

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
INSTITUTO DE SELEÇÃO E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL  
FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS

LOCUS DE CONTROLE E CARACTERÍSTICAS DE PERSONA  
LIDADE EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE ÚLCERA E HI  
PERTENSÃO: Um Estudo Exploratório.

FRANCISCO DE ASSIS PALHARINI

FGV/ISOP/CPGP  
Praia de Botafogo, 190 - sala 1108  
Rio de Janeiro - Brasil

FEV  
200  
PAETO

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
INSTITUTO DE SELEÇÃO E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL  
FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS

LOCUS DE CONTROLE E CARACTERÍSTICAS DE PERSONAL  
LIDADE EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE ÚLCERA E HIPER  
PERTENSÃO: Um Estudo Exploratório.

Por

FRANCISCO DE ASSIS PALHARINI

Dissertação submetida como requisito parcial  
para obtenção do grau de

MESTRE EM PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, setembro de 1985

### AGRADECIMENTOS

- Aos alunos, da Universidade Gama Filho: Adilia Varandas Fonseca; Glória Alzira D.A. Pereira; Maria Aparecida Correia ; Maria Lúcia S.Mendonça e outros pela inestimável colabora -  
ção na coleta de dados.
- Ao professor Antonio Gomes Penna, pela compreensão das dificiculdades e incentivo na realização deste trabalho.
- À professora Elida Sigelman, minha orientadora, pelo incen-  
tivo, atenção e apoio emocional.
- A todos que de um modo ou de outro colaboraram.

- À minha filha Dayana que nasce  
ceu juntamente com este estudo  
do.

- À minha espôsa Desiree que  
gerou Dayana e me ajudou a  
gerar este estudo.

- Aos meus pais.



## SUMÁRIO

	p.
AGRDECIMENTOS .....	iv
RESUMO .....	v
SUMMARY .....	vi
- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	
- Considerações Históricas .....	01
- Sobre o Conceito de Saúde e Doença .....	14
- Psicofisiologia do Comportamento Emocional .....	24
- Aparelho Circulatório e suas Manifestações .....	36
. Hipertensão Arterial .....	37
- Aparelho Digestivo .....	45
. Úlcera e Gastrite .....	48
- Considerações Gerais e Perspectivas .....	55
- HIPÓTESES .....	77
- METODOLOGIA .....	77
- Definição da População em Estudo .....	77
- Instrumentos Utilizados .....	77
- Procedimentos .....	81
- ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	82
- DISCUSSÃO .....	98
- CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....	104
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	106
- ANEXOS .....	114

## RESUMO

O presente estudo pressupõe que os conceitos de "tensão", "stress" e "situações geradoras de ansiedade", não são suficientes e apropriados, no estágio atual da pesquisa, para explicar em termos de variável antecedente, o aparecimento de distúrbios denominados psicossomáticos.

O conceito de Locus de Controle, conforme formulado por Rotter é aqui utilizado e investigado, através da Escala Interno-Externo, na medida em que interpretamos situações experimentais, numa série de pesquisas relatadas, como tendo um denominador comum: a dificuldade em perceber o controle dos eventos que ocorrem ao sujeito, como dependendo de sua ação.

Investigamos também o grau de incidência de distúrbios orgânicos, possíveis diferenças de fatores de personalidade e a associação com a ordem de nascimento.

Os dados coletados indicam que portadores de úlcera e/ou hipertensão tendem a responder mais externamente na Escala I-E, o que reforça nossas interpretações sobre as pesquisas relatadas. Verificou-se ainda que a ordem de nascimento (primogênitos e não primogênitos) está associada com a presença desses distúrbios. Ocorre também, de acordo com nosso instrumento (IDO), uma maior incidência de distúrbios orgânicos nesses sujeitos.

Finalmente, observou-se que, entre os fatôres de personalidade investigados somente um distingue sujeitos que são portadores de úlcera e/ou hipertensão dos que não tem: a tendência ao neuroticismo, que é predominante no grupo experimental.

## SUMMARY

The present study presupposes that the concepts of "tension", "stress" and "anxiety factors" are neither sufficient nor adequate, in the present stage of the research in psychology, to explain the occurrence of the so called psychosomatic disturbs in terms of antecedent variable.

The concept of locus of control as it has been formulated by Rotter is used and investigated in this study through the Scale Internal-External, as we interpret experimental situations in a series of studies reported as having a common denominator: the difficulty in perceiving the control as having been originated in the subject's action.

We also investigate the incidence of organic disturbance, possible differences in personality factors, and the association with birth order.

The data collected indicate that subjects who suffer from ulcers and/or hypertension tend to respond externally in the Scale I-E, which provides a basis for our interpretations of the studies reported.

There is also evidence that the birth order (eldest and other(s)) is associated with the presence of these disturbs. Besides this, there is, according to our instrument, a higher occurrence of organic disturbs in such subjects.

Finally, we have observed that, among the personality factors investigated, only one distinguishes subjects who have ulcers and/or hypertension from the healthy ones: the tendency to neuroticism, which is predominant in the experimental group.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



## - CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS

Temos hábitos de considerar certos aspectos pessoais como sendo físicos e outros mentais. A distinção, porém é, no nosso entender, mais um recurso linguístico que real. A "mente e o corpo" constituem-se aspectos integrantes do ser com um todo. A ação dirigida para um desses aspectos implicará na alteração da outra.

As emoções que experienciamos implicam necessariamente num acontecimento físico. Reações emocionais diante de estímulos diversos implicam alterações na química corpórea e vice-versa.

As emoções são capazes de alterar o equilíbrio endócrino, assim como o fluxo sanguíneo e a pressão, de inibir o processo digestivo, de alterar a sua respiração e a temperatura de sua pele. Um estado prolongado de perturbação emocional pode levar a alterações que provoquem uma disfunção somática e até a uma "doença". (Murray, 1973; Selye, 1962; Howard e Lewis, 1974).

O problema da correlação entre mente e corpo é provavelmente um dos mais antigos em filosofia e nas ciências naturais.

A compreensão do fato de que a mente e o corpo são inter-relacionados remonta a pelo menos 4500 anos. Huang Ti, chamado de Imperador Amarelo da China, autor de um clássico de medicina interna, observou que a frustração pode fazer com que as pessoas fiquem fisicamente doentes. "Seus desejos e ideais deverão ser investigados e acompanhados e aqueles que atingiram a satisfação espiritual serão prósperos e vice-jantes enquanto os demais, perecerão". (IN: Howard e Lewis, 1974, p. 5.)

Cinco séculos antes do nascimento de Cristo, Hipócrates postulava que, para que as curas se efetivassem, seria necessário que os médicos possuíssem "um conhecimento da totalidade das coisas".

Conforme assinala Mello Filho, (1979 p.13) nas próprias descrições de Hipócrates pode-se perceber seu interesse pela concomitância dos aspectos mentais e físicos: descrição dos delírios dos tuberculosos, de distúrbios de memória em um caso de disenteria e estados confusionais agudos seguindo grave hemorragia. Esse interesse levou-o a fazer as primeiras descrições do que hoje chamamos alternância psicossomática ao dizer que o surgimento de uma disenteria pode aliviar um quadro de loucura, ou que os estados maníacos podem desaparecer quando surgem varizes ou hemorróides. Para Mello Filho, não é sem razão que Zilvoorg afirma que Hipócrates escreveu a primeira página da história da psicologia médica e que esta permaneceu por muitos anos sem adição de uma linha. Sócrates retornou de sua temporada no Exército advertindo aos seus compatriotas gregos que, em certo sentido, os trácianos bárbaros estavam na dianteira: eles sabiam que o corpo não podia ser curado sem se levar em conta a mente. Em Roma, os médicos Soranus e Caelius Aurelianus praticavam a psicoterapia visando a aliviar os sofrimentos físicos dos pacientes.

Ao longo da Idade Média tanto as doenças físicas quanto as mentais eram tratadas por intermédio da pregação à pessoa como um todo, procurando atingir aquela parte que a Teologia denominava de alma. No início do século XVI, Martinho Lutero declarava: "Pensamentos soturnos acarretam males físicos; quando a alma está oprimida, o mesmo acontece com o corpo". Lutero tinha uma preocupação mórbida com a saúde. Por toda a sua idade adulta sofreu de constipação, incômodo fre -

quentemente de origem psíquica. Seus terríveis conflitos íntimos - entre a sua lealdade à Igreja e sua dissidência espiritual - frequentemente eram transferidos para seus tormentos no sanitário.

Para Descartes a doença, seja mental ou física, devia ser sempre investigada dentro do campo da física e das ciências naturais.

Admitiu-se durante séculos que as pessoas poderiam morrer de desgosto, que um amor não retribuído poderia causar doenças, que o medo e a ira acarretariam moléstias. No início do século XIX um médico francês chamado Pierre Cabanis expôs o conceito segundo o qual "paixões fortes" resultariam em consequências patológicas sobre o corpo. Isso ocorreu durante a Revolução Francesa, e Cabanis defendeu uma adoção total de uma abordagem psicossomática como recurso visando a reformar a medicina (Howland e Lewis, 1974 p. 7).

Com o advento dos estudos sobre os germes e sua ação nas doenças no século XIX, bem como o crescente interesse da medicina pela descoberta de microorganismos específicos como causadores de doenças específicas, foi relegada ao esquecimento boa parte dessa compreensão antiga da natureza humana e do papel das emoções no desenvolvimento das doenças.

Podemos atribuir a Freud o papel de resgate da relação corpo mente, quando mostrou no final do século passado que as reações humanas normais ou patológicas guardam relações de sentido e podem ser sempre compreendidas. Como assinala Mello Filho (1979) foi essa visão integral e o trabalho clínico de Freud que permitiram a primeira compreensão global de uma enfermidade: a histeria de conversão (Freud, 1895).

Um papel relevante, nesse sentido, também pode ser



atribuído a Alexander e French (1948) ao desenvolverem estudos com pacientes hipertensos, asmáticos, ulcerosos, etc...

Podemos considerar também de fundamental importância o lançamento da obra "Emotions and Bodily Change, um trabalho enciclopédico contendo um levantamento das interrelações psicossomáticas. A obra de Dumbor (1954) foi rapidamente absorvida, o mesmo acontecendo com o termo "psicossomática" utilizado pelo autor para descrever um conceito já bastante antigo. É conveniente ressaltar que tal termo já havia sido utilizado pela primeira vez em 1922, na literatura médica alemã.

O termo "psicossomática" deriva do grego: psyche= alma, soma= corpo; que descreve uma abordagem sobre a saúde, onde o indivíduo é considerado como sendo uma unidade mente-corpo, e todo o seu modo de vida é o contexto segundo o qual a saúde é considerada.

F.Alexander (1950) considera um artefato classificatório da clínica dividir as doenças em orgânicas e mentais. Elas incidem sobre um corpo constituído de soma e psique, inseparáveis anatomicamente. As doenças orgânicas sofrem inevitavelmente, influências da mente de quem as apresenta. Os processos biológico, físico e mental são simultâneos, com exteriorização predominante em uma área, de acordo com a sua natureza, ou ângulo sob a qual se observa.

Alexander reconheceu Cannon e Freud, como as fontes de sua inspiração conceitual. Focalizou os problemas psicossomáticos associando os métodos psicanalíticos aos conceitos de Cannon, quanto às respostas orgânicas adaptativas aos estados emocionais (IN: Mello Filho, 1979). Estes estudos clínicos começaram em 1932, no Chicago Psychoanalytic Institute, onde nos 24 anos subsequentes formar-se-ia o que mais tarde foi conhecido como a Escola de Chicago. No decorrer dos anos, com o



auxílio de seus colaboradores, Alexander desenvolveu uma explicação coerente para as respostas somáticas à tensão psíquica.

A união da corrente de Alexander com a de Dumbar permitiu a fundação da Associação Americana de Medicina Psicossomática, dando um ímpeto ainda maior às novas investigações.

Mello Filho (1979) sublinha o fato de que a expressão medicina psicossomática tem sido criticada sob vários ângulos. Por um lado, segundo este autor, tem sido dito que ela já contém explicitamente uma única direção: da psique para a soma. Por outro, que não abrange a totalidade dos fenômenos que influenciam o homem na saúde e na doença: sociais, culturais, etc. Também, segundo outros, porque já perpetua em si a divisão mente-corpo.

O grande ausente, no entender de Mello Filho, na designação são os fatores sociais, que poderiam ser acrescidos na expressão medicina psico-sócio-somática. Todavia, por pensar que a terminologia original está definitivamente implantada, não advoga o uso desta nova expressão.

Dentre vários conceitos advindos da pesquisa psicossomática, um dos primeiros foi o de psicogenicidade, isto é, o estudo da gênese de sintomas ou doenças a partir de causas psíquicas. Se há um componente psicogênico em toda e qualquer enfermidade, é ainda um problema em aberto no estágio atual dos nossos conhecimentos. Outro conceito inicial foi o de somatização, ou seja, indução de um processo somático a partir também de influências mentais.

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

apresenta, em sua forma especial de viver em e com o mundo, de forma transpessoal, (Perestrello 1974).

Ruesch, (1947) observa que os distúrbios psicossomáticos, como reflexos orgânicos da tensão psicológica, são mais comuns na classe média, caracterizada por uma carga maior de esforço, conformidade e repressão. Parece, também, existir uma maior tendência das pessoas emocionalmente introvertidas a apresentar queixas somáticas do que as extrovertidas.

A concepção psiquiátrica atual, fortemente influenciada pelos estudos de Brady (1958) estabelece relações profundas entre o stress psicológico e o funcionamento fisiológico.

Segundo Kolb (1976) Benavidez (1975) a medicina psicossomática manipula vários grupos de pacientes: 1) No primeiro grupo acham-se aqueles que sofrem de vários sintomas físicos mas que não apresentam uma doença orgânica que possa servir como causa desses sintomas. Como resultado da incapacidade de reconhecer que tais enfermidades tem origem emocional, eles tem sido muitas vezes denominadas "funcionais". 2) Em outro grupo de distúrbios psicossomáticos, existe uma doença física, mas os fatores originais são de natureza emocional. A condição patológica resultante da atuação de causas emocionais chega a um ponto do qual não é mais possível retornar. 3) Em um terceiro grupo de distúrbios psicossomáticos, o paciente apresenta uma doença orgânica real, mas alguns dos seus sintomas não se originam desta doença mas de fatores mentais, talvez da ansiedade surgida de algumas situações relacionadas com outras pessoas. Nos distúrbios deste tipo, a incapacidade é muitas vezes desproporcional à doença física.

Como assinala Aranha de Faria (1983), mais do que

nos anos anteriores, psicólogos e psiquiatras, tem devotado interesses em tais problemas, como os antecedentes das desor - dens psicossomáticas, a psicobiologia da separação e perda, o efeito psicológico da cirurgia, relações médico-paciente , etc... Os psicólogos perderam o interesse em validar concei - tos psicanalíticos, em sua aplicação aos problemas psicossomá - ticos. No lugar disto, mostraram uma tendência aumentada em isolar e quantificar, objetivamente, variáveis mensuráveis da personalidade e ampliaram novas áreas de pesquisa laborato - rial e experimental.

Na opinião de Engel (1955; IN: Mello Filho, 1979) , "nenhum conceito linear de etiologia é apropriado mas, além da patogênese da doença, há o envolvimento de uma série de feedbacks positivos e negativos, com mudanças simultâneas m<sup>u</sup>ltiplas e sequenciais, afetando algum sistema do corpo, levan - do à uma abordagem multifatorial, que prevalece na Medicina Psicossomática no presente."

Outros autores, como Marty e Nemiah (1963) observa - ram que as relações objetais dos pacientes psicossomáticos são caracterizados por uma pobreza de fantasias e representações mentais, além de falta de envolvimento afetivo com o objeti - vo. Eles são, frequentemente, incapazes de descrever diferen - ças sutis nos afetos e, quase, totalmente, sem palavras para se expressarem a este respeito. Sua atividade libidinal é in - vertida e absorvida pelo objeto internalizado, no lugar da re - lação com o objeto externo e sua representação mental.



De acordo com Wolff (1962), as desordens psicossomáticas podem ser compreendidas como respostas adaptativas biológicas às ameaças simbólicas. Sob stress, seja ele físico ou simbólico, um indivíduo reage com hiperemia, hipersecreção e hipermotilidade. O stress é simbolizado e determinado por um órgão. Ruesch (1947) chama a atenção para a imaturidade das pessoas que desenvolvem doenças psicossomáticas e atribui o desenvolvimento da doença à inabilidade na manipulação dos processos simbólicos. Os pacientes psicossomáticos, nesta colocação, comunicam-se melhor a um nível pré-verbal, isto é, via sistema nervoso autônomo.

Halliday e Mead (IN: Mead, 1962) sob o ponto de vista da Saúde Pública e Antropologia, colocam relevância no meio sócio-cultural para a frequência e natureza das desordens psicossomáticas. Halliday (IN: Mead, 1962) notou que o stress econômico e as alterações nos sistemas de valores foram muitos dos fatores que durante as duas últimas gerações, modificaram as relações mãe-criança.

Groen (1971) enfatizou, particularmente, os fenômenos da síndrome do desvio, a substituição frequencial da síndrome de uma enfermidade por outra, como se dá, por exemplo, na ocorrência da asma brônquica em bebês ou crianças tenras, à medida que seu eczema seborréico infantil desaparece. Tais desvios podem ter lugar depois de uma terapia aparentemente bem sucedida do complexo sintomático inicial.

Lipowski (1958) como Halliday e Mead, enfatiza os efeitos adversos do meio social sobre a mente, e o corpo, especialmente na sociedade tecnológica moderna. Sallienta fatos, que dentre eles incluem-se as condições de trabalho, urbanização comunicação de massas, barulho e superpopulação. De acordo com Lipowski (IN: Mead, 1962), os am -



bientes físico e social são relevantes para as relações psicossomáticas, de quatro maneiras: 1) como força de estímulo e entrada de informação; 2) como instigador de um pensamento dirigido à uma meta e ação; 3) como força de estímulo que possibilita percepções somáticas; e 4) como força de fatores que alteram a função e estrutura cerebral e, permite capacidades adaptativas ao indivíduo. Como entrada de informações relevantes à doença psicossomática, ele estabelece, a consciência subjetiva e conteúdos inconscientes assim como, a quantidade, clareza e atratividade da informação experienciada pelo indivíduo.

Haynal e Pasini (1978) adotam um modelo complexo onde o sintoma psicossomático é compreendido como um conglomerado de múltiplos fatores, tais como: a) fatores específicos perturbando o sistema de segurança do indivíduo (frequentemente ligadas a perda de uma pessoa significativa ou de uma fonte de segurança; b) condicionamento ao nível dos órgãos; c) sobredeterminações mais específicas, partindo provavelmente de condicionamentos precoces concernentes aos órgãos em pauta então recebendo uma significação mais específica seja como portadora de um modo de expressão de conflitos intrapsíquicos ou através de linguagem corporal ou ainda como expressão básica na personalidade em seu modo de ser no mundo.

Para Haynal e Pasini, o sintoma aparece como decorrência de um encadeamento multifatorial com interrelações múltiplas.

Também Wright (1977) concorda com a hipótese levantada anteriormente quando declara que até um certo ponto a reação corporal depende da personalidade básica do indivíduo, de sua constituição física, além de fatos externos que tenham interferido na experiência pregressa, e atuando até hoje.

O foco predominante de grande literatura clínica e experimental dedicada, nas últimas duas ou três décadas, à psicofisiologia do comportamento emocional, tem sido a mensuração e a análise de mudanças corporais com relação a mecanismos de respostas periféricas integradas pelo sistema nervoso autônomo, o sistema cérebro-espinhal e o sistema endócrino. Em recente revisão de seu livro, *Emotions and Bodily Changes*, Dunbar (1954) apresenta uma bibliografia exaustiva e classificada a respeito dessa área.

Evidentemente, há vários séculos os textos médicos e literários incluíram descrições mais ou menos informais de mudanças clínicas no comportamento emocional, ligadas a patologia de função do sistema nervoso central (por ex., epilepsia). No entanto, somente na segunda metade do século XIX Hughlings Jackson e outros autores - por exemplo, Ferrier e Sherrington (IN: Brady, 1972) começam a dar os fundamentos para análise sistemática de mecanismos nervosos no comportamento emocional e para a acentuação posterior no desenvolvimento de métodos mais experimentais. Desde essa época, a literatura clínica sobre consequências psicológicas de lesão cerebral e outras perturbações neurológicas afins contribuiu, direta e indiretamente, para nossa compreensão da participação do sistema nervoso central no comportamento emocional (Cobb, 1944; Klebanoff, Singer e Wilensky, 1954; Mettler, 1952).

Evidentemente, no entanto, pode-se dizer que a "era contemporânea" na pesquisa de laboratório sobre cérebro-comportamento quanto ao problema de emoções e o sistema nervoso central, começa com a apresentação, hoje clássica, de Klüver e Bucy, na reunião de 1937 da American Physiological Society. Descreveram grandes alterações comportamentais emocionais, provocadas por grandes lesões paleocorticais e neocorticais tempo

rais no macaco rhesus. Alguns meses depois, o artigo especulativo de Papez, "A Proposed Mechanism of Emotion" (1937, IN: Murray, 1973), acentuava as estruturas paleocorticais, justalo corticais e outras estruturas subcorticais afins; nas duas décadas seguintes, numerosos estudos anatômicos, neurofisiológicos e comportamentais salientaram a perspicácia notável desses primeiros trabalhos.

O interesse experimental voltou-se, mais recentemente, para os caminhos autônomos e endocrinológicos, através do qual a participação do sistema nervoso central nos acontecimentos e mocionais muito frequentemente encontra expressão visceral e somática.

Durante o processo de determinação de algumas das conseqüências endocrinológicas e autônomas da exposição mais dilatada, mas intermitente, ao desempenho de esquivas emocionalmente tensa em macacos, introduziu-se uma variação de procedimento. Esta variação exigia que o animal trabalhasse continuamente na tarefa de esquiva durante períodos de seis horas, que alternavam com períodos de seis horas de não esquiva ou de repouso (Brady, Porter, Conrad e Mason, 1958). Cada animal treinado em esquiva era emparelhado com um macaco de controle, não-treinado; eram contidos, delicadamente, em cadeiras de primatas. Nessa situação, o macaco experimental de cada par podia impedir choques, tanto para si mesmo quanto para seu companheiro de controle, desde que apertasse a alavanca pelo menos uma vez a cada 20 segundos, durante os períodos de seis horas de treinamento de esquiva. A alavanca de que dispunha o macaco de controle estava desligada, mas os dois macacos recebiam choque quando o animal de treino de esquiva não respondia dentro do intervalo de 20 segundos. Sob tais condições, tanto o animal experimental quanto o de controle recebiam o mesmo número e a



mesma distribuição de choques ("trauma físico"), embora apenas os macacos experimentais precisassem executar a tarefa de esquiva. Dessa forma, os efeitos autônomos e endocrinológicos dessa exposição prolongada a treinamento de esquiva podiam ser avaliados, ao mesmo tempo em que se tinha certo controle dos efeitos independentes de choque elétrico repetido e coerção da cadeira.

Nesse procedimento, cada par de macacos recebia sessões de "esquiva" de seis horas, durante as quais uma luz vermelha era iluminada claramente para os dois animais. Tais sessões alternavam com períodos de seis horas de "descanso" (luz vermelha acesa, mas sem choque), 24 horas por dia, durante períodos que iam até seis semanas. Durante esse tempo, a urina de todos os animais era recolhida continuamente em amostras de 24 a 48 horas, para verificação de 17-hidroxycorticosteróide. As frequências das respostas de pressão à barra, registradas durante todo o período, refletiam o desenvolvimento inicial de um desempenho estável de esquiva pelos animais experimentais de cada par (aproximadamente 20 respostas por minuto). Tais frequências mostravam pouca mudança durante o experimento. As respostas durante os períodos de "repouso" de seis horas geralmente mantinham-se em nível baixo.

Os primeiros quatro pares de macacos observados nesta série de experimentos apresentaram apenas um mínimo de informação adicional específica a respeito de respostas de córtex da supra-renal em situações de tensão emocional desse tipo (Brady, Porter, Conrad e Mason, 1958). No entanto, a maneira dramática de encerramento de todos os experimentos - com a morte do macaco de esquiva em cada par - apresentou uma sequência produtiva para essas primeiras tentativas de análise experimental de relações psicossomáticas. Com o primeiro par de macacos



a morte, depois de 23 dias, do animal que se esquivava, encerrou o experimento durante um dos períodos de seis horas de esquivas. O macaco do segundo par que se esquivava, também morreu durante um dos "períodos ligados" de seis horas, 25 dias depois do início do experimento. Com o terceiro par da série, a morte do animal experimental também encerrou o experimento durante um dos ciclos de esquivas, apenas nove dias depois do início do experimento. E o animal experimental no quarto par de macacos foi sacrificado, quando já estava moribundo, depois de 48 dias no procedimento de esquivas. Em todos os casos, a análise global e microscópica revelou que extensas lesões gastrointestinais com ulceração constituíam um aspecto da patologia dos animais experimentais. No entanto, nenhum dos animais de controle, sacrificados para comparação com seus pares experimentais, e sujeitos a complexo exame Post Mortem, mostrou quaisquer indicações destas complicações gastrointestinais.

Embora não conclusivo, Brady (1958) assinala que uma série de trabalhos nesta área acentua a análise de padrões de secreção gástrica em macacos sujeitos a tensão comportamental prolongada.

