

Implicações Teóricas da Investigação Psicológica Acerca das Doenças Oncológicas

JOÃO MIRANDA JUSTO (*)

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas têm sido publicados inúmeros trabalhos sobre a relação «Funcionamento Psicológico – Doença Oncológica». Entre estes trabalhos, assumem particular importância os estudos prospectivos onde a mensuração psicológica é realizada antes do aparecimento da gravíssima situação de saúde, geralmente designada por «cancro». Em nosso entender, o número e a qualidade desses trabalhos é já suficiente para que os psicólogos se questionem, não só, sobre a influência da personalidade no aparecimento das doenças oncológicas, mas também acerca das implicações psicoterapêuticas que daí advêm.

2. ESTUDOS PROSPECTIVOS

Tal como é afirmado por Fox (1988), muitos dos estudos sobre a relação «Funcionamento Psicológico – Doença Oncológica» são retrospectivos e, por essa razão, não permitem chegar a uma conclusão segura nesta matéria. Entre os prospectivos levantam-se dois tipos de proble-

mas: muitos sofrem de deficiências metodológicas e, além disso, apontam para uma multiplicidade de factores causais (por vezes, contraditórios entre si), o que impede uma conclusão plausível. Após uma selecção cuidada e criteriosa, um factor psicológico continua a emergir com carácter preditivo: a *depressão psicológica*. A este propósito, passamos a referir o estudo prospectivo que, nesta matéria, nos parece mais seguro e isento de qualquer viés sistemático.

Persky, Kempthorne-Rawson e Shekelle (1987) estudaram psicometricamente 2017 trabalhadores (sexo masculino; meia idade) da fábrica Western Electric Company, nos anos de 1957/58. Entre estes, após algumas exclusões devidas a questões metodológicas, 2018 foram utilizados para o estudo em causa. A recolha de informação do estado de saúde dos indivíduos abrange um período de 20 anos. Finalmente, foram determinadas quais as variáveis psicológicas que, de um ponto de vista estatístico, melhor prediziam determinados problemas de saúde.

Entre todas as variáveis psicológicas utilizadas apenas a depressão (medida através do M.M.P.I.) mostrou estar associada com a incidência de cancro, e com a mortalidade por cancro. Quer dizer, indivíduos com notas elevadas na escala D do M.M.P.I., ou com um «perfil D» elevado, têm maiores probabilidades de contrair uma doença oncológica, do que os indivi-

(*) Assistente, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

duos com notas baixas na escala D, ou sem um «perfil D» elevado. É de realçar que, na mesma investigação as notas da escala D se revelaram como extremamente importantes na previsão da morte em geral (isto é, independentemente da causa). Esta conclusão não só é concordante, ou articulável, com alguns estudos anteriores apontados pelos autores, como também é promissora para a discussão teórica da influência dos agentes facilitadores do aparecimento/desenvolvimento das doenças oncológicas.

Sabemos que estas doenças são fruto da combinação de vários factores, entre os quais os hereditários (genes específicos) e os ambientais (exposição a agentes físicos específicos) se presumem ser de primordial importância. Uma outra ordem de factores são os imunológicos, que atrasam o desenvolvimento dos tumores, e aniquilam as células cancerígenas através da produção de células específicas para esse fim. Actualmente defende-se que o sistema imunológico é influenciado pelo sistema nervoso (Rogers, Dubey & Reich, 1979). Por isso, é crível que a «depressão psicológica» constitua, indirectamente, um facilitador do «aparecimento/desenvolvimento» das doenças oncológicas.

Se bem que os resultados acerca do «perfil D» elevado sejam favoráveis a esta hipótese, acontece que os resultados na escala D colocam um problema interessante. Persky, Kempthorne-Rawson e Shekelle (1987), ao estudarem os indivíduos com diagnóstico de cancro no «follow-up» de 20 anos, constatam que estes apresentam uma média de 60,1 na escala D do M.M.P.I. (S.D.=11,0), enquanto que os indivíduos não diagnosticados com cancro no mesmo intervalo de tempo apresentam uma média de 58,3 na mesma escala (S.D.=10,6). Quando estes valores são ajustados face à idade temos uma média de 59,9 (cancro diagnosticado), face a uma média de 58,3 (cancro não diagnosticado). Ora, como a depressão, enquanto estado patológico, só é diagnosticada pelo M.M.P.I. acima do valor 70, temos que reformular a nossa hipótese: a «depressão imunológica» gerada ou estimulada pelo sistema nervoso pode ser induzida através do «funcionamento depressivo» da personalidade. Isto é, não é preciso uma depressão patológica e profunda para induzir o abaixamento do funcionamento imunológico; basta uma «depressão

larvar», actuando subrepticamente e de modo constante ao longo dos anos.

