paralisia histérica ou contratura, "a passagem do psíquico para o somático" não difere da que ocorre em qualquer inervação motora comum, como no caso de movimentos voluntários, riso ou choro. Exceto pelo fato de que o conteúdo psicológico motivador é inconsciente, a única diferença é que os sintomas de conversão histérica são criações intensamente individuais do paciente, criações às vezes sem igual, por ele inventadas para expressar seu conteúdo psicológico particular reprimido. Movimentos expressivos como o riso são, em contraste, padronizados e universais (Darwin-59).

Um grupo de distúrbios corporais psicogênicos fundamentalmente diferente é aquele que envolve os órgãos vegetativos internos. Há algum tempo atrás, autores psicanalíticos tentaram repetidamente ampliar o conceito original de conversão histérica de modo a abranger, neste conceito, todas as formas de distúrbios psicogênicos do corpo, inclusive aqueles que ocorrem nos órgãos viscerais. De acordo com tais pontos de vista, uma elevação da pressão sangüínea ou uma hemorragia gástrica tem um significado simbólico, assim como qualquer sintoma de conversão. Não foi dada nenhuma atenção ao fato de que os órgãos vegetativos são controlados pelo sistema nervoso autônomo, que não está diretamente vinculado aos processos de ideação. A expressão simbólica do conteúdo psicológico é conhecida apenas no campo das inervações voluntárias, tais como a fala, ou movimentos expressivos, como o de fazer caretas, a gesticulação, o riso, o choro, etc. Talvez o enrubescimento pudesse ser incluído neste grupo. É pouco provável, no entanto, que órgãos internos como o fígado ou as arteríolas pequenas do rim possam simbolicamente expressar idéias. Isto não significa que eles não possam ser influenciados por tensões emocionais, que podem ser conduzidas a qualquer parte do corpo por meio da via córtico-talâmica e do sistema nervoso autônomo. Sem dúvida, influências emocionais podem estimular ou inibir a função de qualquer órgão. Depois

que a tensão emocional relaxa, as funções corporais voltam a seu equilíbrio normal. Sempre que a estimulação ou inibição emocional de uma função vegetativa torna-se crônica e excessiva, a ela nos referimos como sendo uma "neurose orgânica". Este termo abrange os assim chamados distúrbios "funcionais" dos órgãos vegetativos, que são causados, pelo menos parcialmente, por impulsos nervosos, cujas origens mais remotas são processos emocionais, que ocorrem em algum lugar nas áreas cortical e subcortical do cérebro.

O conceito de distúrbios funcionais foi primeiramente introduzido não por psiquiatras, mas sim por especialistas no campo das doenças internas. A princípio, os distúrbios neuróticos (ou funcionais) do estômago, dos intestinos, do sistema cardiovascular tornaram-se conhecidos sob o nome de neuroses gástrica, intestinal ou cardíaca. O termo "distúrbio funcional" refere-se ao fato de que em tais casos mesmo o estudo mais aprimorado dos tecidos não revela quaisquer alterações morfológicas perceptíveis. A estrutura anatômica do órgão não está alterada; somente a coordenação e a intensidade de suas funções sofrem perturbação. Tais distúrbios são mais prontamente reversíveis e considerados menos severos que doenças nas quais os tecidos mostram alteração morfológica definida, o que freqüentemente indica dano irreversível.

Podemos agora definir a diferença entre o sintoma conversivo e a neurose vegetativa. Um sintoma conversivo é uma expressão simbólica de um conteúdo psicológico emocionalmente definido: é uma tentativa de descarregar a tensão emocional. Ele ocorre nos sistemas neuromuscular voluntário ou perceptivo-sensorial, cuja função primordial é expressar e aliviar tensões emocionais. Uma neurose vegetativa não é uma tentativa de expressar uma emoção, mas sim a resposta fisiológica dos órgãos vegetativos a estados emocionais, que, ou são constantes, ou retornam periodicamente. A elevação da pressão sangüínea por exemplo, sob a influência da raiva não alivia a raiva, mas é um componente fisiológico do fenômeno total, que é a raiva. Como será mostrado mais tarde, ela é uma adaptação do corpo ao estado do organismo, quando este se prepara para confrontar-se com uma emergência. De modo similar, o aumento da secreção gástrica sob a influência do anseio pelo alimento não é uma expressão de alívio destas emoções; é uma preparação no sentido de adaptar o estômago para a incorporação do alimento.

A única semelhança entre os sintomas de conversão histérica e as respostas vegetativas às emoções reside no fato de que ambos são respostas a estímulos psicológicos. Eles diferem basicamente, no entanto, quanto à sua psicodinâmica e fisiologia.

Com o reconhecimento de que os fatores emocionais têm significado causal nos distúrbios funcionais, a psicoterapia pôde ser legitimamente admitida na medicina propriamente dita e deixou de limitar-se exclusivamente ao campo da psiquiatria. Os conflitos emocionais crônicos do paciente, causa básica do distúrbio, tiveram de ser resolvidos pelo tratamento psicológico. Uma vez que estes conflitos emoconais originavam-se no relacionamento do paciente com outros seres humanos, a personalidade do paciente tornou-se

o objeto da terapia. Com esta nova ênfase, a influência emocional do médico sobre o paciente — a arte médica — encontrou o seu lugar na medicina científica. Ela já não podia ser considerada como sendo um apêndice da terapia, o último toque artístico na habilidade terapêutica. Nos casos de neuroses orgânicas a influência emocional do médico sobre o paciente provou ser o principal fator terapêutico.

Porém, neste estágio do desenvolvimento, o papel da psicoterapia permaneceu restrito aos casos funcionais, geralmente considerados como distúrbios menos severos, contrastando com os distúrbios orgânicos genuínos, baseados em alterações teciduais demonstráveis. Também nestes distúrbios orgânicos, o estado emocional do paciente fora reconhecido há muito tempo como sendo uma questão importante; porém uma verdadeira conexão causal entre fatores psíquicos e distúrbios orgânicos genuínos não fora aceita de modo geral.

Gradualmente, no entanto, tornou-se cada vez mais evidente que a natureza não conhece diferenças tão rígidas como "funcional" versus "orgânico". Os clínicos começaram a suspeitar que distúrbios funcionais de longa duração poderiam gradualmente levar a distúrbios orgânicos severos, associados a alterações morfológicas. Alguns casos deste tipo são conhecidos há muito tempo — por exemplo, o fato de que a hiperatividade cardíaca pode levar à hipertrofia dos músculos do coração, ou de que a paralisia histérica de um membro pode levar a certas alterações degenerativas nos músculos e nas articulações devido à inatividade. Portanto, era preciso considerar a possibilidade de que um distúrbio funcional de longa duração, em qualquer órgão, pudesse, finalmente, levar a alterações anatômicas definidas e ao quadro clínico de uma doença orgânica severa. Estudos fisiológicos e psicológicos intensivos, de casos de úlcera péptica, comprovaram, de maneira convincente, o ponto de vista de que conflitos emocionais de longa duração podem levar, numa primeira etapa, a uma neurose gástrica que, com o tempo, pode resultar numa úlcera. Há também indícios de que conflitos emocionais podem causar oscilações contínuas da pressão sangüínea que, com o tempo, sobrecarregam o sistema vascular. Esta fase funcional de oscilação da pressão sangüínea pode, com o tempo, causar alterações vasculares orgânicas, o que pode, finalmente, resultar numa forma maligna, irreversível, de hipertensão.

Estas observações têm sido cristalizadas no conceito de "distúrbio orgânico psicogênico". Estes distúrbios, de acordo com este ponto de vista, desenvolvem-se em duas etapas: em primeiro lugar, o distúrbio funcional de um órgão vegetativo é causado por um distúrbio emocional crônico; e em segundo lugar, o distúrbio funcional crônico gradualmente leva a alterações teciduais e a uma doença orgânica irreversível.

# 6

# *Progresso no pensamento etiológico*

Anteriormente, cada função alterada era explicada como sendo o resultado da estrutura alterada. Agora vem sendo estabelecida outra seqüência causal: função alterada como causa da estrutura alterada. Embora este ponto de vista etiológico não seja inteiramente novo, muitos clínicos cuja formação seguiu a tradição do princípio de Virchow, e ainda sob a influência impressionante das descobertas etiológicas da bacteriologia, simples e comprovadas experimentalmente, não estão dispostos a aceitá-lo sem restrições. Quando um distúrbio funcional é descrito como resultando de um conflito emocional, a idéia é geralmente aceita com certa desconfiança pelo clínico tradicional e manifesta-se a esperança de que, posteriormente, estudos histológicos mais precisos finalmente revelarão as modificações teciduais responsáveis pela doença. Ele tende a recorrer ao conceito clássico de que a função alterada é o resultado e não a causa do substrato morfológico alterado.

Um exemplo ilustrativo é o caso de von Bergmann (30), que numa época tão remota quanto 1913, afirmou que as úlceras pépticas provavelmente resultavam de uma neurose gástrica crônica, causada por fatores emocionais, e que, no entanto, quatorze anos mais tarde sentiu necessidade de revisar suas idéias e retornou a uma atitude mais conservadora, recomendando bastante cautela com referência ao diagnóstico de uma "neurose orgânica". Ele expressou sua crença de que, na maior parte destes casos, pesquisa subseqüente revelaria causas orgânicas (31).

Durante muito tempo, houve na medicina a convicção científica de que estudos histológicos posteriores revelariam uma base anatômica para os assim chamados distúrbios funcionais. Hoje, sentimos que, em muitos casos, uma

investigação completa da história da vida do paciente pode revelar as origens de distúrbios funcionais precoces, antes que o distúrbio da função tenha produzido alterações orgânicas histologicamente discerníveis. A resistência a este conceito baseia-se no dogma errôneo de que a função alterada é sempre o resultado da estrutura alterada, bem como no desprezo da seqüência causal contrária.

Atualmente, é difícil dizer quais são as doenças orgânicas que seguem este último padrão etiológico. É bastante provável que no grande capítulo da medicina que pode ser chamado "Doenças Crônicas de Origem Desconhecida" muitas venham a se enquadrar nesta categoria. Distúrbios emocionais crônicos são, provavelmente, fatores etiológicos importantes em muitas disfunções endócrinas. Isto fica claramente evidenciado nos casos de bócio tóxico, cujo início pode ser, freqüentemente, associado a um trauma emocional. A influência das emoções no metabolismo dos carboidratos permite que, na evolução do diabete, fatores emocionais possam desempenhar um papel causador importante.

Esta teoria funcional dos distúrbios orgânicos é essencialmente o reconhecimento de que, independentemente dos fatores causadores externos agudos, existem causas internas crônicas de doença. Em outras palavras, muitos distúrbios crônicos não são causados primariamente por fatores químicos ou mecânicos externos, nem por microorganismos, mas sim pelo stress funcional contínuo que aparece durante a vida cotidiana do indivíduo na sua luta pela existência. Aqueles conflitos emocionais que a psicanálise reconhece como sendo a base das psiconeuroses, e a causa fundamental de certos distúrbios funcionais e orgânicos, surgem durante a nossa vida diária, no nosso relacionamento com o meio ambiente. O medo, a agressão, a culpa, os desejos frustrados, se reprimidos, resultam em tensões emocionais crônicas permanentes, que perturbam as funções dos órgãos vegetativos. Devido às dificuldades de nossa vida social, muitas emoções não podem ser expressas e aliviadas livremente através de atividades voluntárias, mas permanecem reprimidas e são, finalmente, desviadas para canais inapropriados. Ao invés de expressarem-se nas inervações voluntárias, elas influenciam as funções vegetativas, tais como a digestão, a respiração e a circulação. Assim como países frustrados nas suas ambições políticas externas freqüentemente sofrem comoções sociais internas, também o organismo humano pode apresentar um distúrbio de sua política interna, de suas funções vegetativas, caso sua relação com o mundo seja perturbada.

Há bastante evidência de que, assim como certos microorganismos patológicos têm uma afinidade específica com determinados órgãos, também certos conflitos emocionais possuem especificidades e, conseqüentemente, tendem a atingir determinados órgãos internos. A raiva inibida parece relacionar-se especificamente com o sistema cardiovascular (Cannon; Fahrenkamp; Hill; K. Menninger; K. Menninger e W. Menninger; Wolfe; Dunbar; Draper; Saul; Alexander; Dunbar - 43, 81, 118, 154, 156, 71, 67, 202, 7, 73); tendências

dependentes de buscar ajuda parecem relacionar-se especificamente com as funções da nutrição (Ruesch, et al.; Kapp, et al.; Alexander; Bacon; Levey - 199, 129, 9, 20, 136). Novamente, um conflito entre desejos sexuais e tendências dependentes parece ter uma influência específica sobre as funções respiratórias[1] (French, Alexander, et al. - 89). O conhecimento, cada vez maior, das relações entre as emoções e as funções do corpo normais e alteradas exige que o médico moderno considere os conflitos emocionais como sendo tão reais e concretos quanto os microorganismos visíveis. A principal contribuição da psicanálise para a medicina tem sido a de acresentar ao microscópio óptico um microscópio psicológico - isto é, uma técnica psicológica por meio da qual a vida emocional do paciente pode ser submetida à investigação detalhada.

A abordagem psicossomática dos problemas da vida e da doença une os processos fisiológicos internos às relações do indivíduo com o seu meio social. Ela dá uma base científica às observações empíricas tais como a de que o paciente freqüentemente apresenta excelente recuperação se é afastado de seu ambiente familiar, ou se interrompe suas ocupações diárias e é, deste modo, aliviado daqueles conflitos emocionais que se originam nas relações familiares ou profissionais. O conhecimento detalhado do relacionamento entre a vida emocional e os processos do corpo amplia a função do médico: o cuidado físico e mental do paciente pode ser coordenado no todo integral da terapia médica. Este é o significado real da "medicina psicossomática."

1 — A questão da especificidade dos fatores psicológicos será discutida posteriormente na página 55 e seguintes.

# 7

# *Considerações metodológicas concernentes à abordagem psicossomática*

O termo "psicossomático" tem sido objeto de muita crítica, principalmente porque ele parece sugerir uma dicotomia entre a mente e o corpo. Esta dicotomia é precisamente o que o ponto de vista psicossomático tenta evitar. E se compreendemos os fenômenos psíquicos como sendo o aspecto subjetivo de certos processos (cerebrais) fisiológicos, esta dicotomia desaparece. Além disso, a maior parte dos termos que se referem a uma temática sujeita à complexidade são ambíguos. Só para citar um exemplo, o termo "psychoanalysis" (psicanálise), agora tão firmemente estabelecido, contém, do ponto de vista lingüístico, um "o" supérfluo, e — o que é mais importante — ele não indica que o objetivo da terapia psicanalítica seja sintético ao invés de analítico, isto é, o de aumentar as capacidades integradoras do ego. Num campo tão complexo como o que está em discussão, qualquer expressão que possamos escolher, tal como "medicina dinâmica" ou "abordagem global", necessita definição. Os conceitos que estão, hoje em dia, associados com o termo "psicossomático" penetraram a literatura e o pensamento médico. A expressão deve ser mantida, porém tem de ser claramente e inequivocamente definida. Desde que concordemos precisamente no que queremos dizer, faz pouca diferença o símbolo que usamos.

O termo "psicossomático" deve ser usado apenas para indicar um método de abordagem, tanto em pesquisa quanto em terapia, ou seja, o uso simultâneo e coordenado de métodos e conceitos somáticos — isto é, fisiológicos, anatômicos, farmacológicos, cirúrgicos e dietéticos — de um lado, e métodos e conceitos psicológicos por outro lado. É colocada ênfase sobre a denominação "uso coordenado", indicando que os dois métodos são aplicados no sistema

conceptual das seqüências causais. Para tornar isto mais concreto, o estudo da secreção gástrica pode limitar-se aos métodos fisiológicos, por meio dos quais o processo local é estudado. Ele pode também incluir o estudo fisiológico dos impulsos nervosos que controlam a secreção gástrica. Isto ainda é meramente pesquisa somática. O estudo psicossomático da secreção gástrica, porém, aborda não apenas uma parte deste processo complexo, porém sua totalidade e, portanto, inclui os estímulos corticais centrais, que influenciam a secreção gástrica e que não podem ser descritos ou investigados a não ser por meio de métodos psicológicos. Por exemplo, os anseios nostálgicos e o desejo de receber ajuda e afeto também estimulam a secreção gástrica. Eles representam determinados processos cerebrais; no entanto, só podem ser descritos significativamente em termos psicológicos, porque os anseios receptivos não podem, neste momento, ser identificados por meio de técnicas bioquímicas, elétricas, ou por qualquer outra técnica não psicológica. Estes processos cerebrais são percebidos subjetivamente como emoções e podem ser transmitidos a outros através da fala. Eles podem, portanto, ser estudados psicologicamente e, o que é mais importante, eles só podem ser estudados adequadamente através do método psicológico.

Então, pode ser levantada a questão de que, talvez, a abordagem psicossomática deva ser considerada como um método transitório, que será abandonado assim que estivermos capacitados, por meio da eletroencefalografia aperfeiçoada e de outras técnicas fisiológicas, a estudar aqueles processos cerebrais que hoje submetemos aos métodos psicológicos. Enquanto esta questão não puder ser respondida com segurança, parece provável que os processos cerebrais referentes aos relacionamentos interpessoais só possam ser descritos adequadamente em termos psicológicos e sociológicos. Mesmo o uso de métodos fisiológicos aperfeiçoados só permitirá o estudo dos processos dentro do próprio organismo. Uma fórmula bioquímica descrevendo um anseio receptivo em algum lugar no córtex nunca explicará as circunstâncias interpessoais sob as quais este anseio surgiu ou tornou-se mais intenso, nem indicará as mudanças nas relações interpessoais, por meio das quais sua intensidade possa ser reduzida, e deste modo, possa ser aliviado o seu efeito nocivo sobre a atividade do estômago.

Outra questão polêmica é o conceito de classificação e diagnóstico de "doença psicossomática," proposto por Halliday (110, 111, 112, 115). Tais doenças incluiriam a úlcera péptica, a artrite reumatóide, o hipertireoidismo, a hipertensão essencial e muitas outras. Este ponto de vista baseia-se na suposição de que nestas doenças o fator etiológico proeminente é psicológico. Toda a evidência disponível, no entanto, indica explicações multicausais em todas as ramificações da medicina (Alexander — 12). Já não nos satisfaz dizer que a tuberculose é causada pela exposição ao bacilo de Koch, mas sim reconhecer que a imunidade específica e inespecífica, a resistência do organismo à infecção, é um fenômeno complexo, que pode depender parcialmente de fatores emocionais. Conseqüentemente, a tuberculose é uma doença

psicossomática. E de modo inverso, a explicação meramente psicogênica de doenças tais como a úlcera péptica não pode ser defendida, visto que as constelações emocionais típicas encontradas em pacientes que sofrem de úlcera são também observadas em grande número de pacientes que não sofrem de úlcera. Fatores somáticos gerais ou locais, até agora mal definidos, devem ser levados em conta, e somente a coexistência de ambos os tipos de fatores, os emocionais e os somáticos, pode explicar a formação da úlcera. Igualmente importante é o fato de que em diferentes casos a importância relativa dos fatores emocionais e dos fatores somáticos varia enormemente. A multiplicidade de causas e a distribuição variável dos fatores psicológicos e não psicológicos de caso para caso invalida o conceito de "doença psicossomática" como um grupo de diagnóstico específico. Teoricamente, cada doença é psicossomática, uma vez que fatores emocionais influenciam todos os processos do corpo, através das vias nervosas e humorais.

Os seguintes fatores podem ser de importância etiológica na doença:

D (doença) = f (função de) { a. b. c. d. e. g. h. i. j... n

a — constituição hereditária
b — traumas do nascimento
c — doenças orgânicas da primeira infância, que aumentam a vulnerabilidade de determinados órgãos
d — natureza do cuidado da criança na primeira infância (hábitos de desmame, educação esfincteriana, preparativos para o adormecer, etc.)
e — experiências traumáticas físicas acidentais da primeira infância e das demais fases da infância
g — experiências traumáticas emocionais acidentais da primeira infância e das demais fases da infância
h — clima emocional da família e traços específicos da personalidade dos pais e dos irmãos
i — traumas físicos tardios
j — experiências emocionais tardias nas relações pessoais íntimas e nas relações ocupacionais

Estes fatores, em proporções diferentes, são etiologicamente importantes em todas as doenças. O ponto de vista psicossomático adicionou os fatores d, g, h e j aos outros fatores, que, há muito tempo, têm recebido atenção na medicina. Somente a consideração de todas estas categorias e de sua interação pode fornecer um quadro etiológico completo.

Nesta conexão deve ser enfatizado, como um postulado metodológico adicional, que a investigação psicossomática requer uma descrição precisa e detalhada das seqüências psicológicas, assim como requer uma observação precisa dos processos fisiológicos correlatos. Estudos fisiológicos detalhados, que se correlacionam com descrições psicológicas impressionistas casuais, não podem constribuir para que conheçamos melhor a etiologia. Descrever uma

perturbação da atividade cardíaca precisamente e explicá-la como sendo causada pelo nervosismo, sem uma descrição adequada do conteúdo emocional e ideativo, é algo sem sentido.

# 8

# *Princípios fundamentais da abordagem psicossomática*

## 1 — PSICOGÊNESE

A questão da psicogênese está vinculada à antiga dicotomia psique versus soma. Os fenômenos somáticos e psicológicos ocorrem no mesmo organismo e são meramente dois aspectos do mesmo processo. No organismo vivo, certos processos fisiológicos são percebidos subjetivamente como sentimentos, idéias e pulsões. Como foi anteriormente demonstrado, estes processos fisiológicos podem ser melhor abordados por meio dos métodos psicológicos, que lidam com a comunicação, através da fala, dos processos fisiológicos percebidos subjetivamente. Fundamentalmente, portanto, o objeto dos estudos psicológicos não difere daquele da fisiologia; os dois diferem apenas quanto ao modo de abordagem.

É importante que digamos especificamente o que se entende por "psicogênese". Em primeiro lugar, vamos apresentar um exemplo. No caso da elevação da pressão sangüínea de origem emocional, a psicogênese não significa que a contração dos vasos sangüíneos seja executada por algum mecanismo não somático. A raiva compreende processos fisiológicos, que ocorrem em algum lugar no sistema nervoso central. O efeito fisiológico da raiva é constituído de uma cadeia de eventos, em que cada elo pode ser descrito, ao menos teoricamente, em termos fisiológicos. A característica peculiar dos fatores psicogênicos, tais como as emoções ou idéias e fantasias, é que eles também podem ser estudados psicologicamente através da introspecção ou da comunicação verbal daqueles indivíduos nos quais estes processos fisiológicos ocorrem. A comunicação verbal é, portanto, um dos instrumentos mais poderosos

da psicologia e, justamente por isso, da pesquisa psicossomática. Quando falamos em psicogênese, nos referimos aos processos fisiológicos constituídos de excitações centrais no sistema nervoso, que podem ser estudados através de métodos psicológicos, porque são percebidos subjetivamente sob a forma de emoções, idéias ou desejos. A pesquisa psicossomática lida com processos nos quais certos elos na cadeia causal prestam-se, no atual estágio do nosso conhecimento, mais prontamente ao estudo por métodos psicológicos do que fisiológicos, já que a investigação detalhada das emoções como processos cerebrais não está suficientemente avançada. Mesmo quando a base fisiológica dos fenômenos psicológicos for melhor conhecida, provavelmente não poderemos dispensar o seu estudo psicológico. É difícil conceber que os diferentes movimentos de dois jogadores de xadrez viessem a ser compreendidos com mais clareza em termos bioquímicos ou neurofisiológicos, do que em termos psicológicos.

## 2 — FUNÇÕES FISIOLÓGICAS AFETADAS POR INFLUÊNCIAS PSICOLÓGICAS

Estas podem ser divididas em três categorias principais:
(a) Comportamento voluntário.
(b) Inervações expressivas.
(c) Respostas vegetativas aos estados emocionais.

### *Comportamento voluntário coordenado*

O comportamento voluntário é executado sob a influência de motivações psicológicas. Por exemplo, no momento da percepção da fome, são executados certos movimentos coordenados, que servem para obter o alimento e aliviar a fome. Cada passo é efetuado sob a influência de determinados processos psicológicos. Lembra-se, por exemplo, onde está guardado o alimento ou onde fica o restaurante e assim por diante. Estes elos psicológicos intermediários podem ser simples, como lembrar que há alimento no refrigerador. Ou podem ser bastante complicados: um vagabundo desperta pela manhã com uma sensação de fome e não tem dinheiro no bolso. Ele, em primeiro lugar, precisa oferecer seus serviços a alguém, que os aceita, e somente após ser pago pelo seu trabalho pode aliviar a fome. Na nossa civilização complexa, grande parte de nossas vidas consiste no preparo para nos tornarmos membros da sociedade economicamente produtivos, a fim de assegurar as necessidades biológicas básicas de alimento, abrigo, etc. A história da vida de cada um de nós pode ser considerada, portanto, um processo psicossomático complexo, o comportamento objetivo-direcionado, executado sob a direção de determinadas influências psicológicas (motivações).

O sistema dinâmico de forças psicológicas cuja função é realizar esta complicada tarefa de coordenação é chamado o ego. As falhas de suas funções originam as diferentes formas de psiconeuroses e psicoses. Estes distúrbios pertencem ao campo da psiquiatria propriamente dita.

*Inervações expressivas*

Estas são processos fisiológicos, tais como chorar, suspirar, rir, enrubescer, gesticular e fazer caretas, que ocorrem sob a influência de tensões emocionais específicas. Todos estes movimentos complexos expressam determinadas emoções e, ao mesmo tempo, aliviam uma tensão emocional específica, tristeza, autopiedade, humor, e assim por diante. Estas inervações expressivas não buscam objetivos utilitários; elas não satisfzem nenhuma necessidade biológica básica; sua única função é o alívio de uma tensão emocional. O riso, por exemplo, ocorre sob a influência de certas situações emocionais, que têm um efeito cômico. Algumas das melhores mentes — Bergson, Lipps e Freud, só para mencionar algumas — tentaram definir o que constitui o efeito cômico, procurando encontrar um denominador comum para aquelas situações interpessoais cuja resposta universal é o riso. Um indivíduo alto e outro baixo caminham lado a lado, quando, subitamente, o indivíduo alto tropeça e cai. O efeito é extremamente cômico. Quanto maior a arrogância do indivíduo alto ao caminhar, maior o efeito cômico de sua queda súbita. Neste caso é fácil reconhecer que o espectador libera sua malignidade reprimida; ele ri às custas do indivíduo alto. Cada pessoa, quando criança, algumas vezes já invejou e ficou ressentida com os adultos, cujo passo tentou tão arduamente acompanhar, enquanto caminhava rapidamente a seu lado na rua. Eles eram gigantes que podiam nos intimidar como desejassem, e ficávamos completamente indefesos diante deles. Cada espectador identifica-se, inconscientemente, com o indivíduo pequeno, que continua caminhando calmamente, enquanto seu companheiro alto, repentinamente, jaz prostrado no chão. De um modo magistral, Freud mostrou que tendências hostis ocultas constituem um aspecto do efeito cômico (95).

Ainda outros fatores psicológicos devem estar presentes a fim de desencadear o riso, este fenômeno extremamente complexo, que consiste nas contrações espasmódicas do diafragma e dos músculos faciais. Não tenho como objetivo estender-me quanto aos detalhes psicológicos mais minuciosos. Escolho o riso como exemplo para demonstrar dois fatos importantes: primeiro, a natureza complexa e específica dos estímulos psicológicos que motivam os movimentos expressivos, tais como o riso; e, seguindo, a natureza liberadora deste tipo de inervação, que não serve a nenhum objetivo utilitário. Numa sala de aula, uma mosca pousa na cabeça calva do professor. Por um instante os garotos controlam seu impulso de rir. Então, um deles começa a dar uma risadinha e no momento seguinte toda a classe explode numa gargalhada

incontrolável. Obviamente, os impulsos agressivos contra o professor, reprimidos em cada aluno, encontram uma liberação súbita e explosiva. O riso segue o seu curso; uma certa quantidade de energia muscular é exigida para aliviar a tensão psicológica. De maneira semelhante, chorar, suspirar, ou fazer carranca não têm utilidade; eles servem meramente para liberar tensões emocionais específicas.

Do ponto de vista da fisiologia, os fenômenos sexuais pertencem a esta categoria. Eles também são fenômenos liberadores, servindo para aliviar tensões instintivas específicas.

Alterações patológicas envolvendo tais processos expressivos usualmente pertencem ao campo da psiquiatria. Emoções que são reprimidas, por estarem em conflito com os padrões da personalidade, não podem ser liberadas através dos canais habituais das inervações expressivas. O paciente tem de inventar suas próprias inervações expressivas individuais, sob a forma de sintomas de conversão, que servem parcialmente para aliviar as emoções reprimidas e parcialmente como defesas contra a sua expressão direta. Algumas vezes, a descarga ocorre através dos processos expressivos apropriados usuais, como no caso do choro e do riso histéricos. Nestas situações, as emoções subjacentes estão reprimidas e o paciente não sabe por que ri ou chora. Por estarem dissociados das emoções subjacentes, os movimentos expressivos não conseguem aliviar a tensão. Isto explica a natureza prolongada e incontrolável do riso ou do choro histéricos.

*Respostas vegetativas aos estados emocionais*

Este grupo de respostas compreende as reações viscerais aos estímulos emocionais e é de significado particular para a medicina interna e outras especialidades médicas. A abordagem psicossomática na medicina originou-se no estudo dos distúrbios vegetativos, que se desenvolvem em certos estados emocionais. Porém, antes de nos engajarmos na discussão dos distúrbios vegetativos, temos de descrever as respostas corporais normais às emoções; estas fornecem as bases fisiológicas dos vários distúrbios que afetam os diferentes órgãos vegetativos.

O funcionamento global do sistema nervoso pode ser compreendido como visando a manter as condições do organismo num estado constante (homeostase). O sistema nervoso consegue realizar esta tarefa por meio do princípio de divisão de trabalho. Ao passo que o sistema nervoso central encarrega-se da regulação das relações com o mundo externo, o sistema nervoso autônomo controla as condições internas do organismo, isto é, os processos vegetativos internos. A divisão parassimpática do sistema nervoso autônomo ocupa-se mais explicitamente com a conservação e com a formação, isto é, com processos anabólicos. Sua influência anabólica manifesta-se em funções tais como a estimulação da atividade digestiva gastrintestinal e o armazenamento de açúcar

no fígado. Sua função de conservação e de proteção expressa-se, por exemplo, nas contrações da pupila como proteção contra a luz, ou no espasmo dos bronquíolos como proteção contra substâncias irritantes.

Como foi postulado por Cannon (43), a principal função das porções simpáticas do sistema nervoso autônomo é a regulação das funções vegetativas internas com relação às atividades externas, particularmente em situações de emergência. Em outras palavras, o sistema nervoso simpático está envolvido na preparação do organismo para a luta e para a fuga, modificando os processos vegetativos de um modo que é da maior utilidade nas situações de emergência. Na preparação para a luta e para a fuga, bem como durante tais atividades, ele inibe todos os processos anabólicos; assim sendo torna-se um inibidor da atividade gastrintestinal. Porém, estimula a atividade do coração e do pulmão, e modifica a distribuição de sangue, levando-o da área esplâncnica para os músculos, os pulmões e o cérebro, que necessitam de um suprimento maior de energia para aumentarem a sua ação. Ao mesmo tempo, a pressão sangüínea eleva-se, os carboidratos são mobilizados de seus depósitos e a medula supra-renal é estimulada. As ações simpáticas e as parassimpáticas são extremamente antagônicas.

Pode-se generalizar dizendo que, sob o predomínio do parassimpático, o indivíduo afasta-se de seus problemas externos, passando a uma existência meramente vegetativa, ao passo que, sob a estimulação simpática, ele negligencia ou inibe suas funções pacíficas de formação e de crescimento, e dirige toda a sua atenção para enfrentar seus problemas com relação ao meio externo.

A economia interna do organismo durante o esforço e o relaxamento comporta-se como uma nação na guerra ou na paz. A economia de guerra significa prioridade para o arsenal de guerra e proibição de certas produções do período de paz. São produzidos tanques ao invés de carros de passageiros, munições ao invés de artigos de luxo. No organismo, o estado emocional de prontidão corresponde à economia de guerra, e o relaxamento à economia do período de paz, já que determinados sistemas orgânicos, necessários na emergência, tornam-se estimulados, enquanto os outros são inibidos.

Nos distúrbios neuróticos das funções vegetativas, esta harmonia entre a situação externa e os processos vegetativos internos está perturbada. O distúrbio pode assumir diferentes formas.

Do ponto de vista psicodinâmico, apenas um número limitado de condições foi estudado em todos os seus aspectos. De um modo geral, os distúrbios emocionais das funções vegetativas podem ser divididos em duas categorias principais. Estas duas categorias correspondem às duas atitudes emocionais básicas descritas acima:

1) Preparação para a luta, ou para a fuga, na emergência.
2) Retirada da atividade dirigida para o exterior.

1) Os distúrbios pertencentes ao primeiro grupo resultam da inibição ou repressão dos impulsos hostis de auto-afirmação. Por estarem os impulsos reprimidos ou inibidos, o comportamento correspondente (luta ou fuga) nunca

se realiza. E, no entanto, o organismo está, fisiologicamente, num estado constante de prontidão. Em outras palavras, embora os processos vegetativos tenham sido mobilizados para a atividade agressiva concentrada, eles não causam o pleno desenvolvimento da ação. Como resultado, o estado crônico de prontidão persiste no organismo, junto àquelas reações fisiológicas, que são normalmente necessárias numa situação de emergência, tais como a freqüência cardíaca aumentada, a pressão sangüínea elevada, ou a dilatação dos vasos sangüíneos nos músculos esqueléticos, uma mobilização aumentada de carboidratos e o metabolismo basal aumentado.

Num indivíduo normal, estas modificações fisiológicas são apenas temporárias, durando somente enquanto persiste a necessidade de um esforço aumentado. Após a luta ou a fuga, ou sempre que a tarefa que exige esforço é realizada, o organismo repousa e os processos fisiológicos voltam ao normal. Isto não acontece, porém, quando, após a ativação dos processos vegetativos envolvidos na preparação para a ação, não se dá nenhuma ação. Se isto ocorre repetidamente, algumas das respostas fisiológicas de adaptação, acima descritas, permanecem crônicas. Várias formas de sintomas cardíacos exemplificam estes fenômenos. Estes sintomas são reações à ansiedade neurótica e à raiva reprimida ou inibida. Na hipertensão essencial, a pressão sangüínea elevada é mantida cronicamente sob a influência de emoções reprimidas e nunca inteiramente aliviadas, como aconteceria temporariamente sob a influência da raiva expressa livremente nas pessoas normais. Influências emocionais sobre os mecanismos reguladores do metabolismo dos carboidratos provavelmente desempenham um papel significativo no diabete melito. A tensão muscular aumentada cronicamente, como resultado de impulsos agressivos persistentes, parece ser um fator patogênico na artrite reumatóide. A influência deste tipo de emoção nas funções endócrinas pode ser observada na tireotoxicose. Respostas vasculares a tensões emocionais desempenham um importante papel em certas formas de cefaléias. Em todos estes exemplos, certas fases da preparação vegetativa para a ação concentrada são mantidas cronicamente, porque as forças motivadoras subjacentes estão neuroticamente inibidas e não são liberadas através da ação apropriada.

2) Um segundo grupo de pessoas neuróticas reage à necessidade de um comportamento centrado na auto-afirmação, retirando-se da ação, passando a um estado de dependência. Ao invés de enfrentar a emergência, seu primeiro impulso é o de buscar ajuda, como elas faziam quando eram crianças indefesas. Esta retirada da ação, assumindo uma atitude que é característica do organismo durante o relaxamento, pode ser denominada de "retirada vegetativa". Um exemplo comum deste fenômeno é o de um homem que desenvolve diarréia quando diante de uma situação de perigo, ao invés de agir de uma maneira apropriada.* Ele "não tem coragem". Ao invés de agir defrontando-se com

* No original: "He has no guts." "Guts" significa "vísceras" e também "coragem". (N. da Trad.)

a emergência, ele realiza uma resposta vegetativa, pela qual era elogiado por sua mãe, quando criança.** Este tipo de resposta vegetativa neurótica constitui um afastamento da ação, mais completo do que os discutidos no primeiro grupo. Aquele grupo executa as respostas vegetativas de adaptação; seu distúrbio consiste apenas no fato de que sua preparação vegetativa para a ação, sob estimulaçao simpática ou humoral, torna-se crônica. O segundo grupo de pacientes reage paradoxalmente; ao invés de se prepararem para a ação dirigida para o exterior, eles se retraem numa condição vegetativa, que é exatamente o oposto do que é apropriado.

Este processo psicofisiológico pode ser demonstrado por observações, tais como a que fiz a respeito de um paciente que sofria de neurose gástrica vinculada à hiperacidez crônica. Toda a vez que este paciente assistia a um filme onde um herói estava combatendo os inimigos, ou envolvido em atividades de caráter perigoso e agressivo, ele reagia com pirose. Em sua fantasia, ele se identificava com o herói. Porém, uma vez despertada esta ansiedade, ele se retirava da luta para buscar segurança e ajuda. Como veremos mais tarde, tais desejos dependentes de segurança e ajuda estão intimamente vinculados ao desejo de ser nutrido e, assim sendo, produzem o aumento da atividade do estômago. Este paciente comportava-se paradoxalmente, no que se referia a suas respostas vegetativas, porque quando ele tinha de lutar seu estômago entrava em hiperatividade e preparava-se para a ingestão do alimento. Mesmo na vida animal, o inimigo deve, em primeiro luar, ser derrotado, antes que possa ser devorado.

Aqui se encontra o grande grupo dos assim chamados distúrbios funcionais do trato gastrintestinal. Todas as formas de indigestão nervosa, diarréia nervosa, cardioespasmo, várias formas de colite e certas formas de constipação são ilustrativas. Estas respostas gastrintestinais ao stress emocional podem ser consideradas como estando baseadas nos "padrões regressivos", porque elas representam um ressurgimento de respostas corporais a tensões emocionais que são características da criança na primeira infância. Uma das primeiras tensões emocionais percebidas pela criança é a fome, que é aliviada pela incorporação oral seguida da sensação de saciedade. Deste modo, a incorporação oral torna-se um padrão precoce para aliviar a tensão desagradável causada por uma necessidade não satisfeita. Este modo primitivo de resolver uma tensão dolorosa pode ser revivido em adultos numa condição neurótica ou sob stress emocional agudo. Uma mulher casada relatou que, sempre que se sentia frustrada, ou rejeitada pelo marido, percebia que chupava os polegares. Este fenômeno merece verdadeiramente o termo "regressão". O hábito nervoso de fumar ou mascar num estado de expectativa impaciente ou de indecisão está baseado no mesmo tipo de padrão regressivo. As alterações da função intestinal desencadeadas por fatores emocionais são fenômenos regressivos similares e podem ocorrer sob stress emocional extremo, até mesmo em indivíduos, normalmente sadios.

** Refere-se à criança na primeira infância: nos dois primeiros anos de vida. (N. da Trad.)

Além disso, este tipo de mecanismo emocional tem um significado etiológico importante em condições nas quais desenvolvem-se alterações morfológicas grosseiras, tais como a úlcera péptica e a colite ulcerativa. Além dos distúrbios gastrintestinais, certas formas de estados de fadiga, que estão associados a um distúrbio do metabolismo dos carboidratos, também pertencem a este grupo de respostas neuróticas. Do mesmo modo, o componente psicológico da asma brônquica representa uma retirada da ação, assumindo uma atitude dependente de buscar ajuda. Neste grupo, todas as funções perturbadas são estimuladas pelo sistema nervoso parassimpático e são inibidas pela estimulação simpática.

A tendência é supor-se que, na primeira categoria de respostas vegetativas, há um predomínio simpático e no último grupo, um predomínio parassimpático, no equilíbrio autonômico. Esta suposição, porém, não leva em consideração o fato de que cada deslocamento do equilíbrio autonômico produz reações compensadoras instantâneas. O distúrbio, no seu início, pode perfeitamente ser causado por um excesso de estimulação simpática ou parassimpática. Logo, porém, o quadro torna-se complicado devido a mecanismos contra-reguladores que se destinam a restaurar o equilíbrio homeostático. Em todas as funções vegetativas estão envolvidas as duas divisões do sistema nervoso autônomo e, uma vez iniciado o distúrbio, não é mais possível atribuir os sintomas subseqüentes exclusivamente às influências simpáticas ou parassimpáticas. Somente no início, o estímulo perturbador pode ser identificado com uma ou outra divisão do sistema nervoso autônomo. Deve-se ter em mente, também, que as regulações homeostáticas freqüentemente ultrapassam o alvo e a resposta compensadora excessiva pode obscurecer o estímulo perturbador inicial. As duas porções do sistema nervoso autônomo têm funções antagônicas; no entanto, elas participam de cada processo vegetativo, da mesma forma que os músculos extensor e flexor, embora tendo funções antagônicas, participam de cada movimento das extremidades.

*Sumário*

Confrontando os fatos fisiológicos até aqui discutidos, com a teoria psicanalítica das neuroses em geral e com as idéias, previamente desenvolvidas, da neurose vegetativa em particular, chegamos ao seguinte quadro coerente: cada neurose consiste, até certo ponto, na retirada da ação, em sua substituição por processos autoplásticos (Freud). Nas psiconeuroses sem sintomas físicos, a atividade motora é substituída pela atividade psicológica, agindo na fantasia ao invés de agir na realidade. A divisão de trabalho no sistema nervoso central, porém, não está perturbada. Os sintomas psiconeuróticos estão baseados na atividade do sistema nervoso central, cuja função é o controle dos relacionamentos externos. Isto é também verdadeiro na histeria de conversão. Aqui, também, os sintomas estão localizados no sistema voluntário e percepti-

vo-sensorial, que lida com as atividades externas do organismo. Cada distúrbio da função vegetativa, no entanto, consiste num distúrbio da divisão de trabalho dentro do sistema nervoso. Nestes casos, a ação dirigida para o exterior é omitida e a tensão emocional não aliviada causa modificações vegetativas internas crônicas. Nos casos que se baseiam no predomínio simpático, este distúrbio da divisão de trabalho não é tão completo quanto naqueles casos em que prevalece a excitação parassimpática. As funções simpáticas, como temos visto, assumem uma posição intermediária entre as funções vegetativas internas e a ação dirigida para o exterior; elas ajustam e modificam as funções vegetativas, de um modo que propicia a solução dos problemas externos. Nos distúrbios onde há uma hiperatividade simpática, o organismo não realiza a ação, embora ele sofra todas aquelas modificações preparatórias que contribuem e são necessárias para a realização da ação. Se isto fosse seguido da ação, o processo seria normal. A natureza neurótica desta condição é que o processo fisiológico nunca se realiza integralmente.

Vemos um afastamento mais completo da solução dos problemas externos naqueles transtornos que se desenvolvem sob predomínio parassimpático. Aqui, o material psicológico inconsciente que está vinculado ao sintoma corresponde a um retrocesso para uma dependência vegetativa e primitiva em relação ao organismo materno. O paciente que está sofrendo de sintomas gastrintestinais reage à necessidade de agir por meio de respostas paradoxais; por exemplo, ele se prepara para ser nutrido ao invés de preparar-se para lutar.

A divisão dos sintomas vegetativos nestes dois grupos é apenas uma etapa preliminar visando a solucionar a questão da especificidade emocional nas neuroses orgânicas. O próximo problema é compreender os fatores específicos que poderiam explicar a escolha da função orgânica, dentro da divisão mais ampla da ação simpática ou parassimpática, explicar por que as tendências para a luta, agressivas e inconscientes, se reprimidas, levam, em alguns casos, à hipertensão crônica e em outros casos à palpitação ou a um distúrbio do metabolismo dos carboidratos ou à constipação crônica e por que as tendências regressivas passivas levam a sintomas gástricos em alguns casos e à diarréia e asma em outros.

Psicodinamicamente os dois tipos de respostas neuróticas nas funções vegetativas podem ser representados pelo diagrama mostrado na Figura I.

Sempre que a expressão de atitudes hostis, agressivas e competitivas é inibida no comportamento voluntário, o sistema simpático supra-renal está em excitação contínua. Os sintomas vegetativos resultam da excitação simpática contínua, que persiste porque não ocorre nenhuma realização da reação de luta ou de fuga no campo do comportamento voluntário coordenado, como está exemplificado no caso do paciente com hipertensão essencial, que no seu comportamento manifesto parece inibido e sob controle excessivo. Do mesmo modo, na enxaqueca, o ataque doloroso pode cessar poucos minutos após o paciente conscientizar-se de sua raiva e expressá-la abertamente.[1]

1 — Veja página 117.

Nos casos em que a gratificação das tendências regressivas de buscar ajuda está ausente do comportamento manifesto, devido à negação interna destas tendências, ou devido a circunstâncias externas, as respostas vegetativas tendem a manifestar-se nas disfunções que resultam de uma atividade parassimpática aumentada. São exemplos: o paciente com úlcera péptica, enérgico e manifestamente hiperativo, que não permite a gratificação de suas necessidades dependentes, e o paciente que desenvolve fadiga crônica, que o incapacita sempre que tenta envolver-se em alguma atividade que requer um esforço concentrado. Em outras palavras, estes sintomas vegetativos são iniciados por uma excitação contínua da ramificação parassimpática do sistema nervoso autônomo, causada pela tensão emocional contínua, que não consegue encontrar alívio no comportamento voluntário coordenado manifesto.

Estas correlações entre sintomas e atitudes inconscientes não podem ser estendidas simplesmente a uma correlação entre traços de personalidade manifestos e sintomas. Além disso, uma combinação de ambos os tipos de reação pode ser observada na mesma pessoa em diferentes períodos de sua vida e, em alguns casos, até mesmo simultaneamente.[2]

## 3 — O PROBLEMA DA ESPECIFICIDADE DOS FATORES EMOCIONAIS NOS DISTÚRBIOS SOMÁTICOS

Os pontos de vista propostos nas páginas precedentes estão baseados no que é chamado de teoria da especificidade. De acordo com esta teoria, as respostas fisiológicas aos estímulos emocionais, normais e mórbidos variam de acordo com a natureza do estado emocional que as desencadeia. O riso é a resposta à alegria, o choro à tristeza; o suspiro expressa alívio ou desespero e o enrubescimento expressa embaraço. As respostas vegetativas aos diferentes estímulos emocionais também variam de acordo com a qualidade das emoções. Cada estado emocional tem sua própria síndrome fisiológica. A pressão sangüínea elevada e a atividade cardíaca acelerada fazem parte da raiva e do medo. O aumento da secreção gástrica pode ser uma resposta regressiva a uma emergência. Ataques de asma estão correlacionados com o impulso reprimido inconsciente de chorar pedindo a ajuda da mãe.

Até que ponto as respostas fisiológicas aos vários estímulos emocionais são específicas é ainda uma questão em aberto. A teoria proposta estabelece diferença principalmente entre duas atitudes: 1) a preparação para lidar com a situação geradora de ansiedade, confrontando-a ativamente, e 2) a retirada desta situação com o aumento da dependência, como na criança pequena que volta-se para a mãe, quando precisa de ajuda, ao invés de enfrentar

2 — A distinção aqui feita entre o predomínio simpático e o parassimpático não está, em absoluto, relacionada aos conceitos de constituições simpaticotônicas e vagotônicas de Eppinger e Hess, já que o predomínio simpático ou parassimpático não é uma característica constante de uma pessoa, mas apenas de condições transitórias.

**FIGURA I**

**ILUSTRAÇÃO ESQUEMÁTICA DO CONCEITO DE ESPECIFICIDADE NA ETIOLOGIA DOS DISTÚRBIOS DAS FUNÇÕES VEGETATIVAS**




Este diagrama mostra os dois tipos de respostas vegetativas aos estados emocionais. No lado direito do diagrama são mostradas as condições que podem desenvolver-se quando a expressão do impulso agressivo hostil (luta ou fuga) é bloqueada e não aparece no comportamento manifesto; no lado esquerdo aparecem as condições que se desenvolvem quando as tendências dependentes de buscar ajuda são bloqueadas.

a emergência sozinha. De acordo com os conceitos de Cannon (43), o primeiro tipo de atitude emocional associa-se à excitação simpática aumentada, o segundo à excitação parassimpática aumentada. Dentro destas duas grandes categorias, podem ser distinguidas respostas específicas a diferentes emoções. Estas serão discutidas nos capítulos que se seguem.

O ponto de vista mais antigo — isto é, de que não há correlação específica entre a natureza do stress emocional e suas seqüelas — ainda tem seus adeptos. Este conceito afirma que qualquer emoção pode contribuir para qualquer distúrbio orgânico e que a vulnerabilidade local do órgão afetado é responsável pela localização da doença. A teoria da especificidade emocional, contudo, não ignora outros fatores não emocionais que possam determinar o tipo de resposta fisiológica.[3] A constituição e a história do sistema orgânico envolvido também são influências importantes que contribuem para a sua suscetibilidade específica aos estímulos emocionais.

A controvérsia acerca da especificidade dos fatores psicodinâmicos, que operam nos distúrbios vegetativos é obscurecida pelo fato de que influências psicológicas significativas, tais como a ansiedade, os impulsos eróticos e hostis reprimidos, a frustração ou os anseios dependentes, os sentimentos de culpa e de inferioridade, estão presentes em todos estes distúrbios. Não é a presença de um ou mais destes fatores psicológicos que é específica, mas sim a presença de uma configuração dinâmica na qual eles aparecem. Este tipo de especificidade é semelhante ao encontrado na estereoquímica. Os mesmos átomos: carbono, hidrogênio, oxigênio e nitrogênio entram na constituição dos diferentes compostos orgânicos; porém, estes átomos estão combinados numa grande variedade de padrões estruturais e cada combinação representa uma substância de qualidade bastante específica. Além disso, há especificidade na maneira pela qual uma força psicológica motivadora pode expressar-se. A hostilidade pode ser expressa pelo ataque físico, seja este através das extremidades ou dos atos de sujar, cuspir, etc., ou por insultos verbais, fantasias destrutivas ou outros modos de ataque menos diretos. As respostas fisiológicas sofrerão a devida variação. O desejo de ser cuidado, como é visto nas retrações vegetativas, pode aparecer como o desejo de ser nutrido, acariciado, carregado, satisfeito, elogiado, encorajado ou ajudado pelos outros de vários modos. Como mostraremos detalhadamente com referência aos diferentes transtornos vegetativos, o conteúdo psicológico junto à configuração dinâmica destas forças motivadoras determina as funções fisiológicas que serão ativadas ou inibidas. Uma abordagem valiosa para o estudo das respostas fisiológicas aos estímulos psicológicos tem sido usada por French. Já que "cada atividade integrada envolve a excitação funcional, ora de um órgão, ora de outro, de acordo com o padrão particular de atividade," as motivações reprimidas nos sonhos podem expressar-se através das funções corporais, que correspondem aos estímulos psicológicos (88).

3 — Veja a discussão dos fatores etiológicos na página 44.

A reconstrução precisa das configurações psicodinâmicas características dos vários distúrbios vegetativos é bastante difícil e requer um estudo comparativo cuidadoso da anamnese de um grande número de pacientes portadores do mesmo tipo de distúrbio. Os dados obtidos por meio destes estudos devem, então, ser comparados com as observações psicanalíticas detalhadas feitas num número menor de casos. Alguns dos padrões psicodinâmicos específicos característicos das várias doenças são apresentados nos finais dos capítulos, na segunda parte deste livro.[4]

## 4 — TIPO DE PERSONALIDADE E DOENÇA

O conceito de que determinados tipos de personalidade estão predispostos a certas doenças sempre esteve presente no pensamento médico. Quando a medicina baseava-se somente na observação clínica, a ocorrência freqüente de certas doenças em pessoas com uma condição mental ou física definida era notada, freqüentemente, por médicos observadores. O significado deste fato, porém, era completamente desconhecido. O bom clínico orgulhava-se de conhecer estas correlações, como conseqüência da experiência de toda uma vida. Ele sabia que a pessoa magra, longilínea e de tórax estreito era mais propensa à tuberculose do que o tipo obeso e robusto, e que este último era mais propenso a sofrer uma hemorragia cerebral. Tais correlações entre a doença e a compleição física eram análogas às correlações entre os traços de personalidade e determinadas doenças. Expressões como "melancolia" revelam o conhecimento intuitivo da freqüência de traços depressivos entre as pessoas que sofrem de distúrbio da vesícula biliar (mela = negro, cole = bílis). Balzac (21) no seu *Primo Pons,* um dos primeiros romances psicossomáticos já escritos, descreve, magistralmente, um celibatário que, primeiramente, desenvolveu melancolia e, mais tarde, uma doença da vesícula biliar. De um modo geral, tem-se conhecido a inclinação dos diabéticos para os prazeres culinários, e o relacionamento entre os distúrbios cardíacos e a ansiedade. Neste país, clínicos como Alvarez, George Draper, Eli Moschcowitz (18, 69, 168, 169, 170) e outros têm contribuído com observações valiosas deste tipo, que serão discutidas mais detalhadamente nos capítulos subseqüentes. O conceito de personalidade própria do portador de úlcera péptica, do tipo empreendedor, enérgico e agressivo, tem sido aperfeiçoado por Alvarez (19). Draper (68) reconheceu que, sob a aparência, muitos dos pacientes com úlcera péptica mostravam características dependentes e, conforme ele as expressou, femininas.

Outro campo fértil para a correlação de traços de personalidade com quadros de doença é o das doenças endócrinas, tais como hiper e hipotireoi-

4 — Veja páginas 90, 99, 119, 143 e 160.

dismo. O paciente extremamente tenso, irritável e sensível, que sofre de bócio tóxico, contrasta nitidamente com a pessoa embotada, fleumática e lenta, que sofre de hipotireoidismo.

A maior parte destas observações era de natureza mais ou menos anedótica até Dunbar (75) aplicar os métodos modernos de diagnóstico psicodinâmico a este campo fértil. No seu "estudos de perfis", ela descreve certas correlações estatísticas entre a doença e o tipo de personalidade. Os padrões de personalidade externos, que podem ser descritos através de seu método, variam a tal ponto entre pacientes portadores da mesma doença que, na melhor das hipóteses, poder-se-ia falar apenas de certas freqüências estatísticas mais ou menos significativas. O fato de que as exceções são tão numerosas, por si só, indica que a maior parte destas correlações não é de natureza verdadeiramente causal.

Talvez o mais valioso de seus perfis seja o do paciente coronariano. Segundo Dunbar, tal paciente é geralmente uma pessoa permanentemente batalhadora, com grande controle e persistência, visando ao sucesso e à realização. Ele planeja a longo prazo; tem, freqüentemente, uma aparência distinta. Ele exibe, em alto grau, o que Freud chamou de "princípio da realidade," a capacidade de adiar e subordinar ações a objetivos a longo prazo. Dunbar, de maneira impressionante, contrastou tais pacientes, com pacientes fraturados, que são propensos a acidentes. Estes são pessoas impulsivas, desorganizadas, ousadas, que vivem para o momento presente e não para o futuro. Tendem a agir sob impulso repentino e, freqüentemente, manifestam hostilidade mal controlada contra pessoas em posição de autoridade; ao mesmo tempo, seu comportamento é motivado por sentimentos de culpa e mostra uma tendência à autopunição e ao fracasso. Estas pessoas propensas a acidentes são comumente encontradas entre os tipos vagabundos, as pessoas despreocupadas, que não conseguem tolerar a disciplina, seja a autoridade externa ou a influência reguladora interna da razão.[5]

A correlação entre a tendência para a ação impulsiva e a falta de tolerância com relação à disciplina externa ou interna de um lado, e a propensão a acidentes, do outro, parece constituir um relacionamento causal definido. É facilmente compreensível que uma pessoa impulsiva, cheia de hostilidade e de sentimentos de culpa, esteja propensa a sofrer acidentes. Suas ações são irrefletidas e ela, ao mesmo tempo, tem também uma tendência à autopunição e ao sofrimento. Ela é imprudente e, ao mesmo tempo, propensa a pagar um preço, sob a forma de dano físico, por suas agressões.

O relacionamento entre certos tipos de personalidade e a doença coronariana parece ser muito mais complexo. É bem conhecida, entre os clínicos, a freqüência de acidentes coronarianos entre grupos de profissionais tais como médicos, padres, advogados, executivos e pessoas que arcam com grandes responsabilidades. Neste sentido, a doença coronariana aparece quase como

5 — Veja da página 161 em diante.

uma doença ocupacional. É provável que um determinado tipo de vida, certos tipos de esforço mental, criem condições somáticas propícias a certas alterações progressivas no sistema vascular, resultando, finalmente, na doença coronariana. A verdadeira correlação talvez não seja entre a constituição da personalidade e a doença coronariana, mas sim entre o modo de vida e a doença. A descoberta de Dunbar seria, então, explicada a partir do fato de que certos tipos de personalidade são mais inclinados a assumir tais ocupações de responsabilidade. Esta é uma correlação secundária e não diretamente causal. Um pseudocorrelação deste tipo é a afirmação de Dunbar de que os pacientes coronarianos têm, freqüentemente, uma aparência distinta. A aparência distinta deve-se obviamente ao fato de que estes são, freqüentemente, pessoas educadas e profissionais. A aparência externa provavelmente tem pouco a ver com a doença coronariana em si mesma.

Este tipo de pseudocorrelação pode ser ilustrado com o seguinte exemplo. Era possível prever, com certeza, que na Itália havia mais louros entre os trabalhadores da indústria do que entre os trabalhadores agrícolas. Esta correlação revela apenas o fato de que a área industrial da Itália fica no norte, onde vivem mais pessoas louras do que no sul, onde as pessoas são morenas e dedicam-se, principalmente, ao trabalho agrícola. Esta correlação não revela nenhum relacionamento místico ou afinidade entre o trabalho industrial e a qualidade de ser louro. Visto que os mecanismos mais detalhados entre os fatores emocionais e as doenças orgânicas não são conhecidos, o estabelecimento de certas correlações externas entre os traços de personalidade observados superficialmente e as doenças é de significado limitado.

Outro ripo de correlação entre os elementos da personalidade e a doença tem um significado maior. Investigações psicodinâmicas completas têm demonstrado que certos distúrbios das funções vegetativas podem ser correlacionados diretamente com estados emocionais específicos e não com configurações de personalidades superficiais, como descritas nos perfis de personalidade. Por exemplo, impulsos hostis mantidos cronicamente podem ser correlacionados com uma elevação crônica da pressão sangüínea, enquanto tendências dependentes de buscar ajuda associam-se ao aumento da secreção gástrica. Estes estados emocionais, porém, podem ocorrer em grande número de personalidades muito diferentes. É verdade que o tipo enérgico-agressivo, que reprime e compensa excessivamente suas tendências dependentes, é comumente encontrado entre pacientes portadores de úlcera péptica. Alguns, porém, não mostram, em absoluto, esta estrutura de personalidade; eles não reprimem suas atitudes de reclamar ajuda; mas são, freqüentemente, frustrados na sua gratificação devido a circunstâncias externas.[6] Estes pacientes não são pessoas empreendedoras e não gostam de assumir rsponsabilidades; eles são notoriamente dependentes e exigentes. Sabemos, agora, que é de importância secundária estabelecer se a tendência dependente é ou não frustrada

6 — Veja discussão ulterior na página 82.

por fatores internos, como o orgulho, ou por fatores externos, como uma esposa fria e rejeitadora. Existe uma correlação significativa entre o desejo de receber amor e ajuda e a atividade do estômago, não importa se este desejo é frustrado por circunstâncias externas ou pelo orgulho, que impede uma pessoa de aceitar ajuda externa. Da mesma forma, o conflito central nos casos de asma é bem circunscrito e distinto: o medo da separação da mãe ou de alguém que a substitui. Porém, as personalidades manifestas podem variar notadamente. O padrão emocional característico do asmático pode ocorrer numa grande variedade de personalidades contrastantes, que se defendem contra o medo da separação por meio de vários estratagemas emocionais.

