

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ELISABETE ABIB PEDROSO DE SOUZA

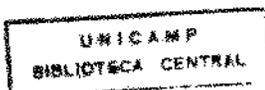
**ANSIEDADE NA DISFUNÇÃO
SEXUAL EM EPILÉPTICOS**

**Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas junto ao
Curso de Pós-Graduação em Neurociências**

ORIENTADOR:

Prof.Dr. Carlos A. Mantovani Guerreiro

CAMPINAS, 1995



| | |
|--------------|-------------------------------------|
| UNIDADE | BC |
| N.º CHAMADA: | T.1301501 |
| | 5089a |
| V. | Ex |
| TOMBO BC | 66763 |
| PROC. | 667196 |
| C | <input type="checkbox"/> |
| D | <input checked="" type="checkbox"/> |
| PREÇO | 11,00 |
| DATA | 08/02/96 |
| N.º CPD | |

CMUV 83135-0

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP

Souza, Elisabete Abib Pedroso de
Sp89a Ansiedade na disfunção sexual em epilepticos / Elisabete
Abib Pedroso de Sousa. Campinas, SP : [s.n.], 1995.

Orientador: Carlos Alberto Mantovani Guerreiro
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

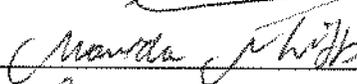
1. Epilepsia. 2. Distúrbios sexuais. 3. Ansiedade.
I. Guerreiro, Carlos Alberto Mantovani. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

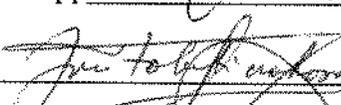
Banca Examinadora da Tese de Doutorado

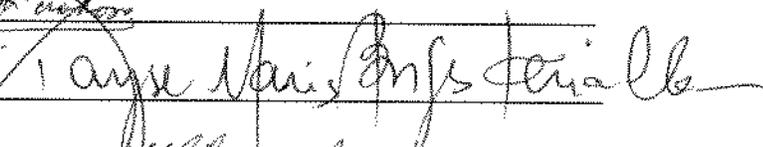
Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Mantovani Guerreiro

Membros:

1. Prof. Dr. Carlos Alberto Mantovani Guerreiro 

2. Profa. Dra. Marilda Novaes Lipp 

3. Prof. Dr. Tolentino Rosa 

4. Profa. Dra. Dayse Maria Borges Keiralla 

5. Profa. Dra. Vanda Maria Gimenes Gonçalves 

Curso de Pós-Graduação em Neurociências da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 24/11/95

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação em Neurociências da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Doutor em Neurociências pela Psicóloga ELISABETE ABIB PEDROSO DE SOUZA.

CEGN/FCM/UNICAMP, 24 de novembro de 1995


CARLOS ALBERTO MANTOVANI GUERREIRO
Orientador

Aventurar-se causa ansiedade, mas deixar de arriscar-se é perder a si mesmo,... E aventurar-se no sentido mais elevado é precisamente tomar consciência de si próprio.

KIERKEGAARD

DEDICATÓRIA

Fazer um trabalho é caminhar em direção à auto-realização.

Reafirmo meu amor a meus pais, **Eduardo e Lúcia**, a meu marido, **Antonio Sérgio** e a meus filhos, **Sérgio Luiz e Cristiane**, dedicando-lhes este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Sou grata por ter amigos que, de coração, dedicaram parte do seu tempo a compreender, questionar e aprofundar aquilo que eu escrevia.

Agradeço

Ao Prof. Dr. **Carlos Alberto Mantovani Guerreiro**, por estender sua competência profissional à orientação deste trabalho; pela confiança, incentivo e apoio à minha carreira profissional.

À Profa. Dra. **Dayse Maria Borges Keiralla**, pelo conhecimento traduzido em leitura cuidadosa e enriquecedora; pela amizade traduzida em cooperação em todas as etapas deste estudo.

À Profa. Dra. **Marilda Novaes Lipp**, por me ensinar com sabedoria, dedicação e seriedade a pesquisa, pela valorização incondicional do meu trabalho profissional; pela crença na pessoa.

À Profa. Dra. **Diosely de Castro Silveira**, pela contribuição na busca da compreensão deste estudo, pela companhia no desejo de acertar.

À uma amiga especial, **Ana Cristina Zamberlam**, por uma escuta afetuosa que alivia o coração e por confirmar que solidariedade e troca são possíveis e facilitam o crescimento pessoal.

Ao amigo **Ivan Capelatto**, pela acolhida nos momentos de desamparo, por me ensinar sobre coragem e determinação.

Aos amigos do Departamento de Neurologia, à paciência e compreensão que manifestaram nos momentos de dúvidas, incertezas e alegrias.

À Profª. Dra. **Gabriela Stangehaus** do IMECC, pelo tratamento estatístico e disponibilidade em abrir exceções.

À Profª. **Ieda Nice Gonçalves**, pela cuidadosa revisão deste trabalho, quanto aos aspectos lingüísticos.

Ao **Marcio Rogério Ferreira Lima**, sempre atencioso e disposto no trabalho de digitação.

Às secretárias **Solange Adriana Bonin Pereira** e **Ana Adélia Monteiro Fagundes** que propiciaram apoio efetivo.

À enfermeira e atendentes do Ambulatório de Neurologia que facilitaram meu trabalho.

Finalmente, agradeço aos meus pacientes - homens e mulheres - cujas experiências e sentimentos são descritos, mas cuja privacidade prometi proteger.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| PRÓLOGO..... | 01 |
| DISFUNÇÃO SEXUAL..... | 05 |
| 1. Conceito e Classificação..... | 06 |
| 2. Determinantes Biológicas da DS..... | 09 |
| 3. Determinantes Psicológicos da DS..... | 10 |
| ANSIEDADE..... | 16 |
| 1. Aspectos Históricos do Conceito de Ansiedade..... | 17 |
| 2. Ansiedade como Estado e Traço..... | 23 |
| 3. Ansiedade na Disfunção Sexual..... | 26 |
| EPILEPSIA E DISFUNÇÃO SEXUAL..... | 35 |
| 1. Conceito e Classificação das Epilepsias..... | 36 |
| 2. Epilepsia e Disfunção Sexual..... | 39 |
| 3. Determinantes da Disfunção Sexual na Epilepsia..... | 40 |
| OBJETIVOS..... | 55 |

| | |
|--|-----|
| MATERIAL E MÉTODOS..... | 57 |
| 1. População do estudo..... | 58 |
| 2. Instrumentos..... | 60 |
| 3. Procedimento..... | 64 |
| 4. Julgamento clínico da DS..... | 65 |
| 5. Julgamento clínico do traço de ansiedade..... | 66 |
| 6. Análise estatística..... | 66 |
| | |
| CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA..... | 67 |
| | |
| RESULTADOS..... | 83 |
| | |
| DISCUSSÃO..... | 120 |
| | |
| CONCLUSÃO..... | 153 |
| | |
| SUMMARY..... | 155 |
| | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 157 |
| | |
| ANEXOS..... | 191 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| 1 - Identificação do Grupo de Epilépticos - Homens..... | 69 |
| 2 - Identificação do Grupo de Epilépticos - Mulheres..... | 70 |
| 3 - Identificação do Grupo Controle - Homens..... | 72 |
| 4 - Identificação do Grupo Controle - Mulheres..... | 73 |
| 5 - Crises Epilépticas e Epilepsias - Homens..... | 77 |
| 6 - Crises Epilépticas e Epilepsias - Mulheres..... | 78 |
| 7 - Tipo e Dose da Medicação e Exames Complementares em Homens..... | 81 |
| 8 - Tipo e Dose da Medicação e Exames Complementares em Mulheres..... | 82 |
| 9 - Caracterização da Disfunção Sexual GI..... | 86 |
| 10 - Caracterização da Disfunção Sexual GII..... | 87 |
| 11 - Significado das Crises GI - Homens..... | 88 |
| 12 - Significado das Crises GI - Mulheres..... | 89 |
| 13 - Identificação de Problemas Pessoais - GI Homens..... | 90 |
| 14 - Identificação de Problemas Pessoais - GI Mulheres.... | 91 |
| 15 - Identificação de Problemas Pessoais - GII Homens..... | 92 |
| 16 - Identificação de Problemas Pessoais- GII Mulheres.... | 93 |

| | |
|--|-----|
| 17 - Significado da Atividade Sexual - GI Homens..... | 94 |
| 18 - Significado da Atividade Sexual - GI Mulheres..... | 95 |
| 19 - Significado da Atividade Sexual - GII Homens..... | 96 |
| 20 - Significado da Atividade Sexual - GII Mulheres..... | 97 |
| 21 - Modelos de Afetividade - GI Homens..... | 98 |
| 22 - Modelos de Afetividade - GI Mulheres..... | 99 |
| 23 - Modelos de Afetividade - GII Homens..... | 99 |
| 24 - Modelos de Afetividade - GII Mulheres..... | 100 |
| 25 - Educação Sexual GI e GII..... | 101 |
| 26 - Religião GI - Homens e Mulheres..... | 102 |
| 27 - Religião GII - Homens e Mulheres..... | 103 |
| 28 - Primeiras Experiências (GI e GII)..... | 104 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| 1 - Resultados da análise de Variância..... | 108 |
| 2 - Resultados de Ansiedade e Sexo GI..... | 109 |
| 3 - Resultados de Ansiedade e Sexo GII..... | 109 |
| 4 - Resultados de Depressão e Sexo GI..... | 110 |
| 5 - Resultados de Depressão e Sexo GII..... | 110 |
| 6 - Resultados de Disfunção Sexual e Sexo GI..... | 111 |
| 7 - Resultados de Disfunção Sexual e Sexo GII..... | 111 |
| 8 - Resultados de Ansiedade e Grupo..... | 112 |
| 9 - Resultados de Depressão e Grupo..... | 113 |
| 10 - Resultados da Disfunção Sexual e Grupo..... | 114 |
| 11 - Resultados de Ansiedade e Disfunção Sexual GI..... | 115 |
| 12 - Resultados de Ansiedade e Disfunção Sexual GII..... | 115 |

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi investigar contingências internas decorrentes de avaliações afetivo-cognitivas dos sujeitos que controlam seu comportamento sexual enquanto epiléticos. Foram utilizados o Inventário de Ansiedade Traço e Estado de Ansiedade (SPIELBERGER e col, 1970), o Inventário de Depressão Beck (BECK, 1974) e o Protocolo de Comportamento Sexual (SOUZA, 1992). Através de auto-relatos, avaliaram-se desempenho sexual, crenças, valores, religião, modelos de afetividade familiar, experiências pessoais com a sexualidade e percepção do parceiro.

A disfunção sexual (DS), ansiedade e depressão foram mais frequentemente encontradas no grupo de epiléticos que no grupo controle, tendo-se observado, em ambos os grupos, associação entre ansiedade e DS. Variáveis como início das crises, frequência, duração e medicação não foram relacionadas à DS. A associação entre epilepsia de lobo temporal (ELT) e DS foi significativa ($p=0,035$), mas não foi significativa a relação de ELT com ansiedade e depressão. Percepção de controle de crises pelo paciente não foi associada à DS ($p=0,785$), mas foi significativamente associada à ansiedade ($p=0$) e à depressão ($p=0,009$).

Os epiléticos fazem referência negativa à epilepsia e a si próprios, sendo que os homens, quando disfuncionais sexuais, relatam mais dificuldades por não manterem o seu papel social sexual que as mulheres. Estas apresentam mais crenças irracionais.

A importância dos fatores psicológicos na alteração do comportamento sexual em epiléticos merece atenção e controle de variável. Sugere-se que pesquisas futuras possam se beneficiar da inclusão de medidas das experiências subjetivas dos indivíduos portadores de epilepsia.

PRÓLOGO



Há 17 anos, quando iniciei meu trabalho na UNICAMP, não poderia imaginar que estaria hoje finalizando mais uma etapa de minha carreira profissional com tranquilidade e determinação.

Meus primeiros passos no Departamento de Neurologia começaram com a avaliação psicológica dos deficientes mentais, respondendo ao interesse de um projeto de pesquisa da Neurologia Infantil que se propunha a integrar profissionais de várias áreas (neurologia, psicologia, pedagogia e fonoaudiologia).

Minha atuação constante foi despertando na área médica a necessidade de um diagnóstico e acompanhamento psicológico em pacientes de outras especialidades neurológicas. Comecei a tomar contato com doenças degenerativas neuromusculares, epilepsia, cefaléia, demência e outras.

A irrestrita abertura e a confiança em mim depositada, desde o início, permitiram a estruturação do Setor de Psicologia através do trabalho de estagiárias (que buscaram o hospital ávidas de experiências), no sentido de melhor atender às necessidades dos pacientes das diversas especialidades neurológicas. Para isto, em 1985, o atendimento psicológico foi organizado de modo a responder às solicitações destas áreas.

Cada psicólogo foi particularmente delineando seu perfil. Direcionei minha atuação principalmente para o que acredito ser primordial no exercício de meu papel de psicoterapeuta - avaliar e acompanhar o desenvolvimento emocional do indivíduo.

No contato diário com a doença neurológica, uma questão foi se impondo às demais - como o doente percebia a doença. Acompanhando clinicamente estes pacientes,

pude observar a importância de se considerar a pessoa do doente no tratamento médico, quais suas expectativas, desejos, sensações e sentimentos frente ao fato de “ser doente”, qual seu comportamento, a partir daí e qual a reação do ambiente. Constatei a importância de se considerar como a doença física se associa ao universo psicológico do sujeito.

Meu interesse no aprofundamento dos aspectos psicológicos relacionados à epilepsia aconteceu naturalmente. O grande contingente de pacientes e a leitura exaustiva com o objetivo de responder às pesquisas que surgiam na área direcionaram meu mestrado e trabalhos posteriores.

A investigação rotineira das variáveis psicossociais do portador de epilepsia, atualmente englobadas no conceito de qualidade de vida, definiu o papel da sexualidade como fator importante no bem estar do indivíduo.

O estudo da sexualidade torna-se fundamental ao ser humano porque, além do seu aspecto biológico que envolve a reprodução humana, representa, no seu aspecto psicológico, uma questão que está intimamente ligada ao crescimento pessoal, à auto-estima e à formação de vínculos afetivos saudáveis.

As mudanças de relacionamento interpessoal entre homens e mulheres e as modificações nas noções de atuação e responsabilidade no intercuro sexual que ocorreram nas últimas décadas, não foram ainda suficientes para garantir um relacionamento sexual satisfatório para muitos parceiros.

São muitas as variáveis psicológicas que atuam e interatuam com variáveis orgânicas, determinando ou mantendo dificuldades sexuais.

Particularmente no caso das doenças crônicas como a epilepsia, dificuldades na área da sexualidade são freqüentes e a questão psicológica permanece como uma incógnita na equação doença e indivíduo que adoece.

Pesquisas mais recentes no campo da epilepsia têm priorizado aspectos relacionados a como a doença afeta o dia-a-dia de seus portadores, e este estudo focaliza como a doença afeta a sexualidade numa dimensão psicológica.

DISFUNÇÃO SEXUAL

1. Conceito e Classificação

O conhecimento na área de sexualidade tem avançado como resultado de trabalhos de pesquisa (MASTERS e JOHNSON, 1966, 1970) e da experiência clínica (KAPLAN, 1970; LO PICCOLO e LO PICCOLO, 1978; LOBITZ e LOBITZ, 1978). Como consequência, existe hoje um maior reconhecimento da dificuldade em se definir o que é "normal" ou "patológico", particularmente no que se refere ao comportamento sexual, devido ao alto grau de relativismo cultural.

Deve-se lembrar que a função sexual implica na mudança de uma variedade de respostas reflexas inatas integradas numa matriz psicossocial. Segundo MASTERS e JOHNSON (1970) e KOLODNY e col (1982), quando estes mecanismos fisiológicos básicos da função sexual estão alterados por uma variedade de fatores orgânicos ou psicogênicos, consideram-se os indivíduos disfuncionais. KAPLAN (1974) caracteriza estes indivíduos disfuncionais como incapazes de ter prazer na relação sexual, entendida como satisfação física e emocional.

A definição utilizada pelo Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM III-R - AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 1987) nos parece completa na medida em que leva em conta, além dos aspectos fisiológicos da função sexual, seu componente subjetivo (emocional e cognitivo).

O DSM III-R (1987) define que:

"...A disfunção sexual (DS) se caracteriza pela inibição das mudanças da apetitividade ou psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual completo" (pag. 307).

Tomando como referência um modelo de resposta sexual completo, qualquer alteração anatômica e psicofisiológica que possa ocorrer durante o funcionamento sexual passa a ser definido como DS.

DSM III-R categoriza os distúrbios nas seguintes áreas: Distúrbio do Desejo Sexual, Distúrbio de Excitação Sexual e Distúrbio de Orgasmo. Distingue, ainda, os distúrbios sexuais dolorosos e DS sem outras especificações (Anexo I).

Nos trabalhos mais recentes, esta classificação se apresenta com um valor didático e clínico em detrimento de classificações anteriores como as de MASTERS e JOHNSON (1970) e KAPLAN (1974), HERTOFT (1987 - citada em JENSEN e col, 1990).

Segundo dados do DSM III-R, a prevalência destes problemas é desconhecida mas parece comum, particularmente nas suas formas mais leves. Estima-se que aproximadamente 8% dos homens adultos jovens têm distúrbio de ereção e 30% têm ejaculação precoce.

Na população feminina, aproximadamente 30% têm orgasmo feminino inibido e 20% da população total têm distúrbio de desejo sexual.

Segundo LIEF (1977) e FRANK e col (1978), a ocorrência de distúrbio do desejo sexual é estimada em 17% nos homens.

Ao contrário das disfunções sexuais masculinas, as femininas não são claramente compreendidas. A própria ambigüidade conceitual, onde o diagnóstico de "frigidez" era dado sem uma análise criteriosa e englobava quaisquer formas de inibição da resposta sexual feminina, indo desde total falta de responsividade e de sensações eróticas até os graus menores de inibição orgásmica, acabou gerando dificuldades para uma estimativa adequada da prevalência das disfunções sexuais nas mulheres.

FISHER (1973), KAPLAN (1974), LEVINE e YOST (1976) e CAIRD e WINCZE (1977) identificam a disfunção orgásmica como a mais comum entre as mulheres, mas estimam entre 5 a 10% a proporção de mulheres atingidas, bem abaixo dos 30% estimados pelo DSM III-R.

Esta discrepância pode ocorrer porque os índices mais recentes mostram uma população feminina que hoje reivindica uma vida sexual mais satisfatória e procura mais tratamento para solução de seus problemas, ao contrário daquelas que, vivendo sob padrões culturais restritos, camuflavam seus desejos sexuais mais internos.

A função sexual pode ser alterada por componentes orgânicos ou psicológicos. Esta distinção muitas vezes não é clara, desde que alterações físicas são acompanhadas por reações psicológicas que possam vir a manter a resposta alterada, mesmo que o componente físico tenha sido controlado.

2. Determinantes Biológicos da Disfunção Sexual

O ato sexual bem sucedido depende, num primeiro plano, da integridade física dos órgãos sexuais. Também depende do funcionamento integrado dos sistemas musculares, neurológicos e endócrinos que apoiam as respostas sexuais masculinas e femininas (MASTERS e JOHNSON, 1966).

KOLODNY e col (1982) relacionam vários problemas que se constituem em determinantes biológicos da disfunção. São eles: problemas anatômicos, problemas cardio-respiratórios, genito urinários, hematológicos, doenças infecciosas, problemas neurológicos e vasculares, alterações endócrinas bem como ingestão medicamentosa.

A estimativa sobre o número de indivíduos com disfunções sexuais que demonstram algum componente orgânico, varia de 3 a 20%. KAPLAN (1974) verificou que, entre os sujeitos que procuraram ajuda, 10% apresentavam diabetes insípido, enfermidades neurológicas, faziam uso de narcóticos, abuso de álcool, ou ainda, apresentavam severa depressão.

As doenças crônicas e enfermidades agudas provocam alterações na função sexual por mecanismos diretos, ou seja, pela própria condição física ou metabólica, ou indireta, pela ação de drogas; juntam-se a isto as implicações psicossociais que tornam mais complexa a questão da sexualidade humana.

Os fatores orgânicos, entretanto, não produzem efeitos idênticos entre os homens e mulheres e, tampouco, sobre os variados componentes da resposta sexual (KAPLAN, 1974).

A libido, a ereção e a ejaculação no homem e a lubrificação, intumescência e orgasmo na mulher diferem na vulnerabilidade aos agentes e condições físicas distintas, recebendo diagnósticos diferenciais diversos. Além disto, a interação entre as desordens físicas e o comportamento sexual é complexa e depende dos efeitos físicos da doença ou droga, além das características psicológicas do indivíduo. Assim, o mesmo mal físico pode provocar reações diferentes entre as pessoas, dependendo de sua história sexual pregressa, sua relação com a parceira e sua capacidade de reagir adequadamente às frustrações.

O stress advindo das doenças físicas pode intensificar conseqüências negativas nos indivíduos mais vulneráveis, daí a importância do conhecimento dos aspectos psicológicos envolvidos; e, mais, é preciso considerar ainda que muitas das disfunções sexuais são determinadas por fatores psicológicos.

3. Determinantes Psicológicos da Disfunção Sexual

Parece haver, entre os autores, concordância de que a maioria das dificuldades sexuais seja determinada por fatores experienciais. Não há acordo, entretanto, quanto à natureza desses fatores, ao se considerarem as diferentes abordagens psicológicas.

A teoria psicanalítica sustenta que o conflito inconsciente derivado das experiências críticas da infância é a causa das disfunções sexuais. Outros teóricos referem-se às relações inadequadas ou patológicas entre os parceiros, que acabam desenvolvendo um ambiente sexualmente destrutivo. A teoria da aprendizagem coloca ênfase nas contingências negativas que acompanham o comportamento sexual e mantêm a resposta inadequada. A terapia do “foco sensorial” centraliza sua atenção sobre certos obstáculos específicos do funcionamento sexual.

FREUD (1920) foi o primeiro a chamar a atenção para a importância do conflito sexual no comportamento humano.

Seguindo a orientação psicanalítica, as tendências mais tradicionais encaravam as disfunções sexuais como produto de séria psicopatologia. Os fatores etiológicos mais remotos como os conflitos inconscientes que, originados das experiências familiares traumáticas, se conjugavam com as atitudes restritivas da nossa sociedade, sustentando a base das dificuldades sexuais.

O enfoque das teorias psicanalíticas centraliza-se em clarificar a relação entre as estruturas e dinâmica dos problemas neuróticos com os sexuais, mas não explica como estes conflitos inconscientes se transformam em disfunção.

As teorias de aprendizagem se preocuparam em deixar claro todas as contingências de aprendizagem sexual da história de vida do indivíduo e em propor estratégias para modificação destas contingências.

MASTERS e JOHNSON (1970) obtiveram notável importância ao modificarem o conceito no qual as disfunções sexuais representavam, invariavelmente, manifestações patológicas graves e ao proporem novas técnicas terapêuticas baseadas na abordagem comportamental. Estes autores enfatizam as fontes imediatas de ansiedade e defesas contra a sexualidade.

A partir de observações clínicas, identificaram certos fatores de origem psicológica e os categorizaram em:

- 1) **Fatores do Desenvolvimento** - relacionamentos conflituosos entre pais e filhos, dominância materna ou paterna, atitude negativa da família em relação ao sexo, menstruação e reprodução, valores e crenças religiosas rígidas, experiência sexual infantil traumática e conflitos de identidade.
- 2) **Fatores Afetivos** (que podem se fundir com os anteriores ou não) - ansiedade de desempenho, de perda do controle, quanto à aparência física, e outras, culpa, depressão e baixa auto-estima. Algumas pessoas colocam tanta ênfase na adequação sexual que, inadvertidamente, sabotam seu próprio prazer, ficando excessivamente preocupadas com o desempenho (LAZARUS, 1980). Nesta categoria, também aparecem: hipocondria, mania, medos diversos como de gravidez, de doenças sexualmente transmissíveis e outros. Os sintomas de ansiedade, depressão e baixa auto-estima também podem surgir depois de instalada a DS.

3) **Fatores Interpessoais** - hostilidade com o parceiro, má comunicação, desconfiança, falta de atração física pelo outro, preferências, valores sexuais divergentes, conflito de papéis sexuais.

4) **Fatores da Cognição** - ignorância sexual e aceitação de mitos culturais.

Estes aspectos foram reforçados por LAZARUS (1980).

5) **Outros Fatores** - aprendizagem de respostas sexuais inadequadas.

KAPLAN (1974), quando analisa as disfunções sexuais, relata que podem ser determinadas por vários fatores psicológicos. Sua formação psicanalítica não descarta a possibilidade de causas inconscientes na origem das disfunções sexuais.

Acredita que o conflito entre o desejo de satisfazer-se sexualmente e o medo inconsciente de fazê-lo tem raízes nas influências culturais perpetuadas nas relações familiares. A história de vida do indivíduo pode se constituir em obstáculos que atuam no momento em que a pessoa se empenha no comportamento sexual, prejudicando a relação. Estas respostas inadequadas parecem ser o resultado de má-informação, ignorância, presença de crenças irracionais (fatores de cognição) ou serem conseqüências de sentimentos de culpa e ansiedade (fatores afetivos), levantados por MASTERS e JOHNSON (1970) e LAZARUS (1980).

Muitas vezes, a presença de ansiedade sexual específica ao comportamento sexual pode também estar relacionada a medo de fracasso, preocupação excessiva em satisfazer o parceiro ou medo de rejeição.

Outras vezes, a ansiedade (de qualquer fonte) acaba gerando defesas que impedem a pessoa de abandonar-se às sensações eróticas. Isto dificulta a própria percepção de que mudanças na função sexual podem estar ocorrendo e a sensação subjetiva é de insatisfação física e emocional.

Certas dificuldades sexuais podem acontecer como consequência a falhas de comunicação entre os parceiros, nos quais os verdadeiros sentimentos e desejos acabam sendo camuflados.

Como se vê, MASTERS e JOHNSON (1970), KAPLAN (1974), LEVINE (1976), CAIRD e WINCZE (1977), KOLODNY e col (1982) enfatizam componentes subjetivos negativos nas relações diádicas como lutas pelo poder, hostilidade, ameaças, decepções contratuais, rejeição do parceiro por discórdia ou incompatibilidade física ou mental. Também relacionam culpa, preocupação com desempenho, falta de confiança e ansiedades específicas ou generalizadas que muitas vezes acompanham expressões e impulsos sexuais gerando, como consequência, um sistema sexual não funcional.

A rejeição ou sabotagem ao ato sexual pode tomar várias formas, como recusas através de queixas de cansaço, dores de cabeça ou outras doenças, frustração dos desejos sexuais do outro, a criação de um ambiente tenso, comportamentos que destroem as respostas sexuais. Também as dificuldades ligadas à comunicação, como por exemplo, falta de franqueza na área sexual, podem se constituir em barreiras para relações interpessoais mais saudáveis (MASTERS e JOHNSON, 1970, e KAPLAN, 1974; KOLODNY e col, 1982).

Há de se considerar, também, que as dificuldades conjugais podem estar refletindo antigas desavenças familiares ou serem produto de atuais problemas no casamento.

Sabe-se que a relação sexual bem sucedida depende da interação complexa de ocorrências neuro-hormonais altamente vulneráveis aos efeitos das estimulações emocionais, tanto intensas como crônicas.

Tensão crônica, depressão, frustração, conflitos, podem ocasionar um desequilíbrio hormonal que altera um perfeito funcionamento sexual através de influências no eixo hipotálamo-pituitária gonadal.

Por outro lado, a ereção do homem e as respostas clitorianas e vaginais na mulher controladas pelo sistema nervoso parassimpático podem ser inibidas pela descarga da divisão simpática, quando surgem dúvidas, medos, culpa, vergonha, conflitos, tensão, mágoa, hostilidade e a maioria de outras reações emocionais negativas (LAZARUS, 1980).

Segundo KAPLAN (1974), não é de se surpreender que estes estados emocionais, quando prolongados, possam causar dificuldades sexuais. A resposta sexual é de fato um mecanismo vulnerável, talvez mais facilmente perturbado que qualquer outro aspecto do comportamento (LAZARUS, 1980).

Tem-se observado que o alívio dos sintomas ocorre quando se modificam as fontes atuantes da tensão sexual, isto é, as fontes de ansiedade.