Os resultados dos estudos de Brady podem ter levado a uma certa confusão às tentativas de compreensão do problema. Mais adiante, analisaremos as críticas de Weiss e Seligman a estes estudos.

- SOBRE O CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA

A saúde de um indivíduo está intimamente relacionada com as exigências de adaptação impostas pelo meio. A enfermidade não é necessariamente resultado de um agente único e específico, digamos um vírus ou bactéria, mas sim consequências de múltiplos fatores, entre eles a natureza geral do meio que rodeia o corpo.

Atualmente, como assinala Benavidez (1975), com o crescente alarme diante da contaminação do ar, da água, o ruído, a superpopulação urbana e outros fatores parecidos, um número cada vez maior de autoridades sanitárias começam a assimilar a noção ecológica de que o indivíduo tem de ser considerado como parte de um sistema total e que sua saúde depende de muitos e sutis fatores externos; Benavidez ainda assinala que o ritmo de vida de uma pessoa, pode constituir um dos mais importantes elementos do meio.

Kurt Goldstein (1951), define o estado normal de um organismo, como um comportamento privilegiado; para compreender a doença seria preciso levar em conta a reação catastrófica.

O comportamento privilegiado seria pois, um conjunto de reações pelas quais o ser vivo responderia da melhor forma possível às exigências do meio ambiente e viveria portanto, em harmonia com ele, comportando maior ordem, estabilidade e menos desordens, excitação e reações catastróficas. Entre essas estariam o pulso, a pressão arterial e temperatura, etc....

Os sintomas patológicos seriam a expressão do fato das relações entre organismos e meios que correspondem à norma terem sido alterados pela transformação do organismo e pelo fa

to de muitas coisas que eram normais para o organismo normal não o serem mais para o organismo modificado.

A doença é abalo e ameaça à existência. Assim a definição de doença exigiria, como ponto de partida a noção do ser individual. A doença surgiria quando o organismo fosse modificado de modo que chegasse a reações catastróficas no meio que lhe é próprio. Tal reação dita catastrófica, é a instalação de novas formas de vida que não são capazes de seguir as normas do organismo causando prejuízo a seu equilíbrio.

Para Goldestein cada sintoma é a resposta de todo o organismo à situação que enfrenta. No quadro sintomático da doença ocorreria uma desintegração funcional do organismo com consecutiva lesão, o que no quadro clínico, considerado em seu conjunto, seria a adaptação criadora do doente às condições de existência estabelecidas pela causa "continente" da doença.

Muitas vezes sequelas seguem certas doenças, porém a vida de um organismo com defeito não é algo sem função mas sim, reação do organismo a tal disfunção de dois modos principais:

"Uma atitude de entrega, quando o organismo a ele cede, e outra de rebelião, onde se opõe com energia e trata de vencê-lo; em cada uma dessas duas reações são possíveis dois modos fundamentais de comportamento por parte do organismo que seriam: o comportamento ordenado, ou o catastrófico".

O comportamento catastrófico acarreta insegurança, ameaça e a vivência fundamental sujeito é a angústia.

Dada a dificuldade de conviver com a angústia para o homem atribulado de hoje o caminho mais "cômodo" é a somatização desta angústia acarretando um ciclo vicioso difícil de ser rompido.

A conceituação do modo de reação ordenado e catastrófi



co. de K. Goldstein (1951) pode elucidar a questão da escolha de certos pacientes pela via somática de alívio de ansiedade em quanto outros utilizariam mecanismos diversos.

Como sempre e antes de mais nada, a constituição da personalidade da pessoa em todos os seus níveis influirá no modo catastrófico ou ordenado de reagir ao adoecer.

Também nesta perspectiva, sistemática está a concepção de Kolb (1976) sobre os distúrbios psicossomáticos.

De acordo com Kolb estes distúrbios relacionam-se particularmente com o mau funcionamento de dois subsistemas críticos encontrados em todos os estados vivos: os órgãos funcionantes para processar a matéria em energia e aqueles dirigidos para o mesmo propósito, mas também para processar informação biológica de natureza geradora. O mau funcionamento, entretanto, é devido a uma falha por parte de um terceiro sub-sistema, o sistema informativo do cérebro, para processar eficazmente os símbolos oriundos de todas as fontes e integrar as alterações de todos os três sistemas.

Entralgo (IN: Carvalho, 1980. p. 29) concebe o estado de enfermidade como um estado real frente ao qual tem-se que se situar segundo 3 aspectos distintos: O intelectual, o afetivo e o operativo. O homem sente sua própria enfermidade ou a de outrem em um destes aspectos. Padece com um afeto ou com outro e "atua" sobre a doença vivendo-a como algo real. A enfermidade é um modo de viver deficiente, mau, aflitivo.

Para Entralgo a doença humana pode ser definida como um modo aflitivo e anômalo de viver, pessoal, reativo a uma alteração do corpo, no qual padecem as ações e funções vitais pelas quais o indivíduo afeto volta ao estado de saúde (enfermidade curável) morre (enfermidade mortal) ou fica em deficiên -



cia vital permanente (enfermidade cicatrizal).

Assim como Entralgo, Costa e Silva (IN: Carvalho, 1980, p. 36) concebe o adoecer como uma anomalia, como uma tentativa de conservar sua forma e estrutura. Costa e Silva (p. 172) conceitua o adoecer:

"como uma forma patológica de reagir a uma causa externa; consistiria fundamentalmente em três aspectos, todos eles implicados na resposta viva que se traduz na doença:

1. O organismo que reage, tenta mediante o processo reativo que chamamos doença, conservar sua forma e sua estrutura.
2. O processo mórbido tenta conservar a constância da composição do meio interno, o que Cannon chamava de homeostase.
3. O processo mórbido, enquanto resposta, está interessado em conservar a vida e a normalidade, ainda que de fato exista uma anomalia funcional na relação do indivíduo com o seu meio".

No nosso entender os distúrbios psicossomáticos são uma forma de manifestação de disfunções entre o organismo e o meio físico/social.

O ambiente está em constante mudança, principalmente o urbano, assim, para que o organismo sobreviva e nele possa agir faz-se necessário constantes mudanças no repertório comportamental de modo a possibilitar relações cada vez mais equilibradas. A enfermidade, portanto, é uma manifestação desse desequilíbrio, seja pela ação direta do ambiente sobre o organismo, seja pela percepção que o organismo tem do meio.

Nesse sentido concordamos com Franz Alexander, (1948), quando este afirma serem todas as doenças humanas psicossomáticas.

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

outro lado, os fatores emocionais devem ser cuidados por meios psicológicos. De acordo com este ponto de vista, preferiu limitar o conceito "psicossomático" ao estudo e manipulação do componente psicológico da doença orgânica. Portanto, empregar tecnicamente, o termo "psicossomático" seria errôneo e sujeito a controvérsias. O termo psicossomático designava um método de pesquisa empírica e uma atitude frente ao tratamento clínico geral. O conhecimento de fatores psicogênicos, em pacientes com diversas doenças, proporcionaria, ao médico, compreender e discriminar os distúrbios tanto nos seus aspectos orgânicos, como psicológicos (Alexander, 1950).

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

Para Alexander (1948) as influências "mente-corpo" podem ser divididas em três categorias:

- a) comportamento voluntário, que é também chamado de adaptativo ou integrado, sempre motivado por objetivos;

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

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

A tipologia sintomática de Alexander acompanha a estrutura do próprio sistema nervoso. O sistema voluntário, domina as funções motoras e sensoriais, interrelaciona o indivíduo e o meio ambiente. Consequentemente, o sistema voluntário estaria em contato permanente com a vida mental, em geral. As emoções, inibidas ou reprimidas, discutidas por Freud, encontrariam expressão direta através deste sistema. Em contraposição, o sistema nervoso autônomo controlaria as funções internas do organismo. O sistema simpático, interessado na regulação das funções vegetativas internas, seria, segundo foi demonstrado



por Cannon (1929), particularmente ativo em situações de emergência. O sistema parassimpático, estaria mais explicitamente, interessado nas funções anabólicas e trofotróficas.<sup>1</sup> Segundo Alexander, os sintomas somáticos autônomos (simpático e parassimpático) não seriam expressões substitutivas, expressões simbólicas, emoções reprimidas ou conversões mas, manifestações fisiológicas normais, correspondentes à estas emoções.

Segundo Alexander, "a múltipla causalidade e a distribuição variável dos fatores psicológicos e não psicológicos, de caso por caso, invalida o conceito de "doença psicossomática", como um grupo específico de diagnóstico". O que a Medicina Psicossomática fez, foi chamar a atenção para certos fatores etiológicos, frequentemente, subestimados pela Medicina Tradicional. De acordo com este ponto de vista, Alexander reuniu três grupos etiológicos essenciais.

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

Estes três fatores, conjuntamente, e não apenas dois deles, são responsáveis pela precipitação das neuroses orgânicas. Quanto aos padrões de conflito emocional, Alexander (1953) observou que a complexidade da vida psíquica invalida generalizações rígidas e, que, cada caso teria de ser compreendido individualmente.

Em relação a vulnerabilidade orgânica, Alexander escreveu: "Esta vulnerabilidade poderá tanto ser constitucional-transmitida pelos genes - ou adquirida, precocemente, pelos

---

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



processos educativos da infância, ou por doenças anteriores que comprometeram o sistema orgânico em questão". Com relação à situação desencadeante, Alexander queria significar a vivência precipitadora". Isto constituiria um conceito, estritamente psicológico; a mesma situação poderia ser sentida por uma pessoa como um alívio e, por outra, como uma catástrofe.

De acordo com a perspectiva de que a tipologia sintomática acompanha a estrutura do sistema nervoso, Alexander (1953) procurou estabelecer a influência das tendências emocionais reprimidas sobre a inervação dos aparelhos e sistemas associados a reter, tomar e eliminar. Especificamente, as funções orgânicas que envolvem incorporações, tomar incluem os processos digestivos do estômago, a fase inspiratória da respiração e a deglutição. As funções relativas à eliminação incluem a micção, defecação, ejaculação e a fase expiratória da respiração. Supõe-se que as funções físicas ligadas à retenção, sejam representadas por estados orgânicos como a constipação, retenção de urina, ejaculação retardada e certos aspectos da respiração.

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

A preponderância simpática ou parassimpática não é uma característica constante do indivíduo mas, apenas, uma condição transitória. Deste modo, o grupo de Chicago considerou a personalidade do paciente, nitidamente, menos significativa do que o padrão de conflito emocional, na etiologia da doença. A ênfase

estaria na natureza específica da situação conflitiva, na correlação dos fatores psicológicos com a localização da doença.

De fato, Alexander levou algum tempo para dissociar seu conceito de especificidade, dos conceitos baseados nas correlações entre personalidade e doença. "Extensas pesquisas psicodinâmicas demonstraram que certos distúrbios das funções vegetativas podem ser mais, diretamente, relacionados a estados emocionais específicos, do que a configurações superficiais da personalidade, como são descritos nos perfis de personalidade". Continua: "qualquer correlação que exista, entre o tipo de personalidade e a doença somática, tem apenas validade estatística relativa e, às vezes, acidental" (Alexander, 1953).

Virtualmente, todas as doenças apresentam componentes emocionais. São excluídas, entretanto, de todas as discussões sobre a psicossomática, as manifestações patológicas estritamente hereditárias, tais como a hemofilia ou a anemia falciforme. Também não se colocam entre moléstias psicossomáticas as causadas por fatores do meio ambiente, como intoxicações alimentares, moléstias profissionais e intoxicações por poluição. É possível, contudo, que mesmo nesses casos o nível de danos seja aumentado em decorrência da tensão psíquica, já que o estado emocional da vítima frequentemente ajuda a determinar o curso da doença.

Sua suscetibilidade aos microrganismos causadores das doenças - por exemplo o vírus do resfriado comum, ou dos bacilos da tuberculose - pode variar de acordo com seu estado mental. Segundo pesquisas, problemas gastrintestinais, perturbações sexuais, moléstias cardíacas e inúmeros outros males sofrem forte influência de fatores psicológicos.

Recentemente, até mesmo o câncer tem sido correlacionado com emoções. Os pesquisadores vêm descobrindo que as vítimas

de câncer são frequentemente pessoas que de há muito têm se mostrado desesperadas achando que a vida para elas está perdida (Seligman, 1977). O início da doença, em muitos casos, está associado a uma série de derrotas pessoais que fazem com que a pessoa finalmente entregue os pontos (Howard e Lewis, 1974).

O desenvolvimento da pesquisa psicossomática nos orienta, contudo, para pensar sempre numa possível influência psicológica na gênese de qualquer doença, dado sua relevância nos processos biológicos do ser humano. Por outro lado, qualquer que seja a origem de uma doença, por incidir num ser que é sempre mental, passa a ser instantaneamente psicossomática, pelas repercussões psicológicas imediatamente despertadas (Mello Filho, 1979).



- PSICOFISIOLOGIA DO COMPORTAMENTO EMOCIONAL

- Stress psicológico e funcionamento fisiológico

A vida doméstica e seus ciúmes e frustrações, assim como as condições de trabalho, que frequentemente envolvem a monotonia da constante repetição ou uma perpétua luta para alcançar a segurança ou realização acompanhada dos concomitantes impulsos em busca do prestígio ou igualdade em relação àqueles que ocupam pontos de autoridade e a outras pessoas, representam problemas comuns carregados de tensão, capazes de levar a uma variedade de sintomas não relacionados com alterações patológicas detectadas na estrutura dos órgãos ou das células. Problemas cumulativos de relacionamento interpessoal produzem uma grande parcela das tensões e ansiedades que afligem o ser humano e esgotam sua fisiologia. A carência de satisfação emocional na vida de uma pessoa pode agir de um modo semelhante. Assim as reações ansiosas, as dificuldades e crises situacionais parecem particularmente inclinadas a se expressarem sob a forma de sintomas psicossomáticos. Indaga-se, portanto, quanto à existência de situações pessoais que podem originar ansiedade, hostilidade, agressão, culpa, ressentimento, descontentamento e outras emoções perturbadoras e atitudes indesejáveis que podem atuar como a causa ou um fator de agravamento na produção de muitos estados doentios manifestados no plano somático.

Às vezes um relacionamento temporal pode ser estabelecido entre o início do sintoma aparentemente físico e um acontecimento emocionalmente perturbador. Igualmente, pode ser possível identificar experiências do começo da vida que parecem altamente relevantes no que se refere a atitudes e doenças da vida adulta.

No começo do século os estudos fisiológicos de Cannon



(1929) demonstraram que várias alterações nas secreções, tensões musculares e circulação que são frequentemente consideradas como indicadoras de participação emocional, numa situação comportamental podem ser produzidas pelo estímulo de "emoções" em animais.

Cannon (1929) colheu amostras de urina em um grupo de alunos de Harvard por ocasião de exames difíceis. Verificou que apresentavam níveis exagerados de açúcar como consequência da adrenalina lançada na circulação em resposta a tensão emocional determinada pelos exames.

Adotando a mesma técnica, foi ao campo de esportes de Harvard e recolheu urina dos jogadores por ocasião de um dos principais jogos de futebol e verificou que até mesmo os reservas apresentavam açúcar em altas concentrações, resultado da adrenalina liberada nos momentos de máxima emoção.

Como assinala Cannon, quase todas as modalidades de tensão emocional são capazes de elevar a produção de adrenalina.

Apesar de extensa pesquisa nessa direção (Cannon, 1929; Dunbar, 1954), no entanto, não foi possível distinguir, de maneira precisa, entre atividades emocionais, seja a partir de acontecimentos estimulantes antecedentes específicos, seja através de padrões de respostas autônomos e musculares observáveis. Até a identificação do comportamento emocional geral por tais critérios apresentou problemas, pois tais acontecimentos de estímulo e resposta frequentemente ocorrem em circunstâncias que não estão convencionalmente associadas a emoção - por exemplo, mudanças de temperatura ou exercício muito forte.

As pesquisas de Pavlov (1957) foram mais longe, mostrando que, em animais, estímulos emocionais tais como a indu-

ção ou inibição de funções orgânicas podiam ser aprendidos, atuando um símbolo como um estímulo condicionado, substituindo o estímulo situacional original ("não condicionado") que produzia a emoção. A influência dos fatores emocionais sobre funções fisiológicas foi mais bem demonstrada por Wolff e Wolff (1962, IN Kolb, 1976) no seu paciente com uma gastrostomia acompanhada de mucosa gástrica herniada. Foi verificado que as emoções agradáveis do apetite levam a um aumento na secreção e vascularização da mucosa, acompanhados de aumento da motilidade da parede do estômago. A tristeza, o desânimo e a autocensura levam a prolongada palidez da mucosa e hipossecreção. A ansiedade produzida, hiperemia, hipersecreção e hipermotilidade. Sentimentos agressivos, inclusive o ressentimento e a hostilidade, levam a maior aumento na secreção e na vascularização do que a um aumento de motilidade.

Os mesmos pesquisadores demonstram também, no caso de porções de colo expostas, em pessoas com fístulas, que situações produtoras de conflito, ressentimento e hostilidade estavam associadas com a hipermotilidade e hipersecreção da enzima lisozima e de muco. Em alguns pacientes com hiperfunção mantida durante o estado de angústia e ressentimento, o aparecimento de hemorragias petequiais foi observado. O desprezo e o medo estavam associados à hiperfunção da maior parte do intestino grosso (Kolb, 1976).

O aprendizado, por associação, da resposta a estímulos específicos do ambiente, tais como a presença de uma outra pessoa que pode simbolizar uma diminuição ou um aumento da tensão, tem lugar muito cedo na vida. A diferenciação das respostas intestinais a tais estímulos sociais, tão, aparente nas experiências de Wolff e Wolff, (1962) também foi encontrada por Engel e Reichsmann (1956) em seus estudos de lactante portador de uma

fístula gástrica. Depois de algum tempo, seu estômago respondia fisiologicamente como se estivesse recebendo e processando alimento sempre que seu médico se achasse presente. Foi com base nestas experiências e grande variedade de observações clínicas que Engel formulou a hipótese de que a precipitação de distúrbios psicossomáticos deriva, em grande parte, de sentimentos não resolvidos de separação ou perda de um relacionamento humano significativo, associados a profundos sentimentos de desamparo.

Embora sempre tenha sido grande o interesse pelas relações entre interações organismo-ambiente, descritas como "emotivas", e os acontecimentos internos da fisiologia de um organismo, a sua compreensão evoluiu lentamente e de modo um pouco irregular, no meio de grande número de complexidades psicológicas e biológicas. Tanto no nível experimental, quanto no nível clínico, no desenvolvimento de numerosas teorias muito especulativas salientou-se a acentuação do aspecto fenomenológico ou de "sentimentos" dos processos emocionais.

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

O mérito de Selye consiste em supor descobrir os mecanismos endocrinológicos desta reação. Considera o "stress" como um estado que se manifesta por uma síndrome específica que inclui em si todas as alterações não específicas por ele provocadas no sistema biológico. A reação do estado de ansiedade se



caracteriza, por uma hiporeatividade dos sistemas biológicos de organismo.

Neste processo de reação, denominado por Selye de síndrome geral de adaptação, distinguiu três fases sucessivas: alarme, resistência e esgotamento.

Na primeira fase (alarme), também denominada choque, se observa o desaparecimento dos tecidos adiposos, decréscimo no tônus muscular e da temperatura do corpo; aparecimento da úlceras do estômago e/ou do duodeno e outros sintomas. A esta reação inicial se segue um segundo estágio, de contra-choque, quando se modificam as reações humorais e neurovegetativas às custas, de uma hiperatividade da cortex supra renal.

Caso, o agente stressante permaneça atuante o organismo passa a segunda fase da reação de stress (resistência) que se caracteriza por um estado hiperreativo do organismo, e na qual se observa um aumento nas glândulas suprarrenais, da tiróide, recuperação das células adiposas, aumento de temperatura, etc...

Caso os mecanismos adaptativos aos estímulos permanentes e excessivos falhem, o organismo passaria então a terceira fase (esgotamento). Neste caso, as alterações características da fase de alarme reaparecem.

No que se refere a sua duração, as três fases são distintas; a mais curta é a primeira; algo mais duradoura é a segunda e por último a terceira que de acordo com Selye pode ter três variantes: restabelecimento do equilíbrio do organismo, manutenção da enfermidade e a fase que pode terminar com a morte ou trazer completo restabelecimento.

Frankenhaeuser e Kareby (1962) distribuíram uma série de tarefas à um grupo de voluntários; que se aplicaram di

ligentemente na execução das mesmas. Os experimentadores, no entanto, puseram-se a pressionar e criticá-los infundadamente. Tal procedimento implicava num acentuado aumento de adrenalina na urina dos sujeitos "irritados e frustrados".

Numa pesquisa feita junto a mulheres jovens encarregadas de trabalho de rotina diária em faturamento Levi (1967) verificou a existência de tensões causadas por supostos incentivos no trabalho. O nível de adrenalina nestas mulheres apresentava-se substancialmente elevado nos dias em que executavam tarefas extraordinárias.

Além da adrenalina, muitos outros hormônios são lançados na corrente sanguínea nos momentos de tensão. A noradrenalina, descoberta em 1946, é também secretada pela medula supra-renal. Tem por função elevar a pressão sanguínea em situações de emergência. Pode contribuir no sentido de impelir o indivíduo a um comportamento enérgico e agressivo.

Tal como acontece com a adrenalina, os hormônios do córtex supra-renal fluem e variam de concentração segundo o estado emocional do indivíduo. Na realidade o córtex supra-renal é a glândula mais exaustivamente estudada no que diz respeito às respostas glandulares e estímulos emocionais. Mason considerou que os dados abundantes obtidos através dessas pesquisas constituíam "um caminho para o estabelecimento de bases sólidas para uma nova ciência, a Psicoendocrinologia" (Mason, 1968).

Existe uma conexão hormonal - uma espécie de sistema telegráfico entre o cérebro e o córtex supra-renal, modalidade de transmissão de mensagens do cérebro para a glândula totalmente diversa do mecanismo que liga o hipotálamo à medula supra-renal. O hipotálamo apresenta-se igualmente ligado através de uma ponte de tecido nervoso à hipófise, glândula em for

ma de pêra que secreta pelo menos dez substâncias diferentes. A hipófise é chamada de glândula mestra do sistema endócrino devido à sua produção de secreções, que desencadeiam o funcionamento de outras glândulas - as glândulas "alvo" - para que essas, por sua vez, secretem os respectivos hormônios.

Ao receber, por exemplo, uma certa mensagem do hipotálamo, a hipófise joga na corrente sanguínea o ACTH (hormônio adrenocorticotrófico, em que o sufixo trófico indica "ação sobre"). O ACTH age sobre o cortex supra-renal, ordenando-lhe que secrete hormônios esteróides.

A primeira indicação desse mecanismo foi descoberta em 1922, por um pesquisador chamado T.Uno, com suas experiências em ratos, submetendo-os a períodos de seis horas de lutas e outras atividades excitatórias. Em seguida sacrificou e dissecou os ratos, pesando as suas hipófises e comparando esse peso com o de hipófise de animais-contrôle. As glândulas dos ratos excitados mostravam-se mais pesadas, indicando que a hipófise era bastante afetada.

O sistema hipófise-córtex supra-renal é extremamente sensível aos fatores psicológicos, mesmo os mais sutis. Fatores como condições de acomodação, manipulação, grau de convívio com outros animais, todos eles refletem-se em alterações ao nível dos corticosteróides. Em experiências mais recentes foram constatadas reações marcantes. A transferência de um macaco de uma gaiola para outra, por exemplo, faz com que se verifique uma resposta em termos de alteração do nível de ACTH, o mesmo acontecendo se ele for castigado ou mantido imobilizado numa cadeira (Howard e Lewis, 1974).

Selye chamou de "doenças de adaptação" àquelas resultantes do uso excessivo e inadequado destes mecanismos de de-



fesa. Entre elas acham-se a úlcera péptica, a hipertensão arterial, lesões miocárdicas e outras. Os trabalhos de Selye foram de vital importância para a compreensão do eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal, como um dos principais mecanismos fisiológicos de regulação neuro-hormonal podendo, sob certas circunstâncias, funcionar patologicamente e produzir distúrbios funcionais ou orgânicos (Mello Filho, 1979).

Apesar de sua importância nas investigações, por servirem de base para vários trabalhos de pesquisa psicossomática, praticamente, Selye não deu ênfase, quase nenhuma, aos fatores psicológicos como agentes de stress.

Alexander et all (1961) exibiram a um grupo de sujeitos voluntários um filme angustiante, retratando sentimentos de medo e de dor e verificou que todos apresentavam aumento da atividade tireoidiana.

Wittkower (IN Mason, 1968) hipnotizou um grupo de voluntários e induziu neles reações emocionais desagradáveis. Quase todos os participantes da experiência manifestaram atividade tireoidiana majorada, em alguns casos até 20%.

Na verdade o conceito de que uma violenta perturbação emocional é capaz de agir sobre a glândula tireóide remonta ao século passado numa descrição clássica realizada por Parry (1825).

Estas pesquisas experimentaram um grande avanço, a partir de 1955. Mason, pesquisador em Psicoendocrinologia, em revisão que fez sobre a matéria, afirma que as evidências demonstram, atualmente, que os indutores físicos de stress são muito menos importantes do que pensava Selye devendo-se levar em conta, a ação dos estímulos emocionais atuando, concomitantemente ou isoladamente. Vários podem ser os elementos stressógenos, entre eles os mais pesquisados foram: o contato com o no-

vo e o imprevisível, assim como, a execução de tarefas de responsabilidades (Mason, 1968).