Não existe uma correlação vaga e misteriosa entre personalidade e doença; há uma correlação distinta entre certas constelações emocionais e certas inervações vegetativas. Qualquer que seja a correlação encontrada ente o tipo de personalidade e a doença somática, sua validade estatística é apenas relativa e ela é, freqüentemente, incidental. Sob determinadas condições culturais, certas defesas contra os conflitos emocionais aparecem com freqüência maior do que outras. Nossa cultura, por exemplo, dá grande importância à independência e à realização pessoal; por esta razão a freqüência do tipo enérgico-agressivo, hiperativo, entre pacientes portadores de úlcera péptica. Este quadro aparente nada mais é do que uma defesa (supercompensação) contra anseios dependentes profundamente arraigados e não tem correlação direta com a formação da úlcera. São correlações psicossomáticas verdadeiras, as correlações entre as constelações emocionais e as respostas vegetativas.

## 5 — RELAÇÃO DOS MECANISMOS NERVOSOS E HORMONAIS

Conforme mencionado acima, a participação das duas ramificações do sistema nervoso autônomo nos vários sintomas não pode ser separada com precisão, já que, apesar de terem ações antagônicas, elas colaboram na regulação de cada função vegetativa. Além disso, devido ao equilíbrio homeostático, uma alteração inicial na estimulação simpática ou parassimpática pode ser supercompensada na direção oposta. Quanto mais se prolonga o predomínio de um distúrbio, mais complexa torna-se a participação autonômica. O quadro complica-se ainda mais pelo fato de que, nas condições crônicas, os mecanismos neurogênicos tornam-se menos importantes e as regulações hormonais assumem o primeiro plano. Por exemplo, impulsos agressivos inibidos podem, a princípio, ativar o sistema simpático medulo-ad-renal, no entanto, este quadro torna-se mascarado por uma seqüência de eventos, no decorrer dos quais uma secreção aumentada de corticosteróides produz patologia renal e leva ao desenvolvimento de hipertensão persistente. Neste caso, o papel primário do sistema nervoso simpático fica encoberto pelos fenômenos secundários. A teoria da especificidade prevalece somente no que se refere aos fatores

que iniciam os desequilíbrios e não no que se refere aos seus resultados secundários.

A relação precisa das regulações hormonais e neurogênicas, nas condições normais e mórbidas, é ainda problemática. Os estudos de Selye, Long e outros são passos decisivos para a elucidação de tais mecanismos. Em sua *"Síndrome de Adaptação,"* Selye (211) postulou que a exposição a qualquer estímulo nocivo, não específico, de intensidade suficiente, resulta na liberação de metabólitos do catabolismo nos tecidos e na produção do primeiro estágio da síndrome, isto é, a "reação de alarme". Este estágio pode ser dividido em duas fases distintas. A primeira, ou "fase de choque," é caracterizada por taquicardia, diminuição do tônus muscular e da temperatura do corpo, formação de úlceras gástricas e intestinais, hemoconcentração, anúria, edema, hipocloridria, leucopenia seguida de leucocitose, acidose, uma hiperglicemia transitória, e, finalmente, uma diminuição do açúcar no sangue e uma descarga de epinefrina da medula supra-renal. Selye postulou que, se o dano não é demasiado severo, os metabólitos do catabolismo estimulam o lobo anterior da pituitária a liberar o hormônio adrenocorticotrófico, que, por sua vez, estimula a secreção de um excesso de hormônios adrenocorticais, que ajudam a aumentar a resistência do corpo. Esta é chamada de segunda fase da reação de alarme, isto é, a "fase de contrachoque," que é caracterizada por um córtex supra-renal aumentado, involução rápida do timo e de outros órgãos linfáticos e uma reversão da maioria dos sinais característicos da fase de choque. Se o estímulo nocivo persiste, a fase de contrachoque é substituída pelo segundo estágio da síndrome de adaptação geral, o "estágio de resistência". Agora, a maior parte das lesões morfológicas observadas no primeiro estágio desaparece e a resistência ao estímulo contínuo atinge um ponto máximo, que é atribuído aos hormônios corticais. A terceira e última fase da síndrome, chamada de "estágio de exaustão," aparece após exposição prolongada ao estímulo nocivo e é atribuída a um desaparecimento gradual dos mecanismos de adaptação. Quando isto ocorre, as lesões características da reação de alarme reaparecem e segue-se a morte. Sob condições experimentais especiais, a exposição a agentes nocivos não específicos pode causar hipertensão, nefrosclerose, lesões miocárdicas e artrite, o que Selye atribui às quantidades excessivas de hormônios da pituitária anterior e adrenocorticais, produzidos inicialmente para aumentar a resistência. Por tais razões, estas desordens são chamadas de "doenças de adaptação". Em resumo, o conceito de Selye diz que o organismo responde a uma grande variedade de stresses com mecanismos de defesa fisiológicos, que dependem essencialmente da integridade do córtex supra-renal, e que a atividade excessiva desta glândula é responsável pelas doenças de adaptação. O organismo é danificado por um excesso de suas próprias medidas de defesa.

Long (142) e seus associados acrescentaram às observações de Selye, mostrando que a secreção aumentada do hormônio cortical depende de uma atividade preliminar do lobo anterior da pituitária, que, por sua vez, é estimu-

lado primariamente pela epinefrina liberada pela medula supra-renal. As observações de Long sugerem que a excitação hipotalâmica, sem considerar como esta é produzida, resulta numa reação em cadeia. O primeiro elo nesta cadeia é a estimulação do hipotálamo, o que resulta na estimulação dos nervos simpáticos, seguida pelo aumento da secreção de epinefrina, o que, por sua vez, leva à secreção dos hormônios tróficos da pituitária anterior. O último elo na reação em cadeia é a estimulação dos hormônios da tireóide e do córtex supra-renal pelos hormônios tróficos da pituitária anterior. Em outras palavras, o resultado final das excitações hipotalâmicas pelo stress representa os efeitos diretos dos hormônios do córtex supra-renal e da tireóide no metabolismo celular.

As observações recentes de Sawyer (148, 204) e seus colaboradores sugerem a possibilidade de uma influência mais direta do hipotálamo sobre a glândula pituitária anterior, por meio de agentes humorais originados nos tecidos hipotalâmicos, quando eles são estimulados por impulsos nervosos. Estes investigadores demonstraram que a ovulação que ocorre no coelho, dentro de uma hora após o coito, pode ser impedida pela dibenamine, uma droga que inibe a ação da epinefrina, se administrada dentro de três minutos após o coito. Está bem estabelecido que, no coelho, o coito estimula a secreção do hormônio pituitário gonadotrófico e a conseqüente ovulação, somente se a cadeia simpática está intata. A injeção intravenosa ou intracarótida de epinefrina é ineficaz na produção da ovulação, ao passo que a aplicação direta deste hormônio na pituitária anterior produzirá a ovulação. Isto sugere que, através da estimulação simpática, uma substância semelhante à epinefrina é produzida localmente nos tecidos hipotalâmicos e é transportada até a pituitária pela corrente sangüínea (Fig. II).

Estes estudos nos dão uma idéia sobre a complexa interação entre os mecanismos nervosos e hormonais, através dos quais o organismo adapta-se ao stress e responde, de modo geral, aos estímulos externos. Parece que os mecanismos nervosos têm significado primário na emergência aguda, ao passo que, sob stress crônico, as respostas hormonais que se seguem passam, gradualmente, a dominar o quadro.

Apesar destas complicações secundárias, a diferenciação acima proposta entre os dois tipos de respostas básicas permanece válida: 1) O organismo prepara-se para confrontar-se com a situação de stress, por meio da mobilização de todos os seus recursos, o que envolve uma preparação vegetativa através da ativação dos sistemas simpático-medulo-pituitário-ad-renal; ou 2) o organismo pode afastar-se da situação de stress, buscando a ajuda de outros, ou por uma espécie de paralisia de seus esforços de auto-afirmação, o que envolve a estimulação de funções fisiológicas reguladas pelo sistema nervoso parassimpático. Ambas as respostas indicam um distúrbio do equilíbrio autonômico, provocando mecanismos contra-reguladores, que podem mascarar o distúrbio original. Estudos psicodinâmicos, por si só, podem estabelecer a natureza do distúrbio inicial e explicar, basicamente, os diferentes modos

**FIGURA II**

**MECANISMOS ENVOLVIDOS NA ADAPTAÇÃO AO STRESS**

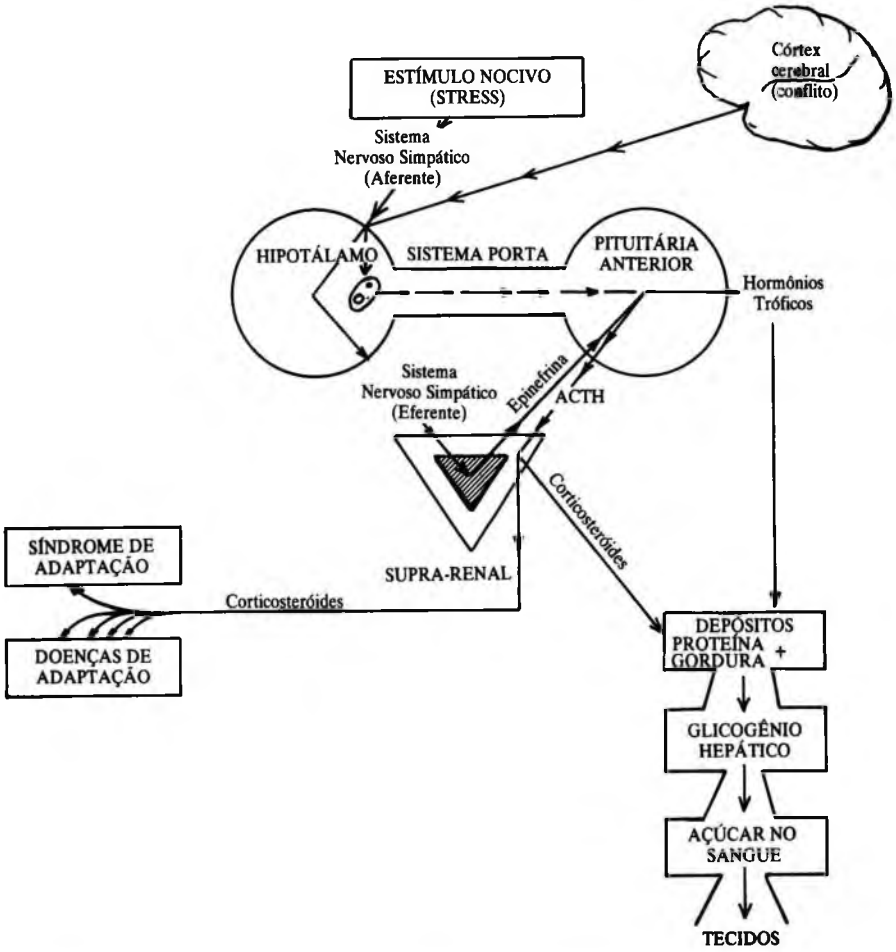



Ilustração esquemática dos mecanismos envolvidos na produção da Síndrome de Adaptação de Selye, modificada de acordo com as observações de Long (140) e de Sawyer et al. (204). O stress, seja ele de origem orgânica ou psíquica, estimula o hipotálamo, com a resultante: 1) ativação do sistema nervoso simpático e liberação de epinefrina pela medula supra-renal, e 2) liberação de um agente neuroumoral pelo hipotálamo. Como resultado, há uma estimulação da pituitária anterior, aumentando a secreção dos hormônios tróficos (Mirsky.)

pelos quais os vários indivíduos respondem aos desafios da vida. Essencialmente, isto representa o conceito de especificidade.

# Parte dois

# FATORES EMOCIONAIS NAS DIFERENTES DOENÇAS

# *Introdução*

O estudo SISTEMÁTICO do inter-relacionamento entre fatores psicológicos e fisiológicos, nas desordens crônicas dos sistemas vegetativos, é de origem relativamente recente. A maior parte dos clínicos, porém, tem consciência de tal relacionamento e afirma, sem hesitar, que mais da metade de seus pacientes sofrem de algum distúrbio emocional, que é, em grande parte, responsável por suas queixas somáticas. O exame da literatura médica revela muitas referências a observações isoladas relativas aos fatores emocionais nos distúrbios somáticos. Dunbar e Weiss e English têm sintetizado, admiravelmente, as várias observações relatadas por clínicos, psiquiatras e psicanalistas (71, 75, 242). A vasta maioria dos observadores refere-se ao distúrbio emocional como ansiedade, um termo que é utilizado com demasiada freqüência ao descrever qualquer tipo de tensão emocional. Embora a correlação da ansiedade com os distúrbios somáticos forneça pouca informação quanto aos fatores psicológicos específicos que possam estar envolvidos, tais observações, no entanto, têm demonstrado que o cuidado psiquiátrico é uma parte importante e intrínseca no manejo do paciente.

Investigações voltadas para a compreensão da natureza específica dos fatores emocionais, na gênese do distúrbio somático, e dos mecanismos pelos quais eles produzem tal distúrbio, têm recebido pouca atenção. Um passo foi dado nesse sentido, com a aplicação de entrevistas de anamnese, por meio das quais os fatores emocionais pertinentes são extraídos tanto do passado do paciente como das suas situações de vida atuais. Este procedimento, que permite uma avaliação dos fatores da personalidade e de sua correlação com estados específicos de doença, tem sido descrito detalhadamente por Dunbar (75).

# 9

# *Fatores emocionais nos distúrbios gastrintestinais*

O processo ALIMENTAR é o eixo da vida emocional no início da primeira infância. A nutrição é o centro do universo da criança, e as emoções mais fortes, o desprazer e a gratificação passam a associar-se aos vários aspectos destas funções. Mesmo mais tarde na vida, muitas fases do processo alimentar permanecem vinculadas a certas atitudes emocionais. Muitos padrões precoces de reação estão vinculados à nutrição, tais como a secreção da saliva e do suco gástrico, quando da exposição à visão e ao cheiro do alimento. A repugnância, que expressa uma rejeição geral a certos objetos no meio ambiente, origina-se na rejeição de certos alimentos e está associada a fenômenos reflexos no esôfago e no estômago.

De um modo geral, a extroversão, particularmente a raiva intensa ou o medo, tem uma influência inibitória sobre as funções do trato alimentar, sobre a secreção do estômago e dos intestinos, bem como sobre o peristaltismo. Esta inibição deve-se à excitação do sistema simpático-ad-renal, em contraste com a excitação do sistema parassimpático, que acelera a função gastrintestinal. As atitudes emocionais, que normalmente estimulam a função gastrintestinal são a fome, a visão ou o cheiro do alimento, o desejo de ser nutrido e o desejo menos concreto de ser ajudado e de relaxar. Nas desordens gastrintestinais, a adaptação harmoniosa da atividade gastrintestinal ao estado geral do organismo está perturbada. A compreensão do background psicodinâmico destes distúrbios necessita uma revisão detalhada da psicologia normal do processo alimentar.

## 1 — DISTÚRBIOS DO APETITE E DA ALIMENTAÇÃO

*Psicologia do processo de nutrição*

Nenhuma função vital, no início da vida, desempenha um papel tão central na área emocional do organismo quanto a alimentação. A criança experiencia o primeiro alívio do desconforto físico durante a amamentação; deste modo, a satisfação da fome torna-se profundamente associada ao sentimento de bem-estar e de segurança. O medo de morrer pela falta do alimento permanece sendo o núcleo da insegurança (medo do futuro), embora uma verdadeira morte por inanição não seja comum na nossa civilização. Na melancolia severa, o medo de morrer pela falta do alimento é, freqüentemente, expresso abertamente pelo paciente; este temor não é incomum em muitas psiconeuroses, embora o paciente talvez não possa verbalizá-lo livremente. Além da sensação de segurança, o alimentar-se está profundamente associado ao sentimento de ser amado. Para a criança, ser alimentado equivale a ser amado; de fato, a sensação de segurança associada à saciedade está baseada nesta equação emocional (receptividade oral).

Outra atitude emocional de importância fundamental que, no início da primeira infância, torna-se vinculada à alimentação e à fome é o sentimento de posse, com todas as suas implicações, tais como a avidez, o ciúme e a inveja. Para a criança, a posse é equivalente à incorporação (oral) corporal. A frustração desta tendência possessiva e do desejo de receber leva a impulsos agressivos, a tomar, pela força, o que não é dado. Assim sendo, o morder torna-se a primeira manifestação de hostilidade (agressão oral). É natural que estes impulsos agressivos possessivos, centrados na incorporação oral, tornem-se as origens dos primeiros sentimentos de culpa, assim que a consciência se desenvolve. Isto explica por que a psicanálise de neuróticos portadores de várias formas de distúrbios alimentares comumente revela sentimentos de culpa subjacentes como sendo o problema emocional central.

Outra conexão emocional importante é a que existe entre a sucção e as sensações de prazer, localizadas na membrana mucosa da boca, nos lábios e na língua, o que a criança tenta reproduzir chupando o dedo. Estas sensações orais precoces de prazer podem ser consideradas como precursoras das excitações genitais mais tardias. Este papel libidinoso da boca sobrevive na vida adulta, ao beijar.

Estas considerações explicam o significado de: sentimento de posse, avidez, ciúme, inveja e empenho para obter segurança, nas desordens das funções alimentares. Sempre que as emoções descritas são reprimidas e, deste modo, bloqueadas na sua expressão através do comportamento voluntário, elas criam uma tensão permanente e podem exercer uma influência perturbadora crônica, através das vias vegetativas, sobre as diferentes fases do processo alimentar. A natureza agressiva, anti-social destas emoções torna-as particularmente propensas a criar conflito com o meio ambiente e, conseqüentemente, leva à

sua repressão. As sensações físicas prazerosas vinculadas às primeiras formas de nutrição (sucção) explicam a freqüência de distúrbios emocionais das funções de nutrição, quando as funções genitais maduras são inibidas por conflitos. Estes desejos sexuais reprimidos são expressos regressivamente no processo nutricional e seu repúdio manifesta-se nos distúrbios da alimentação.

O conhecimento destes fatos psicológicos fundamentais é necessário para a compreensão do background emocional das desordens alimentares neuróticas. A complexidade da vida psíquica, porém, proíbe generalizações esquemáticas rígidas; cada caso deve ser compreendido individualmente. Por razões práticas, as várias entidades nosológicas serão discutidas nas classificações clínicas usuais.

### *Inibições alimentares*

#### Anorexia nervosa

A perda de apetite crônica ou periódica é uma ocorrência comum nas psiconeuroses e psicoses, particularmente nas depressões reativas, durante a fase depressiva da psicose maníaco-depressiva e na esquizofrenia. Quando a perda de apetite é o sintoma que se sobressai e quando não há evidência de uma psicose maior, é, freqüentemente, feito o diagnóstico de "anorexia nervosa", embora este sintoma seja apenas uma manifestação de um distúrbio neurótico da personalidade total. Na anorexia severa, o paciente pode sofrer uma perda considerável de peso e definhar seriamente. As mulheres, especialmente as jovens após a puberdade, apresentam este sintoma com maior freqüência do que os homens. O diagnóstico diferencial com a doença de Simmonds, onde o distúrbio do apetite é o resultado secundário de uma anormalidade pituitária, é importante e nem sempre fácil (Richardson — 187).

Sem considerar o mecanismo preciso responsável pela perda de apetite num determinado indivíduo, a ingestão diminuída do alimento resulta em acentuada perda de peso, o que pode levar a um definhamento severo. Concomitante com, ou, ocasionalmente, precedendo a perda de apetite, pode haver uma cessação do crescimento e uma cessação da menstruação, fadiga aumentada, perda de pêlos axilares, desaparecimento do desejo sexual e outras evidências de função endócrina prejudicada. Por tais razões é difícil distinguir os efeitos da inanição, de um lado, dos efeitos da atividade diminuída da pituitária anterior, de outro.

A glândula pituitária anterior produz os hotemônios responsáveis pela estimulação do crescimento geral do corpo, das gônadas e da tireóide. Na ausência destes hormônios há uma cessação do crescimento e da atividade das gônadas e da tireóide. Como conseqüência, o ciclo menstrual é interrompido nas mulheres e desenvolve-se impotência nos homens. A diminuição da atividade da tireóide resulta na depressão da atividade metabólica e na

diminuição do apetite. Visto que a atividade de todas as células, incluindo as da glândula pituitária anterior, depende, em alto grau, da ingestão de quantidades adequadas de calorias, vitaminas e minerais, a inanição relativa pode produzir uma diminuição da atividade secretora da pituitária. Isto tem sido demonstrado por experimentos em animais que foram submetidos a vários graus de inanição e pela freqüente cessação da menstruação nas mulheres e impotência nos homens, como resultado de má nutrição durante períodos de extrema escassez de alimento.

Num estudo de nanismo em crianças, Talbot e seus colegas (232) observaram uma diminuição de crescimento como resultado da anorexia causada por distúrbios emocionais. A correção dos distúrbios emocionais, em alguns casos, foi seguida de uma melhora do apetite e até mesmo de um aumento considerável do ritmo de crescimento. Outras crianças, que não responderam a um melhor regime dietético, responderam quando foi administrado o hormônio do crescimento. Estas observações indicam que pode ocorrer uma diminuição de atividade da glândula pituitária anterior, como resultado da ingestão calórica reduzida. Isto explica as dificuldades ao diferenciar-se uma insuficiência primária da pituitária anterior de uma insuficiência que é secundária à inanição.

A inanição pode produzir anormalidades no comportamento, que assemelham-se aos sintomas característicos observados em pacientes com anorexia nervosa. São ilustrativos os estudos de Schiele e Brozek (206), que observaram, durante inanição ou semi-inanição, distúrbios psicológicos acentuados similares aos observados em pacientes com anorexia nervosa. É provável que, uma vez desenvolvida a anorexia nervosa, como conseqüência de algum distúrbio psicológico, resulte um círculo vicioso que pode terminar numa diminuição da atividade de várias glândulas endócrinas.

Conseqüentemente, devido à interação complexa e precisa entre as funções psíquicas e endócrinas, é inútil tentar estabelecer, de maneira rígida, um fator "primário". Numa mulher de 28 anos, com anorexia nervosa severa que, recentemente, observei, desenvolveu-se amenorréia secundariamente à inanição, e o fluxo menstrual retornou após a recuperação. No entanto, o exame ginecológico mostrou um útero infantil. Rahman, Richardson e Ripley (184) encontraram, num total de doze casos, quatro com hipodesenvolvimento uterino e cinco com útero atrofiado. Possivelmente, tipos com hipogonadismo eram mais propensos a esta condição.

A recusa obstinada do mamilo por alguns bebês, imediatamente após o nascimento, talvez posssa ser considerada como o protótipo mais precoce de anorexia. Em tais casos, lidamos com uma resistência do organismo à nova adaptação exigida pelas condições, que foram modificadas após o nascimento. Alguns organismos são menos flexíveis na transição da existência intra-uterina para a pós-natal e manifestam uma variedade de disfunções fisiológicas, como resultado do atraso na adaptação. A icterícia neonatal, na qual

o fígado continua seu tipo de funcionamento intra-uterino, é outro exemplo de tal ajustamento atrasado (Cserna — 53).

O exame psiquiátrico cuidadoso de adultos e de crianças mais velhas, nas quais a perda de apetite não se deve à disfunção pituitária, revelará os fatores emocionais subjacentes. Até mesmo um exame psiquiátrico superficial pode revelar uma grande variedade de tendências neuróticas. Rahman, Richardson e Ripley mencionaram traços esquizóides, depressivos, obsessivos e certas tendências de caráter compulsivo, tais como perfeccionismo, teimosia, conscienciosidade exagerada, asseio, sensibilidade e ambição exagerada. Richardson (187) e Farquharson (82) também enfatizaram a psiconeurose como causa primária. Autores que os antecederam como Gull (107) e Lasègue (135) reconheceram o significado etiológico de influências psicológicas. Fatores psicodinâmicos relevantes foram evidenciados somente após a aplicação do método psicanalítico.

A observação psicanalítica mostra que impulsos possessivos agressivos inconscientes, tais como a inveja e o ciúme, são os fatores que se salientam na anorexia. Existes impulsos, se inibidos pela consciência, podem levar a inibições severas da alimentação. É fácil compreender que, visto que a alimentação serve como uma gratificação, a presença de uma consciência culpada pode perturbar o apetite de tal modo que o paciente não se permitirá o prazer da saciedade. É ilustrativo deste princípio o fato de que o jejum é uma forma comum de penitência. Além disso, a anorexia pode ser precedida por um interesse excessivo pelo alimento, até o ponto de bulimia.

Outro fator psicológico comum encontrado em pacientes com anorexia é uma reação de rancor inconsciente. Através deste sintoma, o paciente comporta-se como uma criança amuada, que se recusa a comer a fim de forçar seus pais a dar-lhe atenção especial e para preocupá-los. O seguinte caso demonstra os fatores emocionais subjacentes comuns na anorexia nervosa:

> Numa menina de oito anos de idade, desenvolveu-se uma anorexia severa durante as férias de verão. A criança recusava praticamente toda a comida, e cada refeição era ocasião de cenas violentas, nas quais ela era forçada a engolir alguns bocados. Ela perdeu peso e logo mostrou evidências clínicas de subnutrição. O pediatra prescreveu os fortificantes usuais e negligenciou completamente os fatores emocionais. Após o psiquiatra ter ganho a confiança da criança, não foi difícil revelar o background emocional da situação. Ela tinha uma irmã mais jovem, naquela epoca com dois anos de idade, que era alimentada por uma ama, geralmente na presença da mãe, ao mesmo tempo que a paciente comia. A entrevista psiquiátrica revelou que a menina mais velha tinha experienciado um forte ciúme de sua irmã mais jovem. Esta pequena intrusa absorvia toda a atenção dos pais. Ficou evidente que a recusa da criança de comer foi motivada, primeiro, pelo seu desejo de atrair a atenção de ambas, da ama e da mãe, e desviá-la da irmãzinha. Por meio de seu sintoma

persistente, ela obteve sucesso, agindo assim. O segundo motivo foi uma reação de culpa. Ela queria receber todo o amor, tirar tudo de sua irmãzinha e tinha de fazer penitência por sua inveja, não comendo. O terceiro fator na sua anorexia foi o rancor em relação aos pais, conseguindo uma desforra de toda a atenção dada pelos pais à sua irmã mais jovem. Algumas entrevistas psiquiátricas, nas quais todas estas emoções emergiram dramaticamente, e uma mudança no manejo da rotina diária prontamente eliminaram o perigoso sintoma. A paciente foi levada, somente ela, por seus pais, a um restaurante, para refeições que ela comeu junto com os pais. Deste modo foi-lhe dado um prêmio por ser a mais velha e isto ajudou-a a tolerar a atenção dada à sua irmã mais jovem. Usufruindo as vantagens de ser a criança mais velha, ela podia, mais prontamente, renunciar aos privilégios do bebê.

Os mesmos fatores emocionais podem ser descobertos na maioria dos adultos, embora possam ocorrer numa combinação mais complicada. As tendências receptivas e agressivas orais freqüentemente tornam-se erotizadas e vinculadas a fantasias de práticas sexuais tais como fullatio e cennilingus. A associação da pulsão da fome a tais impulsos sexuais alheios ao ego também, pode levar a dificuldades alimentares. É comum, na infância e no início da adolescência, a fantasia de que a gravidez ocorre oralmente. Os desejos inconscientes de engravidar e o temor deste desejo são comuns entre as fantasias emocionalmente definidas responsáveis pelas dificuldades de alimentação em meninas. Em outros casos podem estar presentes tendências coprofílicas.

*Outras formas de inibições alimentares*

Alguns pacientes não experimentam perda do apetite, mas sentem-se embaraçados e inibidos ao tentar comer na presença de outras pessoas. Não é incomum que meninas não consigam comer na presença de homens aos quais elas estão ligadas emocionalmente. Em tais casos, o distúrbio alimentar é menos generalizado, aparece apenas sob condições bastante específicas e não está vinculado à perda do apetite. Apesar de ter fome, a paciente fica inibida ao alimentar-se e sente grande embaraço e medo. Fantasias sexuais inconscientes com conotação agressiva (desejos orais-castradores) geralmente desempenham um papel importante em tais pacientes.

A história que segue é a de uma paciente tratada no Chicago Institute for Psychoanalysis por Saul.

Uma moça atraente, de vinte e seis anos de idade, queixou-se de que durante os seis últimos anos não fora capaz de comer em público, devido a embaraço, ansiedade, náusea e debilidade. Isto dificultava seriamente sua vida social e suas relações com os homens. Ela era a mais velha entre sete filhos. Enquanto as crianças ainda eram pequenas, o pai desistiu de todos os esforços para sustentar a família, que mergulhou na pobreza.

A paciente permaneceu notoriamente alegre e generosa e logo estava ganhando dinheiro, mas inconscientemente ressentia-se, amargamente, do repetido engravidar da mãe pelo pai preguiçoso e dependente. Cada novo filho privava-a ainda mais de sua mãe e aumentava sua carga por trazer outra boca para alimentar. Ela expressou seus sentimentos referindo-se à alimentação e ao alimento. Para ela a expressão de amor mais comovente era o presente do alimento, e quando, nos seus sonhos, ela atacava as pessoas, o fazia mordendo. Sua amargura reprimida contra a mãe resultou num profundo sentimento de culpa. Esta culpa estava ligada, por razões específicas, à alimentação e à sexualidade; conseqüentemente, ambas ficaram inibidas. A fobia de alimentar-se iniciou quando ela foi levada para jantar por um rapaz que ela achava que sua mãe desaprovava. Ela só podia comer livremente o que a mãe lhe servia em casa; pois, então, ela estava fazendo apenas o que sua mãe solicitava; assim sendo, ela tinha o amor e a aprovação da mãe e seu ressentimento e culpa ficavam reduzidos.

Nas anorexias mais generalizadas e nas inibições alimentares neuróticas mais específicas, a causa pode ser revelada por meio da psicanálise. É indispensável o manejo de um perito. Medidas psicoterapêuticas inapropriadas, tais como forçar, agressivamente, o paciente a comer, podem ser tão perigosas quanto a alimentação artificial. O jejum que o paciente se impõe é um meio de aliviar sentimentos de culpa profundamente arraigados, e a ruptura do sintoma, sem psicoterapia sistemática, pode provocar tendências autodestrutivas ainda mais violentas, tais como tentativas de suicídio (Richardson - 187). O uso de drogas ou de injeções de insulina pode ser considerado de valor apenas sintomático.

*Bulimia*

Enquanto no paciente com anorexia há uma diminuição do apetite devido a fatores emocionais inconscientes, na bulimia o apetite é exagerado. Só raramente fatores orgânicos desempenham um papel na bulimia, como no hipertireoidismo, onde o apetite é exagerado como resultado do aumento do metabolismo. Na bulimia psicogênica, a fome aumentada não é a expressão de um aumento da necessidade de alimento pelo organismo; o ato de comer torna-se uma gratificação que substitui tendências emocionais frustradas que, basicamente, nada têm a ver com o processo da nutrição. Inúmeros fatores emocionais têm sido descritos por vários psicanalistas, tais como Wulff (259), Schmied (207), Coriat (50), Benedek (27) e outros. Todos estão de acordo quanto à crença de que o distúrbio alimentar é, geralmente, uma reação à frustração emocional. Um desejo intenso de amor e tendência agressivas a devorar ou possuir formam a base inconsciente do apetite exagerado morbida-

mente. Tendências sexuais femininas inconscientes, fantasias de engravidar e desejos castradores também podem desempenhar um papel importante. A obesidade resultante freqüentemente serve como uma defesa contra o papel feminino, que a paciente rejeita devido a sua conotação masoquista. A freqüência de anorexia nervosa em pacientes que sofreram de bulimia mostra a estreita relação entre as duas condições.

Como no caso de outros distúrbios psicogênicos do apetite, a psicoterapia, sozinha, pode revelar as causas do distúrbio. A terapia tem como objetivo trazer para a consciência as tensões emocionais reprimidas, permitindo, deste modo, que elas encontrem uma expressão adequada e aceitável nos relacionamentos humanos. Como todos os distúrbios psicogênicos do processo nutricional, a bulimia é apenas um sintoma de um distúrbio neurótico da personalidade total.

*Vômito nervoso*

Enquanto na anorexia a função incorporadora está inibida, nos pacientes com vômito nervoso o alimento ingerido é expelido devido a algum conflito emocional. A técnica psicanalítica, geralmente, torna possível revelar sentimentos de culpa intensos, motivados por tendências incorporadoras possessivas agressivas. O vômito nervoso é a expressão de sentimentos de culpa despertados por estes desejos. Ele expressa a tendência a devolver aquilo que o paciente incorporou nas suas fantasias inconscientes. Ao passo que o paciente com anorexia não pode ingerir o alimento devido a sentimentos de culpa, o paciente com vômito tem de devolver o alimento já ingerido, devido ao significado simbólico agressivo do ato de comer. Este mecanismo foi demonstrado claramente por Levine (137) num caso de vômito crônico. Bond (33) do mesmo modo observou o vomitar neurótico no qual uma consciência culpada era o traço proeminente. Outro fator comumente notado é a rejeição de desejos inconscientes de engravidar. É ilustrativa a história de uma paciente analisada por Masserman:

> Uma mulher de classe média, com 30 anos de idade, veio à análise com a queixa de que, nos doze anos precedentes, ela estivera sujeita a distúrbios menstruais, sensibilidade à comida, certo grau de anorexia e, particularmente, náusea e vômito sempre que tentava estabelecer contatos sociais com homens fora de sua própria casa. Sua doença forçara-a a desistir de muitas atividades culturais e recreativas e ela quase abandonara toda a esperança de casar-se. A psicanálise revelou que a paciente tinha sido dominada por sua mãe ambiciosa, possessiva, e, algumas vezes, tirânica, cujas boas graças ela tentava assegurar através de uma pretensa devoção pessoal, lutando pelo êxito escolar e musical, e, mais tarde, sustentando a família financeiramente. Esta esperada segurança ficou ameaçada no final da infância, quando a mãe, ciumenta da predileção que o pai, bondo-

so, porém ineficaz, demonstrava pela paciente, começou a rejeitá-la abertamente e a mostrar preferência por suas três irmãs mais velhas. Infelizmente, a paciente reagiu ao trauma com uma fixação oral ainda maior de dependência à mãe e com uma inibição de todos os empenhos sexuais que, temia ela, pudessem aumentar a hostilidade da mãe. Esta inibição, aliada à fixação infantil da paciente na mãe, assumiu a forma de um distúrbio da nutrição. Já que a mãe fora a primeira pessoa a alimentá-la, a culpa e o medo sentidos em relação à mãe levaram-na à rejeição do alimento ingerido. Por exemplo, a paciente lembrou que, mesmo aos dez anos de idade, ela tinha vomitado, quando um garoto trouxera-lhe comida numa festa. Simultaneamente, a paciente começou a fracassar no seu trabalho escolar, nos estudos musicais e ajustamentos sociais, e deste modo a apresentar sua atitude ambivalente em relação à mãe, frustrando suas ambições. Cinco anos antes da análise, numa época em que a culpa e a ansiedade da paciente foram aumentadas pelas atenções perturbadoras de um pretendente, os distúrbios menstruais, a anorexia, a náusea, a sensibilidade à comida e os vômitos aumentaram a tal ponto que ela perdeu vinte e oito libras* em poucos meses e foi forçada a entrar numa clínica para diagnóstico. Os achados físicos, laboratoriais e radiológicos foram normais e a paciente foi aconselhada a suspender toda a medicação e a levar uma vida normal e mais ativa. Significativamente, a paciente interpretou erroneamente este conselho, como significando indulgência sexual e, conseqüentemente, após obter o consentimento explícito e a cooperação ativa de sua mãe, passou a manter uma ligação amorosa com o filho de seu patrão. Durante os sete meses de duração desta ligação amorosa, os sintomas da paciente melhoraram, embora ela permanecesse até certo ponto frígida e continuasse achando difícil comer na presença de seu amante. Quando, porém, ele finalmente a abandonou para casar-se, seus sintomas neuróticos reapareceram e a paciente, desistindo de todas as tentativas posteriores de ajustamento heterossexual, voltou a viver com sua mãe. Durante o primeiro ano do tratamento psicanalítico, a paciente, com grande dificuldade, adquiriu algum insight na sua extrema dependência da mãe e na sua renúncia dominada pela ansiedade, dos desejos genitais, agressivos e incorporadores orais. Mais tarde, a paciente aumentou suas atividades heterossexuais, sociais e extrafamiliares e, desde então, apenas ocasionalmente vem experimentando seus sintomas numa forma branda.

O vômito nervoso, como todos os sintomas neuróticos do trato gastrintestinal, deve ser considerado apenas como uma manifestação de um distúrbio psiconeurótico geral. O seu background emocional é semelhante ao dos distúrbios neuróticos da alimentação e a abordagem terapêutica é a mesma. O sintoma, isoladamente, mas não o distúrbio neurótico da personalidade total,

* N.T. A libra é uma medida de peso equivalente a 453,59g. A paciente perdera, portanto, 12,700kg. (N. da Trad.)

freqüentemente pode ser combatido através de sugestão ou hipnose, persuasão, curas pelo repouso e medicação sedativa. Uma vez que estas medidas terapêuticas não eliminam a causa, elas só são recomendadas quanto o vômito crônico é tão persistente, que está indicada a ajuda imediata. A eliminação do sintoma sozinho, porém, não indica uma cura da neurose que, após o vômito ter cessado, pode aparecer em sintomas menos perceptíveis, mas igualmente significativos, ou num comportamento anormal durante a vida.

## 2 — DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO

### *Neuroses esofagianas*

Ao passo que, na anorexia e em outras dificuldades da alimentação, o ato de comer, por si só, está inibido, e, no vômito nervoso, o alimento ingerido não pode ser retido, nas neuroses esofagianas a deglutição está perturbada. O paciente engasga-se com o alimento e não consegue fazê-lo descer. Em alguns pacientes aparece uma sensação subjetiva de corpo estranho, geralmente na parte superior do esôfago, independente de alimentar-se (globus hystericus)*.

Kronfeld (134), baseando-se num estudo psiquiátrico sistemático, distinguiu duas formas de neurose esofagiana: uma hiperalgésica sensorial e uma forma espástica reflexa. A forma hiperalgésica sensorial freqüentemente sobrepõe-se a um distúrbio local, ao passo que isto não ocorre na forma espástica. A base emocional dos sintomas é uma rejeição inconsciente da incorporação, que se deve a impulsos agressivos, freqüentemente de natureza sexual (desejos castradores), vinculados à alimentação e à deglutição. Kronfeld tentou estabelecer diferenças entre o background emocional da anorexia, das neuroses esofagianas e do vômito histérico. Ele comparou o neurótico esofagiano com um jogador, pelo fato de que ambos ousam incorporar ou obter coisas e se expõem a um perigo imaginário. O paciente com anorexia simplesmente recusa-se a comer e no vômito histérico a reação surge somente após o crime, simbolizado pelo ato de comer, já ter sido cometido. Kronfeld descobriu que a repugnância desempenha um papel importante neste distúrbio. Ele define a repugnância como sendo uma combinação da tentação e da rejeição, com uma atitude ambivalente em relação à incorporação. As observações de Kronfeld ainda têm de ser corroboradas, embora estejam em íntimo acordo com os dados psicológicos gerais sobre os atos de comer e deglutir.

Kronfeld enfatizou a necessidade de um rápido alívio nas neuroses esofagianas severas e, portanto, recomendou qualquer método que elimine o sintoma, tal como medicação espasmolítica, diatermia e formas rapidamente eficazes de psicoterapia.

* O mesmo que "bolo histérico". (N. da Trad.)

Como em outras desordens, mesmo após o sintoma ter desaparecido, está indicada a abordagem psicanalítica para resolver os distúrbios emocionais mais profundos da personalidade total, dos quais o sintoma esofagiano não é mais do que uma manifestação.

*Cardioespasmo*

Um distúrbio bem definido da função de deglutição é conhecido como cardioespasmo — um termo introduzido por von Mikulicz no século dezenove. Consiste numa contração da extremidade inferior do esôfago e leva a uma dilatação da porção proximal. Como resultado da investigação psicossomática de nove pacientes, Edward Weiss (240) concluiu que o cardioespasmo é uma desordem que tem, na sua etiologia, uma predisposição somática e fatores emocionais precipitantes. Ele classificou o cardioespasmo, superficialmente, como uma das histerias de conversão e supôs que, tal como estas, o cardioespasmo expressa um significado simbólico inconsciente, que pode ser dito do seguinte modo: "Não consigo engolir a situação." O sintoma aparece quando o paciente encontra-se num impasse emocional em relação à sua situação externa. A nível mais profundo, tendências sexuais, hostis e auto-punitivas têm significado etiológico. Weiss recomenda a abordagem combinada de dilatação mecânica e psicoterapia. Ele enfatizou que o tratamento dos fatores emocionais não devia ser negligenciado. Observou um paciente que desenvolveu uma depressão, imediatamente após a dilatação mecânica.

## 3 — DISTÚRBIOS DAS FUNÇÕES DIGESTIVAS

*Neuroses gástricas*

As neuroses gástricas exibem uma variedade enorme de sintomas baseados nos distúrbios das funções motoras e secretoras do estômago e do duodeno. É, freqüentemete, difícil estabelecer a diferença entre os fatores orgânicos (locais) e os neurogênicos (centrais). Muitos sintomas gástricos funcionais são efeitos secundários de hábitos defeituosos de comer. Tais hábitos como mastigação incompleta, comer depressa, aerofagia, imoderação e falta de bom senso na escolha do alimento são, freqüentemente, expressões de conflitos emocionais e, portanto, estes distúrbios também podem ser considerados como psicogênicos. A sobrecarga do estômago por contínuos hábitos alimentares prejudiciais à saúde pode levar a distúrbios locais (gastrite). A extrema variedade e complexidade dos sintomas torna impossível estabelecer uma diferenciação rígida entre fatores psicogênicos (funcionais) e fatores locais (orgânicos). Os distúrbios nervosos do estômago podem variar desde um leve desconforto após comer, pirose, perda do apetite e regurgitação ou eructação de

gás, até severa gastralgia e vômito intratável. A base fisiológica destes diferentes sintomas é tão variada quanto os próprios sintomas. A hipoacidez parece surgir, freqüentemente, durante estados depressivos e em conexão com a fadiga. Na hiperacidez crônica, com seus sintomas concomitantes, tem sido freqüentemente observado um background psicológico similar ao da úlcera péptica. Estudos clínicos comparativos realizados no Chicago Institute for Psychoanalysis têm mostrado que, em todos os pacientes que sofrem de distúrbios gástricos psicogênicos, tendências dependentes reprimidas de buscar ajuda desempenham um papel predominante. Uma forte fixação na situação primitiva de dependência própria da infância entra em conflito com o ego adulto, resultando em orgulho ferido; e já que esta atitude de dependência é contrária ao desejo de independência e de auto-afirmação, ela deve ser reprimida (Alexander et al. — 14). Este conflito é melhor evidenciado nos casos de úlcera péptica (veja páginas 80 e 81).

É comum, na prática geral, o conhecimento de que todos os sintomas gástricos funcionais são influenciados por preocupações, medo, brigas de família e contratempos nos negócios. As amplas experiências da última guerra têm mostrado que o esforço excessivo contínuo e a exposição ao perigo são outros fatores causais. O denominador comum nestas tensões emocionais é um intenso anseio por repouso, segurança e ajuda. Portanto, a melhora dos sintomas gástricos de origem nervosa pode ser obtida com bastante sucesso através do repouso, mudança de ambiente e alívio das situações de vida emocionalmente perturbadoras. Os sintomas podem resistir a todas as formas de terapia com drogas, enquanto o paciente estiver exposto aos stresses do dia-a-dia. Quando em férias ou num sanatório, o mesmo paciente mostrará uma rápida recuperação e poderá ser capaz de prescindir de todas as restrições dietéticas, sem nenhum efeito maléfico. No entanto, curas pelo repouso ou mudansas das situações de vida devem ser consideradas somente como medidas sintomáticas, porque os conflitos emocionais patogênicos subjacentes não estão resolvidos. A maioria dos pacientes tem de continuar com suas atividades sociais e profissionais e não pode permanecer segregada das realidades da vida diária. Portanto, em todos os casos graves, está indicada psicoterapia sistemática dirigida para os problemas fundamentais da personalidade total. Os sintomas gástricos devem ser considerados apenas como os indicadores de um distúrbio da personalidade subjacente. Demasiada atenção dada aos sintomas apenas favorece a evasão do paciente neurótico dos problemas emocionais que formam a base dos sintomas e, deste modo, contribui para a perpetuação da dificuldade. A obrigação do médico, nestes casos, é chamar a atenção do paciente para a natureza secundária de seus sintomas físicos e impedir a sua fuga para a doença orgânica, estimulando-o a, finalmente, pôr as cartas na mesa — isto é, submeter-se à psicoterapia, que pode possibilitar a resolução de seus problemas emocionais. Certos casos nos quais esta estratégia não é aconselhável serão discutidos no capítulo sobre terapia.

*Úlceras pépticas*

O significado de fatores emocionais como causa de úlceras pépticas está recebendo ênfase cada vez maior. Os estudos mais recentes são apenas confirmações sistemáticas de observações isoladas feitas por um grande número de clínicos que há muitos anos tem suspeitado da importância de fatores psicogênicos na etiologia desta desordem. Von Bergmann (30) e Westphal (246) chegaram à conclusão de que as úlceras pépticas, em sua maioria, podem ser consideradas como sendo "as complicações menos desagradáveis" das neuroses gástricas funcionais de longa duração.

O fato de que um distúrbio funcional de um órgão pode, com o tempo, levar a alterações estruturais teciduais (orgânicas) é de importância primária, do ponto de vista etiológico, e pode ser a solução para muitos enigmas etiológicos da medicina moderna. Isto foi discutido detalhadamente no Capítulo 6.

Utilizando o gastroscópio de Wolf-Schindler, Taylor (234) observou que podem desenvolver-se úlceras pépticas num estômago que já é sede de alterações hiperplásicas difusas na mucosa (gastrite hiperplásica). Porém, é bastante provável que tais alterações hiperplásicas sejam, por si só, os resultados de um distúrbio funcional (hiperacidez) de longa duração. O problema etiológico é, portanto, estabelecer a origem deste distúrbio funcional crônico.

Vários autores têm constatado que certos tipos de pessoas são mais propensas a úlceras pépticas do que outros. Alvarez (19) fala do negociante judeu, ativo e eficiente, o tipo empreendedor, como sendo particularmente a elas predisposto. Hartman (117) caracteriza o tipo portador de úlcera péptica como o homem que está "encontrando obstáculos que, para ele, vêm a ser uma provação e desvantagem que ele precisa, devido à sua natureza, esforçar-se para superar". Ele afirma que os trabalhadores chineses não especializados e os índios da América Latina nunca têm úlceras e explica isto com base na atitude estóica, quase apática, e na falta de empenho e de ambição característica destas raças. Segundo Hartman, as úlceras são doenças do mundo civilizado e afligem principalmente os homens batalhadores e ambiciosos da civilização ocidental. Draper e Touraine (70) constataram como típica de seus pacientes uma rejeição de tendências femininas inconscientes, as mesmas tendências que, conforme estudo psicanalítico, são descritas como impulsos orais-receptivos ou orais-agressivos. Os autores complementam seus estudos psicológicos com medições antropológicas e tentam descrever o tipo de pessoa com úlcera péptica como caracterizada, psicologicamente, pela presença do protesto masculino e rejeição das tendências femininas e, anatomicamente, como delgado e longilíneo.

Estudos realizados no Chicago Institute for Psychoanalysis indicam que sintomas gástricos e até mesmo a úlcera péptica podem desenvolver-se com maior freqüência num tipo de personalidade do que em outros, porém as exceções que encontramos num estágio precoce de nossa pesquisa não nos

encorajam a considerar como válida tal generalização. O que se constatou para caracterizar o paciente com úlcera não foi tanto um tipo de personalidade e sim uma situação de conflito típica, que pode desenvolver-se em muitas personalidades diferentes. Foi observado que o desejo de permanecer na situação dependente infantil — de ser amado e protegido — achava-se em conflito com o orgulho e com a aspiração por independência, realização e auto-suficiência do ego adulto. Estas duas tendências conflitantes reforçam-se mutuamente, de um modo característico. Em seu comportamento manifesto, muitos pacientes com úlcera péptica mostram uma atitude independente, ambiciosa e agressiva exagerada. Eles não gostam de aceitar ajuda e sobrecarregam-se com todos os tipos de responsabilidades — o tipo que é visto com tanta freqüência entre os executivos eficientes do mundo dos negócios. Esta é uma reação à sua dependência extrema, porém inconsciente. A luta contínua e as inúmeras responsabilidades reforçam o desejo de um relacionamento dependente. Na profundidade de sua personalidade, o paciente com úlcera anseia, inconscientemente, pela existência protegida da criança pequena. Contudo, ele, cuidadosamente, esconde de si próprio esta atitude dependente e a reprime, de modo que esta não consegue encontrar expressão no comportamento manifesto, nas suas relações pessoais. O anseio, reprimido, por amor é o estímulo psicológico inconsciente diretamente vinculado aos processos fisiológicos que, finalmente, levam à ulceração. Este anseio é a razão dos efeitos benéficos dos tratamentos de repouso, durante os quais o paciente é afastado de suas responsabilidades contínuas e de sua luta diária. Após os sintomas tornarem-se nervosos ou ameaçadores, ou após uma hemorragia aguda, o paciente pode ceder, abertamente, ao seu desejo de afastar-se de suas responsabilidades e não precisa mais reprimi-lo. A doença orgânica severa justifica, então, tal afastamento.

Nem todos os pacientes que sofrem de úlcera péptica supercompensam seus desejos dependentes através de uma demonstração externa de atividade empreendedora e da aceitação de liderança e de responsabilidades. Muitos deles são manifestamente dependentes, exigentes e descontentes. Em tais pessoas as tendências dependentes não são frustradas pelo repúdio interno, mas sim pelas circunstâncias externas. Ao que parece o fator crucial na patogênese da úlcera é a frustração dos desejos dependentes de exigir amor e de buscar ajuda. Quando estes desejos não conseguem encontrar gratificação nos relacionamentos humanos, é criado um estímulo emocional crônico, que tem um efeito específico sobre as funções do estômago.

Este ponto de vista, desenvolvido nos primeiros estudos gastrintestinais feitos no Chicago Institute for Psychoanalysis, teve sua validade comprovada por pesquisa subseqüente. Em considerável número de pacientes portadores de úlcera péptica analisados no Instituto, os desejos orais frustrados apareciam de maneira proeminente. Van der Heide (237) publicou detalhadamente dois destes casos, e outro caso, citado brevemente nas páginas 88 e 89, foi descrito por Alexander (13). Kapp, Rosenbaum e Romano fizeram um estudo psicodi-

nâmico cuidadoso de vinte pacientes portadores de úlcera do sexo masculino (129). Todos eles constataram que seus pacientes eram homens emocionalmente imaturos, exibindo fortes desejos dependentes, que resultavam de rejeição ou de indulgência excessiva na infância. Os sintomas de úlcera desenvolveram-se como uma reação à frustração dos anseios dependentes. Alguns destes pacientes supercompensavam seus anseios, dando a impressão de ser diligentes e ambiciosos. Contudo, os pacientes, em sua maioria, eram passivos e efeminados e expressavam seus desejos orais abertamente. Os autores concluíram que, "embora a situação de conflito seja similar em todos os homens com úlcera péptica, a aparência da personalidade dela resultante pode variar de uma independência exagerada a uma dependência parasitária".

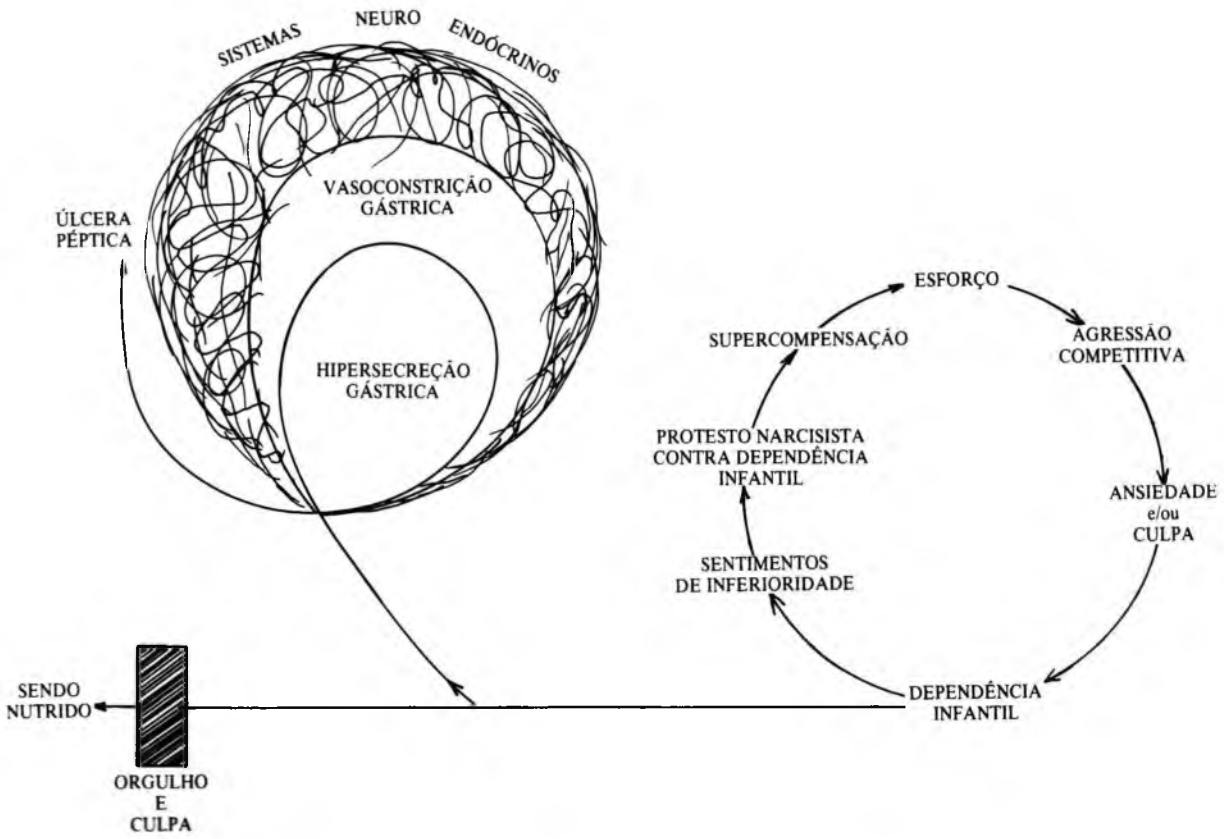
A frustração de uma tendência receptiva dependente, freqüentemente provoca uma atitude exigente, agressiva, que se distingue da atitude oral-receptiva, por ser um impulso oral-agressivo. Recentemente, Szasz et al (230) demonstraram a influência de tais impulsos agressivos incorporadores sobre as funções do estômago, num paciente cuja frustração de necessidades dependentes foi, do mesmo modo, o fator determinante.

*Considerações psicossomáticas*

Se o desejo de receber, de ser amado, de depender de outros é rejeitado pelo ego adulto ou frustrado, devido a circunstâncias externas e, conseqüentemente, não consegue encontrar gratificação nos contatos pessoais, um caminho regressivo é, então, freqüentemente usado: o desejo de ser amado transforma-se no desejo de ser nutrido. O anseio reprimido de receber amor e ajuda mobiliza as inervações do estômago que, desde o início da vida extra-uterina, estão intimamente associadas às formas mais primitivas de receber alguma coisa, isto é, ao processo de receber o alimento. A ativação destes processos serve como um estímulo crônico para a função gástrica. Já que esta estimulação do estômago é independente dos estímulos fisiológicos normais, tais como a necessidade do alimento, originando-se em conflitos emocionais inteiramente independentes do estado fisiológico de fome, pode suceder-se uma disfunção gástrica. Em tais situações, o estômago responde continuamente como se o alimento estivesse sendo ingerido ou prestes a ser ingerido. Quanto maior for a rejeição de cada gratificação receptiva, maior será esta "fome" inconsciente de amor e de ajuda. O paciente quer o alimento como símbolo de amor e de ajuda, e não para saciar uma necessidade fisiológica (Fig. III).

Sugere-se que esta estimulação emocional crônica permanente do estômago é similar à que ocorre temporariamente durante a ingestão do alimento, resultando numa hipersecreção e hipermotilidade crônicas. O estômago vazio é, portanto, exposto constantemente aos mesmos estímulos fisiológicos aos quais ele é exposto apenas periodicamente, sob condições normais, quando contém ou está prestes a receber alimento. Os sintomas do "estômago nervoso"

**Figura III**
**Representação esquemática da especificidade na etiologia da úlcera péptica**



— a saber: desconforto no epigástrio, pirose e eructação — provavelmente são manifestações desta estimulação crônica que, em alguns casos, pode levar à formação de úlcera (Alexander et al — 14).

O fato de que nem todos os pacientes com neurose gástrica ou hipersecreção funcional crônica desenvolvem úlcera levanta a possibilidade de que uma debilidade do estômago, constitucional ou adquirida, seja importante no desenvolvimento da ulceração.

Há uma crescente evidência experimental e clínica no sentido de dar validade ao ponto de vista psicossomático acima descrito. Entre os clínicos, Alvarez considera a estimulação crônica do estômago vazio como sendo um dos fatores etiológicos da úlcera péptica. Com isto concordam os experimentos de Silbermann (212) com a alimentação simulada de cães. Foi feita uma fístula esofagiana artificial e o alimento que o cão deglutiu caiu no chão e nunca chegou ao estômago; o cão abocanhou-o novamente, repetindo este procedimento algumas vezes durante três quartos de hora. De acordo com Silbermann, uma estimulação tão poderosa da secreção do estômago vazio leva regularmente à formação de úlcera. O paciente com úlcera péptica é, em muitos aspectos, similar ao cão de Silbermann; seu estômago acha-se em estado de estimulação crônica, não como resultado de comer, mas como resultado de impulsos psicológicos reprimidos de ser amado, de receber ou tomar agressivamente o que ele não obtém livremente. Porque estas tendências são reprimidas e excluídas da vazão normal através do comportamento voluntário, elas mantêm a tensão permanente. O desejo de ser amado, estando intimamente associado ao desejo de ser nutrido, estimula a atividade gástrica através das vias parassimpáticas.

Há bastante evidência experimental em defesa da suposição de que um fator causal na formação de úlcera pode ser a secreção contínua, sob a influência de estímulos psicológicos crônicos. A secreção máxima do estômago ocorre durante a noite, em pacientes com úlcera duodenal (Palmer — 178). Winkelstein (252) encontrou acidez elevada em pacientes portadores de úlcera, como uma reação à alimentação simulada (psíquica) e encontrou acidez noturna mais elevada nos casos de úlcera gástrica ou duodenal, do que em indivíduos normais. Estas observações mostram que o estômago do paciente com úlcera péptica é particularmente sensível aos estímulos nervosos e que a secreção contínua é comum. Portanto, ao que parece, o estado crônico de excitação do estômago e a secreção crônica de suco gástrico têm um significado maior do que o grau absoluto de acidez.