Para que a hipótese enunciada (Funcionamento Psicológico Depressivo – Depressão Imunológica – Doença Oncológica) continua de pé, precisa de ser confirmada por outros estudos que repliquem o delineamento prospectivo, enunciando a mesma hipótese com mensurações alternativas. Prosseguindo nesse sentido, vamos socorrer-nos de alguns exemplos de investigação realizados por outros autores.

Hans Eysenck (1988) expõe e discute, detalhadamente, os aspectos mais importantes das investigações de Grossarth-Maticsek (Grossarth-Maticsek 1980; Grossarth-Maticsek, et al. 1982/3/4/5/6/7). Estas investigações são de tipo prospectivo (follow-up de 10 anos) e visam a previsão da morte por cancro, da morte por doença cardiovascular, da morte por outras causas e, também, a previsão da sobrevivência. O primeiro destes estudos foi realizado na Jugoslávia e os restantes na Alemanha. Segundo Eysenck, os dados desta investigação apontam para a existência de quatro tipos diferentes de personalidade: 1) «Subestimulação» (*understimulation*); 2) «Sobrestimulação» (*overarousal*); 3) «Ambivalência» (*ambivalence*); 4) «Autonomia Pessoal» (*personal autonomy*). De acordo com os estudos de Grossarth-Maticsek já citados, estes quatro tipos de personalidade revelam-se importantes na previsão da incidência de alguns problemas de saúde (follow-up de 10 anos): os sujeitos de tipo 1 têm uma probabilidade elevada de morrer devido a uma doença oncológica; os sujeitos de tipo 2 têm uma probabilidade elevada de morrer devido a doença cardíaca; os sujeitos de tipo 3 e os sujeitos de tipo 4 têm uma probabilidade muito reduzida de morrer, quer devido a doença oncológica, quer devido a doença cardiovascular. Uma vez que discutimos a relação «Funcionamento Psicológica – Doença Oncológica», vamos analisar a definição do primeiro tipo de personalidade.

Tipo 1 – Subestimulação: Sujeitos caracterizados por este tipo de personalidade manifestam uma tendência permanente para considerarem um «objecto» altamente valorizado do ponto de vista emocional como sendo o factor mais importante para alcançarem o seu bem-estar e felicidade. A ausência, ou a rejeição, por parte des-

te «objecto» é vivida como sendo um acontecimento traumático. Estas pessoas não conseguem desligar-se do «objecto» (permanecendo dependentes em relação a «ele»). Esta incapacidade de conquistar o «objecto» produz um «stress» intenso e profundo nos indivíduos caracterizados por este tipo de personalidade (H. J. Eysenck, 1988, p. 64).

Esta definição tipológica da pessoa com «tendência para sofrer de cancro» (*cancer prone people*) apresentada por Eysenck, aponta para um tipo de pessoa permanentemente infeliz, sem autonomia pessoal e emocional, e incapaz de evolução maturativa. Tal facto é amplamente articulável com a conclusão do estudo de Persky, Kempthorne-Rawson e Shekelle (1987) no qual se conclui que a pessoa com maior probabilidade de morrer por doença oncológica se caracteriza por um funcionamento psicológico de tipo depressivo. O que é novo na contribuição de Eysenck (1988), baseada nos dados de Grossarth-Maticek, é a compreensão de que a «infelicidade permanente» (funcionamento depressivo) da pessoa «cancer prone» se deve a uma relação objectal perturbada e, sobretudo, perturbada de uma forma específica: a) não poder conquistar o objecto; b) não poder separar-se do objecto; c) perda objectal permanente.

A teoria objectal do funcionamento depressivo da personalidade foi enunciada pela primeira vez, tanto quanto julgamos saber, por Sigmund Freud (1917) no seu artigo «Luto e Melancolia». Neste artigo, Sigmund Freud tenta explicar o aparecimento e desenvolvimento dos estados depressivos (na altura designados genericamente por «melancolia»). Na sua opinião, o sujeito afectado pela vivência de um estado depressivo é vítima de uma «perda objectal». Alguém ou algo, real ou imaginado, foi perdido na realidade ou na fantasia. O indivíduo que sofre esta perda emocional pode ultrapassar esta situação, e aceder a um novo reequilíbrio psicológico, através de um trabalho de reelaboração psicológica designado por «trabalho de luto». Estranhamente, algumas pessoas permanecem incapazes de ultrapassar o luto motivado pela perda objectal e, nesses casos, falamos de depressão psicológica. O que Freud propõe para a compreensão desta «permanência em depressão» é a hipótese de que, nestas pessoas ocorre um processo psicológico específico. Em linhas gerais: a) a pessoa

não consegue aceitar desligar-se emocionalmente do objecto perdido; b) a pessoa vai recuperar o objecto perdido através da «introjecção» do objecto; c) a pessoa vai vingar-se do objecto, ou da perda objectal, dirigindo contra ele o seu impulso agressivo; d) como o objecto («introjectado») está «dentro da pessoa», a agressividade contra o objecto é virada contra a própria pessoa que sofre a «perda objectal»; e) a depressão psicológica é o resultado deste processo.