ANSIEDADE

• Aspectos Históricos do Conceito de Ansiedade

A procura de respostas para questões de carácter epistemológico, como a necessidade de considerar o organismo do observador sendo capaz de explicar o universo observado, impulsionou a filosofia e, posteriormente, a ciência em direção ao conhecimento do homem em seus aspectos psicológicos.

No contexto da filosofia, a formulação teórica de ansiedade de SOREN KIERKEGAARD no “Conceito de Angústia”, em 1844, influenciou todos os trabalhos sobre ansiedade publicados a partir de então. Este autor compara a ansiedade com a sensação experimentada numa vertigem.

“Quando o olhar mergulha num abismo, há uma vertigem, que tanto nos vem do olhar quanto do abismo, pois que nos seria impossível deixar de encarar (KIERKEGAARD, 1972, p. 85).

A partir daí, filósofos como SPINOZA, NIETZSCHE e o próprio KIERKEGAARD descrevem ansiedade como um estado de desprazer e insegurança ou impotência gerado pelo conhecimento da finitude humana. Para estes filósofos, é o conhecimento da iminência da morte ou insignificância humana que deriva a ansiedade. Assim, neste enfoque filosófico, a ansiedade é resultado de atos cognitivos, na medida em que se caracteriza, por ser uma resposta a um ato de conhecimento que implica percepção, memória, raciocínios e juízos de realidade.

WILHELM WUNDT em 1879, em Leipzig, na Alemanha, funda o primeiro laboratório psicológico e dá origem à Psicologia Experimental.

Leipzig se converteu na marca de uma nova psicologia, uma psicologia que já não era um ramo da filosofia, ao incorporar a introspecção aos recursos dos laboratórios fisiológicos, empreendendo uma análise minuciosa da sensação e percepção, numa tentativa de dar um caráter científico à psicologia especulativa.

Procurando determinar as relações entre fator da consciência, fator orgânico e fator físico que os determinam, WUNDT acrescenta o caráter fisiológico. Desta forma, apesar de utilizar-se de métodos empíricos ou experimentais, ainda guarda resquícios filosóficos ao considerar a introspecção como método básico de conhecimento dos aspectos psicológicos.

Também dentro de uma perspectiva fisiológica, na mesma época, FREUD inicia suas investigações do comportamento humano, partindo de observações clínicas. Como neurologista, procura explicar os determinantes neurológicos dos problemas que seus pacientes enfrentam.

O primeiro escrito de FREUD sobre a ansiedade trata-se de um memorando endereçado a Fliess em 1894 (apud PESSOTI, 1978). No memorando, fica patente a formação neurológica de FREUD e sua preocupação em encontrar uma explicação da ansiedade no quadro da fisiologia. Esta primeira abordagem apresenta um caráter nitidamente organicista, distanciando-se das concepções filosóficas de caráter afetivo-cognitivista nos quais a ansiedade referia-se a sentimentos de medo ou impotência diante da

morte, do futuro e da insignificância pessoal. A ansiedade é apenas uma resposta somática, ou mais precisamente, um feixe de respostas reflexas motoras, respiratórias, circulatórias, sem qualquer conteúdo psíquico, isto é, sem nenhuma referência ao conteúdo penoso de tais reações.

Num segundo momento, emerge o FREUD psiquiatra. A partir dos trabalhos de MESMER, CHARCOT e BREUER, diante de questões como a doença mental e suas observações sobre o papel da sugestão e auto sugestão nos estados hipnóticos, FREUD concebe a noção de inconsciente.

Este período marca uma mudança, uma substituição de uma concepção puramente neurofisiológica para uma concepção psicológica dos fenômenos observados nos doentes. Nesta época, substitui-se o hipnotismo pelas associações livres como forma de abordar reações afetivas recalcadas que ocasionavam os sintomas neuróticos.

Quando a energia sexual (libido) produzia imagens mentais impedidas de serem realizadas (proibidas, ameaçadoras, inadequadas entre outras), gerava ansiedade que era considerada sintoma de neurose. Nestes termos, neurose é a expressão do conflito entre o desejo sexual e a impossibilidade de realização dele (pressuposto que afastou alguns de seus colaboradores).

Em 1920, FREUD faz distinção entre ansiedade objetiva e ansiedade neurótica.

A reação de ansiedade é *objetiva* quando a fonte de perigo refere-se a um objeto externo ameaçador. A reação de ansiedade é *neurótica* quando é evocada, por impulsos internos proibidos ou inaceitáveis.

A avaliação afetiva que acompanha a percepção de uma dada situação, dando-lhe um caráter ameaçador em decorrência de experiências anteriores, torna contingente o aparecimento de respostas fisiológicas e emocionais de ansiedade.

Quando as reações são proporcionais ao perigo externo, desencadeiam comportamentos de fuga ou defesa - esta seria uma definição para ansiedade objetiva. Por outro lado, quando as reações não se referem a um objeto específico, ou são desproporcionais à gravidade da ameaça, se caracterizam como reações de ansiedade neurótica. Nesta perspectiva, as reações são desadaptadas porque mobilizam o indivíduo para se ajustar às lembranças reprimidas do “perigo”.

A grande contribuição de FREUD a respeito dos estudos de ansiedade foi considerar fundamentais a percepção e avaliação afetiva que as pessoas fazem quando diante da situação ansiógena.

Na década de 20, ao mesmo tempo, CANNON, na Escola de Medicina de Harvard, desenvolve um programa de pesquisas sobre a síndrome de ativação que consiste no estudo das bases neuro-endócrinas das emoções e cria o conceito de “homeostase” como norma do funcionamento orgânico. Frente a estímulos ameaçadores, o organismo apresenta modificação nas glândulas adrenais e sistema nervoso simpático, mobilizando-se para fugir ou enfrentar uma ameaça real ou imaginária.

Existem diferentes condições a que um organismo pode se submeter que alteram a “homeostase”, estímulos intensos como variações no esforço físico, na temperatura e nas emoções. O que determina a diferenciação de significado destas situações é o estado mental de determinado organismo.

Os mecanismos neuro-endócrinos das emoções são controlados por mecanismos cerebrais.

SELYE (1936) ampliou a noção da Síndrome de Ativação proposta por CANNON, descrevendo três fases sobre os mecanismos neuro-endócrinos das emoções. Para ele, uma situação estranha desencadeará, em primeiro lugar, uma reação de alarme que nada mais é do que excitação global do sistema nervoso simpático acompanhado de uma secreção de adrenalina e noradrenalina, seguida de uma fase de resistência quando o organismo procura se adaptar a esta nova situação e, de um estado de esgotamento, quando a intensidade e a continuidade de exposição ao estímulo excedem a capacidade de reação.

As doenças resultantes do uso excessivo deste mecanismo adaptativo foram chamados por SELYE de “doenças de adaptação” e, por autores que se seguiram, de doenças psicossomáticas.

Pesquisas na área de psicossomática como as desenvolvidas por MASSON (1975) sugerem que as pessoas reagem aos estímulos emocionais, revelando diferenças individuais relacionadas a aprendizagens anteriores na sua história de vida, diante de determinadas contingências.

Os paradigmas experimentais sobre ansiedade desenvolvidos por ESTES e SKINNER (1941) e SCHOENFELD (1950) consideram a experiência passada associada à síndrome de ativação, porém desconsideram a avaliação afetiva das experiências anteriores.

Para os experimentalistas, o objetivo é observar a mudança de comportamento. Assim, o estado de ansiedade que implica em modificações fisiológicas, respondentes, geradas pela apresentação da situação que tem a função de SD (estímulo discriminativo) é inferido da alteração quantificada na frequência de R (resposta) (ESTES e SKINNER, 1941) e de reforçador secundário negativo, ao permitir a possibilidade de acabar com a situação (SCHOENFELD, 1950).

Outros autores que se seguiram, SIDMAN (1964) e SIDMAN e BOREN (1975), não trouxeram grandes inovações aos paradigmas clínicos

Em abordagens recentes neobehavioristas, o sujeito da psicologia volta a ser o homem e não os animais de laboratório e traz, como elemento fundamental para o estudo da ansiedade, a avaliação de ameaça (LAZARUS, 1966).

A abordagem cognitivista que se segue, além de admitir as funções do estímulo, caracteriza-se principalmente por considerar que a ansiedade implica processos de conhecimento.

Para LAZARUS (1966), o ato de conhecer algo como ameaçador, implica atribuição de um significado específico a um estímulo (S). A atribuição de significado é um processo cognitivo de interpretação que é produto da aprendizagem, isto é, da história de vida de cada um.

SPIELBERGER (1979), ao avaliar a ansiedade e stress, afirma que estas reações são influenciadas tanto pelo perigo real em potencial das situações (ansiedade objetiva para FREUD) quanto pela atribuição individual (a avaliação afetiva de FREUD). A intensidade da reação é proporcional à magnitude do perigo ou ameaça percebidos.

A percepção do estímulo, como ameaçador, depende tanto das propriedades deste quanto das condições do indivíduo, ligadas às experiências prévias com situações semelhantes que geraram emoções aprendidas. Estas aprendizagens caracterizaram um estilo de personalidade, afirma SPIELBERGER, da mesma forma que LAZARUS e FREUD, embora neste último os processos cognitivos, sempre ou quase sempre inconscientes, foram pouco especificados.

• **Ansiedade como Estado e Traço**

Quando se estuda ansiedade, não se pode deixar de considerá-la como altamente generalizada e pervasiva ou ainda relacionada a situações específicas. É de SPIELBERGER e col (1970) a diferenciação utilizada por esta pesquisadora em estado e traço de ansiedade.

Os estados de ansiedade podem ser distintos de outras emoções como raiva, tristeza, pela combinação única de componentes experienciais, fisiológicos e comportamentais.

As manifestações fisiológicas e comportamentais são essenciais nos estados de ansiedade, mas as qualidades experienciais e subjetivas - apreensão, medo, tensão - dão o

caráter de desprazer às reações de ansiedade. Além disto, a especificidade do estímulo está ligada a um padrão de discriminação do estímulo, que é individualizado. Os indivíduos respondem às situações mostrando diferenças individuais.

SPIELBERGER (1979) observa que os estados de ansiedade (Estado A) são reações emocionais caracterizados pelos sentimentos conscientes e subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação.

O traço de ansiedade (Traço -A), como característica de personalidade, refere-se à tendência em ver o mundo como perigoso e ameaçador e na frequência em que são experimentados estados de ansiedade. SPIELBERGER (1979), utilizando os conceitos freudianos de ansiedade neurótica, afirma que os indivíduos com Traço A alto são bastante propensos a experimentar ansiedade neurótica derivada de pensamentos e sentimentos reprimidos nas situações perigosas, precipitando reações adicionais de Estado -A.

Quando os indivíduos, diante das sensações penosas experienciadas em determinadas situações, se utilizam de mecanismos de defesa que, segundo FREUD, são inadequados, mas que na situação presente, têm a função de reduzir o estado de ansiedade, acabam distorcendo a percepção ao banir este estímulo ameaçador do consciente, de modo que sejam consideradas menos ameaçadoras. Diante de situações futuras potencialmente prejudiciais, agirão da mesma forma, isto é, com distorção da percepção.

Esta alteração da percepção e este deslocamento de energia gera, no indivíduo, o que FREUD (1920) chama de ansiedade neurótica generalizada.

SPIELBERGER (1979), ao se referir ao traço de ansiedade, está considerando tal ansiedade neurótica, que determina reações ou estados de ansiedade diante de situações que são experienciadas como ameaçadoras.

Desta forma, a intensidade das reações de ansiedade vai depender, além das propriedades do estímulo, das características individuais, isto é, vai depender do traço de ansiedade (Traço -A) (SPIELBERGER, 1979) e dos mecanismos psicológicos utilizados para lidar com situações aversivas semelhantes.

Estas diferentes conceitualizações de ansiedade têm resultado em ansiedade medida por uma variedade de caminhos. Neste estudo, utilizou-se o Inventário de Ansiedade Traço e Estado - IDATE I e II (SPIELBERGER e col, 1970), dada sua relevância para a pesquisa, sendo traduzido em mais de vinte línguas (BIAGGIO, 1982; BIAGGIO e col, 1977), e dada sua importância para a prática clínica (SOUZA, 1988).

O Inventário de Ansiedade Traço e Estado - IDATE I e II, tem se mostrado instrumento altamente sensível em medir dois conceitos distintos de ansiedade - estado de ansiedade (Estado A) e traço de ansiedade (Traço -A). A escala Traço -A (IDATE II) fornece bons recursos para diferenciar indivíduos com propensão à ansiedade - tendência a reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevação de intensidade no estado de ansiedade. A escala de Estado A (IDATE I) é um indicador sensível de ansiedade transitória experimentada pelo indivíduo em determinado momento.

O IDATE (I e II) é, pois, um instrumento útil quando se deseja investigar aspectos relacionados à ansiedade que autores como MASTERS e JOHNSON (1970),

KAPLAN (1974), JEHU (1979) e outros, identificam como variável importante na determinação da DS.

• Ansiedade na Disfunção Sexual

Ansiedade tem sido implicada na etiologia da DS por muitos autores de orientação psicanalítica, bem como de abordagem comportamental.

A relação entre ansiedade e DS é, porém, ambígua. Alguns pesquisadores dizem que altos níveis de ansiedade neurótica generalizada influenciam a performance sexual (STAFFORD-CLARK, 1954; PINDERHUGHES e col, 1972). Outros, como COOPER (1968, 1969a), têm sugerido que na etiologia da DS é mais importante a ansiedade específica para as atividades sexuais que a ansiedade generalizada.

Ao lado da relativa importância entre ansiedade generalizada, pervasiva (traço de ansiedade) e específica (estado de ansiedade), tem-se discutido se a ansiedade aparece como causa ou como resultado da DS. MASTERS e JOHNSON (1970) e KAPLAN (1974) enfatizam o papel da ansiedade de desempenho (ou medo de desempenho) tanto na etiologia como na manutenção do problema.

Alguns investigadores questionam as diferenças individuais nesta questão (COOPER, 1969b; Derogates e Meyer, 1979; KOCKOTT e col, 1980; IGLESIAS e RAMON, 1992).

Parte da confusão pode ser relacionada ao conceito de ansiedade, que é um atributo complexo (KOZAK e MILLER, 1982). HATCH (1981) tem mostrado que a

ansiedade pode ser vista como tendo componentes separados (cognitivos ou subjetivos, fisiológicos e comportamentais). Estes componentes podem estar sob o controle de diferentes variáveis do sujeito ou do meio (BORKOVEC, 1976), ou podem, ainda, ser controlados por diferentes hemisférios cerebrais (TUCKER, 1981), como também podem ter sido adquiridos através de diferentes mecanismos de aprendizagem (WOLPE, 1981).

Em geral, há duas grandes linhas de investigação da ansiedade e DS. Por um lado, os estudos que comparam a ansiedade e medidas de psicopatologia entre normais e disfuncionais e, por outro, os estudos experimentais que procuram identificar os mecanismos específicos através dos quais a ansiedade altera o funcionamento sexual.

Pesquisas que procuram estabelecer relação entre traços neuróticos mais amplos que não só ansiedade específica e DS, bem como características de personalidade tm sido realizadas mais em homens do que em mulheres.

JOHNSON (1965), num estudo retrospectivo com “desordem primária da potência”, relatou que 48% dos homens disfuncionais apresentavam uma constituição neurótica. COOPER (1968a), na mesma linha, entrevistando e testando cinquenta e três homens com impotência, ejaculação prematura e retardada, encontrou 10% de sua amostra como clinicamente neurótica e, conclui que o neuroticismo não é a causa da disfunção.

COOPER (1969a), numa replicação de seu estudo, encontra 12% de neuróticos e 51% com ansiedade coital. Conceituou-se ansiedade coital como “ansiedade específica para o ato sexual, numa situação onde, estimulado (ao vivo ou imaginado), o sujeito acredite que terminará no coito”(COOPER 1969a, p. 143). A ansiedade coital foi

relatada mais freqüentemente como resultado de medo em falhar (73%), ser considerado sexualmente inferior pela parceira (43,5%) e medo de ser ridicularizado (40%). COOPER acredita serem a disfunção e ansiedade resultados de punição também por estarem causando parceiras sexualmente frustradas e infelizes.

Concluindo, COOPER (1969a) sugere poder existir ansiedade relacionada diretamente a atividades sexuais que levaram à disfunção mais do que conflitos neuróticos e inconscientes. KAPLAN (1974) e MASTERS e JOHNSON (1970) têm especulado que ansiedade coital pode estar relacionada a fatores como expectativas irracionais e cognições produzidas pela observação do próprio desempenho que acabam distraindo o sujeito.

Esta ansiedade pode aparecer como causa da disfunção e, subseqüentemente, mantê-la. A este fenômeno, dá-se o nome de círculo vicioso na relação coital. A ansiedade especificamente coital pode também ser resultado da própria disfunção e das reações do parceiro diante da situação.

As disfunções são bastante influenciadas pela qualidade do relacionamento entre os parceiros. Dificuldades de relacionamento podem causar sentimentos negativos, com conseqüências no funcionamento sexual (KAPLAN, 1974; LOBITZ e LOBITZ, 1978; LO PICCOLO e LO PICCOLO, 1978).

O estudo de ANSARI (1975) vem dar algum suporte aos achados de COOPER (1969a), quando relaciona a DS masculina à ansiedade produzida por atividades sexuais aversivas mais do que fatores neuróticos mais gerais. Este autor identificou que, entre 66% dos sujeitos que iniciaram agudamente seu problema, a disfunção apareceu como

reação a discretas experiências sexuais tais como, primeira tentativa de coito depois da vasectomia e, nos sujeitos de início insidioso, a disfunção foi associada a fatores como baixa responsividade de suas esposas ou frigidez. No primeiro grupo, 18% consideravam-se infelizes no casamento contra 45% do segundo grupo.

PATTERSON e O'GORMAN (1989) encontraram mais ansiedade em mulheres disfuncionais que em homens. Elas mostraram baixo interesse heterossexual, podendo corresponder ao grupo de pacientes fóbicos descritos por KAPLAN (1988) e sugerem o papel da ansiedade heterossexual na etiologia da DS.

Os resultados das pesquisas que têm avaliado ansiedade e psicopatologia na DS têm levado a achados inconsistentes. Isto mostra serem bastante complexos os fatores que influem nas desordens sexuais. Alguns trabalhos procuram identificar algumas destas variáveis envolvidas.

MUNJACK e col (1978) compararam homens disfuncionais com grupo normal e, embora não relacionassem fatores causais, constataram que pacientes com ejaculação retardada e precoce são mais ansiosos e depressivos e apresentam mais psicopatologia nas escalas do MMPI que os homens do grupo controle, concordando com os resultados de MAURICE e GUZE (1970).

Num estudo posterior, MUNJACK e col (1981) observaram que o nível de psicopatologia varia entre diferentes grupos de homens sexualmente disfuncionais. Eles compararam resultados no MMPI em quatro grupos de pessoas: disfuncionais em hospitais

psiquiátricos, em atendimento clínico nos hospitais universitários, em clínicas particulares e um grupo de indivíduos normais.

Os pacientes psiquiátricos tiveram resultados mais elevados nas escalas de MMPI, seguidos daqueles em hospitais universitários, clínicas particulares e normais. A aplicação do Inventário de Personalidade de Eysenck mostrou que pacientes atendidos em hospitais universitários e normais tiveram altos resultados em neuroticismo, mas não os de clínicas particulares. Estes resultados mostram mais psicopatologia entre homens disfuncionais que os normais e chama a atenção para outras variáveis nesta relação, especialmente ansiedade ligada aos problemas emocionais.

Os autores citados concordam com KOCKOTT e col (1980) que encontraram diferenças na ansiedade e psicopatologia geral entre homens com disfunção erétil. Compararam pacientes de etiologia psicogênica, orgânica (diabete) e normais. Todos os pacientes, exceto os que tinham recentemente desenvolvido ejaculação prematura, foram mais deprimidos que os normais. Quanto à ansiedade, os pacientes psicogênicos foram mais ansiosos que o grupo de diabéticos e estes mais que os normais.

Tal fato reforça a idéia de que os homens com DS são mais ansiosos, mas que há diferenças nos diversos grupos. Assim, a presença de alteração emocional desde simples condicionamentos negativos até psicopatologia parece ter positiva relação com DS.

DEROGATIS e col (1981), analisando 325 pacientes com disfunções sexuais de origem psicogênica, observaram presença de diferentes transtornos afetivos e ansiedade

nos diferentes diagnósticos, sendo mais afetados os classificados como tendo anorgasmia e vaginismo ou dispareunia que os com ejaculação precoce e impotência.

Homens com impotência foram mais estressados, ansiosos e deprimidos e também inclinados a evitar relacionamentos que aqueles com ejaculação precoce e funcionais (SAFIR e ALMAGOR, 1991).

IGLESIAS e RAMON (1992), através de extensa revisão, evidenciaram uma alta frequência de ansiedade entre disfuncionais, mas assinalam que a natureza e a intensidade dos sintomas variam individualmente.

Vários pesquisadores, no entanto, têm sugerido que, quando a ansiedade e outras psicopatologias aparecem, são resultados e não causa das dificuldades, sobretudo na inter relação conjugal (MUNJACK, 1981).

Educação e nível sócio-econômico parecem estar relacionados à DS (MAURICE e GUZE, 1970; DEROGATIS e MEYER, 1979; NORTON e JEHU, 1989). HOON e col (1976) encontraram significativa correlação entre nível educacional de mulheres e seu envolvimento sexual. Todos estes autores especificam a sofisticação sexual como importante variável na relação entre ansiedade e DS. COOPER (1969a) constatou que muitos de seus pacientes são menos informados sobre sexo, possuem idéias preconceituosas e, como consequência, são menos engajados em atividades heterossexuais, concordando com as observações clínicas de MASTERS e JOHNSON (1970), KAPLAN (1974) e outros.

PAWLOWSKI (1979) procurou estabelecer relação entre as variáveis sexo, ansiedade e DS. Este autor, em seu estudo, não encontrou diferença significativa entre

homens e mulheres com diferentes níveis de ansiedade obtidas pela Taylor Manifest Anxiety Scale quanto ao auto-relato de respostas ao impulso sexual ou reações psicológicas ao filme com material sexual explícito.

Experimentos que procuram observar o efeito da ansiedade no funcionamento sexual de homens (WOLCHIK e col, 1980) e mulheres (HOON e col, 1977) saudáveis têm indicado que altos níveis de ansiedade podem aumentar, mais que diminuir, a excitação sexual e que os elementos cognitivos da distração se constituem em significativo fator de influência negativa sobre esta resposta (FARKAS e col, 1979). GEER e FUHR (1976), FARKAS e col (1979) e WINCZE e col (1980) colocam que a auto-monitorização da resposta sexual afeta a excitação no mesmo sentido da figura de “expectador” alertada por MASTERS e JOHNSON (1970).

BOZMAN e BECK (1991) chamam a atenção para os efeitos diferenciais da raiva e ansiedade na resposta sexual. Avaliando homens e mulheres saudáveis, verificaram que a raiva afeta fortemente o desejo sexual e a excitação, enquanto que a ansiedade enfraquece o desejo mas não afeta a tumescência.

BARLOW e col (1986), comparando funcionais e disfuncionais, observaram que a ansiedade aumenta a excitabilidade sexual nos funcionais e diminui nos disfuncionais. Observaram, também, que os estímulos neutros (interferências cognitivas ou distrações) afetam negativamente esta resposta nos funcionais mas não nos disfuncionais que subestimam sua excitabilidade sexual e mostram menos controle sobre ela.

Segundo esse modelo, os responsáveis pela DS seriam os processos de interferência cognitiva em relação à ansiedade.

PALACE e GORZALKA (1990) demonstraram que as respostas fisiológicas da excitação sexual em mulheres funcionais e disfuncionais podem aumentar pela exposição aos estímulos que eliciam ansiedade. Apesar deste aumento, ambos os grupos, diante dessa condição, relatam menos motivação. Tais resultados vão de encontro aos achados de HOON e col (1977) e WOLCHIK e col (1980), mas discordam dos resultados de BARLOW e col (1986). O que fica claro nestes experimentos é que a interpretação da situação e expectativas interferem no relato verbal dos sujeitos. Também evidencia contra o papel inibidor da ansiedade, demonstrando que, em certas condições, a ansiedade aumenta a excitação sexual em homens e mulheres.

Enquanto alguns estudos mostram que estímulos que evocam ansiedade não alteram necessariamente o funcionamento sexual, outros, voltados para procedimentos de redução de ansiedade têm verificado que sujeitos disfuncionais, após tratamento, são menos ansiosos e mostram melhor funcionamento sexual (OBLER, 1973; WINCZE e CAIRD, 1976; SOTILE e KILMANN, 1978; ANDERSON, 1981).

Estudos voltados para a relação entre ansiedade e DS têm chegado a conclusões às vezes contraditórias, como consequência, muitas vezes, de problemas metodológicos, tais como: operacionalização inadequada de ansiedade, especificação inadequada de características da amostra e medidas incorretas.

As diferentes conceitualizações de ansiedade têm levado à coleta de dados por caminhos diferentes. Também estudos que avaliam características de personalidade e DS têm usado auto-relatos ou testes não estandarizados que poderiam ser parcialmente responsáveis pelas diferentes conclusões sobre o papel da ansiedade na DS.

Diferentes medidas de ansiedade, mesmo que tenham sido validadas, parecem medir diferentes dimensões da ansiedade (SPIELBERGER e col, 1970).

O trabalho revisional de NORTON e JEHU (1984) revela que tem sido utilizado, para pesquisar ansiedade coital, o Inventário de Funcionamento Sexual de Derogates (DSFI), (Derogates e Meyer, 1979) ou Inventário de Estimulação Sexual (SAI), (HOON e col, 1976). Também tem-se utilizado, para medir psicopatologia geral e ansiedade generalizada, o MMPI. Nesse trabalho, está se propondo como instrumento útil e de fácil manipulação e, sobretudo já validado para a população em estudo (SOUZA, 1988), o Inventário de Ansiedade Traço e Estado de SPIELBERGER e col (1970).

Qual a importância dos determinantes psicossociais do comportamento sexual na epilepsia?

EPILEPSIA E DISFUNÇÃO SEXUAL

• Conceito e Classificação das Epilepsias

Epilepsia é uma condição crônica, ou um grupo de doenças que têm em comum crises epiléticas que ocorrem na ausência de doenças tóxico-metabólica ou febril (GUERREIRO, 1993).

Deste modo, o fenômeno clínico fundamental nas epilepsias é a crise que reflete uma disfunção temporária de uma parte do cérebro (crises focais) ou de uma área mais extensa, envolvendo os dois hemisférios cerebrais (crises generalizadas). A crise epilética é causada por uma descarga anormal excessiva e transitória das células nervosas. Os sintomas de uma crise dependem das partes do cérebro envolvidas na disfunção (GUERREIRO, 1993).

A epilepsia pode ser causada por praticamente todas as doenças ou distúrbios graves que podem acometer o ser humano. Pode ser resultado de anomalias congênitas, de doenças infecciosas, distúrbios vasculares, metabólicos e nutricionais, doenças degenerativas, traumas ou lesões (PORTER, 1987).

O diagnóstico das epilepsias é fundamentalmente clínico, isto é, baseado nas informações fornecidas pelo paciente ou acompanhante. Obviamente, os exames clínico-neurológicos, a avaliação neuropsicológica e exames complementares devem proporcionar subsídios valiosos ao diagnóstico completo e seguro (HUCK, 1984 e PORTER, 1987).

A epilepsia pode ser classificada segundo vários critérios, segundo o tipo de crises e eletrencefalograma, segundo a etiologia ou, ainda, a magnitude da crise epilética (gravidade e cronicidade ou localização corporal).

Em 1969, a Liga Internacional de Epilepsia (ILAE) publicou uma classificação de crises epiléticas que foi aperfeiçoada com o uso de dados gravados em vídeo-tapes (COMMISSION ON CLASSIFICATION, 1981), como se observa no Anexo II.

Para a classificação das crises epiléticas, consciência é entendida como a capacidade de responsividade e de percepção consciente.

O que distingue a crise parcial simples da complexa é o comprometimento da consciência na última.

A classificação das crises epiléticas está subdividida em crises parciais e crises generalizadas.

a) Crises Parciais (ou focais ou locais)

Quando existem sinais e sintomas que apontam para uma área localizada em um dos hemisférios cerebrais como o local da disfunção.