A excitação crônica do estômago provocada pela tensão emocional influencia não apenas a função secretora, mas também as funções motoras. O significado específico destas últimas na formação de úlceras ainda não está claro. O espasmo do piloro, causando retenção prolongada do conteúdo ácido do estômago, pode ter um significado etiológico. O suprimento sangüíneo do estômago também pode ser afetado. Necheles (175), dando seguimento ao trabalho de Feldberg e de Dale (54), descobriu que a acetilcolina, que,

sob estímulos parassimpáticos, é liberada na parede do estômago, causa anoxemia no tecido. A acetilcolina também exerce influência sobre a secreção de ácido. Necheles também confirmou os achados de Winkelstein, a respeito da irritabilidade parassimpática acima do normal de pacientes com úlcera.

Os achados clínicos do Chicago Institute for Psychoanalysis foram confirmados pelos estudos de Wolff e Wolf (258). Eles estudaram um paciente com uma fístula gástrica permanente e encontraram hiperemia, hipermotilidade e hipersecreção, como reação à insegurança e a sentimentos agressivos e hostis, quando o paciente era inibido, e um retorno às funções normais, quando ele recuperava sua segurança emocional. Embora estes autores considerassem primariamente o conteúdo mental consciente, e, portanto, não reconstruíssem as situações psicodinâmicas detalhadamente, nas suas observações pode ser visto claramente o relacionamento entre o anseio por segurança e a hiperatividade das funções gástricas.

B. Mittelmann e H. G. Wolff (165) submeteram a influência das emoções sobre a atividade gástrica a uma investigação experimental. Eles induziram distúrbios emocionais agudos em indivíduos normais e em pacientes sofrendo de úlcera, gastrite e duodenite (vinte e seis indivíduos: dez casos de úlcera, três casos de gastrite e duodenite, treze normais). Eles observaram em todos os casos um aumento das secreções de ácido clorídrico, muco e pepsina e um aumento do peristaltismo; mas estes eram quantitativamente mais acentuados no grupo patológico. Os pacientes com úlceras freqüentemente reagiam com dor, aumento da secreção de bílis e sangramento, ao stress emocional induzido experimentalmente que os autores descreveram como ansiedade, insegurança, culpa e frustração. Eles também observaram que, em situações que geravam sentimentos de confiança e de segurança emocional, a função gástrica era normalizada.

Enquanto o significado de fatores emocionais na etiologia da úlcera péptica é, hoje em dia, aceito de um modo quase universal, há divergência de opinião acerca da especificidade das emoções envolvidas. Aqueles que abordam o problema do ponto de vista clínico, tais como Kapp, Rosenbaum, Romano, Ruesch e outros (129, 199) estão impressionados com a marcante tendência oral-receptiva que se manifesta seja na dependência evidente ou na sua negação.

Mahl, baseando-se num estudo experimental feito em cães, recentemente desafiou o ponto de vista de que conflitos emocionais específicos são responsáveis por um aumento da secreção gástrica (144). Para ele, a única observação bem substanciada consiste na influência estimulante do medo crônico sobre a secreção e a motilidade do estômago. Ele afirma que isto contradiz a teoria de Cannon, segundo a qual o medo resulta em estimulação simpática, que deveria inibir e não estimular a atividade gástrica. O artigo de Mahl é um exemplo da confusão conceptual que ocasionalmente surge no campo da pesquisa psicossomática. Muitos autores sem experiência e sem treinamento em

psicodinâmica ignoram quase completamente as conquistas das três últimas décadas e tentam regressar a uma época em que as respostas somáticas era estudadas cuidadosamente, mas os estímulos emocionais, que extraíam estas respostas eram tratados de um modo bastante superficial. Eles referem-se aos fatores psicológicos em termos vagos, tais como stress mental, ou simplesmente de uma maneira genérica como distúrbio emocional.

A maior parte do progresso neste campo veio da aplicação do postulado metodológico de que a cadeia psicológica de eventos deveria ser estudada e descrita com o mesmo detalhe esmerado com que eram estudadas suas seqüelas somáticas. Conforme o ponto de vista de Freud, a ansiedade é o medo interiorizado, um sinal para o ego de que uma tendência reprimida inconsciente está pronta para emergir para a consciência e ameaçar a integridade do ego. A função da ansiedade é a mesma que a do medo, que é uma resposta ao perigo externo, preparando o ego para confrontar-se com a emergência. A ansiedade realiza esta função com relação aos perigos internos (instintivos). As defesas do ego contra esta situação de emergência interna são inúmeras - supercompensação, regressão, projeção, exteriorização da ansiedade e seu deslocamento para alguma situação circunscrita trivial (fobias), e muitos outros mecanismos bem conhecidos. Qual destas defesas é usada depende, consideravelmente, da estrutura da personalidade da pessoa. As respostas somáticas à ansiedade variam de acordo com as defesas psicológicas empregadas. Isto foi discutido detalhadamente nas páginas 61 e 62. Um tipo de defesa contra a ansiedade é tratar o perigo interno como se ele fosse externo, e preparar-se para enfrentá-lo agressivamente. Este tipo de defesa pode produzir sintomas tais como a elevação da pressão sangüínea, o aumento da freqüência cardíaca, o aumento do tônus muscular e outros sinais somáticos de estimulação simpática ou nervosa voluntária. Outro tipo de resposta é o regressivo. Ele consiste num retrocesso para uma atitude de desamparo, correndo em busca de ajuda e de proteção. O aumento da secreção do estômago pertence a este tipo de resposta regressiva à ansiedade e ao medo. Ele é a manifestação de uma regressão ao estado infantil, quando a criança voltava-se para a mãe à procura de ajuda. Já que um dos primeiros desconfortos que a criança experiencia é a fome, que é eliminada pela nutrição materna, o desejo de ser nutrido torna-se a resposta mais primitiva a todos os tipos de stress emocional.

Isto pode ser o suficiente para mostrar que no estágio atual de nosso conhecimento não tem sentido falar de um modo geral da ansiedade como causando sintomas somáticos. A ansiedade põe em movimento diferentes cadeias psicológicas, cuja natureza é um dos fatores que determina o tipo de resposta fisiológica que se seguirá[1]. A ansiedade, o primeiro elo nesta cadeia, não é um fator específico. Cada pessoa lida com a ansiedade de um modo que lhe é característico. Este é o significado da teoria da especificidade emocional, na etiologia das doenças vegetativas.

1 — Veja também a discussão de Szasz sobre o trabalho de Mahl (223).

A validade final dos conceitos atuais acerca do papel dos fatores psicodinâmicos na etiologia da úlcera péptica só pode vir de estudos que são projetados de modo a permitir medições da atividade gástrica em homens durante longos períodos de tempo e a correlações de tais medições com fatores emocionais concomitantes ou antecedentes, produzidos por situações de vida cotidianas. Uma abordagem de tal procedimento foi apresentada por Mirsky e seus colegas (37, 163, 180), que demonstraram que a atividade secretora gástrica segue o mesmo curso da excreção de uropepsina (pepsinogênio) na urina. Sua evidência sugere que a taxa de excreção da uropepsina pode servir como um índice da taxa de secreção gástrica, de modo que pacientes com uma secreção mínima mostram taxas de excreção da uropepsina na urina, enquanto aqueles com atividade máxima do estômago mostram taxas de excreção altas. Por meio desta técnica, a atividade secretora gástrica de indivíduos normais e de pacientes com úlceras e com outras desordens foi medida durante vários períodos de tempo, até dois anos.

Foi mantido um registro simultâneo dos eventos diários significativos, sendo tais dados obtidos a partir de escritos diários, de entrevistas ocasionais e de material psicanalítico. Partindo de tais estudos, Mirsky concluiu que a raiva, a frustração, o ressentimento manifestos, e uma variedade de outras emoções dominantes, das quais o indivíduo tinha consciência, não influenciaram significativamente a taxa de secreção gástrica. Porém, foi observado um relacionamento positivo entre o aumento de excreção de uropepsina e a mobilização dos desejos incorporadores e orais-receptivos, dos quais o indivíduo não tinha consciência. Nos casos em que o indivíduo tinha consciência de sua raiva ou ressentimento, ou mostrava evidências de ansiedade acentuada, a análise do material psicológico revelou, claramente, que a mobilização do desejo do indivíduo de ser cuidado ou o medo de perder seus relacionamentos dependentes foi o fator dinâmico essencial, que resultou num aumento da atividade gástrica.

*Considerações terapêuticas*

No tratamento da úlcera péptica, a primeira consideração deve ser o tratamento da condição local.

A teoria psicanalítica da patogênese das úlceras pépticas foi corroborada de maneira indireta pelo trabalho recente de Dragstedt (66) sobre o tratamento desta condição por meio da secção do nervoso vago que vai ao estômago. Embora esta operação tenha sido tentada por outros, anos atrás, foi somente através do trabalho de Dragstedt que a vagotomia tornou-se uma técnica bem compreendida e útil para a terapia da úlcera péptica. A secreção contínua e aumentada de suco gástrico ácido, típica de pacientes com úlceras duodenais, é medida pelo vago e é abolida pela secção completa de seu trajeto nervoso (Dragstedt - 64, 65). A vagotomia incompleta é, freqüentemente, ineficaz para alcançar a cura da lesão. Se realizada adequadamente, esta operação

parece ser uma das técnicas cirúrgicas eficazes no tratamento das úlceras pépticas.

A vagotomia e os outros métodos cirúrgicos bem estabelecidos, no entanto, não alteram os conflitos psíquicos do paciente, que constituem o distúrbio primário numa cadeia de eventos que levam, finalmente, à ulceração na parte superior do trato gastrintestinal (Alexander - 10). Por este motivo, pacientes vagotomizados são propensos a desenvolver vários outros distúrbios mais ou menos severos. Este problema, bem como algumas das seqüelas mais importantes da vagotomia, foi estudado por Szasz, e por ele descrito numa série de publicações (226, 227, 228, 229).

A psicoterapia é principalmente de natureza preventiva e tem como objetivo impedir recidivas. Na maioria dos casos, há uma extensão de tempo variável, quando o distúrbio funcional está presente, antes que se desenvolva a úlcera ativa. A hiperacidez crônica e outros sintomas gástricos são os primeiros sinais de que o controle nervoso das funções do estômago está perturbado. Nestas ocasiões, a concentração nos sintomas locais e a negligência dos fatores da personalidade constituem um erro grave.

Já que a úlcera péptica é uma condição crônica, está indicada a psicoterapia em combinação com o cuidado médico da desordem. As úlceras geralmente desenvolvem-se em personalidades com um conflito neurótico profundamente enraizado, o qual, por si só, requer um tratamento psicanalítico. A psicanálise oferece a melhor abordagem causal dos componentes emocionais na formação da úlcera. Esta terapia pode variar quanto a duração, visto que em alguns casos o tratamento psicanalítico ativo de curta duração tem demonstrado ser benéfico.

Os seguintes trechos extraídos de uma história clínica podem ilustrar tanto os fatores psicodinâmicos envolvidos quanto os aspectos terapêuticos do problema:

> Um estudante universitário de vinte e três anos sofreu sua primeira hemorragia de uma úlcera duodenal quando tinha dezoito anos. Isto foi precedido apenas por um curto período de desconforto gástrico. Quando ele veio para o tratamento psicanalítico, cinco anos mais tarde, tinha uma úlcera ativa com sintomas típicos e achados de raio-X. O traço mais evidente da personalidade do paciente era sua extrema indiferença, que refletia seu controle acentuado sobre a demonstração da emoção. Isto devia-se, parcialmente a um temor de parecer frouxo e fraco caso ele expressasse qualquer espécie de sentimento. Quando criança, o paciente tinha sido quieto e obediente, enquanto seu irmão três anos mais velho tinha sido agressivo e independente. Embora o paciente sempre fosse um bom aluno, ele nunca se sentia seguro entre seus companheiros de idade. Ele acompanhava o irmão e o grupo etário deste último e estava sempre sob a proteção do irmão. Ele passava muito tempo em conpanhia dos pais, que nele concentravam sua atenção. Quando o paciente tinha

treze anos, o irmão faleceu e, dois anos mais tarde, o pai faleceu. Estes eventos foram de importância crucial no desenvolvimento emocional. Após a morte de ambos os membros masculinos mais velhos da família, a mãe voltou-se para o paciente com todas as suas próprias necessidades dependentes. Ela o consultava acerca de decisões importantes, forçando-o a tornar-se um substituto do irmão mais velho e do pai - uma tarefa para a qual ele estava emocionalmente despreparado. Sua indiferença e aparência de inabalável segurança eram somente uma defesa conta sua insegurança e dependência, que tornaram-se mais intensas sob as expectativas exageradas de sua mãe. Este conflito mostrou-se claramente no seu relacionamento com mulheres: ele não se permitia ficar emocionalmente envolvido, tinha apenas relacionamentos sexuais casuais, e terminava cada ligação assim que a mulher mostrava algum interesse pessoal por ele. Ele sofria de ejaculação prematura. No início de seu tratamento, este paciente não tinha consciência de seu profundo vínculo dependente, inicialmente dirigido à mãe, e mais tarde dirigido ao pai e ao irmão mais velho. Ele só tinha consciência de sua defesa contra estes sentimentos. Ligar-se emocionalmente a uma mulher ou a um homem, para ele, significava fraqueza e, conseqüentemente, ele persuadia a si próprio e aos outros de sua indiferença e distanciamento emocional.

Estes anseios dependentes foram gradualmente conscientizados durante o tratamento. No início ele reconheceu o seu ressentimento contra a mãe, que ao invés de dar-lhe apoio amparava-se nele. Cedo, no tratamento, ele sonhou que estava andando de bicicleta com sua mãe; ele estava no guidão, mas perdeu o controle e ambos caíram. A mãe foi ferida e provavelmente morreu. Aqui está claramente expressa a suposição do papel de liderança em relação à mãe. No decorrer da análise veio à tona não somente o repúdio da responsabilidade, mas também seu anseio por dependência profundamente enraizado. O último consistia numa ligação infantil com a mãe, combinada com uma atitude homossexual passiva que era, originalmente, dirigida ao pai e ao irmão mais velho. Os anseios homossexuais eram exageradamente compensados pela competição agressiva, mas assim que estas defesas foram penetradas a dependência reprimida mostrou-se abertamente na sua atitude de transferência. Nesta ocasião, ele se conscientizou de sua atitude dependente oculta com relação à mãe, de modo que foi capaz de combater este sentimento a nível consciente, ao invés de reprimi-lo e negá-lo, assumindo uma aparência de indiferança. Ele gradualmente conseguiu renunciar cada vez mais à sua excessiva dependência e aceitar uma atitude mais madura. Com estes desenvolvimentos internos ocorreu uma mudança profunda no seu relacionamento com as mulheres. Ele apaixonou-se por uma jovem e, pela primeira vez em sua vida, seguiu-se uma ligação sexual prolongada e feliz. Mais tarde casou-se com ela. Ao mesmo tempo,

as queixas relativas ao estômago diminuíram e ele foi capaz de viver com uma dieta normal e apenas um desconforto brando ocasional.

O tratamento deste paciente durou dez meses, durante os quais ele foi visto trinta e seis vezes. Sua situação foi acompanhada durante os três anos que se seguiram e ele foi visto ocasionalmente em entrevistas terapêuticas. Ele teve duas recidivas brandas, a primeira logo após seu casamento, quando ele aceitou uma tarefa árdua no exterior e teve de viver com uma dieta inadequada. A segunda recidiva ocorreu poucas semanas antes de sua esposa dar à luz o seu primeiro filho e num momento em que sua mãe estava pensando em casar. Ele ficou tenso e começou a desenvolver-se certa dificuldade conjugal. A esposa respondeu à sua atitude irritável e exigente com um afastamento emocional. Os resquícios de sua ligação anterior de dependência da mãe, que ele transferira até certo ponto para a esposa, foram mobilizados por estes dois eventos coincidentes. O bebê ameaçava sua dependência com relação à esposa e o iminente casamento da mãe revivia a antiga ligação com esta.

Numa curta série de consultas ele superou este emergir do antigo conflito e readquiriu seu equilíbrio emocional e físico anterior. As dificuldades conjugais, devidas parcialmente à reação da esposa a seu primeiro filho, também melhoraram gradualmente. Quando ele foi visto pela última vez, suas queixas limitaram-se a um desconforto gástrico ocasional ao acordar. Ele tinha uma dieta normal e sua única medicação era uma dose de atropina à noite.

Neste caso a modificação da personalidade alcançada através da terapia psicanalítica foi bastante pronunciada. A condição do estômago melhorou consideravelmente; o processo patológico foi obviamente detido, mas a vulnerabilidade do órgão seriamente danificado talvez não seja completamente reversível.

Padrões Dinâmicos Específicos na Hiperfunção Gástrica

I

Frustração de anseios orais-receptivos → resposta oral-agressiva → culpa → ansiedade → supercompensação da agressão oral e da dependência por meio de verdadeiras realizações bem-sucedidas em atividades que implicam responsabilidade → aumento dos anseios orais-dependentes inconscientes como reação ao esforço e à concentração excessivos → hipersecreção gástrica.

II

Frustração prolongada dos anseios orais-receptivos → repressão destes desejos → hipersecreção gástrica.

## 4 — DISTÚRBIOS DAS FUNÇÕES ELIMINATÓRIAS

*Psicologia das funções excrementícias*

Depois da ingestão do alimento, as funções excrementícias desempenham o papel mais importante na vida emocional da criança na primeira infância. Como na ingestão do alimento, as funções excrementícias estão associadas a certas atitudes emocionais típicas no início da vida. Antes do advento da psicanálise, os aspectos psicológicos destas funções eram totalmente desconhecidos ou negligenciados. Estes assuntos, particularmente sua psicologia, eram excluídos não apenas da conversação bem-educada, mas também da investigação científica e até mesmo da consideração médica. Tem se acumulado uma grande quantidade de literatura psicanalítica sobre este assunto, compreendendo dados cuidadosamente observados durante um período de trinta anos.

Enquanto o desejo de segurança e a vontade de receber ou de tomar à força o que não é dado livremente, de ser amado, de apoiar-se em alguém, estão mais intimamente associados aos aspectos incorporadores da nutrição, o ato eliminatório vincula-se, no início da vida, às emoções de posse, ao orgulho da realização e à tendência a dar e a reter. Certos tipos de impulsos hostis (atacar, sujar) também estão associados a estas funções.

As sensações prazerosas vinculadas à sucção são reprimidas bem no começo da vida. A criança reage ao desmame chupando o polegar, o que os pais geralmente tentam frear. A criança descobre, então, que uma sensação prazerosa similar pode ser obtida na outra extremidade do tubo digestivo, por meio da retenção das fezes. Aqui também um corpo sólido estimula a membrana mucosa de um órgão tubular. É mais difícil para o adulto interferir com este tipo de prazer e, conseqüentemente, a criança desenvolve um senso de independência que logo fica associado ao ato excrementício. No entanto, ela perde sua soberania sobre suas funções excrementícias durante o período de treinamento do controle esfincteriano, quando os adultos tentam ensiná-la a evacuar a intervalos regulares. Para a criança, isto significa submissão aos desejos dos adultos; ela é estimulada a separar-se do seu excremento, não quando ela deseja, mas sim quando os adultos consideram apropriado. Em troca, ela recebe elogio, amor, e, às vezes, coisas materiais, como um pedaço de doce. De certa forma, o excremento torna-se associado ao conceito de propriedade. Isto explica sua íntima relação com o dinheiro, que é um dos fatos melhor estabelecidos revelados pela psicanálise. Cada ato excrementício é avaliado pela criança como sendo uma espécie de doação aos adultos, uma atitude freqüentemente reforçada pelo grande interesse da mãe pelo excremento da criança. (A expressão alemã para a evacuação da criança, "Bescherung", significa presente.)

A atitude mais precoce da criança em relação a suas fezes é coprofílica. O excremento é uma propriedade valiosa, uma fonte de prazer e algo que

pode ser trocado por outras coisas. Esta atitude coprofílica, porém, é inibida por procedimentos educacionais e transformada no seu oposto, a repugnância e a depreciação, o que torna-se a base da conotação agressiva-e-suja sádica do ato excrementício. O excremento torna-de uma arma para sujar e o ato, por si só, assume um significado depreciativo. Isto é exemplificado pelo travesso de rua que, provavelmente, mostra suas pares traseiras e, freqüentemente, acompanha este gesto com algum tipo de convite agressivo. Mais tarde na vida, todas estas conexões emocionais, em maior ou menor grau, desaparecem da personalidade consciente, mas permanecem profundamente enraizadas na vida emocional, de modo que elas podem aparecer nos sintomas neuróticos de pacientes mentalmente perturbados e, até mesmo, nos sonhos de adultos normais.

Todas estas fases iniciais do desenvolvimento emocional explicam o fato de que a função excrementícia torna-se conectada com o sentimento de realização, com o dar e o atacar, e também o fato de que o excremento torna-se um símbolo de posse. Para a compreensão do background psicológico dos distúrbios das funções excrementícias, tanto da diarréia psicogênica quanto da constipação psicogênica, o conhecimento deste desenvolvimento emocional é de importância fundamental.

*Diarréia crônica, colite espástica, colite mucosa*

Se estas diferentes formas de distúrbio intestinal são fases diferentes ou manifestações diferentes da mesma condição básica, é ainda uma questão em aberto. Não há dúvida de que fatores emocionais desempenham um papel em todos estes distúrbios. Algumas vezes, os fatores emocionais podem ter um significado etiológico primário. Em outros casos, eles somente agravam uma desordem local já existente.

A diarréia crônica pode ser um sintoma tanto de distúrbios orgânicos quanto neuróticos, que podem estar presentes simultaneamente, e nem sempre é possível distinguir claramente os fatores neurogênicos dos fatores patológicos locais. A diarréia crônica simples é, freqüentemente, a expressão corporal de uma condição psiconeurótica e é, em certos casos, o sintoma predominante. A evacuação diária de quantidades pequenas ou grandes de fezes líquidas pode ocorrer mais ou menos freqüentemente, com ou sem tenesmo. Em alguns casos, podem ocorrer vinte a trinta evacuações num dia, sem nenhuma evidência de alteração orgânica. Muitos pacientes reagem à diarréia com preocupação e ansiedade; eles a esperam com receio e sua preocupação com ela freqüentemente torna-se a questão central de sua vida diária. Muitos pacientes citam transgressões dietéticas como fatores precipitantes, mas outros notam uma certa conexão com a tensão emocional.

A colite mucosa tem sido, há muito tempo, considerada como uma neurose. White, Cobb e Jones (274) concluíram que a colite mucosa é uma desordem

da função fisiológica do cólon causada pela atividade excessiva do sistema nervoso parassimpático, o que, por sua vez, pode ser atribuído à tensão emocional em noventa e dois por cento dos casos. Eles descreveram certas tendências da personalidade que parecem ser características. Seus achados psicológicos coincidiram em grande parte com aqueles do Chicago Institute for Psychoanalysis, sobre as várias formas de colite (Wilson - 251). Conscienciosidade exagerada, dependência, sensibilidade, ansiedade, culpa e ressentimento são as tendências emocionais mais comumente encontradas em pacientes que sofrem de colite mucosa.

Estudos psicanalíticos de pacientes que sofrem de diarréia crônica e de colite mucosa e espástica revelam um conflito típico centralizado nos seus fortes desejos receptivos e exigentes (orais-agressivos). Estes pacientes tentam compensar estes desejos dependentes pela atividade e o impulso de dar, substituindo a realização e a doação verdadeiras por ataques de diarréia. Eles querem compensar todas as coisas que querem receber ou tirar dos outros. Isto, freqüentemente, aparece sob a forma de preocupação com certos deveres e obrigações, a necessidade de dar dinheiro ou apoiar os outros, o impulso de exercer esforço e trabalhar. Por tais razões, o paciente é, freqüentemente, descrito como excessivamente consciencioso. Ao mesmo tempo, porém, ele tem uma relutância violenta em esforçar-se, em envolver-se em trabalho árduo e sistemático, em cumprir aquelas obrigações às quais ele se sente emocionalmente coagido. O fator psicológico reprimido relacionado ao sintoma é a poderosa necessidade de dar, de fazer uma restituição. O paciente pode tornar-se dependente de outros, mas sente que deve fazer alguma coisa para compensar tudo o que recebe. Ao invés da verdadeira realização, porém, ele satisfaz sua consciência com esta forma infantil de presente - o conteúdo intestinal.

Sob este aspecto ele mostra uma nítida diferença do paciente com úlcera péptica, que também supercompensa suas tendências receptivas e passivas, porém o faz por meio de um verdadeiro empenho, de sua eficiência e de um comportamento independente e agressivo na vida. O paciente com diarréia supercompensa sua passividade somente através do simbolismo inconsciente do ato excrementício, um substituto emocional da verdadeira performance, das doações e obrigações para com os outros. A base fisiológica de tal diarréia emocionalmente condicionada é, obviamente, a excitação crônica da atividade peristáltica intestinal, causada pela estimulação excessiva das vias parassimpáticas. As tendências emocionais para dar e realizar, que surgem como compensação das fortes tendências receptivas ou de apropriação, se reprimidas e, deste modo, excluídas da expressão voluntária, parecem exercer uma influência específica sobre as funções do intestino. Impulsos hostis contribuem para o desenvolvimento de sentimentos de culpa e do desejo de fazer uma restituição. Além disso, os impulsos hostis podem ter um efeito direto sobre os sintomas intestinais.

Um paciente do sexo masculino, com quarenta e oito anos de idade, estava sofrendo de diarréia crônica. Esta condição tinha durado oito ou nove anos, com algumas remissões. No início, foi encontrada certa quantidade de muco; mais tarde, o paciente teve várias evacuações aquosas por dia, sentia-se fatigado e estava extremamente preocupado com suas evacuações. Todos os dias ele temia a diarréia, embora esta não fosse dolorosa, e a antecipava com receio. Após a evacuação, ele sentia-se exausto, incapaz de trabalhar ou de concentrar-se. Ele raramente podia envolver-se numa atividade de negócios contínua e tinha, freqüentemente, de tirar férias, durante as quais sua condição melhorava consideravelmente. Ele vivia com uma dieta rígida, evitando bebidas alcoólicas, alimentos indigestos, gorduras e todas as refeições pesadas. Várias drogas foram ineficazes. Como muitos pacientes com colite, ele reagiu favoravelmente ao tratamento psicanalítico, logo após o seu início; a diarréia desapareceu quase que imediatamente e retornou apenas ocasionalmente. Ficou óbvio que o alívio emocional que o tratamento lhe deu trouxe um benefício sintomático imediato. Durante o tratamento ficou aparente o conflito entre um forte senso de obrigação para com sua família e para com os outros e uma forte atitude dependente e passiva.

O paciente tinha casado com uma esposa de família rica, família esta que o fazia sentir-se um intruso, mas que, ao mesmo tempo, possibilitava ao casal viver de acordo com os padrões com os quais a esposa estivera acostumada. Eles também o ajudavam financeiramente a desenvolver o seu negócio. Desde a época em que casou-se, a vida do paciente foi uma luta desesperada para ser bem-sucedido, através de seu próprio esforço. Ele continuava com seu negócio, com interrupções, permitia-se férias prolongadas e, ao mesmo tempo, revoltava-se, no seu íntimo, contra todo o esforço, querendo viver uma vida de lazer, com viagens, esportes e a leitura de bons livros - a vida de um cavalheiro. As sessões analíticas trouxeram à tona claramente este conflito, que não fora inteiramente conscientizado e verbalizado antes. O paciente reagia com diarréia, sempre que o impulso de realizar, trabalhar e cumprir obrigações tornava-se muito intenso dentro dele, mas, ao mesmo tempo, a resistência a executar as coisas na realidade tornava-se igualmente poderosa. Ao que parece, a diarréia era um método infantil de solução deste conflito. No seu inconsciente, as evacuações ainda significavam realização e doação. Isto explica por que, após cada evacuação, ele enfatizava o sentimento de estar totalmente esvaziado e exausto. As evacuações não apenas substituíam o verdadeiro esforço na vida, mas também serviam-lhe de desculpa para descansar e ser cuidado.

Um aspecto interessante deste caso é que, cerca de onze anos antes de desenvolver-se a diarréia, o paciente foi operado de úlcera gástrica. Os sintomas da úlcera iniciaram quando, como estudante, ele estava fazendo esforços enormes para satisfazer uma mãe ambiciosa. O paciente

concentrava-se completamente em fazer uma carreira. Após os sintomas da úlcera terem durado cinco anos, o paciente foi operado devido a uma perfuração, numa época em que estava extremamente ativo, concentrando-se obstinadamente nos seus estudos. A diarréia que iniciou onze anos mais tarde desenvolveu-se após o casamento, por meio do qual ele ficou rico e, até certo ponto, dependente da família de sua esposa.

Este caso demonstra que é um erro supor que certos distúrbios psicogênicos desenvolvem-se apenas em determinados tipos de personalidade. A condição orgânica pode estar correlacionada com determinadas situações psicodinâmicas, mas não com os tipos de personalidade. É óbvio que aqui a mesma personalidade foi exposta a diferentes situações de conflito. Enquanto estudante, ele esforçou-se muito e reagiu a isto com um forte anseio por dependência, que ele não admitia para si próprio. Então desenvolveu-se a úlcera péptica. Quando estava vivendo na riqueza, mas numa dependência emocional da família rica de sua esposa, ele desenvolveu um forte senso de obrigação de trabalhar arduamente, o que cumpriu, mas com pouco entusiasmo, interrompendo seu trabalho tão freqüentemente quanto possível. Nesta época apareceu a diarréia crônica. Sua diarréia era uma maneira de aliviar este senso de obrigação através de uma forma primitiva de dar e realizar.

Embora as medidas dietéticas possam ser benéficas nestes casos, o objetivo primário da terapia deve ser dirigido para a eliminação do distúrbio emocional. Como em todas as neuroses orgânicas, as curas pelo repouso e a medicação sedativa podem aliviar os sintomas, mas a condição básica só pode ser curada pela psicoterapia.

Nos casos de diarréia crônica e de colite mucosa e espástica, o valor da abordagem psicoterapêutica foi demonstrado pelos estudos sistemáticos do Chicago Institute for Psychoanalysis, que revelaram que a maioria dos pacientes pode dispensar restrições dietéticas ulteriores, após a terapia psicanalítica bem sucedida.

### *Colite ulcerativa*

Desde as publicações de Murray (173, 174) e de Sullivan e seus colaboradores a importância dos fatores emocionais no desencadeamento e curso clínico da colite ulcerativa tem sido amplamente reconhecida. Estudos mais ou menos sistemáticos de uma série de casos foram publicados por Wittkower (254), Daniels (56, 57, 58), Lindemann (141), Groen (106) e Ross (296); Jackson (123) e Rosenbaum e Kapp (125) relataram estudos de casos isolados; e Melitta Sperling (218) apresentou observações psicanalíticas baseadas no tratamento de duas crianças com colite ulcerativa. Porém, apesar do considerável material clínico, os fatores psicodinâmicos específicos característicos destes

pacientes não foram claramente elucidados.[2] Os mecanismos fisiológicos precisos responsáveis pelos processos patológicos na membrana do intestino grosso são também controversos.

Porém, o estudante atento a esta literatura não pode deixar de impressionar-se com a coerência na repetição de certas observações e formulações psicodinâmicas. Murray, que relatou o primeiro estudo sistemático de doze casos, constatou que os conflitos centrados nos relacionamentos conjugais eram os fatores psicológicos mais comuns no desencadeamento da doença. Conflitos referentes às relações sexuais, e mais especificamente à gravidez e ao aborto, aparecem num grande número de casos. Sullivan, cujas observações cuidadosas exerceram grande influência sobre a posterior pesquisa, enfatizou que não está presente nenhum tipo específico de situação desencadeante, "... mas em cada caso... o paciente fora envolvido numa situação de ajustamento, que era difícil para ele como indivíduo e à qual ele respondera com tensão e ansiedade".

Alguns investigadores têm enfatizado que o paciente com colite ulcerativa difere dos pacientes que sofrem de outras formas de colite, com relação à organização narcisista de suas personalidades. Além disso, Daniels notou a presença de um componente autodestrutivo suicida. Lindemann ficou impressionado com o empobrecimento do inter-relacionamento humano destes pacientes. Groen tentou descrever um perfil de personalidade típico, característico destes pacientes baseando-se no seu estudo de seis casos, porém o tamanho de sua amostragem não torna válidas tais generalizações. Além do mais, só foram considerados os traços de caráter manifestos e não os fatores dinâmicos. Melitta Sperling tentou reconstruir uma situação de conflito típica destes pacientes e concluiu que a colite ulcerativa representa a "dramatização somática" da melancolia. Ela postulou que o organismo é atacado pelo objeto hostil e agressivo incorporado e tenta livrar-se dele pela descarga anal imediata. A maior parte dos autores faz alguma referência à organização emocional pré-genital regressiva destes pacientes, às suas características anais predominantes, à sua dependência extraordinàriamente forte da mãe, combinada com ambivalência, o que resulta em impulsos hostis e sádicos reprimidos.

Estudos feitos no Chicago Institute for Psychoanalysis revelam a predominância dos fatores emocionais que, desde o início da vida, estão associados com as funções alimentares e excrementícias. Sob este aspecto, pacientes com colite ulcerativa lembram de perto os pacientes que sofrem de outras formas de diarréia. Se uma diferenciação psicodinâmica entre esta e outras formas de colite é possível, isso só poderá ser respondido após estudos adicionais detalhados do material inconsciente e da estrutura da personalidade. O fato de que a capacidade integradora do ego de muitos pacientes com colite ulcerativa é relativamente fraca, e de que, conseqüentemente, há uma

2 — Deve ser notado que, exceutando um único caso descrito por Daniels, nenhum paciente adulto foi submetido ao que pode ser considerado uma psicanálise completa.

tendência à projeção e a episódios psicóticos, pode demonstrar ser de alguma importância.

O material psicológico apresentado, que reaparece nitidamente nestes pacientes, é melhor compreendido com base na psicodinâmica geral da função excrementícia. Dois fatores emocionais evidenciam-se no desenvolvimento da doença e na provocação de recidivas. Um é a tendência frustrada de cumprir uma obrigação, seja ela biológica, moral ou material, e o segundo é uma ambição frustrada de realizar alguma coisa, que requer o gasto concentrado de energia. Nas mulheres, isto consiste, mais freqüentemente, em conflitos relativos a dar a luz a uma criança ou mostrar-se à altura das responsabilidades maternas. Em alguns casos, a pressão da obrigação financeira desempenha um papel de destaque. Portis cita a história de uma paciente que demonstra este tipo de dinâmica emocional.[3]

> Uma jovem, casada há seis meses, começou a sofrer de colite ulcerativa precoce. Sob tratamento médico... o intestino acalmara-se completamente - sem sangue, com fezes normalmente formadas e uma sensação de bem-estar. Após três meses de tratamento médico ela queixou-se de uma súbita recidiva da sua diarréia, na manhã do domingo precedente. Um interrogatório cuidadoso revelou que ela não tivera nenhuma excitação excessiva na noite do sábado anterior. Ela comera em casa no sábado e no domingo, seguira sua dieta religiosamente e tomara sua medicação, como lhe fora recomendado. Cerca de uma hora após o café da manhã, enquanto ela fazia os trabalhos de casa, apareceu a diarréia. Quando interrogada ainda mais sobre as situações daquela manhã de domingo, quando ela estava em casa com seu marido, a princípio ela negou qualquer acontecimento fora do comum, mas indagação adicional revelou que seu marido perguntou-lhe, jocosamente, ou de outra maneira, "o que foi feito dos 400 dólares que lhe emprestei quando casamos para comprar seu enxoval? Quando vou tê-los de volta?" Ela não tinha os 400 dólares. Ela sentiu-se evidentemente perturbada, regrediu a um padrão infantil e teve diarréia. Quando a análise mostrou-lhe a associação com o dinheiro e sua incapacidade de devolvê-lo, exceto com evacuações, a situação foi imediatamente resolvida - note bem, sem mudança na dieta ou no tratamento médico. Esta paciente subseqüentemente passou por toda uma gravidez sem uma posterior recidiva dos sintomas.

Orbrigações financeiras que estão além dos recursos do paciente são fatores comuns em algumas formas de diarréia. Isto foi reconhecido por Abraham (4), que descreveu a correlação emocional entre a evacuação e o gasto do dinheiro. Conseqüentemente, é possível que o envolvimento financeiro não seja um estímulo específico para o desenvolvimento da colite ulcerativa, mas sirva como um estímulo geral para a ativação das funções intestinais,

3 — S. Portis: "Newer Concepts of the Etiology and Management of Idiopathic Ulcerative Colitis," (Os mais Novos Conceitos da Etiologia e do Manejo da Colite Ulcerativa Idiopática), J.A.M.A. 139:208, 1949.

o que, num órgão já doente, pode desencadear uma crise. Se os conflitos emocionais típicos da colite ulcerativa diferem dos de outras formas de diarréia é uma questão que permanece em aberto. O que parece certo é que todas as formas de estímulos emocionais anais-regressivos têm uma afinidade específica com a função do cólon.

O primeiro sintoma de colite ulcerativa freqüentemente aparece quando o paciente está enfrentando uma situação de vida que requer uma realização notável, para-a qual o paciente sente-se despreparado. A implicação psicodinâmica pode ser melhor compreendida com base na avaliação emocional que a criança faz do ato excrementício, que significou, por um lado, a renúncia a uma propriedade estimada, e por outro lado, uma realização. Em pessoas com este tipo de fixação emocional, toda a vez que, mais tarde na vida, surge o impulso ou a necessidade de dar, ou quando a realização de uma ambição a nível adulto é bloqueada por inibições neuróticas, pode ocorrer uma regressão à forma anal de dar e de realizar. Deve ser salientado, no entanto, que a regressão anal deste tipo é extremamente comum em todos os tipos de diarréia e em psiconeuróticos que não apresentam quaisquer sintomas somáticos. Algum fator somático local específico pode ser responsável pelo fato de que, em alguns pacientes, a regressão anal produz ulceração nos intestinos. É bastante provável que os fatores específicos não venham a ser psicológicos, mas sim uma peculiaridade dos mecanismos fisiológicos iniciada pelos estímulos emocionais.

Embora possa ser prematuro descartar a possibilidade de que o background psicodinâmico na colite ulcerativa tenha um caráter específico, não encontrado em outras formas de distúrbio intestinal com diarréia, deve-se advertir contra a prontidão com que certos autores interpretam os achados psicológicos nestas e em outras doenças orgânicas como sendo sempre de natureza causal.

Sintomas orgânicos tais como a diarréia dão aos pacientes uma oportunidade de utilizar o sintoma para satisfazer suas necessidades psiconeuróticas. Pacientes que sofrem de diarréia, independentemente de sua causa, freqüentemente exploram este sintoma emocionalmente, buscando uma expressão simbólica para o fato de estar exausto, completamente "esvaziado", e podem usar este sintoma como uma expressão simbólica de castração. As reconstruções psicodinâmicas de Melitta Sperling podem ser elaborações simbólicas secundárias da diarréia existente. A fantasia de eliminar uma mãe má e perigosa incorporada é, provavelmente, uma utilização secundária do sintoma para as necessidades emocionais inconscientes, ao invés de ser a causa do sintoma. Os fatores psicodinâmicos causais são provavelmente de natureza muito mais elementar e menos conceptual. O ato excrementício como uma expressão de oferecer um paciente ou de cumprir uma obrigação, ou como uma realização - são os fatores psicodinâmicos fundamentais que têm um relacionamento causal com os distúrbios funcionais do intestino.

Com relação aos mecanismos fisiológicos, merece atenção especial uma publicação de Portis (181). Ele segue as sugestões originais de Murray e mais explicitamente as de Sullivan, de que a doença tem um componente neurogênico. Certas situações de conflito emocional transmitem uma excitação nervosa através dos centros vegetativos, pelas vias do parassimpático, até o cólon. Sullivan supôs que, ou o poder digestivo do conteúdo líquido em rápido movimento no intestino delgado é maior do que o normal, ou o poder protetor natural da membrana mucosa do cólon pode ser baixo. De qualquer forma, a digestão na superfície da mucosa do cólon ocorre e prepara o caminho para a invasão bacteriana. Deste modo resulta a ulceração aguda. Portis, de um modo geral, aceita esta teoria. Na sua opinião, que se baseia no trabalho experimental de Karl Meyer et al (155, 156), por influências do parassimpático, a lisozima, uma enzima mucolítica, aumenta, e priva a mucosa de sua mucina protetora, de modo que esta torna-se mais vulnerável à enzima tripsínica presente no conteúdo intestinal. De acordo com Portis, a localização inicial da ulceração é sempre na parte do intestino grosso, que está sob controle nervoso da porção sacro-pélvica do sistema parassimpático. Portanto, a localização dos sintomas é importante em casos precoces e confirma a observação psiquiátrica de que os estímulos psicológicos envolvidos referem-se ao ato excrementício.

No estado atual do nosso conhecimento não pode ser avaliado o significado relativo de fatores constitucionais inerentes que dizem respeito à vulnerabilidade da mucosa do cólon - isto é, mecanismos fisiológicos perturbados, baseados em doença local prévia do cólon — invasão por microorganismos e situações de conflito emocional específicas. É importante considerar o fato de que o mesmo tipo de situação de conflito é encontrado em neuróticos compulsivos e em pacientes que sofrem de sintomas paranóides, que podem não apresentar nenhum distúrbio intestinal significativo, nem quaisquer sintomas somáticos. É provável que algum fator somático local, tal como o sugerido por Murray, Sullivan e Portis, possa determinar se a evasão regressiva de uma situação de vida conflituosa, num paciente produz sintomas inteiramente a nível psicológico (sintomas obsessivo-compulsivos, traços de caráter compulsivos e ilusões paranóides) e, em outros casos, leva a algum distúrbio intestinal orgânico.

Padrão Dinâmico Específico na Diarréia

Frustração de anseios dependentes orais → respostas orais-agressivas → culpa → ansiedade → supercompensação da agressão oral pelo impulso de dar (restituição) e de realizar → inibição e fracasso do esforço de dar e de realizar → diarréia.

*Constipação psicogênica crônica*

A constipação psicogênica crônica deve ser distinguida da constipação observada na colite espástica. Em alguns casos, a constipação é o único sintoma gastrintestinal. Embora ela possa ser uma manifestação de qualquer uma das várias condições orgânicas, ela geralmente se deve a algum fator psicológico. Os achados psicogênicos nos casos de constipação crônica são típicos e constantes: uma atitude pessimista e derrotista, uma descrença ou falta de confiança nos outros, o sentimento de ser rejeitado e de não ser amado, são freqüentemente observados nestes pacientes. Esta atitude, numa forma exagerada, é observada na paranóia, bem como na melancolia severa. Os pacientes constipados cronicamente apresentam um traço de ambas atitudes: a desconfiança da paranóia e o pessimismo e o derrotismo da melancolia. Com isto concordam os estudos de Alexander e de Menninger (15) que verificaram que um grupo estatisticamente significativo de pacientes sofrendo de ilusões persecutórias também sofria de constipação severa; pacientes melancólicos também mostraram uma tendência acentuada para a constipação.

O elemento emocional subjacente na constipação psicogênica crônica pode ser descrito como se segue: "Eu não posso esperar nada de ninguém e portanto eu não preciso dar nada. Preciso agarrar-me àquilo que tenho." Esta atitude possessiva, que é o resultado do sentimento de rejeição e desconfiança, então manifesta-se organicamente na constipação. O excremento é retido, como se ele fosse uma propriedade valiosa; esta atitude está de acordo com a atitude coprofílica precoce da criança. Outro achado psicológico, que está geralmente mais reprimido, é uma atitude depreciativa e agressiva para com os outros, o que, por sua vez, pode ser uma reação ao sentimento geral de ser rejeitado. Esta atitude é profundamente reprimida e inibida; a inibição compreende a função excretória que, na vida inconsciente, tem o significado de um ataque hostil e de sujar.

O seguinte caso é ilustrativo.

> Uma mulher jovem, casada há dois anos, sofrera de constipação crônica desde o seu casamento. Foram usados enemas diários. Exames físicos repetidos foram sempre negativos. Antes da análise, a paciente foi observada durante vários dias num hospital para distúrbios internos e o relatório foi: "Exame orgânico negativo, constipação nervosa." A análise revelou a seguinte situação:
> A paciente casara-se esperando grande amor e ternura, mas seu marido era um artista, cujo principal interesse era sua profissão. Ele era inteiramente cego às necessidades emocionais de uma mulher jovem e continuava a levar uma espécie de vida de solteiro, após seu casamento. A jovem esposa desejava intensa e conscientemente um filho, mas o marido a isto se opunha, devido a motivos financeiros e porque ele queria dedicar-se inteiramente a sua arte. Durante muito tempo, a análise não forneceu

nenhum indício específico que explicasse o sintoma, embora parecesse óbvio que ele estava de algum modo vinculado à reação emocional da mulher ao comportamento de seu marido. A fim de obter uma impressão pessoal do marido, o terapeuta pediu para vê-lo. Esta entrevista corroborou a descrição da paciente. Ele parecia ser um jovem interessante, mas inteiramente egocêntrico, que era ingênuo e inexperiente em todos os assuntos femininos. Ele não foi capaz de compreender a afirmação do terapeuta de que sua esposa estava basicamente descontente com o casamento, embora ela mesma não quisesse reconhecer isto e reprimisse seu descontentamento tanto quanto possível. Ela vivia na ilusão de ter um casamento feliz e nunca expressava nenhuma queixa direta contra seu marido. Quando ela disse alguma coisa que soou como uma acusação contra seu marido, ela o fez de maneira jocosa, como se esta fosse uma coisa insignificante, que não valesse a pena mencionar. Para explicar ao marido a falta de atenção deste para com sua esposa, o terapeuta utilizou um exemplo que a paciente lhe contara, que caracterizava a vida do casal: desde o primeiro dia do casamento, o marido nunca lhe dera um sinal, por pequeno que fosse, de atenção - flores ou qualquer outra coisa. A entrevista causou uma profunda impressão no marido e ele deixou o consultório com uma consciência culpada. No dia seguinte, a paciente relatou que, pela primeira vez em dois anos, ela tivera uma evacuação espontânea antes de fazer o seu enema diário. Aparentemente sem nenhuma conexão, ela também relatou que seu marido trouxera para casa, pela primeira vez em sua vida de casados, um lindo buquê de flores. A influência catártica destas flores foi divertida e nos deu o primeiro indício para o background psíquico do sintoma. Esta mulher usara uma maneira infantil de expressar um ressentimento para com seu marido, como resposta a seu comportamento desprovido de amor. A constipação da paciente expressou uma reação infantil, que ela não queria admitir para si própria e que nunca mostrara abertamente. Ela expressou seu ressentimento contra a atitude desprovida de amor do marido de um modo infantil e encoberto. De fato, na primeira vez em que seu marido foi generoso, ela também tornou-se generosa e renunciou à sua obstinação, isto é, à sua constipação, que começara poucas semanas após seu casamento. Mais adiante, a análise provou que outra motivação estava sobreposta a este núcleo primitivo infantil de ressentimento - ou seja, o desejo de engravidar. A constipação era uma reação à recusa do marido em ter um filho. A identificação inconsciente da criança com o excremento foi a base desta reação. A paciente constipada, numa análise relativamente curta, rendeu-se a este insight. Ela não pôde mais iludir-se quanto ao profundo descontentamento com o comportamento de seu marido, mas uma vez conscientizado o seu ressentimento não houve necessidade de expressá-lo desta maneira encoberta. Ela agora tinha que enfrentar seu problema conjugal conscientemente. Após terminada a análise,

a constipação não retornou. O fato de que poucos anos após a cura ela teve um filho contribuiu para a permanência deste sucesso terapêutico.

Uma confirmação interessante destes conceitos resultou do estudo clínico, previamente mencionado, do relacionamento entre a ilusão persecutória e a constipação psicogênica. Alexander e Menninger verificaram, num estudo estatístico, que em cem casos de ilusão persecutória, setenta e dois por cento sofriam de constipação, em contraste com cem casos de controle, onde a incidência de constipação foi de apenas vinte e seis por cento. Com base no material psicodinâmico, foi concluído que a constipação freqüente de pacientes que sofrem de ilusões persecutórias está condicionada, principalmente, a seu conflito relativo a tendências anais-sádicas, que são negadas e projetadas. Eles constataram que pacientes sofrendo de depressões também são propensos à constipação. Esta correlação deve-se, provavelmente, à sua atitude emocional. Eles se sentem rejeitados e não esperam receber alguma coisa dos outros. Por isso, sua tendência a agarrar-se ao que possuem e à forma mais primitiva de posse, o conteúdo intestinal.

A constipação crônica é freqüentemente considerada um sintoma trivial e, na maioria dos casos, uma abordagem sintomática, através de medidas dietéticas, medicações, medicação laxativa, enemas, ou massagem, é o suficiente para atingir todos os objetivos práticos. Por outro lado, este sintoma pode ser a manifestação de um distúrbio emocional profundamente enraizado, e a psicanálise, bem como procedimentos psicoterapêuticos mais breves, visando a revelar os conflitos inconscientes, freqüentemente alcança excelentes resultados. Muitos pacientes, que durante anos estiveram acostumados a usar laxativos, têm sido capazes de dispensar todo o uso posterior de drogas, como resultado da psicoterapia. Naturalmente, a constipação é apenas uma e, freqüentemente, nem mesmo a mais significativa manifestação de um distúrbio da visão emocional do paciente em relação à vida e aos outros, e, em tais casos, a psicoterapia deve ser dirigida para a reorientação da personalidade total.

# 10

# *Fatores emocionais nos distúrbios respiratórios*

A influência da emoção sobre a função respiratória é bem conhecida na vida diária. A parada súbita da respiração na ansiedade é referida em expressões como "breathtaking" (excitante)* ou "it took my breath away" (assustou-me). O suspiro é uma expressão comum de desespero. O choro é outro fenômeno expressivo complexo, em que está envolvida a fase expiratória da respiração. E, acima de tudo, a respiração é um componente importante da fala.

Devido a esta íntima correlação entre as tensões emocionais e as funções respiratórias, é provável que fatores psicológicos desempenhem um papel importante na maior parte das doenças dos órgãos respiratórios. Há, na literatura, observações isoladas descrevendo influências emocionais no desencadeamento da tuberculose (Coleman, Benjamin - 29). Porém, estudos sistemáticos neste campo têm se restringido, até o atual momento, ao estudo da asma brônquica.

## *Asma brônquica*

Na asma, como em outros distúrbios das funções vegetativas, o fator emocional está baseado nas respostas fisiológicas normais aos estímulos emocionais. Os sintomas são respostas crônicas e exageradas às emoções subjacentes; a natureza crônica e exagerada da resposta deve-se basicamente ao

* As expressões do original: "breathtaking" e "it took my breath away" foram citadas devido à sua correlação com a palavra "breath" que significa "respiração". (N. da Trad.)

fato de que o estímulo emocional é inconsciente, porque a personalidade consciente não o aceita. É longa a história do conhecimento médico no que se refere aos componentes emocionais da asma. Até que os fenômenos alérgicos fossem descobertos, a asma foi considerada basicamente uma doença nervosa e referida em livros didáticos antigos como "asma nervosa". Com o advento da imunologia moderna, cuja pedra angular foi o fenômeno da anafilaxia, a atenção foi focalizada no componente alérgico e a antiga visão da asma como uma doença nervosa veio a ser considerada obsoleta. Mais recentemente, na era da orientação psicossomática, a etiologia emocional da asma foi restaurada. São inúmeras as observações clínicas isoladas referentes a uma grande variedade de fatores precipitantes em crises de asma. Estas foram revisadas numa monografia, por French e Alexander (89) e, anteriormente, por Dunbar (74) e por Wittkower (253). Uma grande variedade de fatores emocionais tem sido mencionada por diferentes observadores; eles incluem quase todo o estímulo emocional intenso e súbito — excitação sexual, ansiedade, ciúme e raiva. A visão dos casos de asma aqui apresentados baseia-se primariamente nos estudos do Chicago Institute for Psychoanalysis, descritos detalhadamente na monografia acima mencionada. Nestes estudos foi verificado que, por trás desta variedade confusa de fatores emocionais, pode ser discernida uma constelação psicológica central.

Só serão discutidos aqui os fatores psicodinâmicos fundamentais relacionados com a alergia. O fator psicodinâmico nuclear é um conflito centralizado numa dependência excessiva e não resolvida da mãe. Todos os tipos de traços de personalidade podem desenvolver-se como uma defesa contra esta fixação infantil. Conseqüentemente encontramos, entre as pessos que sofrem de asma, muitos tipos de personalidades: agressivas, ambiciosas, argumentadoras, ousadas e também tipos hipersensíveis, com senso estético. Alguns asmáticos têm caráter compulsivo, enquanto outros têm uma natureza mais histérica. Seria inútil definir um perfil característico; tal perfil não existe. A dependência reprimida da mãe é, contudo, uma característica constante, ao redor da qual podem desenvolver-se diferentes tipos de traços de caráter defensivos. Esta dependência parece ter uma conotação diferente da encontrada nas neuroses gástricas e nas úlceras pépticas. Seu conteúdo não é tanto o desejo oral de ser nutrido; é mais o desejo de ser protegido — de ser circundado pela mãe ou pela imagem materna. Em contraste com os casos de úlcera, as fantasias do comer e do alimento não são proeminentes. Ao invés disso, há uma freqüência elevada de fantasias intra-uterinas, que aparecem sob a forma do simbolismo da água, ou de entrar em cavernas, em lugares fechados, etc. (French, Alexander, et al — 89). Tudo que ameaça separar o paciente da mãe protetora ou de sua substituta tende a desencadear uma crise asmática. Em crianças, o nascimento de um irmão, que ameaça absorver a atenção da mãe, é encontrado, com freqüência notória, no início da condição asmática. No caso dos adultos, a tentação sexual ou o casamento iminente pode ser o fator desencadeante. Para a menina, a aceitação da função biológica da feminilidade é

o ponto crítico no desenvolvimento individual, separando a menina de sua mãe. Ela se torna a rival da mãe, ao invés de ser a criança dependente. No caso do filho, os desejos incestuosos ameaçam o relacionamento dependente com a mãe. Tem sido constatado que a maioria das mães de asmáticos são muito sensíveis às manifestações das atrações físicas do filho e reagem a elas com afastamento e até mesmo rejeição. A combinação da sedução materna inconsciente com a rejeição manifesta é um dos achados mais comuns na história dos casos de asma. A iminência do casamento, no filho adulto, põe em evidência este conflito entre a ligação dependente à mãe e o amor sexual mais maduro pela noiva e, freqüentemente, marca o início da condição asmática.

Impulsos hostis dirigidos para o objeto do amor podem, também, ameaçar o relacionamento dependente e provocar uma crise. Parece, também, que qualquer esforço súbito, que exija uma atuação independente da pessoa, pode reavivar o conflito profundamente enraizado entre as tendências dependentes e as independentes e, deste modo, desencadear uma crise.

De acordo com estes achados, a história de rejeição materna é encontrada como uma característica recorrente na vida dos pacientes asmáticos. A criança, que ainda necessita do cuidado materno, naturalmente responde à rejeição materna com o aumento do sentimento de insegurança e um maior apego à mãe. Em outros casos, tem-se observado que as mães de crianças asmáticas são insistentes em fazer com que seus filhos tornem-se prematuramente independentes. Pressionando a criança para uma independência até então inaceitável, elas conseguem justamente o oposto; o resultado é o aumento da insegurança da criança e da sua ligação dependente.

Uma história resumida de um veterano de vinte e dois anos de idade, sofrendo de asma, pode ilustrar concretamente estas formulações psicodinâmicas.

> A primeira crise de asma desenvolveu-se quando ele retornou para uma licença, do teatro do Pacífico, onde servia como aviador. Ele partira para o front do Pacífico logo após ter casado e recebera sua licença após aproximadamente oito meses. Ao chegar em casa encontrou-se com seus pais e com sua esposa, e após uma permanência breve em casa com os pais, ele foi de carro, com sua esposa, até uma casa que eles receberam como presente, de surpresa, do pai do paciente. Nesta mesma noite, ele acordou com uma crise de asma severa e também teve crises nas noites que se seguiram. Estudos laboratoriais constataram que ele era alérgico a muitos pólens, ao pêlo de gato e à poeira doméstica, mas todas as tentativas de dessensibilização fracassaram completamente. No hospital ele reagiu favoravelmente a algumas entrevistas psiquiátricas com uma assistente social e suas crises cessaram por um curto período. Então, quando soube que sua mãe ia submeter-se a uma operação, ele teve uma recaída. Após outras entrevistas psiquiátricas, durante as quais

extravasou uma emoção violenta, ele melhorou novamente. Nesta época já estava dispensado do exército. Ele não conseguia encontrar trabalho e assim marcou passo, ajudando o pai em seu negócio. Com a melhora de suas crises asmáticas, ele foi capaz de realizar seus deveres no negócio do pai. Quando o entrevistei, ele estava trabalhando e sustentando sua família adequadamente. Apenas crises ocasionais brandas ocorriam à noite. Ele me fez uma descrição vívida dos acontecimentos que levaram à sua primeira crise.

Retornando do exterior, ele encontrou na estação seus pais e sua esposa e soube da morte de seu irmão imediatamente mais velho, que também estava na Air Force. Ele gostava muito deste irmão; no entanto, não reagiu à notícia de sua morte com nenhuma grande emoção. Ele tentou atribuir isto ao fato de que, há algum tempo, o irmão estava desaparecido, sob circunstâncias que não permitiam que se esperasse qualquer outra coisa, senão o pior. Ele se sentiu tão confuso ao encontrar a família e subitamente defrontar-se com o fato de que o irmão morrera, que quase esqueceu que sua esposa estava presente. Da estação eles foram à casa do paciente para uma breve visita. Os pais então sugeriram que ele e sua esposa visitassem alguns amigos. A esposa dirigiu o carro e, ao invés de ir ao encontro dos amigos, ela dirigiu até a nova casa, dizendo que os amigos haviam se mudado. Eles chegaram na casa, bateram e, em resposta, seu pai e sua mãe saíram da casa, entregaram ao paciente a chave de sua nova residência e partiram imediatamente, deixando-o sozinho com a esposa. Ele teve sentimentos ambivalentes em relação a toda esta situação e a princípio hesitou em aceitar este generoso presente. Sentiu que tinha, agora, tomado o lugar de seu irmão, visto que o pai, no passado, sempre preferira o irmão. Porém, decidiu ficar e, logo depois, ele e a esposa tiveram relação sexual. Então ele adormeceu e mais tarde acordou com um chiado violento. Sem saber o que estava lhe acontecendo, ficou apavorado e pensou que estivesse prestes a morrer. Na noite seguinte ocorreu uma crise ainda mais severa. Ele recebeu tratamento num hospital, mas isto foi completamente ineficaz. Uma amamnese cuidadosa revelou a seguinte história.

O paciente era um dos filhos do meio de uma família de classe média. Seu pai era um advogado de ascendência francesa. Ele tinha dois irmãos, quatro a seis anos mais velhos, e uma irmã cinco anos mais nova. O irmão mais próximo dele em idade era forte e atlético; o paciente era fraco e extremamente magro. O irmão foi sempre o preferido do pai; a mãe queria que o paciente fosse uma menina. Quando a irmã nasceu, ele sentiu que perdera a valiosa posição de bebê da família. Apesar das desvantagens físicas, ele jogava no time de futebol, saía-se bem em todos os esportes, era muito ambicioso em seus estudos e sempre ocupava o primeiro lugar na classe. No início da guerra, seu irmão foi para o Air Corps e o paciente logo o seguiu. Quatro dias após casar-se, ele

partiu para o front, onde participou ativamente dos combates. A seu próprio pedido, ele tornou-se um atirador de uma torre blindada giratória, depois que dois amigos seus foram mortos na mesma posição. Ele sentia intensa ansiedade quando em combate, mas suportava-a "por causa de seu irmão". Seu avião foi atingido em duas ocasiões e ele escapou por um triz. Após um ano de combate, ele voltou para casa, em licença, e suas crises de asma começaram conforme o descrito.