Conclusões destas pesquisas mostram a importância do modo como o indivíduo encara a situação de stress e a resposta que lhe dá. Deste modo, há individuação nas respostas ao stress, de acordo com a personalidade e o uso de técnicas defensivas para enfrentar estas situações de ansiedade.

Entretanto parece haver poucas evidências concludentes a respeito do tipo de personalidade e suas respectivas susceptibilidades e doenças diferentes.

A esse respeito, não poderíamos deixar de destacar os trabalhos de Friedman e Rosenman (1979) que utilizando testes psicológicos e entrevistas, classificaram os seres humanos em dois tipos A e B.

O padrão de comportamento do tipo A é típico dos candidatos potenciais a desenvolverem doenças das artérias coronárias. Suas características foram bem definidas. O tipo A costuma manter uma expressão geral de vigor, energia, autoconfiança e um permanente estado de alerta. Caminha apressado e aperta vigorosamente a mão dos interlocutores. Fala alto e firme, é conciso e breve nas respostas. Tende a interromper os outros, intercalando palavras curtas como: "sim, sim ou está bem, está bem". Mostra-se intolerante e impaciente quando tem que esperar. Quando entrevistado, tende a sentar na ponta da cadeira, e fala agitando as mãos e balançando as pernas.

A estrutura psicológica do tipo A é a de uma pessoa com acentuadas tendências a buscar metas habitualmente não bem definidas. Tem marcado impulso para competir, persistente desejo de progresso e reconhecimento. Participa de muitas tarefas, sempre de olho no relógio. Tem propensão a acelerar o ritmo das

atividades físicas e principalmente as mentais. Sua extrema agressividade e irritabilidade nem sempre são exteriorizadas.

O tipo A corresponde àquele tipo de personalidade que Wolf (1968) chama de "sisiphus pattern".

Segundo a lenda, Sisifo, rei de Corinto, foi condenado por Hades a empurrar uma pedra até o cimo de uma montanha. Quando estava quase chegando, a pedra escorregava e ele era obrigado a começar tudo de novo. A lenda nos dá a figura do eterno frustrado, frequente entre as pessoas inseridas no tipo A.

Para Oliveira (1981) outra peculiaridade dessas pessoas é a sua incapacidade de relaxar. Mostram-se, em geral, obsessivas em relação às atividades que sustentam suas desmedidas e nem sempre confessadas ambições. Quando, no entanto, se afastam delas por qualquer motivo, ficam inquietas, sentem-se culpadas pela ociosidade a que se entregaram, em geral a contragosto.

O tipo A tende a exteriorizar-se mais intensamente em ambientes onde a vida é veloz, agressiva, competitiva - mais condizentes com sua estrutura psicológica.

Já o tipo B, independentemente do ambiente recusa-se a entrar no alucinante jogo da competição e não perde seu ritmo, mesmo frente as mais intensas solicitações. Não que seja incapaz ou improdutivo. Pode ser tanto ou mais eficiente do que o tipo A, mas à sua maneira, vivendo mais pelo calendário do que pelos ponteiros do relógio (Friedman e Rosenman, 1959).

Um regime relativamente estável, pelo qual o organismo luta por intermédio do equilíbrio hormonal, como é o caso da regulação do açúcar sanguíneo, é o que se chama de "homeostase" que vem do grego, significando "a mesma posição".



O termo, originário da fisiologia, foi adotado pela psicologia. O equilíbrio e constância pelos quais o corpo luta se aplicam não apenas às forças fisiológicas como à vida em geral. No terreno emocional, o indivíduo procura o equilíbrio e o nivelamento, longe dos extremos. Através das flutuações, a homeostase emocional pode ser alterada segundo as modificações sofridas pelo próprio indivíduo ou que se operam em seu meio ambiente.

Selye (1969) realizou uma série de experiências visando determinar se estímulos psicológicos seriam capazes de provocar reações fisiológicas causadoras de perturbações internas. Submeteram 31 soldados a tensão de 75 horas de exercício do tiro eletrônico, não lhes sendo permitido dormir, usar estimulantes, fumar ou sair a passeio.

Se bem que a média de idade fosse 29 anos, suas reações emocionais e bioquímicas mostraram-se muito marcantes. Um oficial sentiu claustrofobia temporária e pânico, com a sua secreção de adrenalina elevando-se consideravelmente. Sentiu dores de cabeça, visão perturbada e palpitações. Seu pulso ultrapassou as cem batidas por minuto.

Aproximadamente 25% das pessoas examinadas evidenciaram traçados eletrocardiográficos anormais. Somente após decorridos vários dias de repouso os traçados dos seus ECG voltaram ao normal. Essas experiências demonstram que tensões relativamente breves, mesmo de intensidade menor que a daquelas a que são submetidas as pessoas ao longo de suas vidas, podem provocar alterações orgânicas patológicas. Se forem sempre repetidas, ou se persistirem por períodos prolongados, poderão determinar a instalação de doenças.

Wolf (1967) defende a tese de que o corpo reage às tensões, tanto emocionais quanto físicas, selecionando uma

reação em meio a um repertório limitado, alterações dos batimentos cardíacos, respiração, fluxo hormonal. Uma vez que tais reações podem não ser adequadas a uma determinada situação imeddiata, elas podem perturbar a homeostase em lugar de restaurá-la. A doença corresponderia à manifestações de uma tal resposta inadequada, particularmente quando esta resposta é prolongada ou mesmo repetida.

## - O APARELHO CIRCULATÓRIO E SUAS MANIFESTAÇÕES

O coração é considerado o órgão do amor; bate rapidamente tanto nos estados de ira quanto nos de medo; sente-se um peso no mesmo quando se está triste; a ansiedade e a excitação sexual se manifestam alterando a circulação.

Todos estes componentes físicos são devidos a reação vagatônicas e simpaticotônicas; podem servir sempre como equivalentes de afetos quando uma pessoa rechaça a consciência de suas emoções.

Parece haver uma relação de correspondência entre o fato de que as pessoas que bloqueiam completamente a descarga de suas emoções sejam mais predispostas a reações do aparelho circulatório. As reações vasomotoras gerais, tais como rubor, desvanecimento e desmaio, são muito frequentes durante as neuroses. Isto se deve ao fato de que as expressões vasomotoras situam-se no primeiro plano das manifestações físicas de todos os afetos, e reações de igual natureza são canais apropriados para as descargas de emergência cada vez que fica bloqueada a descarga muscular (Benavidez, 1975).

A neurose de angústia se encontra em estreita relação com as mudanças do organismo e é, conseqüentemente, de maior significado em todas as áreas da medicina; particularmente na cardiologia. Mais ainda, o sintoma de angústia na "Síndrome de Esgotamento" em seus diversos graus, constituem o transtorno mais frequente em nossa sociedade.

As distintas formas de ansiedade ou angústia tem sido descritas desde a mais de cinquenta anos: palpitação, arritmia taquicardia sensação de sufoco ou falta de ar, assim como instabilidade vasomotora.



No início do século XVII William Harvey, o médico e anatomista que descobriu que o sangue circula através do corpo, já chamava a atenção para a relação existente entre as emoções e o funcionamento do coração.

Em seu tratado De Motu Cordis (Sobre o Movimento do Coração) dizia ele: "Qualquer perturbação mental associada a dor ou prazer, esperança ou temor, é causadora de agitação cuja influência se estende ao coração". Harvey ficava admirado ao verificar que "na modéstia as faces se ruborizam; ... com que rapidez na luxúria o membro se enche de sangue e fica ereto!"

Inúmeras expressões populares igualmente revelam a estreita ligação existente entre os estados de espírito e o coração. Diz-se por exemplo, que uma pessoa que tenha sofrido grave decepção está "de coração partido". Nos casos de grande felicidade, o seu coração "parece saltar de alegria". Por ocasião das sensações de medo, o seu coração "parecer parar". É frequente ouvirmos dizer que a pessoa, vítima de uma crise de terror, tenha ficado "com o coração na boca". Quando lamentamos alguém, dizemos que o nosso coração está com a pessoa. E quando amamos, damos o nosso coração ao ente amado.

#### - Hipertensão arterial

Os pesquisadores descobriram a existência de uma relação íntima entre as emoções e a hipertensão, ou seja, a pressão sanguínea elevada. Na hipertensão o sangue exerce maior força contra as paredes das artérias. O coração então apresenta tendência ao aumento, com prejuízo de suas funções. A hipertensão é uma das principais responsáveis pelos derrames, sendo danosa aos rins e às glândulas suprarrenais. Caso não seja tratada, é geralmente fatal num prazo de vinte anos (Mandell, 1964).

Caso, entretanto, uma agressão persistente e inibida (raiva crônica) continue, a tensão emocional do paciente não cede, sua pressão arterial não se reduz e ele sofre de hipertensão "essencial". Em outras palavras, uma tensão emocional crônica ativou alterações orgânicas que resultaram na hipertensão vascular. Os sintomas físicos de alguns casos de hipertensão têm, portanto, origem psicossomática. Caso uma tensão emocional crônica, atuando através do sistema nervoso vegetativo, estimule a atividade muscular ou secretora do trato gastrintestinal, então o sintoma psicossomático terá como referência este sistema. As expressões fisiológicas de ansiedade podem, então, ser interpretadas pelo paciente como "dispepsia". Através da introspecção, estes estados autodiagnosticados podem ser exagerados.

Para Benavidez, as pessoas expostas a tensões emotivas excessivas são propensas a acidentes e lesões, em que sofre mais o seu corpo que suas mentes. A personalidade do hipertenso apresenta traços de um excessivo autodomínio e uma contenção violenta; é um sujeito que vai diretamente a seu objetivo, perfeccionista em seu trabalho, reservado, agressivo em suas relações pessoais, excessivamente cerimonioso e ao mesmo tempo exigente.

Para Friedman e Mandell (1949) o cardíaco típico sente dificuldades em fugir às tensões devido ao próprio tipo de personalidade que lhe é característico. As tensões como que fazem parte de sua vida. Geralmente trata-se de pessoa com forte autocontrole e persistência, lutando constantemente pelo sucesso e a realização pessoal. Trabalha tendo em vista determinadas metas, adiando uma gratificação precoce. É pessoa agressiva e competitiva. Frequentemente parece apressada, já que sempre tem prazos a cumprir.

Comparando este grupo, com outro da mesma idade, porém composto de bonachões e descontraídos, verificou-se que não diferenciavam quanto a bebida, o fumo, a alimentação e hábitos físicos. Contudo, observou-se uma diferença significativa quanto a personalidade. Observou-se ainda que entre trabalhadores ativos a incidência das moléstias era sete vezes maior.

Alguns autores são de opinião que a tensão interna não consciente que muitas vezes acompanha a hipertensão deve ser atribuída a mobilização de excessiva raiva diante de uma ameaça ao relacionamento dependente do paciente hipertensivo. Esta emoção é encarada como parcialmente reprimida e suprimida e inadequadamente descarregada através de atividades verbais ou motoras. A personalidade de muitos pacientes hipertensivos é de serenidade e afabilidade exterior, mas encobre atitudes conflitantes e hostilidade agressiva que precisam conformar-se para manter muitas vezes fortes laços dependentes, em particular com pessoas que ocupam posições de autoridade. Entretanto, a hostilidade não é peculiar à hipertensão. Muitos hipertensos são neuróticos, com fortes tendências perfeccionistas compulsivas. Não se deve considerar, decerto, que os fatores psicodinâmicos sejam os únicos que contribuem para a hipertensão essencial (IN: Kolb, 1976).

Dentre as pessoas que apresentam a pressão sanguínea normal, as emoções intensas são capazes de ocasionar um aumento da pressão. Certo piloto estava ligado a um dispositivo que registrava a sua pressão sanguínea. Já prestes a decolar, foi obrigado a aguardar em virtude de uma falha mecânica. Durante as quatro horas em que os técnicos procuravam descobrir e corrigir o defeito, a frustração e ira foram aumentando, o mesmo acontecendo com a sua pressão sanguínea. Finalmente ele decolou. Uma vez no ar, a sua pressão caiu. Ela tornou a subir li-



geiramente por ocasião dos preparativos para a aterrissagem. Em outra ocasião, um piloto igualmente ligado a um aparelho de pressão ouviu um comentário desabonador que imaginou ser dirigido a ele. Imediatamente a sua pressão aumentou em quase 50%. (Stevenson e Duncan, 1949).

Pessoas submetidas a tensões poderão apresentar pressão sanguínea elevada por períodos prolongados. Kasl e Cobb, (1970) acompanharam algumas dezenas de homens cujos empregos estavam ameaçados. Cada um desses homens foi mantido sob observação ao longo dos diversos estágios: quando esperava ser despedido, após ter perdido o emprego, enquanto estava desempregado, durante o período de experiência no novo emprego, e, finalmente, ao adquirir uma situação estável em sua nova ocupação.

Kasl e Cobb verificaram que a pressão sanguínea desses homens se mantinha elevada enquanto em situação estável, só retornando à normalidade quando em segurança no novo emprego. A simples expectativa agia sobre a pressão com a mesma intensidade que o desemprego concreto.

Donaldson (1965; IN: Howard e Lewis 1974) relata que na região rural da Rodésia são raros os problemas de hipertensão, a não ser entre os mais velhos. De acordo com Donaldson a resistência a dor dessas pessoas é extraordinária; a postura, energia e alegria de viver são realmente invejáveis. Já, o africano acidentalizado é vítima de hipertensão decorrente de problemas educacionais. Não é raro também o problema de hiperacidez gástrica que acaba levando a úlcera.

De acordo com Kolb (1976) e Benavidez (1975) pacientes com hipertensão precoce também sofrem de sintomas gastrintestinais, desconfortos cranianos e cansaço. Tais sintomas não podem, geralmente, ser atribuídos à hipertensão, mas resultam, provavelmente, dos mesmos fatores emocionais que contribuíram,

mas não causaram, a hipertensão. Quando o paciente descobre a hipertensão, a "fobia da pressão arterial" pode dominar o quadro clínico.

Muitos autores parecem relacionar a hipertensão a fatores de personalidade (Benavidez, 1975; Kolb, 1976; Friedman e Mandell, 1949; Mandell, 1964; Fernandez, 1976; Carvalho 1980 ; Mello Filho, 1979). Embora não haja evidências concludentes a respeito, faz-se necessário considerar que os enfartes eram raros antes do século XX (Howard e Lewis, 1974), bem como o fato de que a hipertensão não seja significativamente influenciada pela psicoterapia.

Assim, continua em aberto a discussão a respeito da influência dos fatores psicológicos na produção da hipertensão arterial.

Todos os defeitos anatômicos do coração tem como consequência uma limitação das reservas desses órgãos e o fator e emocional pode exercer um marcado efeito sobre a frequência do pulso, o volume-minuto, a resistência periférica e a tensão arterial.

Entre todas as possíveis emoções, é a angústia que mais sequelas deixa atrás de si; tem um efeito idêntico ao da adrenalina. Se pode dizer que o stress emocional, como principal causa, desencadeará uma descompensação cardíaca em 76% dos casos (Benavidez, 1975). Ainda segundo este autor, entre os pacientes com alteração orgânica existem dois grupos: o excessivamente angustioso, que já não espera nada de si e nem se atreve a nada e aquele que despreza a a "enfermidade", pretendendo ignorá-la. Ambos os tipos estão em perigo: o primeiro devido a seu constante desgaste adicional ocasionado pelo medo; o segundo por fazer descaso das limitações que deveria impor-se.

As pessoas hipertensas experimentam, em sua região cardíaca, as mais variadas sensações começando por palpitações ou "punçadas"; por um lado se sentem cansados e por outro não conseguem relaxar nem descansar apesar de muito o desejarem. Seu sono noturno está quase sempre perturbado e não encontram um momento de descanso durante o dia. O que quase nunca está ausente é a angústia, mais ou menos pronunciada; a princípio essas pessoas vivem atentas a seu coração, às palpitações, assim como aos possíveis ataques, até chegar ao extremo de cre - rem estar ameaçados por uma morte repentina.

Nos jovens hipertensos abundam os transtornos circulatórios, chamados "hipotônicos", que consistem em um repentino decréscimo da tensão arterial podendo chegar até a hipotimia; estas alterações sobrevêm ao mudar de posição, ao levantar-se, etc..., de preferência no horário matutino, também se apresentam depois de haver permanecido em pé durante muito tempo, quando se encontram em sua aglomeração pública ou em um meio de transporte, etc...

Nos adultos se dá mais frequentemente o quadro dos transtornos anginosos. Estas crises aparecem inesperadamente, quase sempre em posição de descanso absoluto, normalmente nos horários vespertinos ou nos momentos de repouso. Sempre acompanhadas de verdadeiras crises de angústia, com sensações de morte iminente. Igualmente podem predominar os fenômenos de vasolabilidade: frio ou sensação concomitante de "dedos mortos", etc... ou pelo contrário, sudorese, calor.

O coração e o sistema vascular estão ricamente equipados com fibras nervosas. Tanto o vago como o simpático jogam um importante papel na capacidade de adaptação a grande variedade de trabalhos do coração.

As alterações da frequência do pulso, a tensão arte -



rial e da respiração, que se registram no organismo "são" como produto de certas emoções (ira, medo, etc...) confirmam claramente o valor afetivo que possui o coração no sistema vascular.

Este quadro de esgotamento, para Benavidez, é frequente em pessoas jovens que não se situam profissionalmente ou que sofrem pela inibição de sua agressividade. Também abundam os casos em que os primeiros obstáculos no terreno sexual são responsáveis. Nas mulheres o medo de ficar grávida; em pessoas de mais idade a dificuldade de poder subsistir economicamente, ou então a morte de um paciente, de um companheiro de trabalho ou outro amigo cuja causa foi um enfarto.

Assim, a angústia constitui, quase sempre, o principal sintoma psicológico dos transtornos funcionais do coração, cuja causa são os acontecimentos que perturbam a integralidade de sua emocionalidade fazendo com que o paciente perca a confiança no mundo e em sua própria vida, sentindo-se desamparado.

Os hipertensos mostram em maior grau que os "sãos", um comportamento obsessivo e compulsivo e uma inibição de suas tendências agressivas, que provocam o aumento de tensão diante de excitações como a dor, o enjoo, a ira, o esforço físico, com maior intensidade que nos indivíduos normais, mesmo que estes fatores não sejam reais (Benavidez, 1975).

Este autor ainda destaca o fato de que os indivíduos hipertensos não vivem suas tendências agressivas, nem sequer as percebem. Mediante urbanidade, boa conduta e ótimos rendimentos, procuram ganhar o carinho e o reconhecimento por parte dos seus semelhantes.

O momento de manifestar as primeiras doenças aparece

quando, apesar do esforço e ânsia de reconhecimento, este lhe é negado.

## - APARELHO DIGESTIVO

O abdômem tem sido chamado de lugar de expressão das emoções. É um fato bem conhecido que o estudante antes dos exames pode desenvolver falta de apetite ou diarréia; que o homem de negócios pode sofrer indigestão, acidez ou dor abdominal no momento de palestras importantes ou em conexão com prejuízos financeiros.

Assim, é pouco surpreendente que a função gastrintestinal proporcione o mais frequente foco de síndrome psicossomática. Na experiência vital, o primeiro contato do lactente com outra pessoa se relaciona com o processo de "enfermagem". A criança experimenta seu primeiro alívio de desconforto e tensão física através da ingestão de leite. A satisfação oriunda do alívio da fome através desta experiência associa-se fortemente a sentimentos de bem-estar na maturidade. Por outro lado, a privação do alimento ou sua apresentação irregular associa-se a sentimentos de tensão e raiva. Ao lado da perturbação somática e das emoções acompanhantes acham-se processos perceptivos que se desenvolvem gradualmente em relação com contatos com a mãe e pessoas que a substituem (Kolb, 1976; Benavidez, 1975).

Para o bebê, ser alimentado é sinônimo de ser amado. A fome representa rejeição e insegurança.

Outro complexo de emoções associa-se de imediato aos processos alimentares: a possessividade (de alimento, amor, objetos), a voracidade, o ciúme, a inveja. Tais sentimentos agressivos frequentemente são considerados anti-sociais, e portanto passíveis de repressão. Consequentemente, tendo a sua expressão bloqueada, poderão gerar tensões permanentes, capazes de levar ao aparecimento de perturbações crônicas ao nível do trato digestivo.



A criança aprende inicialmente a expressar suas emoções em correlação com o ato de alimentar-se. Quando o bebê fica gorgolejando satisfeito, se bem alimentado; reclamando, irado, enquanto sente fome. Mais tarde, no decorrer da infância, tem a consciência de que está usufruindo ou propiciando prazer ao comer e ao apresentar funções intestinais satisfatórias (Howard e Lewis, 1974).

Enquanto vai amadurecendo, o indivíduo vai encontrando outros meios para expressar as suas emoções. Na opinião de Johnson (1962), o indivíduo, jamais chega a livrar-se por completo dessa "visão da vida através do ciclo alimentação-digestão-função intestinal". Diz Johnson que todos nós conservamos a capacidade potencial de utilizar as nossas vísceras a serviço do amor, ódio, dependência, doação, punição, dominação, frustração e outros sentimentos, agradáveis ou não.

O indivíduo que recorre cronicamente aos meios digestivos para expressar os seus sentimentos, começará a apresentar certos sintomas a nível dos órgãos submetidos a esse uso inadequado. Tais sintomas poderão, então, transformar-se em moléstia psicossomáticas declaradas.

As perturbações digestivas podem constituir um símbolo da problemática. Um indivíduo que não consiga, por exemplo, engolir uma certa situação, poderá apresentar um cardiespasma, que é uma perturbação da deglutição em que ocorre uma contração da porção inferior do esôfago (Howard e Lewis, 1974).

Náuseas e vômitos poderão representar formas de rejeição simbólica. Os vômitos constituem uma reação às tensões geradas por situações em que há componentes de culpa em relação ao sexo.

Para muitas crianças, a retenção das fezes tem a função

psicológica de expressar sentimentos de resistência e negativismo diante de um mundo que lhes parece hostil e desprovido de afeto. A retenção obstinada de fezes constitui um símbolo de desafio e estabelece base para posteriores problemas de constipação na vida adulta. Aquilo que inicialmente seria uma resistência parcialmente consciente na infância, mais tarde se transforma em constipação inconsciente do adulto (Chapman e Loeb, 1963).

Kolb (1976) observa que as satisfações obtidas através do processo de sucção precoce estão associadas à emoção de ser amado e ao desenvolvimento de segurança e satisfação. Por' outro lado, o processo de treinamento do intestino proporciona oportunidade para os sentimentos de aprovação através da limpeza ou de teimosia mediante a retenção ou a constipação. A frustração dos prazeres alimentares mobiliza a atividade agressiva na forma de mordidas, paixões e inveja. Mais uma vez o processo alimentar é circundado, tanto na família quando na cultura, por muitas oportunidades de prazer e conflitos nas reações interpessoais. Isto é menos aparente no que se refere aos processos eliminativos, que geralmente são solitários.

O homem de negócios tenso, pode lutar energicamente para chegar a ser efetivo e capaz, para conseguir a segurança e subsistência, duas necessidades inseparáveis; se a segurança periga, o órgão que regula a subsistência pode alterar-se no seu funcionamento normal. Quando necessidades tais como dar amor ou ser amado, dar proteção ou ser protegido não caminham junto as emoções o estômago é chamado a serviço, em um vão intento de resolver o problema de forma primitiva (Benavidez, 1975). O aparelho digestivo, devido a suas três maiores funções: tomar, receber e eliminar, é especialmente conveniente para a expressão destas três tendências emotivas elementares.

A fome, como a percepção à qual o indivíduo responde,

depende também do reforço de aprendizado que se origina nas transações entre mãe e filha. As percepções centrais de necessidade ou saciedade em relação ao alimento, assim como as sensações de motilidade gástrica, parecem formar a base dessa importante percepção. A fome e a saciedade, como percepções, servem como um guia para as necessidades de consumir ou jejuar. O desenvolvimento bem sucedido dessas percepções constitui um requisito para a manutenção da ingestão alimentar e o estabelecimento de uma homeostase interna capaz de regular o estabelecimento sadio de reservas corporais expressas em um peso aceitável.

Os sintomas de perturbação do sistema alimentar são disseminados, à medida que se estendem daqueles concentrados na cavidade oral e mais frequentemente encontrados pelo dentista até a multidão da expressão de função perturbada do estômago, intestino grosso e delgado e órgãos secretores principais. Os mais comuns são anorexia, náusea, "indigestão nervosa", vômitos, eructação, mal-estar devido a gases, dor, diarreia e constipação. Menos comuns são sensações de queimação na boca, dor e aperto das mandíbulas, dificuldade em ajustar dentaduras e tenesmos de canal com dor. Frequentemente as dores e desconforto abdominais são atribuídos à "apendicite crônica" e o paciente é submetido a cirurgia. Esta é logo acompanhada por uma recorrência de sintomas. Em outros casos a vesícula biliar é removida. A colite espástica e mucosa, acompanhada da diarreia e constipação, representa outro fenômeno desta perturbação do ato intestinal. Além disso, a obesidade e a anorexia nervosa podem ser consideradas expressões psicossomáticas deste sistema (Benavidez, 1975; Kolb, 1976; Howard e Lewis, 1974).

#### - Úlcera e Gastrite

A úlcera péptica aparece quando os sucos estomacais áci



dos corroem a parede do estômago ou do duodeno. O ácido promove inicialmente a erosão do revestimento interno, originando uma leção denominada úlcera aguda. Este tipo de úlcera poderá desaparecer com uma dieta adequada, com medicação antiácida e um decréscimo da tensão.