Portanto, na teoria Freudiana da depressão existe uma hipótese, na qual três aspectos se ligam entre si: uma causa (perda objectal), um mecanismo (o virar do impulso agressivo para dentro), e uma consequência (a depressão).

Tal como tínhamos visto, nos dois estudos prospectivos que citámos estão presentes, enquanto variáveis preditivas da incidência de doença oncológica ou da mortalidade por cancro, a depressão psicológica e a relação objectal perturbada (perda constante). Mais curioso é a existência de outros estudos em que a variável preditiva do aparecimento do cancro diz respeito à dificuldade em lidar com o impulso agressivo do próprio. A este respeito, vejamos dois exemplos de investigações orientadas por Charles Spielberger (Krasner, 1989; Solomon, 1989).

Krasner (1989) investigou uma amostra de mulheres sujeitas a remoção cirúrgica do cancro da mama, e contabilizou o número de meses que mediava entre a cirurgia e o reaparecimento da doença. A primeira grande conclusão é que, estas pacientes devem ser divididas de acordo com a idade. No grupo das pacientes com mais de 53 anos, apenas se pode prever o reaparecimento do cancro da mama com base no facto de as pacientes se submeterem (melhor prognóstico), ou não (pior prognóstico), a terapia hormonal. Pelo contrário, no grupo das pacientes com menos de 53 anos, o reaparecimento pós-cirúrgico do cancro da mama é mais provável (ou mais rápido) de ocorrer nas pacientes com valores mais elevados na escala R/ED (*Rationalization/Emotional Defensiveness*) e AX/In (*Anger Expression Inward*). Tal como é salientado por Krasner (1989), notas elevadas na escala R/ED indicam que o recalçamento e a negação do impulso agressivo são utilizados de uma forma excessiva, enquanto que notas elevadas na escala AX/In indicam que o impulso agressivo não pode ser exteriorizado e, portanto, é constan-

temente conservado no organismo do indivíduo. A conclusão a retirar é que, um dos aspectos psicológicos que facilitam o desenvolvimento do cancro da mama é a dificuldade em lidar com o impulso agressivo, nomeadamente a impossibilidade de o exprimir e, portanto, a intensa necessidade de o recalcar, negar, ou guardar dentro de si próprio. Um outro estudo, complementar deste último, é o de Solomon (1989) no qual se comparam mulheres com cancro da mama com mulheres saudáveis e, com mulheres afectadas por doença mamária benigna. Entre todas as medições psicológicas usadas, a única que contribuía para destrinçar entre os três grupos era a escala N/H (*Need for Harmony*). Esta escala é composta por dois factores: Relacionamento Harmonioso (HR) e Auto-Sacrifício (SS). Curiosamente, o factor SS é o único capaz de discriminar entre os três grupos: as doentes com cancro da mama pontuam mais ($p < 0,01$) do que as doentes com doença benigna; as doentes com cancro pontuam mais ($p < 0,01$) do que as mulheres saudáveis; as mulheres com doença benigna pontuam mais ($p < 0,01$) do que as mulheres saudáveis. Esta discriminação, que tem por base o factor SS (Auto-Sacrifício), pode e deve ser articulada com a dificuldade de lidar com o impulso agressivo detectada por Krasner (1989) entre as mulheres que apresentam um mais rápido reaparecimento pós-cirúrgico do cancro da mama. Da mesma maneira, o factor SS (Auto-Sacrifício) pode ser articulado com o mecanismo proposto por Sigmund Freud para explicar o desenvolvimento dos estados depressivos (o virar do impulso agressivo contra o próprio).

Antes de passarmos ao ponto seguinte, queremos apenas mencionar mais uma informação. De acordo com os dados da O.M.S. sobre a mortalidade devida a doenças oncológicas, a Hungria ocupa o primeiro lugar do «ranking» europeu (dados de 1992, O.M.S./D.E.P.S.). Mais detalhadamente, os homens húngaros ocupam o primeiro lugar, enquanto as mulheres húngaras ocupam o terceiro lugar. Ora, de acordo com os dados da O.M.S. para 1992 (O.M.S./D.E.P.S.), acontece que a Hungria também ocupa o primeiro lugar no «ranking» europeu das estatísticas do suicídio. Não é difícil compreender o papel que a depressão psicológica desempenha no suicídio. Com respeito ao hipotético mecanismo do «virar o impulso agressivo para dentro», no caso do

suicídio é ainda mais plausível do que noutros contextos psicopatológicos. Portanto, a elevadíssima incidência da mortalidade por cancro na Hungria não é difícil de prever se tivermos em conta a proposta teórica aqui em causa: Funcionamento Psicológico Depressivo – Depressão Imunológica – Doença Oncológica. É claro que a nossa hipótese não pretende escamotear os efeitos de outros factores (hereditários, ambientais, culturais, etc.), mas tão só, tomar em linha de conta os prováveis efeitos dos factores psicológicos.