Na história do paciente, o tema central foi seu relacionamento com o irmão, que a um só tempo ele admirava e invejava. Ele lembrou a preferência do pai por seu irmão. Em seu relacionamento conjugal era extremamente exigente para com sua esposa. Ele queria que ela dirigisse a casa de modo eficiente, como sua mãe fazia, e insistia na máxima limpeza e ordem. Ele disse que teria "ido embora" imediatamente, se ela não tivesse correspondido a seus padrões.

Na ocasião em que o entrevistei, ele tinha um filho de um ano e meio de idade e sua esposa estava grávida novamente. Ele amava o filho, que era robusto, de ossos grandes e fortes, justamente como seu irmão, cujo nome ele deu à criança. Ele me relatou dois sonhos, um que ocorrera na noite anterior à entrevista e outro que ficara gravado vividamente em sua mente, embora o tivesse sonhado dezesseis meses antes, na noite seguinte ao nascimento do filho. No sonho mais recente, ele viu seu filho levantar-se de repente da mesa do café da manhã, agarrar o lustre e balançar-se neste ousadamente. O paciente começou a espancar o filho e acordou, batendo na esposa. Ele disse que faria o mesmo na realidade e acrescentou que seu filho era um homenzinho teimoso, justamente como seu irmão. No outro sonho, ele abriu o porta-mala de seu carro, pegou uma ferramenta e arremessou-a com toda a força tão longe quanto pôde. Esta ferramenta, na realidade, o tinha irritado nos últimos dias por ficar rolando a cada volta do carro.

O verdadeiro significado deste sonho, à luz de nossos extensos estudos sobre pacientes com asma, parece típico dos asmáticos. Ele expressa claramente a rivalidade entre irmãos, pela representação simbólica do desejo de eliminar o feto do corpo materno (jogando a ferramenta para fora do carro). O paciente, obviamente, transferiu para seu filho muito do que sentia em relação à sua irmã, que o substituíra na posição de bebê. O paciente era dependente de sua esposa, como sabemos. Ele reagiu ao filho com um ciúme inconsciente, que expressou no sonho, no qual espancou o filho. Ele também transferiu para o filho algumas das atitudes que tinha para com seu irmão. Ambos eram robustos, agressivos e audaciosos. Pular e pendurar-se no lustre era, obviamente, um ato de bravata que ele invejava,

Nas entrevistas terapêuticas com a assistente social, o paciente imediatamente desenvolveu uma forte ligação dependente e colocou-se inteira-

mente em suas mãos. Nestas entrevistas ele foi capaz de expressar seus sentimentos em relação ao irmão e conscientizou-se de sua competição com ele; e, pela primeira vez na sua vida, expressou abertamente sentimentos hostis para com o pai. Embora obtivesse grande alívio emocional com estas entrevistas, ele não se aprofundou além de sua relação com o pai e o irmão; seus sentimentos em relação à mãe e à esposa não foram revelados. Ele foi aconselhado a continuar o tratamento. A partir da história obtida pela assistente social e da minha entrevista com o paciente, podem ser reconstruídos os seguintes fatores psicodinâmicos. O paciente tinha uma atitude dependente muito forte em relação à mãe, que ele transferiu para a esposa. Como uma defesa compensadora contra seus conflitos dependentes, ele desenvolveu um sentimento de competição intensa com o irmão. Isto explica sua ambição extrema na escola e seu comportamento no exército, o que servia como uma supercompensação e como uma negação de seus conflitos dependentes passivos e também servia o propósito de conquistar o amor dos pais, sobrepujando o irmão. Seu ressentimento contra a irmã foi revivido, quando seu próprio filho ameaçou sua posição dependente em relação à esposa. Os eventos psicológicos que se sucederam em sua volta para casa foram bastante transparentes à luz desta constelação emocional. Quando ele encontrou os pais e a esposa na estação, ignorou completamente esta última. O conhecimento da morte de seu irmão significou, para ele, inconscientemente, que agora tornara-se o objeto do amor dos pais; e isto provocou um sentimento de culpa inconsciente. Após ele voltar para casa, deixando os esforços extremos e as privações do serviço militar, seu maior desejo era tornar-se novamente a criança dependente. Poucas horas depois, viu-se sozinho com a esposa no novo lar. Agora tudo estava emocionalmente invertido. A chave da nova casa simbolizava o fato de que ele estava sob sua própria responsabilidade, separado dos pais, um homem maduro. Ele retirou-se emocionalmente desta tarefa, e o anseio de correr de volta para a mãe foi ativado. A defesa contra este anseio foi o fator central que desencadeou a crise de asma.

Estamos, agora, prontos para responder a questão do porquê e como tal desejo da mãe, reprimido, produziria um espasmo dos bronquíolos, que é a base fisiológica das crises de asma. Com base no estudo psicanalítico de um caso, foi desenvolvida, por E. Weiss (243), a teoria de que a crise de asma representa o choro reprimido, chamando a mãe. Mais tarde, Halliday também chamou a atenção para a relação da asma com o choro (109). Este ponto de vista foi posteriormente comprovado pelo fato de que a maioria dos pacientes asmáticos relatam, espontaneamente, que têm dificuldade para chorar. Além isso tem sido observado, repetidas vzes, que as crises de asma cessam quando o paciente consegue dar vazão ao seu sentimento através do choro.

Outra observação importante é a melhora imediata que ocorre em diversos casos, após o paciente ter confessado alguma coisa pela qual sentia-se culpado e esperava rejeição (French e Johnson - 90). A confissão mostra ao terapeuta a ligação dependente, que era conturbada pelos sentimentos de culpa e expectativas do paciente de ser rejeitado. Falar (confessar) é um uso mais articulado do ato expiatório, por meio do qual o adulto alcança o mesmo resultado que a criança consegue ao chorar. Ele readquire o amor da pessoa da qual depende. O fato de que a repressão do choro leva a dificuldades respiratórias pode ser observado no caso da criança que tenta controlar seu impulso de chorar e experimenta, após longo período de tentativas em vão, parar de chorar. A dispnéia e o chiado característicos que aparecem lembram uma crise de asma.

O reconhecimento de fatores emocionais na asma não deve fazer com que seja esquecida a influência igualmente bem estabelecida dos fatores alérgicos. Estes últimos são mais notados em crises sazonais, que aparecem simultaneamente com o pólen ao qual o paciente é sensível. Nos casos em que há sensibilidade ao pêlo de animal, tinta, paina, etc., as crises freqüentemente ocorrerão com subitaneidade dramática, quando o paciente for exposto ao alérgeno específico em questão. A dessensibilização é freqüentemente eficaz em tais casos.

O problema central é o relacionamento entre os dois tipos de fatores etiológicos, o emocional e o alérgico.

Em primeiro lugar, deve-se ter em mente que a crise de asma é um sintoma, cuja causa imediata é um espasmo dos bronquíolos. Com base na evidência clínica, não há dúvida de que tal espasmo local pode ser desencadeado tanto por exposição a um alérgeno específico, quanto por fatores emocionais de natureza já descrita. É muito importante notar que qualquer um destes fatores pode, isoladamente, causar uma crise, mas, freqüentemente, ambos os fatores coexistem. Um grande número de casos na série de pacientes asmáticos estudados no Chicago Institute for Psychoanalysis mostravam alguma forma de sensibilidade alérgica. Alguns dos pacientes mantiveram esta sensibilidade após o tratamento, como foi mostrado por testes cutâneos, porém deixaram de ter asma. Em tais casos, estamos provavelmente lidando com o fenômeno que, na fisiologia, é referido como "adição de estímulos"; em outras palavras, apenas a combinação de estímulos emocionais e de fatores alérgicos causará uma crise. Separadamente, o efeito de qualquer destes tipos de estímulo permanece sob o limiar de sensibilidde do "tecido de choque" — neste caso a parede dos bronquíolos. Isto explica a não rara observação de que, após a psicanálise bem sucedida, pacientes cujas crises de asma limitavam-se à estação do pólen tornaram-se, sem qualquer dessensibilização, resistentes ao seu alérgeno específico. Esta teoria explica as afirmações de ambos, psiquiatras e alergistas, a respeito da eficácia terapêutica de suas respectivas técnicas. Na maioria dos casos é suficiente remover um dos dois fatores causais coexistentes, seja o alérgico ou o emocional, a fim de livrar o paciente de

suas crises. O fator não tratado, sozinho, aparentemente não é suficiente para provocar uma crise.

Se os fatores emocionais e os alérgicos devem ou não ser considerados independentes um do outro, na sua origem, é ainda uma questão em aberto. Há algumas indicações de que a predisposição alérgica e a vulnerabilidade referente à situação de conflito acima descrita relacionam-se mutuamente de alguma maneira desconhecida. Em outras palavras, é possível que a sensibilidade ao trauma da "separação" e aos alérgenos, freqüentemente, apareçam juntas na mesma pessoa e sejam manifestações paralelas do mesmo fator constitucional.

# 11

# *Fatores emocionais nos distúrbios cardiovasculares*

## I — DISTÚRBIOS DA ATIVIDADE CARDÍACA (TAQUICARDIA E ARRITMIA)

A sintomatologia dos assim chamados distúrbios cardiovasculares funcionais, nos quais fatores emocionais podem ter importância etiológica, é variada, tal como: taquicardia, palpitação nervosa, diferentes formas de arritmia e astenia neurocirculatória, etc. Não foram feitos estudos clínicos sistemáticos, baseados numa investigação psicodinâmica precisa do estado emocional e das respostas somáticas. É bem conhecida a íntima correlação da ansiedade e da raiva com a atividade cardíaca. Não está estabelecido por que estas emoções, se mantidas permanentemente, como no caso das diferentes psiconeuroses, particularmente nos estados de ansiedade, manifestam-se em certos casos na taquicardia, e em outros na arritmia ou em sintomas de astenia neurocirculatória. É provável que certos fatores orgânicos, na complexa inervação da atividade cardíaca pelos gânglios intrínsecos e pelo controle central, sejam de grande importância. A distinção rígida entre distúrbios orgânicos e nervosos (funcionais) do coração é, obviamente, uma supersimplificação grosseira. Certos fatores orgânicos, que por si só podem ser inofensivos, podem, quando em combinação com distúrbios emocionais, causar sintomas deste tipo. Não é raro descobrir que pacientes nos quais foram diagnosticados sintomas cardíacos neuróticos de longa duração subitamente desenvolvem doença coronariana severa. A interação entre fatores orgânicos e emocionais é, em alguns casos, bastante intrincada. O distúrbio funcional prolongado pode favorecer o desenvolvimento de lesões orgânicas e de leves defeitos

orgânicos e talvez possa favorecer o desenvolvimento de sintomas neuróticos. No que diz respeito à especificidade dos fatores emocionais, só podemos dizer que a ansiedade livre-flutuante crônica e os impulsos hostis reprimidos são os fatores emocionais importantes em tais distúrbios. A hostilidade estimula a ansiedade, que na maneira típica dos círculos viciosos neuróticos aumenta a hostilidade. Tal núcleo neurótico pode estar presente numa grande variedade de personalidades, mas talvez seja mais comum em personalidades amedrontadas e inibidas. Ocasionalmente, elas podem ser observadas em indivíduos que sofrem de um tipo circunscrito de ansiedade fóbica, que, por outro lado, parecem bastante ativos e agressivos. Selecionar um determinado perfil psicológico característico dos pacientes que sofrem de sintomas cardíacos funcionais é, repetimos, uma tarefa inútil.

## 2 — HIPERTENSÃO ESSENCIAL

A hipertensão essencial é uma síndrome clínica caracterizada por uma elevação crônica da pressão sangüínea, na ausência de uma causa orgânica discernível. Esta síndrome tem um curso progressivo desde uma etapa inicial, na qual a pressão sangüínea mostra grande labilidade e oscila de maneira marcante, até um estágio mais tardio, no qual a pressão estabiliza-se em um nível elevado, freqüentemente com dano renal e vascular associado (Alexander, Fahrenkamp - 7, 81).

A pressão arterial elevada na hipertensão essencial é atribuída, pela maioria dos investigadores, a uma constrição generalizada das arteríolas, por todo o sistema vascular. Todos os esforços para descobrir uma base morfológica para a vasoconstrição têm fracassado. Embora seja provável que a hipertensão crônica cause, em alguns casos, dano vascular, também permanece a possibilidade de que tal dano seja concomitante com a hipertensão e não o seu resultado (Bradley - 35).

Quer ocorra ou não dano vascular, como resultado da hipertensão persistente, pouca coisa existe para apoiar o conceito de que a gênese da hipertensão está associada a lesões vasculares. O fato de que o tempo de circulação sistêmica permanece normal (Weiss, Ellis, 245), da mesma forma que o fluxo sangüíneo (Abramson - 5), favorece o conceito de que um aumento generalizado no tônus vasomotor, e não alguma alteração vascular orgânica, é responsável pela pressão arterial aumentada. Além disso, na fase inicial da hipertensão, a hipertrofia do ventrículo esquerdo e as lesões nos grandes vasos e nas arteríolas são raramente encontradas. Está de acordo com isto o fato de que pacientes com hipertensão respondem a uma variedade de situações de vida e de estímulos físicos, com uma elevação ainda maior da pressão sangüínea, como pode ser exemplificado pelas respostas pressoras de tais pacientes à imersão da mão em água gelada (Page - 177), ao trabalho físico (Barath

- 22), e a vários outros estímulos. Durante as fases iniciais, também os pacientes respondem à psicoterapia com uma queda da pressão média do sangue.

O tônus vascular aumentado, que é responsável pela elevação permanente da pressão sangüínea, é o resultado de um aumento dos impulsos vasomotores para o músculo liso das arteríolas, ou de alguma substância pressora circulante. A demonstração de Goldblatt (101), de que a isquemia do rim resulta na liberação de um agente químico, a renina, que é responsável pela conversão de uma globulina sangüínea em uma substância pressora, contribui para fortalecer o conceito de que agentes pressores, agindo diretamente no músculo liso dos vasos, podem ser responsáveis pela hipertensão humana. Isto levou à uma renovação das várias tentativas anteriores de demonstrar lesões nos vasos renais que podem causar isquemia do rim e, deste modo, ser responsáveis pela hipertensão essencial no homem.

Em alguns casos, foram encontradas tais lesões renais que podem causar isquemia renal, mas na grande maioria dos casos não estão presentes no rim alterações adequadas que justifiquem a hipertensão (Smith et al — 214).

Já que os vasos sangüíneos do rim são muito reativos e respondem com vasoconstrição acentuada aos estímulos físicos e emocionais (Smith — 213), pode ser postulado que a isquemia renal e a subseqüente hipertensão podem resultar de tais estímulos. O problema etiológico é, então, estabelecer a natureza dos fatores neurogênicos que produzem as supostas alterações funcionais no rim, responsáveis pela liberação dos agentes pressores. É provável que a estimulação neurogênica continuada dos vasos renais possa, com o tempo, levar a alterações mínimas nas arteríolas, cujo efeito somatório pode igualar-se ao do pinçamento de Goldblatt da artéria renal.

Este ponto de vista neurogênico é favorecido pela observação de que a pressão sangüínea de muitos pacientes com hipertensão diminui durante o bloqueio transitório dos gânglios autonômicos produzido pelo cloreto de tetraetilamônio (TEAC). Num estudo abrangente do efeito do TEAC sobre a pressão sangüínea de pacientes com hipertensão e com várias condições associadas, Ferris e seus colegas (85) notaram que os pacientes com glomerulonefrite e com toxemia gravídica não responderam de modo significativo à administração do TEAC. Porém, cerca de metade dos cento e cinco pacientes com hipertensão essencial, de vários graus de severidade, responderam ao bloqueio dos gânglios autonômicos com uma restauração da pressão sangüínea a níveis normais. No restante deste grupo de pacientes, foi notada uma incidência elevada de respostas parciais ao TEAC. Estudos posteriores revelaram que enquanto sessenta por cento dos pacientes com hipertensão essencial mostraram, regularmente, alguma resposta a repetidos testes com TEAC, cerca de quarenta por cento algumas vezes responderam e outras não. Estes estudos revelam que a pressão arterial elevada dos pacientes com hipertensão essencial deve-se a um fator neurogênico e que, numa minoria de casos, uma combinação de fatores neurogênicos e humorais pode ser responsável.

Já que os pacientes estudados por Ferris e seus colegas variavam notadamente no que se referia à severidade e à duração da doença, é bastante provável que os pacientes que apresentaram uma resposta pequena ou variável ao bloqueio autonômico fossem pessoas em cujos rins já ocorrera dano morfológico, como conseqüência da hipertensão. Estão de acordo as observações de que pacientes.com hipertensão inicial ou transitória tendem a apresentar uma incidência maior de respostas positivas à administração do TEAC do que aqueles com formas mais crônicas da doença. Igualmente significativa é a observação de que as variações que mais chamam atenção, no efeito de redução da pressão sangüínea do bloqueio autonômico, estão relacionadas com as variações da tensão emocional.

Parece haver pouca dúvida quanto ao fato de que os fatores neurogênicos desempenham um papel importante na manutenção da hipertensão e até mesmo na gênese da síndrome. Com a progressão da doença, as alterações teciduais tendem a desempenhar um papel cada vez maior. Estas alterações favorecem a produção de substâncias pressoras, de modo que, no paciente com hipertensão bastante avançada, o fator humoral poderia, mais tarde, tornar-se o fator dominante. Porém, na gênese da hipertensão, o problema mais importante é o conhecimento preciso dos fatores neurogênicos.

A literatura está repleta de numerosos estudos relacionando os fatores psicogênicos com as exacerbações da síndrome hipertensiva (Goldscheider; Mueller; Mohr; Fahrenkamp; S. Weiss; Fishberg; Schulze e Schwab; Moschcowitz; Riseman e S. Weiss — 102, 172, 166, 81, 244, 87, 208, 169, 189). Vários estudos psiquiátricos demonstram a influência das situações de vida sobre esta síndrome (Alkan; Wolfe; K. Menninger; Dunbar; Hill; Binger et al; E. Weiss - 17, 256, 152, 73, 118, 32, 241). A maioria dos estudos psiquiátricos enfatiza o fato de que tendências hostis inibidas desempenham um papel importante neste fenômeno, um fato que está de acordo com as observações de Cannon, de que o medo e a raiva produzem aumento na pressão sangüínea do animal submetido à experiência. Cannon (43) demonstrou que, com o medo, ou a raiva, há uma ativação do sistema nervoso simpático e uma secreção de epinefrina pela medula supra-renal, o que, por sua vez, desempenha um papel importante na produção de tais alterações fisiológicas no sistema cardiovascular e em outros sistemas que possam permitir ao organismo combater um agressor ou fugir de algum perigo.

Têm sido realizados estudos psicanalíticos sistemáticos em pacientes com hipertensão. Um destes estudos revelou que impulsos agressivos inibidos crônicos, que estão sempre associados à ansiedade, influenciam, de maneira marcante, o nível da pressão sangüínea (Alexander — 11). Apesar do fato de que o grupo de pacientes compreendia indivíduos com diversos tipos diferentes de personalidade, uma característica comum foi a incapacidade de expressar seus impulsos agressivos livremente. Tais pacientes teriam explosões de raiva ocasionalmente, mas, de um modo geral, eles mantinham um considerável grau de controle, de modo que, ao exame superficial, davam a impressão

de personalidades maduras, bem ajustadas. De fato, com bastante freqüência esses pacientes eram extremamente condescentes e agradáveis e se esforçavam para agradar seus companheiros.

Observações similares foram feitas por Binger e seus colegas (32), que descreveram o que consideravam como constelações familiares típicas dos pacientes com hipertensão. No entanto, devido à acentuada variabilidade nas histórias de vida de tais pacientes, é improvável que um background familiar típico seja característico. É mais provável a hipótese de que uma variedade de experiências passadas resulte na característica comum de repressão dos impulsos hostis.

É ilustrativo, entre os pacientes do Chicago Institute for Psychoanalysis, o caso do homem de negócios que se apresenta como uma pessoa cortês, modesta e que passa despercebida, que nunca forçou seu caminho para ocupar o primeiro plano (Alexander — 11). Ele era ambicioso; no entanto, seus desejos de sobrepujar os rivais limitavam-se a suas fantasias. Sua atitude aparentemente condescendente e modesta era particularmente pronunciada nas relações com seu patrão, a quem ele não podia contradizer. Sua reação era típica na ocasião em que, como freqüentemente ocorria, o patrão convidava-o para jogar golfe no sábado seguinte. Como de hábito, o paciente aceitava o convite, embora preferisse jogar tênis com sua própria família no seu clube. Posteriormente, quando deixava o escritório, ele acusava a si próprio quanto à sua incapacidade de recusar os convites do patrão; a raiva e a autodepreciação eram concomitantes.

Pacientes com hipertensão são, com freqüência, sexualmente inibidos, e quando se permitem algum relacionamento ilícito, este está vinculado a ansiedade e culpa muito grandes, porque, para eles, a atividade sexual não convencional significa protesto e rebelião. A análise de tais indivíduos revela um conflito pronunciado entre tendências femininas ou dependentes passivas e impulsos hostis agressivos compensatórios. Quanto mais eles se entregam a suas tendências condescentes dependentes, maior torna-se sua reação hostil para com aqueles a quem eles se submetem (Saul, Alexander — 202, 7).

Esta hostilidade gera o medo e faz com que eles se retirem da competição, assumindo uma atitude dependente passiva. Esta, por sua vez, provoca mais sentimentos de inferioridade e hostilidades, e o resultado é um círculo vicioso persistente. É digno de nota o fato de que o paciente com hipertensão não consegue entregar-se livremente a seus desejos dependentes passivos, devido ao conflito que estes estimulam. As tendências antagônicas de agressão e submissão estimulam e bloqueiam uma a outra, ao mesmo tempo, resultando uma espécie de paralisia emocional.

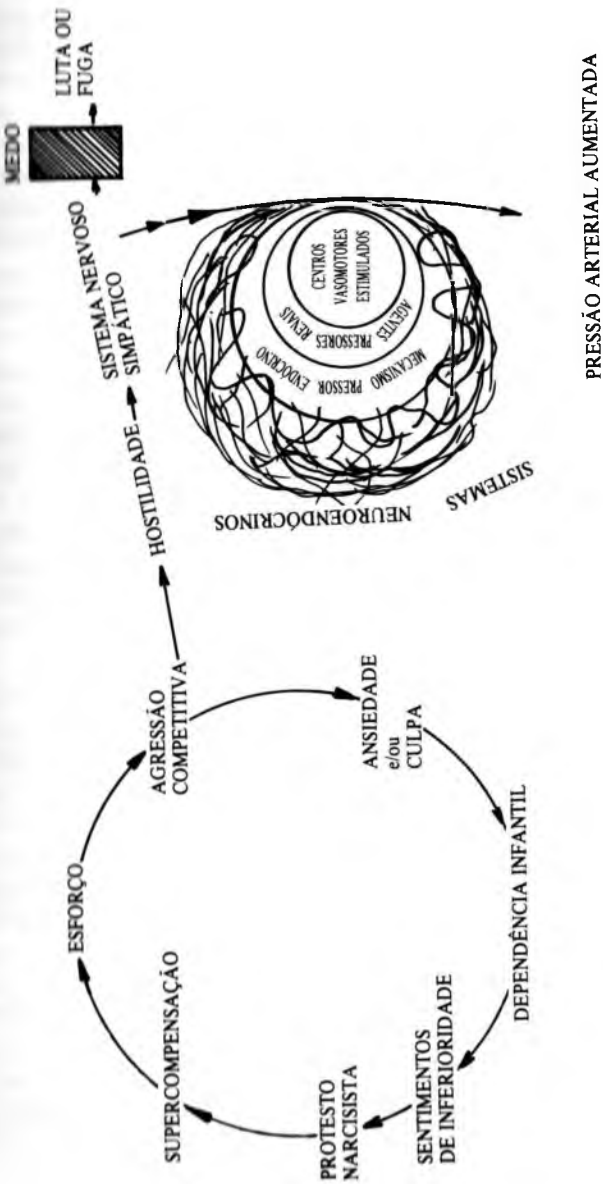
As observações psicodinâmicas favorecem um ponto de vista psicossomático no que se refere à vasoconstrição generalizada, característica da hipertensão. O medo e a raiva são transitórios, tanto em animais como no homem, e associam-se a alterações fisiológicas temporárias, por meio das quais o organismo torna-se preparado para o esforço concentrado envolvido na luta ou

na fuga. O aumento da tensão arterial é um dos componentes desta preparação fisiológica. Com a cessação da situação geradora de medo, segue-se um retorno à normalidade. Na sociedade moderna, a livre expressão da hostilidade é proibida; o indivíduo é freqüentemente hostilizado, mas não tem a oportunidade de expressar suas agressões livremente, no combate físico. Nossa sociedade requer que o indivíduo tenha um completo controle sobre todos os seus impulsos hostis. Enquanto todos estão sujeitos a esta restrição, algumas pessoas são mais inibidas do que outras em sua capacidade de expressar tendências agressivas e de auto-afirmação, de modo que elas não conseguem fazer uso nem mesmo dos meios legítimos disponíveis para dar vazão a seus impulsos agressivos. Conseqüentemente, elas vivem num estado hostil inibido cronicamente. Pode-se supor que a raiva provocada por tais restrições possa levar a uma elevação crônica da pressão sangüínea, porque a raiva não consegue ser descarregada na agressão física ou em alguma forma mais sublimada de comportamento auto-afirmativo. Conseqüentemente, os sentimentos hostis, que não são expressos, podem tornar-se a fonte de uma estimulação permanente do sistema vascular, como se o organismo inibido estivesse, constantemente, em preparação para uma luta que nunca ocorre (Fig. IV).

É bem possível que quando as inibições ditadas pela sociedade e pelas culturas dominantes começam a fixar-se no indivíduo que é um hipertenso em potencial ele comece a ter oscilações no nível de sua pressão sangüínea. Sob a influência repetitiva da estimulação vasomotora, o sistema vascular pode começar a desenvolver alterações orgânicas, que, durante certo período de tempo, não são demonstráveis, mas que se refletem na produção de agentes pressores, justamente como ocorre no cão, quando as artérias renais são pinçadas. Infelizmente é difícil provar esta suposição, porque o paciente raramente chama a atenção do médico, antes ou durante as fases iniciais da hipertensão.

O indivíduo que tornou-se excessivamente inibido, sob a influência de suas primeiras experiências, encontrará uma dificuldade muito maior em lidar com seus impulsos agressivos, de maneira eficiente, na vida adulta. Ele tenderá a reprimir todas as suas tendências de auto-afirmação e será incapaz de encontrar um meio legítimo de vazão para a expressão destas tendências. A repressão de seus impulsos hostis continuará e, conseqüentemente, aumentará em intensidade. isto provocará o desenvolvimento de medidas defensivas mais fortes, a fim de refrear as agressões reprimidas. As atitudes submissas, exageradamente condescendentes e polidas, encontradas em pacientes com hipertensão, são precisamente tais defesas; elas, no entanto, não impedem o acúmulo de tensão. Conseqüentemente, desenvolvem-se sentimentos de inferioridade que, por sua vez, estimulam impulsos agressivos; e o círculo vicioso é perpetuado. Devido ao grau acentuado de suas inibições, estes pacientes são menos eficientes em suas atividades ocupacionais e, por essa razão, tendem a fracassar na competição com os outros, de modo que a inveja é estimulada e seus

sentimentos hostis com relação aos concorrentes mais bem sucedidos e menos inibidos são ainda mais intensificados.



A anamnese do paciente com hipertensão geralmente revela que, em algum momento, no decorrer de seu desenvolvimento, ocorreu uma mudança de temperamento relativamente súbita. Típica é a história do paciente que era muito agressivo no início de sua vida e, então, num curto espaço de tempo, começou a agir como se fosse uma pessoa amedrontada e dócil. Em muitos casos, esta mudança ocorreu durante a puberdade. Algumas vezes, tais pacientes relatam que a mudança do estado de beligerância para a docilidade ocorreu como resultado de um esforço consciente; que eles precisavam controlar-se para não perder sua popularidade ou porque haviam sofrido derrotas como resultado da expressão de seus impulsos agressivos. As observações de George Draper (67), que notou que, com o desenvolvimento de certos sintomas neuróticos, a pressão sangüínea de alguns hipertensos caía para níveis normais, estão de acordo com o conceito de que os fatores psicodinâmicos são a base etiológica da hipertensão. Aparentemente os impulsos hostis reprimidos podiam ser liberados através dos sintomas neuróticos e, portanto, eles deixavam de ser a fonte de excitação crônica dos mecanismos vasomotores.

Muitos escritores têm mostrado que a hipertensão é uma doença da civilização ocidental moderna. Schulze e Schwab (208), por exemplo, encontraram uma diferença estatisticamente significativa na incidência de hipertensão entre os negros africanos e os negros dos Estados Unidos. Enquanto que a hipertensão é extremamente rara nos negros africanos, a doença é comum no negro americano. Obviamente, um fator cultural, e não a constituição racial, deve ser responsável por esta diferença. Parece que as dificuldades inerentes aos ajustamentos sociais que o negro americano precisa fazer levam à necessidade de um grau extraordinário de autocontrole, que torna-se então o fator etiológico crucial.

A resposta completa à etiologia da hipertensão não reside apenas na elucidação dos fatores psicodinâmicos. Muitas pessoas neuróticas revelam uma inibição dos impulsos agressivos, e o conflito típico entre as tendências competitivas agressivas e as dependentes passivas, similar ao conflito nuclear do paciente com hipertensão e, no entanto, não desenvolvem uma elevação da pressão sangüínea. Se o fator psicológico fosse o único responsável por esta doença, seria de se esperar que cada paciente que inibe cronicamente seus impulsos agressivos e não utiliza alguns sintomas neuróticos para a liberação destes impulsos viesse a desenvolver hipertensão. Na verdade, este não é o caso. Como tem sido enfatizado repetidamente, somente em combinação com fatores somáticos ainda desconhecidos, possivelmente herdados, as influências psicodinâmicas podem produzir distúrbios crônicos das funções vegetativas; e assim acontece nos pacientes com hipertensão. Por outro lado, a possibilidade de que a hipertensão esteja relacionada à herança de um sistema vasomotor instável não minimiza a importância etiológica dos fatores psicodinâmicos.

Embora vários pacientes com hipertensão tenham recebido terapia psicanalítica, seu número é ainda muito pequeno para permitir uma avaliação estatística dos resultados. No entanto, pode-se afirmar que os resultados terapêuticos obtidos em indivíduos com hipertensão inicial são animadores. Freqüentemente, a pressão sangüínea média do paciente torna-se substancialmente reduzida, após a terapia psicanalítica ter alcançado êxito em torná-lo mais auto-afirmativo; e tal paciente pode até mesmo tornar-se um problema para o seu meio ambiente. Os parentes destes pacientes freqüentemente comentam que, embora o tratamento possa ter melhorado a condição física do paciente, ele tornou-se uma pessoa de convivência mais difícil. Como acontece em muitas outras condições, a profilaxia é melhor do que a cura e, portanto, pode-se predizer que a contribuição mais benéfica para o problema da hipertensão virá de um diagnóstico mais precoce e da aplicação de medidas psicoterapêuticas nos casos incipientes.

Padrão Dinâmico Específico na Hipertensão Essencial
Tendências competitivas hostis → intimidação devida à retaliação e ao fracassso → aumento dos anseios dependentes → sentimentos de inferioridade → reativação da competição hostil → ansiedade e resultante inibição dos impulsos hostis agressivos → hipertensão arterial.

## 3 — SÍNCOPE VASODEPRESSORA

A síncope vasodepressora, um distúrbio do sistema cardiovascular, tem sido submetida a cuidadoso estudo psicossomático por Romano, Engel, et al (191, 192, 78, 79, 80). É o tipo mais comum de desmaio e pode ocorrer em indivíduos sadios, quando diante de um perigo esmagador, particularmente em situações nas quais a expressão do medo tem de ser reprimida. Pode ocorrer com grande freqüência em certos indivíduos neuróticos. O desmaio deve-se a uma queda súbita na pressão sangüínea. O fluxo sangüíneo para a pele diminui, e aumenta substancialmente o fluxo sangüíneo para os músculos. Após um aumento inicial, a freqüência de pulsações torna-se subitamente lenta. O tônus e a força muscular diminuem e segue-se uma fraqueza aguda.

Há considerável evidência mostrando que, sob a influência do perigo, desenvolve-se a preparação fisiológica para a fuga, e a vasodilatação normal nos músculos é parte desta resposta de adaptação. Devido a uma inibição da reação de fuga, o indivíduo permanece imóvel, uma espécie de hemorragia interna ocorre no sistema muscular e o resultado é uma queda na pressão. Se esta atinge um nível crítico, ocorre perda da consciência. É importante o fato de que a paralisia do movimento ocorre na posição ereta; o desmaio não ocorre na posição deitada.

Esta condição pode ser prontamente diferenciada do desmaio histérico, no qual o desmaio é uma expressão simbólica de um conflito psicológico.

caso, elas representam uma entidade clínica definida, no que se refere à sintomatologia e aos mecanismos fisiológicos subjacentes. Isto torna possíveis estudos psicossomáticos comparativos de pacientes com enxaqueca, uma tarefa quase insuperável, devido ao grupo heterogêneo de pacientes que sofrem de outras formas de cefaléia.

As manifestações clínicas típicas das crises de enxaqueca, tais como sua natureza periódica, os distúrbios prodrômicos (escotomas, parestesias ocasionais e dificuldades da fala), o fato de que a dor é sempre unilateral, a presença de fotofobia, vômitos e náusea, tornam claro o diagnóstico. Outro traço característico é que, após a crise, o paciente, por um período de tempo, goza de uma sensação marcante de bem-estar. Todos estes traços compatíveis facilitam consideravelmente os estudos clínicos comparativos destes pacientes. Ainda outro fato que torna esta entidade mórbida apropriada para estudos psicossomáticos é que a crise, freqüentemente, desenvolve-se de maneira bastante súbita e algumas vezes termina de modo igualmente abrupto. Isto possibilita o estudo preciso, tanto dos fatores precipitantes, quanto dos fatores responsáveis pelo término da crise.

*Mecanismos fisiológicos*

De um modo geral, supõe-se que o estiramento vascular é uma das causas de enxaqueca. Isto está bem comprovado pelos estudos experimentais de Graham e H.G. Wolff e colaboradores (104, 47), que mostraram que a distensão das artérias cranianas é responsável pela sensação de dor. Isto explica o efeito benéfico bastante específico do tartarato de ergotamina, que produz vasoconstrição. Supõe-se, de um modo geral, que nas cefaléias histamínicas o mecanismo da dor é o mesmo. Enquanto os dois mecanismos são similares, há, também, diferenças distintas entre os dois tipos de cefaléias. A natureza e a distribuição da dor são diferentes; a cefaléia histamínica é sentida como uma dor mais profunda e é sempre bilateral. Também o efeito do tartarato de ergotamina é muito mais pronunciado nas crises de enxaqueca. Wolff explica isto partindo do fato de que a histamina afeta as artérias intracerebrais, enquanto que o tartarato de ergotamina afeta principalmente as ramificações da carótida externa, que são as artérias envolvidas na enxaqueca.

Os sintomas prodrômicos, os distúrbios visuais e as parestesias são atribuídos a uma vasoconstrição inicial, que provoca a crise. Wolff considera a vasodilatação como sendo uma reação supercompensatória contra a vasoconstrição inicial. Na minha opinião, a vasodilatação pode ter uma origem independente, que será discutida mais tarde (pag. 125).

*Fatores emocionais*

A importância etiológica relevante dos fatores emocionais na enxaqueca tem sido considerada por um grande número de autores. Estas observações referem-se, em parte, aos fatores precipitantes típicos e, em parte, aos traços

de personalidade comuns aos pacientes propensos a ter enxaquecas. Touraine e Draper (235) descreveram um tipo de personalidade "constitucional" característico do indivíduo com enxaqueca. Fisicamente, estes pacientes mostram traços acromegálicos; na constituição da personalidade, eles apresentam um desenvolvimento emocional atrasado, mas inteligência superior. Seu ajustamento sexual é insatisfatório. De acordo com estes autores, as enxaquecas aparecem primeiramente quando os pacientes perdem a proteção do lar e têm de enfrentar as responsabilidades de viver sozinhos. Eles notam uma dependência exagerada da mãe, de quem os pacientes nunca conseguem se emancipar.

Olga Knopf (133) estudou trinta pacientes, vinte e dois dos quais eram mulheres. Ela as descreveu como pertencendo ao tipo "boazinha"; elas eram ambiciosas, reservadas, calmas, distintas, sensíveis, dominadoras e sem senso de humor. Toda as mulheres eram heterossexualmente desajustadas.

Nenhum dos autores mencionados, em suas descrições, vai além da enumeração de certos traços de personalidade isolados. Eles não tentam discernir quaisquer padrões psicodinâmicos subjacentes.

São da maior importância os estudos completos de Fromm-Reichmann (96), que tratou oito pacientes com enxaqueca, com psicoterapia intensiva. Ela constatou que, nestes pacientes, impulsos invejosos e hostis, dirigidos originalmente contra pessoas intelectualmente brilhantes, voltavam-se contra eles mesmos, através dos mecanismos de culpa bem conhecidos.

Harold Wolff (257), além de seu trabalho fundamental sobre a fisiologia das crises de enxaqueca, tem feito estudos cuidadosos dos traços de personalidade típicos de tais pacientes. Ele enfatizou características compulsivas, perfeccionismo, ambição, competição excessiva, rigidez e incapacidade de delegar responsabilidades. Segundo Wolff, estes pacientes têm uma atitude crônica de ressentimento, que resulta de sua incapacidade de adaptar-se às responsabilidades assumidas compulsivamente, para corresponder às suas ambições perfeccionistas. Esta atitude frustrada resulta em tensão e fadiga, até algum acontecimento externo agravar ainda mais seu ressentimento constante e desencadear uma enxaqueca. H. Selinsky (210) chegou a conclusão semelhante. Ele também enfatizou a importância de "luta, ressentimento e ansiedade". A crise ocorre quando o paciente enfrenta uma tarefa que está além de sua capacidade.

Há evidência clínica considerável de que grande número de pacientes que sofrem de enxaquecas mostram estas atitudes aparentes, características dos assim chamados tipos de caráter compulsivos. Mais importante, porém, é a uniformidade dos fatores emocionais precipitantes.

A maioria das publicações sobre a psicologia das enxaquecas, tanto as mais antigas quanto as mais recentes, mencionam a presença de impulsos hostis suprimidos ou reprimidos. (Weber; Brenner, Friedman e Carter; Rosenbaum; Fromm-Reichman, Wolff; Eisenbud; Wolberg; Johnson — 239, 36, 194, 96, 257, 77, 255, 125). Psicanalistas que tratam pacientes com enxaqueca

em entrevistas freqüentes têm, repetidamente, a oportunidade de observar o começo e o término de uma crise de enxaqueca, durante a sessão. O início comum da crise de enxaqueca é um estado de raiva reprimida. A observação que mais chama a atenção é o término subito da crise, quase que de um minuto para outro, após o paciente conscientizar-se de sua raiva, até então reprimida, e expressá-la em palavras insultuosas.

Tais observações deixam pouca dúvida de que os impulsos hostis reprimidos têm uma correlação direta e específica com as crises de enxaqueca. A relevância dos traços de personalidade característicos, relatados por vários autores, consiste meramente em que os tipos de personalidade que provavelmente reprimem seus impulsos hostis têm uma inclinação maior para crises de enxaqueca. Isto explica tais achados como os de que a pessoa inibida, o tipo reservado "bonzinho" descrito por Knopf, ou a personalidade compulsiva notada por Wolff, são comumente encontrados entre pacientes que sofrem de enxaqueca. A hostilidade reprimida, porém, é um traço extremamente comum entre muitos tipos de pessoas. Isto nos coloca, uma vez mais, em confronto com a questão crucial da especificidade na pesquisa psicossomática. Quais são os fatores psicodinâmicos específicos responsáveis pelo fato de que um paciente inibido desenvolve hipertensão, um outro artrite, e um terceiro enxaqueca?

É possível que nas enxaquecas se estabeleça a mesma condição que foi notada na hipertensão — isto é, a ausência de sintomas psiconeuróticos específicos, próprios para dar vazão aos impulsos hostis contidos. Mesmo que isto seja correto, a questão da escolha do sintoma somático ainda permanece sem resposta. A observação de Fromm-Reichmann, de que a atitude invejosa e hostil, nestes casos, é dirigida especificamente contra a realização intelectual, pode ser significativa, no que se refere à escolha do órgão. A natureza familiar das enxaquecas, que tem sido reconhecida pela maioria dos clínicos, indica a existência de fatores constitucionais que, provavelmente, dizem respeito a peculiaridades individuais da circulação cerebral.

A coincidência entre a enxaqueca e a hipertensão por um lado, e a enxaqueca e a epilepsia por outro, é também importante nesta conexão. A cefaléia é, algumas vezes, um sintoma secundário da hipertensão. Esta coincidência, porém, pode ter uma base tanto constitucional quanto psicodinâmica. Em todas as três doenças — epilepsia, hipertensão e enxaqueca — impulsos hostis e destrutivos desempenham um papel importante. O ponto de vista de Freud, da crise epiléptica como uma descarga incoordenada e em curto-circuito de impulsos destrutivos, é evidenciado em certos estados de fuga, que aparecem como equivalentes epilépticos, nos quais os pacientes passam a ter um comportamento destrutivo e freqüentemente homicida. As crises de enxaqueca também podem aparecer, ocasionalmente, como equivalentes epilépticos.

No que diz respeito aos fatores psicodinâmicos precipitantes, é importante a natureza dos impulsos hostis. Um ataque agressivo, plenamente consumado,

tem três fases: a princípio há a preparação do ataque na fantasia: seu planejamento e sua visualização mental. Esta é a fase conceptual. Em segundo lugar, há a preparação vegetativa do corpo para a atividade concentrada: alterações no metabolismo e na distribuição do sangue. Fluxo sangüíneo em quantidade maior para os órgãos necessários no ataque concentrado — os músculos esqueléticos, os pulmões e o cérebro. Esta é a fase de preparação vegetativa. Finalmente, há a fase neuromuscular, a consumação do próprio ato agressivo através da atividade muscular.

Possivelmente, a natureza dos sintomas físicos depende da fase que está acentuada, ou na qual todo o processo psicofisiológico de agressão hostil fica detido. Se a inibição ocorre já na preparação psicológica para o ataque agressivo, desenvolve-se uma crise de enxaqueca. Se a segunda fase, a preparação vegetativa para o ataque, desenvolve-se, mas o processo não progride mais, segue-se a hipertensão. E, finalmente, se o ato voluntário é inibido somente na terceira fase, pode desenvolver-se uma inclinação para sintomas artríticos ou para síncope vasomotora. São necessários mais estudos psicodinâmicos precisos para testar a validade desta hipótese, que é fortemente favorecida pela observação de que as pessoas com enxaqueca são basicamente "reflexivas" e não "atuantes", ao passo que os artríticos têm uma forte inclinação para a atividade muscular.

Segundo Cannon, o fluxo sangüíneo para o cérebro permanece abundante e está relativamente aumentado nos estados de emoção violenta. Na raiva inibida, quando a ação muscular é bloqueada, e o fluxo sangüíneo para os músculos não aumenta, enquanto a área esplâncnica esvaziase, o fluxo sangüíneo para o crânio provavelmente torna-se ainda maior. Esta pode ser a base fisiológica das crises de enxaqueca. O tônus muscular aumentado e a elevação da pressão sangüínea são outros componentes da síndrome da raiva. A hipótese acima tenta explicar o fato de que, no estado de raiva inibida, certos pacientes respondem com um, e outros pacientes com outro componente da síndrome fisiológica total da raiva.

O problema terapêutico da enxaqueca tem dois aspectos — o manejo das próprias crises e a prevenção da recorrência.

Para cessar a crise, parece haver acordo geral a respeito da eficácia terapêutica do tartarato de ergotamina. Seu efeito benéfico deve-se à sua influência vasoconstritora.

O problema maior da prevenção é dirigido para a eliminação das causas do distúrbio local da circulação craniana. Marcussen e Wolff (147) relatam bons resultados com o manejo ambiental e o aconselhamento do paciente. Eles estudam as circunstâncias particulares que precipitam as crises e fazem com que os pacientes se dêem conta destas condições, levando-os a fazer as mudanças necessárias no seu modo de vida, ocupacional, recreativo e interpessoal. Em dois terços dos casos, eles obtiveram resultados mais ou menos favoráveis com este tipo de terapia.

A abordagem terapêutica mais profunda é proporcionada pela psicanálise, que tenta alcançar uma resolução dos conflitos fundamentais e uma mudança na capacidade do paciente de lidar com as tensões emocionais, particularmente com os impulsos hostis inconscientes. Fromm-Reichmann analisou oito pacientes e obteve resultados satisfatórios na maioria dos casos. Johnson descreveu detalhadamente o tratamento psicanalítico de um caso, com bons resultados.

# 12

# *Fatores emocionais nas doenças de pele*

Ainda faltam estudos sistemáticos no campo das doenças de pele, embora muitas observações mais ou menos desconexas sejam relatadas na literatura. Para uma revisão abrangente da literatura, é apresentado ao leitor um artigo de Stokes e Beerman (221).

É bem conhecido o fato de que a pele é um órgão importante para expressar emoção. Os exemplos mais conhecidos são: o enrubescimento, na vergonha, e a coceira, como um sinal de impaciência. A pele, constituindo a superfície do corpo, é o local somático de exibicionismo. Certas alterações reflexas na pele, tais como a palidez, o rubor e a perspiração são elementos que fazem parte dos estados emocionais de raiva e de medo. A resposta pilomotora à ansiedade é particularmente proeminente em gatos, mas também está presente em seres humanos, como é revelado por expressões tais como "uma estória de arrepiar os cabelos".

A pele é também um órgão sensorial importante e, como tal, é afetada por sintomas de conversão — por exemplo, anestesias, parestesias e hiperestesias. E, finalmente, na psicologia da pele, a sensação de dor ocupa um lugar central. Tendências masoquistas devem, portanto, ter uma íntima afinidade com a pele. De acordo com Joseph V. Klauder (132), "A psique exerce uma influência maior na pele do que em qualquer outro órgão... A pele é um orgão importante da expressão de emoções, comparável apenas ao olho". Ele lista as seguintes condições cutâneas nas quais "os fenômenos psicológicos desempenham um papel motivador ou constituem um fator determinante importante":

| | |
|---|---|
| Rubor<br>Palidez<br>Cútis anserina<br>Horripilação<br>Mudanças na secreção do suor | motivados por emoções |

(Dermografismo - angioneurose - eczema eritematoso - edema angioneurótico - eczema agudo (dermatite aguda)

Urticária, aguda ou crônica

Edema (edema angioneurótico, edema nos histéricos)

Prurido, localizado ou generalizado

Fobias atribuíveis à pele

Escoriações neuróticas: dermatotlasia (Fournier), lesões auto-infligidas (sem intenção de enganar; psicogênese variável)

Dermatite factícia (mitomania de Dupre - lesões auto-infligidas para enganar)

Dor fixa e distúrbios sensoriais (topalgias de Blocq; por exemplo, "ardência na língua")

Angioespasmo (assim chamados dedos "mortos")

Perda súbita de cabelo (alopecia areata) ou uma vola súbita ao branco (canície)

Tricotilomania

Tricocriptomania

Estigmas de crucificação

Tatuagem

Manifestações produzidas psicogenicamente no estado alérgico

As observações clínicas que melhor demonstram manifestações da pele como parte da sintomatologia neurótica compreendem condições como neurodermatite, eczema, edema angioneurótico, urticária e prurido. Alguns autores também mencionam fatores emocionais na seborréia, no pênfigo e na psoríase. Já em 1916, Jelliffe e Evans (124) descreveram um caso de psoríase, no qual eles afirmaram que fatores psicológicos — isto é, tendências exibicionistas — tinham uma importância etiológica primária.

Tentativas de generalização ainda não alcançaram sucesso. Tudo que pode ser dito é que no eczema e na neurodermatite, tendências masoquistas e exibicionistas têm uma correlação um tanto específica com os sintomas de pele (Miller — 157). Observei, em vários casos, o seguinte padrão dinâmico: mostrar o corpo a fim de obter atenção, amor e simpatia — em outras palavras, o exibicionismo — é usado como uma arma de competição e desperta sentimentos de culpa. Conforme o princípio de retaliação, a pena deve ser proporcional ao crime; a pele, que serviu como instrumento de exibicionismo, torna-se o local de uma aflição dolorosa. F. Deutsch e R. Nadell (62) também observaram traços narcisistas e exibicionistas.

O coçar é de grande importância etiológica nestas doenças. Estudos psicanalíticos mostram que o fator importante no coçar é o impulso hostil, que, devido a sentimentos de culpa, é desviado de seu alvo original e voltado contra a própria pessoa (Miller, Bartemeier, Scarborough — 158, 23, 205). É ilustrativo o seguinte caso estudado por Spiegel no Chicago Institute for Psychoanalysis.

> A paciente, uma moça de vinte e dois anos, branca, solteira, foi encaminhada para tratamento devido a crises recorrentes de neurodermatite severa. As lesões, que ocorreram principalmente na face e nas extremidades superiores e inferiores, eram do tipo eczematoso, consistindo em áreas de coceira, expostas, vermelhas e discretas. A paciente coçava as lesões furiosamente durante o sono, até elas exsudarem e sangrarem, de modo que ela ficava, freqüentemente, bastante desfigurada. Ela consultara diversos dermatologistas e, freqüentemente, lhe fora dito que ela não podia ser ajudada, porque a condição devia-se a fatores emocionais, conclusão que ela mesma deduzira, com base em extensa leitura psicológica.
>
> As lesões de pele haviam se apresentado, de maneira intermitente, durante toda a vida da paciente. Ela desenvolvera eczema, pela primeira vez, uma semana após o seu nascimento. Sua mãe ficara muito perturbada, durante a gravidez, pela morte acidental do filho de sete anos e, subseqüentemente, pela deserção do marido e divórcio. A paciente passou a infância nas casas de vários parentes, onde ela sempre se sentiu insegura, devido à timidez de sua mãe e a seu status depreciado de ser quase como uma criada na casa. A paciente era tímida e apresentava um atraso no seu desenvolvimento social na escola, porém era inteligente e alerta nos seus estudos. Ela sofria muito por sentir-se "diferente" e indesejada, devido ao eczema recorrente e à falta de um pai e de uma vida familiar normal. Na universidade, porém, com a maturidade física, ela desabrochou e tornou-se socialmente popular. Após a colação de grau, ela encontrou um bom trabalho e começou a estabelecer fortes ligações com vários homens. Sempre que as ligações eram rompidas, aparecia uma crise severa de eczema. Quando este padrão recorrente ameaçou seu trabalho e suas relações interpessoais, o despertar do seu insight trouxe-a para o tratamento.
>
> A terapia analítica foi iniciada, e ela desenvolveu quase imediatamente uma neurose de transferência masoquista explosiva. Simultaneamente com uma exacerbação das lesões de pele, a paciente mostrou de todos os modos que ela esperava ser rejeitada pelo terapeuta e que ela se sentia culpada, devido aos sentimentos de transferência eróticos e hostis. Ela desviava estes sentimentos para uma série de relações com homens, caracterizadas por uma gratificação imediata dos impulsos sexuais e seguidas de depressão, culpa e hostilidade, quando ela percebia que o homem

não tinha intenção de casar-se com ela. Era sempre neste momento que as lesões de pele chegavam ao seu auge. No curso da análise, ficou claro que a paciente voltava-se para o terapeuta (ou para qualquer outro homem) como para o pai há muito tempo perdido. Ela voltava-se para estes substitutos do pai com um anseio oral dependente e com o desejo do "abraço" caloroso, aconchegante e caracterizado por uma sensação muscular e cutânea generalizada. Quando frustrada nestes desejos, ela reagia com hostilidade e culpa. Isto era manejado parcialmente pela projeção da responsabilidade na fórmula "todos os homens são bastardos" e parcialmente pela expressão das emoções na pele. Ela expressava seus sentimentos hostis arranhando-se e a desfiguração resultante representava vergonha, humilhação e rejeição. A esta altura, não se sentindo absolutamente merecedora de amor, a paciente tentou estabelecer uma relação mais íntima com a mãe e, quando esta fracassou, entrou num período de depressão. O ciclo fechou-se com o aparecimento de um protesto masculino, muita atenção a seu trabalho, um afastamento de vínculos íntimos com mulheres e homens, um alívio da emoção e uma limpeza da pele.

No decorrer de um período de três anos de tratamento, a paciente desenvolveu, lentamente, um insight neste padrão repetitivo e, finalmente, foi capaz de estabelecer uma relação não masoquista com um homem com quem acabou casando-se. Com a redução da culpa e da hostilidade, ela foi capaz de permitir-se satisfação neste relacionamento e as lesões de pele limparam e não recidivaram.

Na urticária, uma correlação específica com o choro reprimido foi descrita por Saul e Bernstein (203), e confirmada pelos vários casos que tive a oportunidade de estudar. Como na asma, com a qual a urticária relaciona-se intrinsecamente, tanto clínica quanto psicodinamicamente, os anseios dependentes inibidos, por um objeto parental, constituem um achado evidente. Isto, aliado ao fato de que muitos pacientes com urticária não conseguem chorar facilmente, e de que as crises de urticária freqüentemente terminam de maneira súbita, com uma crise de choro, é mais uma indicação de um relacionamento íntimo entre o choro reprimido e a urticária. Num caso analisado de edema angioneurótico, Lorand (143) observou uma forte fixação precoce em desejos dependentes, combinada com uma acentuada rivalidade entre irmãos. Kepecs, Robin e Brunner (130) recentemente corroboraram, através de estudos experimentais, a correlação da secreção de fluido dentro da pele com o choro. Eles formaram uma bolha na pele, por meio de cantáridas, e nela observaram uma nítida elevação do nível de fluido, associada ao choro. O aumento da secreção de fluido, causado emocionalmente, em pacientes com lesões de pele, pode ser reduzido por psicoterapia, ab-reação e drogas anti-histamínicas.

Em diferentes formas de prurido, particularmente no prurido anal e vulvar, e também em algumas outras dermatoses, a excitação sexual inibida

é um fator psicodinâmico importante. Nestes casos, o ato de coçar é uma fonte de prazer erótico consciente e é claro equivalente da masturbação (Stokes, Gillespie, Cormia e Slight (220, 100, 51).

Em todas as condições cutâneas pruriginosas ocorre um círculo vicioso. O contínuo coçar leva a alterações na estrutura delicada da pele, o que torna as terminações sensoriais mais sensíveis aos estímulos externos (liquenificação). Deste modo, uma fonte somática é acrescentada ao estímulo psicológico para coçar. Isto perpetua o ato de coçar, o que, por sua vez, aumenta as alterações estruturais que causam coceira.

A terapia eficaz de tais condições cutâneas requer um tratamento coordenado psicológico e somático. Em muitos casos, impedir mecanicamente o ato de coçar, por meio de diferentes medidas protetoras, particularmente durante a noite, é indispensável para romper o ciclo. Ao mesmo tempo, a psicoterapia combate os fatores emocionais subjacentes.

# 13

# *Fatores emocionais nos distúrbios endócrinos e metabólicos*

## 1 — TIREOTOXICOSE

Os fatores psicológicos na tireotoxicose (doença de Basedow ou Graves), bem como muitos dos mecanismos fisiológicos envolvidos, estão bem estabelecidos. Por esta razão, esta doença é especialmente apropriada para o estudo das inter-relações psicossomáticas.

Várias manifestações de tensão emocional podem anteceder o desenvolvimento da síndrome clínica. Deste modo, vinte e oito por cento de cento e cinqüenta e nove pacientes de Maranon (145) com hipertireoidismo ofereceram, voluntariamente, a informação de que sua doença foi precipitada por um distúrbio emocional intenso e Conrad (49) encontrou evidência de traumas psíquicos em noventa e quatro por cento de duzentos pacientes. Observações similares têm sido relatadas por vários investigadores (Bram; Goodall e Rogers; Moschcowitz; Wallace; Mittelmann — 38, 103, 170, 238, 164). De fato, alguns dos primeiros estudiosos do problema ficaram tão impressionados com a importância dos fatores psíquicos como agentes precipitantes, que postularam que um choque emocional severo pode ser responsável pelo desenvolvimento de uma forma de hipertireoidismo que foi designada como "Shock-Basedow". Nesta conexão, Moschcowitz notou a freqüência com que uma crise emocional envolvendo um grande grupo de pessoas pode precipitar a doença em muitos indivíduos.

Independentemente de seu significado etiológico, as alterações emocionais constituem uma parte importante da sintomatologia. Além do aumento de tamanho da tireóide, exoftalmia, sudorese e tremor, taquicardia, B.M.R.*

* B.M.R. — no original significa "basal metabolism rate" e traduz-se como "taxa de metabolismo basal" ou "taxa metabólica basal". (N. da Trad.)

e iodo sangüíneo elevados, diarréia e outros sinais de desequilíbrio autonômico, há alterações psicológicas características, tais como irritabilidade, oscilações do humor, insônia e ansiedade, que constituem partes integrantes do quadro clínico total. Estas alterações emocionais podem ser induzidas pela administração de quantidades excessivas de hormônio da tireóide e podem, portanto, ser consideradas como o resultado direto da hiperfunção tireóide. Outros sintomas — como será discutido mais tarde — são neurogênicos. A causa da hiperfunção da tireóide ainda não está completamente estabelecida, mas seus efeitos têm sido bem conhecidos, desde que Horsely obteve êxito na cura de sintomas de mixedema, por meio da administração de extrato de tireóide. Os efeitos obtidos por meio desta terapia substitutiva são igualmente dramáticos na produção de alterações corporais, bem como psicológicas. Eles demonstram, que o funcionamento mental normal, particularmente a velocidade dos processos mentais, depende de uma secreção normal da tireóide. A personalidade letárgica, retardada e intelectualmente lerda do paciente mixedematoso contrasta nitidamente com o caráter ansioso, hipersensível, extremamente vivaz do paciente hipertireóideo.

Parece, então, que o inter-relacionamento entre os processos psicológicos e as funções da tireóide é recíproco. A secreção da tireóide acelera as funções mentais, aumenta a vivacidade e a sensibilidade, e deste modo predispõe à ansiedade; mas, ao mesmo tempo, experiências emocionais têm um efeito sobre a própria secreção da tireóide.

*Fisiologia*

A influência aceleradora da tiroxina não se restringe aos processos psicológicos; ela é também a reguladora da taxa de metabolismo. A natureza precisa do hormônio da glândula tireóide ainda é incerta, embora tenha sido estabelecido que o iodo inorgânico circulante, que é captado pela glândula, é convertido numa forma organicamente ligada, e uma porção considerável do mesmo é secretada como uma proteína contendo tiroxina (tireoglobulina). A tiroxina acelera o metabolismo e a circulação, o que se manifesta na freqüência cardíaca aumentada, aumento da produção de calor e da oxidação, aumento do apetite e perda de peso. Ainda não está estabelecido o mecanismo preciso por meio do qual isto é realizado. O hormônio da tireóide tem um papel importante no processo de crescimento. Filogeneticamente, ele aparece pela primeir vez em anfíbios, onde sua função normal é a aceleração da metamorfose. A administração artificial de tiroxina faz com que a salamandra progrida de uma existência aquática para uma existência terrestre, da respiração branquial para a pulmonar. O progresso filogenético da existência anfíbia para a terrestre deve-se ao desenvolvimento da glândula tireóide.