Entretanto se a superprodução de ácido se tornar crônica acabará por corroer camadas musculares mais profundas provocando uma úlcera crônica. Poderá, finalmente, provocar a perfuração completa da parede estomacal, permitindo que os sucos gástricos fluam diretamente para o interior do abdômen. Em não sendo efetuada uma cirurgia imediata, tal perfuração poderá ocasionar a morte do seu portador.

Sem dúvida a produção elevada de ácido clorídrico dos gastrópatas desempenha seu papel na formação de úlceras, porém não deixa de ser um epifenômeno. Já passou aqueles tempos em que se considerava a úlcera como uma doença local do estômago. Atualmente parece haver acordo de que se trata de uma enfermidade geral, servindo o estômago somente de localização principal.

Há muitos indícios apoiando a impressão de que fatores psicogênicos são importantes na etiologia da úlcera péptica.

Entre esses indícios que apoiam a hipótese de que fatores psicogênicos são importantes na etiologia da úlcera péptica, podemos assinalar as primeiras observações dos efeitos de fatores emocionais sobre as funções gástricas como foram observadas por William Beaumont através da fístula aberta no estômago de Alexis Sr. Martin; os estudos mais preciosos, porém análogos, de Wolff e Wolf em seu paciente Tom e, mais recentemente, os de Engel e seus colegas na menina Mônica. A ansiedade e as tendências agressivas aumentam a motilidade a vascularidade, a secreção e mesmo a atividade elétrica do estômago; a tristeza a de -

pressão e o desânimo igualmente deprimem estas funções (IN:Kolb, 1976).

Alexander (1950) definiu o conflito emocional específico determinante da reação psicofisiológica que leva à úlcera péptica. A partir de estudos psicanalíticos de pacientes com úlcera péptica verificou-se existir um forte e persistente desejo infantil de ser amado e cuidado, em conflito com o impulso adulto rumo à independência. Assim, o conflito aumentado, muitas vezes por circunstâncias externas adversas, acarreta ansiedade e vergonha. O impulso de ser cuidado é comparado por Alexander com o de ser alimentado e por isso associado à hiperatividade gástrica. Esse impulso básico parece ser comum a todos os portadores de úlcera péptica, não importa quais as suas características de personalidade - isto é, se eles são abertamente agressivos, ambiciosos e impetuosos ou dependentes irresponsáveis e inativos. Em último caso a conduta franca é considerada uma reação ao desejo infantil.

Para Johnson (1962) os portadores de úlcera reagem tanto psicologicamente como fisiologicamente, como se estivessem permanentemente famintos. Seus estômagos mantêm secreção constante, como que prestes a receber alimentos.

Johnson considera que tais anseios infantis são reprimidos devido à sua tendência a produzir sentimentos de culpa e inferioridade. O ulceroso potencial poderá procurar compensar esse estado de coisas por meio de agressividade exagerada, ambição e independência. Não aceita qualquer tipo de ajuda, de quem quer que seja, procurando arcar com todas as responsabilidades.

Sua luta constante e a excessiva carga de responsabilidade reforçam mais ainda o seu anseio por uma relação dependen-

te. Lá no âmago de sua personalidade tem uma ânsia inconsciente de viver uma existência ao abrigo dos perigos, como se fosse ainda uma criancinha.

Mahl (1953), sugeriu que qualquer conflito que produza ansiedade levará à hiperatividade gástrica e, portanto, à ulceração. Estudos realizados com mulheres portadoras de úlcera péptica demonstraram, recentemente, que o início muitas vezes se relaciona com processos cirúrgicos ou outros acontecimentos que ameaçam real ou fantasiosamente seu funcionamento sexual. Uma vez que a ameaça ao funcionamento sexual também pode simultaneamente ser encarada como uma ameaça de relacionamento dependente do paciente, a produção de sintomas ulcerosos pode estar relacionada com a situação descritiva por Alexander (1953).

Durante muitos anos afirmou-se que lesões localizadas no hipotálamo de animais muitas vezes levam a úlcera ou hemorragia gástrica. É mais provável que a indução de úlceras experimentalmente desta maneira se deva à profunda ruptura dos delicados equilíbrios estabelecidos entre sistemas autônomos relacionados com a vascularização, a regulação de neuro-hormônios e a secreção no trato gastrintestinal (Brady, 1972 ).

Todavia não se tem chegado a uma conclusão definitiva e subsistem opiniões contraditórias sobre o porque da formação do estranho defeito circular da mucosa gástrica.

Misrky (1958) demonstrou que o paciente com úlcera habitualmente apresentava níveis mais elevado de uropepsina em sua corrente sanguínea e urina. De uma população de pessoas dessa idiosincrasia pode-se predizer uma população posterior de portadores de úlcera. Igualmente, o paciente portador de úlcera, quando ansioso, segrega mais ácido hidrocloreídrico do que os que não tem úlcera.



O que é reconhecido por todos os médicos, segundo Benavidez (1975), é o fato de que os gastrópatas pertencem ao grupo das pessoas nervosas; em todos se acusa uma hipersensibilidade do sistema neurovegetativo, predominando segundo as aparências, o tônus parasimpático. A hipermotilidade, assim como a hipercloridria, são estados de hiperfunção atribuídos a influência do vago.

O portador de úlcera parece predisposto, como um persistente hipersecretor gástrico, e só se torna sintomático quando exposto a certas situações de stress importantes do ponto de vista psicodinâmico.

Seja lá como for, a síndrome ulcerosa acha-se hoje entre os estados psicossomáticos encontrados com mais frequência. É interessante observar que a incidência de úlcera péptica mudou significativamente nos últimos 50 anos nas sociedades da Europa Ocidental. Durante certa época era extremamente prevalente nas mulheres, mas hoje ocorre principalmente em homens.

A esse respeito, Alonso Fernandes (1976) hipotetiza ter havido uma evolução qualitativa na forma de descarga da tensão excessiva. Para este autor, nos dias de hoje, não há mais lugar para a histeria demonstrativa, teatral. Assim, o autor pondera que a vida atual, impessoal, ativa e materialista tornou obsoleto o mecanismo transformador da angústia reprimida em símbolo corporal. O endeusamento do jovem, a falta de espaço, o nível de aspiração muito elevado e o "stress" em altas doses torna compreensível que seja sobre este mesmo corpo que ele lance todo o excesso de tensão e angústia que é ensejado pela vida urbana (IN: Carvalho, 1980).

A úlcera péptica pode ocorrer sob diversas circunstâncias. Pode ser encarada como uma reação transitória aguda em

face de stress fora do normal. Tais situações podem ser representadas pelas sérias ameaças da vida militar ou, por outro lado, a inibição interna pode levar a frustração, tensão crescente e consequente expressão psicossomática através do trato gastrintestinal. Além disso, há um grupo de indivíduos nos quais os laços de dependência são tão exagerados que não podem ser satisfeitos ou tendem a não alcançar gratificação devido às demandas ordinárias da existência. Tais indivíduos possuem personalidades essencialmente infantis (Kolb, 1976, Benavidez, 1975).

Para Benavidez (1975) é muito comum entre os ulcêrosos aqueles que bebem e fumam, entretanto entre fatores por si só são insignificantes como patógenos. Tais comportamentos se devem ao fato de que pertencem ao grupo de pessoas com tensões internas e que encontram no álcool e no fumo um meio auxiliar para descarregá-las.

Para Benavidez o gastrópata está inibido em sua vivência do complexo "comida-amor-bens"; não sabe comportar-se adequadamente no manejo de bens; tanto em sua aquisição como deles se desfazer nos momentos oportunos; se considera extremamente modesto, enquanto se mostra generoso demais com os outros; porém no fundo, nutre, inconscientemente, um grande desejo de possuir bens, assim como alimenta uma agressividade oculta. No fundo é muito exigente e tem latente uma profunda nostalgia de carícias e reconhecimento.

De acordo com este autor, a úlcera é mais frequente nas classes inferiores; entre as mulheres que trabalham profissionalmente, as casadas adquirem mais facilmente uma úlcera que as solteiras, e sobretudo as "donas de casa". Os assinalados são mais propensos do que aquelas que se dedicam a profissões independentes.

Já Howland e Lewis (1974) consideram que o portador tí-

pico de úlcera demonstra forte dose de iniciativa e audácia. É enérgico e geralmente obtém sucesso em sua profissão. Seu campo de ação exige decisões rápidas e constante solução de problemas.

Uma vez que o trato digestivo tendo começado a apresentar um ponto sensível, como resultado de conflitos de dependência ou em função do "stress", outras emoções poderiam ser igualmente capazes de contribuir para o processo deste distúrbio. A ira, o medo, a hostilidade ou o ressentimento, são as mais comuns. Qual quer choque emocional grande, entretanto, é capaz de promover um processo ulcerativo.



## - CONSIDERAÇÕES GERAIS E PERSPECTIVAS

A vida atribulada das grandes cidades, o ar que respiramos, as constantes e contraditórias exigências sociais, as tensões de toda ordem, características próprias da nossa civilização, tem aumentado consideravelmente a frequência de ocorrência de distúrbios orgânicos frente aos quais os profissionais de saúde se encontram relativamente desarmados.

Baseando-se no modelo tradicional da medicina curativa, os profissionais de saúde tem-se restringido a prescrever medicamentos, dietas, exercícios físicos e lazer e mais recentemente psicoterapias. Imperativo se torna buscar um modelo que nos auxilie a forjar um equilíbrio psicofísico.

Faz-se necessário assim, abandonar essa atitude clássica da medicina moderna que divide o indivíduo em mecanismos fisiológicos e conceitos metafísicos.

Precisamos buscar um modelo que não nos faça incorrer no equívoco fundamental do paralelismo psicofísico; considerar como subjetivos os fenômenos psíquicos e levar sua explicação ao plano da relação entre a psicologia abstrata e fisiologia convencional.

Os distúrbios psicossomáticos, são concebidos atualmente como produto do despertar e manutenção dos afetos da ansiedade com os seus derivados, sob a forma de culpa ou vergonha, em elevados níveis de intensidade, que rompem através das defesas psicológicas usuais.

Assim, a ansiedade leva a perturbação que se expressa, predominantemente, através de processos fisiológicos ao invés de simbolicamente, dificultando portanto sensivelmente a consciên-

cia dos afetos aliado ao fato de que sua expressão também não se acha sob total controle voluntário e perceptivo. Se essa expressão fisiológica da ansiedade é exagerada e prolongada, poderá ocorrer uma alteração estrutural no órgão ou víscera através do qual se expressa.

Para os estudiosos dos distúrbios psicossomáticos as respostas psicofisiológicas devem ser interpretadas como as perturbações inadequadas de respostas orgânicas adaptativas a, ou protetoras contra, algum stress na experiência vital humana. A expressão sintomática é reconhecida portanto, primariamente, com base no estímulo afetivo.

Assinalam ainda que as reações de stress incluem não apenas as causadas pela agressão por outros organismo e agentes físicos, mas também as consequências à capacidade do homem interpretar síndromes como indicações de perigo derivados de sua experiência passada, inclusive as ameaças resultantes da necessária conformidade aos hábitos familiares e culturais que, por si mesmos, levam a privação de certas satisfações inatamente desejadas. Na resposta ao stress imposto por várias ameaças e conflitos, as reações orgânicas, em conjunto com vários sentimentos, podem ajudar à adaptação ou a preparar para emergências a fim de proteger o indivíduo. A perpetuação das reações orgânicas além do período de stress leva a respostas mantidas que são inadequadas e podem terminar em lesão tecidual.

Os psicanalistas postularam que os sintomas representam regressões fisiológicas de uma forma muito similar à maneira como os sintomas psicológicos, muitas vezes, expressam a recorrência de condutas infantis como tentativa de solucionar um conflito. Segundo estas opiniões, a expressão fisiológica se deve à incapacidade das defesas psicológicas ordinárias manterem a homeos

tase. Os sintomas são encarados como análogos - às respostas orgânicas indiferenciadas características do lactente quando suas necessidades são frustradas. A hipótese da regressão não proporciona qualquer explicação quanto ao sistema orgânico, porque irá ser perturbado num dado paciente.

Alexander e outros sublinham, ao invés, um conflito emocional específico, como determinante da função perturbada em um órgão específico que se considera precipitar esta perturbação orgânica centraliza-se ao redor do despertar de desejos de , morte contra alguém em relação a quem a pessoa que sofre tal distúrbio mantém um relacionamento dependente exagerado e gratificante. Entre as objeções a esta hipótese acham-se os fatos de que os conflitos similares podem ser descobertos nos pacientes portadores de outras perturbações psicofisiológicas e de que muitos pacientes apresentam sintomas referentes à perturbação da função de vários órgãos.

A outra opinião é que o sistema orgânico afetado pelas influências atuantes emocionalmente é determinando não por fatores psicológicos, mas por tendência inata a responder somaticamente ao stress ou ao conflito, de forma coerente para cada pessoa. Esta opinião, apresentada por Wolff, difere das primeiras idéias de fraquezas isquêmicas ou orgânicas, inatas ou adquiridas. Que existem alguns determinantes constitucionais para a perturbação psicofisiológica específica é uma afirmativa de Mirsky, que registrou os níveis de pepsinogênio e uropepsina em pacientes portadores de úlceras pépticas como significativamente mais elevados do que na população em geral. Tais níveis são mais altos, começando em uma idade anterior em algumas pessoas que ele acredita apresentarem tendência, sob pressões psicossociais particulares, a desenvolver sintomas e sinais de úlcera. Os sintomas



psicossomáticos isolados, entretanto, não respondem totalmente pelo desconforto do paciente.

Muito conveniente é a proposição de Kolb (1976) que diz, baseando-se na Teoria Geral dos Sistemas, "serem os distúrbios psicossomáticos relacionados particularmente com o mau funcionamento de dois subsistemas críticos, encontrados em todos os estados vivos: os órgãos funcionantes para processar a matéria em energia e aqueles dirigidos para o mesmo propósito, mas também para processar informações biológicas de natureza geradora. O mau funcionamento entretanto, é devido a uma falha por parte de um terceiro subsistema, o sistema informativo do cérebro, para processar eficazmente os símbolos oriundos de todas as fontes e integrar as alterações de todos os três subsistemas".

Não é nosso propósito aqui desenvolver um modelo que possibilite forjar um equilíbrio psicofísico, nem refutar a hipótese do paralelismo. Além de pretensioso demais, para os meus conhecimentos acredito que muitas respostas estão por ser dadas pela ciência de modo que possamos compreender as intrincadas relações intraorgânicas, bem como sua correspondente relação com o meio físico.

Entretanto, acreditamos ser conveniente explorar mais um pouco um "novo" caminho na investigação dos distúrbios denominados psicossomáticos.

Quase todos as investigações vistas até agora, ao que nos parece, tem por objetivo explicar as emoções associadas a esses fenômenos após sua ocorrência. O conceito de "tensão" e a "ansiedade daí decorrente, tem sido utilizado em larga escala para explicar o surgimento dos distúrbios psicossomáticos.

Entretanto, no nosso entender tais conceitos são insufi

cientes para explicar porque algumas pessoas expressam sintomas físicos daí decorrentes e outras não. A hipótese da regressão poderia passar por provas lógicas, mas sua verificação através de provas científicas é provavelmente muito difícil, se não impossível. Além disso, recorre também ao conceito de tensão para explicar o surgimento dos sintomas.

A hipótese dos determinantes constitucionais além de não ter sido testada de forma conveniente, uma vez verificada apenas ao nível de sintomas já existentes, no nosso entender reduz a explicação apenas ao nível somático.

Acreditamos que a utilização do conceito de tensão, embora útil para o desenvolvimento de investigações científicas tem nos restringido a descrever o fenômeno de forma inerente à sua presença.

As atribuições do mundo moderno e da sociedade civilizada estão presentes para quase todas as pessoas. As exigências sociais profissionais e sociais manifestam-se também sobre quase todas as pessoas.

No nosso entender faz-se necessário desenvolver investigações que possibilitem manipular a "tensão" a "ansiedade". Se quisermos compreender os distúrbios psicossomáticos mais aprofundamente precisamos de conceitos que nos auxiliem a provocá-los e/ou eliminá-los.

Nesta perspectiva situam-se uma série de pesquisas, que exporemos a seguir. No nosso entender, seus achados não são necessariamente incompatíveis com os observados por outros pesquisadores, mas apresentam a vantagem de nos colocar a disposição ferramentas mais adequadas para enfrentarmos os problemas anteriormente mencionados.

Halliday (1948) estudando as consequências de remoções de favelas, observou que as pessoas tendem a apresentar moléstias mais frequentes e mais graves do que quando em condições mais precárias. Para Halliday a depauperação da vida familiar é decorrente da alteração do padrão de vida "normal". Na favela, apesar de desprovida de condições de higiene e segurança, haviam condições que possibilitavam a adaptação a padrões sociais. Uma vez afastada dos vizinhos e do ambiente familiar, a família sentia-se "desorientada".

Para Hall (1966) o mesmo pode ocorrer com famílias de bom padrão financeiro. Segundo Hall, grande número de maridos examinados, no caso de mudanças, queixou-se de palpitações e constantes dores de cabeça.

Para Howard e Lewis (1974) e Seligman (1977) a morte de um conjuge parece ter especial contribuição para o desencadeamento de doenças. As queixas mais comuns são dores de cabeça, má digestão, palpitações, dores no peito e respiração opressa, na medida que implica em alterações radicais na vida do viúvo (ver também Seligman, 1977; Madson e Viola, 1968).

Glass e Singer (1972) demonstraram que ruídos incontroláveis, choque e mesmo sistemas sociais podem produzir graves "pós efeitos", como por exemplo baixa tolerância a frustração da persistência para completar tarefas atribuídas.

Seligman (1977) também tem sugerido que o confronto com circunstâncias incontroláveis pode levar a redução do comportamento responsivo e mesmo à depressão.

Outros perseguidores verificaram que eventos incontroláveis na vida das pessoas precedem doenças tais como enfermidades coronárias (Rahe, 1969), indisposições, tais como, dores nas costas, dor de cabeça (Iuborsky, Docherty & Pinick, 1973), proble -



mas de sinusite (Wolf, 1954) e vários outros sintomas físicos comuns (Wolf, 1968).

Hearst (1965) utilizando ratos, verificou que a administração de choque incontrolável resultava na ruptura de uma discriminação apetitiva bem estabelecida. Durante os choques incontroláveis, seus ratos não mais discriminavam entre dois estímulos, um dos quais sinalizava a presença e o outro a ausência de alimento. Durante a exposição a choques incontroláveis a discriminação se mantinha.

Stroebe (1969) treinou um grupo de macacos Rhesus a pressionar uma barra que ligava o ar condicionado em sua gaiola excessivamente aquecida e também controlava ruídos intensos, luz desagradável e choques leves. Depois desse treinamento, a barra foi deslocada de modo a poder ser vista mas não pressionada. Não foi empregado nenhum outro agente físico produtor de "tensão". Inicialmente foram surgindo outros distúrbios:

"À medida que se desenvolviam distúrbios de ritmo (circadiano), os membros desse... grupo de sujeitos começaram a demonstrar fadiga e fraqueza; seus pêlos ficaram embaraçados, manchados e mal cuidados; na barra da direita ele se desempenhavam imprevisivelmente, quando o faziam, entregando-se a pausas frequentes para dormir e descansar. Os comportamentos observados nesses animais eram de natureza claramente não adaptativa; por exemplo dois sujeitos passavam horas tentando apanhar insetos voadores "imaginários", um sujeito se masturbava quase que continuamente, três sujeitos ficavam puxando os pêlos quase compulsivamente e todos eles tendiam a apresentar movimentos estereotipados que se alternavam com uma falta de interesse quase total pelo ambiente externo". (Sic, IN: Seligman, 1977 p.42).

Os diabéticos apresentam uma longa história de mal estar, cansaço, moleza e sentimentos de depressão e desespero, antes que a doença seja diagnosticada. A situação emocional pode ser decorrente das perturbações metabólicas existentes, mas se -

gundo Dumbar (1954) isso não é evidente. Dumbar verificou que o diabético típico é indeciso, preferindo deixar que os outros decidam por si, para então assumir o seu papel de má vontade, sem, contudo, tomar qualquer atitude para aliviar o que lhe parece falta de sorte. A maioria dos diabéticos parece ter-se debatido, na primeira infância entre o ressentimento aos pais e a submissão dócil aos mesmos. Muitos deles eram crianças "estragadas". Os homens diabéticos, especialmente, parecem ter sido dominados pelas mães e dependentes das mesmas.

Se colocarmos um rato selvagem num tanque de água, do qual não tenha a possibilidade de fuga, ele nadará por algum tempo. Pouco depois, apesar de não estar ainda exausto ou afogado, entrará em choque. A sua temperatura cairá, seus batimentos cardíacos diminuirão e ele acabará morrendo.

Há bastante evidência de que o ambiente, conforme definido por Seligman (1977), é um dos fatores, se não o maior, fundamentais na origem de distúrbios psicossomáticos. Entretanto, pouco se conhece dos fatores que medeiam essa conexão.

Buscando esclarecer essa conexão, Pennebaker, Burnan et al (1977) testaram as hipóteses de que a percepção de perda de controle precederia uma alta incidência de sintomas registrados e se esses sintomas registrados serviam como uma função de preservação do ego. Pennebaker e Col confirmaram a primeira hipótese, isto é, a perda de controle pode ser induzida como causa de sintomas físicos relatados. Não foi possível no entanto estabelecer quais seriam as variáveis mediadoras entre controle percebido e saúde, isto é se os sintomas percebidos tinham alguma função de preservação do ego.

Outro terreno gerador de "tensões" é o dos investimentos, Sewil (1969) descreve um quadro que ele denomina moléstia

de Wall Streett. As vítimas sofrem de cansaço, dores de cabeça e perturbações gastrointestinais. Até mesmo os investidores relativamente bem sucedidos podem ser vítimas de sentimentos de dúvidas e insegurança ao desistirem de determinadas ações em alta ou serem obrigadas a vender outras em baixa.

Embora seja comum falar com frequência a respeito de problemas de saúde dos executivos e outros profissionais, algumas pesquisas demonstram que os empregos de níveis mais baixos apresentam índices mais elevados de moléstias decorrentes de "tensões", Kahn (1969) verificou que quanto mais baixo o nível de um empregado, mais baixa é sua auto-estima e mais provável o aparecimento de uma úlcera péptica.

É interessante observar também que sujeitos de nível sócio econômico baixo tendem a obter notas mais elevadas na escala Interno-Externo de Rotter (portanto mais externos) do que os de níveis sócio-econômicos elevado (Rotter, 1966).

Smith (1956) relata o caso de sete indivíduos que procuraram o seu hospital num espaço de tempo curto, todos com um grande número de queixas físicas. Todos eles eram funcionários de uma estrada de ferro que estava implantando um novo tipo de equipamento. Cada um deles, segundo se descobriu, carecia de autoconfiança quanto à sua habilidade em operar o novo maquinário. Não sendo descoberta qualquer base fisiológica para os seus males, os homens decidiram-se a falar a respeito de suas preocupações diante das novas responsabilidades. Nenhum deles tinha até então associado os problemas do trabalho aos sintomas que os levaram a procurar o hospital.

A partir do célebre estudo dos macacos "executivos" realizado por Brady, Porter, Conrad e Mason (1958), muita polêmica foi estabelecida com relação a origem dos distúrbios de ordem psicossomática.



De acordo com esse estudo, os macacos que podiam se esquivar do choque, pressionando a barra, contraíam úlceras estomacais, enquanto os que não podiam não contrairam. Baseados nestes dados, os psicólogos e o público em geral, em função de sua divulgação passaram a explicar os distúrbios psicossomáticos como provenientes da sobrecarga de trabalho ou então em função da quantidade de decisões importantes que o indivíduo deve tomar.

Weiss (1968) analisando estes dados criticou os resultados de Brady a partir do fato de que os seus macacos não foram distribuídos aleatoriamente para o grupo "executivo" ou "emparelhado" mas de acordo com o critério de quem pressionava a barra primeiro. Assim, o grupo executivo era constituído por aqueles que pressionaram a barra primeiro e o grupo desamparado pelos últimos. De acordo com Weiss, este artefato experimental possibilitou aos macacos mais "emocionais" constituírem o grupo executivo e conseqüentemente contraírem úlceras.

Replicando o estudo de Brady, mas utilizando a distribuição aleatória dos sujeitos, Weiss encontrou que os macacos apresentavam maior ansiedade (úlceras) quando não tinham controle sobre o choque.

O fracasso para controlar o seu meio ambiente tem sido mostrado por muitos autores como afetando desfavoravelmente a responsividade do indivíduo ao seu mundo.

Glass e Singer (1972) relatam o desenvolvimento de um experimento muito importante para a compreensão do papel do controle. Estes experimentadores apresentaram uma combinação de sons, que procurava imitar a tensão do ambiente urbano, incontrolável para um grupo de sujeitos. Esse grupo dispunha, no entanto, de um botão de emergência e foi-lhe dito: "voceis podem interromper o barulho apertando o botão. Mas preferimos que não façam is

so". De fato, nenhum dos sujeitos tentou desligar o ruído. Tudo que tinham era a falsa crença de que podiam controlar o ruído, se precisassem. Essas pessoas se desempenharam tão bem quanto as que realmente dispunham de controle sobre o barulho (outro experimento). Os autores concluem que a controlabilidade real e a incontrolabilidade real podem produzir expectativas idênticas. Para Glass e Singer, bem como para Seligman (1977) esse experimento põe em evidência o fato de que o determinante crítico do desamparo é a expectativa e não as condições objetivas de controlabilidade.