3. CONSEQUÊNCIAS PARA A ETIOLOGIA DAS DOENÇAS ONCOLÓGICAS

Se é verdade que, os estudos citados apontam que o funcionamento psicológico desempenha um papel importante no aparecimento e desenvolvimento das doenças oncológicas então é importante discutir sobre: «Qual é o possível mecanismo através do qual esta influência se processa?»

Actualmente, está razoavelmente documentado o papel desempenhado pelo sistema imunológico no combate às células cancerígenas, tumores, etc. (Roitt, Brostoff & Male, 1989). Está também documentada a influência dos factores psicológicos e psicossociais no funcionamento do sistema imunológico (Rogers et al., 1979; Ader, 1981). Exemplos recentes confirmam que, alterações aparentemente insignificantes da vida quotidiana provocam alterações significativas no funcionamento do sistema imunológico: estudantes universitários em situação («especial») de exame apresentam aumentos significativos de monócitos na circulação sanguínea, e diminuições significativas de células CD4 e CD8 (Halvorsen & Vassend, 1987); sujeitos submetidos a «stress laboratorial» apresentam aumentos significativos de células T e de células NK na circulação sanguínea (Naliboff, et al. 1991). De igual modo, acontecimentos perturbadores da vida emocional também exercem uma influência negativa nítida no sistema imunológico: sujeitos desempregados apresentam alterações imunológicas importantes (Arnetz, et al., 1987); divórcio e qualidade da vida conjugal parecem associar-se com variações negativas do funcionamento imunológico (Kiecolt-Glaser, et al., 1987), etc.

Como se viu anteriormente, o conjunto de investigações prospectivas neste campo sugere que o aspecto psicológico em causa é o «funcionamento psicológico depressivo». Daqui, a hipótese teórica a defender é, em termos gerais: «o funcionamento psicológico depressivo facilita o funcionamento imunológico deprimido». Queremos falar em «facilitação» porquanto, é provável que esta relação não apresente o mesmo peso em todos os indivíduos; isto é, é provável que variações individuais no funcionamento orgânico de cada indivíduo conduzam a variações individuais nas possíveis consequências de saúde.

Outro aspecto a ressaltar é o carácter parcial desta influência. No caso de ela existir, é apenas um factor entre vários (hereditários, ambientais, cuidados de saúde, estilos de vida, etc.) e, por isso, a relação que defendemos não é preponderante, nem absoluta, no que respeita ao aparecimento, desenvolvimento das doenças oncológicas. Trata-se, apenas, de mais um contributo a articular com outros de diversas naturezas. Finalmente, o facto de que os estudos prospectivos apontam para o carácter inespecífico desta relação, *pode ser visto como um contra argumento à nossa teoria*. No entanto, estamos em crer que não é assim: se a relação que propomos se exerce por via indirecta, é bem possível que a natureza da doença oncológica em cada indivíduo seja determinada pelos outros factores associados, e não por esta relação que estamos a defender.

4. CONSEQUÊNCIAS PARA AS TEORIAS DA PERSONALIDADE

Em nosso entender, a coincidência dos três aspectos psicológicos mencionados (depressão psicológica; relação objectal perturbada; dificuldade em lidar com o impulso agressivo) nas investigações prospectivas das doenças oncológicas é de particular importância no domínio da personalidade. Em «Luto e Melancolia» Freud (1917) justificou a existência dos estados depressivos articulando as perturbações da relação objectal com as dificuldades de lidar com o impulso agressivo, enunciando o virar deste impulso para dentro como o mecanismo em causa nestas perturbações. Se as várias investigações prospectivas apresentam, individualmente, estes três

aspectos como sendo preditivos do aparecimento do cancro, então é possível que os três digam respeito à mesma realidade. Na nossa opinião, e de acordo com a revisão a que procedemos essa realidade deve ser designada por «funcionamento psicológico depressivo». Defendemos também que, esta coincidência (de três factores psicológicos diversos) na mesma previsão, constitui uma comprovação «acidental e indirecta» da teoria freudiana sobre a depressão (ou, de uma forma mais geral, sobre o funcionamento depressivo).