Podem ser **simples** - quando o paciente não apresenta qualquer comprometimento da consciência no período crítico, com manifestações motoras, sensitivas, autonômicas ou psíquicas.

Complexas - quando o paciente apresenta amnésia ou incapacidade de reagir a estímulos sob comando ou vontade própria ou período crítico, ou seja, quando ocorrem alterações de consciência que podem vir acompanhadas das manifestações das crises parciais simples.

Também as crises parciais podem secundariamente generalizar-se, isto é, quando após as crises parciais surgem manifestações de crises generalizadas tônico e/ou clônicas.

b) Crises Generalizadas

Quando o paciente e o EEG exibem sinais e sintomas de um envolvimento de ambos os hemisférios cerebrais, de modo global. São as ausências, ausências típicas, crises mioclônicas, clônicas, tônico-clônicas e atípicas.

A classificação das epilepsias e síndromes epiléticas proposta pela ILAE, em 1985, e revisada em 1989 (Anexo II) é baseada nas semelhanças em relação ao tipo de crise, idade de início, sinais clínicos, história familiar, eletrencefalograma.

Todavia, a maioria das síndromes epiléticas não tem necessariamente causas comuns (GUERREIRO, 1993). Levando em conta a etiologia, *idiopáticas* são as epilepsias transmitidas geneticamente que se expressam em determinados grupos etários e *criptogênicas* são epilepsias de presumível base orgânica, sem que se esclareça a etiologia (ENGEL, 1991).

Aproximadamente 70% dos epiléticos pertencem a estas duas categorias. Somente 30%, quando adequadamente investigados, podem ser classificados no grupo de *sintomáticas*, isto é, quando a etiologia pode ser determinada.

O médico é a primeira pessoa que o paciente procura para resolver um problema físico e é quem fornece o diagnóstico de epilepsia, quando apropriado.

Na maioria das vezes, o acompanhamento requer anos de cuidado. O seguimento é feito com monitorização de controle das crises através da medicação, com constante avaliação dos possíveis efeitos colaterais, particularmente quando estes efeitos se fazem sentir na cognição, comportamento, aparência. O grau de interferência da epilepsia, no tocante ao psicossocial, mostra que a qualidade de vida do paciente é alterada de forma negativa, mesmo quando o controle das crises já tenha sido alcançado (SOUZA e GUERREIRO, 1993).

A crise é uma mudança comportamental paroxística que é limitada no tempo. Pode haver um período pós-ictal prolongado que também tem fim. Entretanto, para muitas pessoas, a epilepsia nunca tem fim. Aqueles que têm comportamentos diferentes do comum são normalmente rejeitados pela sociedade.

O status “ser epilético” implica em preconceito, estigma e ignorância, o que representa mais stress que as próprias crises. Além disso, a presença de alterações de comportamento altera ainda mais a qualidade de vida do paciente epilético. Uma destas alterações está relacionada ao desempenho sexual, objeto de estudo deste trabalho.

• **Epilepsia e Disfunção Sexual**

A associação entre epilepsia e comportamento sexual foi inicialmente objeto de relatos esporádicos (KRAFT, 1931, apud TOONE e col, 1989).

O primeiro estudo sistemático e detalhado da sexualidade em pacientes portadores de epilepsia foi desenvolvido por GASTAUT e COLLOMB (1954). Estes

autores notaram a presença de hipossexualidade traduzida por um profundo desinteresse na atividade sexual e diminuição ou ausência de curiosidade, fantasia e sonhos sexuais em 24 dos 36 pacientes institucionalizados com “epilepsia psicomotora”.

Em seguida, outros estudos confirmam a associação entre DS e epilepsia. Hipossexualidade tem sido relacionada como alteração interictal da função sexual mais freqüentemente encontrada em epiléticos (Geshwind, 1983). Estima-se que, de 28 a 67% de epiléticos sejam disfuncionais (GASTAUT e COLLOMB, 1954; HIERONS e SAUNDERS, 1966; TAYLOR, 1969; BLUMER, 1970; JENSEN e LARSEN, 1979; SHUKLA e col, 1979; PRITCHARD, 1980; HERZOG e col, 1986a, 1986b; JENSEN e col, 1990; SILVEIRA, 1994).

Nestes estudos, geralmente são considerados hipossexuais os epiléticos que relatam diminuição ou ausência do desejo e/ou excitação ou potência e/ou prazer sexual (SILVEIRA, 1993).

• Determinantes da Disfunção Sexual na Epilepsia

Alterações na função sexual são, muitas vezes, difíceis de se avaliarem porque sexualidade é um comportamento complexo (MORRELL e col, 1994).

Vários fatores podem comprometer a função sexual normal nos pacientes epiléticos, incluindo fatores hormonais, uso de drogas anticonvulsivantes, fatores ligados à própria epilepsia e influências sociais e psicológicas (MORRELL, 1991).

• Fatores Biológicos

As DS geralmente iniciam após o início das crises epilépticas (GASTAUT e COLLOMB, 1954; HIERONS e SAUNDERS, 1966; BLUMER e WALKER, 1967; TAYLOR, 1969; SAUNDERS e RAWSON, 1970; SHUKLA e col, 1970; JENSEN e LARSEN, 1979; PRITCHARD, 1980; HERZOG e col, 1986a, 1986b; JENSEN e col, 1990).

Início precoce da epilepsia tem sido relacionado à DS, principalmente se a epilepsia ocorre antes ou durante a puberdade. Neste caso, a ocorrência de crises pode influenciar no desenvolvimento de atitudes e comportamentos, sobretudo sexual (GASTAUT e COLLOMB, 1954; BLUMER e WALKER, 1967; TAYLOR, 1969; MATTSON e CRAMER, 1985)

Em homens, crises precoces parecem ser o mais pobre preditor de atividade sexual e casamento (LINDSAY e col, 1979; DANSKY e col, 1980).

Estudos que avaliaram tempo de doença em homens (PRITCHARD, 1980) e em mulheres (DEMERDASH e col, 1991) têm sugerido que uma longa história de crises parece estar relacionada às alterações na sexualidade.

Quanto à freqüência de crises, a maioria dos autores concorda que é menos significante do que poderia ser esperado (GASTAUT e COLLOMB, 1954; PRITCHARD, 1980; FENWICK e col, 1985; TOONE e col, 1989; JENSEN e col, 1990; SILVEIRA, 1994).

Controle de crises tem sido considerado nesta questão. Vários estudos têm mostrado um aumento da atividade sexual seguido ao controle de crises por medicamentos e lobotomia temporal (HIERONS e SAUNDERS, 1966; BLUMER e WALKER, 1967; TAYLOR, 1969; SHUKLA e col, 1979 e COGEN e col, 1979).

Recentemente, um estudo prospectivo (SILVEIRA, 1994) observou que os pacientes com epilepsia com um bom perfil evolutivo e que responderam a tratamento clínico, apresentaram melhora na função sexual, após dois anos de seguimento ambulatorial.

A hipossexualidade, segundo vários autores, ocorreu mais freqüentemente em epiléticos com epilepsia de lobo temporal (ELT) (GASTAUT e COLLOMB, 1954; TAYLOR, 1969; STANFORD, 1969; SAUNDERS e RAWSON, 1970; BLUMER, 1970; SHUKLA e col, 1979; JENSEN e col, 1979; PRITCHARD, 1980; HERZOG, 1986a, 1986b, 1989, 1991; MORRELL, 1991; DEMERDASH e col, 1991; SILVEIRA, 1994). TOONE e col (1989), JENSEN e col (1990), MURIALDO e col (1995) não encontraram diferenças significantes entre pacientes com epilepsia generalizada e ELT e a presença de DS.

É fato conhecido que as estruturas límbicas cerebrais que incluem um complexo circuito de interligações neuronais conectam amígdala, hipocampo neocortex, mesencéfalo e hipotálamo (MACHADO, 1993). Estas áreas estão relacionadas às emoções e estão implicadas na regulação da função sexual.

Dentre elas, duas áreas são particularmente descritas como potencialmente epileptogênicas e estão relacionadas à sexualidade. São elas, a amígdala e o hipocampo, primeiramente demonstrado pelas pesquisas experimentais de KLUVER e BUCY (1939).

As crises epiléticas, principalmente as que se originam na amígdala e hipocampo, através de suas conexões com o hipotálamo, podem contribuir para a DS, alterando o funcionamento do eixo hipotálamo-pituitária-gonadal, com mudanças nas gonadotrofinas e prolactina (HERZOG e col, 1986a, 1986b; MORRELL, 1991; CRAMER e JONES, 1991).

MORRELL e col (1994) demonstraram que homens e mulheres com epilepsia de lobo temporal, em comparação com grupo controle normal, mostraram uma diminuição na vasocongestão genital. Ao lado do déficit fisiológico, estes pacientes relatam menos interesse na atividade sexual e dificuldades em encontrar parceiros.

• Drogas Antiepiléticas

Efeitos negativos das drogas da função sexual têm sido descritos. As drogas podem atuar diretamente no Sistema Nervoso Central (SNC), alterando a responsividade da hipófise ao acometer os hormônios de liberação hipotalâmica (MATTSON e CRAMER, 1985). Podem, ainda, atuar indiretamente através do aumento do metabolismo hormonal-hepático, ou por aumento da síntese da proteína de ligação dos hormônios sexuais (MATTSON e CRAMER, 1985; ISOJÄRVI e col, 1995). As quatro drogas antiepiléticas convencionais: fenitoína, carbamazepina, fenobarbital e primidona têm esta propriedade.

Outros investigadores não associam a droga à DS. A hipossexualidade está muitas vezes presente quando as crises aparecem antes do uso de drogas (GASTAUT e COLLOMB, 1956; HIERONS e SAUNDERS, 1966; GESCHWIND, 1983) ou em homens e mulheres cronicamente afetados e não tratados (HERZOG e col, 1986a, 1986b).

BLUMER e WALKER (1967) relatam que o controle das crises após lobectomias temporais está associado à melhora na função sexual, mesmo sob medicação.

A extrema complexidade que é determinar a influência de drogas no comportamento da epilepsia merece atenção especial e controle de variável.

• Fator Hormonal

A relação entre sistema endócrino e epilepsia tem sido bastante discutida. É conhecido o fato de que drogas antiepilépticas, como se abordou na questão anterior, e crises podem afetar os níveis plasmáticos de alguns hormônios. Observaram-se alterações como prolactina (PRL), adrenocorticotrófico (ACTH), gonadotrofina (GN) e cortisol relacionadas à epilepsia (HOLMES, 1991).

Déficits neuroendócrinos interictais podem influenciar a sexualidade e a fertilidade devido às alterações nos níveis de gonadotrofinas e, sobretudo, de prolactina, implicando numa alteração na função do eixo hipotálamo-pituitária.

Disfunções endócrinas reprodutivas são frequentes entre mulheres epiléticas (HERZOG e col, 1986a).

Por outro lado, há considerável evidência experimental e clínica de que hormônios sexuais também possam influenciar as crises epiléticas (HOLMES e DONALDSON, 1987).

Muitos autores têm investigado a influência de esteróides gonadais, por ação direta no SNC, na excitabilidade elétrica do cérebro (NEWMARK e PENRY, 1980; MATTSON e CRAMER, 1985; GUERREIRO, 1988). Enquanto o estrógeno tem efeito convulsivante, a progesterona, ao contrário, diminui a excitabilidade cortical. A flutuação destes parece ser o fator na epilepsia catamenial.

MORRELL (1991) afirma saber-se sabe relativamente pouco sobre a influência da testosterona na excitabilidade neuronal, mas sabe-se que ela tem um efeito menos acentuado sobre as crises que o estrógeno e a progesterona.

Andrógenos têm um importante papel na regulação da potência e libido (DAVIDSON e col, 1979). Deficiência androgênica pode estar relacionada à DS e reprodutiva em homens, embora vários estudos mostrem resultados contraditórios (BARRAGRY e col, 1978; TOONE e col, 1983; RODIN e col, 1984; HERZOG e col, 1986a, 1986b; FENWICK e col, 1985; HERZOG, 1989). Isto vem mostrar a necessidade de se investigar melhor esta variável em epiléticos (HERZOG 1991b).

● Fatores Sociais

Alguns indivíduos com epilepsia apresentam déficits no desenvolvimento interacional social que dificultam suas oportunidades sociais.

Assim, casamento e paternidade são limitados em pacientes com epilepsia (BATZEL e DODRILL, 1984). O estigma da epilepsia, a presença de déficits neurológicos e psicológicos e o início recente da doença fazem com que muitos pacientes não desenvolvam interações afetivas (TAYLOR, 1969; CRAMER e JONES, 1991).

Em pacientes menos comprometidos, o controle das crises parece facilitar os contatos sociais e uma convivência normal. O ajustamento interpessoal prejudicado pode estar associado ao comprometimento no comportamento sexual (FENWICK e col, 1985).

Há relatos de melhora na integração social após lobectomia temporal, seguida de controle de crises em 75% dos pacientes estudados por SAVARD e WALKER (1965).

• Variável Psicológica

É importante ressaltar inicialmente os problemas metodológicos que caracterizam a maior parte dos estudos relacionados à prevalência de psicopatologia e dificuldades de ajustamento entre pacientes epiléticos, dificultando a generalização dos resultados. Estão nesta mesma linha, seleção viciada de casos, ausência de grupos controle e instrumentos de medida psicológicos não estandarizados, bem como ausência de operacionalização de diagnóstico tanto da epilepsia como das dificuldades psicológicas investigadas. Esta falta de clareza quanto à terminologia engloba, muitas vezes, desordens adaptativas, emocionais, problemas psiquiátricos e dificuldades não específicas de ajustamento, confundindo os achados (DODRILL e BATZEL, 1986) e, muitas vezes, superestimando a prevalência (BLUMER, 1991).

De um modo geral, os estudos neste campo evidenciam uma maior frequência de dificuldades emocionais em epiléticos do que na população em geral (DODRILL e col, 1984a, 1984b; LEVIN e col, 1988; HERMANN e col, 1990; SEIDMAN-RIPLEY, 1993; GEHLERT, 1994). Esta incidência, porém, não difere nas pessoas com outras desordens neurológicas (DODRILL e BATZEL, 1986) ou em outras desordens físicas (TAN e BRUNI, 1986).

Quanto à etiologia, há que se considerar variáveis biológicas ligadas à própria epilepsia e variáveis psicossociais.

Em geral, fatores orgânicos são potencialmente importantes na gênese de alterações emocionais em epiléticos. Estes fatores incluem idade de início, tipo de crise, duração, severidade, controle, medicação, bem como eventual presença de lesão subjacente e déficits neuropsicológicos. WHITMAN e HERMANN (1989) relatam que a maioria das pesquisas sobre epilepsia/psicopatologia descritas nos últimos 25 anos está orientada para variáveis neurológicas e biológicas, enquanto poucas têm examinado fatores psicossociais.

A epilepsia, como doença crônica, também tem um forte componente pessoal e social que contribui para problemas de saúde mental. Fatores ambientais têm sido pouco investigados. Embora as crises pareçam ser o principal problema, são as consequências sociais e emocionais do “ser epilético” que alteram significativamente a qualidade de vida de seus portadores (SOUZA e GUERREIRO, 1993).

A presença de alterações de comportamento é debatida. Há, no entanto, acordo geral que essas alterações parecem resultar mais de stress psicossocial, restrições no

estilo de vida ou meio ambiente negativo, do que serem diretamente ligadas às crises por si (LEVIN e col, 1988; TRIMBLE, 1991). Também estão relacionadas à percepção que a pessoa tem da própria doença. A representação cognitiva da doença é um importante fator de ajustamento e bem estar.

História passada e presença de sintomatologia afetiva predis põem o epiléptico a problemas no comportamento sexual.

- História Familiar e Pessoal

A presença da epilepsia exposta através das crises, altera, desde o início, a dinâmica familiar. Variáveis familiares têm sido consideradas como fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de ajustamento, e incluem desde pais separados ou divorciados a dificuldades de relacionamento, conflitos intrafamiliares, atitudes paternas inadequadas e medos, doença psiquiátrica familiar (AUSTIN e FRASER, 1993). Alterações na dinâmica familiar são freqüentes e atitudes paternas vão da superproteção à rejeição. Esses comportamentos dos pais, conseqüentemente, condicionam na criança epiléptica comportamentos de dependência, medo, insegurança, hostilidade, imaturidade e adoção do papel de doente. A criança epiléptica apresenta um nível reduzido de envolvimento nas interações familiares quando comparada com crianças de grupo controle. Isto pode prejudicar o próprio desenvolvimento social (RITCHIE, 1981). Instala-se muitas vezes um círculo vicioso entre o comportamento dos pais e crianças que mantêm a inadequação

(HENRIKSEN, 1988). AUSTIN e col (1984) analisam a relação direta entre percepção de controle de pais de crianças com baixa frequência de crises e problemas de ajustamento.

Os comportamentos descritos acima continuam, muitas vezes, na vida adulta, acentuando dificuldades de ajustamento já existentes, decorrentes, sobretudo, de uma auto-imagem pobre e deficiente auto-confiança. É comum alta taxa de desemprego e subemprego (LEVIN e col, 1988) e baixa frequência de casamentos (LINDSAY e col, 1979; DANSKY e col 1980; BATZEL e DODRILL, 1984), aparentemente devido à baixa auto-estima que reduz drasticamente as oportunidades de aprendizagem de habilidades de interação social (OZUNA, 1979; WOODWARD, 1982).

Indivíduos com poucas habilidades adaptativas desenvolvem, comumente, mais problemas emocionais ou psicopatologia quando enfrentam stress típicos a que todos estão expostos.

- Sintomatologia Afetiva

Entre os problemas emocionais frequentemente relatados, estão ansiedade e depressão que parecem ser significativamente maiores na população epiléptica em comparação com sujeitos do grupo controle de mesma idade, sexo e nível educacional (SMITH e col, 1986; LEVIN e col, 1988).

A prevalência de depressão interictal em epiléticos é estimada em 50 a 60% (STANDAGE e FENTON, 1975; MENDEZ e col, 1986; INDACO e col, 1992).

Estudos como os de MENDEZ e col (1986), BENSON e col (1986), LEVIN e col (1988), BLUMER (1991), CARRIERI e col (1993) identificaram depressão como processo endógeno, atípico, aparentemente independente das dificuldades psicossociais encontradas na epilepsia. MENDEZ e col (1986), avaliando 20 paciente epiléticos, encontraram mais depressão endógena que neurótica. ROBERTSON e col (1987) também constataram depressão endógena em 40% dos pacientes.

Numa outra linha, esses estados estão relacionados a contingências ambientais (DELL, 1986; HERMANN e WYLER, 1989). INDACO e col (1992), usando DSM III-R, encontraram só 7% de pacientes com depressão maior e 38% com distímia.

Numa abordagem organicista, estão trabalhos que procuram relacionar depressão a determinados tipos de crises, sobretudo crises parciais complexas ou outras variáveis biológicas (BEAR e FEDIO, 1977; BENSON e col, 1986; ENGEL e col, 1986; BLUMER, 1991) e uso de drogas (MENDEZ e col, 1993).

ROY (1979) encontrou epiléticos com crises parciais complexas mais deprimidos (65%) que em outros tipos de epilepsia (42%). INDACO e col (1992) avaliando 96 pacientes, verificaram que pacientes com crises parciais com semiologia complexa são mais deprimidos que os com epilepsia generalizada e crises parciais simples.

Autores como PERINE e MENDIUS (1984), MENDEZ e col (1986), ALTSHULER e col (1990) sugerem que o foco no hemisfério esquerdo predispõe à depressão; outros autores não confirmam (CAMFIELD e col, 1984; INDACO e col, 1992).

Enquanto autores falham em estabelecer relação com variáveis da doença, como tipo de crise, idade de início, lado do foco, frequência de crises e depressão (TRIMBLE e PEREZ, 1982; KOGEOGOS e col, 1982; KRAMER e col, 1987; CARRIERI e col, 1993; ROBERTSON e col, 1994), outros estão voltados para variáveis psicológicas, como por exemplo: stress (HERMANN e WYLER, 1989), locus de controle entendido como percepção de controle de crises (HERMANN e WYLER, 1986; GEHLERT, 1994), ansiedade crônica (HERMANN, 1979), isolamento social (FIORDELLI, 1990; BAKER e col, 1993) ou relacionam técnicas psicológicas como eficazes na eliminação dos sintomas (GUILHAM e col, 1990; BECÚ e col, 1993).

Não há, como se observa, um consenso quanto à etiologia da depressão, apesar dos diferentes estudos e esta discussão envolve parâmetros multidisciplinares (MCNAMARA, 1991).

Ansiedade parece ser a mais comum alteração emocional na epilepsia (BETTZ, 1981; PERINI e MENDIUS, 1984; ROBERTSON e col, 1987; FIORDELLI, 1990; ALBUQUERQUE e CAMPOS, 1993). FIORDELLI e col (1993) não encontraram diferença significativa entre o grupo de epiléticos e o de controle.

Há estudos que associam a ansiedade e variáveis da doença (HERMANN e col, 1982; ROSSI, 1984; PASQUET, 1984; DODRILL e col, 1986). Tem se relacionado ELT à ansiedade (BETTZ, 1981; PERINI e MENDIUS, 1984; ROBERTSON e col, 1987, 1994). Altshumer e col (1990) não encontraram associação com ELT mas observaram que

altos níveis de ansiedade aparecem acompanhados de depressão, como nos estudos de PERINI e MENDIUS (1984) e ROBERTSON e col (1987).

Por outro lado, a alta frequência de ansiedade encontrada nesta população pode ser explicada pela imprevisibilidade das crises (SMITH e col, 1991; BAKER e col, 1993; ALBUQUERQUE e CAMPOS, 1993), medo das crises e do estigma da epilepsia (SCHNEIDER e CONRAD, 1980; BETTZ, 1981) e, locus de controle externo isto é, comportamentos controlados por fatores externos (HERMANN e WYLER, 1986; SMITH e col, 1991; GEHLERT, 1994) que levam a sentimentos de perda de controle.

Sentimentos de perda de controle são entendidos, se relacionados à dependência da medicação prescrita pelos outros, restrições nas atividades de emprego, impostas pelos outros, e imprevisibilidade (BAKER e col, 1993). Ajustamento às crises e stress financeiro também têm sido associados a alterações de humor (HERMANN e WHITMAN, 1989; HERMANN e WYLER, 1989; ROBERTSON e col, 1994).

A baixa auto-estima e sentimentos de perda de controle sobre sua vida são fatores de risco para ansiedade, presentes tanto na infância (MATTHEWS e col, 1982) quanto na vida adulta do paciente epiléptico (HERMANN e col, 1990).

É importante considerar, também, que o controle das crises, embora claramente dependente de variáveis biológicas é vulnerável à influência de eventos ambientais significantes ou stress (TENKIM e DAVIS, 1984; HERMANN e col, 1990) que podem influenciar a percepção do paciente sobre a severidade de suas crises e alterar mais o impacto da doença no seu dia-a-dia.

Isolamento social é quase sempre conseqüente ao medo e ansiedade relativos às reações dos outros para com a epilepsia.

Baixa auto-estima reforça este modelo, reduzindo a interação social (OZUNA, 1979; WOODWARD, 1982) e compromete comportamento sexual e casamento.

A presença de depressão, ansiedade, baixa auto-estima, dependência e imaturidade, como resultado de ter crises, pode levar alguns indivíduos a evitarem situações de envolvimento afetivo sexual (MORRELL, 1991; MORRELL e col, 1994).

Outros autores, como BLUMER e WALKER (1967) entretanto, consideram que nem a falta de auto-estima e afastamento social dos pacientes com crises, nem o aumento da auto-estima e sociabilidade dos pacientes que se vêem livres das crises podem explicar a drástica hipossexualidade. Estes autores, porém, não descartam a possibilidade de que fatores psicológicos possam ter contribuído em alguns indivíduos portadores de epilepsia por esta alteração.

Também, trabalhos mais atuais, como o de DEMERDASH e col (1991), que encontraram fortes evidências entre hipossexualidade e epilepsia de lobo temporal, questionam o papel dos fatores psicossociais na facilitação ou impedimento da ocorrência de DS na epilepsia.

MORRELL (1991) assinala, ainda, a possibilidade de se instalar uma DS conseqüente a um relacionamento disfuncional. Estimulações sexuais podem ser negativamente reforçadas, particularmente quando atividade sexual precipita crises ou quando sensações sexuais de certos comportamentos são condicionados ao período ictal ou

pós-ictal. Isto pode levar alguns epiléticos a expressarem menos desejo e excitação e mais ansiedade ao imaginarem atividades sexuais, apresentando uma diminuição na função sexual geral (MORRELL e col, 1994).

Ansiedade e depressão podem se estabelecer como respostas condicionadas e desencadear ou manter a dificuldade sexual como círculo vicioso.

Pesquisas que focalizam a sexualidade em epiléticos têm priorizado variáveis ligadas à doença e uso de drogas. A influência dos fatores psicológicos tem sido questionada por autores como MORRELL (1994), DEMERSDASH (1991) entre outros, mas efetivamente estas relações não têm sido estabelecidas. Esta é a proposta deste estudo.

OBJETIVOS

Objetivando verificar a presença de fatores psicológicos ligados à DS em epiléticos, este estudo procurou investigar:

- 1) Se indivíduos portadores de epilepsia apresentam mais DS do que indivíduos não epiléticos.
- 2) Se indivíduos portadores de epilepsia apresentam mais ansiedade-traço que o grupo controle.
- 3) Se existe relação entre ansiedade e DS entre os disfuncionais.
- 4) Como ansiedade e DS se distribuem nos diferentes tipos de epilepsia.
- 5) Se existe relação entre DS e variáveis da epilepsia (início de crises, frequência, tipo de crises e medicamento).

MATERIAL E MÉTODOS

1. População do Estudo

- Seleção dos Pacientes

Os sujeitos participantes deste trabalho eram pacientes que faziam acompanhamento no Ambulatório de Epilepsia do Departamento de Neurologia da FCM/UNICAMP e tinham epilepsia diagnosticada há mais de dois anos.

No período de janeiro a dezembro de 1993, foram selecionados, aleatoriamente, por sorteio, os sujeitos que tinham preenchido os critérios de inclusão/exclusão.

A seleção desta amostra obedeceu os seguintes critérios:

- ⇒ ter idade entre 20 e 45 anos;
- ⇒ ser casado ou amasiado por um período maior que 6 meses;
- ⇒ não ser portador de doença psiquiátrica ou retardo mental evidentes, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal e hepática, alcoolismo ou estar em uso crônico de outros medicamentos, exceto drogas epiléticas.

Como os pacientes deveriam responder um questionário sobre sua conduta sexual, solicitou-se seu consentimento em participar da pesquisa em conjunto com seu(a) parceiro(a) e verificou-se sua possibilidade em comparecer ao ambulatório em pelo menos três entrevistas referentes à coleta de dados.

- Seleção do Grupo Controle

O grupo controle constou de sujeitos saudáveis que foram selecionados aleatoriamente entre os acompanhantes de pacientes dos vários ambulatórios do HC/UNICAMP, no período de janeiro a dezembro de 1993.

Estes sujeitos deveriam preencher os mesmos critérios de inclusão/exclusão estabelecidos para o grupo de pacientes e aceitar participar da pesquisa.

- Formação dos Grupos

Após avaliação médico-neurológica, foram encaminhados para o Setor de Psicologia do Departamento de Neurologia (funciona no Ambulatório de Neurologia Clínica - HC/UNICAMP), os seguintes sujeitos: dos 101 pacientes epiléticos selecionados, 96 pacientes consentiram em participar da avaliação psicológica e responderam ao protocolo de comportamento sexual.

Destes, retornaram para seguimento da pesquisa 60 pacientes, que constituíram o grupo de epiléticos (GI).

Quanto ao grupo controle, dos 89 que preencheram os critérios de inclusão/exclusão, 71 compareceram para avaliação psicológica completa, sendo que 11 foram excluídos por sorteio para se manter o mesmo número do grupo de pacientes epiléticos. Estes sujeitos formaram o grupo controle (GII).

2. Instrumentos

- Ficha de Identificação

Compreende dados demográficos (idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, nível sócio-econômico) e dados relativos à caracterização da doença (tipo de crise, início, duração, percepção de controle, frequência de crises e medicação), conforme Anexo III.