A "desistência" é um sentimento que se apresenta sob pelo menos duas formas: desamparo e desespero. No caso de desamparo, a vítima sente-se desiludida ou posta de lado. Os pacientes relatam a experiência de tal sentimento em consequência de uma alteração ou de iminência de alteração diante da qual sentiam-se impotentes e pela qual não se sentiam responsáveis.

No desespero, por outro lado, a vítima experimenta uma sensação de inutilidade ou de falta de sentido, decorrente do que considera como sendo sua falha. Sente-se incapaz de compensar, de qualquer forma que seja, essa sua deficiência e não vê qualquer possibilidade de auxílio por parte de quem quer que seja (Howland e Lewis, 1974).

Ainda segundo esses autores certos traços de personalidade parecem associados a cada uma dessas modalidades de desistência. Para a pessoa mais suscetível ao desamparo, a sua primeira reação frente a uma instituição é a de ira ou medo. A pessoa sente-se cronicamente ameaçada.

Já, a pessoa suscetível ao desespero, por outro lado, mostra-se superativa e dedicada ao próximo. Apesar de tudo o que faz, tem dificuldades em sentir-se bem sucedida. Seus senti-

mentos de desespero são precedidos pelos de culpa ou vergonha.

Para Howland e Lewis a reação de "desistência", por si só, não conduz necessariamente à doença física. Provavelmente é preciso que haja um outro tipo de vulnerabilidade presente: uma predisposição biológica correspondente ao fator X apontado por Franz Alexander (1950). O que importa não é apenas a reação da pessoa à tensão psicológica, mas também que tipo de predisposição a doenças de que seja portadora na ocasião.

As pessoas que chegam ao ponto do "que adianta?" podem reagir às tensões psicológicas através de uma fuga à ação, passando a um estado de dependência. Ao invés de enfrentarem a emergência, o seu primeiro impulso é no sentido de reagir como se fossem crianças desamparadas. Recolhem-se, assim, a uma situação de suposta segurança.

É interessante assinalar também que a formulação do conceito de doença conforme proposta para Goldstein nos parece ser bastante compatível com as formulações teóricas a respeito do desamparo. Isto é, se o indivíduo não percebe o controle sobre um determinado evento, ou embora, comportamentos desconectados com as consequências, ou os atribuirá a forças ambientais (portanto independentes da sua ação).

Na medida então que seus comportamentos não restauram a ordem anterior, o organismo não responde as exigências do ambiente e viveria portanto em desarmonia com ele. Instalar-se-ia então novas formas de relação com o meio. Formas estas, que não são capazes de seguir as normas do organismo, causando prejuízo a seu equilíbrio.

Assim, a perda do controle ou da percepção de controle acarretaria insegurança, ameaça.



A perspectiva que adotamos, neste estudo, para a compreensão dos distúrbios psicossomáticos assenta-se sobre as formulações teóricas da aprendizagem social. Consideramos inconveniente no estágio atual da pesquisa sobre o assunto a continuidade na utilização do conceito de ansiedade e tensão como ponto de partida para a compreensão de tais distúrbios.

A manutenção de tal perspectiva parece ter levado muitos estudiosos e o público em geral a compreendê-los como decorrentes da sobrecarga de trabalho e do nível de responsabilidade atribuído a cada indivíduo.

Tanto é que os distúrbios psicossomáticos, principalmente a úlcera gastro-duodenal e a hipertensão são mormente consideradas como doenças características de executivos. Isto, não nos parece consistente se atentarmos para uma série de pesquisas anteriormente relatadas.

Talvez seja até possível discutir o papel ideológico que tal perspectiva representa. Mas esse não é o caso aqui.

Mais importante, para nossos propósitos, é buscar as origens da tensão e da ansiedade. E é neste sentido que adotamos o conceito de locus de controle para fins de pesquisa que exporemos mais adiante.

O estudo das incidências de sintomas físicos e psicológicos nos portadores de úlcera e a hipertensão, como o grau de associação com o locus de controle dos sujeitos não só poderá fornecer evidências que permitam testar a hipótese de que a perda de controle aumenta a incidência de sintomas físicos relatados, como também nos ajudará a compreender mais amplamente o papel da expectativa de controle sobre os distúrbios psicossomáticos.

Embora, não seja também nosso objetivo estudar as con-

figurações de personalidade nos sujeitos experimentais acreditamos ser conveniente comparar suas características com os de um grupo controle a fim de se buscar mais denominadores comuns.

De acordo com a teoria da aprendizagem social a unidade de investigação da personalidade é a interação do indivíduo e seu meio significativo. Assim, segundo Rotter e Hochreich (1980), a personalidade não é vista como um conjunto de características internas que o indivíduo carrega consigo de situação em situação, mas, sim, um conjunto de potenciais para responder a tipos particulares de situações sociais. Advém desse princípio que o estudo da personalidade é o estudo do comportamento adquirido; isto é, comportamento que é modificável e que se transforma com as experiências frente à variedade de situações de vida. A compreensão da personalidade requer uma abordagem histórica; o comportamento do indivíduo, no presente momento, é tido como influenciado ou moldado por experiências que ele viveu em sua história pessoal.

Em termos gerais o desenvolvimento pode ser definido como o processo mediante o qual o homem adquire maior controle sobre o seu ambiente (Escobar, 1977).

Kardener e Spiegel (1947) consideram que o desenvolvimento de um EU (ego) eficaz se dá como função do crescimento de sistemas de ação que se integram permitindo ao indivíduo manter um contacto controlado sobre seu meio ambiente. De acordo com Kardner e Spiegel existe uma relação direta entre a formação de um Eu eficaz e a frequência com que a pessoa tenha tido experiências positivas de controle sobre o meio ambiente durante seu crescimento.

Na psicologia a idéia de controle ou a relação de poder entre o indivíduo e seu meio ambiente não tem sido motivo de estudo sistemático senão até pouco tempo.

Seligman (1975) propõe o conceito de desamparo aprendido que essencialmente se refere a reação dos organismos ao serem submetidos a situações onde seus comportamentos não guardam uma relação sistemática com os resultados obtidos, sejam eles positivos ou negativos.

Quando submetemos um organismo repetidamente à situações incontroláveis, depois de transcorrido um pequeno espaço de tempo, desenvolve-se o que Seligman tem chamado de desamparo aprendido. Uma síndrome psicológica que se manifesta em três aspectos distintos: 1) diminuição da motivação do organismo para responder; 2) o organismo desenvolve uma orientação cognitiva rígida e negativa que lhe impede aprender respostas adequadas a situação, mesmo depois das contingências de reforço terem sido modificadas de maneira que a situação seja controlável; 3) produz desajustes emocionais que nos seres humanos que tomam geralmente a forma de depressão.

Outra variável psicológica de importância é o "Locus de controle", proposta por Rotter (1966). De acordo com Rotter, o locus de controle se refere a um traço de personalidade que coloca as pessoas ao longo de uma dimensão de acordo com o grau de responsabilidade pessoal que aceitam sobre os eventos que lhe ocorrem. A dimensão tem dois polos opostos, um interno e outro externo, a pessoa com um locus de controle externo "percebe" que os eventos positivos ou negativos em qualquer situação não estão relacionados a seus comportamentos e portanto estão fora de seu controle. Já, indivíduos com locus interno percebem os eventos, positivos ou negativos, em qualquer situação como consequência de suas próprias ações e que portanto não estão fora de seu controle.

Do ponto de vista clínico, Rotter assinala que o poten -



cia de ocorrência de um conjunto de comportamentos que conduz a satisfação de alguma necessidade é uma função de expectativa de que esses comportamentos conduzirão aos esforços almejados, e do valor atribuído a esses esforços. O conceito de comportamento utilizado por Rotter é bastante abrangente. Inclui qualquer ação do indivíduo que envolva uma resposta a alguma situação estimulante, e que pode ser observada ou medida direta ou indiretamente. O comportamento pode consistir de reações motoras afetivas, cognições, resposta verbal, comportamentos não verbais, reações emocionais, etc...

Na teoria do aprendizado social inúmeros comportamentos comumente considerados como defesas ou sintomas psicopatológicos são referidos como comportamentos irrealis e de fuga. Estes comportamentos iniciam um "círculo vicioso" de dificuldades psicológicas e conduzem a reforços adicionais negativos, imediatos ou tardios. Assim, a pessoa que, por antecipar um fracasso, passa a se apoiar em comportamentos defensivos ou comportamentos sintomáticos (p.ex. pensamentos obsessivos, rituais compulsivos, frequentes queixas corporais, estreitamento do campo de atenção, que o leva a perder muito do que está ocorrendo à sua volta, etc...), recebe frequentemente dos outros "feedbacks" negativos adicionais, que aumentam sua expectativa de fracasso e que podem levar a problemas ainda mais sérios. À medida que se acumulam dessa forma os sintomas ou comportamentos desajustados, esforços dirigidos no sentido de estabelecer um comportamento construtivo, ou solucionar problemas, podem ficar seriamente comprometidos. Assim, de acordo com essa teoria, muitos problemas psicológicos vividos pelas pessoas surgem como resultado de possuírem baixa liberdade de movimento.

Para Rotter (1966); Rotter e Hochreich (1980), uma baixa liberdade de movi -

mento pode resultar do desconhecimento ou falta de habilidade em aprender os comportamentos necessários para alcançar seus objetivos. Ou pode estar relacionada com a própria natureza do objetivo, que pode ser inapropriado (p. ex. o desejo por parte de um adulto de que outros tomem conta dele e se responsabilizem por seus atos) ou um objetivo tão alto que é na realidade, inalcançável. E uma terceira possível origem que condiciona a baixa liberdade de movimento repousa na generalização das expectativas de um campo de experiências para outro.

Em uma profícua revisão de literatura, Lefcourt (1976); IN: Dela Coleta, 1982) assinala características dos indivíduos com Locus de Controle Interno-Externo, as quais exporemos a seguir:

#### - LOCUS DE CONTROLE INTERNO

- A qualidade aversiva percebida de um estímulo decresce quando o sujeito exerce controle sobre ele.
- Demonstra menos medo de estímulo aversivo que pode ser suspenso.
- Relacionado a alta classe sócio-econômica.
- Resistem mais a influências técnicas.
- Não são mais resistentes ao "bias" do experimentador.
- Mais propensos a negar serem influenciados durante o condicionamento verbal.
- Mais influenciados no comportamento de fumar.
- Não são simplesmente mais resistentes à influência, mas discriminam que influência aceitarão.
- Resistem mais à "tentação", aos comportamentos perigosos, a assumir riscos.

- Mais tolerantes ao desconforto.
- Fazem mais perguntas quando não são dadas instruções em uma tarefa qualquer.
- Procuram mais a redução da incerteza.
- Gastam maior tempo para decisão, quando a dificuldade da tarefa aumenta.
- Apresentam-se mais ativos e alertas.
- São melhores em aprendizagem incidental e intencional.
- São mais "perceptually sensitive".
- São mais resistentes à coerção.
- São mais inquisitivos, curiosos e eficientes processadores de informação.
- O sentimento de controle pessoal é um determinante importante de "achievement - Oriented behavior".
- São mais persistentes para solucionar problemas.
- São mais acostumados a planos longos.
- São mais capazes de adiar reforços.
- Apresentam maior persistência no esforço.
- São mais "educados".
- São mais "defensivos", ou evitam mais o desafio.
- São menos pessimistas.
- Possuem mais habilidades para vencer adversidades.
- São mais flexíveis na indicação de causas de fracassos.
- Culpam-se mais que os externos por suas falhas.
- Manifestam menos perturbações por experiência fracassada.



- Apresentam mecanismos de defesa mais primitivos.
- São mais frequentemente alcoólatras que externos.
- Apresentam maior força do ego.
- Seus pais em geral são mais aprovadores que críticos.
- Idade cronológica e mental, positivamente relacionadas à internalidade.
- São mais resistentes às influências sociais.
- Maior influência verbal.
- Altos escores em "achievement tests".
- A internalidade está relacionada ao tempo gasto no estudo em casa.
- Preferem os comportamentos seguros.

- LOCUS DE CONTROLE EXTERNO (fatalismo)

- Apresentam tendência ao conformismo.
- As pessoas que vivem em circunstâncias adversas, a vida parece não ser sujeita ao controle de seus esforços.
- Nos E.U.A. os negros apresentam-se mais frequentemente como externos que os brancos.
- Não percebem corretamente as contingências entre ação e consequência.
- Sofreram mais influências afetivas negativas.
- Se percebem que a performance depende do acaso, os sujeitos es tão mais propensos a ignorar o feed-back.
- São mais passíveis de influência de acordo com o status da fonte.

- Concordam mais com as posições Machiavélicas.
- Possuem menos conhecimentos a respeito de sua doença, quando a tem.
- São mais imediatistas.
- Apresentam visão do futuro negativa.
- Idéias suicidas.
- Histeria.
- Úlceras.
- Depressão.
- Ansiedade.
- Esquizofrenia.
- Sentem mais insatisfação durante interação social.
- Apresentam menor necessidade de se defenderem do fracasso.
- Menos hábeis para aceitar as implicações do fracasso.

Dela Coleta (1982) apresenta precioso referencial bibliográfico a respeito dessas relações estabelecidas na literatura.

Os principais dados empíricos sobre percepção de controle emergem da Teoria de Aprendizagem Social de Rotter, onde a noção de controle ocupa lugar central com uma formulação sistemática (Rotter, 1966; 1971; Rotter, Chance & Phares, 1972).

Locus de Controle refere-se a um constructo que pretende explicar a percepção das pessoas a respeito da fonte de controle dos eventos; se própria do sujeito, denomina-se "interno", ou se pertencente a alguma entidade fora do sujeito denomina-se "externo".

O controle percebido é definido, como uma expectativa generalizada para o controle interno-externo dos reforçamentos que envolvem uma análise causal de sucesso e insucesso. Assim, os fatalistas não percebem contingências alguma entre a ação e as coisas externas, enquanto que os que não acreditam no controle externo percebem prontamente essas contingências (Lefcourt, 1976).

Conforme assinala Dela Coleta (1980), o processo de socialização da pessoa e suas experiências de sucesso passado ao longo da vida, levam-na a desenvolver uma característica estável que pode ser considerada mais interna ou mais externa. Os internos são os que atribuem a si mesmos a capacidade de mediar suas recompensas; os externos são os que creditam a forças fora de si mesmos esta capacidade.

O controle na teoria de Rotter pode ser melhor compreendido pela fórmula mais geral:  $NP = f(FM \& NV)$ , ou seja, a potencialidade de ocorrência de um conjunto de comportamentos que levam a satisfação de alguma necessidade (NP) é uma função tanto da expectativa de que esses comportamentos levarão a esses reforçadores (FM= liberdade de movimento) como da força ou valor deste reforçamento. (NV= valor da necessidade) (Lefcourt, 1976; Rotter e Hochreich, 1980, Dela Coleta, 1982).



- HIPÓTESES

- H<sub>1</sub> - Portadores de distúrbios psicossomáticos apresentam locus de controle mais externo do que os não portadores.
- H<sub>2</sub> - Portadores de distúrbios psicossomáticos apresentam maior incidência de distúrbios orgânicos do que os não portadores.
- H<sub>3</sub> - Sujeitos primogênitos apresentam maior probabilidade de serem portadores de um distúrbio psicossomático, do que não primogênitos.
- H<sub>4</sub> - Portadores de distúrbios psicossomáticos são pessoas mais cuidadosas, meticolosas, ordeiras e mais organizadas do que os não portadores.
- H<sub>5</sub> - Portadores de distúrbios psicossomáticos apresentam maior energia e resistência, trabalham muito, e procuram padrões de excelência do que os não portadores.
- H<sub>6</sub> - Portadores de distúrbios psicossomáticos têm mais sentimentos de depressão, são menos otimistas, tranquilas, estáveis de humor e confiantes do que os não portadores.
- H<sub>7</sub> - Portadores de distúrbios psicossomáticos interagem mais facilmente com os outros, procuram novos amigos, sentem - se mais a vontade com pessoas estranhas e tem menos medo de aparecer em público que os não portadores.
- H<sub>8</sub> - Portadores de distúrbios psicossomáticos não se diferenciam dos portadores quanto ao comportamento de fumar.

- METODOLOGIA

- AMOSTRA: Os sujeitos que participaram do estudo tem idade variando entre 30 e 50 anos, sendo a escolaridade mínima o 2º grau (incompleto), com diferentes ocupações profissionais (ver tabela III) e foram encontrados na comunidade a partir do auxílio prestado por 08 estudantes de Psicologia Social II, da Universidade Gama Filho.

Os 76 sujeitos, que totalizam a amostra, foram distribuídos nos Grupos Experimental e Controle da seguinte maneira:

- Grupo Experimental - composto por 50 sujeitos, sendo 32 do sexo feminino e 18 do sexo masculino, portadores de úlcera e/ou hipertensão com outros sintomas associados (ver tabela IV).

- Grupo Controle - composto por 26 sujeitos, sendo 16 do sexo masculino e 10 do sexo feminino e que relataram não serem portadores de úlcera, gastrite, hipertensão, asma, sinusite, bronquite e doenças do coração (ver tabela IV).

- INSTRUMENTOS: A partir de um prévio estudo das características gerais dos "doentes psicossomáticos" segundo a literatura, desenvolvemos um Inventário de Distúrbios Orgânicos (IDO) com 114 questões, e alternativas de respostas Sim e Não (anexo I).

As questões que compõe o IDO foram desenvolvidas pelo autor (itens: 01, 03, 17, 37). Outras questões foram retiradas do MMPI (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota), mais especificamente das escalas de hipocondria e histeria (itens: 02, 04...16, 18...36, 38, ...84); e uma terceira fonte de referência foi o Questionário Médico de Maudsley (IN: Eysenck, 1974; p. 176-177) do qual foram retirados os itens restantes (85, 86... 113 a 114).

Tal procedimento, o de utilização de itens de outras escalas já validadas, foi por nós utilizado tendo em vista que não realizamos estudos prévios com o IDO.

Pressupúnhamos, ser importante verificar a incidência de distúrbios orgânicos nos portadores de distúrbios psicossomáticos, bem como investigar os sintomas mais frequentes. Considerando, entretanto, as limitações de tempo para a apresentação deste trabalho, considerou-se não haver tempo hábil para concluir estudos de modo a padronizar e validar um instrumento deste tipo.

Assim, optou-se por extrair itens de escalas amplamente usadas e proceder aos estudos de padronização e validação interna, neste mesmo trabalho.

Na primeira folha desse inventário, incluímos ainda alguns itens relativos a caracterização do sujeito.

O item referente a ordem de nascimento foi incluído, considerando-se a existência de algumas evidências na literatura (Adler (1939); Schachter (1959); Nisbett (1968); Toirrance (1954); Sampson (1959); Murphy e Newcomb (19 ); Palharini (1982), embora não conclusivas, que indicam a possibilidade de relações entre esta variável e a ansiedade, preferência por esportes perigosos, impulso para a superioridade, eficiência em pilotar aviões, medo em relação a choque elétrico.

O segundo instrumento utilizado foi a Escala Interno Externo de Rotter (Rotter, 1966) adaptada e padronizada no Brasil por Della Coleta (1979) e posteriormente sujeita a um amplo estudo comparativo (Palharini, 1981). Rotter desenvolveu essa escala para a mensuração do locus de controle, que consiste em um questionário contendo vinte e nove itens de escolha forçada (com duas opções em cada um), sendo seis itens distrativos (fillers items), e sendo corrigida na direção da externalidade; isto é ,



quanto maior a nota obtida, maior a externalidade (ver anexo II).

O terceiro instrumento utilizado foi - Escalas de Personalidade de Comrey, traduzida, adaptada e padronizada no Brasil por Rodrigues (1973). Sua utilização deve-se ao fato de sua adequação a nossa realidade ter sido empiricamente demonstrada, além de procurar atingir principalmente fatores de personalidade normal, o que não nos possibilitaria o Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) outro instrumento padronizado para a população brasileira, embora já há muito tempo.

As Escalas de Personalidade de Comrey (CPS) são um instrumento de valor multidimensional para medir e explicar as principais características de personalidade. O CPS avalia oito dimensões de Personalidade.

- T - Confiança vs Atitude Defensiva. Escores altos indicam crença na honestidade, confiabilidade e boas intenções das outras pessoas.
- O - Ordem vs Falta de Compulsão. Escores altos são característicos de pessoas cuidadosas, meticolosas, ordeiras, e muito organizadas.
- C - Conformidade Social vs Rebeldia. Pessoas com escores altos aceitam a sociedade como ela é, ressentem-se do não-conformismo de outras pessoas, procuram a aprovação da sociedade, e respeitam a lei.
- A - Atividade vs Falta de Energia. Pessoas com escores altos tem muita energia e resistência, trabalham muito, e procuram padrões de excelência.
- S - Estabilidade Emocional vs Neuroticismo. Pessoas com escores altos são livres de sentimentos de depressão, otimistas, tranquilas, estáveis de humor, e confiantes.

- E - Extroversão vs Introversão. Pessoas com escores altos interagem facilmente com os outros, procuram novos amigos, sentem-se à vontade com pessoas estranhas e não tem medo de aparecer em público.
- M - Masculinidade vs Feminilidade. Pessoas com escores altos tendem a ser pessoas duras que não se incomodam com sangue, bichos rastejantes, vulgaridade, e que não choram facilmente nem mostram muito interesse em histórias de amor.
- P - Empatia vs Egocentrismo. Pessoas com escores altos são prestativas, generosas, simpáticas e que estão interessadas em dedicar suas vidas ao serviço de outros.

Cada escala de Personalidade contém vinte itens. Há, ainda, duas escalas de validade.

- V - Verificação de Validade. Um escore de 8 é o escore bruto esperado. Entretanto, qualquer escore na escala V que dê um escore abaixo de 70 está ainda dentro da zona normal. Escores superiores são indicadores de um resultado inválido. Contém oito itens.
- R - Tendenciosidade na Resposta. Escores altos indicam uma tendência a responder as perguntas de forma socialmente desejável, fazendo o testando aparecer uma pessoa "bem ajustada", "bacana". Contém 12 itens.

Em cada escala metade dos itens está formulada positivamente em relação ao nome da escala, enquanto a outra metade o está negativamente, a fim de estabelecer um controle sobre a possivel tendenciosidade a um tipo de resposta. Cada item é uma afirmação à qual o sujeito responde usando uma das suas escalas de resposta de sete escolhas.

Para efeitos de atribuição da nota final (T) dos sujei-

tos, utilizou-se a folha de perfil com normas para o sexo masculino e feminino independentemente (ver anexo III) elaboradas por Rodrighes (1973).

- PROCEDIMENTO: Os sujeitos deste estudo foram selecionados na comunidade com o auxílio de um grupo de estudantes de psicologia da Universidade Gama Filho, os quais, previamente treinados, encontraram sujeitos, convidaram-os a participar da pesquisa, apresentando-se da seguinte maneira:

"Somos estudantes de psicologia da Universidade Gama Filho, e estamos auxiliando um dos nossos professores na coleta de dados para sua tese de mestrado. Se você puder e quiser colaborar conosco, agradeceríamos muito".

Os aplicadores (auxiliares) foram instruídos claramente no sentido de não incentivar de nenhuma maneira as pessoas a participarem da pesquisa. Caso, após a apresentação o sujeito ficasse na dúvida deveria lhe ser dito:

"Para nós é mais interessante que você participe querendo. Nossos instrumentos são uma medida de opinião pessoal. Dependem muito da sua sinceridade nas respostas, o tempo médio de duração da aplicação é 40 minutos. Se você não quiser participar não haverá nenhum inconveniente".

Caso, então, o sujeito aceitasse participar, lhe era dito: "Se você desejar, poderemos lhe apresentar os resultados após o término da pesquisa". Iniciava-se a aplicação individual pela caracterização do sujeito e posteriormente o IDO, quando então o aplicador lia em voz alta juntamente com o sujeito as instruções; a seguir o sujeito respondia sozinho as questões relativas ao instrumento. Em seguida lhe era apresentado a Escala Interno-Externo de Rotter sendo adotado o mesmo procedimento, e o mesmo acontecendo com as Escalas de Personalidade de Comrey.



## - ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para a apresentação dos dados e respectiva análise, nesta secção, procederemos a uma exposição relativa a caracterização dos sujeitos e compararemos os diferentes grupos de modo a levantar possíveis aspectos que poderiam influenciar nos resultados, uma vez que não se buscou a homogeneidade dos diferentes grupos (GE e GC).

Embora, todos os dados obtidos, nesta investigação, tenham sido tratados do ponto de vista estatístico, e cruzados entre si, através do "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS H) - versão 5.00", optamos por analisar aqui, em suas relações com distúrbios denominados psicossomáticos, apenas aqueles que consideramos como mais relevantes para nossos propósitos.

Consideramos tal procedimento precedente por dois motivos, a saber:

a) a grande quantidade de relações que poderiam ser buscadas entre os dados, o que dificultaria sensivelmente uma análise mais global;

b) a dificuldade em obter grupos puros (ulcerosos e hipertensos), reduziu este estudo a uma investigação exploratória.

Entretanto, julgamos oportuno salientar nosso interesse em analisar e apresentar, estes dados, em outras oportunidades, de modo a maximizar o seu aproveitamento.