Ainda no domínio da psicologia da personalidade devemos referir dois aspectos. O primeiro diz respeito à necessidade de investigar, detalhadamente, essa realidade do «funcionamento psicológico depressivo». Apesar de existir e de ser depressivo, esse funcionamento não pode ser confundido com a depressão clínica ou patológica (aquela que no M.M.P.I. é detectada nos indivíduos com mais de 70 pontos). O segundo aspecto diz respeito à importância do conceito de «impulso agressivo». Amplamente usado na teorização psicodinâmica, este conceito foi ignorado durante décadas por alguns dos mais importantes estudiosos da personalidade humana. Raramente é enunciado para explorar a organização «normal» ou «adaptativa», cabendo-lhe apenas lugar na discussão das patologias mais adversas. As investigações de Charles Spielberger e colaboradores, felizmente, repõem este conceito em discussão e apontam a sua particular importância no domínio da psicologia da saúde (Spielberger, et al., 1983; 1988; 1991). Por isso, pensamos que a utilidade deste conceito no âmbito da investigação «Funcionamento Psicológico – Doença Oncológica» ajuda a recolocar a importância teórica do «impulso agressivo» no mundo da psicologia da personalidade.

4.1. *Novas hipóteses experimentais*

Caso o nosso raciocínio esteja correcto, deveria ser útil proceder a três delineamentos quase-experimentais:

1. Investigar, numa amostra de doentes depressivos, se os factores psicológicos indicados se correlacionam como esperado: a) se a depressão psicológica tem uma correlação positiva e significativa com as perturbações da relação ob-

jectal (do modo descrito por Eysenck, 1988); b) se a depressão tem uma correlação positiva e significativa com o mecanismo de defesa que vira o impulso agressivo contra o próprio e, c) se a relação objectal perturbada (Tipo 1; Eysenck, 1988) se correlaciona com o referido mecanismo de defesa. Pelo menos, a hipótese b) parece estar já razoavelmente documentada: Ihilevich e Gleiser (1991, p. 58) referem que as pessoas que possuem um perfil TAS (*Turning Against Self*) elevado, também possuem valores elevados (acima de 70) na escala D do M.M.P.I. Se na amostra de mulheres existem outras escalas do M.M.P.I. com valores elevados (Pt e Sc), na amostra de homens a escala D é a única acima de 70 entre todas as escalas do M.M.P.I.

2. Investigar, em amostras de doentes oncológicos sofrendo da mesma afecção, se a relação entre as três variáveis se mantém como é esperado, ou seja, se as intercorrelações são elevadas e se distinguem, ou não, os doentes oncológicos de amostras de pessoas saudáveis.

3. Uma terceira hipótese é de tipo transcultural. Em todos os países civilizados se estuda a estatística da mortalidade por cancro e, simultaneamente, tenta-se articular esse estudo com os conhecimentos disponíveis sobre a vida e os hábitos de cada país (hábitos alimentares, estilos de vida, desenvolvimento sócio-económico, cuidados de saúde, etc.). Se a hipótese «Funcionamento Psicológico Depressivo – Funcionamento Imunológico Deprimido – Doença Oncológica» é correcta, então, os países com mais elevados índices de depressão psicológica deveriam ser os países com mais elevados índices de mortalidade por cancro. É difícil discutir esta hipótese, pois não são frequentes os dados, nem as discussões transculturais da depressão psicológica (mais difícil é obter dados comparáveis). No entanto, os dados da O.M.S. (relativos a 1992) que apontam a Hungria como o país europeu com mais elevada mortalidade por cancro, articulados com os dados sobre o suicídio, apontam para a validade deste tipo de estudo.

Finalmente, não podemos deixar de enunciar a hipótese fundamental neste contexto: numa amostra ampla e representativa da «distribuição normal» da população deve poder estabelecer-se

uma correlação positiva e significativa entre o nível de depressão psicológica e alguns indicadores de depressão imunológica.

Alguns dados, obtidos com amostras específicas, podem ajudar-nos a apreciar a possibilidade contida na última hipótese. Tal como é salientado por Baker (1987), doentes com depressão psicológica grave apresentam sinais de depressão imunológica (Kronfol et al., 1983; Schleifer et al., 1984). O mesmo não se passa com deprimidos não hospitalizados, esquizofrénicos hospitalizados ou pacientes admitidos para tratamento cirúrgico de hérnias (Schleifer et al., 1985). Estes resultados permitem compreender que: a) existe uma relação entre depressão psicológica e depressão imunológica; b) esta relação pode ser alterada pela medicação que permite ao doente depressivo permanecer em ambulatório; c) a patologia psiquiátrica, só por si, não induz a depressão imunológica (uma vez que os esquizofrénicos internados não apresentam depressão imunológica) e, finalmente, d) que o internamento hospitalar, só por si, não é suficiente para gerar depressão imunológica (uma vez que doentes internados para cirurgia não a apresentam).