O dado relativo à percepção de controle de crises foi obtido pelo relato dos sujeitos que avaliavam se suas crises estavam ou não controladas. É um dado subjetivo, podendo referir-se a alterações na intensidade e/ou frequência de crises.

Frequência de crises é o dado real de presença de crises expresso em dias, meses ou anos.

- Protocolo de Comportamento Sexual (SOUZA, 1992)

Elaborou-se este questionário a partir dos trabalhos de THORNE (1966), CAVALLIERI e col (1983) e Fenwich e col (1985), conforme Anexo IV.

O protocolo aborda três temas em cada uma de suas fases:

- ⇒ 1a. Fase: aspectos psicossociais da epilepsia.
- ⇒ 2a. Fase: identificação de problemas pessoais durante a história de vida dos sujeitos.
- ⇒ 3a. Fase: aspectos relativos à vida afetiva e sexual dos sujeitos.

- vida afetiva e sexual
- disfunção sexual
- determinantes psicossociais da DS.

Este instrumento tem por objetivo pesquisar o desempenho sexual e suas contingências de controle (valores, crenças, mitos, religião, modelos de afetividade familiar, experiências pessoais com a sexualidade, eventuais percepções e emoções pessoais dos parceiros quanto à atividade sexual) e, no caso dos pacientes epiléticos, qual a relação que a doença tem com as variáveis acima.

O tema (1) pesquisado entre os portadores de epilepsia constou de cinco questões que permitiriam reconhecer o significado das crises através da identificação de sentimentos e reações pessoais e sociais ligados ao fato de ter crises.

O tema (2) permitiu identificar, nos sujeitos de ambos os grupos (GI e GII), através do auto-relato, a presença de problemas pessoais durante sua infância, adolescência, vida adulta e a identificação de uma imagem pessoal como saudável ou não. Este tema compreende uma questão única da 2a. fase - Identificação de Problemas Pessoais.

O tema (3) permitiu levantar dados relativos à vida afetiva e sexual dos sujeitos e as contingências de controle das respostas sexuais. Compreende as questões de 1 a 40 da 3a. fase do protocolo.

As questões 1, 2, 3, 4, 5 e 6 referem-se a aspectos do relacionamento entendido como ligação afetiva e sexual com parceiro(a) ou parceiros(as).

As questões 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 referem-se a aspectos do desempenho sexual entendido como frequência de atividade sexual, masturbação, jogos sexuais e satisfação sexual.

As questões 14, 15, 16 e 17 referem-se ao prazer no ato sexual, entendido como frequência e intensidade do orgasmo no coito ou masturbação e satisfação sexual.

As questões 18, 19 e 20 referem-se ao interesse sexual (libido), entendido como frequência de fantasias, pensamentos e desejos sexuais, além da busca de contato sexual.

As questões 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 e 30 referem-se a aspectos da DS, quando presente.

Através do relato subjetivo das experiências sexuais, o sujeito descreve sua dificuldade e seus sentimentos e reações e também descreve como percebe as reações do parceiro. Estas questões permitiram estabelecer dois grupos: Significado da Atividade Sexual e Diagnóstico da Disfunção Sexual.

Quanto ao diagnóstico da DS, as respostas a estas questões permitiram classificá-la seguindo os critérios estabelecidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM III-R - American Psychiatric Association, 1987).

Somente as alterações da função sexual que ocorreram persistente ou recorrentemente por um período maior que seis meses foram consideradas. Não se consideraram queixas esporádicas da função sexual.

As questões de 30 a 40 estão direcionadas para a identificação dos determinantes psicossociais das respostas sexuais, entendidos como modelos de afetividade (questões 31, 32, 33 e 34) educação sexual (questão 35), primeiras experiências (questões 4, 5 e 36), religião (questões 37 e 38) e mitos e crenças (39 e 40).

- Entrevista com o Parceiro

Através de entrevista não estruturada, procurou-se obter do parceiro dados relativos à sua percepção quanto ao relacionamento sexual conjugal (Anexo IV).

Só se utilizou este procedimento como coleta de dados porque os parceiros não foram sujeitos nesta pesquisa, cujo objetivo está direcionado para o perfil disfuncional sexual do epiléptico.

- Inventário de Estado e Traço de Ansiedade - IDATE I e II (SPIELBERGER, GORSUCH e LUSCHENE, 1970), conforme Anexo V

Este instrumento tem se mostrado útil na prática clínica e na pesquisa para medir a sensibilidade (estado) e o nível habitual de ansiedade dos indivíduos (traço de ansiedade) (OEI e col, 1990).

O teste tem despertado o interesse de pesquisadores de vários países, foi traduzido em mais de 20 línguas, inclusive o português (BIAGGIO e col, 1977 e tem validação semântica para população de pacientes do HC/UNICAMP (SOUZA, 1988).

- Inventário de Depressão Beck

Utilizou-se este instrumento para medida de sintomas de depressão (1974), conforme Anexo VI. Consta de uma escala de 21 itens, originalmente derivados de observações clínicas de pacientes psiquiátricos deprimidos. Os itens são escalados de 0 a 4, segundo a intensidade da sintomatologia depressiva.

É um teste bastante utilizado na clínica e pesquisa.

3. Procedimento

Os sujeitos que formaram o grupo de pacientes epiléticos (GI) e grupo controle (GII) foram submetidos à avaliação médica pela neurologista Profª. Dra. Diosely de Castro Silveira. Esta avaliação constou de uma anamnese detalhada, exame físico geral, exame neurológico e entrevista sobre aspectos da sexualidade.

Os pacientes epiléticos foram submetidos a exames de eletrencefalograma (EEG), tomografia computadorizada de crânio (TCC) e glicemia de jejum.

Em seguida, os sujeitos de ambos os grupos foram encaminhados ao Setor de Psicologia do Departamento de Neurologia da FCM/UNICAMP, que funciona numa das salas de atendimento do Ambulatório de Neurologia Clínica do HC/UNICAMP.

As condições de avaliação e instrumentos foram as mesmas para todos os sujeitos.

1ª Entrevista - obtenção do consentimento do sujeito, após apresentação dos objetivos da pesquisa e preenchimento da ficha de identificação e aplicação do Protocolo de Comportamento Sexual.

2ª Entrevista - aplicação de testes psicológicos: Inventário de Estado e Traço de Ansiedade - IDATE I e II (SPIELBERGER e col, 1970) e Inventário de BECK (1974).

3ª Entrevista - feita com o parceiro para delinear o problema sexual, segundo a percepção deste.

4ª Entrevista (optativa) - apresentação do resultado dos testes e orientação sobre como o sujeito poderá procurar ajuda sistemática para os problemas identificados.

4. Julgamento Clínico da Disfunção Sexual

A DS foi considerada presente quando preenchidos os critérios do DSM III-R (Anexo I) e seguido de concordância entre dois juízes (neurologista e psicóloga).

Após a tabulação dos dados de todos os sujeitos, foi dado o diagnóstico da DS.

5. Julgamento Clínico do Traço de Ansiedade

Esta avaliação foi feita através das respostas de todos os sujeitos ao teste IDATE II. Tais testes foram tabulados após a complementação dos grupos.

6. Análise Estatística

Os resultados foram analisados através de uma análise qualitativa e uma análise quantitativa.

Optou-se pela análise qualitativa dos dados obtidos através do Protocolo de Comportamento Sexual e das entrevistas com o parceiro, e os resultados são apresentados em forma de porcentagens.

A análise estatística foi efetivada com vistas à comparação intergrupos e intragrupo das diversas variáveis pesquisadas - ansiedade, depressão, DS, percepção de controle e variáveis ligadas à epilepsia.

Para a comparação intergrupos, usou-se o procedimento CATMOD (categorical models) do Sistema Estatístico SAS e aplicado o modelo Log Linear para variáveis categóricas. Para a comparação intragrupos, foi usado o teste exato de Fisher do FREQ (frequency) do Sistema Estatístico SAS instalado no Laboratório de Estatística do Instituto de Matemática, Estatística e Ciência da Computação/IMECC/UNICAMP.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Caracterização Demográfica

1.1. Identificação do Grupo de Epilépticos (GI)

Os dados referentes à identificação dos pacientes estão listados no Quadro 1 (homens) e Quadro 2 (mulheres).

Este grupo foi formado por 28 homens, cuja idade variou de 21 a 44 anos, com média de 33,32 anos e por 32 mulheres, cuja idade variou de 20 a 45 anos, com idade média de 31,65 anos. No total, o grupo de pacientes epilépticos variou de 20 a 45 anos, com idade média de 32,43.

Quanto à escolaridade, no grupo de homens, dois (7,14%) eram analfabetos, 22 (78,57%) com primeiro grau incompleto, dois (7,14%) cursaram primeiro grau completo e dois (7,14%), o segundo grau completo.

No grupo de mulheres, duas (6,25%) eram analfabetas, 28 (87,5%), com primeiro grau incompleto, uma (3,12%), com segundo grau incompleto e uma (3,12%), com segundo grau completo.

Quanto à atividade profissional, 24 dos homens (85,72%) trabalhavam, um (3,57%) não trabalhava, um (3,57%) estava aposentado e dois (7,14%) estavam afastados. Das mulheres, 11 (34,37%) trabalhavam com remuneração, 19 (59,38%) trabalhavam como donas de casa, uma (3,12%) estava aposentada e uma (3,12%) estava afastada. No total, há

20 pacientes que não trabalham (33,33%) contra 35 (58,33%) que se dedicam a alguma atividade profissional.

Quanto à classe social, segundo os critérios do Serviço Social da UNICAMP, pertencem à classe baixa (B) - 25 (41,67%) e, classe média (M) - 35 (58,33%) pacientes.

Quadro 1 - Identificação do Grupo de Epilépticos - Homens

| No. | INICIAIS | IDADE (anos) | ESCOLARIDADE (anos) | ATIV.PROF. | N.SOCIOEC. |
|-----|----------|--------------|---------------------|------------|------------|
| 01 | VIS | 37 | 03 | SIM | MÉDIO |
| 02 | MSVB | 44 | 11 | SIM | MÉDIO |
| 03 | MNS | 37 | 02 | SIM | MÉDIO |
| 04 | PIB | 37 | 04 | SIM | MÉDIO |
| 05 | JDM | 29 | 04 | APOSENTADO | MÉDIO |
| 06 | JBC | 27 | 05 | AFASTADO | BAIXO |
| 07 | RGD | 34 | 03 | SIM | BAIXO |
| 08 | WPA | 35 | 04 | SIM | MÉDIO |
| 09 | TGC | 44 | 04 | SIM | BAIXO |
| 10 | JCN | 28 | 03 | SIM | MÉDIO |
| 11 | LJF | 30 | 04 | SIM | MÉDIO |
| 12 | FJS | 30 | 04 | SIM | BAIXO |
| 13 | EC | 32 | 01 | SIM | BAIXO |
| 14 | DDP | 21 | 05 | SIM | MÉDIO |
| 15 | JMM | 25 | 05 | SIM | MÉDIO |
| 16 | WML | 41 | 00 | NÃO | BAIXO |
| 17 | JDL | 34 | 04 | SIM | BAIXO |
| 18 | ATL | 25 | 04 | SIM | BAIXO |
| 19 | LCN | 29 | 08 | SIM | BAIXO |
| 20 | WS | 30 | 03 | SIM | MÉDIO |
| 21 | LBO | 43 | 00 | SIM | BAIXO |
| 22 | LASav | 36 | 03 | SIM | MÉDIO |
| 23 | LASi | 38 | 08 | SIM | MÉDIO |
| 24 | JFS | 33 | 04 | AFASTADO | MÉDIO |
| 25 | MB | 31 | 04 | SIM | MÉDIO |
| 26 | VMB | 36 | 11 | SIM | BAIXO |
| 27 | LAA | 36 | 04 | SIM | BAIXO |
| 28 | JLP | 31 | 05 | SIM | MÉDIO |

LEGENDA: INICIAIS - Iniciais do Nome, ATIV.PROF. - Atividade Profissional; N.SOCIOEC. - Nivel Sócioeconômico

Quadro 2 - Identificação do Grupo de Epilépticos - Mulheres

| No. | INICIAIS | IDADE (anos) | ESCOLARIDADE (anos) | ATIV.PROF. | N.SOCIOEC. |
|-----|----------|--------------|---------------------|------------|------------|
| 29 | VAO | 37 | 03 | SIM | BAIXO |
| 30 | IOF | 26 | 04 | SIM | BAIXO |
| 31 | MCSB | 37 | 04 | SIM | MÉDIO |
| 32 | WFOS | 32 | 04 | NÃO | MÉDIO |
| 33 | EASD | 34 | 04 | NÃO | MÉDIO |
| 34 | VCCS | 20 | 07 | NÃO | MÉDIO |
| 35 | ETM | 34 | 04 | APOSENTADA | MÉDIO |
| 36 | ASP | 39 | 00 | NÃO | BAIXO |
| 37 | ZMDS | 29 | 06 | NÃO | BAIXO |
| 38 | EAA | 23 | 03 | NÃO | MÉDIO |
| 39 | AFS | 27 | 04 | NÃO | BAIXO |
| 40 | IGOS | 32 | 09 | SIM | BAIXO |
| 41 | ITT | 26 | 04 | SIM | BAIXO |
| 42 | ASG | 29 | 04 | NÃO | MÉDIO |
| 43 | LASS | 24 | 04 | SIM | BAIXO |
| 44 | MFS | 26 | 00 | NÃO | BAIXO |
| 45 | NGSV | 43 | 04 | SIM | MÉDIO |
| 46 | NCS | 42 | 01 | NÃO | MÉDIO |
| 47 | LS | 27 | 04 | NÃO | MÉDIO |
| 48 | TCMS | 32 | 04 | AFASTADA | BAIXO |
| 49 | EC | 26 | 11 | NÃO | MÉDIO |
| 50 | RSS | 26 | 02 | NÃO | MÉDIO |
| 51 | IORB | 39 | 03 | NÃO | MÉDIO |
| 52 | MAOP | 38 | 04 | SIM | MÉDIO |
| 53 | BHCL | 38 | 04 | NÃO | BAIXO |
| 54 | MMO | 21 | 04 | NÃO | MÉDIO |
| 55 | MCS | 26 | 04 | NÃO | MÉDIO |
| 56 | NMRF | 42 | 04 | SIM | MÉDIO |
| 57 | ABS | 45 | 02 | NÃO | BAIXO |
| 58 | MCAD | 20 | 02 | NÃO | BAIXO |
| 59 | SAFL | 32 | 03 | SIM | MÉDIO |
| 60 | NSD | 41 | 04 | SIM | MÉDIO |

LEGENDA: INICIAIS - Iniciais do Nome, ATIV.PROF. - Atividade Profissional; N.SOCIOEC. - Nível Sócioeconômico

1.2. Identificação do Grupo Controle (GII)

Os dados referentes à identificação do grupo controle estão listados no Quadro 3 (homens) e Quadro 4 (mulheres). Este grupo foi formado por 20 homens, cuja idade variou de 20 a 45 anos, com idade média de 33,9 anos e, por 40 mulheres, cuja idade variou de 20 a 45 anos, com idade média de 34,25 anos. No total, a idade variou de 20 a 45 anos com idade média de 34,13 anos.

Quanto à escolaridade, no grupo de homens dois (10%) são analfabetos, 10 (50%) cursaram o primeiro grau incompleto, dois (10%), o primeiro grau completo, dois (10%) têm o segundo grau incompleto e três (15%) têm o segundo grau completo e um (5%) iniciou o curso superior.

No grupo de mulheres, uma (2,5%) é analfabeta, 24 (60%) com primeiro grau incompleto, sete (17,5%) cursaram o primeiro grau completo, quatro (10%), o segundo grau incompleto, três (7,5%), o segundo grau completo e uma (2,5%) iniciou o curso superior.

Quanto ao exercício de atividade profissional, 100% dos homens do grupo controle trabalham. No grupo de mulheres, 15 são donas de casa (37,5%) e 25 (62,5%) trabalham fora. No total, 15 não trabalham (25%), contra 45 (75%) que desempenham alguma atividade profissional.

Quanto à classe social, 25 (41,67%) pertencem à classe baixa (B) e 35 (58,33%) à classe média (M).

Quadro 3 - Identificação do Grupo Controle - Homens

| No. | INICIAIS | IDADE (anos) | ESCOLARIDADE (anos) | ATIV.PROF. | N.SOCIOEC. |
|-----|----------|--------------|---------------------|------------|------------|
| 01 | JLC | 24 | 11 | SIM | MÉDIO |
| 02 | RS | 45 | 04 | SIM | BAIXO |
| 03 | MAC | 45 | 02 | SIM | BAIXO |
| 04 | JP | 43 | 00 | SIM | BAIXO |
| 05 | JSS | 36 | 09 | SIM | MÉDIO |
| 06 | JHS | 28 | 01 | SIM | MÉDIO |
| 07 | JSM | 44 | 11 | SIM | MÉDIO |
| 08 | GDM | 40 | 08 | SIM | BAIXO |
| 09 | MR | 27 | 12 | SIM | MÉDIO |
| 10 | RF | 39 | 09 | SIM | MÉDIO |
| 11 | CAS | 40 | 02 | SIM | MÉDIO |
| 12 | RP | 38 | 07 | SIM | MÉDIO |
| 13 | SS | 20 | 06 | SIM | MÉDIO |
| 14 | MAM | 20 | 08 | SIM | MÉDIO |
| 15 | RG | 22 | 00 | SIM | BAIXO |
| 16 | SP | 25 | 07 | SIM | MÉDIO |
| 17 | JA | 28 | 07 | SIM | BAIXO |
| 18 | EAL | 26 | 06 | SIM | BAIXO |
| 19 | ELS | 45 | 11 | SIM | MÉDIO |
| 20 | HCD | 43 | 06 | SIM | MÉDIO |

LEGENDA: INICIAIS - Iniciais do Nome, ATIV.PROF. - Atividade Profissional; N.SOCIOEC. - Nível Socioeconômico

Quadro 4 - Identificação do Grupo Controle - Mulheres

| No. | INICIAIS | IDADE (anos) | ESCOLARIDADE (anos) | ATIV.PROF. | N.SOCIOEC. |
|-----|----------|--------------|------------------------|------------|------------|
| 21 | ZGT | 39 | 04 | NÃO | BAIXO |
| 22 | ARM | 44 | 02 | NÃO | BAIXO |
| 23 | SMCS | 24 | 04 | SIM | MÉDIO |
| 24 | SRR | 30 | 11 | SIM | BAIXO |
| 25 | VC | 45 | 09 | SIM | BAIXO |
| 26 | IRS | 41 | 07 | SIM | BAIXO |
| 27 | DMT | 43 | 03 | SIM | MÉDIO |
| 28 | MASP | 26 | 09 | NÃO | MÉDIO |
| 29 | RBA | 23 | 08 | SIM | BAIXO |
| 30 | GE | 43 | 08 | SIM | MÉDIO |
| 31 | LF | 44 | 13 | SIM | MÉDIO |
| 32 | AMS | 45 | 05 | SIM | BAIXO |
| 33 | ESG | 20 | 11 | SIM | MÉDIO |
| 34 | NPB | 44 | 08 | SIM | MÉDIO |
| 35 | RCP | 42 | 06 | NÃO | MÉDIO |
| 36 | RFL | 35 | 08 | SIM | MÉDIO |
| 37 | SRPS | 26 | 14 | SIM | MÉDIO |
| 38 | TBP | 40 | 08 | NÃO | MÉDIO |
| 39 | SANC | 25 | 11 | SIM | MÉDIO |
| 40 | IM | 38 | 04 | NÃO | BAIXO |
| 41 | EEO | 34 | 03 | NÃO | MÉDIO |
| 42 | IFS | 39 | 00 | NÃO | BAIXO |
| 43 | NRGM | 31 | 14 | SIM | MÉDIO |
| 44 | SAB | 23 | 04 | NÃO | MÉDIO |
| 45 | HFHO | 31 | 04 | NÃO | MÉDIO |
| 46 | VLS | 27 | 04 | NÃO | MÉDIO |
| 47 | MAP | 28 | 05 | NÃO | MÉDIO |
| 48 | MA | 30 | 02 | NÃO | BAIXO |
| 49 | LS | 37 | 02 | SIM | MÉDIO |
| 50 | MRIG | 40 | 03 | SIM | BAIXO |
| 51 | DFP | 39 | 05 | NÃO | BAIXO |
| 52 | MATN | 28 | 08 | SIM | BAIXO |
| 53 | SMFL | 36 | 05 | SIM | BAIXO |
| 54 | EMS | 27 | 03 | SIM | MÉDIO |
| 55 | DFM | 43 | 03 | SIM | BAIXO |
| 56 | TG | 23 | 08 | SIM | MÉDIO |
| 57 | EP | 44 | 04 | SIM | MÉDIO |
| 58 | OVG | 26 | 02 | NÃO | BAIXO |
| 59 | MISR | 39 | 04 | SIM | MÉDIO |
| 60 | MRRC | 28 | 03 | SIM | BAIXO |

LEGENDA: INICIAIS - Iniciais do Nome. ATIV.PROF. - Atividade Profissional; N.SOCIOEC. - Nível Sócioeconômico

2. Caracterização da Epilepsia

Os dados que caracterizam a epilepsia estão listados no Quadro 5 (homens) e Quadro 6 (mulheres).

As crises epiléticas foram classificadas de acordo com a Classificação Internacional das Crises Epiléticas (COMMISSION ON CLASSIFICATION, 1981) e, as epilepsias, segundo a Classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epiléticas (COMMISSION ON CLASSIFICATION, 1985, 1989).

As crises foram classificadas como generalizadas e parciais e as epilepsias em epilepsia de lobo temporal (ELT), frontal (ELF), parietal (ELP) ou occipital (ELO). É importante ressaltar que uma classificação baseada em critérios clínicos e eletrencefalográficos, com EEG realizado de rotina, não permite conclusão definitiva sobre os tipos de epilepsia, segundo o parecer neurológico, que prefere classificar como epilepsia de provável origem nos diferentes lobos.

No grupo de homens, a idade de início das crises variou entre um e 37 anos, com média de 18,53 anos. Todos eram portadores de epilepsia há mais de dois anos, com tempo de doença que variou entre 2 e 36 anos, com média de 14,78 anos.

Quanto ao tipo de crise, 22 (78,57%) pacientes apresentaram crises parciais, 15 destes com generalização secundária e seis (21,42%), crises generalizadas.

Dentre os 22 pacientes com epilepsias parciais, 13 (59,09%) provavelmente com ELT, seis (27,27%) com ELF e três (13,64%) com ELP.

As epilepsias generalizadas são do tipo tônico-clônica. Entre os seis pacientes com epilepsia generalizada, quatro eram criptogênicas, uma sintomática e uma idiopática. Entre os 22 com crises parciais, 13 eram criptogênicas e 9 sintomáticas.

Em relação à frequência de crises, 14 (50%) pacientes estavam sem crises há seis meses ou mais, dois (7,14%) apresentavam crises a cada 90 dias, três (10,7%) crises mensais, dois (7,14%) crises quinzenais, quatro (14,28%) crises semanais e dois (7,14%) crises a cada três-quatro dias aproximadamente.

Quanto aos antecedentes pessoais relevantes, dois (7,14%) referiram TCE com perda de consciência por um período maior que 24 horas. E, quanto aos antecedentes familiares, nove (32,14%) relataram casos de epilepsia em pacientes do primeiro grau.

Todos os pacientes apresentaram exame físico geral e neurológico normais, exceto o paciente 25, que mostrou uma discretíssima hemiparesia esquerda.

O diagnóstico etiológico foi possível em 10 (35,71%) pacientes. Sete por neurocisticercose, dois por trauma crânio encefálico (TCE) e um desconhecido.

No grupo de mulheres, a idade de início das crises variou entre um e 34 anos, com idade média de 16,12 anos.

Todos eram portadores de epilepsia há mais de dois anos, com tempo de doença que variou entre 2 e 30 anos, com média de 15,53 anos.

Quanto ao tipo de crise, 29 (90,62%) pacientes apresentaram crises parciais, 19 destes com generalização secundária e três (9,37%), crises generalizadas.

Dentre os 29 pacientes com epilepsias parciais, 22 (75,86%) provavelmente com ELT, quatro (13,79%) com ELF e dois (6,90%) com ELP e um (3,45%) com ELO.

As epilepsias generalizadas são do tipo tônico-clônica.

Entre os três pacientes com epilepsia generalizada, duas eram criptogênicas e uma idiopática. Entre os 29 com crises parciais, 20 eram criptogênicas e 9 sintomáticas.

Em relação à freqüência de crises, nove (28,13%) pacientes estavam sem crises há seis meses ou mais, dez (31,25%) apresentavam crises mensais, oito (25%) crises semanais e cinco (15,62%) crises a cada um a três dias aproximadamente.

Quanto aos antecedentes pessoais relevantes, uma (3,12%) relatou meningite aos nove anos. E, quanto aos antecedentes familiares, 14 (43,75%) relataram casos de epilepsia em parentes do primeiro grau.

Todos os pacientes apresentaram exame físico geral e neurológico normais, exceto o paciente 57 que mostrou uma discreta hemiparesia à direita.

O diagnóstico etiológico foi possível em nove (28,12%) pacientes. Cinco (15,62%) pacientes apresentaram neurocisticercose, um (3,12%) com etiologia desconhecida.

Quadro 5 - Crises Epilépticas e Epilepsias - Homens

| No. | IIC | TC | TES | FC | AFE | APR | EP |
|-----|-----|------------------|-------|-----|-----|-----|-------|
| 01 | 14 | CGTC | EG-S | 90 | SIM | NÃO | CISTI |
| 02 | 13 | CPSm + G | ELF-C | 30 | NÃO | NÃO | D |
| 03 | 35 | CGTC | EG-C | 360 | NÃO | NÃO | D |
| 04 | 01 | CPSss + m | ELF-S | 07 | NÃO | NÃO | CISTI |
| 05 | 10 | CPSp + CPC | ELT-C | 15 | NÃO | NÃO | D |
| 06 | 10 | CPC + G | ELT-C | 07 | SIM | NÃO | D |
| 07 | 32 | CGTC | EG-C | 720 | SIM | NÃO | D |
| 08 | 30 | CPC + G | ELT-S | 540 | NÃO | NÃO | CISTI |
| 09 | 37 | CPSp + CPC + G | ELT-C | 30 | NÃO | NÃO | D |
| 10 | 14 | CPSm | ELF-S | 30 | NÃO | NÃO | CISTI |
| 11 | 13 | CGTC | EG-C | 720 | NÃO | NÃO | D |
| 12 | 28 | CPSss + m + G | ELP-S | 03 | NÃO | NÃO | CISTI |
| 13 | 17 | CPSm + G | ELF-S | 720 | NÃO | NÃO | CISTI |
| 14 | 10 | CPSss + m | ELP-C | 720 | NÃO | NÃO | D |
| 15 | 12 | CPSss + G | ELP-C | 720 | NÃO | NÃO | D |
| 16 | 13 | CPC + G | ELT-S | 720 | SIM | SIM | TCE |
| 17 | 31 | CPSm + G | ELF-S | 180 | NÃO | SIM | TCE |
| 18 | 22 | CPC | ELT-C | 180 | NÃO | NÃO | D |
| 19 | 19 | CPSau + CPC + G | ELT-C | 04 | NÃO | NÃO | D |
| 20 | 25 | CPSau + CPC | ELT-C | 07 | SIM | NÃO | D |
| 21 | 26 | CPC + G | ELT-C | 15 | SIM | NÃO | D |
| 22 | 10 | CGTC | EG-I | 360 | SIM | NÃO | I |
| 23 | 23 | CPSau + CPC | ELT-C | 360 | NÃO | NÃO | D |
| 24 | 25 | CPSau + CPC + G | ELT-C | 07 | SIM | NÃO | D |
| 25 | 14 | CPSm + G | ELF-S | 180 | NÃO | NÃO | D |
| 26 | 19 | CPSp + CPC + G | ELT-C | 15 | NÃO | NÃO | D |
| 27 | 01 | CPSau+p+ CPC + G | ELT-S | 90 | NÃO | NÃO | CISTI |
| 28 | 14 | CGTC | EG-C | 180 | SIM | NÃO | D |

LEGENDA: IIC = Idade de Início das Crises; TC = Tipo de Crises; TES = Tipo de Epilepsia e de Síndrome; FC = Frequência das Crises; AFE = Antecedentes Familiares para Epilepsia; APR = Antecedentes Pessoais Relevantes; EP = Etiologia Provável; CPS = Crises Parciais Simples; CPC = Crises Parciais Complexas; G = Generalização Secundária; CGTC = Crises Generalizadas Tônico-Clônicas; au = autossômicas; p = psíquica; m = motora; ss = somato-sensitiva; ELT = epilepsia de lobo temporal; ELF = Epilepsia de lobo frontal; ELO = Epilepsia de lobo occipital; ELP = epilepsia de lobo parietal; C = criptogênica; S = sintomática; I = idiopática; CISTI = neurocisticercose; TCE = trauma crânio encefálico; D = Desconhecida.