Nos vertebrados superiores, a tiroxina colabora no processo de maturação, como é demonstrado pelo fato de que a ausência de tiroxina no mixedema

não apenas produz retardo mental, mas também atrasa a ossificação da epífise dos ossos longos. Com boa razão, Brown (39) chamou-a "glândula da criação". Ele chamou atenção para o fato de que a "posição e a organização do útero no Limulus (Caranguejo-Ferradura) lembra a da tireóide com o seu ducto tireoglosso no Ammocetes (Lampréia Larval), um dos vertebrados mais primitivos". Gaskell (97, 98) referiu-se ao mesmo fato, ao constatar que "o relacionamento, cuja existência tem-se evidenciado desde tempos imemoriais, entre os órgãos sexuais e a tireóide, no homem e em outros animais, e que até agora tem sido um mistério sem nenhuma explicação, talvez seja a última reminiscência da época em que as glândulas tireóides eram as glândulas uterinas do ancestral paleostracan".

O fato de que, normalmente, durante a gravidez, a glândula tireóide aumenta seu tamanho e sua atividade é mais uma evidência que indica o papel da tireóide nos processos de crescimento e de procriação (Soule — 217). Isto é corroborado por observações como as de King e Herring (131), de que pacientes hipotireóideos freqüentemente são estéreis e têm uma tendência aumentada para o aborto. Nesta conexão, também é significativo o fato de que, segundo Kenneth Richter (188), o hipertireoidismo produz um aumento na descarga e transferência dos produtos germinais através dos ductos genitais eferentes. Isto indica que, também no homem, o hormônio da tireóide exerce uma influência positiva sobre as funções de procriação.

Este grande grupo de observações dos campos da patologia clínica, fisiologia endócrina, embriologia e genética leva às seguintes conclusões: O produto da glândula tireóide, a tiroxina, é basicamente um estimulador do metabolismo celular e como tal propicia o crescimento e a performance intelectual, aumenta a sensibilidade, a vivacidade e, na sua forma extrema, a ansiedade, e também estimula o crescimento geral e os processos de procriação. A função aumentada requer um metabolismo aumentado; por isso, pode-se supor que as realizações corporais aumentadas requerem uma secreção da tireóide aumentada. Parece, contudo, que a função específica da tireóide consiste no seu efeito estimulante prolongado, quando o corpo é solicitado a efetuar realizações a longo prazo; por exemplo, durante a gravidez. O crescimento é também uma realização a longo prazo do organismo. A tiroxina e o hormônio de crescimento da pituitária anterior são sinérgicos. Este efeito a longo prazo da tiroxina contrasta com o efeito a curto prazo da adrenalina nas situações de emergência, que requerem um esforço concentrado súbito. A injeção de tiroxina apresenta um efeito que dura dias, enquanto o efeito da injeção de adrenalina dura apenas poucos minutos. No entanto, a adrenalina e a tiroxina são sinérgicas e os pacientes com tireotoxicose são mais sensíveis à adrenalina (Crile — 52).

A função da tireóide, porém, só pode ser plenamente compreendida nas suas inter-relações complexas com outras glândulas endócrinas. Com exceção dos casos nos quais há um tumor da glândula tireóide secretando ativamente, a causa da taxa patológica de produção da tireoglobulina parece situar-

se fora da glândula. O peso da evidência indica que a secreção aumentada da tireóide deve-se a um hormônio estimulante da tireóide (tireotrófico) da glândula pituitária anterior. A produção excessiva do hormônio tireotrófico causa a hiperplasia da glândula tireóide e a hipersecreção do hormônio tireóide. Além disso, o hormônio tireotrófico ou algum hormônio intimamente relacionado é também responsável pela exoftalmia observada nos pacientes com doença de Graves, um fenômeno que independe da presença da tireóide.

Geralmente, a taxa de secreção do hormônio tireotrófico pela glândula pituitária anterior é controlada pela quantidade de hormônio produzida pela própria tireóide. Porém, na tireotoxicose este controle está ausente, de modo que o hormônio tireotrófico é secretado em quantidades excessivas, sem nenhuma interrupção, como é revelado pelas altas concentrações deste hormônio no sangue de alguns pacientes com bócio exoftálmico (De Robertis — 60). A remoção da glândula tireóide ou a administração de drogas antitireóideas ao paciente com hipertireoidismo pode reduzir a produção de tiroxina e a maioria dos sintomas de hipertireoidismo; no entanto, o hormônio tireotrófico pode, realmente, aumentar (Soffer et al — 215) e a exoftalmia pode progredir.

Sabe-se pouco acerca do mecanismo preciso por meio do qual a produção do hormônio tireotrófico é acelerada no hipertireoidismo. É bem provável que algum mecanismo similar ao postulado por Selye e expandido por Long e outros seja responsável pela atividade excessiva da glândula pituitária (Figura V). Como sugerem as circunstâncias, uma variedade de stresses, químicos, tóxicos, nervosos e emocionais, pode ativar a glândula pituitária anterior, através de um efeito direto no hipotálamo ou, secundariamente, através da ativação do sistema simpático-medulo-supra-renal. Concorda com isto a observação de Soffer, de que a administração de epinefrina pode resultar numa secreção aumentada de hormônio tireotrófico (215) e a observação de Uotila (236), de que a secção do talo hipofisário do rato impedirá a hipertrofia da tireóide que segue a exposição ao frio.

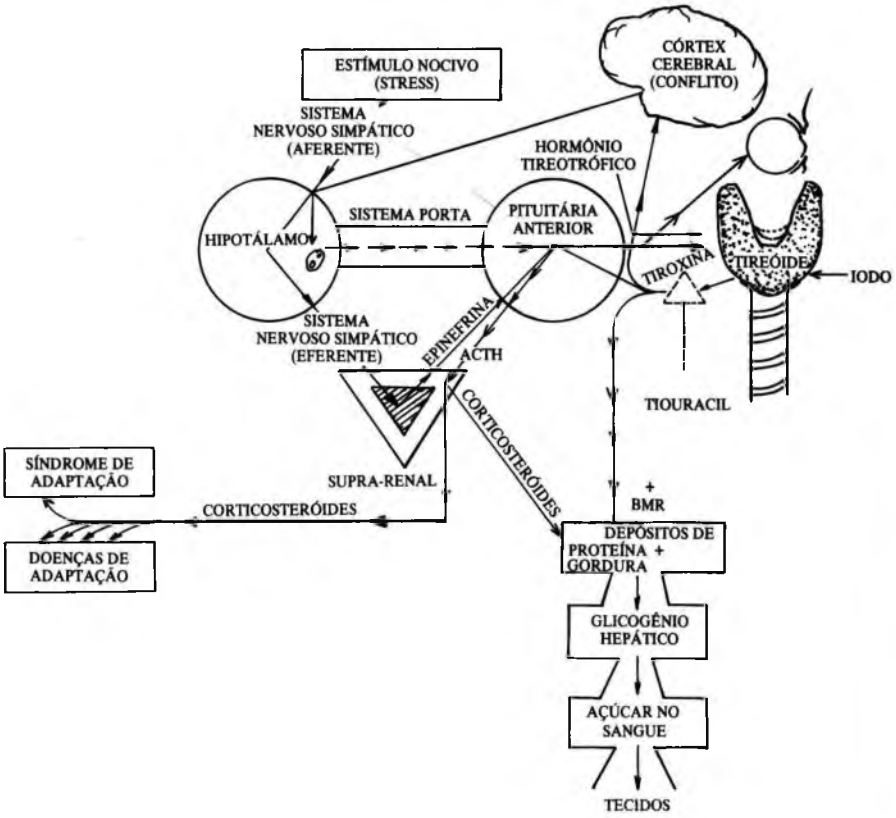
Tudo isto indica que a tireotoxicose não é uma condição local da glândula tireóide. A secreção tireóide é apenas um elo efetor na cadeia de processos fisiológicos; ela é controlada pelo hormônio tireotrófico da pituitária anterior que, por sua vez, está sob controle simpático e, finalmente, hipotalâmico. Através das vias corticotalâmicas, processos psicológicos exercem sua influência sobre o controle hipotalâmico da glândula pituitária e, como um último elo, sobre a atividade tireóide.

Agora voltamos nossa atenção para a natureza específica dos estímulos psicológicos sobre a atividade tireóide.

### *Observações psicossomáticas*

O hipertireoidismo pode ser precipitado por vários fatores, mas o mais comum é o trauma psíquico ou o conflito emocional intenso. A importância

## Figura V




São ilustrados, esquematicamente, os mecanismos que podem estar envolvidos na produção e na manutenção do hipertioreóidismo. A ativação do hipotálamo pode resultar (1) numa secreção aumentada de epinefrina e subseqüente estimulação da pituária anterior pela epinefrina circulante aumentada e/ou (2) na secreção de algum agente humoral, pelo hipotálamo, o qual é, então, transportado para a pituitária anterior. A estimulação da pituitária anterior resulta na produção aumentada do hormônio tireotrófico, com uma subseqüente estimulação da glândula tireóide. É ilustrada a relação recíproca entre a tireóide e a pituitária anterior (Mirsky).

dos fatores emocionais é corroborada pela constância com que distúrbios emocionais antecedem o começo da doença e pela impressionante similaridade entre os fatores emocionais e a estrutura da personalidade dos pacientes.

Diversos investigadores têm relatado sobre a psicodinâmica do paciente hipertireóideo. Lewis (138, 139) ficou impressionado com a acentuada fixação incestuosa no pai, que era exibida por mulheres hipertireóideas, e pela predominância das suas fantasias de engravidar. O único homem estudado por Lewis revelava anseios homossexuais e lembrava as mulheres, devido a um acentuado complexo de Édipo invertido, baseado numa identificação feminina.

A análise de três mulheres com hipertireoidismo, com sua extrema dependência da mãe, seu medo de perder a afeição e a proteção, bem como o medo das responsabilidades que estão envolvidas no fato de assumir o papel materno, e a conseqüente dificuldade de identificar-se com a mãe, impressionou Conrad (49). Conrad também estudou, pela anamnese, um grande número de pacientes e encontrou uma incidência estatisticamente significativa da perda da mãe, cedo, na primeira infância, especialmente durante o parto. Alguns dos pacientes masculinos também revelaram uma dependência excessiva de suas mães. Parece que o fator específico comum a todos os pacientes é sua dificuldade em substituir o papel de ser cuidado pelo de cuidar.

Lidz também observou uma ligação extraordinária a um dos pais, em doze de seus pacientes (140).

Os achados de Mittelman, em sessenta pacientes, foram menos específicos. Ele enfatizou uma dependência exagerada dos pais e padrões rígidos. Ele notou o papel do trauma, que afeta os pontos psicologicamente sensibilizados do paciente.

Brown e Gildea (40) ficaram impressionados com a similaridade dos traços de personalidade característicos que estavam presentes antes do começo da síndrome clínica, nos quinze pacientes que eles estudaram. Eles notaram que os pacientes tinham sentimentos extremos de insegurança pessoal, um forte senso de responsabilidade e que qualquer ameaça à sua segurança, por tensão prolongada ou por choque emocional súbito, podia precipitar a hiperfunção da glândula tireóide. Embora estes autores não a enfatizem, aparece, nas histórias relatadas de seus pacientes, uma luta impressionante contra a insegurança, que tenta dominá-la pelos próprios esforços do indivíduo.

Entrevistas para anamnese de vinte e quatro pacientes, realizadas pr Ham, Carmichael e Alexander (116) com membros de um seminário psicossomático, no Departamento de Psiquiatria da University of Illinois, e o estudo psicanalítico de um paciente no Chicago Psychoanalytic Institute, por Ham, confirmaram os achados dos investigadores anteriores. Isto ocorre particularmente com referência ao significado do medo e da ansiedade, à dependência acentuada das figuras parentais e à excessiva insegurança, e também às tendências opostas dos esforços para assmir responsabilidade, alcançar a maturidade, tornar-se auto-suficiente e cuidar de outros. O principal objetivo deste estudo foi identificar o padrão psicodinâmico característico, no qual estes vários fato-

res psicológicos relacionam-se uns aos outros. A análise cuidadosa dos dados revelou um padrão psicodinâmico que parece ser comum tanto em homens quanto em mulheres com hipertireoidismo. A ameaça à segurança, no início da infância ou na primeira infância, parecia ser o núcleo dinâmico e estava freqüentemente relacionada a medos pronunciados da morte, à qual a maioria destes pacientes tinha sido exposta no início de suas vidas. Isto concorda com a demonstração de Conrad de uma incidência elevada de perda da mãe no início da vida. Contudo, essa não era a única origem do medo e da insegurança; um casamento infeliz dos pais, instabilidade da personalidade de um dos pais, rejeição parental, formas extremas de stress econômico, o nascimento de um irmão mais novo em famílias grandes, o que levava a uma verdadeira negligência, e ainda outras situações de vida serviam como causas do medo e da insegurança que os pacientes exibiam.

A ameaça à segurança na infância é um achado muito comum, tanto em neuróticos quanto em indivíduos sadios. Característica dos pacientes com tireotoxicose é sua maneira de lidar com esta insegurança. Devido às circunstâncias externas acima descritas, estes pacientes não conseguem dominar sua ansiedade, buscando a ajuda dos pais. Suas necessidades dependentes são constantemente frustradas pelo destino ou pelas atitudes parentais, pela perda de um ou de ambos os pais, ou por rejeição parental, bem como por conflitos de natureza mais complexa, que envolvem culpa. Já que eles são frustrados em suas necessidades dependentes, eles tentam, desesperadamente, identificar-se prematuramente com um dos pais, geralmente com a mãe. ("Se não posso tê-la, devo tornar-me igual a ela, para que eu possa passar sem ela.") Esta identificação precoce está além de sua capacidade fisiológica e psicológica e resulta numa luta persistente para dominar a ansiedade e a insegurança, por meio de uma pseudo autoconfiança. Este traço foi observado por Conrad, que o descreveu como uma incapacidade de corresponder aos padrões maternos que estes pacientes procuram, inutilmente, alcançar. Brown e Gildea observaram o mesmo fenômeno, quando notaram a coexistência paradoxal da insegurança e do esforço para assumir responsabilidade. Também Ruesch, et al (200) notaram o fato de que estes pacientes são freqüentemente forçados, pelas circunstâncias da vida, a assumir responsabilidades prematuras.

A luta constante contra a ansiedade pode manifestar-se através da negação, uma espécie de atitude contrafóbica: um impulso compulsivo para executar as atividades que são mais temidas. Isto pode explicar o impulso para buscar responsabilidade e para ser útil, apesar da insegurança e da dependência subjacentes. Em diversos pacientes, o traço de caráter que mais se destacou, presente deste a infância, foi a adoção do papel da maternidade, com suas obrigações; deste modo os pacientes tornavam-se segundas mães para os outros irmãos.

A mesma contradição emocional aparece sob diferentes formas — o anseio compulsivo de engravidar, apesar do medo da gravidez, ou a tentativa de dominar o medo por meio da auto-suficiência, que o paciente tenta atingir

identificando-se com a pessoa para a qual são dirigidos os desejos dependentes frustrados. Do mesmo modo, o medo da morte é denominado pelo desejo de dar vida a crianças. A perda da mãe é combatida tornando-se mãe. Isto pode expressar-se em fantasias de gravidez, como foi notado por Nolan Lewis. Este esforço constante para dominar a ansiedade é responsável pela alta incidência de fobias nas histórias dos pacientes hipertireóideos (Ficarra e Nelson — 86).

Um traço singular e impressionante é a freqüência dos sonhos com morte, caixões, fantasmas e pessoas mortas, que estes pacientes relatam espontaneamente.

Uma forte repressão de impulsos hostis, que resulta de uma extrema dependência, foi observada no estudo de Chicago e também por Ruesch et al. A adoção de uma atitude maternal e protetora para com os irmãos mais novos freqüentemente representa uma supercompensação da rivalidade entre irmãos e requer a repressão da hostilidade. Proteger os irmãos mais novos dá uma gratificação vicarial para as próprias necessidades dependentes do paciente e também expia a culpa derivada da rivalidade.

A pseudomaturidade, o esforço exagerado para assumir o papel materno através de gravidezes freqüentes e do cuidado excessivo de outros, as atitudes contrafóbicas — tudo reflete a tentativa do paciente com hipertireoidismo de dominar a ansiedade pela auto-suficiência. Este esforço constante para obter auto-suficiência, a necessidade do paciente de tornar-se prematuramente independente, podem ser explicados pelo fato de que a ansiedade, provocada por uma ameaça à segurança, no início da infância, não pôde ser aliviada através da dependência de outros.

Estes aspectos são ilustrados pelos seguintes trechos extraídos de histórias de casos:[1]

> Um exemplo impressionante de insegurança precoce, causada pela morte dos pais e exposição a outros episódios de morte, é mostrado no caso de D.B., uma viúva de trinta e dois anos de idade, de cor branca, que, além de experienciar uma extrema pobreza, quando criança, foi tratada com severidade por seu padrasto, após o divórcio de seus pais. Quando tinha quatro anos, ela viu uma mulher morrer queimada. Aos oito anos de idade viu um caixão virar acidentalmente e o cadáver de uma amiguinha, uma menina de três anos de idade, cair no chão. Ela testemunhou o suicídio de seu avô, bem como a morte da avó. O horror destes eventos permanece vívido em sua mente. Mais tarde, seu marido faleceu, o que forçou-a a sustentar a família.

1 — Estas histórias de casos serão publicadas mais detalhadamente num relato sobre o estudo acima mencionado, feito pelos Drs. Ham, Alexander e Carmichael.

Seguem-se exemplos da necessidade prematura de auto-suficiência, manifestada na participação ativa no sustento da família ou no fato de cuidar de irmãos mais novos:

B.R., uma menina de treze anos de idade, de cor branca, é descrita pela mãe como uma "mulherzinha", porque ela é prematuramente muito adulta, obediente e confiável. Ela aprendeu a cozinhar quando tinha seis anos e, desde então, tem cozinhado e ajudado no trabalho doméstico. Sempre que sua mãe adoecia, ela varria e limpava a casa e cuidava de toda a família. Ela agia como uma segunda mãe em relação ao seu irmão mais novo.

H.D., um homem de trinta e cinco anos de idade, solteiro, o último de oito filhos, é o único do sexo masculino que sobrevive. Os dois irmãos mais velhos faleceram aos dez e aos três anos de idade respectivamente, o outro irmão faleceu em casa, uma semana após nascer, quando o paciente tinha dois anos. Seu pai era um homem puritano, que mostrava-se severo e impessoal, para esconder sua própria fraqueza e insegurança. Ele claramente demonstrava afeição e acariciava os filhos, enquanto eram pequenos e indefesos, mas exigia um comportamento adulto assim que eles fossem capazes de caminhar e de falar. A mãe foi desprezada pelo pai, porque tivera um filho ilegítimo na adolescência ( a irmã mais velha do paciente) e o pai do paciente casou-se com ela "por pena". Ela era incapaz de enfrentar o pai e, durante a primeira infância do paciente, trabalhou na loja da família por vários anos. O pai impediu-a, bem como as irmãs mais velhas, de dedicar muita atenção ao paciente. Depois que este entrou no primeiro grau, seu pai insistiu em que ninguém mais lesse para ele os jornais humorísticos, porque ele devia aprender a ler sozinho. Ele sofreu uma constante pressão para comportar-se como um adulto e, no entanto, era continuamente restringido na busca ativa de seus interesses.

A incapacidade de expressar hostilidade abertamente, particularmente no que se refere à rivalidade entre irmãos, está presente em quase todos os pacientes.

E.B., uma mulher de vinte e quatro anos de idade, solteira e de cor, era um prodígio e progredia rapidamente no seu tempo de escola. Ela era extremamente conscienciosa, nunca faltava às aulas. Sua mãe era uma professora e "uma mulher muito bonita e inteligente". A paciente obviamente estava competindo com ela, mas nunca expressava sua hostilidade abertamente. Quando a mãe adoeceu, a paciente assumiu a responsabilidade pelas duas irmãs mais novas e a função de mãe em relação a elas. Ela as sustentou financeiramente, mesmo durante o seu tempo de escola. Ela sempre foi auto-suficiente e extremamente ambiciosa e controlou ou reprimiu a maioria dos seus desejos femininos, a fim de alcançar os seus objetivos intelectuais.

O desejo de autoperpetuação, dando a luz, é claramente mostrado em outro caso:

> Após trabalhar para custear seus estudos na escola secundária e na universidade, D.B. renunciou à sua ambição de ser uma médica e "resolveu" submeter-se a um treinamento para ser farmacêutica. Aos dezoito anos de idade ela casou-se com um amigo de infância e eles dirigiram juntos um negócio. Apesar de sua frigidez, ela queria ter filhos e em quatorze anos teve cinco filhos, a quem deu os nomes de Kerry, Barry, Gary, Terry e Mary. Ela afirmou que "se meu marido não tivesse falecido, eu teria tido todos os filhos que a ciência médica pudesse ajudar-me a parir. Tê-los é difícil e muito doloroso, mas quanto mais eles fazem sofrer, mais você os ama." Desde a morte do marido a paciente mantém dois empregos simultaneamente, a fim de assegurar-se de que as crianças tenham roupa suficiente. Além disso, ela acolheu em sua casa uma tia-avó, que nada fazia e necessitava de cuidados.

O mecanismo contrafóbico de lidar com a ansiedade é ilustrado no seguinte caso:

> S.K., um homem de quarenta e três anos de idade, de cor branca, foi atacado por assaltantes. Ao invés de submeter-se a suas exigências, ele os atacou e recebeu um golpe de porrete, que o deixou inconsciente. Após esta experiência, ele teve disfonia e blefarosespasmo por certo período de tempo. Ele afirmou que nunca teve consciência do que era o medo. Em várias ocasiões, quando era acusado injustamente ou forçado a práticas arriscadas, por seu chefe, ele ficava enraivecido e dirigia-se furtivamente para o escritório deste, com o propósito de esmurrá-lo.

O forte desejo da gravidez é visto neste caso:

> F.C., uma mulher branca, de trinta e seis anos de idade, casada, era a mais velha de dez irmãos, dos quais apenas quatro sobreviveram. Ela permaneceu em casa e ajudou sua mãe até os trinta anos. Durante toda a adolescência e até o seu casamento, aos trinta e um anos, ela sentiu muito medo diante dos homens. Porém, aos trinta anos, ela noivou, apesar das objeções do pai, mas passou a sofrer de forte nervosismo, teve diarréia e perdeu peso durante todo o período do noivado. Ela tinha um desejo forte e consciente de engravidar e engravidou quase que imediatamente após o casamento. Assim que soube que estava grávida, começou a sentir-se "maravilhosamente bem" e durante a gravidez e os dois primeiros anos após o parto ela recuperou e ultrapassou seu peso original e sentiu-se mais forte e feliz do que fora em toda a sua vida. Durante este mesmo período ela esteve exposta a contínua insegurança, devido às dificuldades com residência, sina comum das mulheres que seguiam seus maridos recrutados, de um acampamento militar para

outro. Seus sintomas começaram, quando a paciente e seu marido foram morar na casa dos pais do marido. Futuras gravidezes estavam, financeiramente, fora de questão. A paciente decidiu trabalhar e ganhar dinheiro, para que eles pudessem estabelecer o seu próprio lar, ganhar independência e segurança e ter mais filhos.

Os seguintes casos são ilustrativos dos sonhos típicos com a morte:

D.B. relatou sonhos que fizeram com que acordasse com muita ansiedade. "Minha avó e meu avô jaziam em seus caixões e estenderam os braços num esforço para puxarem-me para dentro; vovó estava morta, coberta de moscas e eu tentava espantá-las; meu marido perseguia-me e tentava agarrar-me, ou tentava puxar-me para dentro de seu caixão." A paciente comentou, ao narrar estes sonhos: "Sempre tive medo da morte". Na vinda do hospital, ela escreveu seu testamento.

C.D., uma mulher de cor, de trinta e três anos, relatou o seguinte sonho: "Um caixão veio rolando até a cama e havia dentro dele um homem branco e velho com barba que tentou pegar-me."

J.K., uma mulher de quarenta e dois anos de idade, de cor branca, casada, sonhava, freqüentemente, com camas. O sonho sempre ocorria antes que um membro da família falecesse. Uma vez ela sonhou com cinco camas: "mãe, pai, dois filhos e marido". Uma semana antes da entrevista ela sonhou: " Eu estava fazendo uma cama. Era a minha." Ela pensou que isto significava que ela iria morrer.

*Considerações psicossomáticas*

Em virtude da conhecida função estimulante da glândula tireóide no crescimento da criança pequena, tem-se a tentação de relacionar a hiperatividade desta glândula especificamente com a necessidade aparente do paciente hipertireóideo, de amadurecer em ritmo acelerado. Não há dúvida de que o esforço constante do paciente para manter uma pseudomaturidade deve ser muito estressante e pode servir para ativar a secreção do hormônio tireotrófico pela glândula pituitária anterior. Conseqüentemente, quando as defesas psicológicas contra as necessidades dependentes frustradas (tais como a hiperatividade, ajudar os outros, ou assumir o papel materno) falham e o indivíduo não é mais capaz de dominar sua ansiedade subjacente, o stress pode tornar-se opressivo e superestimular o sistema que regula o processo de maturação e que tem sido cronicamente sobrecarregado desde o início da infância, devido à exigência constante de uma maturação acelerada e de um esforço de grandes proporções.

A questão final ainda permanece sem resposta: Por que estes pacientes reagem à insegurança com um esforço progressivo para a maturação e não por meio de sintomas regressivos? O fato de que suas tendências dependentes têm sido constantemente frustradas pelas circunstâncias por si só não explica completamente este tipo de resposta. É possível que eles tenham passado, previamente, por um período de adaptação bem sucedida, provavelmente no início da primeira infância, o que encorajou sua tendência para a independência. A hereditariedade, é claro, pode ser um fator decisivo.

A maioria dos autores reconhece, além das influências ambientais, um fator hereditário, na suscetibilidade herdada para o hipertireoidismo, mas suas opiniões variam no que se refere à avaliação do seu significado. Um clínico tão experiente como Moschowitz, por exemplo, tende a salientar a importância do meio ambiente, enquanto Brown e Gildea dão ênfase à constituição herdada. Seja como for, há pouca dúvida de que o paciente hipertireóideo é alguém que tem tentado, durante toda a vida, manter uma luta contra a ansiedade, tentando alcançar auto-suficiência prematuramente e de que esta pseudomaturidade pode ser tão estressante a ponto de causar uma ruptura no equilíbrio, quando a sua situação de vida impossibilita a luta.

Padrão Dinâmico Específico na Tireotoxicose

Frustração de anseios dependentes e ameaça permanente à segurança (exposição à morte e outras experiências ameaçadoras) no início da vida → tentativas prematuras mal sucedidas de identificar-se com o objeto dos anseios dependentes → esforço contínuo para alcançar uma auto-suficiência prematura e para ajudar os outros → fracasso das lutas para alcançar auto-suficiência e cuidar dos outros → tireotoxicose.

## 2 — ESTADOS DE FADIGA

A fadiga é uma resposta subjetiva à atividade excessiva e prolongada. Ela pode aparecer como exaustão física após esforço corporal ou como fadiga mental, após concentração intelectual prolongada. A participação emocional, o interesse e o prazer são fatores importantes. Ao executar uma atividade de rotina tediosa, uma pessoa pode sentir-se cansada, após um esforço relativamente moderado, embora ela talvez não experimente exaustão durante um tabalho vigoroso, se tiver um vivo interesse pelo que faz.

Os relacionamentos precisos entre tais fatores emocionais e a fadiga são ainda, em grande parte, desconhecidos. Aqui será discutida apenas uma forma especial de fadiga, que está associada a alterações na regulação do metabolismo dos carboidratos.

Ataques agudos de fadiga extrema e exaustão, acompanhadas de tontura, sudorese fria, medo de desmaiar ou uma ansiedade livre-flutuante, são bem

conhecidos dos clínicos, como manifestações de hipoglicemia. Em vários casos, o hiperinsulinismo, causado pelo adenoma pancreático, tem sido encontrado como fator subjacente.

Nos últimos quinze anos, a hipoglicemia espontânea tem sido observada por diversos autores. Após a introdução da terapia do choque insulínico, tornou-se evidente que as seqüelas psicológicas de hipoglicemia, causadas pela injeção de insulina, eram idênticas às observadas nos casos espontâneos. Portanto, supõe-se que o hiperinsulinismo, funcional seja a causa imediata. As manifestações psicológicas, em tais casos, têm sido descritas por psiquiatras e por clínicos tais como Wilder; Rennie e Howard; Romano e Coon; Himwich e outros (249, 186, 190, 119). Wilder salienta o fato de que, além dos sintomas corporais (fadiga, fome, sudorese e tremor), estão presentes características psicológicas concomitantes, tais como: embotamento da consciência, fraqueza ao concentrar-se, abulia e um estado de espírito ansioso ou deprimido. Nos ataques mais severos, até mesmo maneirismos, alterações da fala, diplopia e ataxia (sintomas do corpo estriado e do globus pallidus) podem ser observados. Himwich classifica cinco estágios sucessivos e definidos que se seguem à medida que as várias regiões do cérebro tornam-se afetadas, no transtorno metabólico:

(1) A fase cortical, com sudorese, salivação, relaxamento muscular e tremores, junto com um embotamento gradual da consciência.

(2) A fase subcórtico-diencefálica, no qual o sintoma predominante é a agitação motora, que se manifesta nos movimentos primitivos tais como rosnar, fazer caretas e agarrar.

(3) A fase mesencefálica, caracterizada por espasmos tônicos, com um reflexo de Babinski positivo.

(4) A fase pré-mielencefálica, na qual os espasmos tônicos dão lugar a espasmos extensores. Esta fase corresponde às manifestações vistas no cão descerebrado de Sherrington.

(5) A fase mielencefálica, na qual se instala um coma profundo. Nesta predomina o tônus parassimpático.

Nos casos comuns de hipoglicemia funcional, geralmente, somente a primeira fase, com fraqueza, tremor e transpiração, pode ser observada. A ansiedade pode ou não estar presente, dependendo da constituição da personalidade do paciente.

O primeiro estudo psicossomático de tais casos foi realizado por Szondi e Lax em 1929 (231). Eles estudaram trinta e um pacientes neuróticos sofrendo de prostração e de apatia, que foram, de acordo com o diagnóstico costumeiro daquela época, classificados como "neurastênicos". Estes pacientes receberam 50 gramas de dextrose pela boca. Eles mostraram um aumento da glicemia, após meia hora, que era a metade do apresentado por vinte e seis casos controle. Este tipo de curva glicêmica foi chamado "curva plana" e foi postulada uma íntima conexão entre síndrome de fadiga, de um lado, e a curva plana de tolerância à glicose, de outro. Eles presumiram que, nos indivíduos

neurastênicos, o mecanismo regulador da glicemia alimentar está prejudicado. A curva plana de tolerância à glicose é uma parte integrante da síndrome astênica.

Em 1942, Rennie e Howard relataram casos de seis pacientes sofrendo de "depressão de tensão", que mostraram curvas similares, as quais normalizaram depois de resolvidas as dificuldades emocionais do paciente. Em 1943, Portis e Zitman (182) observaram curvas similares de tolerância à glicose em quarenta pacientes que se queixavam de fadiga extrema; eles presumiram, como os autores que os precederam, que isto pudesse resultar de hiperinsulinismo, causado por uma hiperatividade do nervo vago direito. Eles usaram atropina e eliminaram o açúcar da dieta, permitindo apena carboidratos complexos. Em todos os casos tratados deste modo, eles observaram um retorno da curva glicêmica ao normal. Estes estudos forneceram a primeira indicação positiva da origem emocional central desta condição. Sob a influência destes estudos, Alexander e Portis (16) empreenderam um estudo paralelo de nove pacientes, do ponto de vista psicodinâmico. Nestes casos, a situação psicodinâmica foi cuidadosamente correlacionada com o estado do metabolismo dos carboidratos. Na reconstrução do desenvolvimento da personalidade destes pacientes, um achado impressionante foi a falta de prazer e de interesse, uma falta total de iniciativa, fosse em atividades de rotina, no escritório, na escola, no estudo ou na administração do lar. Esta falta de interesse estendia-se a atividades sociais. Na maioria dos casos, a condição aguda de fadiga desenvolveu-se depois que o paciente teve de abandonar um objetivo acalentado, renunciando à esperança e resignando-se a continuar com alguma rotina desagradável, contra a qual ele se revoltava internamente.

Uma paciente era uma mulher de cinqüenta e cinco anos, que sofria de crises periódicas de diarréia, dores de cabeça e fadiga esmagadora. A própria paciente referiu-se à sua condição como "inércia perniciosa". Ela temia qualquer esforço, consistisse ele em deveres domésticos, ações de caridade, obrigações sociais ou visitas a seus filhos. Ela se viu numa situação de vida para a qual não havia solução. Este impasse criou a inércia.

Outro paciente, um homem de negócios, de trinta e sete anos, passou a apresentar crises de fadiga, quando cessaram a orientação e a aprovação de seus superiores, em parte devido a uma queda no negócio e em parte porque ele foi promovido a um trabalho que implicava uma responsabilidade maior.

Um terceiro paciente, um médico, passou a sofrer de fobias e a apresentar crises de fadiga, depois de entrar na clínica particular contra sua própria vontade.

Um artista apresentou crises imediatamente após aceitar uma posição num escritório de negócios, contra a qual ele sentia uma forte resistência emocional. Ao mesmo tempo, teve de renunciar à carreira, que era o seu objetivo na vida.

Uma dona de casa apresentou crises de fadiga, depois que seu marido recusou-se a ter filhos ou a adotar um. Por ter de renunciar à sua grande esperança de ter um filho, sua vida tornou-se sem objetivo e intolerável para ela. Ela ficou apática e iniciaram crises de exaustão.

Alexander e Portis compararam esta situação psicológica com uma espécie de greve de braos cruzados. Frustrados em suas tendências e desejos genuínos, sendo forçados a ocupar-se com atividades de rotina, contra suas próprias inclinações, estes pacientes desenvolveram sua própria forma de protesto. Freqüentemente, este estado emocional é acompanhado de fantasias regressivas e devaneios, nos quais estas pessoas renunciam a todo o esforço e ambição; elas entregam-se apenas às fantasias desejadas. A contrapartida fisiológica deste estado emocional é caracterizada por uma curva plana de tolerância à glicose: um aumento menor e mais lento da glicemia, meia hora após a injeção, do que nos casos normais e um nível glicêmico mais baixo, após duas horas. Como Szondi e Lax, Alexander e Portis verificaram que o nível glicêmico original não era mais baixo que o normal. Eles presumiram que havia um relacionamento causal entre a situação psicológica e o distúrbio dos mecanismos reguladores de carboidratos — isto é, que o distúrbio do metabolismo dos carboidratos era a contrapartida fisiológica do estado emocional do paciente, ou a ele concomitante.

A hipótese do trabalho, desenvolvida pelos autores, segue as opiniões fundamentais de Cannon. A preparação para a atividade dirigida para o exterior, estimulada pelo medo ou pela raiva, altera o equilíbrio simpático-parassimpático, favorecendo um predomínio simpático. Eles estenderam o ponto de vista de Cannon, supondo que não só o medo e a raiva, mas também o entusiasmo, o prazer e o esforço contínuo e determinado têm o efeito de sintonizar o sistema simpático supra-renal. O efeito simpaticotônico do prazer é, provavelmente, menos intenso, mas mais prolongado que o efeito do medo e da raiva. Sem tal sintonia emocional das funções vegetativas, o esforço sustentado não pode ser executado com eficiência. É bem conhecido o fato de que a atividade perfunctória, realizada sem uma participação emocional, é mais fatigante do que a atividade vigorosa, executada com uma grande participação emocional. Também concluiu-se que, nestes pacientes, não só está faltando o efeito estimulante do tônus simpático, mas, ao mesmo tempo, sob a influência do protesto emocional e da regressão, também as funções vegetativas regridem para um estado de passividade e relaxamento, caracterizado por uma predominância do tônus parassimpático. O organismo é, então, forçado pela pressão externa e pela voz interior da consciência a empreender uma atividade contínua, sem a necessária estimulação simpática. Não só está ausente a estimulação simpática, mas o organismo, enquanto esforçando-se, está emocional e vegetativamente num estado de regressão e de relaxamento. Fisiologicamente, isto se manifesta num aumento do tônus parassimpático e num aumento da secreção de insulina. Surge, portanto, uma situação paradoxal: ao mesmo tempo em que está envolvido no esforço, o organismo compor-

ta-se vegetativamente como se estivesse em repouso. Chamei esta situação psicofisiológica de "retirada vegetativa". É característico deste estado o distúrbio do mecanismo regulador do metabolismo dos carboidratos.

Mais recentemente, o problema da fadiga vinculada a distúrbios do metabolismo dos carboidratos foi ainda mais estudado por Carlson, McCulloch e Alexander (44). Foi feita uma comparação entre vinte e um pacientes sofrendo de fadiga e vinte e nove normais, com referência a suas curvas de tolerância à glicose. No final da experiência, a concentração da glicose sangüínea do grupo que sofria de fadiga caiu a um valor de jejum inferior ao do grupo normal. A diferença foi estatisticamente significativa. Muitos dos pacientes com fadiga mostraram uma elevação abrupta, porém breve, da glicemia entre 15 e 35 minutos após a injeção. Devido a estes aumentos transitórios, é desaconselhável colocar muito peso nos valores de 30 minutos. A causa destas elevações súbitas e transitórias, após uma queda inicial, ainda não está inteiramente estabelecida. Ela é, provavelmente, a manifestação de uma súbita supercorreção no equilíbrio homeostático e deve-se a uma excitação simpática compensatória, como medida de defesa contra a queda súbita do nível glicêmico, que inicia logo após a injeção.

Carlson estudou um dos pacientes durante prolongadas consultas psicanalíticas; este era um escritor de trinta e um anos de idade, que sofrera de fadiga contínua e de ataques agudos de exaustão desde os dezessete anos. Ele freqüentara a universidade, sob protesto, por insistência de seu pai. Naquela época desenvolveram-se o tédio, o afastamento de atividades e a síndrome de fadiga. A sensação de exaustão, a fraqueza das pernas e uma debilidade progressiva aumentaram. Quando se forçava a sair, ou antes de começar a trabalhar, ele freqüentemente sentia-se tenso, tinha tremores e sudorese excessiva, "nervosismo". Ele tentava acalmar-se fumando e tomando café incessantemente.

O paciente foi uma criança indesejada, pequeno ao nascer e continuou magro e fisicamente hipodesenvolvido durante toda a vida. Ele sofreu de sentimentos de inferioridade devido à sua baixa estatura e fraqueza. Os pais eram infelizes no casamento; o pai bebia muito e negligenciava e maltratava sua família. Durante toda a sua vida, o paciente esteve muito próximo da irmã, que era três anos mais nova do que ele. Ele passou a ter um medo enorme de seu pai; permaneceu viva a lembrança de que, quando seu pai surpreendeu-o masturbando-se, este o ameaçou com a insanidade. Quanto tinha apenas oito anos de idade, seu pai insistiu em que ele fizesse os trabalhos da casa, mascateasse e trabalhasse como menino de recados; ele fazia tudo isso, mas sob protesto interior. Aos dez anos, teve relação sexual com a irmã. Fugir com ela para a "terra imaginária" foi durante muito tempo uma fantasia regressiva acalentada. Ele gradualmente afastou-se das atividades na escola; tinha medo tanto dos professores quanto dos alunos. Trocou várias vezes de universidade e aos vinte e três anos começou a trabalhar numa fábrica. Durante certo período de tempo, trabalhou como marinheiro e como

diarista, mas, finalmente, começou a escrever e a fazer trabalho editorial, para o qual tinha talento. Ele obteve sucesso e foi capaz de realizar um trabalho estável.

Neste paciente, a "retirada vegetativa" pode ser claramente reconstruída. Como defesa contra sua tendência agressiva e sob pressão externa, inicialmente de seu pai e, mais tarde, da necessidade externa, o paciente se impôs atividade e realização, pelas quais sentia uma aversão profundamente enraizada. Inconscientemente, identificou-se com a vida mais fácil de sua irmã mais nova, repudiou suas obrigações masculinas e regrediu, em seus devaneios, a uma existência dependente e passiva. Ele, no entanto, não conseguiu aceitar inteiramente esta retirada, que entrava em conflito com seu orgulho e ambição. Sob a influência deste conflito, ele se impôs a realização. Sua atitude competitiva e hostil com relação ao pai e, mais tarde, para com seus rivais, provocou ansiedade e impeliu-o ainda mais para uma retirada.

Esta constelação psicodinâmica — o conflito entre os desejos dependentes passivos e a ambição agressiva reativa — é muito difundida, senão universal, na nossa civilização, e dificilmente pode ser apresentada como uma explicação específica deste tipo de síndrome de fadiga. Aparentemente, são mais específicos, nos casos de fadiga, os seguintes fatores psicodinâmicos:

(1) Uma falta de esperança de alcançar algum objetivo acalentado; uma luta frustrante contra diferenças insuperáveis.

(2) Uma falta de incentivo genuíno. Atividades, na maioria das vezes de natureza rotineira, são realizadas primeiramente sob pressão externa ou devido à compulsão interna, mas não com base num interesse absorvente.

(3) O papel da ansiedade é menos constante. Em diversos casos, as frustrações prolongadas criam uma agressividade hostil, que leva à ansiedade. Isto contribui ainda mais para uma retirada regressiva da atividade.

No caso estudado por Carlson, a correlação entre os estados emocionais e as alterações na curva de tolerância à glicose foi bem demonstrada. Durante hospitalização, três curvas obtidas em diferentes estados emocionais mostraram diferenças acentuadas. Após uma fase inicial de tensão e fadiga, o paciente mostrou uma curva alterada; após uma permanência de dez dias no hospital, durante a qual sua tensão e fadiga diminuíram, através da psicoterapia, foi obtida uma curva normal. Parece provável que, embora a síndrome de fadiga possa, em muitos casos, tornar-se crônica e carcterística do paciente, nós, no entanto, não estamos lidando com uma entidade mórbida, mas com um distúrbio fisiológico transitório. É provável que qualquer pessoa torne-se mais cansada durante um esforço desprovido de esperança ou entusiasmo e que este cansaço maior esteja baseado em alterações no metabolismo dos carboidratos. Para funcionar com facilidade durante o esforço, o organismo necessita do efeito estimulante do prazer, sob cuja influência a regulação do metabolismo dos carboidratos dá-se com maior eficiência. O organismo, que é forçado a funcionar contra sua própria vontade, mostra não apenas um protesto emo-

cional, mas também a contrapartida fisiológica do mesmo: um distúrbio na regulação da mobilização e da utilização dos carboidratos.

Muitos pacientes podem ser ajudados através da modificação das circunstâncias externas, permitindo que eles sigam suas verdadeiras inclinações. Em outros casos, os conflitos internos não possibilitam uma solução tão simples e requerem a psicoterapia sistemática.

Não há um tipo de personalidade específico que se enquadre nesta categoria e, até certo ponto, qualquer pessoa pode apresentar os sintomas transitórios deste tipo de exaustão. O uso de atropina e de uma dieta que não contém açúcar, mas apenas carboidratos complexos, pode auxiliar a combater os sintomas agudos. Parece que a ingestão súbita de açúcar tem somente um efeito benéfico de curta duração, neutralizando a fadiga e, freqüentemente, agrava os sintomas, provocando mecanismos homeostáticos contra-reguladores (hiperinsulinismo alimentar). Esta é a razão para evitar o açúcar na dieta e permitir apenas os carboidratos complexos, que não alteram o nível glicêmico tão subitamente. Como foi antes discutido, os efeitos benéficos da atropina consistem em paralisar o nervo vago, que é um dos reguladores da secreção interna do pâncreas.

Em todos os casos nos quais há uma situação de conflito crônica, nem medidas dietéticas ou farmacológicas, nem manipulação da situação de vida externa podem alcançar mais do que um alívio temporário dos sintomas. Tais casos requerem uma abordagem psicoterapêutica constante.

## 3 — DIABETE MELITO

Admite-se, de um modo geral, que fatores psicológicos possam influenciar a evolução do diabete melito, mas o possível significado de tais fatores ainda não foi estabelecido.

A existência de uma "suscetibilidade" ao desenvolvimento do diabete é indicada por vários estudos, que revelam uma elevada incidência familiar atribuível à herança de um ou mais genes (Joslin — 128). Visto que o metabolismo ordenado das substâncias alimentares depende da atividade integrada das enzimas intracelulares e de sua regulação pelos sistemas nervoso e endócrino (Soskin e Levine — 216), um distúrbio nesses sistemas pode resultar na síndrome diabética. O indivíduo suscetível provavelmente nasce com alguma limitação de um ou outro dos sistemas reguladores e pode sucumbir a um stress suficientemente intenso ou prolongado. Segundo Colwell, o diabete inicia, realmente, com o nascimento, independentemente do fato de que ele pode só tornar-se clinicamente aparente bem mais tarde, ao longo da vida.

Supõe-se que o diabete melito no homem resulte de uma insuficiência de insulina. Esta insuficiência pode ser o resultado de uma diminuição na produção de insulina pelo pâncreas ou de um aumento na destruição da insulina

pelos tecidos (Mirsky — 162). Independentemente do mecanismo responsável, o resultado final da insuficiência é um aumento no ritmo de conversão do glicogênio em glicose e um aumento na mobilização das gorduras e das proteínas de seus depósitos para o fígado, onde elas são transformadas em glicose, corpos cetônicos e em outros produtos intermediários e finais. Como conseqüência disto, os tecidos tornam-se pobres em glicogênio, enquanto o sangue torna-se rico em glicose e surge glicosúria.

Cannon demonstrou que o medo e a ansiedade podem produzir glicosúria no gato normal e no ser humano normal. Isto reforça a hipótese de que o stress emocional pode produzir um distúrbio no metabolismo dos carboidratos, mesmo no indivíduo não diabético (Cannon — 43). Porém, a evidência mais recente indica que, embora "a glicosúria emocional" possa, na maioria dos indivíduos não diabéticos, ser provocada por emoções intensas, nestes não ocorre, simultaneamente, um aumento significativo da concentração de glicose sangüínea. Em outras palavras, indivíduos normais podem desenvolver "glicosúria emocional", mas eles raramente desenvolvem "hiperglicemia emocional". Aparentemente, quando os mecanismos responsáveis pela manutenção do nível glicêmico são adequados, como no indivíduo normal, há uma rápida compensação de qualquer alteração emocionalmente provocada. No diabético há uma perturbação dos mecanismos reguladores e, conseqüentemente, torna-se impossível o equilíbrio homeostático. Isto explica a observação muito difundida de que transtornos emocionais podem agravar o distúrbio metabólico existente no diabético. É provável que tal agravamento do estado diabético deva-se a uma decomposição aumentada do glicogênio hepático, o que, por sua vez, pode ser atribuído a uma ativação do sistema nervoso autônomo e à secreção de epinefrina. Isto concorda com o conceito de emergência de Cannon e pode ser o mecanismo responsável pelas flutuações que ocorrem de um dia para o outro, no indivíduo diabético.

É concebível que indivíduos com alguma limitação de seus mecanismos reguladores fisiológicos possam desenvolver hiperglicemia temporária sob stress emocional excessivo. Tais indivíduos, sem dúvida, têm certas limitações na regulação do metabolismo dos carboidratos, mas não a ponto de sofrerem um colapso total, sob determinada tensão. É também possível que o stress repetido e prolongado possa resultar numa falha permanente dos sistemas fisiológicos relativamente inadequados, com o conseqüente aparecimento do diabete melito.[1]

Dunbar (75) concluiu, a partir de seus "estudos de perfis", que os pacientes diabéticos têm dificuldades maiores do que as normais em substituir seu estado dependente infantil por um mais independente e maduro. Eles tendem mais facilmente a regredir a uma atitude dependente e mostram seus esforços para obter independência verbalmente, porém com pouca ação. Segundo o

2 — O mecanismo por meio do qual a tensão psíquica crônica pode causar tal falha é apresentado na descrição de Selye da "Síndrome de Adaptação". Veja página 65.

que ela diz, o grupo diabético é, de um modo geral, mais passivo do que ativo e tem uma tendência ao masoquismo e à indecisão.

Num estudo psiquiátrico de crianças diabéticas, Bruch e Hewlett (42) observaram que, em um terço de seus casos, o aparecimento da doença concidia com um distúrbio dos relacionamentos familiares, tal como divórcio, separação, etc. Eles constataram que algumas crianças diabéticas têm uma tendência ao comportamento compulsivo e à submissão, enquanto outras reagem através da resistência passiva. Estes autores não conseguiram encontrar nenhum tipo específico de personalidade.

Os perfis de Dunbar revelam, primariamente, a defesa do paciente e não os conflitos que podem estar relacionados especificamente à gênese da doença. Estes últimos podem ser estabelecidos pela psicanálise.

Dunbar relatou a análise de um homem de vinte e nove anos, que desenvolveu diabete cinco anos após ter interrompido seu tratamento (75). Seu padrão foi similar ao que ela encontrou como sendo típico de todo o grupo diabético. Daniels (55) tratou pela psicanálise um homem de negócios, de trinta e três anos de idade e concluiu que seu diabete podia ser atribuído à ansiedade crônica, que estava associada a medos infantis inconscientes de ser dominado e ferido devido a suas pulsões hostis, rebeldes e sexuais. Meyer, Bollmeier e Alexander (150) estudaram dois casos, um masculino e um feminino, e observaram que ambos os pacientes tinham tendências extraordinariamente fortes para receber e ser cuidado. Estes pacientes "retinham uma atitude dependente infantil e exigente e sentiam-se frustrados por suas exigências de atenção e amor estarem desproporcionais à realidade de um adulto e, conseqüentemente, nunca eram satisfeitos adequadamente. Os pacientes reagiam a esta frustração com hostilidade. O diabete desenvolvia-se quando estes desejos infantis entravam em conflito com as exigências frustradas".

Estudos psicanalíticos, de um grande número de pacientes com diabete melito estão agora se desenvolvendo no Chicago Institute for Psychoanalysis. Estes estudos sugerem que "o paciente com diabete melito tem um conflito básico relacionado à aquisição do alimento e que isto se reflete em tendências incorporadoras orais agressivas exageradas. Estes impulsos incorporadores manifestaram-se de vários modos. Portanto, pode haver uma tendência a rejeitar o alimento e, subseqüentemente, uma necessidde aumentada de reabastecimento. Esta necessidade pode expressar-se num desejo insaciável pelo alimento, na vontade de ser nutrido e nas exigências excessivas de gratificação receptivas nos relacionamentos interpessoais. Os impulsos incorporadores manifestam-se, também, numa identificação exagerada com a mãe e, conseqüentemente, o desenvolvimento psicossexual pode ser prejudicado. No homem, esta identificação exagerada com a mãe leva a uma intensificação da bissexualidade básica. Na mulher, a identificação hostil com a mãe ativa defesas acen-

tuadas contra a sexualidade feminina, especialmente no que se refere às funções reprodutoras" (Benedek, Mirsky, et al).[3]

O fator precipitante de maior importância na gênese da síndrome clínica do diabete é a obesidade, que está presente em quase setenta e cinco por cento dos casos. Porém, a obesidade, por si só, não pode ser considerada a causa do diabete, uma vez que apenas cerca de cinco por cento dos pacientes obesos desenvolvem diabete. Há ampla evidência de que a obesidade produz uma demanda aumentada de insulina. Quando a capacidade pancreática é adequada, a demanda aumentada de insulina é compensada. Nos pacientes obesos, nos quais o ritmo de destruição ou de utilização da insulina é excessivo e está além da capacidade do mecanismo regulador, desenvolver-se-á uma insuficiência relativa de insulina e, por fim, o diabete. Foi mostrado no Capítulo 9 que a alimentação excessiva é, geralmente, o resultado de algum distúrbio no desenvolvimento emocional do indivíduo. Conseqüentemente, os fatores psicológicos são etiologicamente importantes nos pacientes que desenvolvem o diabete melito, em conseqüência de uma alimentação excessiva.

Por outro lado, a presença de tendências orais-incorporadoras agressivas no diabete pode ser originalmente a expressão de uma deficiência fisiológica herdada. A criança potencialmente diabética nascida com tal predisposição herdada nunca consegue satisfazer sua necessidade biológica. Suas exigências orais excessivas podem resultar desta insuficiência fisiológica básica (Mirsky — 159). Este fenômeno seria análogo ao observado no aumento do apetite por sal, do paciente com insuficiência córtico-supra-renal, ou na auto-seleção de uma grande ingestão de sal pelo rato adrenalectomizado.

O começo do diabete melito, como o de qualquer doença crônica, pode produzir profundas alterações psicológicas nos pacientes, bem como em vários membros de sua família e grupos sociais. Seu orgulho pode ser ferido, seus medos e sentimentos de inadequação podem tornar-se exagerados, sua necessidade de ser cuidado por outros pode intensificar-se e sua hostilidade pode ser estimulada. Conforme as várias formas de defesa contra estas tensões exageradas, a reação ao começo pode variar acentuadamente e aparecer como depressão paranóide e sintomas hipocondríacos. Alguns pacientes reagem com apatia, que pode ser interpretada como um comportamento de adaptação, visando à conservação de energia.

Alexander e seus colaboradores (150) notaram que a glicosúria de seus pacientes aumentava sob a tensão do conflito entre seus desejos infantis de receber e de ser cuidado, e a necessidade de dar e de cuidar de outros. O afastamento do conflito, passando a uma autopiedade e passividade, foi associado a uma diminuição da glicosúria. Esta observação está de acordo com os estudos mais recentes realizados por Benedek, Mirsky e outros membros do Chicago Psychoanalytic Institute, que mostram uma correlação entre

3 — Estas observações foram feitas num trabalho de investigação que está se desenvolvendo atualmente no Institute for Psychoanalysis, Chicago.

a glicosúria e a cetonúria e a tensão psíquica resultante das atitudes exigentes aumentadas do paciente, que, por sua vez, podem ser atribuídas à frustração de suas necessidades receptivas.

Tem-se feito referência ao freqüente agravamento do curso clínico do diabete melito por tensões emocionais provocadas por uma variedade de situações de vida. Isto é particularmente importante na etiologia da acidose e do coma diabético. Esta grave complicação pode ser atribuída a qualquer fator que cause um empobrecimento do depósito de glicogênio hepático (Mirsky — 161). Com um aumento na glicogenólise hepática, os produtos do catabolismo das gorduras, os corpos cetônicos (os ácidos aceto-acético e beta-hidroxibutírico) também aumentam. A secreção dos corpos cetônicos na circulação, num ritmo que excede o de sua utilização pelos tecidos, resulta em cetonemia e cetonúria. Os corpos cetônicos unem-se a bases e isto, junto com a desidratação e outros resultados da cetose, propicia o desenvolvimento de acidose e finalmente do coma.

O que quer que estimule a perda de glicogênio no fígado, como inanição, distúrbios gastrintestinais, infecções, etc., pode desencadear a acidose. Uma causa igualmente comum é a omissão de insulina (Mirsky — 161). O estudo de doze pacientes que foram repetidas vezes admitidos no hospital com acidose diabética levou Rosen e Lidz (193) a concluir que, mais do que a tensão emocional, o abandono deliberado do regime diabético desempenhava um papel primário na etiologia da acidose. De acordo com estes autores, os pacientes com acidose recidivante utilizavam seu diabete "como uma maneira de fugir, refugiando-se no hospital ou através do suicídio". Os estudos de Hinkle e Wolf (121) mostram, no entanto, que a tensão emocional pode causar cetose, mesmo que o paciente siga à risca o regime diabético. Eles descreveram o caso de uma jovem desajustada que desenvolvia cetonemia sob a influência do medo numa situação de stress. Eles demonstraram, também, que com a continuação experimental do stress a cetose progredia até o estágio de acidose clínica. Num outro estudo envolvendo 25 indivíduos com diabete melito, Hinkle, Conger e Wolf (120) observaram cinqüenta ocasiões em que ocorreu cetose clínica sob um conflito emocional. Eles verificaram que uma entrevista traumatizante pode causar uma elevação de acetonas no sangue, e que isto ocorria mais rapidamente no diabete severo. Portanto, parece que conflitos emocionais significativos podem influenciar diretamente a produção de corpos cetônicos. O mecanismo por meio do qual isto pode ser alcançado foi descrito acima.

Alguns médicos acreditam que é essencial restringir a ingestão de alimento do diabético de uma maneira rígida, de modo a torná-lo aglicosúrico; outros advogam uma dieta livre, enquanto ele permanecer livre da cetonúria e dos sintomas clínicos. O grupo conservador dá pouca atenção ao fato de que a restrição da dieta, em termos de calorias ou gramas, significa mais do que uma restrição do alimento; ela significa frustração e intensifica a insegurança do diabético, que provém da compreensão de que ele é diferente dos membros

sadios de seu ambiente. O médico que impõe uma disciplina rígida assume o papel de um pai punitivo e rejeitador e, assim, agrava a revolta e o ressentimento da autoridade dos pais já existentes no paciente. Por outro lado, a dieta livre favorece a obesidade e pode tornar-se tão prejudicial quanto a dièta restrita. A atitude permissiva do médico pode ser interpretada como falta de interesse e despertar hostilidade e culpa, o que, por sua vez, pode influenciar desfavoravelmente a evolução da doença. Ao mesmo tempo, a obesidade resultante pode agravar ainda mais o transtorno fisiológico.

O médico deve preocupar-se com a quantidade de calorias que o paciente retém, e não com a quantidade que o paciente ingere ou elimina. Isto é permitido, numa dieta normal, pelo uso apropriado de insulina. Ao mesmo tempo, ele deve tratar o paciente como uma pessoa e não meramente como um aparelho calórico. O paciente diabético deverá conscientizar-se de suas exigências inconscientes e de suas frustrações e fazer as concessões que forem mais compatíveis com sua idade cronológica e seu meio social. Ele, então, agirá e alimentar-se-á como um indivíduo normal e não prejudicará a si próprio nem a seu ambiente.

# 14

# *Fatores emocionais nos distúrbios das articulações e dos músculos esqueléticos*

## 1 — ARTRITE REUMATÓIDE

O papel dos fatores emocionais na patogênese da artrite reumatóide tem sido há muito tempo suspeitado e explicitamente reconhecido por diversos clínicos. Um traço distinto desta doença — seu curso caprichoso, suas remissões e recidivas inexplicáveis — sugere que conflitos emocionais sejam, em parte, responsáveis. Têm sido feitos apenas poucos estudos psicossomáticos sistemáticos de pacientes artríticos. Embora muitas observações clínicas ocasionais tenham sido publicadas, elas não são discutidas neste livro e é recomendado ao leitor *Emoções e Mudanças Corporais,* de autoria de Dunbar (71).*

Entre os estudos sistemáticos, merecem menção especial os de Booth (34) e Halliday (113, 114). Muitas de suas observações têm sido corroboradas pelos estudos sistemáticos realizados no Chicago Institute for Psychoanalysis por Johnson, Louis Shapiro e Alexander (126). Visto que os pacientes estudados eram na sua maioria mulheres, a discussão lida primariamente com casos femininos.

O primeiro traço notado com grande regularidade é uma tendência à atividade corporal, manifestando-se numa predileção por atividades ao ar livre e esportes competitivos. Isto se destaca particularmente na pré-adolescência e na adolescência, durante as quais as pacientes mostram um comportamento decididamente estouvado. Na vida adulta, estas pacientes mostram um forte controle de toda a expressão emocional. Booth e Halliday observaram estes traços de personalidade. Além da tendência para controlar seus senti-

* No original: "Emotions and Bodily Changes". (N. da Trad.)

mentos, estas pacientes também tendem a controlar seu ambiente humano, seus maridos e filhos. Elas são, geralmente, exigentes e severas com relação aos filhos e, ao mesmo tempo, preocupam-se com eles e fazem muito por eles. É, porém, um tipo de solicitude dominadora, uma mistura da tendência de dominar com a necessidade masoquista de servir a outras pessoas. À primeira vista, este masoquismo parece estar em contradição com a dominação agressiva, mas, enquanto servem ao seu meio e sacrificam-se por membros da família, elas também os estão dominando e controlando.