5. CONSEQUÊNCIAS PARA A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

Certamente que uma situação de saúde tão complexa como a que resulta das doenças oncológicas tem de ser combatida com uma multiplicidade de recursos. Médicos, enfermeiras, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros técnicos não são demais para apoiar os pacientes que sofrem de cancro e as suas famílias. Nos últimos anos, investigações têm demonstrado que a intervenção psicológica desempenha um papel crucial na reconquista do bem-estar e da qualidade de vida destes doentes (Andersen, 1992). Mais do que isso, gostaríamos de defender que a intervenção psicológica, actuando indirectamente no funcionamento global do organismo pode afectar positivamente o sistema imunológico e, por isso, melhorar as perspectivas de saúde dos doentes oncológicos.

A medição do tempo de sobrevivência tem sido usada como indicador do efeito positivo da intervenção psicológica em doentes cancerosos.

Neste particular, a investigação mais promissora parece ser a de David Spiegel et al. (1989). Após vários anos de investigação (Spiegel, Bloom & Yalom 1981; Spiegel & Bloom, 1983; Spiegel, 1985) Spiegel apresenta os dados de uma intervenção psicoterapêutica com doentes do cancro da mama (todas as pacientes tinham metástases). O grupo submetido à intervenção psicoterapêutica apresenta uma sobrevivência duas vezes superior à do grupo controlo (*follow-up* de 10 anos). Extremamente bem controlado, este estudo não parece sofrer de qualquer viés sistemático.

À pergunta de porquê os pacientes de Spiegel e colaboradores sobrevivem o dobro do tempo dos doentes não submetidos a psicoterapia, apenas nos ocorre uma resposta: a intervenção psicoterapêutica em causa possibilitou a estas doentes uma melhor «elaboração do seu impulso agressivo» o que, indirectamente, lhes permitiu uma reactivação saudável do seu sistema imunológico, a qual permitiu um aumento do tempo de vida na medida em que atrasou o crescimento dos tumores.

A nossa interpretação é altamente especulativa mas, no entanto, radica nas próprias palavras dos autores que estamos a referir. Segundo Spiegel et al. (1989, p. 889), uma das funções mais importantes dos líderes dos grupos terapêuticos era assegurar que as pessoas permanecessem envolvidas na tarefa de encarar as suas perdas, e executar o trabalho de luto correspondente. Além disso, Spiegel et al. (1981, p. 528), discutindo a natureza do procedimento psicoterapêutico adoptado, e a sua pertinência em pacientes oncológicos, afirmavam textualmente: «Expressões de hostilidade e depressão são, do ponto de vista deste estudo, sinais de vida.» É claro que a proposta de intervenção apresentada por Spiegel e colaboradores ao longo da década de 80 é um todo complexo e multifacetado. Naturalmente, os resultados positivos alcançados não resultam apenas do uso ou manejo de um só aspecto específico. Neste particular, não deve ser esquecida a intervenção hipnótica destinada a diminuir a intensidade das dores derivadas do cancro, e o aumento do autocontrolo dos pacientes sobre a sintomatologia dolorosa (Spiegel, 1985). No entanto, o que parece resultar das diversas descrições psicoterapêuticas empreendidas pela equipa de Spiegel é a necessidade de

preparar estes doentes para uma luta, em vez de os ajudar a fugir (ou fingir que a sua doença não é tão grave quanto sabemos).

O ponto de vista que defendemos, e já enunciámos neste artigo, é que a intervenção psicoterapêutica tem mais probabilidades de sucesso caso permita uma «elaboração mais saudável» do «impulso agressivo» dos doentes oncológicos. Possivelmente, uma forma útil de ilustrar esta proposta pode ser encontrada nos trabalhos de Achterberg e Lawlis (1980, 1984). Nos seus trabalhos, estes autores defendem que o uso da imaginação (comportamento imaginado) por parte dos doentes oncológicos pode ser utilizado em dois sentidos: psicodiagnóstico e terapêutico. Nesta proposta, inscrita num contexto psicoterapêutico mais vasto, o uso da imaginação é realizado através do desenho. Mais concretamente, através do desenho das células doentes (cancerosas) e do desenho das células saudáveis (imunológicas) que combatem o cancro. O resultado global destes desenhos é um combate; uma luta entre a saúde e a doença. Observando cuidadosamente esses desenhos podemos perceber que, os pacientes com melhor prognóstico são aqueles que conseguem imaginar os seus glóbulos brancos como mais poderosos (isto é, agressivos) contra as células cancerígenas mais fracas. Os autores referidos criaram um processo de cotação que tem em conta 14 variáveis. Entre os doentes oncológicos que obtêm mais de 198 pontos, 93% apresentam regressão dos tumores ou ausência de doença no «follow-up» de 2 meses. Também entre os doentes oncológicos, aqueles que obtêm uma pontuação de 150 ou inferior, 100% apresentam uma nova doença oncológica, ou morreram no mesmo período de tempo (Achterberg & Lawlis, 1984, p. 124).