Quadro 6 - Crises Epilépticas e Epilepsias - Mulheres

| No. | IIC | TC | TES | FC | AFE | APR | EP |
|-----|-----|-------------------------------|-------|-----|-----|-----|-------|
| 29 | 23 | CPS _{ss} + CPC + G | ELP-C | 07 | NÃO | NÃO | D |
| 30 | 12 | CPC + G | ELT-C | 01 | NÃO | NÃO | D |
| 31 | 27 | CPC | ELT-C | 03 | SIM | NÃO | D |
| 32 | 22 | CPC + G | ELT-S | 30 | NÃO | NÃO | CISTI |
| 33 | 17 | CPS _o + CPC | ELT-C | 07 | NÃO | NÃO | D |
| 34 | 19 | CPS _{ss} + m | ELP-C | 30 | SIM | NÃO | D |
| 35 | 12 | CGTC | EG-I | 30 | SIM | NÃO | I |
| 36 | 13 | CGTC | EG-C | 360 | NÃO | NÃO | D |
| 37 | 15 | CPC | ELTS | 30 | SIM | NÃO | D |
| 38 | 01 | CPS _p + CPC + G | ELT-S | 07 | NÃO | NÃO | CISTI |
| 39 | 15 | CPC + G | ELT-S | 30 | NÃO | NÃO | CISTI |
| 40 | 22 | CPS _p + G | ELT-C | 720 | SIM | NÃO | D |
| 41 | 24 | CPS _v + CPC + G | ELO-C | 07 | NÃO | NÃO | D |
| 42 | 14 | CPS _m + G | ELF-C | 360 | NÃO | NÃO | D |
| 43 | 09 | CPS _p + CPC | ELT-S | 02 | SIM | SIM | MENIN |
| 44 | 07 | CPS _{au} + CPC + G | ELT-C | 07 | NÃO | NÃO | D |
| 45 | 15 | CPS _{au} + CPC + G | ELT-C | 03 | SIM | NÃO | D |
| 46 | 12 | CPS _p + CPC | ELT-C | 07 | SIM | NÃO | D |
| 47 | 01 | CPS _{au} + CPC + G | ELT-C | 07 | SIM | NÃO | D |
| 48 | 20 | CPC + G | ELT-C | 30 | SIM | NÃO | D |
| 49 | 24 | CPS _m | ELF-S | 180 | NÃO | NÃO | CISTI |
| 50 | 14 | CPS _{au+v} + CPC + G | ELT-C | 360 | SIM | NÃO | D |
| 51 | 34 | CPC + G | ELT-C | 360 | NÃO | NÃO | D |
| 52 | 09 | CPS _m + G | ELF-S | 30 | NÃO | NÃO | A |
| 53 | 22 | CPC | ELT-C | 02 | SIM | NÃO | D |
| 54 | 02 | CGTC | EG-C | 180 | SIM | NÃO | D |
| 55 | 10 | CPC + G | ELT-S | 180 | NÃO | NÃO | CISTI |
| 56 | 13 | CPS _p + CPC + G | ELT-C | 30 | NÃO | NÃO | D |
| 57 | 43 | CPS _m + G | ELF-S | 30 | SIM | NÃO | AVCI |
| 58 | 13 | CPC | ELT-C | 07 | NÃO | NÃO | D |
| 59 | 02 | CPC + G | ELT-C | 720 | NÃO | NÃO | D |
| 60 | 30 | CPS _p + CPC | ELT-C | 30 | SIM | NÃO | D |

LEGENDA: IIC = Idade de Início das Crises; TC = Tipo de Crises; TES = Tipo de Epilepsia e de Síndrome; FC = Frequência das Crises; AFE = Antecedentes Familiares para Epilepsia; APR = Antecedentes Pessoais Relevantes; EP = Etiologia Provável; CPS = Crises Parciais Simples; CPC = Crises Parciais Complexas; G = Generalização Secundária; CGTC = Crises Generalizadas Tônico-Clônicas; au = autossômicas; p = psíquica; m = motora; ss = somato-sensitiva; o = olfativa; v = visual; ELT = epilepsia de lobo temporal; ELF = Epilepsia de lobo frontal; ELO = Epilepsia de lobo occipital; ELP = epilepsia de lobo parietal; C = criptogênica; S = sintomática; I = idiopática; CISTI = neurocisticercose; AHE = Atrofia hemisférica esquerda; AVCI = acidente vascular cerebral isquêmico; D = desconhecida; MENIN = Meningite.

3. Caracterização quanto à medicação (DAEs) e exames complementares

No quadro 7 (homens) e Quadro 8 (mulheres), podemos verificar os tipos de DAEs.

Vinte e seis homens (92,86%) estavam em monoterapia. Destes, 11 (42,31%) com fenitoína (PHT), 10 (38,46%) com carbamazepina (CBZ), cinco (9,23%) com fenobarbital (PB). Dois pacientes estavam com politerapia, um com carbamazepina (CBZ) e valproato de sódio (VPA) e outro com fenitoína (PHT) e fenobarbital (PB).

Segundo parecer neurológico, quanto ao EEG, os pacientes foram submetidos, durante o estudo, a pelo menos dois exames intercríticos em vigília e/ou sono e as anormalidades foram classificadas em epileptiformes (AE) e não epileptiformes (N-AE).

Realizou-se a análise dos relatórios dos EEGs por dois eletrencefalografistas no Setor de Eletrencefalografia do Departamento de Neurologia/UNICAMP.

O EEG foi normal em 10 pacientes (35,7%). Entre os EEGs com anormalidades, 14 apresentaram atividade epileptiforme e 10 atividade não epileptiforme (N-AE). Estas atividades foram focais em 16 (57,14%) e generalizadas em dois (7,14%) pacientes. Em relação à lateralidade do foco, cinco (17,86%) mostravam anormalidades focais à direita, seis (18,75%) à esquerda e quatro (14,29%) bilaterais. Duas (7,14%) mostraram anormalidades generalizadas.

Os exames tomográficos foram realizados com e sem contraste, com análise de laudos do Departamento de Radiologia da UNICAMP. A TCC foi normal em 18 pacientes (64,28%) e anormal em 10 (3,57%). Em três pacientes, a TCC mostrou múltiplas calcificações de parênquima cerebral (MCPC), em quatro, calcificações nodulares únicas e, em três, áreas hipodensas focais.

No grupo de mulheres, 32 (100%) estavam em monoterapia. Destas, 19 (59,37%) com carbamazepina (CBZ), 10 (31,25%) com fenitoína (PHT), uma (3,12%) com valproato de sódio (VPA) e duas (6,25%) com fenobarbital (PB).

O EEG foi normal em 17 pacientes (53,12%) e anormal em 15 (46,87%). Entre os EEGs com anormalidades, 11 apresentaram atividade epileptiforme (EA) e 10 atividade não epileptiforme (N-AE). Estas atividades foram focais em 14 pacientes. Em relação à lateralidade do foco, oito (25%) mostraram anormalidades focais à direita, quatro (12,5%) à esquerda e dois (6,25%) bilaterais.

Os exames tomográficos mostraram normalidade em 21 pacientes (65,62%) e anormalidades em oito (25%). Há ausência de três resultados, duas dificuldades do paciente em comparecer ao exame e uma por perda do exame. Em três pacientes, a TCC mostrou múltiplas calcificações de parênquima cerebral (MPC), em dois calcificações nodulares únicas, em uma área hipodensa focal e, em duas, atrofia focais.

Quadro 7 - Tipo e Dose da Medicação e Exames Complementares em Homens

| No. | Tipo de DAEs | Dose do medicamento (mg) | Ex.Físico Ex.Neurológico | EEG | TCC |
|-----|--------------|--------------------------|-----------------------------|----------------|----------|
| 01 | PHT | 350 | NL | NL | CAL-PE |
| 02 | PB | 100 | NL | NL | NL |
| 03 | CBZ | 1.000 | NL | NL | NL |
| 04 | PHT | 350 | NL | AE-FTE / OL-TE | NL |
| 05 | CBZ | 1.600 | NL | AE-TB | NL |
| 06 | CBZ | 1.600 | NL | NL | NL |
| 07 | PB | 100 | NL | NL | NL |
| 08 | PB | 100 | NL | NL | MCPC |
| 09 | PHT | 350 | NL | NL | NL |
| 10 | PHT | 350 | NL | OL-TE | MCPC |
| 11 | PHT | 300 | NL | NL | NL |
| 12 | PHT | 300 | NL | OL-FTE | MCPC |
| 13 | PHT | 300 | NL | AE-TE | CAL-CE |
| 14 | PHT | 300 | NL | NL | CAL-PE |
| 15 | PHT | 300 | NL | AE-TB | NL |
| 16 | PB | 100 | NL | OL-TD | HIPOD FB |
| 17 | CBZ | 800 | NL | OL-TE | HIPOD FE |
| 18 | CBZ | 600 | NL | AE-G | NL |
| 19 | CBZ | 600 | NL | AE-TE | NL |
| 20 | PHT | 450 | NL | AE-TD / OL-TD | NL |
| 21 | CBZ | 1.000 | NL | AE-TD / OL-TD | NL |
| 22 | PHT | 300 | NL | AE-G | NL |
| 23 | CBZ | 1.600 | NL | AE-TB | NL |
| 24 | CBZ | 1.400 | NL | AE-TD / OL-TD | NL |
| 25 | CBZ | 1.000 | HEMIP. E | AE-TB | HIPOD TD |
| 26 | CBZ VPA | 1.000 1.500 | NL | AE-TB / OL-TB | NL |
| 27 | PHT PB | 300 100 | NL | AE-TD / OL-TD | CAL-OD |
| 28 | PB | 100 | NL | NL | NL |

LEGENDA: CBZ = Carbamazepina, PHT = Fenitoína, VPA = Valproato de Sódio, PB = Fenobarbital, DAEs - Drogas antiepilépticas, EEG = Eletrencefalograma, TCC = Tomografia computadorizada de crânio, AE = Atividade epileptiforme, OL = Ondas lentas intermitentes, E = Esquerda, D = Direita, B = Bilateral, T = Temporal, FT = Fronto-temporal, O = Occipital, F = Frontal, TP = Temporo-parietal, P = Parietal, C = Central, TPO = Temporo-parieto-occipital, G = Generalizada, CAL = Calcificação única de parênquima, HIPOD = Hipodensidade, MCPC = Múltiplas calcificações em parênquima cerebral, HEMIP = Hemiparesia, NL = Normal.

Quadro 8 - Tipo e Dose da Medicação e Exames Complementares em Mulheres

| No. | Tipo de DAEs | Dose do medicamento (mg) | Ex.Físico Ex.Neurológico | EEG | TCC |
|-----|--------------|--------------------------|-----------------------------|---------------|-----------|
| 29 | PHT | 400 | NL | AE-TD | NL |
| 30 | CBZ | 1.200 | NL | AE-TE | NL |
| 31 | CBZ | 1.000 | NL | AE-TD | NL |
| 32 | PHT | 300 | NL | NL | CAL-OD |
| 33 | CBZ | 1.000 | NL | NL | NL |
| 34 | CBZ | 600 | NL | NL | NL |
| 35 | CBZ | 600 | NL | NL | NL |
| 36 | PHT | 300 | NL | AAB | NL |
| 37 | CBZ | 1.400 | NL | NL | ATD |
| 38 | CBZ | 1.400 | NL | AE-TE / OL-TE | MCPC |
| 39 | PHT | 350 | NL | AE-TD / OL-TD | CAL-PD |
| 40 | PB | 100 | NL | NL | NL |
| 41 | CBZ | 800 | NL | NL | NT |
| 42 | CBZ | 600 | NL | NL | NT |
| 43 | CBZ | 800 | NL | AE-TD / OL-TD | NL |
| 44 | PHT | 400 | NL | NL | NL |
| 45 | CBZ | 1.600 | NL | OL-FTB | NL |
| 46 | CBZ | 1.200 | NL | NL | NL |
| 47 | PHT | 400 | NL | OL-TD | NL |
| 48 | CBZ | 600 | NL | NL | NL |
| 49 | CBZ | 600 | NL | AE-TD / OL-TD | MCPC |
| 50 | CBZ | 400 | NL | NL | NL |
| 51 | PB | 100 | NL | NL | NL |
| 52 | CBZ | 600 | NL | OL-TE | AHE |
| 53 | PHT | 300 | NL | AE-TD / OL-TD | NL |
| 54 | VPA | 1.500 | NL | NL | NL |
| 55 | PHT | 300 | NL | NL | MCPC |
| 56 | PHT | 400 | NL | AE-TD / OL-TD | NL |
| 57 | PHT | 325 | HEMIP. D | NL | HIPOD FTE |
| 58 | CBZ | 800 | NL | NL | NL |
| 59 | CBZ | 1.000 | NL | AE-TE | NL |
| 60 | CBZ | 600 | NL | AE-TB | NT |

LEGENDA: CBZ = Carbamazepina, PHT = Fenitoína, VPA = Valproato de Sódio, PB = Fenobarbital. DAEs - Drogas antiepilépticas, EEG = Eletrencefalograma, TCC = Tomografia computadorizada de crânio, AE = Atividade epileptiforme, OL = Ondas lentas intermitentes, E = Esquerda, D = Direita, B = Bilateral, T = Temporal, FT = Fronto-temporal, O = Occipital, F = Frontal, TP = Temporo-parietal, P = Parietal, C = Central, TPO = Temporo-parieto-occipital, G = Generalizada, CAL = Calcificação única de parênquima, HIPOD = Hipodensidade, MCPC = Múltiplas calcificações em parênquima cerebral, NL = Normal, AHE = Atrofia hemisfério cerebral esquerdo, ATD = Atrofia temporal direito, AAB = Alentecimento de atividade de base, HEMIP = Hemiparesia, NT = Não tem dados.

RESULTADOS

Análise Qualitativa

• Protocolo de Comportamento Sexual

A análise do protocolo buscou comparar as respostas dos sujeitos epiléticos e controle, agrupando-os de acordo com o gênero (masculino ou feminino) e de acordo com a DS (presença ou ausência). Deste modo, formaram-se oito subgrupos de sujeitos, sendo quatro no GI e quatro no GII, conforme esquema abaixo:

| GI | | | | GII | | | |
|--------|------|----------|------|--------|------|----------|------|
| HOMENS | | MULHERES | | HOMENS | | MULHERES | |
| DS - | DS + | DS - | DS + | DS - | DS + | DS - | DS + |

Em primeiro lugar, a análise do Protocolo apresenta os resultados relativos ao Diagnóstico da DS para situar melhor o leitor na identificação dos sujeitos funcionais e disfuncionais. Posteriormente, os demais dados seguem a sequência estabelecida pelo questionário.

• Diagnóstico da Disfunção Sexual

No GI, 12 homens (42,85%) e 18 mulheres (56,25%) apresentaram DS e 16 homens (57,81%) e 14 mulheres (43,75%) não a apresentaram.

No subgrupo homens DS+, houve um com alteração na libido, um com alterações na potência e um com alteração orgásmica, e 9 problemas conjugados.

Apareceram oito alterações classificadas como desejo sexual hipoativo (DSH), nove como distúrbio de ereção masculino (DEM) e seis como ejaculação precoce (EP).

No subgrupo mulheres DS+, houve duas mulheres com alterações na libido, 3 com alterações orgásmicas e 13 com distúrbios na libido e orgasmo.

As alterações na libido que apareceram em 13 mulheres foram classificadas como desejo sexual hipoativo (DSH). As alterações no prazer que apareceram em 16 mulheres foram classificadas como orgasmo feminino inibido (OFI). Destas alterações, seis são consideradas distúrbios orgásmicos situacionais, em oito os distúrbios orgásmicos são secundários e, em dois, as alterações são classificadas como distúrbios orgásmicos primários.

Quadro 9 - Caracterização da Disfunção Sexual GI

| HOMENS | | MULHERES | |
|--------|----------------|----------|------------|
| Nº | Tipo de DS | Nº | Tipo de DS |
| 17 | DSH + DEM | 43 | OFI |
| 18 | DEM | 44 | DSH + OFI |
| 19 | DSH + DEM | 45 | DSH + OFI |
| 20 | DSH + EP | 46 | DSH + OFI |
| 21 | DSH + DEM + EP | 47 | DSH + OFI |
| 22 | EP | 48 | DSH + OFI |
| 23 | DEM + EP | 49 | DSH + OFI |
| 24 | DSH + DEM | 50 | DSH + OFI |
| 25 | DSH | 51 | OFI |
| 26 | DSH + DEM + EP | 52 | DSH + OFI |
| 27 | DSH + DEM | 53 | DSH + OFI |
| 28 | DEM + EP | 54 | DSH + OFI |
| | | 55 | OFI |
| | | 56 | DSH + OFI |
| | | 57 | DSH |
| | | 58 | DSH + OFI |
| | | 59 | DSH |
| | | 60 | DSH + OFI |

Legenda: DSH = desejo sexual hipoativo, DEM = distúrbio de ereção masculino, EP = ejaculação precoce, OFI = orgasmo feminino inibido.

No GII, apareceram três homens (15%) e 12 mulheres (30%) disfuncionais e 17 homens (85%) e 28 mulheres (70%) não apresentaram problemas na função sexual.

Quanto às alterações presentes no grupo masculino, dois com alterações na potência - presença de ejaculação precoce (EP) e um com alteração na libido (desejo sexual hipoativo (DSH)).

Houve, entre as mulheres, duas com problemas na libido (desejo sexual hipoativo - DSH) e uma com distúrbio orgásmico e nove com alteração na libido e prazer.

Nas alterações orgásmicas, cinco eram distúrbios situacionais, quatro secundários e um primário.

Quadro 10 - Caracterização da Disfunção Sexual GII

| HOMENS | | MULHERES | |
|--------|------------|----------|------------------|
| Nº | Tipo de DS | Nº | Tipo de DS |
| 18 | DSH | 49 | DSH |
| 19 | EP | 50 | DSH - DESF - OFI |
| 20 | EP | 51 | OFI |
| | | 52 | DSH - OFI |
| | | 53 | DSH OFI |
| | | 55 | DSH |
| | | 56 | DSH OFI |
| | | 57 | DSH OFI |
| | | 58 | DSH OFI |
| | | 59 | DSH OFI |
| | | 60 | DSH OFI |

Legenda: DSH = desejo sexual hipoativo, EP = ejaculação precoce, DESF = distúrbio de excitação sexual feminino, OFI = orgasmo feminino inibido.

• Significado das Crises

As respostas dos pacientes epiléticos permitiram identificar:

No subgrupo homens DS- (N=16), a crise foi considerada ruim, tanto física quanto emocionalmente. Foi definida como doença, no sentido de ausência de saúde, causando dificuldades à vida pessoal e social, com relatos de perda de emprego. Apareceram

sentimentos de medo, dependência, preocupação e culpa. A família é citada como fonte de apoio.

No subgrupo homens DS+ (N=12), a crise é considerada um problema, é um acontecimento ruim com conotação de doença mental, causando muitas dificuldades psicossociais.

Dependência, insegurança, depressão, preocupação, vergonha, ansiedade, rejeição e auto imagem depreciada foram sentidas pela maioria dos sujeitos. Há relatos de preocupação e medo que transmitem à família.

Quadro 11 - Significado das Crises GI - Homens

| QUEIXA | HOMENS DS- (N=16) | | HOMENS DS+ (N=12) | |
|--|----------------------|-------|----------------------|-------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Dificulta a vida psicossocial | 10 | 62,50 | 11 | 91,67 |
| Não dificulta a vida psicossocial | 06 | 37,50 | 01 | 8,33 |
| É ruim | 07 | 43,75 | 06 | 50 |
| Insegurança, medo, dependência, ansiedade, preocupação, culpa | 05 | 31,25 | 08 | 66,67 |
| Família fonte de apoio | 06 | 37,50 | 06 | 37,50 |
| Trauma para os filhos | 01 | 6,25 | | |
| Perda da saúde | 01 | 6,25 | | |
| Causa preocupação e medo na família | | | 05 | 41,67 |
| Vergonha, sentimentos de inferioridade, rejeição | | | 06 | 50 |
| Rejeição social | | | 02 | 16,67 |
| Doença mental | | | 01 | 8,33 |

No subgrupo mulheres DS- (N=14), a crise também é considerada como um fato ruim, causando preocupação e medo para os familiares. Houve associação da epilepsia com doença mental e com problema espiritual porque não se obteve melhora com medicação. Os pacientes descrevem sentimento de raiva, revolta, conformismo, medo, preocupação, vergonha e desvalor. Também aparecem rejeição social e mudança na vida pessoal e social.

No subgrupo mulheres DS+ (N=18), a crise é considerada como algo muito ruim, associada à doença mental ou problemas de “nervos”. Aparecem os mesmos sentimentos do grupo anterior, mas há alta frequência de relatos de rejeição e tristeza. Há referência às mudanças psicossociais que causam.

Quadro 12 - Significado das Crises GI - Mulheres

| QUEIXA | MULHERES DS- (N=14) | | | MULHERES DS+ (N=18) | |
|---|------------------------|-------|--|------------------------|-------|
| | Nº | % | | Nº | % |
| Dificulta a vida psicossocial | 12 | 85,71 | | 11 | 61,11 |
| Não dificulta a vida psicossocial | 02 | 14,28 | | 07 | 38,85 |
| Fonte de medo e preocupação na família | 07 | 50 | | | |
| É ruim | 06 | 42,86 | | 05 | 27,78 |
| Família fonte de apoio | 05 | 35,71 | | 07 | 38,89 |
| Problema mental | 01 | 7,14 | | 04 | 22,22 |
| Raiva, revolta | 03 | 21,42 | | | |
| Tristeza | | | | 04 | 22,22 |
| Rejeição | | | | 05 | 27,78 |
| Rejeição social | 03 | 21,42 | | | |
| Insegurança, medo, culpa, dependência, desvalor, vergonha | | | | 11 | 61,11 |
| Problema espiritual | 01 | 7,14 | | | |
| Conformismo | | | | 01 | 5,55 |
| Culpa os pais e Deus | | | | 01 | 5,55 |

• Identificação de Problemas Pessoais

GI - O subgrupo homens DS- (N=16) define, na maioria, seus relacionamentos como satisfatórios e relatam ausência de problemas na sua história de vida.

Quando o problema aparece, está centrado na crise envolvendo preocupação com saúde, carreira e medo de morte por antecedente familiar e em insatisfação afetiva.

No subgrupo homens DS+ (N=12), relatam, na sua maioria, relacionamentos conjugais satisfatórios, mas há relatos de mais insatisfação emocional. Os problemas estão relacionados à crise como fonte de dificuldades familiares, perda de emprego, alteração de humor e presença de DS, e, também, às dificuldades conjugais.

Quadro 13 - Identificação de Problemas Pessoais - GI Homens

| GI | HOMENS DS- (N=16) | | | HOMENS DS+ (N=12) | |
|---|----------------------|-------|--|----------------------|-------|
| | Nº | % | | Nº | % |
| Relacionamento satisfatório | 16 | 100 | | 10 | 83,33 |
| Ausência de problemas pessoais | 11 | 68,75 | | 05 | 41,66 |
| Crise, preocupação com saúde, carreira, alteração de humor | 04 | 25 | | 05 | 41,66 |
| Crise, medo de morte | 01 | 6,25 | | | |
| Crise, dificuldades familiares | | | | | |
| presença de DS | | | | 04 | 25 |
| Insatisfação afetiva na juventude | 01 | 6,25 | | | |

GI - O subgrupo mulheres DS- (N=14) relata, na maioria, vida conjugal satisfatória e ausência de problemas emocionais. Quando aparecem as dificuldades, estão relacionadas à infância ruim, com relatos de problemas de relacionamento com pais punitivos ou alcoólatras e separações, vida conjugal insatisfatória por problemas de alcoolismo ou dificuldades ligadas à crise, envolvendo perdas e sentimentos de desvalor.

No subgrupo mulheres DS+ (N=18), a frequência de relacionamento conjugal satisfatório diminui e há maior frequência de problemas pessoais. Estes problemas estão centrados em dificuldades na infância com relatos de agressões, brigas em família, abuso sexual, pai alcoólatra e sentimentos de desvalor e prostituição na adolescência. Há referência à crise como fonte de humilhação e atribuição de doença mental. Há também relatos de problemas conjugais e problemas com DS.

Quadro 14 - Identificação de Problemas Pessoais - GI Mulheres

| GI | MULHERES DS- (N=14) | | MULHERES DS+ (N=18) | |
|--|---------------------|-------|---------------------|-------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Relacionamento satisfatório | 13 | 92,86 | 10 | 55,55 |
| Ausência de problemas pessoais | 06 | 42,86 | 04 | 22,22 |
| Problemas na infância-relaciona- mento paterno e desvalor | 04 | 28,57 | 06 | 33,33 |
| Prostituição adolescência | | | 01 | 5,55 |
| Vida conjugal insatisfatória | 01 | 7,14 | 05 | 27,77 |
| DS | | | 01 | 5,55 |
| Crise - perdas e desvalor | 07 | 50 | 03 | 16,67 |

GII - O subgrupo de homens DS- (N=17) mostra, na maioria, relacionamentos conjugais satisfatórios e ausência de problemas pessoais. Um paciente não quis falar. No subgrupo homens DS+ (N=3), somente um relata dificuldades com parceiro, seguido de rompimento conjugal e depressão.

Quadro 15 - Identificação de Problemas Pessoais - GII Homens

| GII | HOMENS DS- (N=17) | | | HOMENS DS+ (N=3) | |
|----------------------------------|----------------------|-------|--|---------------------|-------|
| | Nº | % | | Nº | % |
| Relacionamento satisfatório | 16 | 94,12 | | 02 | 66,67 |
| Ausência de problemas pessoais | 16 | 94,12 | | | |
| Não quis falar | 01 | 5,88 | | | |
| Problemas conjugais e rompimento | | | | 01 | 33,33 |

GII - O subgrupo mulheres DS- (N=28) não apresenta dificuldades conjugais e pessoais na sua maioria. Quando os problemas aparecem, centram-se em perdas de parentes afins, insatisfação por não poder gerar, preocupação com gravidez antes do casamento e problemas conjugais com marido alcoólatra.

No subgrupo de mulheres DS+ (N=12), a maioria não tem dificuldades conjugais nem pessoais. Os problemas referem-se à infância envolvendo pais alcoólatras e sentimentos de solidão, problemas conjugais também envolvendo agressão e álcool e preocupação com DS. Há relatos de dificuldades em lidar com perdas.

Quadro 16 - Identificação de Problemas Pessoais- GII Mulheres

| GI | MULHERES DS+ (N=28) | | MULHERES DS- (N=12) | | |
|----|---|----|---------------------|----|-------|
| | PROBLEMA | Nº | % | Nº | % |
| | Relacionamento satisfatório | 25 | 89,28 | 09 | 75 |
| | Ausência de problemas pessoais | 21 | 75 | 06 | 50 |
| | Perdas na infância | 04 | 14,28 | 05 | 41,67 |
| | Preocupação com gravidez | 01 | 3,57 | | |
| | Problemas conjugais - marido alcoólatra | 03 | 10,71 | 03 | 25 |
| | DS | | | 01 | 8,33 |

• Significado da Atividade Sexual

GI - No subgrupo homens DS- (N=16), a atividade sexual é, na sua maioria, fonte de satisfação e prazer, expressa através de expectativas de aumento de frequência e prazer. Para o subgrupo homens DS+ (N=12), a insatisfação é presente e a não responsividade é consequência de problema de saúde ou sentimentos de desvalor pessoal. Há relatos de expectativa de desempenho para satisfação do parceiro e relato de falta de espontaneidade na relação por inibição.