Procedendo então a análise relativa a caracterização dos sujeitos, verificamos, no que se refere a amostra masculina, não haver diferença significativa ( $t= 1,29, P=n.s.; F=n.s.$ ) entre a média de idade do grupo experimental ( $\bar{x}= 38,77$ ) com a do grupo controle ( $\bar{x}= 36,25$ ). Ainda como mostra a Tabela I, verificamos

que o mesmo não ocorre quando comparamos o grupo experimental feminino ( $\bar{x} = 39,09$ ) com seu respectivo controle ( $\bar{x} = 35,0$ ), isto é, os grupos diferenciam-se significativamente ( $t=2,03$   $p < 0,05$ ;  $F = n.s.$ ) quanto a idade, sendo o grupo experimental mais idoso.

TABELA I - Média de idade de acordo com o sexo dos sujeitos.

GRUPO	EXPERIMENTAL			CONTROLE		
SEXO	MASC.	FEM.	M/F	MASC.	FEM.	M/F
$\bar{x}$ IDADE	38,77	39,09	38,98	36,25	35,0	36,53

Quando comparamos os grupos experimental ( $\bar{x} = 38,98$ ) com o grupo controle ( $\bar{x} = 36,53$ ) verificamos que não se diferenciam entre si, do ponto de vista estatístico ( $t = 1,81$   $p = 0,07$   $n.s.$ ).

A variável idade parece estar relacionada, segundo Lefcourt (1976) a variável Locus de Controle. Assim, ao analisarmos os resultados da Escala I - E de Rotter devemos considerar, no que tange a amostra feminina, a possibilidade de o G.E. apresentar-se como mais externo.

No que se refere a ordem de nascimento, onde consideramos as categorias 1º filho (primogênito) e 2ºs. filhos (não primogênitos), verificamos, com relação ao sexo masculino, que parece existir forte associação ( $\chi^2 = 7,81$   $p < 0,001$ ) entre a ordem de nascimento e sua localização nos diferentes grupos (GE e GC). Depreende-se da Tabela I que no grupo controle predomina sensivelmente os não primogênitos.

TABELA II - Frequência de primogênitos e não primogênitos por grupos de acordo com o sexo dos sujeitos.

GRUPOS	EXPERIMENTAL			CONTROLE		
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
O. NASCIMENTO						
PRIMOGENITOS	09	12	21	01	01	02
NÃO PRIMOGÊ- NITOS	09	20	29	15	09	24

Para o sexo feminino, essa associação não é significativa ( $\chi^2 = 2,7$   $p < 0,10$ ) embora se manifesta uma tendência nesta direção, principalmente se considerarmos que também no G.C. predomina sensivelmente os não primogênitos.

Quando confrontamos os grupos experimental e de controle, independentemente do sexo dos sujeitos, manifesta-se também uma forte associação ( $\chi^2 = 9,54$   $p < 0,01$ ), predominando sensivelmente no G.C. os não primogênitos, enquanto no G.E. parecem estar mais distribuídos.

No nosso entender, duas hipóteses são possíveis aqui, para explicar essa associação. Considerando a forma pela qual os dados foram coletados não podemos desprezar o papel do acaso na formação dessa configuração. Entretanto, devemos levar em consideração que essa configuração se manifesta de uma forma ou de outra nos dois grupos.

Outra hipótese explicativa, assenta-se sobre os estudos de Schachter (1959); Nisbett (1968); Torrance (1954); Sampson (1954); Palharini (1982) que indicam a possibilidade de relações entre esta variável (ordem de nascimento) e a ansiedade, preferência por esportes perigosos, impulso para a superioridade, medo em relação a choque elétrico.



Considerando-se esses achados, é possível hipotetizar com maior segurança que a forma de educação dos primogênitos pode se constituir num fator de propensão aos distúrbios psicossomáticos, dado a ansiedade que os caracteriza.

Julgamos conveniente, no entanto, tomar estes dados com cautela, uma vez considerada a hipótese de acaso na sua obtenção e também em função das recomendações de Murph e Newcomb sobre levar em consideração o tamanho da família que embora coletado não mereceu atenção especial de nossa parte.

No anexo V encontraremos a configuração da amostra quanto a ordem de nascimento e o número de irmãos.

Quando consideramos o comportamento de fumar, verificamos, conforme nos descreve a Tabela III, que quanto ao grupo masculino não se observa uma associação significativa ( $\chi^2 = 0,54$  n.s.) entre pertencer ou não ao grupo experimental e o comportamento de fumar, sendo que o mesmo é observado para o grupo feminino ( $\chi^2 = 0,2$ ,  $P = \text{n.s.}$ ) e quando confrontamos os dois grupos (GE e GC) independentemente da variável sexo ( $\chi^2 = 0,97$   $P = \text{n.s.}$ ).

TABELA III - Frequência de sujeitos por grupo e de acordo com o sexo dos sujeitos que fumam.

GRUPOS VARIÁVEIS	EXPERIMENTAL			CONTROLE		
	MASC.	FEM.	M/F	MASC.	FEM.	M/F
FUMA	09	12	21	10	04	14
NÃO FUMA	09	20	29	06	06	12

Estes resultados confirmam os achados de Benavidez (1975), Friedman e Roseman (1979), Friedman e Mandell (1949). Pa

ra esses autores o comportamento de fumar pode estar associado a uma tentativa de reduzir o nível de tensão, o que não significaria uma associação com os sintomas.

No que se refere ao fato de os sujeitos terem ou não uma ocupação profissional (trabalhar), verifica-se que a amostra masculina não se diferencia ( $\chi^2 = 0,05$   $P = n.s$ ) quando consideramos o grupo experimental e o de controle sendo que também ocorre o mesmo com o grupo feminino ( $\chi^2 = 1,67$   $P = n.s.$ ) e quando confrontamos GE x GC independentemente do sexo dos sujeitos ( $\chi^2 = 0,25$   $P = n.s.$ )

TABELA IV - Frequência de sujeitos por grupo e de acordo com o sexo dos sujeitos, que trabalham e não trabalham.

GRUPO VARIÁVEL	EXPERIMENTAL			CONTROLE		
	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
TRABALHAM	17	18	35	16	05	21
NÃO TRABALHAM	01	14	15	0	05	05

A seguir procederemos a uma exposição e respectivas considerações quanto às ocupações profissionais dos sujeitos.

Como podemos depreender da Tabela V, a diversidade de profissões que caracterizam a amostra contribui para diluir a possível influência da ocupação profissional nos dados coletados. Faz-se necessário ressaltar, no entanto, a forte presença na amostra feminina de sujeitos cuja ocupação principal são os afazeres domésticos, mormente consideradas como ocupações desprovidas de elementos geradores de "tensão" (stricto sensu).

TABELA V - Frequência de sujeitos por categoria profissional de acordo com o sexo e grupo (GE e GC).

CATEG. OCUPAC.	GRUPO		EXPERIMENTAL		CONTROLE	
			MASC.	FEM	MASC.	FEM.
Do lar			0	13	01	03
Serv. Escritório			06	02	03	01
Vendas			03	03	03	02
Serviços de Saúde			04	0	02	0
Professor Nível Super rior			03	02	05	03
Diversos			02	01	01	0
Professor			0	06	01	01

Faz-se necessário, no entanto, levarmos em consideração os achados de Benavidez (1975), segundo o qual, entre as mulheres que trabalham profissionalmente, as casadas adquirem mais facilmente uma úlcera que as solteiras, e sobretudo as "do nas de casa".

Para efeitos de composição da amostra no grupo experimental, consideram-se dois distúrbios "psicossomáticos" como referenciais para inclusão do sujeito, a saber a úlcera e a hi pertensão arterial, na medida que são os sintomas mais comumente estudados e encontrados na literatura. Além disso, são os mais facilmente identificáveis e encontrados na população em ge ral.

Inicialmente, nos propúnhamos a coletar os dados e tra tá-los de modo independente, isto é, constituir um grupo portador de úlcera e outro de hipertensão. Entretanto a medida que procedíamos a coleta, começamos a nos dar conta da dificulda - de em conseguir, além de outras, um grupo "puro". Os sujeitos



relatavam apresentar o distúrbio e inclusive outros, tendo ainda um sujeito com úlcera e hipertensão.

Sendo assim, optamos por não tratar os dados de acordo com o tipo de sintoma, mas sim em função da presença ou ausência de distúrbios mormente considerados como sendo psicossomáticos.

Além do mais, conforme expusemos anteriormente, na literatura a respeito é comum encontrar-se, no nosso entender, as mesmas causas como originando, ou pelo menos associadas a estes sintomas.

Para melhor compreensão da amostra, quanto a incidência de úlcera e/ou hipertensão apresentamos a Tabela VI.

Quando comparamos a incidência de úlcera e hipertensão, de acordo com o sexo dos sujeitos, verificamos a inexistência de uma associação do ponto de vista estatístico, na amostra considerada ( $\chi^2 = 0,003$   $P = n.s.$ )

TABELA VI - Frequência de portadores de úlcera e hipertensão e sintomas associados por grupo e sexo.

GRUPOS	GE		GC	
	M	F	M	F
DIST. ORGÂNICOS				
* Úlcera	08	15	0	0
* Hipertensão	10	18	0	0
1 - Hipertensão	08	13	0	0
2 - Úlcera	07	11	0	0
3 - Hipertensão, Taquicardia	0	01	0	0
4 - Bronquite, Hipertensão	0	02	0	0
5 - Bronquite, úlcera	0	01	0	0
6 - Sinusite, hipertensão	01	01	0	0
7 - Dispneia, hipertensão	01	0	0	0
9 - Úlcera e Hipertensão	01	01	0	0
10- Gastrite, Taquicardia	0	01	0	0
11- Úlcera	0	01	0	0
12- Fígado, rins	0	0	01	01
13- Dil. vascular	0	0	0	0
14- Alergia	0	0	02	01
15- Miopia	0	0	01	0
16- Nada	0	0	12	08

\* Valores considerados para efeitos de comparação.

A seguir procederemos a comparação dos grupos, tendo em vista os escores obtidos em cada um dos instrumentos de medida utilizados.

A fim de facilitar uma compreensão mais global dos resultados a serem analisados, apresentamos as medidas de cada instrumento na tabela VII.

TABELA VII - Médias por grupo e sexo da Escala I-E de Rotter (L.C.); do Inventário de Distúrbios Orgânicos (IDO) e das Escalas de Personalidade de Comrey (CPS).

GRUPOS		EXPERIMENTAL			CONTROLE		
SEXO	INSTRUMENTOS	MASC.	FEM.	MASC/FEM	MASC.	FEM.	MASC/FEM
	L.C.	11,56	11,78	11,7	9,87	10,3	10,27
	I.D.O.	32,44	39,66	37,06	24,87	27,1	25,73
C	V	43,33	44,56	44,12	41,12	51,8	44,38
	R	48,83	53,66	51,92	53,12	55,5	54,61
	T	44,61	47,37	46,38	49,87	50,2	49,08
	O	55,33	58,44	56,32	56,19	59,8	58,73
	C	55,55	59,6	58,14	55,0	59,4	56,58
P	A	46,11	50,69	49,04	50,94	52,6	52,58
	S	52,05	52,62	52,42	59,5	61,5	60,8
S	E	52,22	49,03	58,18	56,25	50,9	55,58
	M	45,05	43,78	43,44	46,44	44,6	45,31
	P	51,17	55,47	53,92	55,81	59,7	58,88

Comparando os diferentes grupos através do "teste t", verificamos, quanto a variável Locus de Controle mensurada através da Escala I-E de Rotter, que obtem confirmação, neste estudo, a hipótese de que os sujeitos do grupo experimental (portadores de distúrbios psicossomáticos) tenderiam a responder mais externamente ( $\bar{x} = 11,7$ ) do que o grupo controle ( $\bar{x} = 10,04$ ) para  $t = 2,39$  e  $p < 0,01$ .

Quando comparamos esses grupos, considerando a variável sexo dos sujeitos, verificamos que os sujeitos masculinos do



grupo experimental também tendem a responder mais externamente ( $\bar{x} = 11,56$ ) do que os do grupo controle ( $\bar{x} = 9,87$ ), para um  $t = 1,74$ ,  $p < 0,05$ ). Com relação ao sexo feminino observamos que tende a manter esta direção, mas não significativamente ( $t = 1,36$  e  $p < 0,10$  e  $F = n.s.$ ) sendo que os sujeitos de GE respondem mais externamente ( $\bar{x} = 11,78$ ) do que as do controle ( $\bar{x} = 10,3$ ).

Uma das hipóteses básicas deste estudo, pressupunha que os sujeitos portadores de distúrbios psicossomáticos apresentarem-se-iam como mais externos na Escala I-E de Rotter. Os resultados aqui verificados parecem indicar que realmente a percepção de controle, conforme definida por Rotter, desempenha um papel relevante, pelo menos na presença da úlcera e/ou hipertensão.

Considerando as diferentes ocupações profissionais da amostra e a faixa etária dos sujeitos nos permitimos dizer que parece confirmar-se nesta pesquisa a hipótese de que o conceito de "tensão" comumente compreendido como decorrente da sobrecarga de trabalho, das exigências profissionais é inapropriado para a compreensão dos distúrbios psicossomáticos. A variável Locus de Controle pelo seu valor heurístico, suporte em uma variedade de pesquisa e pelas perspectivas de manipulação, pode vir a se constituir em um profícuo instrumento de investigação e prevenção.

No anexo VI apresentamos valores estatísticos e de dispersão referentes a Escala I-E.

Para o Inventário de Distúrbios Orgânicos (I.D.O.) foram inicialmente desenvolvidas 114 questões a partir do MMPI, do Questionário Médico de Maudsley, e de contribuições do autor.

As respostas dos sujeitos foram então codificadas e

perfuradas em cartões IBM, de modo a serem processadas eletronicamente visando obter: a) distribuição de notas dos sujeitos; b) frequência de respostas por item; c) coeficiente de correlação bisserial de pontos (rpb) com o objetivo de se avaliar a consistência interna de cada item.

Esse procedimento foi utilizado a fim de se checar a uma forma final do IDO que permitisse a avaliação da incidência de sintomas orgânicos nos diferentes grupos.

Sem dúvida, este procedimento deveria ocorrer com uma amostra independente e posteriormente, após o devido tratamento, ser utilizado nesta investigação.

A limitação temporal, entretanto, para a realização desta tarefa levou este autor a optar pela inclusão no IDO de questões amplamente utilizadas em questionários padronizados, o que permitiria atingir uma forma que servisse aos objetivos propostos.

Deste modo, não consideramos a forma adotada como definitiva, torna-se necessário novas investigações buscando seu aprimoramento. Embora, tenhamos analisado os 114 itens, sob diferentes formas, ressaltamos que qualquer que fosse, as tendências dos escores médios manifestaram-se de modo semelhante.

A análise da frequência de respostas por item, em cada um dos grupos e no conjunto, revelou que muitos eram respondidos de modo exatamente idêntico, e outros apresentavam um coeficiente  $rpb < 0,20$   $p < 0,05$  em todos os grupos.

Procedeu-se a uma segunda análise, partindo de um outro gabarito de correção, que atribuía pontos apenas a itens não necessariamente relacionados a sintomas orgânicos, mas que estavam presentes na escala "H<sub>y</sub> e H<sub>i</sub>" do MMPI; e a itens que o autor

"achava" que eram pertinentes, mas que não apresentavam coeficientes rpb significativos.

De posse então dos dados relativos a essas duas formas (frequência de respostas por item e coeficiente rpb), passamos ao exame do coeficiente rpb de cada item em cada um dos grupos.

Os itens que eram respondidos da mesma maneira em todos os grupos, por todos os sujeitos, bem como aqueles que não apresentavam coeficientes rpb  $> 0,20$  na maioria dos grupos foram suprimidos (itens 01, 03, 17, 19, 25, 31, 33, 37, 43, 48, 51, 53, 62, 67.... 80, 85 e 95; ver anexo I).

A forma final, passou a contar portanto com 85 itens. Assim, submetemos a correção eletrônica essa nova forma cujos resultados passamos a considerar.

No anexo VII apresentamos a distribuição de notas por grupo, bem como a frequência de respostas e o coeficiente rpb para cada item. E no anexo VIII, os valores médios e dispersivos do IDO.

Comparando a incidência de distúrbios orgânicos, através do IDO, nas amostras de sexo masculino, verificamos ocorrer uma diferença significativa, do ponto de vista estatístico, ( $t = 2,2$   $p < 0,02$ ,  $F = n.s.$ ) sendo que no grupo experimental parece ocorrer uma maior incidência ( $\bar{x} = 32,44$ ) do que no de controle ( $\bar{x} = 24,87$ ).

Também na amostra feminina, verificamos diferenças significativas ( $t = 3,61$   $p < 0,0005$ ,  $F = n.s.$ ), sendo no grupo experimental onde encontramos a maior incidência ( $\bar{x} = 39,66$ ) e no grupo controle a menor ( $\bar{x} = 27,1$ ).

Quando comparamos os dois grupos, independentemente do sexo dos sujeitos, observamos, naturalmente, a mesma tendência,



isto é, no grupo experimental encontramos maior incidência de distúrbios orgânicos ( $\bar{x} = 37,06$ ) do que no seu controle ( $\bar{x} = 25,73$ ) para um  $t = 4,59$   $p < 0,0005$  e  $f = n.s.$

Assim, através da forma adotada para o IDO, obtém con-firmação nesta pesquisa, a nossa segunda hipótese desenvolvida a partir dos achados de Rahe (1969); Luborsky, Dochart e Penick (1973); Wolf (1954), Wolf (1968); Penncbaker, Burnan et all (1977), Seligman (1977) e Lefcourt (1976).

Considerando a controvérsia existente na literatura em relação ao papel das características de personalidade relaciona-das aos distúrbios de ordem psicossomáticos, passamos ao exame dessa variável, adotando para efeito de comparação de médias um nível de significância bilateral.

De acordo com as normas estabelecidas por Rodrigues (1973) consideram-se como válidas as respostas dos sujeitos às escalas CPS quando apresentam na Escala V (validade) nota T abaixo de 70. Para efeitos de tratamento dos dados, todos os sujei-tos que superaram essa nota foram separados da amostra (1 psico-logo, 1 médico).

Depreende-se da Tabela VII, obviamente, que podemos con-siderar os resultados como dentro da zona de normalidade e como mostra o anexo IV observamos diferença significativa quando com-paramos os diferentes grupos, para um nível de significância bi-lateral.

Tendo em vista a controvérsia, existente na literatura, com relação ao papel da personalidade na propensão ou de terminação de distúrbios psicossomáticos, preconizávamos que apenas as escalas O (Ordem vs Falta de Compulsão); A (Atividade vs Falta de Energia); S (Estabilidade Emocional vs Neuroticismo); E (Extroversão vs Introversão) e P (Empatia vs Egocentrismo) poderiam diferenciar os portadores de distúrbios psicossomáticos dos não portadores (ver hipóteses).

Comparando os sujeitos do sexo feminino, verificamos que somente se diferenciam significativamente ( $t = 2,58$   $p = 0,005$  e  $F = 4,18$   $p = 0,03$ ) na Escala S, sendo que o GE apresenta média inferior ( $\bar{x} = 52,62$ ) ao do GC ( $\bar{x} = 61,5$ ), conforme nossa hipótese. Entretanto, deve-se salientar que as variâncias da amostra não são homogêneas, segundo o teste F. Portanto esse resultado deve ser tomado com muita cautela.

Para a amostra masculina, observamos a confirmação de nossa hipótese, isto é, o GE apresenta significativamente ( $t = 1,88$   $p = \text{n.s.}$ ) maior grau de neuroticismo ( $\bar{x} = 52,05$ ) do que o GC ( $\bar{x} = 59,5$ ). O mesmo ocorre quando confrontamos o GE e o GC independentemente da variável sexo, isto é, o GE apresenta-se significativamente ( $t = 3,05$   $p = 0,000$  e  $F = \text{n.s.}$ ) mais neurótico ( $\bar{x} = 52,42$ ) do que o GC ( $\bar{x} = 60,8$ ).

Com relação a Escala T (Confiança vs Atitude Defensiva) observamos apenas uma tendência ( $t = -1,46$   $p = 0,15$ ) quando confrontamos os sujeitos do sexo masculino. Sendo que o GC apresenta tendência a crença na honestidade, confiabilidade e boas intenções em relação a outras pessoas ( $\bar{x} = 49,87$ ) do que o GE ( $\bar{x} = 44,61$ ).

Não se confirmou, em nenhum confronto, nossa hipótese de que os sujeitos do GE apresentar-se-iam como mais cuidadosos, metódicos e ordeiros do que o GC, como esperávamos detectar na Escala O.

Na Escala C (Conformidade vs Rebelia) verifica-se que tanto os sujeitos de GE quanto de GC, em todos os confrontos, aceitam a sociedade, ressentem-se do não conformismo de outras pessoas, procuram a aprovação da sociedade e respeitam a lei do mesmo modo ou na mesma intensidade ( $t(s) = n.s.$ ).

Na Escala A (Atividade vs Falta de Energia) verificamos também não se confirmar ( $t = n.s.$ ) nossa hipótese, em todos os confrontos, de que os sujeitos do GE apresentariam-se como tendo mais energia e resistência, trabalhando muito e procurando padrões de excelência, quando confrontados com o GC. Entretanto, verificamos a existência de tendência nesta direção entre os sujeitos masculinos ( $t = 1,5$   $p = 0,07$  e  $F = n.s.$ ). O mesmo ocorrendo ( $t = 1,45$   $p = 0,07$ ), quando confrontamos a amostra independentemente do sexo dos sujeitos.

Para a Escala E (Extroversão vs Introversão), onde preconizávamos que os sujeitos do GE apresentariam-se como mais introvertidos, observamos a não confirmação da hipótese ( $t = 2,37$   $p = 0,01$ ), uma vez serem significativamente diferentes as variâncias das duas amostras. Nos outros confrontos não observamos diferenças significativas.

Deste modo, verificamos não se confirmar as observações



de Ruesch (1947); Eysenck (1974) e Benavidez (1975), segundo os quais os introvertidos apresentam tendência a distúrbios psicossomáticos.

Na Escala M (Masculinidade vs Feminilidade) não observamos diferença significativa em nenhum confronto.

Verificamos diferença significativa ( $t = 2,03$   $p = 0,02$ ), na Escala P (Empatia vs Egocentrismo) apenas quando confrontamos os sujeitos do Grupo Experimental ( $\bar{x} = 53,92$ ) com os do Grupo Controle ( $\bar{x} = 58,88$ ), sendo que os do Grupo Controle mostram-se mais prestativos, generosos, simpáticos e que estão mais interessados em devotar suas vidas ao serviço dos outros, do que o GE. Verifica-se que esse resultado contraria as observações de Benavidez, segundo o qual os portadores de distúrbios psicossomáticos tenderiam a se apresentar como modestos, generosos.

Para o sexo feminino, o mesmo ocorre, embora como tendência ( $t = 1,38$   $p = 0,08$  e  $F = \text{n.s.}$ ) sendo que o GC obtém média ( $\bar{x} = 59,7$ ) superior ao GE ( $\bar{x} = 55,47$ ).

## - DISCUSSÃO

As exigências do mundo moderno, e a "tensão" e ansiedade daí decorrentes constituem-se atualmente nos fundamentos para a explicação da ocorrência dos denominados distúrbios psicossomáticos.

É conveniente ressaltar, no entanto, que desde milhares de anos existiram tentativas de se buscar estabelecer uma relação entre os "males físicos" e os "males da alma", "do espírito" e "mentais".

Com o advento dos estudos sobre os germes e sua ação nas doenças, no século XIX, bem como o crescente interesse da medicina pela descoberta de microorganismos específicos como causadores de doenças específicas, foi relegada ao esquecimento boa parte dessa compreensão antiga da natureza humana e do papel das emoções no desenvolvimento das doenças.

Inicialmente, os trabalhos de Freud (1936), Alexander e French (1948) e posteriormente Cannon (1929), Selye (1936) e Dumbar (1954) tiveram o mérito de ressaltar o papel das emoções na gênese das doenças.

As investigações, entretanto, derivadas daí e principalmente a repercussão das pesquisas sobre os macacos "executivos" realizadas por Brady, Porter, Conrad e Mason (1958), levaram estudiosos a considerar os distúrbios psicossomáticos, principalmente como provenientes da sobrecarga de trabalho, da quantidade de decisões importantes que o indivíduo deve tomar e as exigências do mundo moderno.

O conceito de "tensão" desenvolvido por Selye constituiu-se assim, numa das variáveis mais importantes para explicar o aparecimento de úlcera, hipertensão, asma, etc.

Deste modo, "tensão", "stress" passou a ser compreendido por médicos, psicólogos e o público em geral, como decorrência da sobrecarga de trabalho, ou de decisões importantes a serem tomadas. O status profissional, as atividades relacionadas a assuntos econômicos passaram a ser concebidas como agentes potenciais da "tensão" do "stress". O repouso, férias, relaxamento, sedativos, dietas, tornaram-se instrumentos fundamentais ao combate dos "males" decorrentes.

A revisão dos estudos de Brady et al (1958) por Weiss (1968) deu, no nosso entender, uma nova perspectiva para a compreensão e prevenção dos "males" denominados psicossomáticos.

Replicando o estudo de Brady, Weiss verificou que os macacos apresentavam maior ansiedade (úlceras) quando não tinham controle sobre o choque.

É também nesta perspectiva que situamos o objetivo principal deste trabalho. Uma análise das diferentes pesquisas relacionadas, revela a existência de um denominador comum: a dificuldade de se antecipar ou prever resultados, ou melhor ainda, dispor de elementos suficientes para perceber o controle sobre as consequências.

Neste estudo, verificamos que a hipótese por nós preconizada, isto é, que a percepção de controle sobre as consequências dos eventos que lhes ocorre estaria associada a presença ou ausência de distúrbios psicossomáticos recebeu confirmação.