Estamos inclinados a acreditar que o desenvolvimento da psicologia da saúde, nomeadamente nas áreas de prevenção e promoção de saúde, vai levar a um incremento significativo dos exemplos de intervenção neste campo. Além disso, a presença cada vez mais generalizada dos psicólogos nas instituições de saúde motiva e estimula o desenvolvimento da investigação nesta área. Portanto, é provável que num futuro próximo, novos dados de investigação demonstrem se, sim ou não, a «elaboração saudável do impulso agressivo» é um aspecto pertinente na

intervenção psicoterapêutica com doentes oncológicos.

BIBLIOGRAFIA

- Ader, R. (1981). *Psychoneuroimmunology*. San Diego: Academic Press Inc, Behavioral Medicine Sciences.
- Achterberg, J. & Lawlis, G.F. (1980). *Bridges Of The Bodymind: Behavioral Approaches To Health Care*. Champaign, Illinois: Institute for Personality and Ability Testing.
- Achterberg, J. & Lawlis, G.F. (1984). *Imagery And Disease*. Champaign, Illinois: Institute for Personality and Ability Testing.
- Andersen, B.L. (1992). Psychological Interventions For Cancer Patients To Enhance The Quality Of Life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4): 552-568.
- Arnetz, B.B., Wasserman, J., Petrini, B., Brenner, S.O., Levi, L., Eneroth, P., Salovaara, H., Hjelm, R., Salovaara, L., Theorell, T. & Petterson, I.L. (1987). Immune Function In Unemployed Women. *Psychosomatic Medicine*, 49(1): 3-12.
- Baker, G.H.B. (1987). Invited Review: Psychological Factors And Immunity. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(1): 1-10.
- Eysenck, H.J. (1988). Personality, Stress and Cancer: Prediction and Prophylaxis. *British Journal of Medical Psychology*, 61: 57-75.
- Fox, B.H. (1988). Psychogenic Factors In Cancer, Especially Its Incidence. In *Topics in Health Psychology* (S. Maes, C.D. Spielberger, P.B. Defares, I.G. Sarason, Eds.), New York: John Wiley & Sons.
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. *SE*, v. XIV, pp.239-258, London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1957.
- Grossarth-Maticek, R. (1980). Synergistic Effects Of Cigarette Smoking, Systolic Blood Pressure And Psychosocial Risk Factors For Lung Cancer, Cardiac Infarct And Apoplexy Cerebri. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34: 267-272.
- Grossarth-Maticek, R., Siegrist, J. & Vetter, H. (1982). Interpersonal Regression as a Predictor of Cancer. *Social and Scientific Medicine*, 16: 493-498.
- Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D.T., Vetter, H. & Schmidt, P. (1983). Psychosomatic Factors Involved in the Process of Cancer Genesis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 40:191-210.
- Grossarth-Maticek, R., Frenzel-Beyme, R. & Becker, N. (1984). Cancer Risks Associated With Life Events And Conflict Solutions. *Cancer Detection And Prevention*, 7: 201-209.
- Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J. & Kanazir, D.T. (1985). Psychosocial Factors as Strong Predictors of Mortality From Cancer, Ischaemic Heart Disease and Stroke: The Yugoslav Prospective Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29: 167-176.
- Grossarth-Maticek, R., Heysenck, H.J., Vetter, H. & Schmidt, P. (1986). *Results of the Heidelberg Prospective Psychosomatic Intervention Study*. Comunicação apresentada na International Conference on Health Psychology, Tilburg University, 3-5 Julho.
- Grossarth-Maticek, R., Heysenck, H.J. & Vetter, H. (1987). Personality Type, Smoking Habit and Their Interaction as Predictors of Cancer and Coronary Heart Disease. *Personality And Individual Differences*.
- Halvorsen, R. & Vassend, O. (1987). Effects of Examination Stress on Some Cellular Immunity Functions. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(6): 693-701.
- Ihlevich, D. & Gleser, G. (1991). *Defenses In Psychotherapy: The Clinical Application Of The Defense Mechanisms Inventory*. Owosso, Michigan: D.M.I. Associates.
- Kiecolt-Glaser, J., Fisher, L., Ogrocki, P., Stout, J., Speicher, C. & Glaser, R. (1987). Marital Quality, Marital Disruption, and Immune Function. *Psychosomatic Medicine*, 49(1): 13-34.
- Krasner, S.S. (1989). *Psychological Correlates of Progression in Breast Cancer*. Ph. D. Thesis, University of South Florida.
- Kronfol, Z., Silva, J. Jr., Greden, J., Dembinski, S., Gardner, R. & Carrol, B. (1983). Impaired Lymphocyte Function in Depressive Illness. *Life Sci.*, 33: 241-247. Citado por Baker, G.H.B. (1987). Invited Review: Psychological Factors And Immunity. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(1): 1-10.
- Naliboff, B., Benton, D., Solomon, G., Morley, J., Fahey, J., Bloom, E., Makinodan, T. & Gilmore, S. (1991). Immunological Changes in Young and Old Adults During Brief Laboratory Stress. *Psychosomatic Medicine*, 53: 121-132.
- O.M.S./D.E.P.S. *Dados da Organização Mundial de Saúde, referentes ao ano de 1992, fornecidos pelo Departamento de Estudos e Planeamento de Saúde*, Ministério da Saúde, Lisboa.
- Persky, V.W., Kempthorne-Rawson, J. & Shekelle, R.B. (1987). Personality and Risk of Cancer: 20-Year Follow-Up of the Western Electric Company. *Psychosomatic Medicine*, 49: 435-449.
- Rogers, M.P., Dubey, D. & Reich, P. (1979). The Influence of The Psyche and the Brain on Immunity and Disease Susceptibility: A Critical Review. *Psychosomatic Medicine*, 41:147-164.
- Roitt, I., Brostoff, J. & Male, D. (1989). *Immunology*. New York: Gower Medical Publishing.