Quadro 17 - Significado da Atividade Sexual - GI Homens

| GI | HOMENS DS- (N=16) | | HOMENS DS+ (N=12) | |
|--|----------------------|-------|----------------------|-------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Fonte de satisfação | 15 | 93,75 | | |
| Expectativa de aumento de prazer | 01 | 6,25 | | |
| Expectativa de aumento de frequência | 05 | 31,25 | | |
| Não se sente responsivo por problema de saúde | | | 05 | 41,67 |
| Não se sente responsivo por depreciação da auto-imagem | | | 01 | 8,33 |
| Inibição | 01 | 6,25 | | |
| Expectativa de desempenho | | | 05 | 41,67 |

Para o subgrupo mulheres DS- (N=14), a atividade sexual é bastante satisfatória e é fonte de prazer com referência à sensação de relaxamento, expectativa de aumento de frequência e auto-imagem de positividade erótica. Há relato de medo de gravidez e diminuição de frequência.

Para o subgrupo mulheres DS+ (N=18), a não responsividade está relacionada a problemas de saúde e depreciação da auto-imagem. Há expectativas de participação e sentimentos de obrigação e submissão no ato sexual.

Quadro 18 - Significado da Atividade Sexual - G1 Mulheres

| GI | MULHERES DS- (N=14) | | MULHERES DS+ (N=18) | |
|---|------------------------|-------|------------------------|-------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Fonte de satisfação | 14 | 100 | | |
| Expectativa de aumento de frequência | 07 | 50 | | |
| Medo de gravidez | 01 | 7,14 | | |
| Sensação de relaxamento | 02 | 14,28 | | |
| Diminuição de frequência | 02 | 14,28 | | |
| Auto-imagem positiva | 01 | 7,14 | | |
| Não se sente responsável por depreciação da auto-imagem | | | 05 | 27,78 |
| Não se sente responsável por problema de saúde | | | 06 | 33,33 |
| Expectativa de carinho | | | 03 | 16,67 |
| Possibilidade de consentimento | | | 01 | 5,55 |
| Negação ao prazer | | | 05 | 27,78 |
| Percebeu diferenças no desempenho | | | 02 | 11,11 |
| Não sente prazer e sexo é obrigação | | | 05 | 27,78 |

GII - No subgrupo homens DS- (N=17), a atividade sexual é tida como prazerosa pela maioria, com expectativa de aumento de frequência e prazer. No subgrupo homens DS+ (N=3), há expectativas de mudança e relato de vulnerabilidade às reações da parceira.

Quadro 19 - Significado da Atividade Sexual - GII Homens

| GII | HOMENS DS- (N=17) | | HOMENS DS+ (N=3) | |
|---------------------------------------|----------------------|-------|---------------------|-------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Fonte de satisfação | 17 | 100 | | |
| Expectativa de aumento de frequência | 04 | 23,52 | | |
| Expectativa de aumento de prazer | 01 | 5,88 | | |
| Expectativa de mudança | | | 02 | 66,66 |
| Susceptível ao relacionamento pessoal | | | 01 | 33,33 |

No subgrupo mulheres DS- (N=28), a atividade sexual é satisfatória com expectativa de aumento de frequência e presença de fantasias sexuais no coito. Há relato de expectativa temporária de diminuição de frequência decorrente de situações estressantes e expectativa de carinho para melhor satisfação sexual. No subgrupo mulheres DS+ (N=12), o sexo não é fonte de prazer e é percebido como obrigação por alguma delas. Há relatos de ausência de responsividade em decorrência de problemas de saúde, medo de engravidar, por alteração da auto-imagem, por ausência de carinho no ato sexual. Há negação em relação ao parceiro como resposta à expectativa de mais carinho e como reação ao alcoolismo do marido.

Quadro 20 - Significado da Atividade Sexual - GII Mulheres

| GI | MULHERES DS- (N=28) | | MULHERES DS+ (N=12) | |
|--|---------------------|-------|---------------------|-------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Fonte de satisfação | 28 | 100 | | |
| Expectativa de aumento de frequência | 03 | 10,71 | | |
| Expectativa temporária de diminuição de frequência | 07 | 25 | | |
| Fantasia sexual | 02 | 7,14 | | |
| Falta informação sexual | 01 | 3,57 | | |
| Expectativa de carinho | 03 | 10,71 | 04 | 33,33 |
| Sexo como obrigação | | | 05 | 41,67 |
| Não se sente responsável em decorrência de problema de saúde | | | 01 | 8,33 |
| Medo de engravidar | | | 02 | 16,67 |
| Reação ao alcoolismo do marido | | | 01 | 8,33 |
| Não se sente responsável por alteração da auto-imagem | | | 01 | 8,33 |
| Negação ao parceiro | | | 04 | 33,33 |

• Determinantes Psicossociais da DS

Dentro deste tema, analisaram-se os seguintes aspectos: modelos de afetividade, educação sexual, religião, primeiras experiências, crenças e mitos.

• Modelos de Afetividade Familiar

GI - No subgrupo homens DS- (N=16), o padrão afetivo familiar, segundo relato, é de expressão de afeto entre os pais e entre pais e filhos.

As mães ou substitutos na ausência são sempre carinhosas. Há referência a casais não afetuosos entre si e pais severos, mas é minoria.

No subgrupo homens DS+ (N=12), a proporção é um pouco maior de pais afetuosos entre si e com os filhos. Há relatos de ausência de afetividade e de mãe crítica e de pais dependentes.

Quadro 21 - Modelos de Afetividade Familiar - GI Homens

| | HOMENS DS- (N=16) | | | HOMENS DS+ (N=12) | |
|-------------------------------|----------------------|------|--|----------------------|-------|
| | Nº | % | | Nº | % |
| Pais afetivos entre si | 14 | 87,5 | | 07 | 58,33 |
| Pais afetivos com sujeito | 12 | 75 | | 07 | 58,33 |
| Madrasta e tia afetuosas | 02 | 12,5 | | | |
| Mães carinhosas | 14 | 87,5 | | 09 | 75 |
| Pais não afetivos entre si | 02 | 12,5 | | 05 | 41,66 |
| Pais não afetivos com sujeito | 04 | 25 | | 03 | 25 |
| Mãe crítica e pai dependente | | | | 03 | 25 |

No subgrupo de mulheres DS- (N=14), o padrão afetivo é de harmonia familiar na sua maioria. Há, entretanto, relatos de sérios problemas entre familiares com pais permissivos ou alcoólatras e separações.

No subgrupo de mulheres DS+ (N=18), há ausência de afetividade no casal, com presença de discórdia familiar. Quanto à relação com os filhos, o afeto aparece mais, embora haja relatos de pais severos e críticos e de rejeição.

Quadro 22 - Modelos de Afetividade Familiar- GI Mulheres

| GI | MULHERES DS- (N=14) | | | MULHERES DS+ (N=18) | |
|--------------------------------|------------------------|-------|--|------------------------|-------|
| | Nº | % | | Nº | % |
| Pais afetuosos entre si | 09 | 64,28 | | 11 | 61,11 |
| Pais afetuosos com sujeito | 09 | 64,28 | | 08 | 44,44 |
| Discórdia familiar | 04 | 28,57 | | 07 | 38,88 |
| Pais não afetuosos entre si | 05 | 35,71 | | 07 | 38,88 |
| Pais não afetuosos com sujeito | 05 | 35,71 | | 08 | 44,44 |
| Pais punitivos, alcoólatras | 04 | 28,57 | | | |
| Pais severos, críticos | 05 | 35,71 | | | |
| Mães carinhosas | | | | 02 | 11,11 |
| Rejeição e adoção | | | | 01 | 5,55 |

GII - No subgrupo homens DS- (N=17), o padrão é a presença de afetividade satisfatória, tanto entre o próprio casal como com o paciente. Há relatos de casais que não se harmonizam e de pais severos e indiferentes.

No subgrupo homens DS+ (N=3), há relato de ausência de afetividade e dificuldades de relacionamento com parceiro em um protocolo.

Quadro 23 - Modelos de Afetividade Familiar - GII Homens

| | HOMENS DS- (N=17) | | | HOMENS DS+ (N=3) | |
|-----------------------------|----------------------|-------|--|---------------------|-------|
| | Nº | % | | Nº | % |
| Pais afetivos entre si | 11 | 64,70 | | 02 | 66,66 |
| Pais afetivos com os filhos | 10 | 58,82 | | 02 | 66,66 |
| Pais não afetivos entre si | 06 | 35,29 | | 01 | 33,33 |
| Pais severos | 04 | 23,52 | | 01 | 33,33 |
| Pais indiferentes | 02 | 4,76 | | | |

No subgrupo mulheres DS- (N=28) há, na sua maioria, um ajuste familiar satisfatório, tanto para o casal como com os filhos. Aqui, há referência a pais severos numa maioria e nos demais o afeto e a autoridade são assumidos por um dos pais.

No subgrupo mulheres DS+ (N=12), há presença de afetividade familiar, apenas numa minoria esta afetividade não é adequada, com presença de separações e pai alcoólatra. Há, também aqui, distribuição de afeto e autoridade para um dos pais.

Quadro 24 - Modelos de Afetividade Familiar - GII Mulheres

| GII | MULHERES DS- (N=28) | | MULHERES DS+ (N=12) | |
|-----------------------------|---------------------|-------|---------------------|-------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Pais afetuosos entre si | 21 | 75 | 09 | 75 |
| Pais afetivos com filhos | 10 | 35,71 | 04 | 33,33 |
| Pais não afetuosos entre si | 07 | 25 | 03 | 25 |
| Discórdia conjugal | | | 01 | |
| Casais separados | 02 | | 01 | |
| Pais severos | 09 | | 02 | |
| Pai alcoólatra | | | 01 | |

• Educação Sexual

GI - Nos subgrupos homens DS- e DS+, observa-se que a maioria dos pacientes não recebem informação sexual, aparecendo apenas um em cada subgrupo que recebeu orientação com pais ou parente próximo.

No subgrupo mulheres DS- e DS+, há uma distribuição mais homogênea entre receber ou não informação, mas não se diferenciou os grupos com ou sem DS.

Das mulheres disfuncionais que receberam esta informação, duas a tiveram depois do casamento.

GII - Nos subgrupos homens DS- e DS+, a maioria não recebeu qualquer informação nesta área, o mesmo ocorrendo com o subgrupo mulheres DS- e DS+. O quadro abaixo confirma a ausência de informação sexual

Quadro 25 - Educação Sexual GI e GII

| | GI | | | | | GII | | | |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--|---------------|--------------|---------------|---------------|
| | HOMENS | | MULHERES | | | HOMENS | | MULHERES | |
| | DS- (N=16) | DS+ (N=12) | DS- (N=14) | DS+ (N=18) | | DS- (N=17) | DS+ (N=3) | DS- (N=18) | DS+ (N=12) |
| com informação sexual | 01 6,25 | 01 8,33 | 05 35,71 | 10 55,55 | | 01 5,88 | | 02 7,14 | 05 41,66 |
| sem informação sexual | 15 93,75 | 11 91,66 | 09 64,28 | 08 44,44 | | 16 94,11 | 03 10,0 | 26 92,85 | 07 58,33 |

• Religião

Há uma maioria de católicos em todos os subgrupos do GI e GII e, entre eles, existe a crença de que a religião não determina valores ou influencia o comportamento sexual.

Quando há relato de interferência, esta é maior nas religiões evangélicas, protestantes ou crentes.

Os sujeitos do grupo controle, em comparação com o grupo epiléptico, consideram mais a influência de conceitos religiosos no comportamento sexual.

Quadro 26 - Religião GI - Homens e Mulheres

| | GI | | | | GII | | | |
|---|-------------------------|-------|-------------------------|-------|---------------------------|-------|---------------------------|-------|
| | HOMENS DS- (N=16) | | HOMENS DS+ (N=12) | | MULHERES DS- (N=14) | | MULHERES DS+ (N=18) | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| católicos | 13 | 81,25 | 09 | 75 | 12 | 85,71 | 15 | 83,33 |
| outras (protestante, evangélicos, batista) | 03 | 18,75 | 03 | 25 | 02 | 14,28 | 03 | 16,66 |
| Não há influên- cia no compor- tamento sexual | 14 | 87,5 | 11 | 91,66 | 11 | 78,57 | 15 | 83,33 |
| não respondeu | 02 | 12,5 | | | 03 | 21,42 | 01 | 5,55 |
| tudo é pecado | | | | | | | 01 | 5,55 |
| determina valores | | | | | | | 01 | 5,55 |

Quadro 27 - Religião GII - Homens e Mulheres

| | GI | | | | GII | | | |
|---|-------------------------|-------|-------------------------|-------|---------------------------|-------|---------------------------|-------|
| | HOMENS DS- (N=16) | | HOMENS DS+ (N=12) | | MULHERES DS- (N=14) | | MULHERES DS+ (N=18) | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| católicos | 16 | 54,11 | 02 | 66,66 | 23 | 82,14 | 10 | 83,33 |
| outras (protestante, evangélicos, batista) | 01 | 5,88 | 01 | 33,33 | 05 | 17,85 | 02 | 16,66 |
| Não há influên- cia no compor- tamento sexual | 16 | 94,11 | 02 | 66,66 | 21 | 75,0 | 08 | 66,66 |
| determ. valores | 01 | 5,88 | 01 | 33,33 | 07 | 25,0 | 01 | 5,55 |

• Primeiras Experiências

GI - No subgrupo homens DS- e DS+, a idade das primeiras experiências variou de 12 a 24 anos, com média de 16,42 anos e no subgrupo mulheres DS- e DS+ a idade variou de 14 a 36 anos com idade média de 20,15 anos.

GII - No subgrupo homens DS- e DS+, a idade de início sexual variou entre 12 e 19 anos, com idade média de 14,7 anos e, no subgrupo mulheres DS- e DS+, a idade variou de 15 a 30 anos, com idade média de 19,32 anos.

GI - No subgrupo homens DS-, houve um relato de experiência homossexual. No subgrupo mulheres DS- e DS+, 10 iniciaram sua vida sexual antes do casamento e cinco relatam forte sentimento de culpa. Entre as mulheres disfuncionais, houve relato de abuso na infância e de estupro e relato de dor.

GII - No subgrupo homens DS+, houve relato de repressão por atividade sexual precoce e de brincadeiras homossexuais. No subgrupo mulheres DS- e DS+, 14 iniciaram sua vida sexual antes do casamento, três relataram medo, culpa e dor. Entre as mulheres disfuncionais, houve relato de aborto e angústia.

Quadro 28 - Primeiras Experiências (GI e GII)

| | GI | | | GII | |
|-------|--------|----------|--|--------|----------|
| | HOMENS | MULHERES | | HOMENS | MULHERES |
| Idade | 12-24 | 14-36 | | 12-19 | 15-30 |
| Média | 16.42 | 20.15 | | 14.7 | 19.32 |

• Crenças e Mitos

GI - O subgrupo homens DS- aponta as seguintes crenças e, ao lado, o número de vezes que apareceram:

- remédio (vitamina) aumenta o desejo (1)

No subgrupo homens DS+, a crença que:

- a masturbação na adolescência foi a causadora da DS (1).

No subgrupo mulheres DS-, não houve relato de crença e, no subgrupo mulheres DS+, surgiram as seguintes crenças:

- sexo é para satisfazer o parceiro (3)
- menopausa leva à perda do prazer (2)
- sexo tem que levar ao orgasmo (2)
- masturbação na adolescência causa dificuldades sexuais (1)
- esterectomia acaba com o prazer, sexo é para procriação (1)
- loucura causa dificuldades sexuais (1)
- sexo é pecado (1)
- tomar iniciativa na relação é postura de prostituta (1)

GII - No subgrupo homens DS+, aparece:

- sexo é bom no casamento (1)

No subgrupo homens DS-, não houve relato de crença e, no subgrupo mulheres DS-, aparece a crença que:

- mulher não deve manifestar desejo (1)
- brincadeira sexual antes do casamento é pecado (1)

No subgrupo mulheres DS+, a crença que:

- sexo é pecado (1)
- sexo é obrigação (3)

• **Atividade Sexual, Segundo Percepção do Parceiro**

Os parceiros(as) de homens e mulheres epiléticos funcionais relatam que a atividade sexual representa, para a maioria, uma atividade satisfatória e boa comunicação conjugal.

As parceiras de homens epiléticos disfuncionais relatam, na sua maioria, aceitação do padrão de atividade sexual estabelecido pelo parceiro. Algumas até obtêm satisfação, mas também aparecem cobrança e desconfiança sobre o relacionamento extra-conjugal.

Os parceiros de mulheres epiléticas disfuncionais cobram atividade sexual, rotulando-as como doentes ou frias. Há intimidação e desconfiança de relacionamento extra-conjugal. Alguns não identificam prazer na mulher e, quando percebem insatisfação, não sabem o que fazer com ela.

Análise Estatística

• Resultados da Comparação Intergrupos quanto à relação entre as variáveis Ansiedade e Sexo, Depressão e Sexo, Disfunção Sexual e Sexo (Tabela 1)

As análises de Variância de Máxima Verossimilhança para avaliar a diferença entre grupos com relação ao sexo masculino e feminino e outras variáveis permitiram concluir que :

1. Existe diferença significativa entre grupos (I e II) quanto a sexo e ansiedade com probabilidade de significância (ps) $ps=0,0064$;
2. Existe diferença significativa entre grupos (I e II) quanto a sexo e depressão com $ps=0,007$;
3. Existe diferença significativa entre grupos (I e II) quanto a sexo e DS com $ps=0,0162$.

TABELA 1 - Resultados da análise de Variância de Máxima Verossimilhança

| VARIÁVEL | FONTE | QUI QUADRADO | GRAU DE LIBERDADE | PS |
|---------------------|-----------|-----------------|----------------------|--------|
| Ansiedade | Intercept | 28,40 | 3 | 0 |
| | Grupo | 12,31 | 3 | 0,0064 |
| Depressão | Intercept | 34,75 | 3 | 0 |
| | Grupo | 12,12 | 3 | 0,007 |
| Disfunção Sexual | Intercept | 11,09 | 3 | 0,011 |
| | Grupo | 10,29 | 3 | 0,0162 |

• **Resultados da Comparação Intragrupo quanto às Variáveis:**

Ansiedade e Sexo, Depressão e Sexo e Disfunção Sexual e Sexo

⇒ **Ansiedade e Sexo (Tabelas 2 e 3)**

Observa-se que no GI, 43,75% das mulheres e 28,57% dos homens e, no GII, 12,50% das mulheres e 10% dos homens apresentam ansiedade. No GI, 56,25% das mulheres e 71,43% dos homens e no GII, 87,50% das mulheres e 90% dos homens não responderam com ansiedade.

TABELA 2 - Resultados de Ansiedade e Sexo GI

| SEXO | ANSIEDADE | | TOTAL |
|-----------|-----------|-----|-------|
| | NÃO | SIM | |
| Feminino | 18 | 14 | 32 |
| Masculino | 20 | 8 | 28 |
| TOTAL | 38 | 22 | 60 |

TABELA 3 - Resultados de Ansiedade e Sexo GII

| SEXO | ANSIEDADE | | TOTAL |
|-----------|-----------|-----|-------|
| | NÃO | SIM | |
| Feminino | 35 | 5 | 40 |
| Masculino | 18 | 2 | 20 |
| TOTAL | 53 | 7 | 60 |

O teste exato de Fisher indicou não haver diferença significativa no que se refere à ansiedade entre homens e mulheres, tanto no GI ($p = 0,287$) quanto no GII ($p = 1,00$).

⇒ Depressão e Sexo (Tabelas 4 e 5)

Observa-se que, no GI, 40,63% das mulheres e 21,43% dos homens e, no GII, 7,5% das mulheres e 20% dos homens apresentaram depressão. No GI, 59,38% das

mulheres e 78,57% dos homens e, no GII, 92,50% das mulheres e 80% dos homens não apresentaram depressão.

TABELA 4 - Resultados de Depressão e Sexo GI

| SEXO | DEPRESSÃO | | TOTAL |
|-----------|-----------|-----|-------|
| | NÃO | SIM | |
| Feminino | 19 | 13 | 32 |
| Masculino | 22 | 6 | 28 |
| TOTAL | 41 | 19 | 60 |

TABELA 5 - Resultados de Depressão e Sexo GII

| SEXO | DEPRESSÃO | | TOTAL |
|-----------|-----------|-----|-------|
| | NÃO | SIM | |
| Feminino | 37 | 3 | 40 |
| Masculino | 16 | 4 | 20 |
| TOTAL | 53 | 7 | 60 |

O teste exato de Fisher evidenciou não haver diferença significativa no que se refere à depressão em homens e mulheres, tanto no GI ($p = 0,165$) quanto no GII ($p = 0,208$).

⇒ Disfunção Sexual e Sexo (Tabelas 6 e 7)

No GI, 56,25% das mulheres e 42,86% dos homens e, no GII, 30% das mulheres e 15% dos homens apresentaram DS. No GI, 43,75% das mulheres e 57,14% dos homens e, no GII 70%, das mulheres e 85% não apresentaram DS.

TABELA 6 - Resultados de Disfunção Sexual e Sexo GI

| SEXO | DISFUNÇÃO SEXUAL | | TOTAL |
|-----------|------------------|-----|-------|
| | NÃO | SIM | |
| Feminino | 14 | 18 | 32 |
| Masculino | 16 | 12 | 28 |
| TOTAL | 30 | 30 | 60 |

TABELA 7 - Resultados de Disfunção Sexual e Sexo GII

| SEXO | DISFUNÇÃO SEXUAL | | TOTAL |
|-----------|------------------|-----|-------|
| | NÃO | SIM | |
| Feminino | 28 | 12 | 40 |
| Masculino | 17 | 3 | 20 |
| TOTAL | 45 | 15 | 60 |

O teste exato de Fisher indicou não haver diferença significativa no que se refere à DS em homens e mulheres, tanto no GI ($p = 0,438$) quanto no GII ($p = 0,343$).

• **Resultados da Comparação Intergrupos quanto às Variáveis
Ansiedade, Depressão e Disfunção Sexual**

⇒ **Ansiedade e Grupo (Tabela 8)**

O teste exato de Fisher evidenciou haver dependência entre ansiedade e grupo ($p = 0,002$).

Observa-se uma maior frequência de respostas de ansiedade no GI; quando comparados com GII, respectivamente 36,67% e 11,67% apresentam ansiedade contra 63,33% e 88,33% que não apresentam.

TABELA 8 - Resultados de Ansiedade e Grupo

| GRUPO | ANSIEDADE | | TOTAL |
|-------|-----------|-----|-------|
| | NÃO | SIM | |
| I | 38 | 22 | 60 |
| II | 53 | 7 | 60 |
| TOTAL | 91 | 29 | 120 |

⇒ Depressão e Grupo (Tabela 9)

O teste exato de Fisher indicou haver dependência entre depressão e grupo ($p = 0,014$).

Observa-se uma maior frequência de respostas de depressão no GI. Quando comparados com GII, respectivamente 31,67% e 11,67% responderam com depressão contra 68,33% e 88,33% que não apresentam.

TABELA 9 - Resultados de Depressão e Grupo

| GRUPO | DEPRESSÃO | | TOTAL |
|-------|-----------|-----|-------|
| | NÃO | SIM | |
| I | 41 | 19 | 60 |
| II | 53 | 7 | 60 |
| TOTAL | 94 | 26 | 120 |

⇒ Disfunção Sexual e Grupo (Tabela 10)

O teste exato de Fisher evidenciou haver dependência entre DS e grupo ($p = 0,008$). Observa-se uma maior frequência de DS no GI. Quando comparados com GII, respectivamente 50% e 26% apresentam DS, contra 50% e 25% que não apresentam.

TABELA 10 - Resultados da Disfunção Sexual e Grupo

| GRUPO | DISFUNÇÃO SEXUAL | | TOTAL |
|-------|------------------|-----|-------|
| | NÃO | SIM | |
| I | 30 | 30 | 60 |
| II | 45 | 15 | 60 |
| TOTAL | 75 | 45 | 120 |

• Resultados da Comparação Intragrupos Quanto a Relação entre Ansiedade e Disfunção Sexual (Tabelas 11 e 12)

A análise de variância de máxima verossimilhança para comparação entre os grupos I e II indicou existir diferença significativa ($p = 0,005$) com relação à ansiedade e DS.

O teste exato de Fisher indicou haver dependência entre ansiedade e DS, tanto no GI ($p = 0,003$) quanto no GII ($p = 0,001$).

TABELA 11 - Resultados de Ansiedade e Disfunção Sexual GI

| DS | ANSIEDADE | | TOTAL |
|-------|-----------|-----|-------|
| | NÃO | SIM | |
| Não | 25 | 5 | 30 |
| Sim | 13 | 17 | 30 |
| TOTAL | 28 | 22 | 60 |

TABELA 12 - Resultados de Ansiedade e Disfunção Sexual GII

| DS | ANSIEDADE | | TOTAL |
|-------|-----------|-----|-------|
| | NÃO | SIM | |
| Não | 44 | 1 | 45 |
| Sim | 9 | 6 | 15 |
| TOTAL | 53 | 7 | 60 |

• Resultados da Relação entre Ansiedade, Depressão e Disfunção Sexual e Epilepsia

⇒ Ansiedade, Depressão e Disfunção e Tipo de Epilepsia

Dezesseis (72,73%) dentre os pacientes ansiosos e 19 (50%) dentre aqueles que não tinham ansiedade apresentaram ELT. O teste exato de Fisher mostrou não existir associação entre ansiedade e tipo de epilepsia ($p = 0,108$).

Quatorze (73,68%) dentre os pacientes depressivos e 21 (51,22%) dentre aqueles que não mostraram depressão apresentavam ELT. O teste exato de Fisher mostrou não haver associação entre depressão e tipo de epilepsia ($p = 0,159$).

Vinte e dois (73,33%) dentre os pacientes com DS e 13 (43,33%) dentre os pacientes sem DS apresentavam ELT. O teste exato de Fisher mostrou existir associação não muito forte entre DS e tipo de crise ($p = 0,035$).

⇒ Disfunção Sexual e Freqüência de Crises

A freqüência de crises epilépticas entre os pacientes disfuncionais variou entre dois e 720 dias aproximadamente e, entre os não disfuncionais, variou entre um e 720

dias aproximadamente. O teste exato de Fisher mostrou não haver associação entre frequência de crises e DS ($p = 0,143$).

⇒ **Disfunção Sexual e Início das Crises**

A idade média de início das crises entre os pacientes disfuncionais foi de 17,3 anos, e entre os não disfuncionais, foi de 17,7 anos. A idade média de início das crises entre os homens disfuncionais foi de 19 anos e, entre as mulheres disfuncionais, foi de 15,44 anos. Entre os homens não disfuncionais foi de 18,7 anos e, entre as mulheres não disfuncionais, foi de 16,8 anos.

Considerando-se três grupos de sujeitos com idade de início das crises de um a 11, de 12 a 21 e de 22 a 44 anos, o teste exato de Fisher não encontrou associação entre DS e idade de início da crise ($p = 0,367$).

⇒ **Disfunção Sexual e Medicamento**

O teste exato de Fisher indicou não haver evidência significativa de associação entre DS e medicamentos ($p = 0,222$).

• **Resultados da Relação entre Ansiedade, Depressão e Disfunção Sexual e Percepção de Controle**

⇒ **Ansiedade e Percepção de Controle**

Quinze (68,18%) dentre os 22 pacientes que responderam com ansiedade não percebiam controle de crises enquanto cinco (13,16%), dentre os 38 pacientes que não apresentaram ansiedade, não percebiam controle de crises.

O teste exato de Fisher evidenciou forte associação entre ansiedade e percepção de controle ($p = 0,000$).

⇒ **Depressão e Percepção de Controle**

Onze (57,89%) dentre os 19 pacientes com depressão não percebiam controle de crises, enquanto nove (21,95%) dentre os 41 pacientes que não apresentaram depressão não percebiam controle de crise.

O teste exato de Fisher evidenciou associação entre depressão e percepção de controle ($p = 0,009$).

⇒ **Disfunção Sexual e Percepção de Controle**

Onze (36,67%) dentre os 30 com DS não percebiam controle de crises, enquanto nove (30%) dentre os 30 pacientes sem DS não percebiam controle de crises.

O teste exato de Fisher evidenciou não haver associação entre DS e percepção de controle ($p = 0,785$).

DISCUSSÃO

Aspectos Metodológicos

Há alguns limites impostos pela metodologia decorrentes da característica da investigação proposta.