Embora não tão evidente para o sexo feminino, a amostra do grupo experimental revela que sujeitos portadores de úlcera e hipertensão percebe um menor grau de responsabilidade pessoal sobre os eventos que lhe ocorrem (mais externa). Enquanto a amostra do grupo controle percebe um maior grau de responsabilidade.



Esses resultados corroboram os achados de Seligman (1977), Pennebaker (1977), Rotter (1966).

Conforme assinala Rotter e Hochreich (1980) inúmeros comportamentos comumente considerados como defesas ou sintomas psicopatológicos são referidos, na teoria da aprendizagem social, como comportamentos irrealis e de fuga. Estes comportamentos iniciam o "círculo vicioso" de dificuldades psicológicas e conduzem a reforços adicionais negativos, imediatos ou tardios.

Assim, independentemente do status profissional, da sobrecarga de trabalho etc..., a pessoa, que por antecipar um fracasso, passa a se apoiar em comportamentos defensivos ou comportamentos sintomáticos receberá, frequentemente, dos outros "feedbacks" negativos adicionais, que aumentam a sua expectativa de fracasso. À medida que se acumulam, dessa forma, os sintomas ou comportamentos desajustados, esforços dirigidos no sentido de estabelecer um comportamento construtivo, ou solucionar problemas, podem ficar seriamente comprometidos, uma vez que o sujeito possui baixa liberdade de movimento.

De acordo com Rotter (1966? 1980) uma baixa liberdade de movimento pode resultar do desconhecimento, ou falta de habilidade em aprender os comportamentos necessários para alcançar seus objetivos ou pode estar relacionada com a própria natureza do objetivo, que pode ser inapropriado (por exemplo, o desejo por parte de um adulto de que outros tomem conta dele).

A educação (*latu sensu*), as experiências que o indivíduo viveu em sua história pessoal nos permitem compreender sua personalidade, bem como a aquisição de um Locus de Controle externo.

A esse respeito, é conveniente ressaltar que também recebeu confirmação neste estudo a hipótese de que a ordem de nascimento dos sujeitos estaria também associada a presença ou au

sência do distúrbios psicossomáticos, verificamos a existência de uma associação significativa entre ser primogênito e ser portador de úlcera e hipertensão.

Para Schachter (1959) o efeito da ordem de nascimento se explica em termos de exercício de dependência. As mães daríam mais suporte afetivo, provavelmente a seu primeiro filho que aos demais e se esforçam mais em dissipar as angústias do primogênito que em dissipar dos demais filhos, uma vez que a procura de outras pessoas (especificamente a mãe) dissipa a angústia, os filhos primogênitos desenvolvem uma dependência em geral no que respeita a reafirmação e ao alívio quando se encontram angustiados. Outros autores tem reinterpretado (Zimbardo e Formica, 1963) esse efeito em termos de auto estima ao invés de dependência. É possível que, os hábitos muito fortemente estabelecidos de dependência com respeito aos demais conduzem ao desenvolvimento de uma baixa auto estima (ver também Walters e Parke, 1964).

A associação verificada, compreendida em termos do tipo de educação recebida reforça no nosso entender a aprendizagem de uma percepção mais externa (Locus Externo), o que no desenvolvimento do indivíduo, podem vir a se constituir num fator propensivo a ocorrência de distúrbios psicossomáticos.

Outra hipótese por nós preconizada, referia-se ao grau de incidência de sintomas físicos sobre os portadores de distúrbios tais como úlceras e hipertensão, que se pressupunha ser maior no grupo experimental.

Na forma proposta, do nosso inventário (IDO) esta hipótese recebeu também ampla confirmação. O que reforça os achados de Rahe (1969); Luborsky, Dochert e Penick (1973), Wolf (1968); Seligman (1977); Lefcourt (1976).

Se considerarmos ainda os achados de Pennebaker, Bur - nan et all (1973) podemos pressupor que de fato a perda da percepção de controle (Locus Externo) precederia uma alta incidência de sintomas registrados.

Os dados encontrados, entretanto, através da forma proposta do IDO devem ser tomado com cautela, uma vez necessário um estudo mais aprofundado para o seu aperfeiçoamento.

De qualquer modo, verifica-se uma sensível congruência entre as três primeiras hipóteses aventadas.

A teoria de que certos tipos de personalidade está mais predispostas a determinadas moléstias não é nova na literatura . Hipocrates já sugeria a existência de uma relação entre moléstias e temperamentos.

Os estudos sistemáticos correlacionando tipos de personalidade com distúrbios orgânicos são, entretanto, relativamente novos. Tal abordagem está em debate no terreno da psicossomática e alguns pesquisadores a consideram uma procura infrutífera (Alexander, 1953; Kubie, 1953. IN: Howard e Lewis, 1974). Para esses autores, não existe uma só teoria passível de ser aplicada a todas as perturbações psicossomáticas, e os estudos referentes às personalidades psicossomáticas são contraditórios, diversos tipos são capazes de manipular queixa idêntica.

Por outro lado, há outros autores como Dunbar (1954) Friedman e Roseman (1979); Gildea (1949), que consideram que até certo ponto existe uma correlação significativa entre o tipo de pessoa que você é, e a espécie de padecimento físico ao qual você está sujeito. Ring (1957, IN: Howard e Lewis, 1974) apresenta evidências promissoras de que se poderia encontrar tal associação.



É possível que essa controvérsia seja fruto de como é operacionalizada a variável personalidade na medida em que alguns<sup>66</sup> se referem a tipos, outros a traços e outros a fatores de personalidade.

Neste estudo, preconizávamos que os portadores de distúrbios psicossomáticos apresentariam maior tendência a ordem, nível elevado de atividade (energia), maior grau de neuroticismo, tendência a introversão e empatia.

Os resultados observados, indicam que confirma-se, neste estudo, a hipótese de que os portadores de distúrbios psicossomáticos apresentam tendência ao neuroticismo.

Ressaltamos, no entanto, no que se refere a hipótese da empatia que esta característica se evidencia mais no grupo controle. Esse dado contraria as preconizações de Benavidez, mas pode ser corrente com as teorizações a respeito da dependência.

Julgamos conveniente, entretanto, assinalar que por este estudo não ter considerado a úlcera e a hipertensão de modo independente, as hipóteses relativas a variável personalidade ficaram enfraquecidas, uma vez que na literatura observa-se referências a associação entre algumas características de personalidade e determinados sintomas.

## - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Parece-nos bastante promissora a perspectiva de se aprofundar a investigação dos distúrbios psicossomáticos, principalmente a úlcera e/ou hipertensão, através do referencial teórico da Aprendizagem Social, mais especificamente relacionados a perda da percepção do controle, desamparo e Locus de Controle.

A variável Locus de Controle, associada neste estudo aos distúrbios psicossomáticos, pode se constituir num instrumento fundamental para a continuidade na compreensão da gênese desses sintomas através do suporte em uma infinidade de investigações para ser extremamente apropriada para explicar porque os indivíduos cuja sobrecarga de trabalho é excessiva não são portadores desses distúrbios. Neste sentido é mais apropriada e mais suficiente do que os conceitos de "tensão" e de "stress", na medida em que parece constituir numa variável antecedente.

São confirmados ainda, os nossos achados a respeito da importância da ordem de nascimento, uma outra variável poderá se configurar como extremamente relevante, ou seja, a forma de educação recebida, se incentiva ou não a dependência do sujeito.

A associação dessas duas variáveis, embora não se verifiquem provas empíricas concludentes, parece ser congruente, uma vez que as duas estão associadas a forma de educação recebida. Entretanto, deve-se levar em conta que a ordem de nascimento constitui-se num fator propensivo. Enquanto o Locus de Controle pode ser alterado por fatores circunstanciais, treinamento, circunstâncias adversas, etc.

A fim de se aprofundar a compreensão da gênese desses distúrbios julgamos conveniente em futuras investigações levar-se em consideração o papel de variáveis motivacionais, com a necessidade de realização, e o enfrentamento de situações adver -

sas através da racionalização, fantasia e meios simbólicos que talvez lancem luz para compreendermos a relação "corpo-mente".

A maior incidência de distúrbios orgânicos entre os portadores de distúrbios psicossomáticos, corrobora nossas observações anteriores, bem como evidências registradas na literatura e é congruente com a perda da percepção de controle embora não tenhamos verificado associação significativa ( $r=n.s.$ ) entre as notas obtidas na Escala I de Rotter e o IDO.

O Inventário por nós desenvolvido embora acentue diferenças quanto a incidência de queixas somáticas precisa ser melhor investigado a fim de se conhecer mais adequadamente o valor discriminativo dos seus itens.

Quanto aos fatores de personalidade aqui investigados podemos dizer que a estabilidade emocional constitui-se no único determinante. Ao que nos parece, é provável que a controversia a respeito se dá em função de não termos ainda uma conceituação de personalidade capaz de abarcar as relações psico-somáticas. É provável que do modo como tratada tenha apenas um valor relativo e/ou situacional.



# - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- . ALEXANDER, F. The medical value of Psychoanalysis. New York, Norlon Company, 1936.
- . ALEXANDER, F. e FRENCH, T.M. Studies in psychossomatic medicine. New York, Ronald Press, 1948.
- . ALEXANDER, F. Psychosomatic medicine. New York, Norton Company, 1950.
- . ALEXANDER, F. Los aspectos psicologicos de la medicina: contri  
buições a la psicologia medica de Weiner. Buenos Aires, Eudeba, 1953.
- . ALEXANDER, F.; FEAGG, G.W. et all. Experimental studies of emo  
tional stress: I.Hyperthyroidism. Psychosomatic Medicine, 23-  
104, 1961.
- . ALEXANDER, F. & SELESNICH, S.T. The History of Psychiatric. New  
York, Harper and Row, 1966.
- . ARANHA DE FARIA, S.L. Aspectos emocionais no hipertiroidismo.  
Rio de Janeiro, PUC, Tese de Mestrado, 1983.
- . BACHRACH , A.J. Fundamentos Experimentais de Psicologia Clíni  
ca. São Paulo, Herder, 1972.
- . BENAVIDES, M.D. Processo Psicossomático Terapêutico:Relajación  
dinâmica concentrativa. 2 V. México, Trillas, 1975.
- . BRADY, J.V. Ulcers in "executive monkeys". Scientific Ameri -  
can. 199:95, 1958.
- . BRADY, J.V., PORTER, R.W. CONRAD, D.G. e MASON, J.W. Avoidance  
behavior and the development of gastroduodenal ulcers. Jour  
nal of the Experimental of Behavior. 1, 69-72, 1958.
- . BRADY, J.V. Psicofisiologia do comportamento emocional. In:  
Bachrach, A.J. Fundamentos Experimentais da Psicologia Clíni  
ca. São Paulo, Herder, 1972.
- . CANNON, W.B. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage 2  
nd. edo New York, D.Appleton century co., 1929.

- . CARVALHO, M.M.R.A. Neurose visceral: estudo de um Distúrbio urbano. Rio de Janeiro, FGV, tese de mestrado, 1980.
- . CHAPMAN, A.H. e LOEBB, D.G. Psychossomatic gastrointestinal problems. A.M.A. Journal of Discases of Children. 717-724, 1955.
- . COBB, S. Personality and the behavioral disorders. In: HUNT, J. Personality and the behavioral disorders. New York, Ronald , 1944.
- . COSTA E SILVA, J.A. Dinâmica da Situação Interpessoal de Entrevista e Anamnese (Apostila).
- . DELA COLETA, J.A. A escala de Locus de Controle Interno-Externo de Rotter: um estudo exploratório. Arquivos Brasileiros de Psicologia. Rio de Janeiro, FGV, 31(4):167, out./dez.1979.
- . DONALDSON, J.F. Letter to the Editor. Psychossomatic Medicine. 27:193, 1965.
- . DUMBAR, H.F. Emotions and Bodily chances. 4 ed. New York, Columbia University Press, 1954.
- . ENGEL, G.L. & REICHSMANN, F. Espontaneous and experimentally induced depressions in an infant with gastric fistula. J. American Psicoanalysis. 4: 428-452, 1956.
- . ENTRALGO, P.L. El estado de enfermedad. Madrid, Sociedade de Estudios e Publicaciones.
- . ESCOVAR, L.A. Hacia um Modelo Psicologico Social del Desarrollo. Florida International University.
- . EYSENCK, H.J. Sens<sup>o</sup> e Contra-Senso em Psicologia. São Paulo, IBRASA, 1974.
- . FERNANDES, A. Fundamentos de la psiquiatria Actual. 3 ed. Madrid, Editorial Paz. Montalvo, 1975.
- . FRANKENHACUSER, M. e KAREBY, S. Effect of Meprobamate on Catecholamine Excretion during Mental Stress. Perceptual and Motor Skills, 15: 571, 1962.

- . FRIEDMAN e MANDELL (1949).
- . FRIEDMAN, M. e ROSENMAN, R.H. Chances in Serun Cholesterol and Blood Clothng. In Men Subfecled to Cyclic Variahons of Occu-  
pational Stress. Circulation, 17:852, 1958.
- . GLASS, D.C. e SINGER, J.E. Urban Stress: Experiments on ivoisc  
and Social Stressors. New York, Academic Press, 1972.
- . GOLDSTEIN, K. La structure de l'organisme. Paris, Gallimard,  
1951.
- . GRAY, J. A Psicologia do Medo e do Stress. 2 ed. Rio de Janei-  
ro, Zahar, 1978.
- . GROEN, J.J. Psychosocial influences in bronchial asthma. In:  
LEVY, L. Society, stress and disease. New York, Toronto, Ox -  
ford University Press, 1971.
- . HALL, P. Some clinical aspects of moving house as an apparent  
precipitant of Psychiatric Symptoms. Journal of Psychossomatic  
Research. 10:59, 1966.
- . HALLIDAY, J.L. Psychosocial Medicine: a study of the sick so -  
ciety. New York, W.W. Norton, 1948.
- . HAYNAL, A. & PASINI, W. Abrégé de médecine Psychosomatique. Pa-  
ris, Mason, 1978.
- . HEARST, E. Stress induced breakdown of an appetitive discrimi-  
nation. Journal of the Experimental Analysis of Behavior. 8,  
135-146, 1965.
- . JOHNSON, D.E. Etiology and Mechanisms in Development of Gastro  
intestinal Reactions. In: NODINE, J.H. e MOYER, J.H.  
Psychossomatic Medicine. Philadelphia: LEA & FEBIGER, 1962.
- . KAHN, R.L. Stress: From 9 to 5. Psychology Today. 3:3:34, se -  
tembro, 1969.
- . KAPLAN, H. & KAPLAN, H. Currents concepts of Psychossomatic Me-  
dicine. Compreensive Textbook of Psychiatry. Balhmore, Wil -  
lians & Willians Company, 1967.
- . KARDINER, A. e SPIEGEL, H. War Stress and Meurotic Illness.  
New York, Hoeber, 1947.



- . KASL, S.V. e COBB, S. Blood Pressure changes in Men Undercoing Job Loss: Preliminary Report. Psychossomatic Medicine, 32:1 , 1970.
- . KLEBANOFF, S.G. SINGER, J.L. e WILENSKY, H. Psychological consequences of brain lesions and ablations. Psychological Bull, 1954, 51, 1.41.
- . KLUVER, H. e BUCY, P.C. Psychic blindness and other symptoms following bilateral temporal cobectomy in rhesus monkeys. American Journal Psysiology. 1937, 119, 352-353.
- . KOLB, L.C. Psiquiatria Clínica. Rio de Janeiro, Interamerica - na, 1976. 8 ed.
- . LEFCOURT, H.M. Locus of Control: Current trends in theory and research. Hillsdalc, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1976. 211 p.
- . LEVI, L. Sympatho - Adrenomedullary Response to Emotional Stimuli: Methodologic, Physiologic and Patologic. Considerations. In: BAJUZ, E., An Introduction to Clinical Neuroendocrinologically. Basel: Karcer; Baltimore, Williams & Wilkins, 1967.
- . LUBORSKI, L. DOCHERTY, J.P. e PENICK, S. Onset conditions for psychossomatic symptoms: A comparative review of immediate observation with retrospective resarch. Psychossomatic Medicine. 35, 187-204, 1973.
- . MADISON, D. e VIOLA, A. The Health of Widows in the Year Following Bereavement. Journal of Psychosomatic Research, 12 297, 1968.
- . MAHL, G.F. Physiological chances during chronic fear. Ann. New York. Academic Scientific. 56, 240-249, 1953.
- . MANDELL, A.J. Psychological Management of Coronary Artery Disease. In: WAHL, C.H. New Dimensions in Psychossomatic Medicine. Boston, Littee, Brown, 1964.

- . MARTY, P.; M'UZAN, M. & DAVID, C. L'investigation psychosomatique. Paris, Presses Universitaires de France, 1963.
- . MASON, J. Review of psychoendocrine research on the pituitary-adrenal cortical system. Psychosomatic Medicine. 30:576, 1968.
- . MEAD, M. El concepto de cultura y el enfoque psicossomatico: contribuciones a la psicologia medica. Buenos Aires, Eudeba 1962.
- . MELLO FILHO, J. Concepção Psicossomática: visão atual. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1979.
- . METTLER, F.A. Psychosurgical problems. New York, Blakiston, 1952.
- . MIRSKY, I.A. Physiological, Psychologic and social determinants in the etiology of duodenal ulcer. J.American Digestive Disease. 3:285-314, 1958.
- . NISBET, R.E. e SCHACHTER, S. Cognitive manipulation of pain. Journal of Experimental Social Psychology. 2, 227-236, 1966.
- . MURRAY, E. Motivação e Emoção. Rio de Janeiro, Zahar, 1973.
- . NISBETT, R.E. Birth order and participation in dangerous sports. Journal of Personality and Social Psychology. 8 (4): 351-353, 1968.
- . PARRY, C.H. Collections from the unpublished writings of the late Caleb Hillier Parry. V.I. London, Underwoods, 1825.
- . PALHARINI, Francisco de Assis. A Escala de Locus de Controle Interno-Externo de Rotter: um estudo comparativo. Rio de Janeiro, UFF, 1982 (no prelo).
- . PALHARINI, F.A. Locus de Controle, Ordem de Nascimento e Preferência por Esportes Perigosos. Relatório Técnico nº 2, Rio de Janeiro, UFF, 1981.
- . PAPEZ, J.W. A proposed mechanism of emotion A.M.A. Archives Neurological Psychological. 1937, 38, 725-743.
- . PAVLOV, I.P. Experimental Psychology. New York, Philosophical Library, 1957

- . PENNEBAKER, J.W., BURNAM, M.A. et all. Lack of control as a determinant of perceived physical symptoms. Journal of Personality and Social Psychology. 35 (3), 167-174, 1977.
- . PERESTRELLO, D. A medicina da Pessoa. 2 ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1974.
- . RAHE, R.H. Life crisis and health change. In: PHILLIP, R.A. , MAY e J.R. WHITEBOIN. (Eds). Psycholotropic drug response: advances in prediction. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, 15, 19-24, 1969.
- . RODRIGUES, A. Manual para as Escalas de Personalidade de Comrey - CPS. Rio de Janeiro, PUC, 1973.
- . RODRIGUES, A. A Pesquisa Experimental em Psicologia e Educação. Rio de Janeiro, Vozes, 1975.
- . ROTTER, J.B. e HOCHREICH, D.J. Personalidade. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.
- . ROTTER, J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs. 80 (1 whole nº 609), 1966.
- . RUESCH, J. et alli. Psychological invalidism in thyroidectomized patients. Psychos Medicini. 9: 77, 1947.
- . RUESCH, J. et alli. Chronic disease, and psychological invalidism. Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1951.
- . SAMPSON, E.E. The study of ordinal position: antecedents and outcome. In: B.A. MAHER (Ed.). Progress in Experimental Personality research. V. 2. New York, Academic Press, 1959.
- . SCHACHTER, S. The psychology of affiliation. Stanford, Stanford University Press, 1959.
- . SELIGMAN, M.E.P. Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte. São Paulo, Hucitec/EDUSP, 1977.
- . SELYE, H. A syndrome produced by diverse nervous atents. Nature, 148:32, 1936.



- . SELYE, H. Le stress de la vie. Paris, Gallimard, 1962.
- . SELYE, H. Estado Actual de la Ivestigación del Stress. In: Endocrinologia Psicossomática. Henry, H. Madrid Ediciones Morata, 1966.
- . SELYE, H. Stress: It's a G.A.S. Psychology Today. 3:4:24, 1969.
- . SEWIL, C. Those Patients with wall street sickness. Medical Economics. 24, 1970.
- . SMITH, J.A. Ocupattional stress and emotional illness. Journal A.M.A. 161: 1038, 1956.
- . SPIELBERGER, C. Anxiety and behavior. New York, Academic Press, 1966.
- . STEVENSON, I.P.; DUNCAN, C.H. e WOLFF, G.H. Circulatory Dynamics before and After Exercise in Subjects with and without Structural Heart Disease During Anxiely and Relaxation. Journal of Clinical Investigation, 28: 1534, 1949.
- . STROEBEL, C.F. Biological rhythm correlates of disturbed behavior in the rehsus monkey. Bibliotheca Primatologica. 91.105, 1969.
- . TORRANCE, E.B.A. A psychological study of american jetaces. Pa per presented at the meeting of the western Psychological Association. Long Beach, California, 1954.
- . UNO, T. Effect of General Excitement and of Fighting on some Ductless Glands of Male Albino Rats. American Journal of Physiology, 61-203, 1922.
- . WEISS, J.M. Effects of coping response on stress. Journal of Comparative and Physiological Psychology. 65, 251-260, 1968.
- . WOLFF, S. Reaction in the nasal mucosae. Relation of Life. Stress to chronic rhinitis and "sinus" headache. A.M.A. Archives of Otolaryngology. 59, 461-475, 1954.
- . WOLFF, S. "Stress and the Gut". Gastroenterology. 52:2, 1967.
- . WOLFF, H.G. Lite stress and bodye disease. Willians et Wilkins, Baltimore, 1950.
- . WOLFF, H.G. Stress and disease. Thomas, Spring Field, III, 1953.

- . WO. FF, H.G. A Concept of disease in man. Psychosomatic Medicine. 2425-30, 1962.
- . WOLF, H.G. Stress and disease. Springfield, Charles C.Thomas, 1968.
- . WRIGHT, B. Executive case and disease: Pan London and Sidney, 1977.
- . ZIMBARDO, P. e FORMICA, R. Emotional companson and self-esteem as a determinants of affilliation. Journal of Personality. 31, 141-162, 1963.
- . WALTERS, R.H. e PARKE, R.D. Social motivation, dependencý and susceptibility to social influence. In: L.Berkowitz (ed); Advances in Experimental Social Psychology. V.1. New York, Academic Press, Inc, 1964.
- . KUBIE, L.S. The problem of specificity in the Psychossomatic Process. In: Deustch, F. The psychossomatic Concept in Psychoanalysis. New York, IUP, 1953.
- . RING, F.O. Testing the validity of Personality Profiles in Psychosomatic Illness. American Journal of Psychiatry. 113: 1075-1080, 1957.

ANEXO IINVENTÁRIO DE DISTÚRBIOS ORGÂNICOSCARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Nº de Irmãos \_\_\_\_\_ Ord. Nascimento \_\_\_\_\_

Trabalha      sim      ☐                      Fuma cigarros      sim      ☐                 não      ☐                                      não      ☐

Profissão: \_\_\_\_\_

Já submeteu-se a algum tratamento? Se sim, qual \_\_\_\_\_

Tem algum distúrbio orgânico? Qual (is) \_\_\_\_\_

Atualmente, as pessoas de um modo geral vivem numa sociedade onde aquilo que pretendem, buscam, precisam não é simplesmente satisfeito por sua ação direta. A interdependência entre os seres humanos é cada vez maior.

As atividades coletivas são cada vez mais necessárias, de modo a possibilitar ao homem a satisfação das suas necessidades diante do crescente aumento populacional.

Para satisfazer as necessidades humanas e sociais, a sociedade desenvolve e incentiva mecanismos de interdependência.

Transporte coletivo, conjuntos habitacionais, elevada densidade demográfica, concentração urbana, etc...

Naturalmente, que muitos problemas humanos e sociais resultam daí. Entretanto, também muitas vantagens podem ser verificadas.

Mas nós, no caso estamos interessados em conhecer muitas coisas que afetam o ser humano neste mundo moderno.

Para que possamos conhecer estes problemas precisamos de informações objetivas e opiniões sinceras.

A seguir apresentaremos uma série de questões cujo ob-



jetivo é descobrir a forma pela qual certos aspectos de nossa vida afetam as diferentes pessoas.

Leia todos os quisitos e sublinhe a resposta que mais se relaciona a você. Por favor, selecione uma (e somente uma) afirmação de cada par, que você mais firmemente acredita ser o seu caso. Esteja certo (a) de selecionar aquela que você realmente acredita ser verdade, e não aquela que você gostaria ou poderia escolher como verdade. Isto é uma medida de opinião pessoal; obviamente, não há resposta certa ou errada.

Procure responder aos itens cuidadosamente, mas ' não gaste tempo demais num só item. Certifique-se de encontrar uma resposta para cada opção. Ponha um círculo em volta da resposta "sim" ou "não" dependendo de qual você escolheu como sendo a afirmiação mais verdadeira em cada item numerado.

Procure também, optar com independência, isto é, não se deixe influenciar pelas escolhas anteriores.

### LEMBRE-SE

Escolha a alternativa que você pessoalmente acredita ser a mais verdadeira.