Na sua atitude sexual, estas pacientes são também extraordinariamente semelhantes; elas mostram uma rejeição manifesta do papel feminino, que é freqüentemente chamada na literatura psicanalítica a "reação de protesto masculino". Elas assumem certas atitudes masculinas; competem com homens e não conseguem submeter-se a eles. É interessante notar que a maioria destas mulheres escolheram como companheiros homens condescendentes e passivos. Vários de seus maridos tinham até mesmo defeitos físicos, mais do que poderia ser facilmente explicado pela coincidência. Os maridos, na sua maioria, aceitam prontamente o papel de servir suas esposas incapacitadas à medida que a doença progride.

Num exame superficial, os fatores emocionais precipitantes parecem não ter um denominador comum: eles cobrem uma ampla variedade de acontecimentos externos. De fato, eles passam por toda uma série de situações de vida: o nascimento de um filho, um aborto espontâneo, morte na família, mudança de ocupação, alteração súbita na situação conjugal ou no relacionamento sexual, uma grande decepção em algum relacionamento interpessoal. Portanto, não é de surpreender que um investigador atento como Halliday encontre pouco sentido nos fatores precipitantes.

Se, no entanto, focalizamos nossa atenção no que estes vários acontecimentos significam para as pacientes, podemos reduzir as causas precipitantes a poucos fatores psicodinâmicos significativos. Eles aparecem em três constelações: (1) A doença freqüentemente inicia quando certas vicissitudes da vida aumentam o ressentimento e a revolta inconscientes contra os homens; por exemplo, quando a paciente foi abandonada por um homem, com o qual ela se sentia segura, ou quando um homem, anteriormente condescendente, passou a afirmar-se mais, ou quando um homem, no qual a paciente investira muito, decepcionou-a. (2) A doença também pode ser desencadeada por acontecimentos que tendem a aumentar os sentimentos de hostilidade e culpa, previamente latentes. Por exemplo, o nascimento de um filho, que reativa uma antiga rivalidade entre irmãos, pode ser o fator precipitante. A culpa pode ser mobilizada quando a oportunidade de sacrificar-se e de servir não consegue concretizar-se, como na ocorrência de um aborto espontâneo, ou da morte de um parente dependente e odiado, ou quando a paciente é forçada a uma situação em que ela precisa aceitar ajuda, que está além da sua capacidade compensar, prestando serviço. A exacerbação da culpa aumenta as inibições auto-impostas da paciente e ativa a hostilidade, que ela não consegue

expressar, porque não pode mais combiná-la com o fato de servir aos outros. A combinação do servir e do dominar, que fora o meio de expressar os impulsos hostis de uma maneira encoberta, é rompida. (3) Em poucos casos, a doença foi desencadeada através de experiências sexuais, no momento em que a paciente foi forçada a aceitar o papel feminino, contra o qual ela reagira com um protesto masculino aumentado.

Estes acontecimentos precipitantes deram-nos um bom ponto de partida para reconstruir os pontos vulneráveis na estrutura da personalidade destas pacientes. O background psicodinâmico geral, em todos os casos, é um estado crônico, agressivo, hostil e inibido, uma revolta contra qualquer forma de pressão externa ou interna, contra o fato de ser controlada, ou contra a influência inibidora de suas próprias consciências hipersensíveis. A reação de protesto masculino nas relações sexuais é a manifestação mais clara desta revolta contra o fato de ser dominada.

Este achado psicodinâmico central, um estado crônico rebelde, hostil e inibido, pode, na maioria dos casos, ser associado a uma constelação familiar, desde o seu início bastante característica, geralmente uma mãe exigente, dominadora e forte e um pai condescendente e mais dependente. Booth e Halliday ficaram impressionados com este achado. Booth fala nos pais severos de suas pacientes e Halliday constatou que pelo menos um dos pais da paciente artrítica era dominador, e que a auto-restrição começou no início da vida. Quando meninas, nossas pacientes desenvolveram dependência e medo da mãe agressiva e fria e, ao mesmo tempo, nutriram uma revolta que elas não ousaram expressar devido à sua dependência e medo. Esta revolta inibida contra a mãe é o núcleo de seus impulsos hostis. Ela é posteriormente transferida aos homens e a qualquer membro da família. Subseqüentemente, quando se tornam mães, elas revertem a situação do passado e controlam seus filhos como foram controladas por suas próprias mães.

As seguintes histórias de casos são ilustrativas:[1]

> Mrs. S. G., de 28 anos de idade, passou a apresentar músculos rígidos e dolorosos imediatamente após ter descoberto que seu marido tivera uma ligação amorosa. Após dor e rigidez muscular persistentes, durante alguns meses, ela desenvolveu artrite. Sua mãe era uma mulher conscienciosa, porém fria; o pai abandonara a família quando a paciente tinha dois anos de idade. Ela competia muito com um irmão mais velho e passou grande parte de sua infância realizando atividades ao ar livre. Ela sentia que o papel de sua mãe e a posição das mulheres em geral eram intoleráveis e disse abertamente que preferia morrer do que dizer a seu marido que o amava, mesmo que ela de fato o amasse. "Então eu nunca poderia estar por cima." Ela recusou-se a manter relações

1 — Citado de A. Johnson, L. B. Shapiro e F. Alexander: A Preliminary Report on a Psychosomatic Study of Rheumatoid Arthritis, *Psychosom. Med.* 9:295, 1947.

sexuais durante vários meses após o casamento, nunca teve orgasmo e apenas raramente concordou em manter relações sexuais. Embora seu marido tivesse sido um pugilista profissional e ela fosse uma mulher pequena e de aparência frágil, ela sempre dirigia a casa e tomava as decisões, orientando suas três filhas jovens para ajudá-la a manter o lar em excelentes condições. A infidelidade de seu marido foi o primeiro sinal de sua revolta e de sua incapacidade de competir com ele e controlá-lo. Quando frustrada em sua competição, a hostilidade aumentou, não encontrou um meio de vazão e seguiram-se a sensibilidade muscular e a artrite. Durante a análise, ela, constantemente, recusou-se a sair com ele para recreação e, finalmente, ele lhe foi infiel pela segunda vez. Isto levou a uma exacerbação aguda da doença.

Outra paciente mostrou claramente a necessidade masoquista de servir. Ela tinha trinta e dois anos de idade, era mãe de três filhos e a oitava entre nove irmãos. A seguinte afirmação dá um quadro sucinto de sua personalidade: "Estou muito ansiosa para recuperar-me da artrite, para que eu possa completar minha família. Se minha mãe não tivesse tido uma família tão grande, eu nunca teria existido." Quando era uma criança pequena, ela não só fez o pesado trabalho da casa e cuidou de sua mãe inválida, mas também ajudou o pai nas tarefas da fazenda, embora tivesse um irmão mais moço. Todos os irmãos entraram na universidade; após completar a escola secundária, ela foi morar com a irmã mais velha, que tinha muitos filhos, a fim de ajudar a cuidar destes. No seu casamento, ela continuou a mostrar a mesma atitude servil em relação a suas três filhas e a seu marido. A reação a um aborto espontâneo marcou o início de seus sintomas artríticos. Ao começar a análise, ela disse, de maneira característica, "Não tenho problemas emocionais, mas sinto-me feliz por fazer alguma coisa pela ciência". O empenho em ser útil aos outros permitiu que ela descarregasse tendências agressivas hostis sem sentir-se culpada.

Como formulação psicodinâmica geral das causas precipitantes e das exacerbações, postulamos um fator de predisposição da personalidade, que se desenvolve como resultado das atitudes restritivas dos pais. Na criança pequena, a expressão mais primitiva de frustração é a descarga motora ao acaso. Se, através de medidas punitivas, a descarga passa a associar-se ao medo e à culpa, então, mais tarde, sempre que o medo e a culpa aparecerem, o resultado será uma "camisa de força" psicológica. Estes pacientes tentam atingir um equilíbrio entre os impulsos agressivos e o controle. Eles aprendem a descarregar a agressão através da atividade muscular, em canais aceitáveis: trabalho árduo, esportes, jardinagem, dirigindo a casa ativamente. Eles também aprendem a aliviar a influência restritiva da consciência, servindo a outras pessoas. Sempre que este equilíbrio é perturbado por acontecimentos específicos que interrompem o modo adaptado de descarregar a hostilidade e aliviar a culpa, a agressão inibida crônica leva ao aumento do tônus muscular e, de alguma forma, à artrite.

Num pequeno número dos casos estudados, conflitos sexuais específicos foram manejados pelo mecanismo de conversão simbólico típico. Se isto se sobrepõe a uma mesma estrutura de caráter, como na maioria de nossos casos, ou se isto pode ser um fator precipitante independente, é uma questão em aberto. Supomos, atualmente, que estes pacientes expressam e descarregam suas tendências rebeldes reprimidas através dos músculos esqueléticos, por um aumento do tônus muscular. Isto situaria seus sintomas na categoria de conversão histérica. Pelo menos, o modus operandi é o mesmo que a histeria de conversão — isto é, a expressão de um conflito inconsciente através das alterações somáticas nos músculos voluntários. Supomos que os espasmos musculares e o tônus muscular aumentado, causados por impulsos hostis reprimidos, sob determinadas condições, podem desencadear um ataque de artrite.

Uma compreensão da psicodinâmica da artrite reumatóide elucida muitas das remissões, bem como das recidivas que ocorrem nos pacientes durante a análise. Quando uma antiga via de descarga para a hostilidade é novamente aberta, através de uma súbita condescendência de parte do marido, tem-se observado que há um abrandamento da artrite. Uma mulher com artrite severa tinha de ser carregada de um lugar para outro pelo marido. Quando ele faleceu subitamente, ela levantou-se da cama, assumiu o controle de tudo, atravessou o país para o funeral e teve uma recuperação imediata, que prolongou-se por vários meses. Quando as oportunidades de um servir masoquista diminuem, tem sido observada a recorrência da artrite, seguida de seu abrandamento, quando o auto-sacrifício é novamente exigido pelas condições familiares. À medida que os pacientes tornam-se mais capazes de receber ajuda, sob a influência da psicanálise, a doença diminui.

Ao estudar a artrite, deve-se ter em mente o fato de que o quadro da personalidade dos casos avançados, com deformidade, é encoberto por uma adaptação psicológica crônica da personalidade à condição de ser fisicamente incapacitado. Naturalmente, o caráter préexistente exerce uma influência sobre o comportamento, mas novos traços dominam o quadro. A maioria dos autores que estudaram estes casos ficou impressionada com os traços secundários, tais como o estoicismo e o otimismo. Além da satisfação auto-enganadora de seus desejos, este tipo de adaptação pode ser compreendido pelo fato de que a condição de estar doente alivia o paciente de sentimentos de culpa e dá-lhe o direito de esperar uma atenção que antes era negada ou inaceitável. Isto foi visto com clareza numa paciente que tivera de cuidar de um pai exigente durante anos. Quando sua artrite chegou a um estádio avançado, ela disse: "Agora ele terá de cuidar de mim".

O ponto de vista de que o tônus muscular aumentado está envolvido nesta doença é ainda melhor comprovado pela observação extremamente comum de que os pacientes artríticos queixam-se de rigidez e de tensão muscular ao acordar. Alguns deles relatam que dormem em posições de flexão acentuada. Em muitos casos, a dor e a rigidez muscular foram as precursoras do primeiro ataque de artrite. Podemos fazer referência ao uso comum da

neostigmina por clínicos que acreditam que um alívio da dor e do espasmo muscular pode ocorrer mesmo numa articulação que perdeu sua função.

Desejo enfatizar que no atual estado de nossos estudos ainda não somos capazes de avaliar o significado etiológico destes achados. Supomos que os impulsos hostis inibidos levam a um aumento da tensão muscular. Os impulsos hostis buscam a descarga através das contrações musculares, mas sua inibição leva a um aumento simultâneo de tônus nos músculos antagonistas. Esta ativação simultânea dos antagonistas pode traumatizar as articulações e favorecer um processo de doença já existente, cuja base somática talvez ainda seja desconhecida.

A propensão dos pacientes artríticos a expressar tendências reprimidas através dos músculos esqueléticos foi bem demonstrada por French e Shapiro no seu estudo dos sonhos de um paciente que sofria de artrite reumatóide (91).

Pacientes do sexo masculino também mostram um estado crônico de hostilidade rebelde inibida. Esta parece ser uma reação contra tendências femininas dependentes inconscientes, que eles tentam supercompensar com a agressividade. A inibição destes impulsos agressivos cria um quadro psicodinâmico similar ao visto em pacientes do sexo feminino.

A validade final destes conceitos terá de esperar até que amplos estudos miográficos tenham medido as alterações da tensão muscular nos pacientes artríticos e não artríticos, em correlação com vários estados emocionais. Os resultados preliminares de um estudo realizado conjuntamente pelo Psychosomatic Institute do Michael Reese Hospital e pelo Chicago Institute for Psychoanalysis mostram que um grau de resposta muscular aos estímulos emocionais maior do que o normal está presente nos pacientes artríticos e em alguns outros pacientes, como os hipertensos. Isto indica que ainda serão encontrados outros fatores que caracterizam o paciente artrítico. No estado atual do nosso conhecimento, é ainda muito cedo para chegar a quaisquer conclusões quanto ao efeito da psicoterapia nestes casos. Ao avaliar o fato de que muitos pacientes têm sido tratados com sucesso pela psicoterapia, deve-se ter em mente a freqüência das remissões espontâneas de maior ou menor duração nesta doença.

Padrão Dinâmico Específico na Artrite Reumatóide

Influência parental restritiva e superprotetora (em mulheres) na primeira infância → revolta contra influências parentais restritivas → ansiedade → repressão das tendências rebeldes devido à dependência excessiva alimentada pela superproteção dos pais → expressão da revolta em esportes competitivos e em atividades ao ar livre na infância e no início da adolescência → expressão da hostilidade na combinação de servir e de controlar o meio (tirania benevolente), numa etapa posterior da vida; também rejeição do papel feminino (protesto masculino) → interrupção do padrão bem sucedido de servir e, ao mesmo tempo, dominar o meio → aumento do tônus muscular → artrite.

## 2 — O INDIVÍDUO PROPENSO A ACIDENTES

A afirmação da psiquiatria moderna de que a maioria dos acidentes não são absolutamente acidentes, mas são causados, em grande parte, pela própria propensão da vítima, é apenas uma confirmação da observação comum. Estritamente falando, um acidente é uma ocorrência cuja causa está fora do controle de uma pessoa. Um tijolo caindo sobre a cabeça de um pedestre é um acontecimento completamente acidental, particularmente se o pedestre não é alertado por um sinal quanto à probabilidade de que tal acontecimento ocorra num determinado local. Porém, a maioria dos acidentes domésticos, de trânsito e industriais, são de natureza diferente. A pessoa que sofre o acidente é parte ativa da causa deste acidente. Supõe-se, geralmente, que ela era desajeitada, estava cansada ou distraída, caso contrário poderia ter evitado o acidente.

Um exame científico minucioso tem mostrado porém que a maioria dos acidentes não se deve a qualidades humanas tão simples. Certas pessoas são propensas a sofrer mais acidentes do que outras, não porque elas sejam desajeitadas ou distraídas, mas devido à estrutura total de sua personalidade. O fator significativo não é um traço isolado particular como reação lenta ou falta de inteligência, mas alguma coisa muito mais básica que faz parte da totalidade da pessoa como indivíduo. Aqui estão alguns fatos surpreendentes referentes ao fator humano em acidentes.

Há mais de vinte anos, Marbe (146), um psicólogo alemão, fez a notável observação de que a pessoa que já sofreu um acidente tem uma probabilidade maior de sofrer outro, do que a que nunca sofreu um acidente. Estudos estatísticos em grandes companhias industriais têm mostrado que os acidentes não estão distribuídos de maneira uniforme entre os empregados, mas que uma percentagem muito pequena de empregados tem uma percentagem muito alta de acidentes. Disto pode-se concluir que, possivelmente, os empregados que sofrem a maior parte dos acidentes sejam aqueles que têm as tarefas mais perigosas. Porém, o que demonstra que isto não acontece é o fato de que as pessoas que sofrem a maioria dos acidentes num tipo de trabalho também sofrem a maioria dos acidentes em outros trabalhos. Além disso, os empregados que têm os piores registros de acidentes durante o trabalho também apresentam uma freqüência maior de acidentes em casa ou a caminho do trabalho.

Num estudo de acidentes com veículos de transporte, em Connecticut, foi verificado que durante um período de seis anos somente 3,9 por cento dos motoristas envolvidos em acidentes sofreram 36,4 por cento de todos os acidentes (171).

Uma grande companhia que emprega um grande número de motoristas de caminhão ficou preocupada com o alto custo dos acidentes de seus veículos e tentou analisar as causas destes acidentes, a fim de reduzir sua freqüência. Entre outros procedimentos, eles examinaram os registros de acidentes de cada motorista e, finalmente, transferiram aqueles que haviam sofrido a maio-

ria dos acidentes para outras ocupações. Por meio desta simples estratégia, eles conseguiram reduzir o índice de acidentes para 1/5 do seu nível original. O fato mais interessante neste estudo é que os motoristas que tinham um alto índice de acidentes continuaram a sofrer acidentes nas novas ocupações. Isto mostra irrefutavelmente que, neste particular, existe uma pessoa propensa a acidentes e que indivíduos propensos a acidentes são a eles propensos em qualquer ocupação do dia-a-dia.

O problema seguinte foi determinar aquelas qualidades que, numa pessoa, fazem com que ela apresente uma tendência para sofrer acidentes. Dunbar (72, 75), que estudou com métodos modernos de psiquiatria um grande número de pacientes fraturados, descreve o indivíduo propenso a acidentes como se segue: Ele é decidido e até mesmo impulsivo; concentra-se nos prazeres e nas satisfações imediatas. Tende a agir sob um impulso repentino. Gosta de coisas excitantes e de aventura e não gosta de planejar ou preparar-se para o futuro. Um grande número de indivíduos que se acidentam teve uma educação severa e, como conseqüencia, ressente-se excessivamente das figuras de autoridade. Em resumo, eles são homens de ação, não de planejamento, pessoas que não interpõem muita deliberação e hesitação entre os impulsos e sua execução. Pode haver várias razões para esta impetuosidade, mas, aparentemente, sua origem mais comum é a revolta contra restrições impostas pela autoridade e contra qualquer forma de coerção externa. O indivíduo propenso a acidentes é essencialmente um rebelde; ele não consegue tolerar nem mesmo a autodisciplina. Ele não se revolta apenas contra as autoridades externas, mas também contra o domínio de sua própria razão e autocontrole.

O estudo psicanalítico intensivo de alguns casos tem possibilitado um insight ainda mais profundo no emaranhado da vida emocional da pessoa propensa a acidentes. Os estudos que examinaram minuciosamente o estado emocional da pessoa imediatamente antes de seu acidente foram particularmente esclarecedores. Dunbar (72, 75); Karl Menninger (153); Rawson (6), Ackerman e Chidester (185) e outros têm mostrado que, na maioria dos acidentes, há um elemento de intenção, embora a intenção não seja de modo algum consciente. Em outras palavras, a maioria dos acidentes são inconscientemente motivados. Eles pertencem à categoria dos fenômenos que foram descritos por Freud como os erros do dia-a-dia, tais como colocar um objeto fora do lugar apropriado, esquecer de pôr uma carta no correio, soletrar ou pronunciar uma palavra de maneira errada. Freud mostrou que tais erros não são acidentais no sentido estrito da palavra, mas são inconscientemente intencionais. Quando a pessoa que preside uma reunião erroneamente declara-a encerrada, ao invés de aberta, ela teve alguma razão boa, porém oculta, para encerrar a reunião antes que esta iniciasse. A pessoa que, durante dias, leva uma carta no bolso, tem alguma razão definida, porém inconsciente, para não colocá-la no correio. A maioria dos acidentes são, de maneira análoga,

causados por motivações inconscientes, embora eles sejam muito mais importantes do que os erros inocentes do dia-a-dia.

A investigação psicanalítica tem revelado a natureza dos motivos inconscientes que levam as pessoas a agir de um modo que favorece a ocorrência de acidentes. O motivo mais comum é um sentimento de culpa, que a vítima tenta expiar através da punição auto-imposta. O acidente inconscientemente provocado serve a este propósito. Já que isto talvez pareça improvável, tentarei ilustrá-lo com alguns breves exemplos. Ackerman cita o seguinte caso:

> Um jovem levava sua mãe, de carro, para fazer as compras. Ele implorou que ela lhe permitisse usar o carro para ir a uma pescaria no dia seguinte. Ela recusou e, como conseqüência, ele, irritado, moveu-se agitadamente, "acidentalmente" pisou no acelerador e jogou o carro numa vala, ferindo a mãe e a si próprio.[2]

Neste caso foi óbvia a combinação de vingança e culpa; o jovem puniu sua mãe, punindo, ao mesmo tempo, a si próprio.

Segundo Rawson, sessenta por cento dos pacientes com fraturas, estudados psiquiatricamente, confessaram culpa e ressentimento no seu relacionamento com alguma pessoa que teve ligação com o acidente. Ele dá os seguintes exemplos:

> Um porto-riquenho de dezesseis anos de idade disse: "Foi realmente minha culpa, porque minha mãe disse que a sopa estava pronta e que eu não devia sair. Ainda assim acabei saindo, tomei parte numa luta romana e quebrei meu braço. De qualquer maneira, acho que minha mãe lamenta ser tão severa comigo.
>
> Uma mulher feriu-se escorregando por um corrimão. Ela sempre se livrara de aborrecimentos com os pais e mais tarde com o marido através de tais artimanhas. "Talvez eu devesse ter juízo, mas eu não seria assim se eles tivessem tido mais bom senso e tivessem me tratado como um ser humano, ao invés de serem tão severos.
>
> Uma secretária caiu e fraturou o quadril. "Perguntei a meus amigos por que eu tinha de ser tão castigada. Nunca consigo me lembrar de ter feito qualquer coisa errada, mas devo ter feito algo terrível".[3]

A base desta estranha combinação de emoções é uma atitude profundamente arraigada, amplamente difundida na nossa civilização atual, a de que o sofrimento expia a culpa. Se a criança faz alguma coisa errada, ela é punida. Através do sofrimento causado pela punição, ela repara sua culpa e, deste modo, merece e recupera o amor dos pais. Nosso direito penal está baseado na mesma atitude. Após ter cumprido sua pena, o transgressor pode voltar à comunidade como uma pessoa livre, que já pagou pelo seu mau procedi-

2 — N.W. Ackerman e L. Chidester: Acidental' Self-Injury in Children, *Arch. Pediat.* 53:711 1936.

3 — A. A. Rawson: Accident Proneness, *Psychosom. Med.* 6:88, 1944.

mento. A consciência humana aplica o mesmo princípio dentro da personalidade, agindo como um juiz internalizado, que exige sofrimento por nossos maus procedimentos. O sofrimento alivia a aflição da consciência culpada e restaura a paz interior.

A causa mais comum de sentimentos de culpa em crianças são impulsos hostis e rebeldes contra os pais. A pessoa propensa a acidentes conserva da infância uma revolta contra figuras de autoridade; mesmo numa etapa posterior da vida, ela também conserva as reações de culpa originalmente sentidas em relação aos pais. A combinação dos dois, ressentimento e culpa, é um fator comum em acidentes. A maioria dos indivíduos propensos a acidentes são pessoas nas quais este impulso autopunitivo é muito forte. Os sentimentos de culpa são revelados, de maneira convincente, na pergunta freqüente da vítima imediatamente após o acidente: "Por que isto aconteceu comigo? O que fiz para merecer isto?" Estas perguntas mostram que o sentimento de culpa, embora não inteiramente consciente, é vagamente percebido pelo paciente.

Há mais de vinte anos, fiquei convencido da natureza inconscientemente intencional de certos acidentes. Fui consultado por um homem de meia-idade, inteligente, sofrendo de uma depressão severa, que se desenvolvera em virtude de seu fracasso na vida. Ele vinha de uma família abastada e socialmente proeminente, mas casara-se numa camada social diferente. Após esta união, seu pai e sua família excluíram-no de suas relações. Sua longa luta pela subsistência levou-o (em razão de inibições neuroticamente determinadas) a um colapso psíquico total. Eu o encaminhei para análise com um colega, porque eu tinha um relacionamento pessoal com ele e com sua família e já conhecia sua história prévia. Ele teve dificuldade em decidir-se. Numa noite, quando a decisão final estava para ser tomada, ele pediu para visitar-me a fim de discutir uma vez mais os prós e os contras. Mas ele não chegou; fora atropelado por um automóvel nas proximidades da minha casa. Foi levado a um hospital com ferimentos severos. Eu soube do acidente no dia seguinte. Quando o encontrei na terceira classe do hospital, ele estava todo enfaixado, como uma múmia. Não podia mover-se e tudo o que se podia ver de seu rosto eram seus olhos, brilhando com euforia. Ele estava animado, livre da melancolia opressiva dos últimos dias. As primeiras palavras que ele disse ao cumprimentar-me foram: "Agora já paguei por tudo; agora, finalmente, direi a meu pai o que penso dele". Ele estava determinado a ditar uma carta para seu pai, imediatamente, exigindo sua parte no patrimônio da mãe. Estava cheio de planos e pensando em começar uma vida nova.

O que mais impressiona nesta história é o alívio emocional que seu ferimento gradualmente lhe proporcionou. Este o libertou da pressão de sua consciência culpada, provocada por sentimentos extremamente hostis contra sua família, que recusara aceitar seu casamento. Após o acidente, ele estava pronto para expressar livremente todo o seu ressentimento e dizer a seu pai o que pensava dele.

Ocasionalmente, há outros motivos inconscientes que atuam na causa de acidentes, tais como o desejo de evitar responsabilidades, o desejo de ser cuidado, e até mesmo o desejo da compensação monetária.

Em resumo, o indivíduo propenso a acidentes é uma pessoa impetuosa, que imediatamente converte seus impulsos momentâneos em ação. Ele nutre uma revolta profundamente arraigada contra as normas excessivas de sua educação — um profundo ressentimento contra figuras de autoridade. Ao mesmo tempo, ele tem uma consciência rígida, que o faz sentir-se culpado por esta revolta. No acidente inconscientemente provocado, ele expressa seu ressentimento e revanche, reparando sua revolta com seu ferimento.

Já que os principais fatores em acidentes não são externos, como maquinaria defeituosa ou condições desfavoráveis como o tempo, a escuridão, etc., porém encontram-se na pessoa que sofre o acidente, as medidas preventivas primárias devem ser dirigidas para a própria pessoa. Há somente duas maneiras eficazes de abordar este fator humano: uma é mudar o indivíduo e a outra é afastar a pessoa propensa a acidentes das ocupações que envolvem grande perigo. Ambas as medidas requerem métodos confiáveis, por meio dos quais o indivíduo propenso a acidentes possa ser identificado. Como os fatores psicológicos que predispõem um indivíduo a acidentes não são simples características isoladas, eles não podem ser detectados pelos métodos usuais de teste psicológico. O método mais confiável é a entrevista psiquiátrica, realizada por um especialista, que revela toda a história prévia da vida de uma pessoa. A predisposição para acidentes desenvolve-se no início da vida e manifesta-se no jovem numa nítida inclinação para sofrer danos físicos, ainda que insignificantes. A combinação de excessivo ressentimento e culpa manifesta-se no início da infância, de várias maneiras, com as quais o psiquiatra experiente está familiarizado.

# 15

# *As funções do aparelho sexual e seus distúrbios*

THERESE BENEDEK, M.D.

A abordagem psicossomática na medicina encontra seu desafio mais promissor nas investigações relacionadas às funções do aparelho sexual, pois em nenhum outro campo o relacionamento entre os aspectos psicológicos e fisiológicos de uma função é tão íntimo quanto no da sexualidade.

Desde tempos imemoriais sabe-se que as glândulas sexuais — os testículos e os ovários — exercem uma influência significativa sobre o temperamento e o comportamento. A castração, a remoção dos testículos, bem como a remoção de ovários de animais, sempre foi empregada na fazenda para conseguir mudanças de temperamento úteis na domesticação de animais, bem como alterações metabólicas que tornam sua carne mais apreciada. Também no ser humano, tem-se observado que a castração reduz a virilidade, não só por levar à esterilidade, mas também porque é seguida de alterações corporais nas características sexuais e de alterações emocionais, que reduzem as tendências para atividades masculinas. De modo similar, em mulheres a remoção precoce dos ovários ou sua insuficiência inata causa esterilidade e interfere com o desenvolvimento das características femininas físicas e emocionais.

Na virada do século, experimentos espetaculares estabeleceram o papel das glândulas sexuais (gônadas) na produção dos hormônios sexuais. A suposição inicial de Freud de que "o distúrbio químico da pessoa insatisfeita (sexualmente) produz ansiedade e, deste modo, leva a outros sintomas" (92) concorda com a expectativa de outros biólogos de sua época. No seu primeiro estudo

abrangente da teoria da sexualidade (94), Freud expressou a esperança de que fosse encontrada na endocrinologia a resposta aos problemas do comportamento sexual normal e anormal. Desde então, a psicanálise tem estudado minuciosamente o papel que o impulso sexual, assim como sua energia psíquica concomitante — a libido — desempenha na dinâmica dos processos psíquicos. Ela estabeleceu que a maturação da função sexual e a integração da personalidade são processos intimamente entrelaçados. Mas o substrato endocrinológico da sexualidade não foi incluído nestas investigações. A endocrinologia seguiu o seu próprio caminho.

Após o isolamento e a síntese dos hormônios esteróides, experimentos em mamíferos inferiores pareciam confirmar a tese de que o comportamento sexual está sob um simples controle químico. Ficou estabelecido que em mamíferos inferiores a função cíclica dos ovários comanda o comportamento sexual: o acasalamento ocorre no pico do estro — cio — periodicamente recorrente — que manifesta-se em várias atividades constatadas, que levam à cópula. Observações em primatas revelam, porém, discrepâncias no relacionamento harmônico entre a função gonádica e o comportamento copulador (Maslow — 149). Os primatas podem ser estimulados para a atividade sexual por uma variedade de fatores independentes do estro. No homem, os estímulos variáveis e complexos que motivam o comportamento sexual podem ocultar quase completamente o ciclo fisiológico. Quando ficou claro que o comportamento sexual não podia ser explicado simplesmente em termos da função gonádica, foi preciso estudar o papel dos hormônios na hierarquia e na interação dos fatores que motivam o comportamento sexual.

Da grande massa de informação fisiológica, citaremos simplesmente os fatos relativos à função sexual em todos os mamíferos. Em ambos os sexos, as gônadas estão sob a regulação da glândula pituitária. Através de hormônios específicos, a pituitária influencia o crescimento do corpo, bem como muitos aspectos do metabolismo e, através de seus *hormônios gonadotróficos,* ela estimula a maturação e controla as funções dos testículos e dos ovários. O processo é mais simples no macho do que na fêmea. Sob a influência dos hormônios gonadotróficos, os testículos produzem os gametas masculinos, os *espermatozóides,* e um grupo de hormônios, os *andrógenos,*[1] que são considerados como responsáveis pelas características físicas e emocionais da virilidade. Na fêmea, o processo é mais complexo: há uma interação recíproca entre a função da pituitária e os ovários, que provoca uma alteração rítmica na produção de gonadotrofinas, o que, por sua vez, resulta na natureza cíclica da atividade ovariana. Os ovários produzem os gametas femininos — óvulos — e dois grupos de hormônios, que são produzidos em seqüência: os estrógenos, que estimulam a maturação das células sexuais, e a progesterona, que assegura a nidificação e a manutenção dos óvulos fecundados. Ambos os tipos de hormônios exercem uma influência específica sobre os caracteres sexuais secundários e sobre o estado emocional da mulher.

1 — O agente químico dos andrógenos é a testosterona.

Está estabelecido que os hormônios gonádicos são absolutamente necessários para a conclusão dos processos de maturação que levam à procriação. Porém, "o hormônio deve ser considerado, não como um estímulo para o comportamento, nem como um organizador da resposta manifesta, mas apenas como um agente facilitador, que aumenta a reatividade do sistema neuromuscular específico, à estimulação."[2] O papel fisiológico dos hormônios gonádicos no organismo é influenciado por uma capacidade de resposta geneticamente determinada do mecanismo nervoso (Beach-24). No homem, a disposição primária do sistema nervoso para responder à estimulação interna e externa complica-se bastante, devido a fatores externos (culturais) que modificam os estímulos, bem como as respostas do indivíduo a estes estímulos. Portanto, os efeitos da função gonádica num indivíduo dificilmente podem ser separados dos fatores psicológicos que determinam o desenvolvimento da personalidade como uma unidade de funcionamento contínuo.

Uma revisão dos conceitos psicanalíticos da personalidade, que inclui a integração da função procriadora normal com todas as outras funções de personalidade, não pertence ao âmbito desta apresentação.[3] A fim de elucidar os fatores que levam a disfunções do aparelho sexual, será discutido o papel da bissexualidade emocional na maturação psicossexual.

O sexo do indivíduo é determinado, no momento da concepção, pela constituição cromossômica dos gametas, que dota o embrião da potencialidade de desenvolver-se para um determinado sexo. Porém, há evidência de que este desenvolvimento não está completamente assegurado; de que, já no útero, podem ocorrer condições que interfiram com o desenvolvimento do embrião masculino no sentido da masculinidade. Isto ocorre, por exemplo, com a inundação do embrião masculino pelos hormônios sexuais femininos, a ponto de desenvolver-se um "sexo intermediário". Assim sendo, não os genes, mas condições hormonais "externas" podem ser responsáveis por um grau variável de bissexualidade no nascimento (Hoskins — 122). O termo "bissexualidade", aqui, não se refere ao hermafroditismo anatômico ou a outras formas manifestas de "sexo intermediário", mas sim a uma predisposição específica para certas reações a influências ambientais. O ambiente do recém-nascido é definido pela simbiose que ainda existe entre mãe e filho. Através da amamentação e do cuidado físico, a mãe transmite influências que têm um significado diferente para os bebês dos dois sexos. Os hormônios que a menina recebe da mãe, bem como as tendências, no seu desenvolvimento, para identificar-se com a mãe, são dirigidos para o objetivo do desenvolvimento psicossexual posterior da menina. Porém, o menino, através da amamentação, recebe

2 — F. A. Beach: *Hormones and Behavior*, New York and London, Paul B. Hoeber, Inc., 1948.

3 — Seus conceitos dinâmicos mais significativos são discutidos em: *Fundamentals of Psychoanalysis*de Franz Alexander (8). Uma apresentação abrangente do desenvolvimento da personalidade, escrita pela autora deste capítulo, será vista em *Dynamic Psychiatry*, escrita por Alexander et al.

uma influência endócrina que pode intensificar seu componente feminino; o desenvolvimento do menino durante a fase oral-receptiva prossegue, através da identificação com a mãe; e isto também pode contribuir para a tendência para reações bissexuais, que se opõem ao objetivo do desenvolvimento psicossexual do homem.

As manifestações da bissexualidade psíquica podem ser reconhecidas nas fases pré-genitais iniciais do desenvolvimento. O menino de dois anos de idade, se é "de fato um menino", mostra uma tendência para a auto-afirmação e independência, enquanto o "efeminado" teme qualquer passo novo e rechaça a auto-afirmação, a fim de assegurar sua dependência contínua da mãe. Não se sabe se fatores endócrinos desempenham um papel em tais fenômenos. Crianças de ambos os sexos produzem quantidades pequenas de estrógenos e de andrógenos; não se sabe, porém, se estes hormônios participam do "excesso de excitação" que produz a libido pré-genital (Alexander — 8). Também não se sabe se há alguma alteração nos hormônios "gonádicos", quando a criança entra na fase edipiana e volta suas exigências de colorido erótico para o progenitor do outro sexo e, deste modo, torna-se "culpada" e temerosa da punição pelo progenitor do mesmo sexo. Porém, parece não haver dúvida de que o resultado psicodinâmico deste conflito crucial é fortemente influenciado pelos componentes bissexuais da predisposição inata *(anlage)* psicossexual. A "realidade emocional" do complexo de castração depende, apenas em parte, da intensidade do desejo instintivo; ela depende tanto ou mais do ambiente: da punição e sedução exercidas pelos pais, do sentimento de segurança da criança em relação a eles; por último, porém com não menor importância, ela depende da disposição da criança, que a faz experienciar como uma realidade psíquica a idéia de que a castração, a perda do pênis, é possível (Alexander e Staercke mostraram que o garotinho é preparado para a perda do pênis por sensações tão precoces como a perda do mamilo, pela boca, e a perda das fezes, pelo ânus, visto que ele uma vez os considerou como parte de si mesmo. Do mesmo modo, as sensações passageiras de ereções, que vão e vêm sem seu controle, podem assustar a criança). A psicanálise geralmente revela que a descoberta da região genital feminina é o trauma que fixa na mente do garotinho a idéia de que o pênis pode ser perdido, visto que há seres humanos que não o tem. Portanto, para ele, a genitália feminina pode aparecer como um órgão devorador, que pode incorporar o pênis e retê-lo. A identificação com o indivíduo perigoso é a defesa mais eficiente contra este temor. Através da identificação com a mãe, o menino desenvolve o "complexo de Édipo negativo"; ao invés de identificar-se com seu pai, na tendência para amar a mãe, ele quer ser amado pelo pai e quer substituir a mãe pelo pai. Tal solução do conflito edipiano é de grande valor para a economia emocional: ela reduz o medo da genitália feminina e também adia o medo da punição pelo pai. O processo é semelhante em meninas com fortes tendências para a identificação masculina. Em tal caso, a menina, após ter experienciado impulsos heterossexuais, ficando, deste modo, com

a impressão de que o pênis é um "órgão perigoso", resolve o conflito edipiano identificando-se com o pai. Através do desejo intenso de ter um pênis, ou pela ilusão de que tem, ou de que virá a desenvolver um, a menina reprime o medo da genitália masculina e, ao mesmo tempo, nutre a esperança de ser amada pela mãe, como o são o pai e/ou o irmão.

As manifestações de tendências bissexuais podem ser reconhecidas durante as fases pré-genitais, nas variações das identificações da criança. Porém, é necessária a luta da fase edipiana para que se revelem as diferenças quantitativas entre as inclinações masculinas e femininas; entre a disposição para correr os riscos do desenvolvimento heterossexual e a tendência a rechaçá-lo, devido à força das tendências opostas. Margaret Gerard, em seu amplo estudo sobre a enurese (99), mostra que a enurese, como um sintoma neurótico, é a manifestação de uma tendência bissexual. Ambos, meninos e meninas, sofrem de terror noturno, cujo conteúdo é o medo de ser atacado por um adulto do sexo oposto. O medo mobiliza a excitação sadomasoquista, que é descarregada pelo ato de urinar. O comportamento dos meninos é regressivo, passivo e autodepreciativo; as meninas são supercompensadoramente ativas, motivadas por sua identificação masculina. Dentre as muitas possíveis variações das constelações do conflito edipiano, selecionamos uma que por acentuar no menino as inclinações femininas e na menina as masculinas reforça as tendências bissexuais do indivíduo.

A fixação das potencialidades do desenvolvimento numa direção particular é um efeito da fase edipiana do desenvolvimento; outro resultado é uma nova estruturação da personalidade, que Freud denominou o superego. Esta "instituição psíquica" representa a incorporação das proibições que, na nossa cultura, exigem a repressão das atividades sexuais na infância. Através da influência controladora do superego, os fatores psicológicos assumem importância na condução do processo de maturação sexual.

O equilíbrio psíquico é um equilíbrio das funções nas várias estruturas da personalidade. Conseqüentemente, o desenvolvimento do período de latência — um período em que a sexualidade é "esquecida" — após as tendências edipianas terem sido reprimidas, depende, de um lado, da força do ego — sua capacidade de reprimir os estímulos perturbadores — e de outro, da intensidade dos estímulos. Há civilizações nas quais o período de latência não é uma exigência cultural. No entanto, nestas, a sociedade também desenvolve meios e regulações para proteger as crianças de sua própria sexualidade e da sexualidade dos adultos (Mead — 151). Apesar das rígidas exigências de repressão dos impulsos sexuais, há muitas crianças que, durante a idade de latência (entre seis e onze ou doze anos), são perturbadas por fantasias sexuais e por atividades que levam a conflitos com o seu ambiente, bem como com seu superego. Ao avaliar os fatores que podem ser responsáveis pela estimulação sexual do período de latência, deve-se considerar várias possibilidades: (1) Um excesso inadequado de excitação é canalizado através do aparelho sexual; (2) os estímulos sexuais irreprimíveis se devem à estimu-

lação endócrina específica; (3) a capacidade do ego de reprimir os impulsos sexuais é demasiadamente fraca e, portanto, os impulsos instintivos não muito fortes podem ultrapassar a barreira e requerer gratificação imediata. A análise pode revelar uma combinação desses fatores. Ocorre freqüentemente o aparecimento de um ego fraco, que não consegue reprimir os impulsos sexuais que se originam das tendências conflitantes. Com base na avaliação psicanalítica do desenvolvimento do indivíduo pode-se apreciar o papel que as experiências sexuais dos períodos edipiano e de latência desempenham, modificando, precipitando e/ou bloqueando a maturação psicossexual. Mas não há evidência de desvios correspondentes nos processos do aparelho endócrino. As observações psicanalíticas tendem a provar que as fixações em níveis pré-genitais da sexualidade e sua repetição compulsiva, durante o período de latência, bem como o medo da castração, que os motiva ou acompanha, atrasam mais do que aceleram a conclusão da maturação sexual. Fenichel supôs que "cada fixação, necessariamente, modifica o status hormonal" (83). Esta suposição, provavelmente, não poderia ter validade ainda que os métodos de investigação endocrinológica fossem mais aprimorados.

Na puberdade, os hormônios gonadotróficos da glândula pituitária estimulam a produção de andrógenos e dos hormônios ovarianos, causando, em ambos os sexos, o aparecimento gradual das caraterísticas sexuais secundárias. A puberdade — a maturação fisiológica das gônadas — põe em movimento os processos emocionais do desenvolvimento, nela envolvidos, que constituem o período da adolescência. Os sintomas inquietantes da adolescência representam as manifestações de uma reorganização dentro da personalidade. Esta é posta em movimento pelo aumento do "excesso de energia" produzido pela atividade das gônadas e de outros processos do crescimento. Porém, seria uma extrema simplificação supor que, durante a adolescência, uma sexualidade fisiologicamente madura luta contra as inibições que, originando-se das proibições sexuais introjetadas do passado e das realidades sociológicas do presente, podem atrasar a gratificação sexual. Estudos recentes de várias pessoas do South Sea* (Montagu — 167) têm revelado que existe um período de esterilidade durante a adolescência em mulheres. Isto mostra que a maturação fisiológica leva muito tempo para ser concluída, mesmo em civilizações nas quais o desenvolvimento psicossexual não passa por períodos de repressão e latência. É natural esperar que o período de adolescência (e a conclusão da maturidade fisiológica) seja ainda mais longo na nossa civilização, onde o objetivo da maturação sexual só pode ser alcançado através da reconciliação do impulso sexual com todas as outras funções da personalidade.

Durante a adolescência, a sexualidade muda de uma excitação prazerosa geral para uma necessidade essencial; sua satisfação ideal só é alcançada pelo coito com um membro do outro sexo. Porém, a energia sexual aumentada provoca o ressurgimento dos conflitos anteriores do desenvolvimento e de

* A autora refere-se a pessoas que habitam as ilhas do Pacífico Sul. (N. da Trad.)

suas respectivas emoções. Ela recarrega os canais das gratificações pré-genitais e reativa as ansiedades, que acompanham o conflito edipiano. Deste modo, no começo da adolescência, uma ansiedade profundamente enraizada separa os sexos. A severidade do conflito adolescente, em ambos os sexos, é determinada por seus dois componentes psicodinâmicos: a intensidade da necessidade instintiva, produzida pela estimulação fisiológica; e o medo da castração que, enraizado nos conflitos anteriores do desenvolvimento, é mobilizado uma vez mais, pela estimulação fisiológica. O processo adolescente é uma interação intrincada entre as forças psíquicas e as fisiológicas, que normalmente leva à resolução do medo da castração.

A maturação sexual significa que o indivíduo aprendeu a encontrar gratificação para suas necessidades instintivas na estrutura de sua consciência. Isto, mesmo sem qualquer elaboração posterior do processo dinâmico, indica que a sexualidade genital, no ser humano adulto, está sob o controle de um ego altamente estruturado. A energia sexual genital, no seu caminho para alcançar a gratificação, tem de sujeitar-se às condições determinadas pelo superego e tem de superar as resistências colocadas diante dela pelo ego; tanto as restrições do superego quanto as defesas do ego podem deter e atrasar a livre expressão e a descarga da libido. Porém, não só o ego e o superego, mas também os impulsos instintivos podem apresentar obstáculos à integração da maturidade sexual: fixações em padrões pré-genitais de gratificação podem absorver energia sexual; a ansiedade produzida pelos conflitos pré-genitais pode desviar esta energia e forçá-la a dirigir-se para os canais infantis. Deste modo, a energia psicossexual pode ser completa ou parcialmente despendida nos processos intrapsíquicos. De acordo com tais considerações da economia dos processos intrapsíquicos, as variações no comportamento sexual nos homens parecem resultar não da produção da energia sexual, mas sim do seu gasto.

Mesmo uma apresentação incompleta da interação entre a maturação sexual e o desenvolvimento da personalidade indica que a integração do impulso sexual, desde suas origens pré-genitais até a maturidade genital, é o eixo ao redor do qual se dá a organização da personalidade. Observando-o do ponto de vista da função sexual, o impulso sexual é organizado de maneira diferente no homem e na mulher, a fim de motivá-los para que cumpram suas funções específicas na procriação.

## 1 — FUNÇÕES SEXUAIS DO HOMEM

A função sexual masculina é executada num ato só: o coito. Por meio deste, o homem gratifica sua necessidade heterossexual ativa e, ao mesmo tempo, lança os espermatozóides no canal genital feminino, possibilitando, deste modo, a fertilização (concepção). Conseqüentemente, o impulso sexual masculino está sob o controle de um grupo de hormônios sexuais — os andró-

genos. No adulto, há uma correlação entre a produção do hormônio gonádico e a premência dos impulsos sexuais (Pratt — 183). Não há, porém, um retorno regular de um ciclo de recessos e reintegrações do padrão psicossexual, diretamente comparável com o ciclo sexual em mulheres. Pode-se observar, nos homens, flutuações emocionais que, embora não ocorram com periodicidade regular, parecem depender da função gonadal. Suas manifestações são clinicamente similares a uma leve depressão. O material psicanalítico revela uma mudança na tendência heterossexual: as atividades extrovertidas gerais, bem como o desejo sexual, parecem diminuir; a energia psicossexual concentrada sobre a própria pessoa causa um estado hipocondríaco. Enquanto nas mulheres tal estado emocional pode ser considerado como correspondendo a um nível baixo do hormônio gonadal, nos homens tal correspondência com a produção do hormônio gonadal ainda não foi investigada. A tendência para tais flutuações emocionais nos homens pode ser independente da produção do hormônio gonadal.

Seja qual for o papel que os hormônios gonadais desempenhem na produção e canalização da energia sexual genital, há observações que indicam que os órgãos terminais das funções sexuais podem ser estimulados por outros fatores que não os gonadais. Sob este aspecto, podemos considerar a percepção da libido como a função psíquica do órgão terminal. Normalmente, a libido é percebida como desejo sexual, como um impulso prazeroso que, transmitido aos órgãos sexuais, sensibiliza-os a descarregar a tensão libidinal em atos satisfatórios. Num recente estudo, W. H. Perloff (179) descreveu o caso de um homem eunuco que sentia desejos heterossexuais e era capaz de atingir a ereção e o orgasmo. Este caso, bem como o caso similar de uma jovem, com agenesia ovariana, que sentia atração heterossexual normal em relação aos homens, é raro. Mas casos como estes indicam que, no ser humano, podem estar presentes a libido e a potência, embora os hormônios gonadais estejam diminuídos ou ausentes. Outras condições, que não são raras, tais como a hiperssexualidade dos indivíduos pós-climatéricos, demonstram também que a tensão libidinal não é proporcional à produção do hormônio gonadal. Por outro lado, há disparidades nos sentimentos libidinosos, bem como no comportamento sexual, que não podem ser relacionadas às quantidades de hormônio produzidas pelas gônadas, mensuráveis pelas técnicas atuais de investigação. A economia dos processos intrapsíquicos — como anteriormente discutido — fornece as explicações para estes fenômenos. Visto que a energia psicossexual pode ser despendida nos processos intrapsíquicos, é prontamente compreensível que a energia sexual genital, embora possa resultar da função gonadal normal, não alcance em cada caso a eficiência necessária para a integração dos aspectos psíquicos e somáticos da sexualidade.

## 2 — FUNÇÕES SEXUAIS DA MULHER

Na mulher, o fluxo e refluxo da produção do hormônio gonadal torna possível estudar a interação entre as funções endócrinas e os processos psicodinâmicos. A primeira de tais investigações foi tentada, quando a autora, em colaboração com B.B. Rubenstein, estudou as manifestações psicossexuais das funções ovarianas (28). Com base em gráficos da temperatura diária e em esfregaços vaginais, foi estabelecido o estado do ciclo ovariano, num grupo de mulheres que submetiam-se à psicanálise. Os registros psicanalíticos foram analisados, numa tentativa de averiguar se há mudanças e flutuações nas manifestações psicossexuais das pacientes, que se relacionem especificamente com o ciclo ovariano. Com base neste estudo, foi delineado um gráfico do ciclo menstrual. Quando os dados, obtidos independentemente, foram comparados, foi constatado que eles coincidiam quase que exatamente; ambos os métodos foram capazes de estabelecer as fases significativas das funções ovarianas. Nas mulheres, o comportamento sexual é motivado por uma grande variedade de fatores; as tendências biológicas são disfarçadas e modificadas pelos padrões culturais e pelos processos do desenvolvimento que determinam as variações individuais na expressão sexual. Apesar da complexa estrutura da personalidade humana, este estudo estabeleceu que (1) as manifestações emocionais do impulso sexual, como a própria função reprodutora, são estimuladas pelos hormônios gonádicos; (2) paralelamente à produção do estrógeno, uma ativa tendência heterossexual extrovertida motiva o comportamento; (3) paralelamente à fase progesterônica, a energia psicossexual volta-se para a própria pessoa, como uma tendência passivo-receptiva e retentiva; portanto, (4) paralelamente ao ciclo hormonal, desenvolve-se um ciclo emocional. Juntos, o ciclo hormonal e o emocional representam o ciclo sexual.

O ciclo sexual inicia com a fase maturativa folicular, durante a qual os estrógenos são gradualmente produzidos. As tendências heterossexuais ativas podem ser reconhecidas no comportamento sexual manifesto ou disfarçado, nos sonhos e fantasias e numa vivacidade aumentada nas atividades extrovertidas do indivíduo. De fato, parece que os estrógenos, nos seres humanos, como nos mamíferos inferiores, servem para provocar a atividade sexual. Ao mesmo tempo, os estrógenos também estimulam o ego a uma maior integração e coordenação de suas atividades em outras áreas além da sexual.[4]

4 — Ao avaliar a intensidade da necessidade heterossexual, deve-se considerar as mudanças afetivas, que ocorrem após sua gratificação, ou devido à sua frustração; nesta última situação, a tensão emocional aumenta; na primeira, ela relaxa. Do mesmo modo, deve-se considerar as defesas contra as tendências heterossexuais nos indivíduos inibidos. Nestas pessoas, em coordenação com a produção de estrógeno, as defesas características contra a sexualidade são mobilizadas e tornam-se cada vez mais carregadas de afetos, à medida que a produção de hormônios aumenta. Em tais pessoas, a ansiedade e/ou hostilidade em relação aos homens pode encobrir as tendências heterossexuais.

Ao redor do momento da ovulação, a produção de estrógeno alcança seu pico e combina-se com a incipiente produção de progesterona; esta continuação é o estímulo para o nível mais alto de integração psicossexual, isto é, a disposição biológica e emocional para a concepção. Esta encontra expressão no aumento da disposição libidinal para receber o parceiro sexual, ou, se isto não é possível, num aumento da tensão emocional; isto, freqüentemente, caracteriza o estádio pré-ovulatório.

Após a ovulação, há um súbito alívio da tensão heterossexual e segue-se um período de relaxamento; a direção da energia psicossexual muda e passa a concentrar-se no corpo da mulher e seu bem-estar. O efeito é uma erotização generalizada; a disposição para receber o parceiro sexual é geralmente consciente; o desejo da fecundação e da gravidez é, por via de regra, reconhecível apenas em sonhos e fantasias. Enquanto a atividade do corpo lúteo (a produção de progesterona) aumenta, um período comparável ao "período de repouso" nos mamíferos inferiores desenvolve-se e prolonga-se por vários dias. O material psicológico que corresponde a este período pode ser resumido como sendo uma preparação para a maternidade. Esta pode ser expressa como um desejo ou temor da gravidez e/ou como uma atitude defensiva hostil contra ela. A análise deste material geralmente revela a repetição dos conflitos que a mulher teve na infância e que ela pode, inconscientemente, manter com sua mãe; é reconhecido o esforço para resolver tais conflitos e para a reconciliação com a mãe, especialmente na aceitação e no desejo da maternidade. Nestes casos, as fantasias de ter filhos e a preocupação com o cuidado do filho predominam no material psicológico. Se este nível de maturação psicossexual não é alcançado, é expresso o desejo regressivo da mulher de ser, ela mesma, a criança e de ser cuidada, geralmente acompanhado por um estado depressivo.

Se não ocorre a fecundação, a produção de progesterona declina e o baixo nível hormonal subseqüente caracteriza a fase pré-menstrual do ciclo. As reações emocionais da mulher revelam sua percepção do "grau moderado de deficiência ovariana"[5], que representa a fase pré-menstrual. Paralelamente a esta, dá-se uma regressão parcial da integração psicossexual e tendências pré-genitais — usualmente sádico-anais e eliminatórias — aparecem na motivação do material psicanalítico. Isto, junto com a irritabilidade geral aumentada do sistema nervoso simpático, pode explicar por que a fase pré-menstrual é freqüentemente descrita como a neurose recorrente das mulheres (Chadwick — 46). Seus sintomas mostram grandes variações: a apreensão geral e o medo de sangrar parecem reviver a idéia de que a menstruação é equivalente à castração; assim sendo, conceitos sexuais infantis podem retornar em sonhos em que aparece ansiedade, e podem também motivar a irascibilidade, quando as mulheres estão acordadas. Em outros casos, a fadiga, a irritabilidade e as crises de choro indicam uma condição depressiva. O próprio estado hormonal mostra variações e, portanto, a fase pré-menstrual é acompanhada de

5 — R.G. Hoskins: *Endocrinology*. New York, W. W. Norton & Company, Inc., 1941.

diferentes estados emocionais em diferentes indivíduos; ela também pode mudar na mesma mulher de um ciclo parao outro. O material psicanalítico do final da fase pré-menstrual revela correlações com (a) um nível baixo de hormônio, que é o resultado da diminuição simultânea de ambos os hormônios; (b) declínio da progesterona e incipiente produção de estrógeno; (c) declínio da progesterona e aumento da produção de estrógeno. A última situação é uma constelação, na qual a tendência eliminatória, juntamente com o declínio da progesterona, une-se à tendência heterossexual. O estado emocional correspondente é caracterizado por um aumento de tensão, que empresta uma qualidade "impulsora" a todas as atividades destes dias. Em muitos casos, a mulher fica satisfeita por estar trabalhando mais do que em outras vezes; mas com maior freqüência elas se queixam da agitação que acompanha sua hiperatividade. Ao mesmo tempo, o desejo sexual mostra uma premência que a mesma mulher talvez não experiencie em outras fases de seu ciclo sexual. Descrevendo os mesmos fenômenos do ponto de vista do ego, também é possível defini-la como sendo uma regressão, como se o ego tivesse sido privado de parte de sua capacidade integradora e fosse incapaz de mediar entre as várias necessidades; todos os desejos parecem imperativos, todas as frustrações insuportáveis; todas as emoções menos controladas e a mulher parece menos tranqüila do que durante outras fases do ciclo sexual. Felizmente, a reação à flutuação hormonal pré-menstrual não permanece a mesma durante todo o período reprodutivo da mulher. Com a maturação sexual ulterior, especialmente após o nascimento de um filho, as regressões parecem ser absorvidas pelos processos adaptadores do desenvolvimento.

O término do ciclo sexual é marcado pelo fluxo menstrual que, precedido por uma súbita diminuição da produção de hormônio, prolonga-se por vários dias. Logo que se estabelece o fluxo, o estado de tensão relaxa, a excitabilidade diminui e a mulher adulta aceita a menstruação geralmente com alívio. As atitudes depressivas tendem a continuar desde a fase pré-menstrual, incluindo o período do fluxo. Embora a explicação para isto possa ser hormonal, é interessante notar que o material psicológico correspondente pode ser interpretado como pesar pelo fracasso no engravidar. As mulheres, então, freqüentemente recordam experiências tristes ou sentem remorso pelos abortos prévios; elas depreciam os órgãos genitais femininos, que lhes parecem supérfluos; elas identificam o fluxo menstrual com as fezes e, assim sendo, os órgãos genitais são considerados sujos e a personalidade é depreciada. Após alguns dias, normalmente ainda durante o fluxo, recomeça a função folicular do novo ciclo e, concomitantemente, aparecem a estimulação sexual e um estado de bem-estar.

Este é, de fato, um esboço esquemático do ciclo sexual, mas pode ser suficiente para demonstrar que a flutuação cíclica dos hormônios força a canalização ordenada dos processos emocionais da mulher adulta.

Por outro lado, também os fatores emocionais exercem influência sobre as gônadas. O estudo comparativo de uma série de ciclos da mesma mulher revela os efeitos que fatores emocionais, estimuladores ou inibidores, têm sobre o curso do ciclo gonadal. É bem conhecido o fato de que as emoções podem precipitar ou atrasar o fluxo menstrual; é menos conhecido o fato de que a época da ovulação também, pode variar sob influências similares. Por exemplo, a relação heterossexual excitante ou gratificante pode facilitar a ovulação, enquanto a frustração ou o medo pode inibi-la. A época da ovulação oscila tanto que, provavelmente, não existe um período invariável de infertilidade na espécie humana (embora esta condição seja alcançada aproximadamente na última semana que antecede a menstruação). Do mesmo modo, o número de ovulações, a freqüência de ciclos anovulatórios e os sintomas da fase pré-menstrual — mais em algumas mulheres do que em outras — são também influenciados por fatores emocionais. O estudo comparativo dos ciclos sexuais de vários indivíduos revela que o padrão do ciclo desenvolve-se de acordo com os fatores constitucionais e ambientais que determinam a estrutura da personalidade. A característica mais evidente do ciclo é a sua duração — isto é, o intervalo entre duas menstruações. A duração média é vinte e oito dias; algumas mulheres menstruam com intervalos de vinte e um a vinte e três dias; outras, também dentro da faixa da normalidade, têm ciclos que duram de trinta e dois a trinta e cinco dias. O que melhor revela o padrão do ciclo hormonal é o relacionamento intrincado entre as fases estrogênica e progesterônica do ciclo.