Optou-se pela amostragem aleatória porque este processo de escolha de sujeitos obedece ao princípio de causalização (KERLINGER, 1980) e garante validade interna na formação dos grupos (CAMPBELL e STANLEY, 1979). É relativamente alta a probabilidade de que os grupos paciente e controle sejam iguais e representativos da população estudada, quando este procedimento é utilizado em pesquisas psicossociais (KERLINGER, 1980).

Os dois grupos, quando comparados, não mostravam diferenças importantes quanto à média das idades e classe sócio-cultural. Houve alguma diferença quanto à atividade profissional, mostrando que, no grupo de pacientes epiléticos, há mais desempregados, diferença esta forçada pelo maior número de mulheres epiléticas donas de casa. Quanto à escolaridade, a diferença mostra o grupo controle com melhor perfil, isto é, tendendo a um melhor desenvolvimento acadêmico, guardando, porém, ambos os grupos, maior concentração de sujeitos cursando o primeiro grau incompleto.

Os achados relativos à maior taxa de desemprego (PASQUET, 1984; LEVIN, 1988; FIORDELLI, 1990) e dificuldades acadêmicas, levando à evasão escolar

(DODRILL, 1980; HENRIKSEN, 1990; STRANG, 1990) em pacientes epiléticos, parecem refletir dificuldades específicas desta população (SOUZA, 1988).

Nos critérios diagnósticos foram controlados certos determinantes biológicos que têm sido referidos como desencadeantes de distúrbios da sexualidade. Deste modo, foram excluídos todos aqueles que haviam apresentado antecedentes de distúrbios psiquiátricos ou que estivessem em acompanhamento psiquiátrico. Psicopatologias tipo psicose, depressão maior e psicose maniaco-depressiva têm sido associadas a alterações na função sexual (MASTERS e JOHNSON, 1970; MORRELL, 1991).

Doenças crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal e hepática que podem alterar a resposta sexual (MASTERS e JOHNSON, 1970), também foram excluídas.

O alcoolismo ou o uso constante de medicamentos, exceto as drogas antiepiléticas (DAEs) pelos pacientes, também foram excluídos, pois são fortes desencadeantes de DS (MASTERS e JOHNSON, 1970).

Pacientes portadores de retardo mental evidentes, que pudessem apresentar dificuldades de compreensão e incapacidade de elaboração de respostas às provas psicológicas e aos questionários aplicados, também foram eliminados.

Os critérios de inclusão e exclusão adotados neste estudo seguiram o modelo desenvolvido no trabalho de SILVEIRA (1994) quanto ao controle de variáveis orgânicas, visando minimizar as inúmeras influências da doença que pudessem alterar a resposta sexual. Este estudo mantém, todavia, a necessidade de uma abordagem multidisciplinar da DS.

Quanto à investigação, outros limites se impõem na medida em que, por razões éticas, dados pessoais como questões da sexualidade devem ser recolhidos por uma pessoa que não permita a exposição do paciente, razão pela qual, como psicóloga do serviço há vários anos, fiz as entrevistas e aplicação das provas psicológicas.

Para minimizar o possível viés introduzido por esta condição, utilizou-se o recurso da concordância de juizes sobre o diagnóstico de DS (neurologista mais psicóloga) apresentado, também, no estudo de SILVEIRA (1994).

A utilização dos instrumentos psicológicos obedeceu os seguintes critérios:

- universalidade dos instrumentos - há registro no trabalho de STEER e col (1986) sobre o uso do Inventário de Depressão Beck (1974), em mais de 500 estudos na investigação de sintomatologia afetiva em pacientes neurológicos crônicos. O Inventário Traço Estado de Ansiedade (STAI, 1970) ou IDATE I e II na validação brasileira (1977) é um instrumento amplamente utilizado na avaliação de estado e traço de ansiedade com doentes crônicos em geral.
- validade e fidedignidade na avaliação que se propõe - investigação afetiva (OEI e col, 1990).
- economia - os instrumentos são de fácil aplicação e correção, podendo ser adaptados para avaliação clínica como complementação diagnóstica.

O diagnóstico da DS foi baseado no DSM III-R (1987) e a investigação foi feita através de auto-relato - elaborada a partir de outras entrevistas utilizadas para investigação deste problema (Anexo I).

O auto-relato é amplamente utilizado na investigação psicológica porque permite ao paciente uma descrição do que está experimentando - como vê e sente o problema - trabalha dentro da percepção do sujeito. O auto-relato permite medir características de personalidade, valores, atitudes e uma variedade de traços não cognitivos (DEROGATIS e MELISARATOS, 1983).

O uso concomitante de vários instrumentos permite comprovar a validade da resposta pesquisada.

Foram escolhidos, como critérios diagnósticos, os estabelecidos pelo DSM III-R, porque permitem considerar, além dos aspectos fisiológicos da função sexual, também seu componente subjetivo (emocional e cognitivo). O DSM IV (1995) não estava disponível no início deste trabalho. Tal manual apresenta, quando comparado com o anterior, no que se refere à DS maior destaque ao aspecto psicológico. Quanto ao conceito, chama atenção para as dificuldades de relacionamento ou sofrimento emocional implicados na DS. Quanto a classificação, a palavra distúrbio foi substituída por transtorno.

Neste presente trabalho, optou-se por considerar os critérios estabelecidos pelo DSM III-R, contudo, na categoria "orgasmo feminino inibido" considerou-se os conceitos estabelecidos por MASTERS e JOHNSON (1970). Quando esses autores

advogaram o uso da expressão disfunção orgásmica, contra o termo “frigidez”, subdividiram em quatro categorias distintas, ou seja, primária e secundária, casual e situacional.

Disfunção orgásmica *primária* refere-se ao fato de a mulher não conseguir atingir o orgasmo em qualquer circunstância. *Secundária*, descreve as mulheres que foram regularmente orgásmicas, mas não são mais. É *casual* quando elas experimentam o orgasmo em diferentes tipos de atividade sexual, porém infreqüentemente e, *situacional*, quando atingem o clímax em situação de baixa tensão ou sob masturbação, sem a presença do parceiro ou na presença de outros parceiros que não o marido ou, ainda, sob estimulação prolongada.

Enquanto ambos (DSM III-R e MASTERS e JOHNSON) consideram poder ser esta disfunção generalizada ou situacional, isto é, para qualquer situação ou limitada a certas situações, ou com certos parceiros, DSM III-R não caracteriza como disfuncional a mulher cuja estimulação sexual foi inadequada no foco, intensidade ou duração, envolvendo excitação ou orgasmo.

MASTERS e JOHNSON (1970) se referem a este problema como disfunção orgásmica situacional pois, com a mudança de parceiro ou estimulação prolongada, a mulher poderá vir a atingir o clímax. Esses autores procuram resolver as contingências relacionais que provocam a inibição orgásmica e prejudicam o ajustamento sexual do casal, sensibilizando ambos para as necessidades especiais de um e outro e modificando os seus padrões de comunicação, bem como atitudes básicas em relação ao sexo.

Por outro lado, definir um nível normal de estímulo necessário para descarga orgásmica é dificultado pela extensa variabilidade entre as mulheres e na mesma mulher em diferentes circunstâncias. Não há como estabelecer um nível médio esperado de intensidade e duração do estímulo para produzir orgasmo e classificá-las como mulheres normais ou patológicas, mesmo porque esses critérios clínicos ainda são especulativos. É preciso considerar a relação sexual num conjunto interacional, onde a dinâmica psicológica acaba sendo um fator importante. Este é um aspecto relevante na perspectiva da autora deste trabalho e, assim, foram considerados os critérios de MASTERS e JOHNSON.

Diagnóstico da DS

Homens e mulheres com epilepsia parecem ter uma alta incidência de DS quando comparados com sujeitos não epiléticos. Nesta amostra, formada por sujeitos que freqüentam o HC/UNICAMP, 42,85% dos homens e 56,25% das mulheres apresentam DS.

Pesquisas nesta área têm estimado que de 28 a 67% dos epiléticos sejam disfuncionais (GASTAUT e COLLOMB, 1954; HIERONS e SAUNDERS, 1966; TAYLOR, 1969; JENSEN e LARSEN, 1979; SHUKLA e col, 1979; PRITCHARD, 1980; HERZOG e col, 1989a, 1986b; SILVEIRA, 1994). Este último estudo (SILVEIRA, 1994) foi realizado no HC/UNICAMP, analisando sujeitos epiléticos de perfil sócio-cultural semelhante e identificou 28% de homens disfuncionais.

A discrepância nos dados estatísticos relativos à prevalência de DS no trabalho desenvolvido por esta autora e o presente estudo parece ser conseqüente dos

diferentes critérios de inclusão e exclusão adotados. No primeiro estudo, o critério estabelecido de exclusão do sintoma da ejaculação precoce, quando este não aparecia concomitante a outras disfunções sexuais e o critério relativo à exclusão de pacientes com relacionamento conjugal comprometido, parecem ter controlado alguns dos fatores psicológicos possivelmente determinantes da DS, fatores esses que não foram excluídos no meu trabalho e explicam a porcentagem acima.

Estudiosos da epilepsia têm investigado a função sexual por diferentes caminhos e isto pode ser responsável pelas dificuldades encontradas quanto à comparação dos resultados. Desta forma, dificuldades metodológicas ligadas ao uso de diferentes instrumentos para categorizar a DS, especificação inadequada das características da amostra, ausência de grupo controle e limitado conhecimento sobre o comportamento sexual entre adultos saudáveis e portadores de doenças crônicas, além da ampla complexidade de variáveis envolvidas, têm tornado lento o progresso neste campo.

A proposta deste trabalho de analisar o componente psicológico envolvido na resposta sexual do paciente epilético abre uma perspectiva de investigação até então não controlada em estudos anteriores - a perspectiva de se trabalhar a percepção do indivíduo e seu comportamento.

Relação entre Epilepsia e DS: Aspectos Clínicos

A DS, nesta amostra de epiléticos, se instalou após o início das crises em todos os pacientes masculinos e em 15 (83,34%) mulheres, sugerindo como GASTAUT e

COLLOMB (1954), HIERONS e SAUNDERS (1966), BLUMER e WALKER (1967), TAYLOR (1969), SHUKLA e col (1970), JENSEN e LARSEN (1979), PRITCHARD (1980), HERZOG e col (1986a, 1986b) que variáveis ligadas à epilepsia possam estar envolvidas.

Início precoce da epilepsia tem sido sugerido por estudiosos (GASTAUT e COLLOMB, 1954; BLUMER e WALKER, 1967; TAYLOR, 1969; SHUKLA e col, 1970) como fator de risco para desenvolvimento da DS.

Nesta amostra, a idade de início das crises epiléticas não se apresentou como fator importante para desenvolvimento de alterações na sexualidade. Os dois grupos disfuncionais e funcionais, independentes do sexo, não se diferenciaram quanto à idade média de início das crises.

Os pacientes deste estudo eram epiléticos crônicos e considerações sobre o tempo de epilepsia e DS mereceriam a comparação com grupos de epiléticos com epilepsia de início recente.

Com relação à frequência das crises, não houve, neste estudo, diferença entre os pacientes com maior ou menor número de crises. Estes achados coincidem com os resultados observados por GASTAUT e COLLOMB (1954), PRITCHARD (1980), FENWICK e col (1985), JENSEN e col (1990).

Em relação ao tipo de crises epiléticas, neste estudo a DS foi observada nos pacientes com ELT, embora a associação não seja muito forte ($p = 0,035$). Concordamos com GASTAUT e COLLOMB (1954), TAYLOR (1969), SANDERS e RAWSON (1970),

SHUKLA e col (1979), JENSEN e col (1979), HERZOG e col (1986a, 1986b), MORRELL (1991), DEMERDASH e col (1991). Outros, como TOONE e col (1989), ARTEGA e col (1994) não observaram diferenças entre os pacientes com ELT e N-ELT.

Tisto destaca a importância das estruturas límbicas, sobretudo têmporo-medial, na regulação do comportamento sexual, primeiramente demonstrado por KLUVER e BUCY (1939). Em 1986, HERZOG e col sugerem que descargas epilépticas nestas áreas possam alterar a função sexual e reprodutiva, através de extensas e complexas conexões entre o sistema límbico e o hipotálamo.

MORRELL (1991) enfatizou o fato de que algumas áreas responsáveis pelo comportamento sexual são coincidentemente áreas altamente epileptogênicas, como o hipocampo e as amígdalas, sugerindo uma associação entre DS e epilepsia.

DEMERDASH e col (1991) encontraram 83% de DS em ELT e reforçam que a alta incidência de crises parciais, principalmente complexas, implica que centros límbicos controlam a sexualidade, mas sugere uma etiologia multifatorial.

Estes autores, diante da ausência de DS no grupo de epilépticos com alterações do lobo temporal, levantam questões referentes às possíveis influências dos fatores psicológicos e sociais. Os resultados do presente estudo também chamam atenção para o papel que fatores psicológicos e sociais desempenhariam, facilitando ou impedindo a presença de alterações sexuais na epilepsia.

Em nosso estudo, não foram encontradas diferenças significativas entre os vários tipos de DAEs utilizadas e a presença de DS. Neste aspecto, concorda com os

resultados de SILVEIRA (1994) que sugere a presença de diferenças individuais na susceptibilidade às DAEs e acrescenta o possível envolvimento de outros mecanismos no desencadeamento da hipossexualidade nos epiléticos.

Quanto à dosagem hormonal, por problemas técnicos e econômicos, estes exames não puderam ser efetuados nos nossos pacientes.

Posteriormente à análise das possíveis variáveis orgânicas ligadas à epilepsia envolvida na DS, serão analisados os diferentes padrões cognitivos observados nos pacientes e grupo controle relativos ao significado da doença, no caso de epiléticos, e da atividade sexual para ambos os grupos, que controlam as respostas em estudo.

Significado da Crise

Epilepsia não é a única entre as desordens neurológicas ou físicas que têm conseqüências psicossociais, mas aparentemente a concepção pública da epilepsia é negativa e existe, ainda, muito estigma associado a esta condição, (FIORDELLI, 1990), que o sujeito epilético introjeta e legítima.

Neste trabalho, a epilepsia significa, para o epilético, uma série de perdas - perda da saúde, do emprego, da segurança, da autonomia, da tranquilidade familiar. Homens e mulheres relatam que a epilepsia traz conseqüências à sua vida, do ponto de vista psicossocial. A presença da DS para os homens provavelmente os afeta mais, pois relatam maior número de dificuldades (91,67%) que as mulheres (61,11%). Provavelmente, a influência de fatores sócio-culturais que condicionam o desempenho de papéis profissional e

sexual à virilidade e força cobra mais do homem um desempenho adequado (LAZARUS, 1980); e, a inadequação neste desempenho, passa a ser mais uma fonte de stress. Tanto os homens como as mulheres disfuncionais relatam mais sentimentos de medo, dependência, ansiedade, preocupação, culpa, vergonha e desvalor que os funcionais.

Não são as crises que mais estressam alguns epiléticos mas as conseqüências do “ser” epilético. A imprevisibilidade das crises, as complicações psicossociais levam os epiléticos a acreditar que têm pouco controle sobre sua vida (BAKER, 1993) e facilitam o desenvolvimento de um locus de controle externo (SMITH e col, 1991). Quanto mais dificuldades parecerem associadas ao fato de ter epilepsia, como por exemplo, as dificuldades sexuais, maior são os sentimentos de desamparo e de ansiedade. Atitudes desfavoráveis em relação a si mesmos derivam destes déficits comportamentais que são repetidamente reforçadas por experiência de fracasso e, conseqüentemente, desenvolvem uma auto-imagem pobre e deficiente auto-estima que prejudicam o estabelecimento ou manutenção de relacionamentos sociais e afetivos saudáveis.

Existem, no entanto, sujeitos epiléticos ajustados psicossocialmente, aos quais o dia-a-dia parece não ser perturbado de modo significativo pelas crises.

O estudo desenvolvido por CURRAL (1989) aponta uma certa independência entre ajustamento psicossocial e as características da doença ou sua terapia.

PAGLIOLI (1995) encontrou associação entre freqüência de crises e ajuste emocional.

O que ambos mostram é que o ajustamento às crises depende de uma avaliação de caráter positivo em relação à doença e à reação de outros para si próprios.

Percepção de crises tem sido considerada, mais do que frequência de crises, um significativo preditor de auto-estima (SMITH, 1991) e ajuste à epilepsia (Herman e col, 1990), bem como de controle de problemas psicológicos na epilepsia.

Significado da Atividade Sexual

No grupo de epiléticos, os homens e mulheres que não relatam dificuldades sexuais relacionam a atividade sexual como fonte de prazer e satisfação, expressa através de expectativas de aumento de frequência, sensação de relaxamento e maior interesse sexual através de mais procura de contato com o parceiro.

Homens (41,67%) e mulheres (33,33%) epiléticos disfuncionais relacionam sua não responsividade sexual à problemas de saúde. Outros homens (8,3%) e mulheres (27,78%) não responsivas atribuem seu desempenho à auto-depreciação. Os homens (41,67%) vêem a si próprios como mais preocupados com o problema e ansiosos por desempenho satisfatório. As mulheres respondem com negação ao prazer (27,8%) e fazem do sexo uma obrigação contratual (27,8%).

Atribuição de significado é um processo conjunto de interpretação da situação que interfere no comportamento conseqüente. Assim, se a avaliação da relação interpessoal é positiva, há maior probabilidade de engajamento na atividade sexual e esta, por sua vez, terá conseqüência reforçadora. Se, ao contrário, a avaliação é negativa, a

situação adquire a conotação de ameaçadora, com conseqüente supressão do desejo ou negação do prazer.

Tanto os seguidores psicoanalíticos quanto comportamentais (MASTERS e JOHNSON, 1970, 1982; KAPLAN, 1974; LO PICOLLO e LO PICOLLO, 1978; LAZARUS, 1980) concordam que sentimentos negativos de medo, culpa, ameaça, preocupação com desempenho, são componentes subjetivos, muitas vezes não identificados, que interferem no desempenho sexual.

Parece que ver a si próprio como portador de uma doença que traz uma conotação de desvalor, faz com que os sujeitos se sintam inadequados no desempenho de papéis relacionais evitando, como conseqüência, aproximações sociais e sexuais. E, quando esta se concretiza, acabam muitas vezes gerando, na relação conjugal, um sistema sexual não funcional.

Dificuldades de comunicação podem estar presentes no relato de expectativa de carinho expresso pelas mulheres (16, 67%) ou pode haver dificuldades perceptivas relacionadas à identificação de sensações eróticas motivadas por mecanismos de defesa como raiva, medo, hostilidade, etc.

No grupo controle, a atividade sexual satisfatória de homens e mulheres é expressa pelo aumento de freqüência e de fantasias sexuais e de bem estar sexual. Há relato pelas mulheres (25%), de que fontes temporárias de stress interferem na resposta sexual.

A não responsividade dos sujeitos está relacionada a alterações na dinâmica conjugal onde a disputa de poder, decepção contratual, preocupação com gravidez e falta de

comunicação desencadeiam respostas de negação aos parceiros ou negação a si próprios de satisfação sexual.

Todos os componentes psicológicos que interferem na resposta sexual estão presentes, tanto para os sujeitos epiléticos como para os não epiléticos, somando, no caso do primeiro grupo, o stress advindo das implicações psicossociais da doença.

A interação entre os efeitos físicos da doença ou drogas e da história sexual do sujeito mais sua relação com o(a) parceiro(a), somando ainda a capacidade de enfrentar frustrações, são responsáveis pelas dificuldades sexuais apresentadas pela maioria dos epiléticos.

Identificação de Problemas Pessoais

É importante considerar o intercurso sexual num conjunto interacional, onde a dinâmica psicológica de cada um dos parceiros acaba sendo um fator importante.

Há de se considerar, por um lado, a percepção que o próprio sujeito faz de si, um indivíduo “doente” ou “saudável”. No subgrupo homens, a auto-identificação como portadores de uma “doença” se estabelece como o maior problema, reforçado pela conseqüente DS nos sujeitos afetados. No subgrupo mulheres, a epilepsia é a maior dificuldade. Somente seis por cento destas, contra vinte e cinco por cento dos homens, fazem aqui considerações a respeito da insatisfação gerada pela dificuldade sexual.

Para a maioria dos epiléticos, o stress conseqüente a ter crises se estabelece frente ao medo de ser discriminado na educação e no trabalho (CRAMER, 1994; VICKREY

e col, 1994). Ser “doente” e ter que tomar medicação diariamente leva a dificuldades para viver independentemente (CHARMAZ, 1983). Também o isolamento social auto imposto e a toxicidade associada aos medicamentos cooperam para fazer da epilepsia um problema (DEVINSKY e CRAMER, 1993).

Parece que a relação conjugal é menos afetada (17%) quando o homem é disfuncional do que quando a mulher tem esta dificuldade (45%). Pode-se considerar, aqui, que as parceiras poderiam tolerar mais suas frustrações sexuais ou que os homens não percebem que podem estar lhes gerando dificuldades e que tal dificuldade se centraliza neles próprios. Além disso, que os homens cobrem mais de suas parceiras um desempenho sexual adequado e, em consequência, a qualidade da relação seja afetada, se não for a causa. Pobre qualidade conjugal está associada a mais stress e depressão (KIECOLT-GLASER e col, 1987).

Há mais relato de problemas pessoais na história de vida das mulheres que nos homens, independentemente da presença de DS.

Quando se compara o GI e GII, os problemas no último grupo centralizam-se mais na relação conjugal e DS e há mais relato de problemas pessoais, sobretudo das mulheres disfuncionais.

Será que as mulheres sofreram mais perdas e não conseguiram superá-las ou será que as mulheres são menos resistentes que os homens ao relato verbal destes problemas?

Determinantes Psicossociais da DS

A história de vida do indivíduo pode se constituir em barreiras que atuam no momento em que se empenha no comportamento sexual. As respostas sexuais podem ser influenciadas por experiências aprendidas e relacionadas à afetividade e sexualidade nas próprias relações familiares, através de informações, valores morais e religiosos, crenças e mitos transmitidos (MASTERS e JOHNSON, 1970).

Muitas vezes, um complexo sistema de pensamentos, valores e crenças errôneas pode ter sido configurado na vida do paciente, determinando respostas desadaptáveis (WOLPE, 1976) e sofrimento emocional.

Quando há um conjunto de crenças irracionais ligadas à sexualidade pode, como consequência, haver dificuldades na área sexual (LAZARUS, 1980, 1985).

Modelos de Afetividade Familiar

Alguns fatores do desenvolvimento, como relacionamento entre os pais e entre pais e filhos conflituosos, dominância paterna ou materna são fatores de risco para dificuldades sexuais (KOLODNY e col, 1982).

Nesta população, embora houvesse diferença entre o grupo de homens epilépticos, disfuncionais ou não, quanto ao padrão de afetividade aprendido pelos pais, tal aspecto não pareceu diferenciar significativamente os sujeitos de ambos os grupos - epiléptico e controle.

Não foi possível, através das respostas, identificar a efetividade dos papéis do pai ou da mãe, da dominância materna ou paterna, embora houvesse uma preferência na escolha do sujeito.

O que se pode refletir é que a presença de discórdia familiar e a presença de uma história de relacionamento mais conflituoso entre os membros da família podem ter gerado, em alguns casos, um ambiente pouco adequado para a manifestação de sentimentos e desejos que podem se perpetuar como respostas aprendidas de relacionamento afetivo. Falhas de comunicação entre parceiros ou dificuldades conjugais podem estar refletindo antigas relações familiares.

Educação Sexual

Em ambos os grupos, sujeitos epilépticos e saudáveis, houve predominantemente falta de orientação sexual, independente da presença ou não da DS.

Muitas dificuldades sexuais são conseqüentes à falta de informação sexual. Atitudes preconceituosas e a aceitação de mitos culturais são, com freqüência, a base das respostas sexuais inadequadas (MASTERS e JOHNSON, 1970; LAZARUS, 1980).

Certos preconceitos geram defesas que impedem o abandono e a entrega numa relação onde o envolvimento físico e emocional são importantes.

Religião

Nesta população, a maioria dos sujeitos é católica e consideram que os conceitos religiosos não determinam valores ou influenciam no comportamento sexual. O grupo controle, em comparação com sujeitos epiléticos, referem mais controle de crenças religiosas no estabelecimento de normas morais de conduta sexual.

É provável que a falta de conhecimento sobre como ocorre a aprendizagem de valores e crenças tenha controlado esta resposta. Também pode ser um reflexo da amostra de católicos não praticantes, sobre os quais a religião não exerce suficiente controle em comparação com outras religiões, como evangélicos, batistas, etc, onde o papel da igreja é mais evidente.

Primeiras Experiências

Os homens iniciaram sua vida sexual mais cedo do que as mulheres, tanto no grupo de epiléticos quanto no grupo controle.

Das mulheres epiléticas que relatam início da vida sexual antes do casamento, 50% relacionaram sentimentos de culpa, revelando a introjeção de normas morais ou religiosas no controle deste comportamento, não referido no tema religião.

Houve, também, no grupo controle, relato de medo, culpa e dor associado a transgressão de regras morais.

Houve relatos de abuso na infância e estupro no grupo de mulheres epiléticas e esta condição está associada a problemas sexuais, quando adulto (ROESLER e MCKENZIE, 1994).

Crenças e Mitos

Expectativas, crenças e mitos controlam o comportamento. No GI, as mulheres e homens funcionais não relataram crenças irracionais relacionadas à sexualidade. As mulheres disfuncionais, entretanto, foram as que mais parecem ser controladas por crenças irracionais que podem ter alterado negativamente a função sexual. Estão presentes “menopausa leva à perda do prazer”, “sexo é para procriação”, “esterectomia acaba com o prazer”, “sexo é pecado” e outras crenças. “Sexo é para satisfazer o parceiro”, foi freqüentemente encontrada, bem como a crença de que “masturbação na adolescência causa dificuldades sexuais”.

Vamos analisar esta última crença. O sentimento de culpa decorrente da masturbação é comum em nossa sociedade. Muitas culpas, temores, têm origem na desaprovação cultural e familiar da masturbação na infância. As contingências negativas que associam excitação sexual a temor e culpa são, muitas vezes, internalizadas e, assim, podem controlar a resposta sexual.

Sintomatologia Afetiva e DS

- Depressão

Neste trabalho, depressão foi maior no grupo de epiléticos que no grupo controle (31,67% e 11,67%, respectivamente).

Estudos sobre depressão em epilepsia têm superestimado sua prevalência e isto se deve a limitações metodológicas ligadas à seleção de amostras e uso de diferentes critérios diagnósticos.

Estudos têm focalizado variáveis orgânicas ou psicológicas como responsáveis pela presença deste sintoma na população epilética.

Em nosso trabalho, depressão não foi associada à ELT, como identificaram PERINI e MENDIUS (1984) e MENDEZ (1986) mas concordam com TRIMBLE e PEREZ (1980), KOGEORGOS e col (1982), ROBERTSON e TRIMBLE (1983), ROBERTSON e col (1987), KRAMER e col (1987) e SMITH e col (1991) que não identificaram relação com variáveis ligadas à doença (tipo de crise, idade de início, lado do foco epileptogênico, frequência de crises e lesão).

ROBERTSON e col (1994), estudando 42 pacientes com ELT, constataram 22% de depressão em comparação com grupo controle saudável. Estes pacientes foram classificados como tendo depressão não endógena, reforçando as conclusões obtidas em trabalhos anteriores (ROBERTSON e col, 1987).

Embora seus dados neste estudo não possam ser generalizados para toda a população epiléptica, pelo fato de ter avaliado somente pacientes com ELT, seu trabalho voltado para o fator depressão foi importante pelo uso de diferentes critérios de medida estandarizados entre eles o Inventário de Depressão Beck, aqui usado para obtenção de um índice mais fidedigno e de ter utilizado, como grupo controle, indivíduos saudáveis.

A presença de depressão mais freqüentemente encontrada em epiléticos que no grupo controle de sujeitos saudáveis parece concordar com os autores que consideram a depressão como reativa.

As dificuldades psicossociais que acompanham a epilepsia podem se constituir em fator de risco para depressão (SMITH, 1991), sobretudo em indivíduos vulneráveis por história passada (BECK e col, 1982). Experiências vivenciadas na infância, relacionadas às perdas, fornecem a base para a formação de conceitos negativos que se perpetuam diante das dificuldades experimentadas numa doença crônica (BECK e col, 1982).