- Schleifer, S.J., Keller, S.E., Meyerson, A.T., Raskin, M.J., Davis, K.L. & Stein, M. (1984). Lymphocyte Function in Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 41: 484-486. Citado por Baker, G.H.B. (1987). Invited Review: Psychological Factors And Immunity. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(1): 1-10.
- Schleifer, S.J., Keller, S.E., Siris, S.G., Davis, K.L. & Stein, M. (1985). Lymphocyte Function in Ambulatory Depressed Patients, Hospitalized Schizophrenic Patients, and Patients Hospitalized for Herniorrhaphy. *Archives of General Psychiatry*, 42: 129-133. Citado por Baker, G.H.B. (1987). Invited Review: Psychological Factors And Immunity. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(1): 1-10.
- Solomon, E.P. (1989). *Personality Characteristics and Coping Mechanisms of Women With Breast Cancer*. Ph. D. Thesis, University of South Florida.
- Spiegel, D. (1985). The Use Of Hypnosis In Controlling Cancer Pain. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 35: 221. Citado por Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, Gottheil, H. (1989). Effect of Psychosocial Treatment on Survival of Patients With Metastatic Breast Cancer. *The Lancet*, October 14: 888-891.
- Spiegel, D. & Bloom, J. (1983). Group Therapy And Hypnosis Reduce Metastatic Breast Carcinoma Pain. *Psychosomatic Medicine*, 45: 333-339.
- Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, Gottheil, H. (1989). Effect of Psychosocial Treatment on Survival of Patients With Metastatic Breast Cancer. *The Lancet*, October 14: 888-891.
- Spiegel, D., Bloom, J., Yalom, I. (1981). Group Support For Patients With Metastatic Cancer. *Archives of General Psychiatry*, 38: 527-533.
- Spielberger, C.D., Jacobs, G., Russell, S. & Crane, R.S. (1983). Assessment of Anger: The State-Trait Anger Scale. In *Advances in Personality Assessment*, Vol. 2 (J.N. Butcher & C.D. Spielberger, Eds.), pp. 159-187, Hillsdale, NJ: LEA.
- Spielberger, C.D., Krasner, S.S. & Solomon, E.P. (1988). The Experience, Expression and Control of Anger. In *Health Psychology: Individual Differences And Stress* (M.P. Janisse, Ed.), pp. 89-108, New York: Springer Verlag, Publishers.
- Spielberger, C.D., Crane, R.S., Kearns, W.D., Pellegrin, K.L. & Rickman, R.L. (1991). Anger And Anxiety In Essential Hypertension. In *Stress and Emotion*, Vol. 14 (C.D. Spielberger & I.G. Sarason, Eds.), pp. 266-283, New York: Hemisphere, Taylor & Francis.

RESUMO

Neste artigo discutem-se algumas das investigações mais importantes no domínio da relação «Funcionamento Psicológico – Doença Oncológica». Salientam-se os estudos que relacionam estas doenças com a depressão psicológica e com as variáveis psicológicas associadas a esta patologia. Conclui-se pela pertinência da explicação psicodinâmica da depressão psicológica, bem como acerca da sua importância na programação da intervenção psicoterapêutica com doentes oncológicos.

ABSTRACT

This article deals with some of the most important research papers about the «Psychological Functioning Cancer Disease» relation. Psychological depression is discussed as a major psychological variable in the etiological discussion of cancer. Other psychological variables are related to the understanding of the paper that depression plays in cancer incidence and development. Conclusions are taken about the importance of psychodynamic understanding of psychological depression, as well as about the importance of this understanding when planning psychotherapy for cancer patients.