A progesterona é o hormônio especificamente feminino. Enquanto os estrógenos podem ser produzidos em graus variáveis desde a infância, em ambos os sexos, a progesterona aparece apenas após a puberdade, como uma função do óvulo. É compreensível que sua relação com a produção estrogênica, sua deficiência relativa ou sua predominância, determine as variações do ciclo. Se a pessoa alcançar a maturidade sexual normal sem traumas de fixação nas fases pré-genitais, os ciclos hormonais — isto é, o relacionamento entre as fases estrogênica e progesterônica do ciclo — serão normais; isto significa que a ovulação é praticamente normal e que a duração do ciclo é normal. Se — devido à constituição ou a traumas que incapacitam, ou em razão da interação de ambos — ocorre fixação num nível pré-genital, o distúrbio da maturação psicossexual refletir-se-á no ciclo. Por exemplo, em pessoas bissexuais, pueris, a fase progesterônica não se desenvolve plenamente; elas geralmente têm ciclos curtos. Mulheres cuja fixação infantil causa um predomínio das tendências receptivo-retentivas (por exemplo, casos de bulimia, obesidade) geralmente têm fases progesterônicas longas e também ciclos longos. Se o desenvolvimento psicossexual é ainda mais inibido, o ciclo caracteriza-se por períodos longos de baixo nível hormonal; o fluxo menstrual pode ocorrer com irregularidades dentro da faixa normal. Enquanto o padrão do ciclo hormonal desenvolve-se concomitantemente com os fatores que determinam o desenvolvimento psicossexual, o curso psicodinâmico do ciclo parece

uma repetição condensada do desenvolvimento, sob o estímulo do ciclo hormonal.

O estudo do ciclo sexual permite extrair conclusões significativas a respeito da organização do impulso sexual feminino. Correspondendo às duas fases da função sexual feminina, ele apresenta duas tendências que agem sucessivamente: uma tendência ativa, cujo objetivo é assegurar o ato sexual, e uma tendência passiva (receptivo-retentiva), que age para assegurar as funções da gravidez. Helene Deutsch (63), através de observações psicanalíticas, chegou à conclusão de que uma "tendência à introversão" e uma "passividade profundamente enraizada" são as qualidades específicas da psique feminina. O estudo do ciclo sexual confirma este ponto de vista e determina seu substrato fisiológico. Já que estas tendências manifestam-se a intervalos periódicos, paralelamente à atividade do hormônio gonádico especificamente feminino, a progesterona, temos razão para supor que as tendências psicodinâmicas, que preparam emocionalmente para a maternidade, representam uma qualidade genuína da predisposição inata *(anlage)* psicossexual feminina.

### *Gravidez*

Quando ocorre a gravidez, a função cíclica dos ovários é interrompida e só se restabelece com regularidade após o término da lactação. A psicologia da gravidez — seus processos psicodinâmicos básicos — é prontamente compreendida à luz do que se conhece sobre a psicologia da fase progesterônica. As tendências receptivas e retentivas e a tendência para a introversão das energias psíquicas também caracterizam a gravidez; a intensidade, porém, é várias vezes multiplicada, correspondendo ao grande aumento da produção hormonal.

A interação entre a mãe e o feto — a simbiose — começa após a concepção (Benedek — 26). O aumento dos processos hormonais e metabólicos gerais, que são necessários para manter a gravidez, produz novamente um "excesso de energia" e reabastece o depósito do narcisismo primário da mulher. A mulher grávida, em sua tranqüilidade vegetativa, usufrui o prazer que seu corpo, repleto de sentimentos libidinosos, lhe proporciona. Isto aumenta seu bem-estar e torna-se a fonte de seu espírito maternal. A gratificação narcisista primária da gravidez aumenta a paciência da mãe com relação aos desconfortos da gravidez. Outro fator, na psicologia da gravidez, é expresso pela intensificação das tendências receptivas. Este é a manifestação do processo biológico de crescimento ao qual ele serve. Não só pode a mulher grávida desejar "comer por dois";[6] mas também são revividas suas necessidades dependentes. Ela floresce na solicitude de seu ambiente, e se seus desejos não são satisfeitos

6 — Dr. Thomas S. Szasz em dois trabalhos recentes (224, 225) discute a hipersalivação que ocorre durante a gravidez, à luz dos fenômenos regressivos do sistema nervoso autônomo.

o sentimento de frustração resultante aumenta a tensão de suas necessidades receptivas, o que pode destruir o estado narcisista primário da gravidez e, deste modo, interferir no desenvolvimento do espírito maternal.

Embora a gravidez seja biologicamente normal, ela é uma condição excepcional que testa as reservas físicas e psicológicas da mulher. Enquanto toda a sua economia metabólica e emocional é concentrada nas tarefas da gravidez, seu ego parece regredir, se comparado ao nível habitual de integração do mesmo. Ao mesmo tempo, em um nível biológico, a dimensão da pesrsonalidade total amplia-se para circundar seu filho. Se a mãe sente-se cada vez mais capaz de amar e de cuidar do filho, então ela experiencia uma melhora do seu estado emocional. Muitas mulheres neuróticas que, em outras ocasiões, sofrem de ansiedade, libertam-se desta durante a gravidez; outras libertam-se de depressões e de extremas alterações de humor. Muitas mulheres, apesar do desconforto físico e da náusea, sentem-se emocionalmente estáveis e têm uma "boa época" durante a gravidez. As razões desta melhora ainda estão por ser avaliadas: se deve ser atribuída à estimulação hormonal e metabólica geral ou à gratificação pelo fato da personalidade ter já atingido seu objetivo na procriação; isto provavelmente varia de caso a caso.

*Parturição*

Estudos recentes feitos por Dunbar (219) e outros têm tentado avaliar a influência que a atitude psicológica da mãe exerce sobre o processo da parturição. Eles têm empregado vários métodos de "higiene mental" durante o acompanhamento da gravidez, a fim de diminuir o medo que a mulher sente do parto. Por outro lado, a obstetrícia moderna emprega a hipnose e várias formas de anestesia para tornar o parto indolor. Até que ponto estes procedimentos ajudam a mãe a recuperar-se do parto com os sentimentos felizes da maternidade, e sob que aspecto estes procedimentos interferem nesses sentimentos, tem de ser avaliado por um extenso estudo de casos. Sem dúvida, há muitos casos nos quais o trauma obstétrico tem afastado a mãe de seu filho. Mas a grande maioria das mulheres deu e ainda dá à luz sem anestesia; elas geralmente recuperam-se rapidamente e sorriem para o filho com felicidade. É do conhecimento geral o fato de que as mulheres logo esquecem as dores do parto. Há, também, muitas mulheres modernas que, tendo dado à luz sob anestesia, sentem-se privadas da importante sensação da maternidade; elas se queixam de que a falta de memória do parto fez com que fosse difícil para elas aceitar o bebê como seu e sentir-se "maternal" em relação a ele.

A parturição interrompe a simbiose biológica entre a mãe e o bebê. O processo não é traumático apenas para o bebê, mas também para a mãe. As alterações hormonais que induzem e controlam a parturição, as dores do trabalho de parto e a excitação, mesmo sem o uso de narcóticos, interrom-

pem a continuidade emocional da unidade mãe-filho. Durante o parto, a mãe concentra-se na sua sobrevivência. Após o parto, o amor pelo recém-nascido brota dentro dela, assim que ela ouve pela primeira vez o choro do bebê. Com o sentimento de um "trabalho bem feito" ela relaxa; seu organismo prepara-se para a função seguinte da maternidade — a lactação.

A lactação é uma função estimulada e mantida por um hormônio específico do lobo anterior da glândula pituitária, a prolactina. A influência da prolactina sobre a realização das tarefas da maternidade é bem estudada em animais. No ser humano, tem-se a tendência de negligenciar os aspectos puramente fisiológicos de uma conquista tão valiosa quanto a da maternidade. A preparação fisiológica para a lactação indica que o corpo da mulher após o parto ainda não está pronto para abrir mão da simbiose com seu bebê; a lactação representa uma simbiose extra-uterina entre a mãe e a criança. Os aspectos psicodinâmicos que acompanham a lactação são similares aos da fase progesterônica do ciclo.[7] Durante esta fase, a tendência para a maternidade é expressa por tendências receptivas ativas e passivas. Durante a lactação estas tendências adquirem intensidade; elas se convertem no eixo em torno do qual giram as atividades do espírito maternal. O desejo da mãe de amamentar o bebê, de estar em estreito contato corporal com ele, representa a continuação da simbiose original e isto produz sensações táteis prazerosas, não só para o bebê, como também para a mãe. Quando o bebê recebe o seio, a mãe sente-se unida ao filho. A identificação com o bebê permite à mãe "regredir" — isto é, repetir e satisfazer suas próprias necessidades de dependência passivo-receptivas. Através do processo de identificação entre a mãe e a criança, a lactação permite uma integração lenta, passo a passo, do espírito materno normal. Se este processo do desenvolvimento da mulher é suprimido, as mudanças a que é submetida a função hormonal podem perturbar o equilíbrio psicodinâmico, que é a fonte do espírito materno.

A vulnerabilidade do desenvolvimento da mulher ao espírito materno pode ser explicada através de um sumário dos processos psicodinâmicos do puerpério e da lactação; esta fase da vida da mulher é dominada pelas tendências orais-receptivas. Um conceito bem estabelecido, em psicanálise, é o de que a intensificação das tendências orais-receptivas representa as condições psicodinâmicas para o desenvolvimento da depressão (Abraham, Freud — 3,93). Deste modo, as tendências psicodinâmicas que acompanham a maternidade e a amamentação predispõem a mulher à autocrítica com relação a essas mesmas funções. Ela se torna hipersensível no que diz respeito a sua capacidade de ser uma boa mãe. Cada indicação de seu fracasso — o choro do bebê, por exemplo, — aumenta o seu sentimento de inferioridade e pode

7 — A prolactina e o estrógeno agem como antagonistas. Durante a gravidez, a produção elevada de estrógeno suprime a função mamária; durante a lactação normal, a prolactina inibe a produção de estrógeno. Portanto, a maior parte das mulheres não ovula ou menstrua durante a lactação.

levá-la a uma tensão ansiosa e à depressão. Assim como a supressão da lactação pode interferir no espírito materno, também um fracasso do espírito materno, originado em outras fontes da personalidade, pode interferir na lactação. O conhecimento popular sempre acreditou que o estado emocional da mãe influenciava sua capacidade de amamentar o bebê; se ela estava feliz, seu leite era "bom" e, assim, o bebê desenvolvia-se; se ela estava infeliz, deprimida ou nervosa, a quantidade e a qualidade do seu leite mudavam e causavam cólica e outros sofrimentos no bebê. Cabe a um estudo posterior da simbiose externa entre a mãe e o filho fornecer a explicação científica para estas observações desafiadoras.

Quando termina a lactação, completa-se a tarefa reprodutora da mãe para com a criança; a função cíclica dos ovários é restabelecida, a fim de prepará-la para sua prole seguinte. Através da repetição cíclica da preparação para a maternidade e da satisfação desta necessidade instintiva, a mulher alcança sua maturação sexual, bem como a conclusão do desenvolvimento de sua personalidade.

*A menopausa*

Nas mulheres, o período reprodutivo dura, em média, aproximadamente trinta e cinco anos. Seu declínio aproxima-se gradualmente; seu final é marcado pela cessação do fluxo menstrual — menopausa — que ocorre durante o período de "mudança de vida" — isto é, durante o climatério. Em nossa cultura, este período é, geralmente, antecipado com apreensão, já que as mulheres supõem que o climatério representa um período de grave stress físico e mental. No entanto, há muitas mulheres que dificilmente notam a transição; outras sofrem, por um maior ou menor período, de inquietação e irritabilidade, de insônia, palpitação e "ondas de calor" — isto é, de sintomas que podem ser atribuídos à instabilidade do sistema nervoso autônomo. Há evidência de uma diferença no processo de degeneração tecidual dos ovários, comparando-se mulheres que nunca deram à luz com aquelas que já tiveram várias gestações. A menopausa instala-se mais cedo e com reações mais intensas no primeiro grupo do que no último. Este achado harmoniza-se com as observações psicanalíticas — isto é — com a completa maturação e função sexual; as manifestações emocionais regressivas, que caracterizam o declínio hormonal da fase pré-menstrual, são absorvidas pelos processos de adaptação do desenvolvimento. Portanto, quando a estimulação gonadal diminui definitivamente, a economia emocional da mulher sadia não é gravemente ameaçada pela perda da estimulação hormonal. Uma vez integrada sua personalidade, a mulher se independiza da estimulação gonadal para manter as sublimações do período reprodutivo.

Mulheres que não foram capazes de adaptar-se ao declínio pré-menstrual mensal dos hormônios e que tiveram depressões pré-menstruais e dismenorréia

tendem a sofrer novamente de desconfortos no climatério. Muitas mulheres sofrem de manifestações somáticas, neuróticas e até mesmo psicóticas que, por ocorrerem na época da menopausa, são freqüentemente atribuídas aos stresses do climatério. Mas o estudo psicanalítico de tais casos revela que os sintomas que aparecem agravados durante o climatério já tinham existido (ou, quando latentes, tinham sido pré-formados) num equilíbrio precário da personalidade durante o período reprodutivo. A história da vida e a estrutura da personalidade, em grande percentagem destes casos, revelam que: (1) a disposição bissexual desempenha um papel perturbador no desenvolvimento e (2) a economia psíquica estava dominada — assim como a do homem — pelas pulsões do ego, mais do que pela gratificação emocional primária do espírito maternal.[8]

O climatério é diferente naquelas mulheres cuja capacidade de adaptação não foi esgotada pelos processos neuróticos anteriores. Quando a cessação do crescimento biológico libera a energia psíquica, anteriormente empregada nas tarefas reprodutivas, esta dá ao ego flexível de tais mulheres um novo ímpeto para a aprendizagem e a socialização. Os múltiplos interesses e a produtividade das mulheres, após o climatério, bem como a melhora na sua saúde geral, física e emocional, levam-nos a considerar o climatério, no sentido psicológico, como uma fase do desenvolvimento (Benedek — 25).

## 3 — DISFUNÇÕES PSICOSSEXUAIS

As disfunções da sexualidade são freqüentemente distinguidas, como manifestações de hipo ou hipersexualidade. A discussão precedente indica, porém, que tal distinção tem um significado mais descritivo do que psicodinâmico ou endocrinológico. Os termos que designam os vários sintomas das disfunções sexuais não se referem a entidades nosológicas bem definidas. Os sintomas podem mudar no mesmo indivíduo, podendo este apresentar um ou outro sintoma, o que é motivado não apenas por alterações do desenvolvimento cuja psicodinâmica é mais ou menos permanente, mas também por circunstâncias transitórias, que influenciam o estado de espírito e aumentam o desejo, bem como a ansiedade relacionados ao ato sexual.

A inibição sexual pode ser sentida como timidez para com o sexo oposto, ou como falta de interesse ou antipatia em relação à atividade sexual. Ela pode ser racionalizada pelo medo da doença venérea, bem como pelas exigências culturais de castidade. Estas emoções, bem como suas racionalizações, servem como defesa contra conflitos sexuais mais significativos, que poderão permanecer reprimidos enquanto a relação sexual for evitada. Neste sentido, a impotência nos homens e a frigidez nas mulheres podem ser consideradas como defesas do ego.

8 — Expressando-nos em termos de hormônios, podemos dizer que a fase estrogênica predomina sobre a fase progesterônica do ciclo sexual destas mulheres.

A impotência é um sintoma que fere profundamente a auto-estima do homem. Ela serve como proteção contra conflitos e impulsos que poderiam ameaçar o próprio indivíduo, se os controles do ego fossem diminuídos pelo êxtase sexual. A impotência, por exemplo, pode manter reprimidas fantasias e impulsos sádicos. A fantasia de que o pênis é um órgão com poder destrutivo, que poderia causar dano irreparável à mulher amada, é somente a negação e a projeção da ansiedade de castração, que é a motivação básica de todas as inibições sexuais. O medo de perder o pênis pode interferir com o grau de ereção, ou pode causar a perda da ereção "ante portas". A severidade da impotência pode ser avaliada pelo vigor ou pela debilidade das ereções. Em casos leves, a impotência pode ser o resultado de um "condicionamento negativo," por assim dizer. Depois que o homem experienciou um fracasso, a vergonha e a apreensão podem impedir sua ereção, quando ele tenta novamente manter uma relação sexual. A impotência representa um sintoma mais severo se motivada por tendências bissexuais conflitantes; em tais casos, a ereção pode diminuir rapidamente ou pode não ser completa. A motivação psicodinâmica da impotência está, então, estreitamente relacionada à da ejaculação precoce.

A ejaculação precoce pode variar quanto à sua intensidade e freqüência. Os casos leves caracterizam-se pela brevidade do ato e/ou pela tendência para um fluxo passivo do fluido seminal, sem o ritmo muscular do orgasmo. Isto pode ocorrer ocasionalmente em homens cuja potência é normal. Isto é, pode acontecer que o impulso eliminatório, um dos elementos do ato orgástico, supere o outro, o elemento de retenção, frenador. Tal eventualidade pode ocorrer após longa abstinência. A pressão do fluido seminal parece, então, impor uma rápida descarga, ilustrando o fato de que os órgãos sexuais masculinos têm uma função primariamente eliminatória. Abraham (1) estudou as várias formas de ejaculação precoce e descreveu sua dinâmica, à qual pouco foi acrescentado. A ejaculação precoce representa uma fixação no erotismo uretral. Esta fixação libidinal é geralmente "treinada" pela enurese e pela masturbação e está, portanto, vinculada à culpa e a sentimentos de inferioridade; ela geralmente leva a uma identificação inconsciente do sêmen com a urina, o que causa o impulso para uma eliminação imediata, quando é sentida a pressão.[9] Isto indica que aqueles que sofrem de ejaculação precoce não integram na tendência passivo-eliminatória primária o componente ativo, agressivo-eliminatório do impulso sexual, sem o qual a primazia genital do pênis não pode ser alcançada. Apenas uma mudança rítmica entre as tendências eliminatórias ativas e as retentivas cria o orgasmo. Abraham reconheceu a orientação feminina da principal zona erógena, no caso da ejaculação precoce:

9 — Isto não explica por que há tal resistência contra a retenção da urina e o controle do esfíncter. O sintoma representa uma regressão a uma fase anterior de funcionamento infantil, quando a bexiga era esvaziada passivamente, sem a necessidade de superar a tensão do esfíncter.

o clímax da excitação é sentido na raiz do pênis e no períneo, mais do que na glande e na haste do pênis. Isto indica que a ejaculação precoce é motivada pelo componente feminino do "anlage" sexual que, no processo de maturação sexual, não foi dominado e substituído.

A ejaculação retardada é sintomativamente o oposto da ejaculação precoce: a tendência para reter supera a tendência para eliminar e, deste modo, interfere com a descarga orgástica. Este sintoma também pode ocorrer em indivíduos com potência normal, especialmente após exaustão sexual. Como um sintoma patológico, ele expressa a ansiedade vinculada à perda do sêmen. Enquanto a ansiedade de castração, nestes casos, não afeta o desejo e o poder de ereção e de introdução, a ejaculação é inibida pela ansiedade de aniquilamento, ou pelo medo da morte. Portanto, a tendência originalmente sádico-anal, retentiva, comanda a regulação do ritmo orgástico. Não seria de surpreender se uma observação mais minuciosa revelasse que o sintoma está relacionado à esterilidade funcional nos homens.

O fato de que o erotismo uretral está intimamente entrelaçado com o erotismo genital infantil é responsável pelo sintoma de enurese. Esta condição geralmente ocorre durante o período de latência e, na grande maioria dos casos, é superada quando a função da gônada inicia. O desaparecimento da enurese na puberdade é provavelmente o resultado da maturação dos órgãos sexuais. A excitação que era descarregada pelo erotismo urinário pré-genital desloca-se para os órgãos genitais e é descarregada por meio de emissões noturnas.[10] Porém, há casos em que a enurese persiste após a puberdade.

A preocupação com o erotismo urinário na infância deixa traços na área psicossexual, que podem ser novamente despertados por outra estimulação que não a sexual. Não só as gratificações libidinais provocam a preocupação da criança com o ato de urinar; as primeiras gratificações do ego e o senso de domínio também estão vinculados à aprendizagem do controle esfincteriano. Portanto, a auto-estima da criança desenvolve-se, em grande parte, em conexão com sua primeira conquista, bastante elogiada. Mais tarde, durante o período de latência, a luta do ego pelo poder, sua ambição pelo sucesso na competição, é expressa e permanece conectada para sempre com o erotismo uretral (Jones, 127). Portanto, excitações originalmente de natureza não sexual vêm a ser descarregadas pelo trato urinário. Por exemplo, a tensão ansiosa, especialmente se a ansiedade está relacionada à performance e à conquista do ego, pode causar o aumento da diurese. Os rins enchem a bexiga com grandes quantidades de urina (de densidade específica muito baixa) e impelem a uma preocupação com o controle da bexiga e com o ato de urinar. Alguns indivíduos erotizam o processo a tal ponto, que o fato de beberem grande quantidade de água e a subseqüente descarga de grande quantidade

10 — Nas meninas, o equivalente da emissão noturna, o orgasmo, dificilmente pode ser responsável pela cessação da enurese após a puberdade. Com a maturação dos órgãos sexuais, outras tendências adquirem intensidade e comandam a descarga da excitação sexual.

de urina imitam o diabete insípido. Em outros casos, a própria poliúria ativa a ansiedade em relação ao controle da bexiga; o medo de "ser tarde" ativa uma tensão sadomasoquista e a freqüência urinária. Este ato de urinar forçado pode ser acompanhado de espermatorréia, que é um derramamento no qual o fluido seminal (ou na maioria das vezes as secreções prostáticas) escapa. A masturbação, ou melhor, o medo de seus resultados, pode causar este sintoma em homens mais jovens; porém, ele ocorre mais comumente em homens mais velhos, especialmente quando a próstata está aumentada e há preocupações com a freqüência urinária. Este pode então ser um dos sintomas do climatério masculino. O termo climatério é freqüentemente aplicado ao período do declínio da função reprodutora em ambos os sexos. O processo difere no homem e na mulher, de acordo com as diferentes organizações da função reprodutiva. Nos homens, não há uma cessação definida do período reprodutivo, comparável à menopausa nas mulheres. Nos homens, não só o impulso sexual, mas também a capacidade reprodutiva podem ser reativados, mesmo depois de parecer já extintos. No entanto, com o avançar dos anos, a capacidade sexual declina notadamente. O modo como o indivíduo responde à diminuição de sua potência sexual depende da organização total da personalidade. O indivíduo bem equilibrado enfrenta sem dificuldade esta situação, encontrando compensação em suas realizações e em sua família. Alguns indivíduos, porém, especialmente aqueles cuja formação de caráter é marcadamente narcisista, podem responder à insegurança relativa à potência com uma regressão. Já que um fracasso na potência pode aparecer como um dano irreparável à personalidade, ele pode ativar o sempre latente medo da castração; este, por sua vez, motiva os sintomas que fazem supor que existe um climatério masculino. Em alguns casos, com a perda do vigor pode ocorrer a erotização das tendências regressivas; então podem desenvolver-se desordens urinárias, como as descritas acima. Em outros casos, o esforço para manter a potência, quando o efeito integrador dos andrógenos já se dissipou, desperta fantasias infantis e tendências para a perversão sexual. Pode, portanto, desenvolver-se uma pseudo-hipersexualidade. Já que se sabe que, no período involutivo, o hormônio gonadal é deficiente, as perversões que podem acompanhar este período não representam uma hipersexualidade num sentido fisiológico. Elas representam fixações e regressões a tendências sexuais pré-genitais (Fenichel — 83).

O termo homossexualidade, usado de maneira imprecisa, inclui todas as práticas sexuais entre membros do mesmo sexo. Estão bem estabelecidas as motivações psicodinâmicas de cada variedade de perversão homossexual, iniciando com a simples interrupção do desenvolvimento heterossexual e incluindo as de condições sexuais funcionais intermediárias, nas quais o sentimento erótico pelo sexo oposto parece inconcebível. Porém, as correlações das constelações psicodinâmicas com os indicadores hormonais e corporais das aberrações sexuais são insuficientes. Em alguns casos de homossexualidade — mas não em todos, nem mesmo em relação à severidade da perversão

— alguns aspectos da constituição física do corpo, o crescimento dos pêlos, o modo de andar e os gestos, revelam que a homossexualidade está profundamente arraigada não apenas na constituição emocional, mas também na constituição física. Tem havido várias tentativas para resolver o enigma, procurando determinar o suposto desequilíbrio endócrino, com o propósito de provar que uma razão andrógeno-estrógeno revertida é a base da homossexualidade. Já que são grandes as variações deste indicador da bissexualidade também nos assim chamados indivíduos normais, os resultados não solucionam o problema da homossexualidade. Na literatura há casos em que a implantação de enxertos testiculares mudou a direção da libido. A terapia hormonal, porém, geralmente fracassa, já que o aumento da tensão hormonal requer a descarga numa direção homossexual (Perloff — 179). Apesar disto, a terapia psicanalítica parece conseguir uma mudança nas constelações psicodinâmicas apenas naqueles casos em que o retardo do desenvolvimento supera os fatores motivadores biológicos.

A hipersexualidade e/ou maturidade precoce está descrita na literatura; não há estudos psicanalíticos de tais indivíduos. Há algumas indicações de que as tendências pré-genitais, que alcançam tal preponderância na área psicossexual a ponto de originar perversões permanentes, podem ter representado uma precocidade parcial, uma hipersexualidade parcial, na infância. Para expressar isto em termos psicológicos: tendências instintuais parciais podem absorver uma parte tão grande da libido disponível que, como resultado, elas não podem ser integradas no processo de desenvolvimento da sexualidade; isoladas, elas se dirigem para uma descarga independente. Tal descarga parcial não consegue canalizar completamente toda a energia sexual. Conseqüentemente, a necessidade de gratificação das tendências parciais surge em rápidas seqüências; elas parecem insaciáveis. Portanto, as perversões dão a impressão de hipersexualidade. Mas, se medida no equilíbrio psicossexual total, a pouca quantidade se evidenciará na diminuição da potência orgástica.

Todas as manifestações de hipo e hipersexualidade aqui discutidas — exceto as do climatério masculino — demonstram que as disfunções do aparelho sexual são motivadas por conflitos intrapsíquicos e, portanto, pelo consumo interno da energia psicossexual; embora seus sintomas possam ser somáticos, elas não têm um correlato endocrinológico suficientemente maciço para ser detectado pelos atuais métodos da endrocrinologia. Elas são disfunções psicossexuais na acepção real da palavra.

As disfunções psicossexuais das mulheres são facilmente relacionadas à função dos ovários, já que esta se expressa diretamente, nas variações do ciclo sexual e nas variações dos sintomas menstruais.

Porém, a frigidez, a disfunção psicossexual mais freqüente, só pode ser relacionada à função ovariana em casos raros de hipogonadismo severo. Em todos os outros casos, as mulheres podem apresentar qualquer forma e grau de frigidez e, ao mesmo tempo, uma função gonadal normal. Sem dúvida, muitas mulheres têm filhos e tornam-se boas mães, sem nunca ter experien-

ciado o orgasmo. Pois, nas mulheres, em grau maior do que nos homens, a qualidade da experiência sexual depende do parceiro, de sua potência e habilidade, de sua capacidade de vencer a timidez e o temor sexual da mulher. Existem, é claro, mulheres cuja capacidade orgástica não está inibida e que também, pela constituição anatômica do aparelho sexual, atingem facilmente o orgasmo. A complexidade da maturação sexual nas mulheres, com todas as suas implicações culturais, tende a criar defesas contra a sexualidade, expressas pelas inibições da capacidade da mulher para atingir o orgasmo. As motivações psicodinâmicas da frigidez são as mesmas da impotência. A frigidez está enraizada na ansiedade relacionada ao perigo que permanece inconscientemente associado à obtenção do objetivo sexual: nas mulheres, o medo de que o pênis lhes cause dano e o medo da gravidez e do parto. Entretanto, o significado emocional e social da frigidez é muito diferente do da impotência. A frigidez não é um obstáculo à função reprodutora, como o é a impotência. Já que o orgasmo feminino precisa ser alcançado pela "cooperação passiva", seu fracasso não ofende a auto-estima da mulher, tanto quanto a impotência fere a do homem. As práticas sexuais que podem ajudar a vencer a frigidez da mulher podem, freqüentemente, representar um obstáculo para a própria gratificação do homem; conseqüentemente a frigidez é, com freqüência, considerada como tendo um significado sem importância. Em alguns costumes — como os da era vitoriana, na cultura ocidental — o orgasmo era considerado como "antifeminino" e não ter orgasmo era considerado uma virtude. Está bem estabelecida a correlação entre a histeria de conversão e a repressão exigida por tais costumes. Hoje em dia, a frigidez não é considerada uma virtude, mas uma carência, pela qual as mulheres algumas vezes culpam a si próprias e, mais freqüentemente, seus maridos. Enquanto as mulheres admitem suas reações à frustração da necessidade de orgasmo, sua resposta depende da estrutura da personalidade total. Há mulheres que, numa espécie de "doação maternal", satisfazem-se com a gratificação parcial; outras respondem com raiva e depressão; outras ainda, temendo a frustração, ficam atentas ao ato sexual e controlam-no com hostilidade; deste modo, elas interferem no que querem atingir, tanto quanto o seu eu consciente sabe. As manifestações emocionais revelam o conflito sexual subjacente, geralmente baseado nas tendências bissexuais conflitantes, que impedem a capacidade orgástica.

O vaginismo é a manifestação extrema do conflito bissexual e do medo sexual que dele resulta. Este sintoma representa o deslocamento da esperada excitação sexual para o períneo e para os músculos vaginais. Enquanto protege a mulher da dor, da qual ela tem medo, ela sofre de uma dor que ela mesma cria. Omitindo, aqui, as fantasias sexuais que este sintoma expressa, o vaginismo atinge seu objetivo, excluindo o pênis, expelindo-o ou prendendo-o dolorosamente. Sem dúvida, tendências sádicas e masoquistas fundem-se, neste sintoma, com tendências retentivas e eliminatórias anais e uretrais. Portanto, o sintoma pode ser comparado com a ejaculação precoce e/ou retardada. Já que a vagina é um órgão receptor, o vaginismo é uma expressão de poderosas

tendências orais-incorporadoras ele parece tornar real a idéia ameaçadora da "vagina dentada". O vaginismo ocorre comumente em mulheres jovens, cuja constituição psicossexual revela, além da fixação anal e uretral, seu infantilismo sexual. Isto se expressa não só na sua vida emocional, mas também nos seus ciclos sexuais, que são imaturos e incompletos. Entretanto, os aspectos fisiológicos e psicológicos dos fenômenos não podem ser considerados independentemente. Se o ciclo sexual da mulher que responde à sua frustração sexual com raiva e depressão mostra paralelamente a esse estado de espírito um declínio da produção do hormônio ovariano, não se pode determinar, com nossos atuais métodos de investigação, se o baixo nível de hormônio causa o estado de insatisfação ou se a raiva e a frustração suprimem a produção do hormônio. As mulheres com função hormonal mais lábil parecem ter maior propensão à frigidez. Justifica-se, porém, indagar se a interação dos fatores que causam frigidez também pode influenciar as funções ovarianas, por intermédio da frustração e da raiva. É bom ter em mente que o ciclo sexual, uma vez estabelecido, não representa um padrão estável e imutável; isto também dá um indício das complexidades da dismenorréia.

A dismenorréia (Dunbar-75) refere-se às desordens emocionais e físicas que podem ocorrer de vinte e quatro a setenta e duas horas antes ou logo após o início do fluxo menstrual. Na patogênese desta síndrome, sempre foram reconhecidos dois aspectos: (1) o físico, que se pensava ser a falta de uma maturação sexual completa e (2) o emocional, que era designado pelo termo "fatores psicogênicos". Os sintomas da dismenorréia variam muito, embora o mesmo indivíduo geralmente apresente, essencialmente, o mesmo grupo de sintomas em cada estado dismenorréico. Algumas mulheres sofrem de dores semelhantes às do parto e eliminam coágulos de sangue; outras sofrem de hiperemia e distensão dos órgãos pélvicos; outras ainda, têm "dismenorréia membranosa" e eliminam a mucosa hiperplásica com muita dor. Não admira que estas mulheres — geralmente jovens — temam a menstrução e para ela se preparem como para uma operação já esperada. A forma mais freqüente de dismenorréia é a "cólica menstrual": desconforto abdominal, náusea, vômito, diarréia, são seus sintomas habituais; enxaqueca e outros sintomas vasomotores, taquicardia ou bradicardia, estados de ansiedade e desmaios podem desenvolver-se com qualquer uma dessas condições. As manifestações emocionais da tensão pré-menstrual e a depressão podem desenvolver-se sem quaisquer dos sintomas físicos da dismenorréia. Porém, elas podem aparecer com a "cólica menstrual" e acompanhá-la com uma espécie de cólera impotente. Os sintomas da tensão pré-menstrual podem imitar uma depressão agitada: um senso de frustração, raiva e inquietação impregnam o estado de espírito infeliz e desprovido de amor. O outro tipo de depressão pré-menstrual é caracterizado pelo aumento da sensibilidade, tristeza e ansiedade hipocondríaca. (Estas depressões são tão severas que, enquanto elas duram, as mulheres perdem a noção de que esta condição dura apenas poucos dias.)

Geralmente, os sintomas de dismenorréia e a depressão pré-menstrual têm a mesma motivação psicodinâmica que os sintomas que normalmente acompanham o fim da fase pré-menstrual; na dismenorréia, porém, as manifestações sintomáticas são altamente exageradas. Por exemplo, as manifestações emocionais que correspondem ao declínio da progesterona são motivadas pelas tendências retentivas e anais eliminatórias. Nos casos normais, essas tendências são expressas em sonhos e em reações emocionais à menstruação (é algo sujo, etc.), enquanto no caso da dismenorréia as mesmas tendências motivam a descarga autonômica da "cólica menstrual". Isto por si só representa um problema complexo e interessante. De acordo com os conceitos psicanalíticos, esta excitação nervosa geral poderia ser explicada pela ansiedade que a menstruação originalmente mobilizou nestas pessoas, ao que é acrescido o medo de uma repetição do sofrimento. Fisiologicamente, sabe-se que a deficiência ovariana aumenta a irritabilidade do sistema nervoso autônomo. Mas a dismenorréia não ocorre apenas em correspondência com uma baixa produção de hormônio; ela é, freqüentemente, acompanhada da alta produção de estrógeno, no final da fase pré-menstrual e durante o fluxo menstrual.

Os fatores clínicos seguintes podem ajudar a esclarecer este problema: (1) A dismenorréia raramente ocorre na puberdade; ela geralmente se desenvolve nas fases finais da adolescência. (2) Ela pode ocorrer em mulheres que já tiveram menstruação completamente normal e que já tiveram filhos; mas, após a maturidade, a regressão pode ativar a dismenorréia. Um exemplo do primeiro tipo de caso:

> Este era o caso de uma mulher jovem que começou a menstruar aos treze anos; ela não teve "transtornos"; seu fluxo não era profuso e ocorria irregularmente, com intervalos de seis a oito semanas. Quando tinha dezoito anos e estava na universidade, teve vários flertes mais ou menos sérios; a partir de então, ela desenvolveu uma dismenorréia extremamente severa; foi tratada, durante dois anos e meio, com injeções de hormônio. Sua menstruação tornou-se mais regular com o tempo, mas a dismenorréia manteve a mesma severidade; após seu casamento, a dismenorréia complicou-se, devido à severa tensão pré-menstrual. Durante sua psicanálise, esfregaços vaginais revelaram um ciclo deficiente; ela tinha fases estrogênicas normais, mas as fases progesterônicas eram deficientes (ela era estéril). Isto sugere que a dismenorréia iniciou quando a estimulação erótica fez com que a sexualidade se tornasse uma exigência emocional e, ao mesmo tempo, ativou sua resistência e sua revolta contra o "papel feminino". Seu ciclo hormonal revelou que, em concordância com o nível de sua maturação psicossexual, ela tinha um predomínio da estimulação estrogênica, o que podia ser responsável pela dismenorréia.

Um exemplo da segunda variedade de casos:

Uma mulher jovem, casada, não teve dificuldades menstruais antes de seu casamento. Ela engravidou facilmente e teve dois filhos (a diferença de idade entre eles — dois anos e meio). Quando seu segundo filho tinha aproximadamente um ano e meio de idade, ela sentiu, repentinamente, fortes impulsos agressivos em relação a seus filhos. Passou a entrar em pânico com freqüência; ela combateu seu pânico com reações fóbicas. Junto com isto, desenvolveu dismenorréia severa. Ela sentia que a menstruação equivalia a um aborto e sofria porque não queria mais filhos. Seu ciclo emocional refletia sua luta contra a maternidade. Deste modo, supomos que, correspondendo, e como resposta a seu severo estado de ansiedade, ocorreu uma regressão. Neste caso, supomos que a ansiedade e os sentimentos de culpa aumentaram o tônus do sistema nervoso autônomo e, ao mesmo tempo, perturbaram o equilíbrio do ciclo hormonal; os dois fatores juntos são responsáveis pela dismenorréia.

As respostas psicodinâmicas, ao final da fase pré-menstrual, são geralmente mais intensas e mais complexas do que se poderia esperar tendo como base somente a produção do hormônio ovariano. Nos casos de dismenorréia, a especificidade das reações psicodinâmicas é ofuscada pela reação do sistema nervoso autônomo. A dismenorréia, embora represente uma reação à função ovariana deficiente (tipo infantil), não é apenas um sintoma de hipossexualidade. Ela é mais propriamente um resultado da diminuição do controle do ego sobre os conflitos psicossexuais. Os conflitos, "voltando da repressão", mobilizam a ansiedade e as reações gerais do sistema nervoso, o que, por sua vez, predispõe a mulher a uma reação exagerada à alteração hormonal pré-menstrual.

A oligomenorréia significa uma menstruação insuficiente, com longos intervalos. Ela pode ser o sinal de um retardo da maturação sexual, que tem como base o hipogonadismo; mas ocorre, com maior freqüência, secundariamente, como resultado da regressão psíquica. Esta foi encontrada, por exemplo, em casos de bulimia e obesidade alimentar. A bulimia pode desenvolver-se em mulheres que respondem à função sexual feminina não com uma identificação masculina, mas com depressão e regressão à fase oral do desenvolvimento. Os processos metabólicos da obesidade, bem como a depressão, podem ser responsáveis pelas manifestações de hipossexualidade, que geralmente respondem bem à psicoterapia.

A amenorréia é uma forma mais séria de oligomenorréia. As duas manifestações podem aparecer alternadamente. A amenorréia pode ser um sinal de hipogonadismo, mas também pode ocorrer como resultado de influências psicogênicas. Entre os casos de amenorréia psicogênica podem ser diferenciados dois grupos principais. Um é a amenorréia das mulheres jovens que, em sua defesa contra a sexualidade feminina, são capazes de reprimir quase

que completamente o ciclo ovariano; com ela, geralmente, as manifestações emocionais da sexualidade não são reprimidas. Portanto, elas podem continuar fantasiando sobre uma vida rica em experiências heterossexuais, sem ter nada a ver com a parte "suja, dolorosa e desagradável" da feminilidade. Sem dúvida, uma disposição orgânica facilita tal resultado; pois uma intensidade similar do conflito sexual e uma ansiedade ainda mais intensa em outros casos motivam outros sintomas, interferindo menos na função reprodutora. Entretanto, estes casos respondem bem à psicoterapia analítica. Depois que elas se tornam capazes de experienciar a estimulação heterossexual, a amenorréia geralmente desaparece.

A outra forma de amenorréia ocorre como parte da síndrome de pseudociese ou "gravidez nervosa". Estes termos referem-se a casos de amenorréia nos quais a mulher acredita firmemente que está grávida e desenvolve sinais objetivos de gravidez, na ausência de gravidez. Ocorre com bastante freqüência que, sob a influência do desejo e do medo da gravidez, aparecem os sintomas iniciais de gravidez, atrasando a menstruação por muitas semanas. Os casos muitas vezes relatados de amenorréia de longa duração, com distensão abdominal e com alterações do seio, imitando a gravidez, são sintomas psicossexuais complexos, geralmente histérico-conversivos. O sintoma expressa, em vários níveis, os conflitos relacionados ao parto. Estas mulheres são geralmente estéreis. Inconscientemente, temendo a gravidez e sentindo-se culpadas devido à hostilidade, freqüentemente consciente, com relação a crianças, estas mulheres conscientemente clamam a maternidade e, durante o período da pseudociese, desfrutam de uma gratificação justificada apenas pela gravidez.

São múltiplas as manifestações psicopatológicas das funções reprodutoras. O impulso reprodutivo — sendo uma manifestação peculiar do instinto de autoconservação — pode entrar em conflito, a cada passo, com os interesses, aspirações e desejos do eu. Isto também desempenha um papel na patologia sexual dos homens. Nas mulheres, o conflito entre a autoconservação e a função propagadora parece justificado, uma vez que o parto pode ser perigoso e os encargos da maternidade são pesados. O que se tem dito sobre as tendências instintuais da maternidade, o desenvolvimento de sua integração durante a maturação sexual e suas manifestações durante cada ciclo sexual, também revela os conflitos que podem levar às várias manifestações patológicas da função reprodutora. As mulheres geralmente ignoram seus conflitos relacionados ao parto, até que estes conflitos sejam ativados pelos processos metabólicos e psíquicos intensivos da gravidez. O distúrbio emocional relacionado com a gravidez pode ser descrito como uma hipocondria. A hipocondria é o resultado da concentração da libido (narcisista), através da percepção ansiosa e aflitiva do órgão ou órgãos que representam uma fonte de perigo (Ferenczi — 84). Portanto, a mesma catexia narcisista que explica a satisfação durante a gravidez normal pode provocar uma ansiedade intolerável, se o ego da mulher não percebe senão perigo na maternidade. A análise de um caso

individual revelará se a ansiedade originou-se nas reações às mudanças corporais da gravidez e na antecipação dos perigos do parto, ou se é causada primariamente pela hostilidade para com a criança que ainda está por nascer. Em alguns casos, a ansiedade a respeito do corpo causa apenas sintomas hipocondríacos; em outros, a agressão mobilizada pode ser projetada na criança, que é odiada e temida como causa de todo esse distúrbio. Em alguns casos, a agressão primária dirigida para a criança mobiliza uma depressão que pode levar, secundariamente, à hipocondria.

O estudo psicanalítico de vários distúrbios da gravidez revela que os mesmos conflitos psicodinâmicos podem ser responsáveis por diferentes fenômenos patológicos. Podemos supor que fatores constitucionais[11] determinam se o conflito do desenvolvimento afetará os processos somáticos (hormonais e metabólicos) da gravidez ou se o mesmo conflito ativará os distúrbios psiquiátricos. Em alguns casos, o medo da gravidez e/ou os impulsos hostis para com a criança podem agir, através da supressão dos processos hormonais que mantêm a gravidez, assim causando aborto; em outros casos, desenvolve-se o vômito tóxico ou a anorexia nervosa, sem a conscientização desse conflito emocional. Nos casos "puramente" psiquiátricos, a gravidez pode progredir normalmente, mas a mulher entra subitamente em pânico, que é racionalizado por idéias de que o feto, em crescimento, causa dano dentro de seu corpo, ou pelo medo da morte no momento do parto; o pânico pode ser aumentado por impulsos suicidas ou por impulsos agressivos para com a criança. Na luta defensiva contra o pânico, a mulher pode desenvolver reações fóbicas ou depressões, ou pode regredir à psicose esquizofrênica severa ("psicose pós-parto"). Em alguns casos, a interrupção da gravidez ou o parto pode levar a uma recuperação sintomática; em outros casos, isto não interrompe o processo que, uma vez iniciado, faz a mulher sentir-se inferior e culpada por ter fracassado na sua função natural. Parece que os processos metabólicos em avanço, na gravidez, recarregam os conflitos do desenvolvimento com emoções tão intensas a ponto de dominar o ego e torná-lo indefeso, frente à tarefa integradora mais significativa na vida de uma mulher.

Em alguns aspectos, são mais afortunadas aquelas mulheres que são poupadas, pela esterilidade, da compreensão de seus conflitos relacionados ao parto. O estudo das várias manifestações das inibições das funções reprodutoras mostra que a fertilidade é relativa. A infertilidade pode ser absoluta, nos casos de anormalidades glandulares e pélvicas devidas a defeitos do desenvolvimento e à doença. Todas as outras formas de infertilidade são relativas, dependendo de uma grande variedade de fatores orgânicos (metabólicos) e psíquicos. Aqui podemos repetir: pelo que se sabe das motivações psicodinâmicas da esterilidade, os mesmos conflitos que causam um pânico hipocondríaco em uma mulher e depressão em outra podem ser encontrados, em

11 — Todas as outras glândulas endócrinas, além dos ovários, especialmente a pituitária, as supra-renais e a tireóide, podem estar envolvidas.

conexão com a esterilidade, ainda numa terceira. A mulher que "sofre" de esterilidade funcional não tem consciência de suas ansiedades e hostilidades com relação ao parto; elas podem continuar defendendo sua atitude de não ambivalência em relação à maternidade.

A assim chamada "esterilidade funcional" tem muitas variações; em alguns casos ela pode não corresponder a um verdadeiro sintoma psicossomático, porque não há uma alteração somática. Por exemplo, uma mulher pode aparecer estéril, quando o desejo da relação sexual é suprimido, durante o período fértil, e o coito ocorre apenas durante a fase infértil do ciclo. A alteração somática que leva à infertilidade pode ser uma mudança no ciclo, de modo que a ovulação ocorre durante a menstruação, quando, geralmente, não ocorre o coito (Rubenstein — 197, 198). Assim sendo, a modificação neurótica do desejo da paternidade ou da maternidade, em um ou em ambos os parceiros, pode iniciar a esterilidade e, como resultado da interação entre os parceiros, ela pode levar, finalmente, à supressão da fertilidade. Há maior disposição orgânica, nos casos em que a esterilidade é causada pelo espasmo das trompas de Falópio e pela sua obstrução e também nos casos em que os conflitos psicossexuais levam a uma supressão da função ovariana, de modo que não ocorre ovulação.

As motivações da esterilidade funcional podem ser melhor estudadas analisando a reação da mulher à sua infertilidade. A psicologia da adoção, ainda que possa ser intrigante, não pode ser aqui incluída. No entanto, as motivações que levam a mulher a adotar uma criança, depois que tem conhecimento de que é estéril, proporcionam um insight na psicologia da maternidade, bem como na psicologia da esterilidade. Algumas mulheres, motivadas por seu natural espírito maternal, anseiam dedicá-lo a um filho; se este não pode ser por elas gerado, o filho adotivo é aceito emocionalmente como um substituto.[12] Em outras mulheres, o impulso para a adoção esconde o sentimento de inferioridade, o dano causado ao ego pela esterilidade; para outras, a adoção aparece como uma solução bem-vinda para todos os problemas, visto que, além de outras satisfações, ela alivia a mãe (e também o pai) das ansiedades e dos conflitos narcisistas que possam ter em relação às qualidades do próprio filho. Todos estes fatores indicam o envolvimento complexo do ego na paternidade e na maternidade. Casos em que a mulher torna-se fértil, após adotar um filho, demonstram que a influência de tais fatores é suficiente para suprimir a capacidade da mulher de dar à luz. Embora haja poucos casos publicados (Orr - 176), esta não é uma ocorrência rara. Parece que, após a mulher ter sido capaz de aceitar um filho e "praticar" seu espírito maternal, sua ansiedade diminui o suficiente para tornar possível a concepção.

As causas dos diferentes graus de suscetibilidade do aparelho reprodutor à influência das emoções ainda estão por ser examinadas. Visto que os conflitos

12 — Isto ocorre principalmente nas situações em que uma mulher maternal e não estéril aceita a esterilidade do marido e é capaz de tornar-se uma boa mãe para o filho adotivo.

motivados pelo ambiente são limitados e as respostas a estes conflitos diferem em alto grau, podemos indagar quais são os fatores constitucionais que respondem pela intensificação do conflito, do ponto de vista psicológico. Como uma ampla generalização, podemos nos referir à bissexualidade. Do ponto de vista orgânico, os fatores constitucionais podem responder por uma vulnerabilidade do sistema endócrino, que permite a ocorrência de esterilidade.

A deficiência parcial ou total da gonadotrofina causa uma insuficiência das gônadas. O hipogonadismo pode ocorrer em ambos os sexos; a importância do seu efeito sobre a personalidade, em ambos os sexos, depende da causa e do grau de hipogonadismo e da idade em que a deficiência torna-se efetiva. Nos homens, a deficiência de gonadotrofina causa o eunuquismo. O criptorquidismo (a incapacidade dos testículos de descer para o escroto) também resulta da deficiência de gonadotrofina e pode levar a graus variados de eunuquismo. A castração causada por acidente, cirurgia ou doença como a parotidite ou a tuberculose, também causa hipogonadismo. O eunuquismo masculino é mais notado, ocorre provavelmente com maior freqüência e tem sido melhor estudado do que os casos de "eunuquismo" feminino. Estes últimos são casos de mulheres que nasceram com atresia dos ovários (Wilkins e Fleischmann — 250); sua constituição física e emocional parece ser diferente da de meninas que cedo precisaram ser castradas. Omitindo os efeitos do hipogonadismo sobre o metabolismo e a estrutura física do corpo, nos preocupamos com a área emocional. Quer apareça, no início da infância, o efeito psicológico da falta de estimulação gonadal, quer resulte este de alterações metabólicas causadas pela ausência do elo endócrino, cedo se reconhece o hipogonadismo na personalidade do garotinho. É, provavelmente, a persistência de uma forma neutra, assexual, mais do que a "feminilidade," que causa uma forte impressão de um desvio daquilo que é próprio de um menino normal. Meninos com deficiência gonadal definida não mostram as características da "bissexualidade emocional". Eles são mais propriamente assexuais. Nas garotinhas que nascem sem ovários, a assexualidade não é tão evidente. Provavelmente nossas expectativas decidem nosso julgamento, que reconhece a passividade do menininho como patológica, enquanto aceita a "doçura" passiva da menininha como normal. Nas meninas, provavelmente, a identificação normal com a mãe responde por um comportamento que é próprio de meninas. O atributo intelectual e a capacidade de desenvolvimento da personalidade total determinam o ajustamento que tal criança — menino ou menina — pode atingir durante a idade pré-púbere. Parece que este período evolui "normalmente" — isto é, de um modo no qual uma determinada criança se desenvolveria sob a influência do seu ambiente específico. A puberdade é a época em que o hipogonadismo torna-se dolorosamente óbvio para o indivíduo e o coloca à margem do seu grupo. A tarefa de adaptação da menina parece mais fácil do que a dos eunucos masculinos. Isso se deve, provavelmente, ao fato de que o corpo pouco desenvolvido da menina e sua crescente timidez não a caracterizam claramente como não feminina. Enquanto sua vida emocional

torna-se profundamente inibida (restrita, em certo sentido), ela pode acompanhar suas companheiras quase sem ser notada. Ela não se torna o centro de atenção hostil, como é o caso do eunuco masculino. Portanto, o desenvolvimento da personalidade do eunuco masculino, após a puberdade, depende de sua capacidade de ajustar-se à sua própria inadequação. Esta é uma enorme tarefa, que é freqüentemente dificultada ainda mais pela atitude impiedosa do ambiente e até mesmo da família do menino; pois a família não consegue reagir a esta condição com a mesma compaixão com a qual eles enfrentariam outra condição congênita. O sentimento de vergonha que acompanha a incapacidade sexual modifica a reação ao eunuco, de modo a tornar seu ajustamento insuportavelmente difícil. Há poucos estudos detalhados do desenvolvimento da personalidade e das características dos eunucos na nossa sociedade. O interesse mais recente na resposta à terapia endócrina concentra-se, na maioria das vezes, nas alterações físicas, nas suas características sexuais e função sexual. Carmichael (45) publicou um caso de um eunuco que ele analisou. A psicanálise deste homem começou após o propionato de testosterona ter produzido as características sexuais corporais, que ocorrem normalmente na puberdade. O tratamento endocrinológico continuou durante a psicanálise. Este paciente tinha todas as defesas do ego, características de uma personalidade severamente inibida, neurótico-compulsiva. Enquanto o seu desenvolvimento inicial foi o responsável por um superego severo, seus sintomas desenvolveram-se principalmente após a idade habitual da puberdade, quando sua deficiência ativou seu ressentimento devido à "castração", bem como a vergonha por causa de sua inadequação. Porém, suas emoções foram facilmente escondidas pela vida perfeitamente regulada de um bancário. Suas emoções eram "frias" e não muito perturbadoras, até que a terapia endócrina realmente excitou-o. Então ele precisou da terapia psicanalítica para resolver os conflitos que interferiam no seu ajustamento à sexualidade.

Daniels e Tauber (233) estudaram o ajustamento emocional à terapia de reposição, após a castração cirúrgica. Suas observações revelaram um outro aspecto das influências psíquicas sobre a ação hormonal. A castração e a perda da potência sexual representam um trauma que trouxe para o primeiro plano as tendências regressivas daqueles indivíduos; a regressão, por sua vez, interferiu na disposição de continuar a terapia. Fatores psicológicos, tais como a habilidade e a disposição do paciente para experienciar a estimulação sexual, para "lutar bravamente" pela potência, etc., decidem a eficácia da terapia de reposição.

Está bem estabelecida a influência do hipogonadismo sobre a integração do impulso sexual e suas manifestações nas aspirações sexuais. Resta perguntar se traumas psíquicos severos, no início da infância, poderiam interferir na integração normal das funções endócrinas, a ponto de causar o hipogonadismo.

A Dra. Helen McLean analisou uma paciente cujo caso é esclarecedor.[13]

13 — Não publicado. Sou grata à Dra. McLean por sua permissão para publicar este caso.

Uma mulher de vinte e dois anos de idade sofria hipogonadismo definido. Quando criança achava que era baixa em comparação com outras crianças; ela começou a crescer quando tinha treze anos e cresceu ainda mais rapidamente após uma visita a sua casa, quando tinha dezesseis anos. Seus pais tinham estatura normal; sua mãe tivera oito filhos. Não há endocrinopatias conhecidas, na sua família. A paciente media 1,78 m quando começou a psicanálise. Tinha recebido tratamento endocrinológico por mais de um ano; porém, as epífises dos ossos longos ainda não estavam fechadas e ela cresceu 1,9 cm durante o primeiro ano da análise. Ela era uma moça inteligente, sensível e abnegada. Sofria porque se "sentia" como uma moça, mas fisicamente não o era; ela não tinha seios e nunca tinha menstruado; os esfregaços vaginais não mostraram atividade ovariana. Sua personalidade era marcadamente a de uma pessoa independente, esforçada, com as ambições e a generosidade de uma "boa provedora" (quer isto signifique ser o pai ou a mãe). Ela teve uma infância traumática. Seu pai e seu irmão mais velho morreram quando ela era um bebê, durante a epidemia de influenza de 1918. Ela viveu com sua avó até ter cinco anos de idade; então, sua mãe casou-se novamente e a paciente viveu com a mãe e o padrasto. A mãe teve seis filhos, com intervalos de um ano. Sempre grávida e cansada, ela exigiu que a paciente agisse como uma ama para ela e os bebês. A paciente estava disposta a servir, mas quando isto implicou um afastamento da escola ela decidiu, aos dez anos de idade, abandonar o lar. Ela trabalhou como babá para os vizinhos e continuou a ir à escola. No entanto, ela sentia que era de sua responsabilidade ajudar a mãe e voltou para casa, após concluir a escola elementar. Foi aproximadamente nesta época que notou, pela primeira vez, seu crescimento incomum. Mais tarde, ela deixou a família, porque aquele não era "um bom lar para ela" e então voltou novamente quando tinha dezesseis anos e sua mãe teve o último filho. Esta foi a última vez que tentou viver lá. Desde então, ela não tem morado em casa, mas sente-se responsável por seus irmãos, ajudando-os de todas as maneiras. Sua raiva, por causa de suas privações, parecia estar completamente reprimida. Durante o tratamento psicanalítico, ela teve a satisfação de receber a atenção de uma médica compreensiva, uma benevolência que ela nunca tivera antes; ela relaxou algumas de suas aflições; parou de crescer e desenvolveu "manchas" leves e irregulares. Isto talvez pudesse ter acontecido como resultado do tratamento endocrinológico, mas, provavelmente, a psicanálise permitiu que ela se tornasse mais mulher.

A análise retrospectiva dificilmente pode certificar-se dos fatores que interromperam o desenvolvimento endocrinológico desta paciente. Devemos considerar a forte tendência de seu ego para reprimir tendências passivo-receptivas. Teria sido resultado de uma identificação com seu pai e irmão,

que morreram quando ela tinha um ano de idade, ou seria uma reação à separação da mãe, que ela poderia ter experienciado como rejeição? Sem dúvida, ela tentou ajudar e proteger a mãe, como se agisse em lugar do pai. No final de sua infância, muitos fatores podem ter reforçado sua identificação "masculina"; provavelmente, as "tendências edipianas" em relação a seu padrasto exigiram um esforço concentrado de repressão e a necessidade de identificar-se com sua mãe foi, certamente, desencorajada pelo comportamento desta, que parecia debilitada por repetidas gravidezes, exigente e não atuante. O trabalho excessivo e a subnutrição eram significativos, mas a luta contra a feminilidade também merece ser considerada na interrupção da função pituitária.

A autora analisou uma mulher solteira, no final da casa dos trinta anos, cujo diagnóstico clínico, por muitos anos, tinha sido Síndrome de Cushing. Ela era sensível, intuitiva e muito bem dotada intelectualmente. Durante a análise, ela lembrou um trauma, com uma descarga emocional extraordinariamente intensa, que ocorreu quando ela tinha dois anos de idade. A exatidão da lembrança pôde ser confirmada por fotografias da família e outros dados. A paciente, sem a interpretação da analista, achou que este trauma, que ocorreu logo após o nascimento de seu irmão e fez com que ela se sentisse envergonhada, culpada, ao mesmo tempo abandonada pelo pai e com uma raiva sem limites, foi a causa de seu medo permanente da sexualidade e levou-a a evitar os homens.[14] A ciência só pode satisfazer-se se tais reconstruções psicanalíticas forem validadas por observações diretas do desenvolvimento de crianças traumatizadas.

A interação entre os fatores orgânicos (isto é, gonadais) e a economia psicossexual representa um equilíbrio lábil. Visto que o aspecto psicológico deste equilíbrio é o resultado da maturação sexual, a interação recíproca entre as funções gonadais e as emoções pode ser estudada longitudinalmente — isto é, na história do desenvolvimento do indivíduo e de seus sintomas. Uma vez que o equilíbrio flutua sob influências internas e externas, ela pode também ser estudada nas suas seções transversas — isto é, em qualquer situação escolhida.

A abordagem psicossomática dos problemas das disfunções sexuais permite a construção de uma série; numa de suas extremidades, podemos colocar as disfunções primariamente orgânicas e na outra, as condições primariamente determinadas psicologicamente. Visto que cada condição é determinada pela interação dos fatores psíquicos e orgânicos, nenhum dos aspectos pode ser considerado excluindo o outro, pois eles representam variáveis reciprocamente dependentes, que mantêm as atitudes e funções sexuais, através de uma variação que vai do comportamento normal até o anormal.

14 — A paciente morreu de doença de Cushing, cerca de dez meses após a interrupção da análise, que lhe dera tanto alívio.

# 16

# *Terapia*

Este livro trata dos princípios fundamentais da abordagem psicossomática na pesquisa, diagnóstico e terapia e não pretende descrever todas as medidas terapêuticas específicas exigidas nas diferentes códições tratadas. Neste capítulo só serão discutidos e ilustrados, através de exemplos, os princípios da abordagem psicossomática na terapia.