01. A vida nas cidades é muito agitada.	Sim	Não
02. Sempre tenho dores nas costas.	Sim	Não
03. Minhas refeições são sempre muito rápidas.	Sim	Não
04. Quase sempre tenho dores de cabeça.	Sim	Não
05. Meus olhos geralmente lacrimejam.	Sim	Não
06. Para mim, suar as mãos é muito normal.	Sim	Não
07. Às vezes minha respiração é curta e rápida.	Sim	Não
08. Minhas mãos quase sempre suam frio.	Sim	Não
09. Acordo bem disposto e descansado, quase todas as manhãs.	Sim	Não
10. Sou acordado facilmente por ruídos.	Sim	Não
11. De um modo geral, minhas mãos e pés estão suficientemente quentes.	Sim	Não

12. Sinto quase sempre um nó na garganta.	Sim	Não
13. Trabalho sob grande tensão.	Sim	Não
14. Tenho diarreia uma ou mais vezes por mês	Sim	Não
15. Raramente tenho prisão de ventre.	Sim	Não
16. Minha vida sexual é satisfatória.	Sim	Não
17. A vida nas cidades deveria ser mais humanizada.	Sim	Não
18. Sou sujeito a ataque de náuseas ou de vômitos.	Sim	Não
19. Tenho tosse a maior parte do tempo.	Sim	Não
20. Sou incomodado por acidez estomacal várias vezes por semana.	Sim	Não
21. Raramente me preocupo com minha saúde.	Sim	Não
22. A maior parte do tempo, preferiria sentar-me e devanear a fazer qualquer outra coisa.	Sim	Não
23. Meu sono é sobressaltado e agitado.	Sim	Não
24. A maior parte do tempo me parece doer toda a <u>ca</u> beça.	Sim	Não
25. Uma vez por semana, ou com mais frequência sinto, repentinamente, uma onda de calor pelo corpo todo, sem causa aparente.	Sim	Não
26. Tenho tão boa saúde como a maioria dos meus <u>ami</u> gos.	Sim	Não
27. Quase nunca sou incomodado por dores no coração ou no peito.	Sim	Não
28. Frequentemente, tenho a sensação de queimadura, picada, latejamento ou dormência, em algumas <u>par</u> tes do meu corpo.	Sim	Não
29. Não tenho tido dificuldades em começar ou parar o ato de defecação.	Sim	Não
30. Sempre faço aquilo que devo fazer.	Sim	Não
31. Dificilmente sinto dores na nuca.	Sim	Não
32. Sofro de mal-estar na boca do estômago em <u>inter</u> valos de poucos dias ou mais frequentemente.	Sim	Não
33. Nunca, ou quase nunca, sou incomodado por <u>con</u> trações musculares ou espasmos.	Sim	Não
34. Minha cabeça e meu nariz parecem estar entupidos a maior parte do tempo.	Sim	Não

35. Nunca tive desmaios.	Sim	Não
36. Nunca ou quase nunca tenho tonturas.	Sim	Não
37. As pessoas deveriam ser mais educadas.	Sim	Não
38. Com frequência, percebo que minhas mãos tremem, quanto tento fazer algo.	Sim	Não
39. Posso ler durante muito tempo sem cansar os olhos.	Sim	Não
40. Frequentemente sinto uma fraqueza geral.	Sim	Não
41. Raramente tenho dores de cabeça.	Sim	Não
42. Algumas vezes, quando embaraçado, começo a suar, o que me aborrece muito.	Sim	Não
43. Não tenho dificuldades em manter o equilíbrio, quando caminho.	Sim	Não
44. Não tenho alergia ao pó, nem acessos de asma.	Sim	Não
45. Raramente sonho acordado.	Sim	Não
46. O tempo é suficiente para minhas atividades.	Sim	Não
47. Consigo dormir de dia, mas não à noite.	Sim	Não
48. Nunca tive erupções da pele, que me preocupas - sem.	Sim	Não
49. Frequentemente, sinto como se tivesse uma faixa apertando em torno de minha cabeça.	Sim	Não
50. Tenho muitas indisposições estomacais.	Sim	Não
51. Nunca vomitei nem escarrei sangue.	Sim	Não
52. Não me preocupo em contrair doenças.	Sim	Não
53. Nunca tive atques ou convulsões.	Sim	Não
54. Choro facilmente.	Sim	Não
55. Algumas vezes, a parte superior de minha cabeça fica muito sensível.	Sim	Não
56. Não me canso com facilidade.	Sim	Não
57. Bebo, diariamente, uma quantidade extraordinária de água.	Sim	Não
58. A maior parte do tempo, a vida é para mim peso.	Sim	Não
59. As vezes, tenho acesso de risos e de choro, que não posso controlar.	Sim	Não
60. Disseram-me que sou sonâmbulo.	Sim	Não
61. Tenho bom apetite.	Sim	Não



62. Quase nunca noto o meu coração bater, e raramente tenho falta de ar.	Sim	Não
63. A maior parte do tempo fico "chocando" idéias.	Sim	Não
64. Tenho períodos de tanta inquietação que não posso permanecer sentado por muito tempo.	Sim	Não
65. Creio que não sou mais nervoso do que a maioria das pessoas.	Sim	Não
66. Sinto pouca ou nenhuma dor.	Sim	Não
67. Com frequência o meu pescoço fica com manchas vermelhas.	Sim	Não
68. Tenho dificuldades em iniciar coisas.	Sim	Não
69. Transpiro com facilidade, mesmo nos dias frios.	Sim	Não
70. Tenho dormência em uma ou mais regiões de minha pelo.	Sim	Não
71. Tenho dificuldade em engolir.	Sim	Não
72. Um ou mais membros de minha família são muito nervosos.	Sim	Não
73. Sinto ansiedade por algo ou por alguém, quase todo o tempo.	Sim	Não
74. Fico ansioso e nervoso, quando tenho que sair de casa para fazer uma curta viagem.	Sim	Não
75. Sou uma pilha de nervos.	Sim	Não
76. Tenho uma vida de devaneios que não conto a ninguém.	Sim	Não
77. Normalmente não sofro de arrotos.	Sim	Não
78. Sinto a boca seca quase todo o tempo.	Sim	Não
79. Nunca tive as fezes pretas como carvão.	Sim	Não
80. Uma boa parte do tempo me sinto cansado.	Sim	Não
81. Não tenho tido dificuldade em soltar ou reter minha urina.	Sim	Não
82. Exceto por ordem médica, nunca tomo drogas ou comprimidos, para dormir.	Sim	Não
83. Lembro-me ter fingido de doente, para livrar-me de algo.	Sim	Não
84. Nunca notei sangue em minha urina.	Sim	Não
85. Sinto tonturas.	Sim	Não

86. Tenho palpitações ou batidas descontroladas do co <u>ra</u> ção.	Sim	Não
87. Fico muitas vezes sem trabalhar por motivo de doen <u>ça</u> .	Sim	Não
88. Sinto-me na vida, muitas vezes embaraçado.	Sim	Não
89. Sinto dificuldade em travar conversas com estra <u>nhos</u> .	Sim	Não
90. Sinto-me perturbado em virtude de gagueira.	Sim	Não
91. Fico muito tempo perturbado por causa de experiên <u>cia</u> s humilhantes.	Sim	Não
92. Considero-me uma pessoa nervosa.	Sim	Não
93. Ofendo-me facilmente por qualquer coisa.	Sim	Não
94. Mantenho-me, geralmente, afastado em reuniões so <u>ciais</u> .	Sim	Não
95. Fico martelando idéias na cabeça a ponto de não poder dormir.	Sim	Não
96. Preocupo-me com possíveis infortúnios.	Sim	Não
97. Acho-me um pouco acanhado.	Sim	Não
98. Sinto-me as vezes, contente, outras deprimido, sem causa aparente.	Sim	Não
99. Tenho menor vivacidade que as outras pessoas.	Sim	Não
100. Sinto, às vezes, uma dor perto do coração.	Sim	Não
101. Costumo ter pesadelos.	Sim	Não
102. Preocupo-me muito com a saúde.	Sim	Não
103. Transpiro muito, mesmo sem fazer exercícios.	Sim	Não
104. Sinto dificuldades em fazer amigos.	Sim	Não
105. Meu espírito costuma vaguear muito, a ponto de perder a noção do que estou fazendo.	Sim	Não
106. Sou excessivamente sensível no tocante a muitas questões.	Sim	Não
107. Aborreço-me frequentemente.	Sim	Não
108. Sinto-me, as vezes, amargurado.	Sim	Não
109. Sinto-me muitas vezes acanhado na presença dos su <u>periores</u> .	Sim	Não
110. Cheguei a sofrer falta de ar sem ter trabalhado pesado.	Sim	Não

111. Costumo sentir dores.	Sim	Não
112. Fico nervoso quando me encontro em lugares tais como elevador, trem, túnel.	Sim	Não
113. Tenho confiança em mim.	Sim	Não
114. Sinto-me perturbado por sentimento de inferiori <u>dade</u> .	Sim	Não



## ANEXO II

Este é um questionário para descobrir a forma pela qual certos fatos importantes em nossas sociedades afetam as diferentes pessoas. Cada item consiste em um par de alternativas marcadas a ou b. Por favor, selecione uma (e somente uma) afirmação de cada par, que você mais firmemente acredita ser o seu caso. Este já certo (a) de selecionar aquela que você realmente acredita ser verdade, e não aquela que você gostaria ou poderia escolher como verdade. Isto é uma medida de opinião pessoal: obviamente, não há resposta certa ou errada.

Procure responder aos itens cuidadosamente, mas não gaste tempo demais num só item. Certifique-se de encontrar uma resposta para cada opção. Ponha um círculo em volta da letra a ou b, dependendo de qual você escolheu como sendo a afirmação mais verdadeira, em cada item numerado.

Em alguns casos você pode descobrir que acredita em ambas as afirmações ou então em nenhuma. Nesses casos, certifique-se de optar por aquela que mais se aproxima de sua opinião. Procure também, optar com independência, isto é, não se deixe influenciar pelas escolhas anteriores.

## LEMBRE-SE

Escolha a alternativa que você pessoalmente acredita ser a mais verdadeira.

EU ACREDITO MAIS FIRMEMENTE QUE:

1. a) As crianças se metem em problemas porque seus pais castigam -nas demais.  
b) O problema com a maioria das crianças, atualmente, é que seus pais são muito permissivos com elas.
2. a) Muitos dos infortúnio na vida da pessoa são parcialmente de vido à má sorte.  
b) O infortúnio das pessoas resulta dos erros que elas cometem.
3. a) Uma das razões principais pela qual temos guerras é porque as pessoas não se interessam bastante por política.  
b) Sempre haverá guerras. Não importa quanto as pessoas tentam impedi-las.
4. a) Mais cedo ou mais tarde, as pessoas obtêm neste mundo o respeito que merecem.  
b) Infelizmente, o valor de um indivíduo passa muitas vezes sem ser reconhecido, não importa o quanto ele lute para isso.
5. a) A idéia de que professores são injustos com estudantes é uma bobagem.  
b) Grande parte dos estudantes não percebe o quanto as suas notas são influenciadas por acontecimentos acidentais.
6. a) Sem os momentos oportunos não se pode ser um líder efetivo.  
b) Pessoas capazes que não conseguem se tornar líderes, não aproveitavam suas oportunidades.
7. a) Não importa quanto esforço você faça, há pessoas que simplesmente não gostam de você.  
b) Os que não conseguem se fazer queridos não sabem como se dar bem com os outros.

8. a) O fator hereditário desempenha o papel principal na determinação de nossa personalidade.
- b) É a experiência de cada um na vida que determina o que somos.
9. a) Frequentemente verifiquei que o que está para acontecer, a contecerá.
- b) Confiar no destino nunca acarretou consequências tão boas para mim, quanto tomar uma decisão de seguir um modo de ação definido.
10. a) Raramente, um aluno bem preparado tem insucesso numa prova, se é que tem.
- b) Muitas vezes as perguntas de provas tendem a ser tão pouco relacionadas com a matéria do curso que nem adianta estudar.
11. a) Tornar-se um sucesso é questão de muito trabalho; a sorte tem pouco ou nada a ver com isso.
- b) Conseguir um bom emprego depende principalmente de se estar no lugar certo, na hora certa.
12. a) O cidadão médio pode exercer certa influência nas decisões do governo.
- b) Este mundo é governado pelos poucos que estão no poder, e um cidadão qualquer não pode fazer muito a respeito disso.
13. a) Quando faço planos, estou quase certo de que posso executá-los.
- b) Nem sempre é prudente planejar com muita antecedência porque muitas coisas acabam sendo, de uma maneira ou de outra, questão de boa ou má sorte.
14. a) Há certas pessoas que simplesmente não são boas.
- b) Em cada pessoa encontra-se algo de bom.
15. a) No meu caso, conseguir o que quero, tem pouco ou nada a ver com a sorte.



- b) Muitas vezes podemos decidir muito bem o que fazer, tirando a sorte.
16. a) Quem consegue ser chefe, depende frequentemente de ter tido bastante sorte para estar no lugar certo em primeiro lugar.
- b) Conseguir pessoas para fazer as coisas certas, depende de habilidade; a sorte pouco ou nada tem a ver com isso.
17. a) No que diz respeito a acontecimentos mundiais, somos na maioria, vítimas de forças que não podemos entender nem controlar.
- b) O povo pode controlar eventos no mundo, participando ativamente nos assuntos políticos e sociais.
18. a) A maioria das pessoas não percebe quanto suas vidas são controladas por acontecimentos acidentais.
- b) Realmente não existe essa tal de "sorte".
19. a) Dever-se-ia sempre estar disposto a admitir os próprios erros.
- b) Geralmente é melhor ocultar nossos erros.
20. a) É difícil saber se uma pessoa realmente gosta ou não de você.
- b) A quantidade de amigos que você tem depende de quanto você seja uma pessoa legal.
21. a) Mais cedo ou mais tarde, as coisas ruins que nos acontecem são contrabalançadas pelas boas.
- b) A maioria dos infortúnios resultam da falta de habilidade, de ignorância, de preguiça ou de todas as três.
22. a) Com bastante esforço pode-se eliminar a corrupção política.
- b) É difícil as pessoas conseguirem muito controle sobre aquilo que os políticos fazem em seus escritórios.

23. a) Às vezes, não consigo entender como os professores chegam às notas que dão.  
b) Há uma ligação direta entre o quanto eu estudo e as notas que tiro.
24. a) Um bom líder espera que as pessoas decidam por elas mesmas o que devem fazer.  
b) Um bom líder deixa claro para todos quais são as suas tarefas.
25. a) Muitas vezes sinto que tenho pouca influência sobre as coisas que me acontecem.  
b) Para mim é impossível acreditar que o acaso ou a sorte tenham um papel importante em minha vida.
26. a) As pessoas são solidárias porque não procuram ser amigáveis.  
b) Não adianta muito se você se esforça demais em agradar às pessoas; se elas gostam de você.
27. a) Há uma ênfase demasiada em educação física nas escolas.  
b) Esportes de equipe são um meio excelente de se formar o caráter.
28. a) O que me acontece é o resultado de minhas próprias ações.  
b) Às vezes sinto que não tenho bastante controle sobre o rumo que minha vida está tomando.
29. a) Na maioria das vezes não consigo entender porque os políticos se comportam da forma como o fazem.  
b) Na maioria das vezes, as pessoas são responsáveis por maus governos, tanto em nível nacional quanto local.

## ANEXO IV

MOSTRA VALORES DO t DE STUDENT e f COM RESPECTIVOS GRAUS DE SIGNIFICÂNCIA NA COMPARAÇÃO DOS DIFERENTES GRUPOS PARA AS VARIÁVEIS IDADE, LOCUS E IDO E SUB ESCALAS CPS.

VARIÁVEL	GRUPOS COMPARADOS	VALOR T	* P	F	P.
IDADE	GCSF x GEF	-2,03	- 0,04	1,91	0,30 n.s.
	GCM x GEM	1,29	n.s.	1,36	0,39 n.s.
	GCM/F x GEM/F	1,81	0,07	1,6	0,2 n.s.
LOCUS	GCF x GEF	-1,36	0,18	1,12	0,91 n.s.
	GCM x GEM	1,74	* 0,08	1,6	0,37 n.s.
	GCM/F x GEM/F	2,06	* 0,04	1,4	0,36 n.s.
IDO	GCF c GEF	-3,61	*0,0001	1,45	0,57 n.s.
	GCM x GEM	2,2	* 0,03	1,68	0,32 n.s.
	GCM/F x GEM/F	4,59	*0,0000	1,65	0,18 n.s.
V	GCF x GEF	1,76	* 0,08	1,12	0,91 n.s.
	GCM x GEM	0,61	n.s.	1,08	0,88 n.s.
	GCM/F x GEM/F	-0,10	n.s.	1,02	0,99 n.s.
R	GCF x GEF	0,58	n.s.	4,07	0,03
	GCM x GEM	-1,25	n.s.	1,46	0,47 n.s.
	GCMF x GEMF	-1,18	n.s.	1,71	0,15 n.s.
T	GCF x GEF	0,84	n.s.	1,49	0,54 n.s.
	GCM x GEM	-1,46	0,15	2,23	0,12 n.s.
	GCMF x GEMF	-1,13	n.s.	1,62	0,19 n.s.
O	GCF x GEF	0,38	n.s.	1,11	0,77 n.s.
	GCM x GEM	-0,26	n.s.	1,23	0,68 n.s.
	GCMF x GEMF	-0,89	n.s.	1,58	0,22 n.s.
A	GCF x GEF	-0,06	n.s.	1,11	0,92 n.s.
	GCM x GEM	0,22	n.s.	1,14	0,8 n.s.
	GCMF x GEMF	0,78	n.s.	1,5	0,27 n.s.
S	GCF x GEF	2,58	* 0,01	4,18	0,03
	GCM x GEM	1,88	* 0,07	2,01	0,18 n.s.
	GCM/F x GEMF	-3,05	*0,0003	2,0	0,06 n.s.
E	GCF x GEF	0,52	n.s.	1,18	0,83 n.s.
	GCM x GEM	-1,26	n.s.	2,81	0,05
	GCMF x GEMF	-2,37	- 0,02	2,3	0,02
M	GCF x GEF	0,21	n.s.	1,32	0,53 n.s.
	GCM x GEM	-0,38	n.s.	1,87	0,23 n.s.
	GCMF c GEMF	-0,69	n.s.	1,95	0,07 n.s.
P	GCF x GEF	1,38	0,17	1,72	0,25 n.s.
	GCF x GEF	-1,14	n.s.	1,97	0,19 n.s.
	GCMF x GEMF	-2,03	* 0,04	1,14	0,74 n.s.

\* nível de significância bilateral.



## ANEXO V

MOSTRA FREQUÊNCIA ABSOLUTA (FA) E FREQUÊNCIA RELATIVA (FR) DE SUJEITOS, SEGUNDO A ORDEM DE NASCIMENTO, PARA OS DIFERENTES GRUPOS.

GRUPOS ORD.NASCIMENTO	G.E.MASC.		G.C.MASC.		G.E.FEM.		G.C. FEM.	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
1º	9	50	7	43,8	12	37,5	1	10
2º	3	16,7	5	31,3	5	15,6	5	50
3º	2	11,1	2	12,5	5	15,6	-	-
4º	2	11,1	2	12,5	3	9,4	1	10
5º	1	5,6	-	-	4	12,5	1	10
6º	-	-	-	-	-	-	1	10
7º	-	-	-	-	-	-	1	10
8º	1	5,6	-	-	-	-	-	-
9º	-	-	-	-	2	6,3	-	-
10º	-	-	-	-	1	3,1	-	-

ANEXO VI

VALORES ESTATÍSTICOS E DE DISPERSÃO REFERENTES A ESCALA I-E DE ROTTER  
PARA OS DIFERENTES GRUPOS

	GE FEM.	GE MASC.	GE MASC/FEM	GC FEM.	GC MASC.	GC MASC/FEM
N	32	18	50	10	16	26
$\bar{x}$	11,7813	11,5556	11,7000	10,3000	9,8750	10,0385
	2,9868	3,0041	2,9950	2,7221	2,3684	2,5189
S (x)	377,00	208,00	585,00	103,00	158,00	261,00
S (x) <sup>2</sup>	142129,00	43264,00	34225,00	10609,00	24964,00	68121,00
S (x <sup>2</sup> )	4727,00	2566,00	7293,00	1135,00	1650,00	2785,00
S [(x <sup>2</sup> )-S(x)]	285,468750	162,444580	448,50	74,1000977	87,7500	164,9616

ANEXO VIII

MOSTRA A FREQUÊNCIA DE SUJEITOS, MÉDIAS E MEDIDAS DE DISPERSÃO POR  
GRUPO E SEXO NA FORMA ADOTADA DO IDO.

	GE-FEM.	GE-MASC.	GE-MASC/FEM	GC-FEM	GC-MASC.	GC-MASC/FEM
N	32	18	50	10	16	26
Média	39,6563	32,444	37,06	27,1000	24,875	25,7308
D.Padrão	9,8031	10,8127	10,7506	7,8543	8,3057	8,2068
$\sum x$	1269,0	584,0	1853,0	271,00	398,0	669,00
$(\sum x)^2$	1610361,0	341056,0	3433609,0	73441,00	158404,0	447561,00
$\sum x^2$	53399,0	21052,0	74451,0	7961,00	11004,0	18965,00
$\sum x^2 - (\sum x)^2$	3075,21875	210478,4453	5778,875	616,9023	1103,75	1751,11719



ANEXO IX

## MÉDIA E VARIÂNCIA DAS ESCALAS

ESCALA	MASCULINO		FEMININO		AMBOS		t
	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	
V	13,6	5,0	12,3	4,1	13,0	4,6	4,2 **
R	43,8	7,5	48,5	8,1	46,1	8,1	- 8,2 **
T	83,8	12,9	89,2	13,0	86,5	13,2	- 5,7 **
O	82,1	15,0	87,3	15,2	84,7	15,3	- 4,7 **
C	72,3	18,0	78,8	18,6	75,5	18,6	- 4,8 **
A	93,4	14,9	90,9	14,6	92,2	14,8	2,3 **
S	95,6	16,5	93,9	17,5	94,7	17,0	1,4 **
E	85,1	17,4	89,1	19,0	87,1	18,3	- 3,0 **
M	88,2	12,3	67,0	14,3	77,6	17,0	21,6 **
P	93,2	15,0	99,7	15,4	96,5	15,6	- 5,8 **

1 - Baseado em 727 sujeitos voluntários, 365 homens e 362 mulheres.

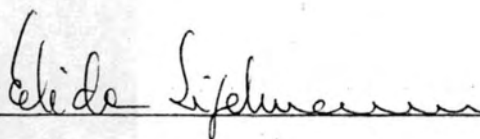
ANEXO X

MOSTRA CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS LOCUS DE CONTROLE, INCIDÊNCIA DE SINTOMAS FÍSICOS (IDO) E AS SUB ESCALAS CPS.

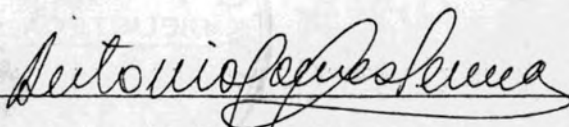
		LC	IDO	T	O	C	A	S	E	M	P
GE MF	LC	x	0,30	0,21 p=0,06	- 0,03	0,15	- 0,07	- 0,10	0,04	- 0,18	- 0,15
	IDO	-	x	0,19 p=0,09	0,04	0,09	- 0,01	- 0,36 p=0,005	-0,26 p=0,03	0,0	0,18 p=0,10
GC MF	LC	x	0,31 p=0,06	0,02	-0,027	0,09	0,18	0,05	-0,29 p=0,07	0,09	0,07
	IDO	-	x	-0,25 p=0,10	0,21	-0,13	- 0,16	- 0,20	0,44 p=0,01	- 0,63 p=0,001	0,33 p=0,04
GEM	LC	x	0,25	-0,43 p=0,03	0,05	-0,17	0,11	- 0,23	-0,12	0,0	- 0,13
	IDO	-	x	-0,30 p=0,11	0,32 p=0,09	-0,23	0,008	-0,64 p=0,002	-0,29	0,14	0,14
GEF	LC	x	0,12	-0,08	- 0,08	-0,16	0,04	- 0,01	0,15	- 0,30 p=0,04	- 0,22 p=0,11
	IDO	-	x	-0,20	- 0,20	0,15	- 0,20	- 0,19	-0,17	- 0,07	0,12
GCF	LC	x	0,15	0,12	- 0,05	-0,04	- 0,02	0,40	0,14	0,35	- 0,14
	IDO	-	x	0,18	- 0,12	-0,61	- 0,36	0,40	0,31	- 0,21	- 0,11
GCM	LC	x	0,36 p=0,08	-0,15	0,03	0,07	0,10	- 0,02	0,26	- 0,03	0,05
	IDO	-	x	-0,12	0,06	0,02	0,11	- 0,21	0,29	- 0,65 p=0,003	0,24

A dissertação "LOCUS DE CONTROLE E CARACTERÍSTICAS DE  
PERSONALIDADE EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE ÚLCERA E HIPERTENSÃO :  
Um Estudo Exploratório" foi considerada aprovada

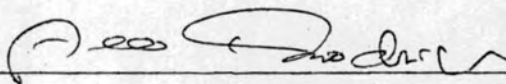
Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 1985.



Elida Sigelmann  
(Professor Orientador)



Antonio Gomes Penna  
(Membro da Comissão Examinadora)



Aroldo Rodrigues  
(Membro da Comissão Examinadora)