A abordagem psicossomática é mais do que o que tem sido chamado a arte médica ou a atitude do médico para com seus pacientes, mais do que a influência magnética da personalidade do médico sobre o paciente, incutindo-lhe fé e confiança. Ela é baseada no conhecimento específico dos fatores emocionais que operam em cada caso e dos mecanismos fisiológicos por meio dos quais os fatores emocionais influenciam o processo de doença. Somente com este conhecimento, a psicoterapia pode ser inteligentemente coordenada com as medidas somáticas. A primeira condição básica é um conhecimento geral de patologia — tanto psicológica quanto somática.

Um dos erros mais freqüentes neste campo é a crença que se num caso foi estabelecida uma etiologia emocional, torna-se desnecessário o manejo médico e o paciente pode ser encaminhado para um psiquiatra. Este erro é o reverso da concepção errônea anterior - isto é, a de que, se o paciente tem sintomas somáticos, seu caso pertence exclusivamente ao domínio do médico ou especialista fora da psiquiatria. O progresso, na medicina moderna, consiste especificamente na cooperação entre os especialistas em psiquiatria e os não psiquiatras, no que diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento. Havendo uma úlcera ativa no duodeno, mesmo que sua etiologia seja de natureza emocional, a terapia deve tentar curar esta lesão local. Tal paciente

requer cuidado médico geral, manejo dietético e tratamento farmacológico ou até mesmo cirurgia (por exemplo, sedação ou drogas específicas como a atropina, ou cirurgia como a vagotomia, através da qual a conexão entre o sistema nervoso central e os órgãos afetados pode ser bloqueada ou cortada). A psicoterapia voltada para os fatores emocionais específicos, etiologicamente importantes, é um projeto de longo alcance e deve ser coordenada com os demais procedimentos médicos. Acima de tudo, ala deve ser feita no momento oportuno.

O primeiro passo é chegar a um diagnóstico psicossomático. Este é essencialmente um diagnóstico médico, que inclui a avaliação psiquiátrica completa dos fatores da personalidade. À luz destes fatores, o médico é capaz de examinar a história clínica na estrutura da história da vida do paciente. Estas entrevistas psiquiátricas, por si só, não diferem das entrevistas preliminares realizadas no início do tratamento psicanalítico. Sua técnica tem sido desenvolvida principalmente por psicanalistas e descrita por Felix Deutsch, Dunbar, Fenichel e outros (61, 75, 83). Dá-se, por um lado, uma atenção especial à seqüência cronológica do desenvolvimento dos sintomas e, por outro, à vida externa e à condição emocional do paciente. A experiência mostra que os sintomas orgânicos, nos quais os fatores emocionais são importantes, têm uma história similar à de qualquer sintoma psiconeurótico. Os conflitos emocionais que o paciente não consegue resolver freqüentemente têm uma influência perturbadora sobre as funções vegetativas. É assim que geralmente aparecem, pela primeira vez, os sintomas somáticos. Estes primeiros sintomas podem aparecer na primeira infância, no período de latência ou durante a adolescência. Eles raramente manifestam-se, pela primeira vez, na idade adulta. Um estudo anamnésico cuidadoso destes sintomas precursores, freqüentemente transitórios, em faixas etárias anteriores, mostra que eles se desenvolvem durante períodos de stress emocional e desaparecem com o alívio da tensão emocional, reaparecendo, porém, sempre que surgem, com as vicissitudes da vida, novas situações de conflito. Uma comparação da constelação emocional, durante os diferentes reaparecimentos dos sintomas, ajuda a estabelecer o padrão típico do paciente. Por exemplo: na história de pacientes com úlcera péptica, não é raro descobrir que os primeiros sintomas da parte superior do trato gastrintestinal apareceram na infância, quando o paciente foi, pela primeira vez, forçado a combater seus desejos de dependência. A dificuldade de comer, durante o desmame, pode ser realmente o primeiro sintoma precursor; outro sintoma pode ser o vômito nervoso, nos primeiros dias de escola, ou quando um professor, que foi finalmente aceito pela criança (após um período de dificuldades iniciais), é substituído por um outro, menos compreensivo. Sintomas gástricos nervosos podem aparecer, numa próxima ocasião, durante uma árdua preparação para os exames, na adolescência e na idade adulta, por ocasião da promoção ao primeiro emprego de responsabilidade. A exposição contínua a situações perigosas e difíceis, durante a guerra, foi um dos fatores precipitantes mais comuns de tais sintomas. Um

estudo anamnésico cuidadoso só muito raramente consegue estabelecer tais precursores, não necessariamente os de sintomas de úlcera, mas os de algumas outras manifestações nas funções do trato gastrintestinal.

Em certos sintomas orgânicos, porém, é mais difícil encontrar tais antecedentes fisiológicos. A hipertensão essencial é geralmente descoberta na idade adulta. Com base em estudos psicossomáticos, podemos supor, porém, que uma sensibilidade do sistema vascular aos estímulos emocionais pode ter estado presente muito antes de desenvolver-se a doença real. Um longo período de pressão sangüínea oscilante, no qual a pressão sistólica está, de tempos em tempos, elevada, tem sido repetidamente observado em pacientes jovens sob cuidado psicanalítico. Pacientes hipertensos freqüentemente relatam uma mudança em seu comportamento, uma mudança de acessos freqüentes de cólera para uma propensão a exercer um controle maior do que o normal sobre os impulsos agressivos. É bastante provável, que o período preliminar de pressão sangüínea oscilante comece, mais cedo ou mais tarde, após ter ocorrido esta mudança na personalidade. Sob a influência crônica desta constante estimulação emocional do sistema vascular, os sintomas reguladores perdem, gadualmente, sua flexibilidade e a pressão sangüínea começa a manter-se num nível mais alto. A estabilização final, num nível elevado, só pode ocorrer após haver alterações orgânicas definidas.

É importante que o médico esteja familiarizado com todos estes fatos, a fim de obter uma história confiável. Devido à natureza dos estudos anamnésicos, os dados exatos do passado raramente podem ser obtidos com precisão e confiança plenas. O médico tem de interpretar as recordações do paciente na estrutura do seu desenvolvimento emocional que, geralmente, pode ser reconstruído, com uma precisão muito maior do que a história dos sintomas e queixas isolados. Esta reconstrução, porém, requer um conhecimento completo de psicodinâmica, da mesma forma que um diagnóstico físico requer um conhecimento exato de anatomia, fisiologia e patologia.

Após terem sido feitos os diagnósticos de personalidade e somático, em estreita relação um com o outro, pode ser formulado um plano de tratamento. É desnecessário explicar que, em todos os casos nos quais os sintomas locais requerem cuidado imediato, tais como uma pressão sangüínea perigosamente elevada, úlceras que sangram, sintomas tóxicos nos casos da tireóide, ou uma hiperglicemia não controlada no caso de diabete, a primeira exigência é o alívio dos sintomas apresentados. As medidas de urgência têm prioridade sobre as medidas psicoterapêuticas de longo alcance, voltadas para os fatores etiológicos básicos.

É impossível estabelecer normas rígidas no que se refere ao momento em que a psicoterapia deve ser iniciada. Num grande número de casos, o manejo médico dos sintomas locais e a psicoterapia podem ser realizados simultaneamente. Em outros casos, a psicoterapia deve ser adiada até que os distúrbios fisiológicos do paciente tenham melhorado, com a ajuda do manejo médico. É importante entender que as medidas psicoterapêuticas

compreensivas, que abordam os fatores emocionais fundamentais, tendem a levar a aumentos transitórios da tensão emocional e podem, portanto, precipitar exacerbações dos sintomas somáticos. Em todas as formas do tipo revelador de psicoterapia, o médico tenta expor novamente o ego do paciente à situação de conflito original. O psicanalista experiente fará isto apenas gradualmente, aliviando, constantemente, a capacidade do ego de lidar com o conflito; no entanto, mesmo numa psicoterapia bem conduzida, é inevitável o aparecimento de conflitos emocionais transitórios, que podem agravar os sintomas somáticos. Uma estreita cooperação entre o psicoterapeuta e o especialista médico é, portanto, imperativa. A psicoterapia, conduzida nestes casos sem a cooperação do especialista médico, deve ser considerada como terapia selvagem.[1] O clínico da equipe deve ter sempre em mente que, em todos os casos nos quais os fatores emocionais exercem uma influência causal, as medidas dirigidas para as manifestações locais da doença não podem obter mais do que um alívio sintomático. Ele deve, portanto, cooperar plenamente com o psiquiatra, no estabelecimento das condições somáticas sob as quais a psicoterapia pode ser realizada com segurança. Tratei um caso de colite ulcerativa que exigiu cooperação no ajustamento constante da medicação, de acordo com as oscilações emocionais do paciente durante a psicoterapia. Ao invés de interromper a psicoterapia quando apareceram sinais de alerta, tais como o aumento da freqüência de evacuações, a sedação e uma maior dosagem de atropina protegeram o paciente dos efeitos nocivos do aumento das tensões emocionais, que ocorrem, inevitavelmente, durante a análise.

Nos casos de colite ulcerativa, a fraqueza do ego tem sido enfatizada por vários autores (Lindemann; Daniels - 141, 56, 57, 58). Esta observação tem sido corroborada na nossa série de casos no Chicago Institute for Psychoanalysis. Muitos destes pacientes têm uma tendência para a projeção paranóide: alguns deles pertencem ao grupo das psicoses borderline. É, portanto, de fundamental importância que o psicoterapeuta avalie até que ponto ele pode sobrecarregar o ego, com a revelação dos impulsos reprimidos. Em muitos casos, uma terapia de apoio superficial obtém sucesso no alívio dos sintomas, ao passo que a terapia profunda, compreensiva, pode levar a um agravamento da doença ou precipitar um episódio psicótico. Ao proporcionar uma terapia de apoio, o médico deve estar ciente da situação de conflito fundamental, a fim de adotar a abordagem correta. Em muitos casos, ajudar o paciente a diminuir o conflito em relação às suas tendências regressivas e permitir-lhe repudiar as responsabilidades, sem sentimentos de culpa, pode estabilizar o trato intestinal. Isto, é claro, não significa que o problema de personalidade tenha sido resolvido. A doença orgânica, porém, pode ser controlada por estas medidas psicoterapêuticas relativamente simples.

1 — A prática da psicoterapia por leigos tem, conseqüentemente, sérias limitações e o psicoterapeuta leigo, assim como um clínico independente, nesta era da medicina psicossomática, logo pertencerá ao passado.

Atualmente, só conhecemos o background psicodinâmico de poucos distúrbios vegetativos. No mapa do conhecimento etiológico, as áreas não representadas graficamente são consideravelmente maiores do que as exploradas e, para preencher estas lacunas, são necessários novos estudos psicossomáticos.

Tem-se enfatizado que em condições orgânicas graves é freqüentemente necessário concentrar-se, em primeiro lugar, nos sintomas apresentados e limitar a psicoterapia a uma abordagem de apoio. Não importa o quão importantes essas medidas terapêuticas possam ser, do ponto de vista prático; deve-se ter em mente que os problemas fundamentais da personalidade só podem ser resolvidos por meio da terapia psicanalítica sistemática, voltada para a resolução dos conflitos básicos. O médico deve estar ciente do fato de que este propósito nem sempre pode ser atingido. Os sintomas orgânicos, qualquer que seja sua origem, freqüentemente canalizam as tendências inconscientes alheias ao ego; eles são usados, secundariamente, para a expressão destas tendências.[2] Os sintomas orgânicos podem evitar que o paciente desenvolva sintomas mais severos no nível psicológico. Portanto, a melhora dos sintomas orgânicos freqüentemente apresenta um novo problema para o ego: encontrar um novo meio de vazão para as tendências antes aliviadas pelos sintomas orgânicos. Não é raro ver, em casos de colite ulcerativa e, com menor freqüência, em pacientes com úlcera péptica, que a melhora na condição orgânica é seguida de uma exacerbação severa dos sintomas psicológicos. O paciente que expressa o seu impulso para a restituição ou para tendências destrutivas hostis por meio da diarréia é desprovido deste meio de vazão, quando seus sintomas diminuem. Seu ego, se ainda incapaz de lidar com estas tendências, recorre à projeção na forma de ilusões paranóides. De modo similar, quando melhoram os sintomas gástricos dos pacientes com úlcera péptica, estes pacientes podem ter de enfrentar suas tendências à dependência, na sua forma original, como o anseio de receber ajuda e amor das pessoas das quais eles dependem. Às vezes, o ego não é capaz de aceitar estes desejos de dependência e destes se defende por meio da projeção, de acordo com a fórmula freudiana: "Eu não o amo, eu o odeio, eu o odeio ele me odeia". Deste modo, surge a situação intrincada em que o paciente, aliviado de seus sintomas gástricos, começa a mostrar uma tendência paranóide que interfere nos seus relacionamentos pessoais.

Deve-se ter em mente, que cada sintoma orgânico tem um significado emocional para o paciente, do qual o ego tira proveito para o alívio dos conflitos emocionais. Freqüentemente, o simples fato de estar organicamente doente é um elemento importante na área emocional de um paciente neurótico. Ele permite a regressão a uma atitude mais dependente, infantil. A cura de sua doença cria um novo problema. Ela aumenta suas responsabilidades, priva-o de um pretexto para a regressão. Ele precisa, então, encontrar algum

2 — Esta questão tem sido enfatizada por K. Menninger ("The Choice of the Lesser Evil", in *Man Against Himself*. Ne York, Harcourt, Brace and Company, 1938).

substituto para a lacuna emocional que o desaparecimento dos sintomas orgânicos deixou. O desejo consciente do paciente de ser aliviado dos sintomas orgânicos não pode ser considerado inteiramente no seu valor aparente. Conscientemente, ele quer ser curado, mas suas necessidades neuróticas são, freqüentemente, melhor atendidas pela doença. O psicoterapeuta experiente, portanto, tem conhecimento dos problemas emocionais criados pelo desaparecimento dos sintomas orgânicos.

Este duplo aspecto da doença — sofrimento e gatificação da dependência — é de particular importância na nossa era de departamentalização da prática médica. O mesmo paciente pode ficar curado do ponto de vista clínico e permanecer doente do ponto de vista psiquiátrico. O médico que cuidou do aspecto orgânico do problema acha que está certo ao dar alta ao paciente, que ele acredita estar curado e considera os sintomas neuróticos, surgidos recentemente, como uma doença distinta e independente, que não pertence à área de sua responsabilidade. A abordagem psicossomática chama a atenção para o fato de que os problemas do paciente não podem ser divididos em físicos e mentais; eles devem ser tratados na sua totalidade. Entretanto, a abordagem psicoterapêutica e a somática requerem ambas especialistas altamente treinados, que não conseguem dominar igualmente bem estas duas técnicas. A única solução para este dilema é o trabalho em equipe na terapia, uma cooperação estreita entre os psiquiatras e os especialistas clínicos.

É impossível fazer generalizações a respeito dos detalhes do procedimento psicoterapêutico. O conhecimento das situações centrais de conflito emocional, que são mais ou menos específicas nas diferentes formas de distúrbios vegetativos, possibilita ao terapeuta um progresso mais rápido no tratamento.

Por exemplo: freqüentemente é possível aliviar um paciente de suas crises de asma, dando-lhe oportunidade de "confessar" suas tendências reprimidas alheias ao ego, em poucas entrevistas psicoterapêuticas.

O paciente com úlcera péptica pode ser, às vezes, aliviado de sintomas agudos, em poucas entrevistas, se lhe são dados meios legítimos de vazão para os desejos dependentes passivos. O médico pode insistir, de maneira autoritária, que o paciente tire férias, dando-lhe assim um pretexto aceitável para relaxar. Uma abordagem mais sutil é proporcionar um meio de vazão para as necessidades de dependência do paciente, na situação de transferência. Isto pode ser alcançado analisando a culpa e o orgulho, que são os fatores emocionais responsáveis pela repressão dos anseios dependentes passivos, ou as atitudes exigentes agressivas.

O paciente hipertenso freqüentemente melhora quando sente que lhe é permitido expressar seus impulsos hostis reprimidos, durante as entrevistas, ou quando se sente encorajado a uma maior auto-afirmação, nas situações ocupacionais ou em relação à sua família. A análise de sentimentos de culpa e necessidades dependentes, nestes casos, contribui, consideravelmente, para a capacidade do paciente de expressar suas tendências de auto-afirmação com maior liberdade e encontrar meios de vazão adequados para suas tensões.

No tratamento da artrite, o conhecimento do médico, das constelações cionais específicas, pode ajudar a acelerar as remissões. Ele sabe que paciente pode expressar o seu ressentimento associado ao ato de ajudar ıtros seus sintomas, freqüentemente, diminuem. As condições ambientais, üentemente, podem ser manipuladas e tornadas adequadas para a canali- o dos impulsos hostis, através de canais aceitáveis. O relaxamento da ão muscular que disto resulta pode então influenciar beneficamente os mas.

Uma coordenação mais eficiente das medidas psicoterapêuticas e somá- é um dos grandes desafios com que se defronta a ciência médica, nos atuais. Enfrentar este desafio exigirá um conhecimento mais preciso do ionamento dos fatores constitucionais, emocionais e fisiológicos, na causa ença.

# *Bibliografia*


1. ABRAHAM, K.: "Ejaculatio Praecox," Chapter 13 in *Selected Papers*. London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1927.
2. ———: "Hysterical Dream States," Chapter 4 in *Selected Papers*. London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1927.
3. ———: "Manic-depressive States and the Pregenital Levels of the Libido," Chapter 26 in *Selected Papers*. London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1927.
4. ———: "The Spending of Money in Anxiety States," Chapter 14, in *Selected Papers*. London, Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1927.
5. ABRAMSON, D. I.: *Vascular Responses in the Extremities of Man in Health and Disease*. Chicago, University of Chicago Press, 1944.
6. ACKERMAN, N. W., and CHIDESTER, L.: " 'Accidental' Self-Injury in Children," *Arch. Pediat.* 53:711, 1936.
7. ALEXANDER, F.: "Emotional Factors in Essential Hypertension," *Psychosom. Med.* 1:173, 1939.
8. ———: *Fundamentals of Psychoanalysis*. New York, W. W. Norton & Company, Inc., 1948.
9. ———: "The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-intestinal Disturbances: A Symposium. I. General Principles, Objectives and Preliminary Results," *Psychoanalyt. Quart.* 3:501, 1934.
10. ———: *The Medical Value of Psychoanalysis*. New York, W. W. Norton & Company, Inc., 1936.

11. ———: "Psychoanalytic Study of a Case of Essential Hypertension," *Psychosom. Med.* 1:139, 1939.
12. ———: "Training Principles in Psychosomatic Medicine," *Am. J. Orthopsychiat.* 16:410, 1946.
13. ———: "Treatment of a Case of Peptic Ulcer and Personality Disorder," *Psychosom. Med.* 9:320, 1947.
14. ALEXANDER, F., *et al.*: "The Influence of Psychologic Factors Upon Gastro-intestinal Disturbances: A Symposium. *Psychoanalyt. Quart.* 3:501, 1934.
15. ALEXANDER, F., and MENNINGER, W. C.: Relation of Persecutory Delusions to the Functioning of the Gastro-intestinal Tract," *J. Nerv. & Ment. Dis.* 84:541, 1936.
16. ALEXANDER, F., and PORTIS, S. A.: "A Psychosomatic Study of Hypoglycaemic Fatigue," *Psychosom. Med.* 6:191, 1944.
17. ALKAN, L.: *Anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache.* Stuttgart und Leipzig, Hippokrates-Verlag, 1930.
18. ALVAREZ, W. C.: *Nervous Indigestion.* New York, P. B. Hoeber, Inc., 1930.
19. ———: "Ways in Which Emotion Can Affect the Digestive Tract," *J.A.M.A.*, 92:1231, 1929.
20. BACON, C.: "The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-Intestinal Disturbances: A Symposium. II. Typical Personality Trends and Conflicts in Cases of Gastric Disturbance," *Psychoanalyt. Quart.* 3:540, 1934.
21. BALZAC, H. de: *Cousin Pons.* New York, The Century Co. 1906.
22. BARATH, E.: "Arterial Hypertension and Physical Work," *Arch. Int. Med.* 42:297, 1928.
23. BARTEMEIER, L. H.: "A Psychoanalytic Study of a Case of Chronic Exudative Dermatitis," *Psychoanalyt. Quart.* 7:216, 1938.
24. BEACH, F. A.: *Hormones and Behavior.* New York and London, Paul B. Hoeber, Inc., 1948.
25. BENEDEK, T.: "Climacterium: a Developmental Phase." (To be published in the *Psychoanalytic Quarterly.*)
26. ———: "The Psychosomatic Implications of the Primary Unit: Mother-Child," *Am. J. Orthopsychiat.* 19:642, 1949.
27. ———: "Die ueberwertige Idee und ihre Beziehung zur Suchtkrankheit," *Internat. Ztschr. f. Psychoanal.* 22:59, 1936.
28. BENEDEK, T., and RUBENSTEIN, B. B.: *The Sexual Cycle in Women.* Psychosom. Med. Monographs, Volume III, Nos. I and II. Washington, D.C., National Research Council, 1942.

29. BENJAMIN, J. D., COLEMAN, J. V., and HORNBEIN, R.: "A Study of Personality in Pulmonary Tuberculosis," *Am. J. Orthopsychiat.* 18:704, 1948.
30. BERGMANN, G. VON: "Ulcus duodeni und vegetatives Nervensystem," *Berliner Klinische Wchnschr.* 50:2374, 1913.
31. ———: "Zum Abbau der 'Organneurosen' als Folge Interner Diagnostik," *Deutsche Med. Wchnschr.*, Leipzig, Vol. 53, No. 49, p. 2057, 1927.
32. BINGER, C. A. L., ACKERMAN, N. W., COHN, A. E., SCHROEDER, H. A., and STEELE, J. H.: *Personality in Arterial Hypertension.* New York, American Society for Research in Psychosomatic Problems, 1945.
33. BOND, E.: "Psychiatric Contributions to the Study of the Gastrointestinal System," *Am. J. Digest. Dis.* 5:482, 1938.
34. BOOTH, G. C.: "The Psychological Approach in Therapy of Chronic Arthritis," *Rheumatism* Vol. 1, No. 3, p. 48, 1939.
35. BRADLEY, S. E.: "Physiology of Essential Hypertension," *Am. J. Med.* 4:398, 1948.
36. BRENNER, C., FRIEDMAN, A. P., and CARTER, S.: "Psychologic Factors in the Etiology and Treatment of Chronic Headache," *Psychosom. Med.* 11:53, 1949.
37. BROH-KAHN, R. H., PODORE, C. J., and MIRSKY, I. A.: "Uropepsin Excretion by Man. II. Uropepsin Excretion by Healthy Men," *J. Clin. Investigation* 27:825, 1948.
38. BRAM, I.: "Psychic Trauma in Pathogenesis of Exophthalmic Goiter," *Endocrinology* 11:106, 1927.
39. BROWN, W. L.: "Biology of the Endocrine System," *New York Med. J.* 115:373, 1922.
40. BROWN, W. T., and GILDEA, E. A.: "Hyperthyroidism and Personality," *Am. J. Psychiat.* 94:59, 1937.
41. BROWN, W. T., PREU, P. W., and SULLIVAN, A. J.: "Ulcerative Colitis and the Personality," *Am. J. Psychiat.* 95:407, 1938.
42. BRUCH, H., and HEWELETT, E.: "Psychologic Aspects of the Medical Management of Diabetes in Children," *Psychosom. Med.* 9:205, 1947.
43. CANNON, W. B.: *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage.* Second Edition. New York, D. Appleton & Co., 1920.
44. CARLSON, H. B., MCCULLOCH, W., and ALEXANDER, F.: "Effects of Zest on Blood Sugar Regulation." Read by title at the A. Research Nerv. & Ment. Dis., New York, December 9, 1949.

45. Carmichael, H. T.: "A Psychoanalytic Study of a Case of Eunuchoidism," *Psychoanalyt. Quart.* 10:243, 1941.
46. Chadwick, M.: *The Psychological Effects of Menstruation.* Nerv. & Ment. Dis. Monograph Series No. 56. New York and Washington, Nerv. & Ment. Dis. Publ. Co., 1932.
47. Clark, D., Hough, H., and Wolff, H. G.: "Experimental Studies on Headache. Observations on Histamine Headache," *A. Research Nerv. & Ment. Dis. Proc.* 15:417, 1935.
48. Colwell, A. R.: "Observed Course of Diabetes Mellitus and Inferences Concerning its Origin and Progress," *Arch. Int. Med.* 70:523, 1942.
49. Conrad, A.: "The Psychiatric Study of Hyperthyroid Patients," *J. Nerv. & Ment. Dis.* 79:505, 1934.
50. Coriat, I.: "Sex and Hunger," *Psychoanalyt. Rev.* 8:375, 1921.
51. Cormia, F., and Slight, D.: "Psychogenic Factors in Dermatoses," *Canad. M. A. J.* 33:527, 1935.
52. Crile, G.: "The Mechanism of Exophthalmic Goitre," Third Int. Goitre Conf. and Am. A. for the Study of Goitre. Proc. 1938, p. 1.
53. Cserna, I.: "Adatok az Icterus Neonatorum Tanahoz," *Orvosi hetil,* 67:42.
54. Dale, H. H., and Feldberg, W.: "Chemical Transmitter of Vagus Effects to Stomach," *J. Physiol.* 81:320, 1934.
55. Daniels, G. E.: "Analysis of a Case of Neurosis with Diabetes Mellitus," *Psychoanalyt. Quart.* 5:513, 1936.
56. ———: "Psychiatric Aspects of Ulcerative Colitis," *New England J. Med.* 226:178, 1942.
57. ———: "Psychiatric Factors in Ulcerative Colitis," *Gastroenterology* 10:59, 1948.
58. ———: "Treatment of a Case of Ulcerative Colitis Associated with Hysterical Depression," *Psychosom. Med.* 2:276, 1940.
59. Darwin, C. R.: *The Expression of the Emotions in Man and Animals.* London, J. Murray, 1872.
60. De Robertis, E.: "Assay of Thyrotropic Hormone in Human Blood," *J. Clin. Endocrinol.* 8:956, 1948.
61. Deutsch, F.: "Associative Anamnesis," *Psychoanalyt. Quart.* 8:354, 1939.
62. Deutsch, F., and Nadell, R.: "Psychosomatic Aspects of Dermatology with Special Consideration of Allergic Phenomena," *Nerv. Child* 5:339, 1946.

63. DEUTSCH, H.: *The Psychology of Women,* Vols. I and II. New York, Grune & Stratton, 1944, 1945.
64. DRAGSTEDT, L. R.: "Section of the Vagus Nerves to the Stomach in the Treatment of Peptic Ulcer," *Surg., Gynec. & Obst.* 83:547, 1946.
65. ———: "Some Physiological Principles in Surgery of the Stomach," *Canad. M. A. J.* 56:133, 1947.
66. DRAGSTEDT, L. R., and OWENS, F. M., Jr.: "Supradiaphragmatic Section of Vagus Nerves in Treatment of Duodenal Ulcer," *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.* 53:152, 1943.
67. DRAPER, G.: "The Common Denominator of Disease," *Am. J. M. Sc.* 190:545, 1935.
68. ———: "The Emotional Component of the Ulcer Susceptible Constitution," *Ann. Int. Med.* 16:633, 1942.
69. ———: *Human Constitution; a Consideration of its Relationship to Disease.* Philadelphia & London, W. B. Saunders Company, 1924.
70. DRAPER, G., and TOURAINE, G. A.: "The Man-Environment Unit and Peptic Ulcer," *Arch. Int. Med.* 49:616, 1932.
71. DUNBAR, F.: *Emotions and Bodily Changes.* Third Edition. New York, Columbia University Press, 1947.
72. ———: *Mind and Body: Psychosomatic Medicine.* New York, Random House, 1947.
73. ———: "Physical Mental Relationships in Illness; Trends in Modern Medicine and Research as Related to Psychiatry," *Am. J. Psychiat.* 91:541, 1934.
74. ———: "Psychoanalytic Notes Relating to Syndromes of Asthma and Hay Fever," *Psychoanalyt. Quart.* 7:25, 1938.
75. ———: *Psychosomatic Diagnosis.* New York, London, Paul B. Hoeber, Inc., 1943.
76. EINSTEIN, A., and INFELD, L.: *The Evolution of Physics.* New York, Simon & Schuster, 1938.
77. EISENBUD, J.: "The Psychology of Headache," *Psychiat. Quart.* 11:592, 1937.
78. ENGEL, G. L., FERRIS, E. B., and ROMANO, J.: "Studies of Syncope," *Cincinnati J. Med.* 26:93, 1945.
79. ENGEL, G. L., and ROMANO, J.: "Studies of Syncope: IV. Biologic Interpretation of Vasodepressor Syncope," *Psychosom. Med.* 9:288, 1947.
80. ENGEL, G. L., ROMANO, J., and MCLIN, T. R.: "Vasodepressor and Carotid Sinus Syncope. Clinical, Electroencephalographic

and Electrocardiographic Observations," *Arch. Int. Med.* 74:100, 1944.
81. FAHRENKAMP, K.: *Die psychophysischen Wechselwirkungen bei den Hypertonie-erkrankungen.* Stuttgart, Hippokrates-Verlag, 1926.
82. FARQUHARSON, H., and HYLAND, H. H.: "Anorexia Nervosa," *J.A.M.A.* 111:1085, 1938.
83. FENICHEL, O.: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis.* New York, W. W. Norton & Company, Inc., 1945.
84. FERENCZI, S.: "Disease- or Patho-Neuroses," Chapter 5 in *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis.* London, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1926.
85. FERRIS, E. B., REISER, M. F., STEAD, W. W., and BRUST, A. A., JR.: "Clinical and Physiological Observations of Interrelated Mechanisms in Arterial Hypertension," *Trans. A. Am. Physicians* 61:97, 1948.
86. FICARRA, B. J., and NELSON, R. A.: "Phobia as a Symptom in Hyperthyroidism," *Am. J. Psychiat.* 103:831, 1947.
87. FISHBERG, A. M.: *Hypertension and Nephritis.* Third edition. Philadelphia, Lea and Febiger, 1934.
88. FRENCH, T. M.: "Physiology of Behavior and Choice of Neurosis," *Psychoanalyt. Quart.* 10:561, 1941.
89. FRENCH, T. M., ALEXANDER, F., *et al.*: *Psychogenic Factors in Bronchial Asthma,* Parts I and II. Psychosom. Med. Monographs IV, and II, Nos. I and II. Washington, National Research Council, 1941.
90. FRENCH, T. M., in collaboration with JOHNSON, A. M.: "Brief Psychotherapy in Bronchial Asthma," in *Proceedings of the Second Brief Psychotherapy Council.* Chicago, Institute for Psychoanalysis, 1944.
91. FRENCH, T. M., and SHAPIRO, L. B.: "The Use of Dream Analysis in Psychosomatic Research." *Psychosom. Med.* 11:110, 1949.
92. FREUD, S.: "The Justification for Detaching from Neurasthenia a Particular Syndrome: the Anxiety-Neurosis," Chapter 5 in *Collected Papers,* Vol. I. Second Edition. London, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1940.
93. ———: "Mourning and Melancholia," Chapter 8 in *Collected Papers,* Vol. IV. Third Edition. London, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1946.

94. ———: *Three Contributions to the Theory of Sex.* Nerv. Ment. Dis. Monograph Series No. 7. New York and Washingto Nerv. & Ment. Dis. Publ. Co., 1930.
95. ———: *Wit and Its Relation to the Unconscious.* New Yor Moffat, Yard, 1916.
96. FROMM-REICHMANN, F.: "Contribution to the Psychogene of Migraine," *Psychoanalyt. Rev.* 24:26, 1937.
97. GASKELL, W. H.: *Origin of Vertebrates.* New York, Longma Green & Co., 1908.
98. ———: "Phylogenetic considerations," *Brit. M.J.* 1:720, 188
99. GERARD, M. W.: "Enuresis. A Study in Etiology," *Am. J. Orth psychiat.* 9:48, 1939.
100. GILLESPIE, R. D.: "Psychological Aspects of Skin Disease *Brit. J. Dermat.* 50:1, 1938.
101. GOLDBLATT, H.: "Studies on Experimental Hypertension. The Pathogenesis of Experimental Hypertension Due to Ren Ischemia," *Ann. Int. Med.* 11:69, 1937.
102. GOLDSCHEIDER, K.: *Ztschr. f. aerztl. Fortbildung,* Vol. 23, No. Seite 1, 1926 (quoted from Fahrenkamp).
103. GOODALL, J. S., and ROGERS, L.: "The Effects of the Emotio in the Production of Thyrotoxicosis," *M. J. & Rec.* 138:41 1933.
104. GRAHAM, J. R., and WOLFF, H. G.: "Mechanism of Migrai Headache and Action of Ergotamine Tartrate," *Arch. Neur & Psychiat.* 39:737, 1938.
105. GREGG, A.: "The Future of Medicine," *Harvard Medic Alumni Bulletin,* Cambridge. Vol. 11 (October, 1936).
106. GROEN, J.: "Psychogenesis and Psychotherapy of Ulcerati Colitis," *Psychosom. Med.* 9:151, 1947.
107. GULL, W.: "Anorexia Nervosa," *Tr. Clin. Soc.,* London, 7: 1874.
108. GUTHEIL, E.: "Analysis of a Case of Migraine," *Psychoanal Rev.* 21:272, 1934.
109. HALLIDAY, J. L.: "Approach to Asthma," *Brit. J. M. Psych* 17:1, 1937.
110. ———: "Concept of a Psychosomatic Affection," Lanc London, 2:692, 1943.
111. ———: "Epidemiology and the Psychosomatic Affections; Study in Social Medicine," Lancet, London, 2:185, 1946.
112. ———: "The Incidence of Psychosomatic Affections Britain," *Psychosom. Med.* 7:135, 1945.

113. ———: "Psychological Aspects of Rheumatoid Arthritis," *Proc. Roy. Soc. Med.* 35:455, 1942.
114. ———: "Psychological Factors in Rheumatism: Preliminary Study," *Brit. M. J.* 1:213, 264, 1937.
115. ———: *Psychosocial Medicine. A Study of the Sick Society.* New York, W. W. Norton & Company, Inc., 1948.
116. HAM, G. C., ALEXANDER, F., and CARMICHAEL, H. T.: "Dynamic Aspects of the Personality Features and Reactions Characteristic of Patients with Graves' Disease." Presented at the A. Research Nerv. & Ment. Dis., New York, December 9, 1949.
117. HARTMAN, H. R.: "Neurogenic Factors in Peptic Ulcer," *M. Clin. North America* 16:1357, 1933.
118. HILL, L. B.: "A Psychoanalytic Observation on Essential Hypertension," *Psychoanalyt. Rev.* 22:60, 1935.
119. HIMWICH, H. E.: "A Review of Hypoglycemia, Its Physiology and Pathology, Symptomatology and Treatment," *Am. J. Digest. Dis.* 11:1, 1944.
120. HINKLE, L. E., CONGER, G. A., and WOLF, S.: "Experimental Evidence on the Mechanism of Diabetic Ketosis," *J. Clin. Investigation* 28:788, 1949.
121. HINKLE, L. E., and WOLF, S.: "Experimental Study of Life Situations, Emotions, and the Occurrence of Acidosis in a Juvenile Diabetic," *Am. J. M. Sc.* 217:130, 1949.
122. HOSKINS, R. G.: *Endocrinology.* Revised Edition. New York, W. W. Norton & Company, Inc., 1950.
123. JACKSON, D. D.: "The Psychosomatic Factors in Ulcerative Colitis," *Psychosom. Med.* 8:278, 1946.
124. JELLIFFE, S. E., and EVANS, E.: "Psoriasis as an Hysterical Conversion Symbolization," *New York Med. J.* 104:1077, 1916.
125. JOHNSON, A. M.: "A Case of Migraine," in *Proceedings of the Third Psychotherapy Council.* Chicago, Institute for Psychoanalysis, 1946.
126. JOHNSON, A. M., SHAPIRO, L. B., and ALEXANDER, F.: "A Preliminary Report on a Psychosomatic Study of Rheumatoid Arthritis," *Psychosom. Med.* 9:295, 1947.
127. JONES, E.: "Urethralerotik und Ehrgeiz," *Internatl. Ztschr. f. Aerztl. Psychoanal.* 3:156, 1915.
128. JOSLIN, E. P., ROOT, H. F., WHITE, P., MARBLE, A., and BAILEY, C. C.: *The Treatment of Diabetes Mellitus.* Eighth Edition Philadelphia, Lea and Febiger, 1947.

129. KAPP, F. T., ROSENBAUM, M., and ROMANO, J.: "Psychological Factors in Men with Peptic Ulcers," *Am. J. Psychiat.* 103:700, 1947.
130. KEPECS, J., ROBIN, M., and BRUNNER, M. J.: "The Relationship of Certain Emotional States and Transudation into the Skin." Presented at the Annual Meeting of the Am. Psychosom. Soc. Atlantic City, April 30, 1949.
131. KING, E. L., and HERRING, J. S.: "Hypothyroidism in the Causation of Abortion, Especially of the 'Missed' Variety," *J.A.M.A.* 113:1300, 1939.
132. KLAUDER, J. V.: "Psychogenic Aspects of Diseases of the Skin," *Arch. Neurol. & Psychiat.* 33:221, 1935.
133. KNOPF, O.: "Preliminary Report on Personality Studies in 30 Migraine Patients," *J. Nerv. & Ment. Dis.* 82:270, 400, 1935.
134. KRONFELD, A.: "Oesophagus-Neurosen," *Psychotherapeut. Praxis* 1:21, 1934.
135. LASÉGUE, C.: "On Hysterical Anorexia," *Med. Times and Gaz.* 2:265, 1873.
136. LEVEY, H. B.: "The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-Intestinal Disturbances. A Symposium. IV. Oral Trends and Oral Conflicts in a Case of Duodenal Ulcer," *Psychoanalyt. Quart.* 3:574, 1934.
137. LEVINE, M.: "The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-Intestinal Disturbances. A Symposium. V. Pregenital Trends in a Case of Chronic Diarrhea and Vomiting," *Psychoanalyt. Quart.* 3:583, 1934.
138. LEWIS, N. D. C.: "Psychoanalytic Study of Hyperthyroidism," *Psychoanalyt. Rev.* 10:140, 1923.
139. ———: "Psychological Factors in Hyperthyroidism," *M. J. & Rec.* 122:121, 1925.
140. LIDZ, T.: "Emotional Factors in the Etiology of Hyperthyroidism," *Psychosom. Med.* 11:2, 1949.
141. LINDEMANN, E.: "Psychiatric Problems in Conservative Treatment of Ulcerative Colitis," *Arch. Neurol. & Psychiat.* 53:322, 1945.
142. LONG, C. N. H.: "Conditions Associated with Secretion of Adrenal Cortex," *Federation Proc.* 6:461, 1947.
143. LORAND, S.: "Psychogenic Factors in a Case of Angioneurotic Edema," *J. Mt. Sinai Hosp.* 2:231, 1936.
144. MAHL, G. F.: "Effect of Chronic Fear on the Gastric Secretion of HCL in Dogs," *Psychosom. Med.* 11:30, 1949.

145. Marañon, G.: "Le facteur émotionnel dans la pathogénie des étâts hyperthyroïdiens," *Ann. méd.* 9:81, 1921.
146. Marbe, K.: *Praktische Psychologie der Unfaelle und Betriebsschaeden.* Muenchen-Berlin, R. Oldenbourg, 1926.
147. Marcussen, R. M., and Wolff, H. G.: "Therapy of Migraine," *J.A.M.A.* 139:198, 1949.
148. Markee, J. E., Sawyer, C. H., and Hollinshead, W. H.: "Andrenergic Control of the Release of Luteinizing Hormone from the Hypophysis of the Rabbit," *Recent Progr. Hormone Research* 2:117, 1948.
149. Maslow, A.: "The Role of Dominance in the Social and Sexual Behavior of Infra-Human Primates: III. A Theory of Sexual Behavior of Infra-Human Primates," *J. Genet. Psychol.* 48:310, 1936.
150. Meyer, A., Bollmeier, L. N., and Alexander, F.: "Correlation between Emotions and Carbohydrate Metabolism in Two Cases of Diabetes Mellitus," *Psychosom. Med.* 7:335, 1945.
151. Mead, M.: *Male and Female.* New York, William Morrow & Company, 1949.
152. Menninger, K.: "Emotional Factors in Hypertension," *Bull. Menninger Clin.* 2:74, 1938.
153. ———: "Polysurgery and Polysurgical Addiction," *Psychoanalyt. Quart.* 3:173, 1934.
154. Menninger, K., and Menninger, W. C.: "Psychoanalytic Observations in Cardiac Disorders," *Am. Heart J.* 11:10, 1936.
155. Meyer, K., Prudden, J. F., Lehman, W. L., and Steinberg, A.: "Lysozyme Activity in Ulcerative Alimentary Disease. I. Lysozyme in Peptic Ulcer," *Am. J. Med.* 5:482, 1948.
156. Meyer, K., Gellhorn, A., Prudden, J. F., Lehman, W. L., and Steinberg, A.: "Lysozyme Activity in Ulcerative Alimentary Disease. II. Lysozyme Activity in Chronic Ulcerative Colitis," *Am. J. Med.* 5:496, 1948.
157. Miller, M. L.: "Psychodynamic Mechanisms in a Case of Neurodermatitis," *Psychosom. Med.* 10:309, 1948.
158. ———: "A Psychological Study of a Case of Eczema and a Case of Neurodermatitis," *Psychosom. Med.* 4:82, 1942.
159. Mirsky, I. A.: "Emotional Factors in the Patient with Diabetes Mellitus," *Bull. Menninger Clin.* 12:187, 1948.
160. ———: "Emotional Hyperglycemia," *Proc. Central Soc. Clin. Research* 19:74, 1946.

161. ———: "The Etiology of Diabetic Acidosis," *J.A.M.A.* 118: 690, 1942.
162. ———: "Some Considerations of the Etiology of Diabetes Mellitus in Man," *Proc. Am. Diab. A.* 5:117, 1945.
163. MIRSKY, I. A., BLOCK, S., OSHER, S., and BROH-KAHN, R. H.: "Uropepsin Excretion by Man; I. The Source, Properties and Assay of Uropepsin," *J. Clin. Investigation* 27:818, 1948.
164. MITTELMANN, B.: "Psychogenic Factors and Psychotherapy in Hyperthyreosis and Rapid Heart Imbalance," *J. Nerv. & Ment. Dis.* 77:465, 1933.
165. MITTELMANN, B., and WOLFF, H. G.: "Emotions and Gastroduodenal Function: Experimental Studies on Patients with Gastritis, Duodenitis and Peptic Ulcer," *Psychosom. Med.* 4:5, 1942.
166. MOHR, F.: *Psychophysische Behandlungsmethoden.* Leipzig, Hirzel, 1925.
167. MONTAGU, M. F. ASHLEY: *Adolescent Sterility.* Springfield, Charles C. Thomas, 1946.
168. MOSCHCOWITZ, E.: *Biology of Disease.* Mt. Sinai Hospital Monograph No. 1. New York, Grune & Stratton, 1948.
169. ———: "Hypertension: Its Significance, Relation to Arteriosclerosis and Nephritis and Etiology," *Am. J. M. Sc.* 158:668, 1919.
170. ———: "The Nature of Graves' Disease," *Arch. Int. Med.* 46:610, 1930.
171. *Motor Vehicle Traffic Conditions in the U.S.* Part 6, p. 4. 75th Congress, 3rd Session, House Document 462, Part 6, Washington, D.C., 1938.
172. MUELLER, O.: *Die Kapillaren der Menschlichen Koerperoberflaeche in Gesunden und Kranken Tagen.* Stuttgart, Ferdinand Enke, 1922.
173. MURRAY, C. D.: "A Brief Psychological Analysis of a Patient with Ulcerative Colitis," *J. Nerv. & Ment. Dis.* 72:617, 1930.
174. ———: "Psychogenic Factors in the Etiology of Ulcerative Colitis and Bloody Diarrhea," *Am. J. M. Sc.* 180:239, 1930.
175. NECHELES, H.: "A Theory on Formation of Peptic Ulcer," *Am. J. Digest. Dis. and Nutrition* 4:643, 1937.
176. ORR, D.: "Pregnancy Following the Decision to Adopt," *Psychosom. Med.* 3:441, 1941.
177. PAGE, I. H., and CORCORAN, A. C.: *Arterial Hypertension.* Chicago, The Year Book Publishers, 1945.

178. PALMER, W. L.: "Fundamental Difficulties in the Treatment of Peptic Ulcer," *J.A.M.A.* 101:1604, 1933.
179. PERLOFF, W. H.: "Role of the Hormones in Human Sexuality," *Psychosom. Med.* 11:133, 1949.
180. PODORE, C. J., BROH-KAHN, R. H., and MIRSKY, I. A.: "Uropepsin Excretion by Man. III. Uropepsin Excretion by Patients with Peptic Ulcer and Other Lesions of the Stomach," *J. Clin. Investigation* 27:834, 1948.
181. PORTIS, S. A.: "Idiopathic Ulcerative Colitis; Newer Concepts Concerning Its Cause and Management." *J.A.M.A.* 139:208, 1949.
182. PORTIS, S. A., and ZITMAN, I. H.: "A Mechanism of Fatigue in Neuro-psychiatric Patients," *J.A.M.A.* 121:569, 1943.
183. PRATT, J. P.: "Sex Functions in Man," Chapter 24 in *Sex and Internal Secretions.* Edited by E. Allen. Second Edition. Baltimore, The Williams and Wilkins Company, 1939.
184. RAHMAN, L., RICHARDSON, H. B., and RIPLEY, H. S.: "Anorexia Nervosa with Psychiatric Observations," *Psychosom. Med.* 1:335, 1939.
185. RAWSON, A. T.: "Accident Proneness," *Psychosom. Med.* 6:88, 1944.
186. RENNIE, T. A. C., and HOWARD, J. E.: "Hypoglycemia and Tension-Depression," *Psychosom. Med.* 4:273, 1942.
187. RICHARDSON, H. B.: "Simmonds' Disease and Anorexia Nervosa," *Arch. Int. Med.* 63:1, 1939.
188. RICHTER, K. M.: "Some New Observations Bearing on the Effect of Hyperthyroidism on Genital Structure and Function," *J. Morphol.* 74:375, 1944.
189. RISEMAN, J. E. F., and WEISS, S.: "Symptomatology of Arterial Hypertension," *Am. J. M. Sc.* 180:47, 1930.
190. ROMANO, J., and COON, G. P.: "Physiologic and Psychologic Studies in Spontaneous Hypoglycemia," *Psychosom. Med.* 4: 283, 1942.
191. ROMANO, J., and ENGEL, G. L.: "Studies of Syncope. III. The Differentiation between Vasodepressor Syncope and Hysterical Fainting," *Psychosom. Med.* 7:3, 1945.
192. ROMANO, J., ENGEL, G. L., WEBB, J. P., FERRIS, E. B., RYDER, H. W., and BLANKENHORN, M. A.: "Syncopal Reactions during Simulated Exposure to High Altitude in Decompression Chamber," *War Med.* 4:475, 1943.
193. ROSEN, H., and LIDZ, T.: "Emotional Factors in the Precipi-

tation of Recurrent Diabetic Acidosis," *Psychosom. Med.* 11:211, 1949.
194. ROSENBAUM, M.: "Psychogenic Headache," *Cincinnati J. Med.* 28:7, 1947.
195. ROSENBAUM, M., and KAPP, F. T.: "Psychosomatic Conference of the Cincinnati General Hospital. Case No. 141, Ulcerative Colitis," *Dis. Nerv. System* 8:345, 1947.
196. ROSS, W. D.: "The Person with Ulcerative Colitis," *Canad. M.A.J.* 58:326, 1948.
197. RUBENSTEIN, B. B.: "Functional Sterility in Women," *Ohio State M.J.* 35:1066, 1939.
198. ———: "The Vaginal Smear-Basal Body Temperature Technic and Its Application to the Study of Functional Sterility in Women," *Endocrinology* 27:843, 1940.
199. RUESCH, J., CHRISTIANSEN, C., HARRIS, R. E., DEWEES, S., JACOBSON, A., and LOEB, M. B.: *Duodenal Ulcer. A Sociopsychological Study of Naval Enlisted Personnel and Civilians.* Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1948.
200. RUESCH, J., CHRISTIANSEN, C., PATTERSON, L. C., DEWEES, S., JACOBSON, A., in cooperation with SOLEY, M. H.: "Psychological Invalidism in Thyroidectomized Patients," *Psychosom. Med.* 9:77, 1947.
201. SADGER, J.: "Ueber sexualsymbolische Verwertung des Kopfschmerzes," *Zentralbl. f. Psychoanal.* 2:190, 1911/12.
202. SAUL, L. J.: "Hostility in Cases of Essential Hypertension," *Psychosom. Med.* 1:153, 1939.
203. SAUL, L. J., and BERNSTEIN, C.: "The Emotional Settings of Some Attacks of Urticaria," *Psychosom. Med.* 3:349, 1941.
204. SAWYER, C. H., MARKEE, J. E., and TOWNSEND, B. F.: "Cholinergic and Andrenergic Components in the Neurohumoral Control of the Release of LH in the Rabbit," *Endocrinology* 44:18, 1949.
205. SCARBOROUGH, L. F.: "Neuro-Dermatitis from a Psychosomatic Viewpoint," *Dis. Nerv. System* 9:90, 1948.
206. SCHIELE, B. C., and BROZEK, J.: " 'Experimental Neurosis' Resulting from Semistarvation in Man," *Psychosom. Med.* 10:31, 1948.
207. SCHMIED, M.: "Esstoerung und Verstimmung vor dem dritten Lebensjahr," *Ztschr. f. Psychoanal. Paed.* 10:241, 1936.
208. SCHULZE, V. E., and SCHWAB, E. H.: "Arteriolar Hypertension in the American Negro," *Am. Heart J.* 11:66, 1936.

209. SEIDENBERG, R.: "Psychosexual Headache," *Psychiat. Quart.* 21:351, 1947.
210. SELINSKY, H.: "Psychological Study of the Migrainous Syndrome," *Bull. New York Acad. Med.* 15:757, 1939.
211. SELYE, H.: "The General Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptation," *J. Clin. Endocrinol.* 6:117, 1946.
212. SILBERMANN, I. S.: "Experimentelle Magen-Duodenalulcuserzeugung durch Scheinfuettern nach Pavlov," *Zentralbl. f. Chir.* 54:2385, 1927.
213. SMITH, H. W.: *Lectures on the Kidney.* Lawrence, University of Kansas Press, 1943.
214. SMITH, H. W., GOLDRING, W., and CHASIS, H.: "Role of the Kidney in the Genesis of Hypertension," *Bull. New York Acad. Med.* 19:449, 1943.
215. SOFFER, L. J., VOLTERRA, M., GABRILOVE, J. L., POLLACK, A., and JACOBS, M.: "Effect of Iodine and Adrenalin on Thyrotropin in Graves' Disease and in Normal and Thyroidectomized Dogs," *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.* 64:446, 1947.
216. SOSKIN, S., and LEVINE, R.: *Carbohydrate Metabolism.* Chicago, University of Chicago Press, 1946.
217. SOULE, S. D.: "A Study of Thyroid Activity in Normal Pregnancy," *Am. J. Obst. & Gynec.* 23:165, 1932.
218. SPERLING, M.: "Psychoanalytic Study of Ulcerative Colitis in Children," *Psychoanalyt. Quart.* 15:302, 1946.
219. SQUIER, R., and DUNBAR, F.: "Emotional Factors in the Course of Pregnancy," *Psychosom. Med.* 7:161, 1946.
220. STOKES, J. H.: "The Nervous and Mental Component in Cutaneous Disease," *Pennsylvania M.J.* 35:229, 1932.
221. STOKES, J. H., and BEERMAN, H.: "Psychosomatic Correlations in Allergic Conditions: a Review of Problems and Literature," *Psychosom. Med.* 2:438, 1940.
222. SULLIVAN, A. J., and CHANDLER, C. A.: "Ulcerative Colitis of Psychogenic Origin," *Yale J. Biol. & Med.* 4:779, 1932.
223. SZASZ, T. S.: "Factors in the Pathogenesis of Peptic Ulcer," *Psychosom. Med.* 11:300, 1949.
224. ———: "Psychosomatic Aspects of Salivary Activity. I. Hypersalivation in Patients with Peptic Ulcer." (To be published in *Proc. of the A. for Research in Nerv. & Ment. Dis.*)
225. ———: "Psychosomatic Aspects of Salivary Activity. II. Psychoanalytic Observations Concerning Hypersalivation." (To be published.)

226. ———: "Psychiatric Aspects of Vagotomy. A Preliminary Report," *Ann. Int. Med.* 28:279, 1948.
227. ———: "Psychiatric Aspects of Vagotomy. II. A Psychiatric Study of Vagotomized Ulcer Patients with Comments on Prognosis," *Psychosom. Med.* 11:187, 1949.
228. ———: "Psychiatric Aspects of Vagotomy. III. The Problem of Diarrhea after Vagotomy." (To be published in *J. Nerv. & Ment. Dis.*)
229. ———: "Psychiatric Aspects of Vagotomy. IV. Phantom Ulcer Pain," *Arch. Neurol. & Psychiat.* 62:728, 1949.
230. Szasz, T. S., Kirsner, J. B., Levin, E., and Palmer, W. L.: "The Role of Hostility in the Pathogenesis of Peptic Ulcer: Theoretical Considerations with the Report of a Case." *Psychosom. Med.* 9:331, 1947.
231. Szondi, L., and Lax, H.: "Über die Alimentäre Glykämische Reaktion bei Neurasthenie," *Ztschr. f. d. Gesamte Experimentelle Medizin,* 64:274, 1929.
232. Talbot, N. B., Sobel, E. H., Burke, B. S., Lindemann, E., and Kaufman, S. B.: "Dwarfism in Healthy Children: Its Possible Relation to Emotional, Nutritional and Endocrine Disturbances," *New England J. Med.* 236:783, 1947.
233. Tauber, E. S., and Daniels, G. E.: "Further Observations on Androgenic Hormones and Psychic Conflict," *Psychosom. Med.* 11:140, 1949.
234. Taylor, H.: "Gastroscopy, Its History, Technique, and Clinical Value with Report on 60 Cases," *Brit. J. Surg.* 24:469, 1937.
235. Touraine, G. A., and Draper, G.: "The Migrainous Patient," *J. Nerv. & Ment. Dis.* 80:1, 183, 1934.
236. Uotila, U. U.: "On the Role of the Pituitary Stalk in the Regulation of the Anterior Pituitary, with Special Reference to the Thyrotropic Hormone," *Endocrinology* 25:605, 1939.
237. Van der Heide, C.: "A Study of Mechanisms in Two Cases of Peptic Ulcer," *Psychosom. Med.* 2:398, 1940.
238. Wallace, H. L.: "Hyperthyreoidism: A Statistical Presentation of its Symptomatology," *Edinburgh M.J.* (N.S.) 38:578, 1931.
239. Weber, H.: "The Psychological Factor in Migraine," *Brit. J. Med. Psychol.* 12:151, 1932.
240. Weiss, E.: "Cardiospasm: A Psychosomatic Disorder," *Psychosom. Med.* 6:58, 1944.

241. ———: "Psychosomatic Aspects of Hypertension," *J.A.M.A.* 120:1081, 1942.
242. Weiss, E., and English, O. S.: *Psychosomatic Medicine.* Second Edition. Philadelphia and London, W. B. Saunders Company, 1949.
243. Weiss, Edoardo: "Psychoanalyse eines Falles von Nervoesem Asthma," *Internat. Ztschr. f. Psychoanal.* 8:440, 1922.
244. Weiss, S.: "The Interaction between Emotional States and the Cardiovascular System in Health and in Disease," Contributions to the Medical Sciences in Honor of Dr. Emanuel Libman 3:1181, 1932.
245. Weiss, S., and Ellis, L. B.: "The Quantitative Aspects and Dynamics of the Circulatory Mechanism in Arterial Hypertension," *Am. Heart J.* 5:448, 1930.
246. Westphal, K.: "Untersuchungen zur Frage der nervoesen Entstehung peptischer Ulcera," *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* 114:327, 1914.
247. White, B. V., Cobb, S., and Jones, C. M.: *Mucous Colitis.* Psychosom. Med. Monogr. I. Washington, D.C., National Research Council, 1939.
248. White, W. A.: *The Meaning of Disease.* Baltimore, Williams & Wilkins, 1926.
249. Wilder, J.: "Psychological Problems in Hypoglycemia," *Am. J. Digest. Dis.* 10:428, 1943.
250. Wilkins, L., and Fleischmann, W.: "Sexual Infantilism in Females; Causes, Diagnosis and Treatment," *J. Clin. Endocrinol.* 4:306, 1944.
251. Wilson, G. W.: "The Influence of Psychologic Factors upon Gastro-intestinal Disturbances: A Symposium. III. Typical Personality Trends and Conflicts in Cases of Spastic Colitis," *Psychoanalyt. Quart.* 3:558, 1934.
252. Winkelstein, A.: "A New Therapy of Peptic Ulcer," *Am. J. M. Sc.* 185:695, 1933.
253. Wittkower, E.: "Studies on the Influence of Emotions on the Functions of the Organs Including Observations in Normals and Neurotics," *J. Ment. Sc.* 81:533, 1935.
254. ———: "Ulcerative Colitis: Personality Studies," *Brit. M.J.* 2:1356, 1938.
255. Wolberg, L. R.: "Psychosomatic Correlations in Migraine: Report of a Case," *Psychiat. Quart.* 19:60, 1945.

256. WOLFE, T.: "Dynamic Aspects of Cardiovascular Symptomatology," *Am. J. Psychiat.* 91:563, 1934.
257. WOLFF, H. G.: "Personality Features and Reactions of Subjects with Migraine," *Arch. Neurol. & Psychiat.* 37: 895, 1937.
258. WOLFF, H. G., and WOLF, S.: "Studies on a Subject with a Large Gastric Fistula; Changes in the Function of the Stomach in Association with Varying Emotional States," *Tr. A. Am. Physicians* 57:115, 1942.
259. WULFF, M.: "Ueber einen Interessanten Oralen Symptomenkomplex und seine Beziehung zur Sucht," *Internat. Ztschr. f. Psychoanal.* 18:281, 1932.
260. ZWEIG, S.: *Die Heilung durch den Geist* (*Mental Healers*). Leipzig, Insel-Verlag, 1931.

Revisada e ampliada e com uma nova e belíssima introdução de GEORGE POLLOCK, volta à cena uma obra clássica. Clássica tanto pela síntese dos conceitos e das aplicações terapêuticas na Medicina Psicossomática como por ter sido uma obra à frente do seu tempo, fato que os últimos avanços em psicobiologia têm confirmado.

Alexander discute as possibilidades terapêuticas em muitas doenças crônicas, dedicando capítulos à discussão dos fatores emocionais nos distúrbios gastrintestinais, respiratórios, cardiovasculares e endócrinos, bem como nas doenças de pele, na artrite reumatóide e em outras doenças das articulações e dos músculos. Os distúrbios ligados às funções sexuais não foram esquecidos e têm um tratamento à parte.

Este livro, reunindo conceitos básicos e aplicações terapêuticas em Medicina Psicossomática, vai ser de enorme valia para uma nova geração de estudantes e profissionais da área de saúde.

FRANZ ALEXANDER (1891-1964) foi uma figura ímpar na Psiquiatria Americana, tendo sido Diretor do CHICAGO INSTITUTE OF PSYCHOANALYSIS e Professor de Psiquiatria da Universidade de Illinois.

ARTES MÉDICAS
Livros
por uma melhor
qualidade de vida