A exclusão social, dificuldades no emprego e no casamento contribuem para a formação de um auto-conceito negativo que, por sua vez, reforça o isolamento, agravando a auto-rejeição e a auto-crítica.

Conseqüências negativas advindas deste comportamento podem acentuar as dificuldades vivenciadas pelo epilético, levando-o, muitas vezes, a um quadro de depressão severa que compromete tentativas de aproximação e demonstrações de afeto.

A associação de depressão com percepção de crises encontrada neste trabalho reforça o argumento de que este sintoma é reativo e está relacionado à significação que o indivíduo dá à sua doença. Atribuição de significado negativo pode levar a sentimentos de afeto negativos e reações de depressão, concordando com GEHLERT (1994).

HERMANN e WYLER (1989), usando auto-relato de depressão, observaram que só houve melhora do comportamento emocional dos epiléticos, medido no pré e pós-operatório com o controle completo das crises. Tal fato vem mostrar a importância dos aspectos cognitivos no controle do comportamento emocional em doenças crônicas.

Depressão por qualquer fonte pode levar a alterações da sexualidade em pacientes vulneráveis. Nesse estudo, depressão apareceu associada à DS.

- Ansiedade

Em nosso trabalho, ansiedade foi mais frequentemente encontrada no grupo de epiléticos que no grupo de indivíduos saudáveis (36,67% e 11,67%, respectivamente). Ansiedade pode se manifestar por diferentes estados clínicos (respostas físicas e psicológicas) e é muito comum em pacientes epiléticos (STANDAGE e FENTON, 1975; ROY, 1979; BETTZ, 1981; PERINI e MENDIUS, 1984; DODRILL e BATZEL, 1986; SMITH e col, 1986; ROBERTSON e col, 1987; ALBUQUERQUE e CAMPOS, 1993).

Neste estudo, ansiedade não foi associada à ELT. Desta maneira, parece que outras condições que não só a variável epilepsia controlam esta resposta.

Ansiedade generalizada (traço de ansiedade), tal como foi medida, determina reações ou estados de ansiedade para situações que são experimentadas como ameaçadoras (SPIELBERGER, 1979). Epilépticos, diante da imprevisibilidade das crises, (SMITH e col, 1991), das conseqüências da doença e do uso de drogas, do que percebem como estigma e do que sentem que podem ou não fazer (DEVINSKY, 1993), tendem a desenvolver sentimentos de medo, insegurança, dependência, tal padrão, podendo ser responsável pelo perfil elevado de Traço A, encontrado nesta população.

Indivíduos com Traço A altos são bastante propensos a experimentar ansiedade neurótica derivada de pensamentos e sentimentos reprimidos em situações ansiógenas (SPIELBERGER, 1979). As situações podem não ser necessariamente estressantes ou ameaçadoras, mas ganham esta conotação dependendo da interpretação pessoal. Epilépticos que durante sua história de vida, experienciaram situações que geraram sentimentos negativos e desconforto emocional, provavelmente avaliaram tais situações como perigosas. Assim, podem responder diante de qualquer circunstância semelhante com o mesmo sentimento e comportamento.

ROY (1979) e STANDAGE e FENTON (1975) não encontraram correlação entre problemas afetivos e ELT mas uma alta correlação entre esses problemas e história passada de neuroticismo. ALBUQUERQUE e CAMPOS (1993) também acreditam que os altos níveis de ansiedade medidos pelo Idate II, entre pacientes epilépticos, são devidos às crenças e sentimentos relativos à presença de muitas e imprevisíveis crises e presença de

dificuldades psicossociais. BETTZ (1981) relaciona ansiedade com isolamento e medo de crises em público.

As respostas dos epiléticos neste estudo, quanto ao significado das crises e a relação encontrada entre ansiedade e percepção de controle reforça o argumento de que as contingências internas decorrentes de avaliações afetivo-cognitivas negativas e as pressões externas, analisadas como fontes de stress contribuem para alta frequência de ansiedade nesta população. Este resultado concorda com SMITH e col (1991) que também constataram correlação entre percepção de controle e ansiedade e com BETTZ (1981) que associou elevados índices de ansiedade e epilepsias intratáveis. SEIDMAN-RIPLEY (1993) observou que o alívio total das crises acarreta melhora emocional.

Embora alguns estudos de stress e ansiedade na epilepsia possam relacioná-los ao tempo de doença (HERMANN e col, 1980; PASQUET, 1984; ROSSI, 1984; DODRILL e col, 1986; GUERREIRO, 1988), é preciso considerar que esta relação não é direta. Há um inter relacionamento de fatores pessoais e ambientais, que determinam se o indivíduo irá ou não desenvolver sintomas (SOUZA e col, 1994). Depende do estilo de vida, da idade, da gravidade das crises (ROSSI, 1984) e de como o paciente percebe suas dificuldades (SPIELBERGER, 1975; LAZARUS, 1980) e como aprendeu a lidar com elas (STEPTOE, 1991).

Abordagens psicoterapêuticas, incluindo modificação de contingências, auto-controle, métodos psicofisiológicos e outras técnicas comportamentais cognitivas têm sido eficazes no controle do stress e ansiedade com melhor controle do quadro clínico (ROSSI,

1984; TENKIM e DAVIS, 1984) e melhor ajustamento psicossocial do paciente epiléptico (TAN e BRUNI, 1986; Guillham, 1990; HELGESON e col, 1990), mostrando que a presença desse sintoma é conseqüente à relação do epiléptico com seu ambiente.

- Ansiedade e DS

Ansiedade apareceu associada à DS, tanto no grupo de epilépticos quanto no grupo controle. Tal dado concorda com autores que experimentalmente observaram esta relação como WINCZE e col (1976), HOON e col (1977), PAWLOWSKI (1979), BARLOW (1986), PALACE e GORZALKA (1990), BOZMAN e BECK (1991), como também concorda com estudos de relatos e observações clínicas (MASTERS e JOHNSON, 1970; KAPLAN, 1974; LAZARUS, 1980).

A revisão literária nesse trabalho mostrou que estudos avaliando ansiedade e neuroticismo e ansiedade específica para atividade sexual têm resultados contraditórios, provavelmente por dificuldades ligadas à operacionalização do conceito e medidas de diferentes dimensões da ansiedade (SPIELBERGER e col, 1970) que dificultam a comparação.

A presença de ansiedade-traço medida neste trabalho concorda com MAURICE e GUZE (1970), MUNJACK e col (1978), KOCKOTT e col (1980) e MUNJACK e col (1981), que encontraram mais ansiedade e depressão entre os disfuncionais do que no grupo controle. Neste trabalho, Idate I foi associado a Idate II, concordando com SPIELBERGER (1979). Espera-se que indivíduos com ansiedade elevada

estejam mais predispostos a estados de ansiedade em situações consideradas ansiógenas. Desta forma, o intercurso sexual para indivíduos com dificuldades pode gerar medos e fantasias e ativar mecanismos de defesa inadequados com aumento de ansiedade situacional. KOCKOTT e col (1980) e MUNJACK e col (1981) observaram que indivíduos disfuncionais de origem psicogênica são mais ansiosos que disfuncionais de origem orgânica (grupo de diabéticos), mostrando que a presença de alteração emocional predis põe a dificuldades sexuais.

Alteração emocional abrangendo desde simples condicionamento negativo até psicopatologias parece ter uma relação positiva com DS (MUNJACK e col, 1981).

Os estudos voltados para ansiedade situacional (COOPER, 1968,1969a; ANSARI, 1975) identificam medos relacionados diretamente da atividade sexual, que é tida como aversiva. Vários pesquisadores clínicos também apontam fatores afetivos como ansiedade de desempenho, de perda do controle, ansiedade quanto à aparência física, vergonha, culpa, hostilidade, que levam alguns disfuncionais a sabotar o seu próprio prazer, porque subestimam suas respostas sexuais e focalizam a atenção em aspectos não eróticos (MASTERS e JOHNSON, 1970; KAPLAN, 1974; LO PICCOLO e LO PICCOLO, 1978; LAZARUS, 1980). Disfuncionais focalizam sua atenção nas reações somáticas da ansiedade.

Em nosso trabalho, os disfuncionais apresentaram mais respostas afetivas negativas que os funcionais, concordando com ABRAHANSON e COL (1985), BARLOW (1986) e estas respostas afetivas como resultado de percepção inadequada ou expectativa de resposta inadequada podem, se não somar, manter a dificuldade como círculo vicioso.

Experimentações recentes têm mostrado que a ansiedade altera o funcionamento sexual mas atua diferentemente nos funcionais e disfuncionais (BARLOW, 1986). Em certas condições, a ansiedade aumenta a excitabilidade sexual em homens e mulheres funcionais (HOON e col, 1977; BARLOW, 1986; PALACE e GORZALKA, 1990), mas atua diferentemente nos disfuncionais, provavelmente por interferência do componente cognitivo da ansiedade (HATCH, 1981; NORTON e JEHU, 1984; BARLOW, 1986). Estas pesquisas mostram que, independente da presença de excitação sexual, os disfuncionais, homens e mulheres, avaliando negativamente a situação, focalizam sua atenção mais nos aspectos aversivos da relação ou possibilidade da relação sexual que na própria resposta sexual ao estímulo erótico. HOON e col (1977), FARKAS e col (1979), WOLCHIK e col (1980) concordam que diferentes histórias de aprendizagem fazem com que disfuncionais façam diferentes atribuições ao estímulo.

Observou-se nos sujeitos disfuncionais, que a ansiedade gerada na própria relação diádica onde falhas de comunicação sexual e medos de desempenho, do prazer, do dano e autoprovocações do tipo - "Por que não posso dar prazer a minha parceira?" - geraram um sistema sexual não funcional. Nos epiléticos disfuncionais, problemas de saúde e apreciação da auto-imagem foram fortes indicadores de auto-cobrança e sentimento de ansiedade.

As mulheres, por sua vez, apresentaram uma grande variabilidade nas reações psicológicas à sua incapacidade para responder à estimulação sexual. Enquanto algumas ficam ressentidas ou se deprimem, outras suportam pacientemente a atividade sexual, se

distraem com imagens não sexuais. Como é o caso da paciente que afirmava fazer tudo o que o marido pedia para que ele pudesse ejacular rapidamente e terminar logo a relação.

Outras, ainda, desenvolvem intensa hostilidade para com o parceiro, têm medo de recusar a ter relação e apresentam desculpas para evitar o coito - dores de cabeça, cansaço, como queixas comum.

Negação ao prazer por hostilidade ou raiva e postura submissa (sexo obrigação) provocaram respostas sexuais insatisfatórias, concordando com BOZMAN e BECK (1991).

Este trabalho mostra que os processos cognitivos da ansiedade interferem na resposta sexual mas não identifica, pelas queixas dos sujeitos, se as respostas fisiológicas são diferentes nos responsivos e não responsivos ou se está presente somente a dificuldade em discriminar mudanças nos impulsos sexuais. Pesquisas com medidas psicofisiológicas feitas em laboratório são importantes, mas também são sujeitas às críticas, devido ao caráter artificial do aparato experimental e ausência de intimidade pessoal própria da relação interpessoal. Além de ser uma experiência solitária, está sujeita à observação dos pesquisadores.

A possibilidade de distorções voluntárias dos resultados não pode ser negligenciada em qualquer tipo de investigação. A boa relação estabelecida no acompanhamento terapêutico dos pacientes favoreceu a confirmação das respostas dadas ao questionário.

Houve, também, boa receptividade dos sujeitos do grupo controle, com maior abertura por parte das mulheres que dos homens, muito provavelmente por interferência de aspectos culturais associados à figura feminina da pesquisadora na questão de investigação de questões ligadas à sexualidade.

Quanto ao diagnóstico, observa-se que as DS aparecem concomitantes. A diminuição ou a extinção do interesse e capacidade de engajamento em atividades sexuais com fuga da situação, apareceram associadas às dificuldades eréteis em 7 homens do GI. A diminuição de extinção do desejo e a busca de contato físico apareceram associadas às alterações orgásmicas em 13 mulheres do GI e 9 mulheres do GII.

Desejo é um estado subjetivo e altamente influenciado por fatores interpessoais, intrapsíquicos e sócio-culturais, assumindo-se a presença de funcionamento físico normal. O desejo sexual hipoativo pode resultar de conflitos emocionais, como raiva e ansiedade (BOZMAN e BECK, 1991). A excitação é uma resposta fisiológica e este trabalho mostrou que as mulheres do GI não relataram alterações neste aspecto, concentrando suas dificuldades em ausência da libido e prazer. Só uma mulher do GII identificou ausência de lubrificação associada a desinteresse geral e dificuldade orgásmica, originadas de conflitos conjugais.

Será que as mulheres têm dificuldade em discriminar estas mudanças ou são resistentes ao relato verbal delas?

Os homens queixam-se de dificuldades eréteis mas, durante a atividade sexual, concentram-se de tal modo no desempenho que a ansiedade gerada os impede de

atentar para sinais sexuais. Desta forma, mesmo que a ansiedade não seja a causa, certamente mantém o padrão inadequado.

Quando a função erétil prejudicada ocorre como resultado de causas físicas ou metabólicas, é comum que alterações psicológicas se desenvolvam, com o decorrer do tempo, como reação à disfunção. Estas alterações podem por si mesmas vir a afetar a função sexual, de modo que, mesmo que a causa orgânica seja determinada e tratada, um padrão inadequado de respostas pode persistir em decorrência de fatores psicológicos.

A partir das colocações feitas, podemos concluir que parece haver uma maior susceptibilidade de sujeitos com ELT desenvolverem DS. Isto implica que centros límbicos tenham um importante papel na regulação do comportamento sexual.

Todavia, diante da complexidade da resposta sexual, desde que se considere seu caráter relacional, provavelmente fatores psicológicos e sociais desempenham a função de facilitadores ou não da presença de alterações sexuais, sobretudo em pacientes portadores de uma doença crônica, como na epilepsia.

Todos os componentes psicológicos que possam interferir na resposta sexual podem atuar de forma indiscriminada em sujeitos portadores de epilepsia ou não. Mas, no caso de epiléticos, parece que a atribuição subjetiva negativa relacionada a “ser doente” provoca certas dificuldades comportamentais que interferem no desempenho sexual.

Epiléticos disfuncionais relacionam sua não responsividade a problemas de saúde e auto apreciação negativa.

Aqueles epilépticos que durante sua história de vida experienciaram situações que foram acompanhadas de desconforto emocional e, atribuíram tais sentimentos à própria incapacidade por “ser doente”, provavelmente se sintam inadequados no desempenho de papéis relacionais e, conseqüentemente, evitem aproximações afetivo-sociais e sexuais. Perceber-se a si próprio como inadequado acaba, muitas vezes, ocasionando numa relação conjugal, um sistema sexual não funcional.

Se somarmos os efeitos físicos da doença ou drogas e os efeitos psicológicos originados por características de personalidade, história sexual do sujeito e as reações do parceiro, teremos uma equação que procura explicar a DS.

Dentro da perspectiva deste estudo, abordou-se o comportamento sexual do portador de epilepsia, levando-se em conta as contingências internas decorrentes de avaliações afetivo-cognitivas do sujeito que controlam esta resposta. Assim, de um modo geral, diante de uma queixa de DS de um portador de epilepsia, deve ser dada atenção aos fatores precipitantes como stress agudo ou crônico, recente medicação, álcool e doenças concomitantes como diabetes, insuficiência renal ou hepática e hipertensão.

Além disso, deve-se pesquisar, na sua história, educação, valores e crenças relacionados à sexualidade. Questões relativas à experiência sexual e oportunidades também são importantes. É preciso considerar certas características de personalidade, como ansiedade e depressão e as conseqüências desta dificuldade para o sujeito e parceiro.

Nosso conhecimento do comportamento sexual em pacientes com epilepsia é incompleto. Muitas questões ainda existem relacionadas às variáveis orgânicas e, sobretudo, à investigação dos fatores psicológicos envolvidos.

Stress crônico provoca alterações metabólicas que alteram a resposta sexual. Por que alguns indivíduos são mais vulneráveis? Qual o nível de mudanças endócrinas suficiente para causar a DS? Qual a influência da percepção do sujeito?

Percepção de controle provoca alterações emocionais que se associam à DS. Percepção de controle não se associa diretamente à DS. Outras pesquisas elucidariam se essas relações se mantêm.

Que alterações emocionais estão presentes quando as crises se instalam? É a epilepsia fator de mudança? Psicoterapias previnem tais alterações? Estudos com sujeitos com epilepsia de início recente possibilitariam esclarecer algumas dessas questões.

Quais fatores psicológicos favoreceriam um melhor ajuste emocional e controle de crises? Este ajuste emocional evitaria o desenvolvimento da DS?

Nosso estudo procurou analisar determinantes da doença e variáveis psicológicas como ansiedade, depressão e percepção do sujeito como intervenientes no comportamento sexual de epiléticos. Os resultados mostram a importância de se considerar, em pesquisas futuras, aspectos ligados às experiências subjetivas das pessoas quando se avaliam alterações na sexualidade de sujeitos portadores de epilepsia.

CONCLUSÃO

Homens e mulheres epiléticos apresentam mais DS, ansiedade e depressão que indivíduos não epiléticos. Em ambos os grupos epiléticos e não epiléticos observou-se associação da DS com ansiedade e depressão.

No grupo de pacientes epiléticos, observa-se uma associação altamente significativa entre percepção de controle de crises e ansiedade, bem como com depressão, mas não foi significativa a associação entre esta variável psicológica e DS.

Componentes subjetivos relativos à auto-depreciação apareceram relacionadas às alterações na sexualidade nos portadores de epilepsia.

Variáveis da doença como início de crises, frequência, duração e medicação não foram significantes na relação com DS. Observou-se associação da alteração sexual com ELT.

Os dados parecem sugerir uma interação entre variáveis orgânicas, traços de personalidade e experiências pessoais que predisõem o indivíduo ao aparecimento de alterações na sexualidade. Há no entanto, necessidade de novas pesquisas para verificar-se a magnitude destas relações funcionais. Pesquisas interdisciplinares direcionariam procedimentos terapêuticos mais abrangentes no atendimento do paciente epilético.

SUMMARY

The object of this research was to investigate internal aspects due to cognitive-affective evaluation of epileptic patients who control their sexual behavior. 120 subjects were evaluated according to two groups: epileptic patients and normal subjects. They were assessed with the State Trait Anxiety Inventory (Spielberger e col, 1970), Beck Depression Inventory (Beck, 1974) and Sexual Behaviour Inventory (Souza, 1992). We also collected spontaneous data about sexual activities, values, religion, beliefs, affection, personal sexual experiences and perception of the other.

Sexual disorder (SD), anxiety and depression occurred more frequently in the epileptic group than in the control group. Association between anxiety or depression with SD was found in both groups. Factors such as the age of onset of seizures, frequency, duration and medication not were related to DS. Temporal lobe epilepsy was related to DS.

Perception of seizure control was highly related to anxiety and depression but not with SD. Subjective factors related to self depreciation and sexual alterations appeared in the epileptic patients.

The data suggest that there is a correlation between organic factors, personality traits and personal experiences which predispose to the appearance of sexual alterations. New multidisciplinary research may contribute to better understanding of functional relationships and broader therapeutic proceedings to the epileptic patient.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAMSON, DJ; BARLOW, DH; SAKHEIM, DK; BECK, JC; ATHANASION, R.
Effects of distraction on sexual responding in sexual functional and sexually
dysfunctional men. **Arch Sex Behav**, 14:361-71, 1985.

ALBUQUERQUE, M; CAMPOS, CJR. Epilepsy and anxiety. **Arq Neuropsiquiatr**,
51(3):313-8, 1993.

ALTSHULER, LL; DEVINSKY, O; POST, RM; THEODORE, W. Depression, anxiety and
temporal lobe epilepsy. **Arch Neurol**, 47:285-8, 1990.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of
mental disorders**. Revised 3rd ed. Washington DC: American Psychiatry Association,
1987, p. 307-13.

ANDERSON, BL. A comparison of systematic desensitization and directed masturbation in
the treatment of primary orgasmic dysfunction in females. **J Consult Clin Psychol**,
49:568-70, 1981.

ANSARI, JMA. A study of 65 impotent males. **Br J Psychiatry**, 127:337-41, 1975.

ARTEGA, C; SANTAMARIA, S; RODRIGUES, L; OTERO, J; MORERA, F; HERNANDEZ, OJ. Sexual disfunction and epilepsy. **Epilepsia**, 35(Suppl 7):S59, 1994 (abstract).

AUSTIN, JK; MCBRIDE, AB; DAVIS, HW. Parental attitude and adjustment to childhood epilepsy. **Nurs Res**, 38:92-6, 1984.

AUSTIN, JK; FRASER, RT. **Childrens with epilepsy: their families and later vocational adjustment. Issues in epilepsy and quality of life.** Epilepsy Foundations of American, 1993, p. 1-8.

BAKER, GA; SMITH, DF; DEWEY, M; JACOBY, A; CHADWICK, DW. The initial development of a health related quality of life model as an outcome measure in epilepsy. **Epilepsy Res**, 16:65-81, 1993.

BARLOW, D.H. - Causes of sexual dysfunction the role of anxiety and cognitive interference. **J Consult Clin Psychol**, 54(2):140-8, 1986.

BARRAGRY, JM; MAKIN, HLJ; TRAFFORD, DJH; SCOTT, DF. Effects of anticonvulsivants on plasma testosterona and sex hormone binding globulin levels. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, 41:913-4, 1978.

- BATZEL, LW; DODRILL, CB. Neuropsychological and emocional correlates of marital status and ability to live independently in individuals with epilepsy. **Epilepsia**, 45:59-68, 1984.
- BEAR, DM; FEDIO, P. Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. **Arch Neurol**, 34:454-67, 1977.
- BECÚ, M; BECÚ, N; MANZUR, G; KOCHEN, S. Self-help epilepsy groups: an evaluation of effect on depression and schizopremia. **Epilepsia**, 34(5):841-5, 1993.
- BECK, AT. Assessment of depression: the depression inventory. Psychological measurement in Psychopharmacology. **Med Probl Pharmac Psychiatry**, 7:151-69, 1974.
- BECK, AT; RUSH, AJ; SHAW, BF; EMERY, G. **Cognitive therapy of depression**. Zahar Eds, 1982.
- BENSON, DF; MENDEZ, MF; ENGEL, J; SIDNEY, SF; ZIMMERMAN, B. Affective symptomatology in epilepsy. **Int J Neurol**, (19-20):30-9, 1985.

- BETZ, TA. Depression, anxiety and epilepsy. In: REYNOLDS, EH; TRIMBLE, MR (Eds). **Epilepsy and Psychiatry**. Edinburg: Churchill Livingstone, 1981, p. 60-71.
- BIAGGIO, AM; NATALÍCIO, D; SPIELBERGER, CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade-Traço-Estado (IDATE). **Arq Bras Psic Apl**, 29(3):31-44, 1977.
- BLUMER, D. Hypersexual episodes in temporal lobe epilepsy. **Am J Psychiatry**, 126:1099-106, 1970.
- BLUMER, D. Epilepsy and disorders of mood. In: SMITH, DB; TREIMAN, DG; TRIMBLE, MR (Eds). **Neurobehavioral problems in epilepsy**. NY Raven, 1991, p 185-95.
- BLUMER, D; WALKER, AE. Sexual behavior in temporal lobe epilepsy. **Arch Neurol**, 16:37-43, 1967.
- BORKOVEC, TD. Physiological and cognitive processes in the regulation of anxiety. In: SCHWARTZ, GE; SHAPIRO, D (Eds). **Consciousness and Self-Regulation**, Plenum, New York, 1976.

- BOZMAN, AW; BECK, JG. Covariation of sexual desire and sexual arousal: the effects of anger and anxiety. **Arch Sex Behav**, 20(1):47-60, 1991.
- CAIRD, W; WINCZE, GF. **Sex Therapy: A Behavioral Approach**, NY, Harper e Row, 1977.
- CAMFIELD, PR; GATES, R; RONNEN, G; CAMFIELD, C; FERGUSON, A.; MACDONALD, GW. Comparison of cognitive ability, personality profile and school success in epileptic children with pure right versus left temporal lobe EEG foci. **Ann Neurol**, 15:122-6, 1984.
- CAMPBELL, DT; STANLEY, JC. **Delineamentos experimentais e quase experimentais de pesquisa**. EDUSP, 1979, p 29.
- CANNON, WB. The James Lange theory of emotions a critical examination and an alternative theory. **Am J Psychology**, 39:106-24, 1927.
- CARRIERI, PB; PROVITERA, V; IACOVITTI, B; IACHETTA, C; NAPPI, C; INDACO, A. Mood disorders in epilepsy. **Acta Neurol Napoli**, 15(1):62-7, 1993.

CAVALLIERI, A; GIKOVATE, F; OKAWARA, H; CHARBONNEAU, PE; NUNES, R; CREMA, R; BERNHOEFT, RA; COSTA, RV. **Hábitos e Atitudes Sexuais dos Brasileiros**. Ed Cultrix (SP), 1983.

CHARMAZ, K. Loss of self: a functional form of suffering in the chronically ill. **Soc Health Illness**, 5(2):168-95, 1983.

COGEN, PH; ANTUNES, JL; CORREL, JW. Reproductive function in temporal lobe epilepsy: the effect of temporal lobectomy. **Surg Neurol**, 12:243-6, 1979.

COLLINGS, JA. Psychosocial well-being and epilepsy: an empirical study. **Epilepsia**, 31(4):418-26, 1990.

COMMISSION ON CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY OF INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. **Epilepsia**, 22:489-501, 1981.

COMMISSION ON CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY OF INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY. Proposal for classification and of epilepsies and epileptic syndromes. **Epilepsia**, 26:268-78, 1985.

COMMISSION ON CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY OF INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. **Epilepsia**, 30(4):389-399, 1989.

COOPER, AJ. "Neurosis" and disorders of sexual potency in the male. **J Psychosom Res**, 12:141-4, 1968.

COOPER, AJ. A clinical study of "coital anxiety" in male potency disorders. **J Psychosom Res**, 13:143-7, 1969a.

COOPER, AJ. Disorders of sexual potency in the male: A clinical and statistical study of some factors related to short term prognosis. **Br J Psychiatry**, 115:709-19, 1969b.

CRAMER, JA. Quality of life for people with epilepsy. **Neurol Clin**, 12(1):1-13, 1994.

CRAMER, JA; JONES, EF. Reproductive function in epilepsy. **Epilepsia**, 32(Suppl 6):S19-S26, 1991.

CURRAL, MRL. **Aspectos psicossociais na epilepsia**. Tese de Mestrado em Psiquiatria/FCM/Universidade de Porto-Portugal. Porto, 1989.

DANSKY, L; ANDERMANN E; ANDERMANN, F. Marriage and fertility in epileptic patients. **Epilepsia**, 21:261-71, 1980.

DAVIDSON, JM; CAMARGO, CA; SMITH, ER. Effects of androgen on sexual behavior in hypogonadal men. **J Clin Endocrinol Metab**, 48:955-8, 1979.

DEMERDASH, A; SHAALAN, M; MIDANI, A; KAMEL, F; BAHRI, M. Sexual behavior of a sample of females with epilepsy. **Epilepsia**, 32(1):82-5, 1991.

DEROGATIS, LR; MEYER, JK. A psychological profile of the sexual dysfunction. **Arch Sex Behav**, 8(3):201-23, 1979.

DEROGATIS, LR; MEYER, JK; KING, KM. Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. **Am J Psychiatry**, 138:757-63, 1981.

DEROGATIS, LR; MELISARATOS, N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. **Psychol Med**, 13:595-605, 1983.

DELL, JL. Social dimensions of epilepsy: stigma and response. In: WITHMAN, S; HERMANN, BP (Eds). **Psychopathology in Epilepsy: social dimensions**. NY: Oxford University Press, 1986, p 185-210.

DEVINSKY, O; CRAMER, JA. Introduction: Quality of life in epilepsy. **Epilepsia**, 34(Suppl 4):S1-S3, 1993.

DODRILL, CB. Interrelationship between neuropsychological data and social problems in epilepsy. In: CANGER, R; ANGELERI, F; PENRY, JK (Eds). **Advances in Epileptology**. XI Epilepsy International Symposium. NY: Raven Press, 1980, p 191-7.

DODRILL, CB; BREYER, DN; DIAMOND, MB; DUBINSKY, BL; GEARY, BB. Psychosocial problems among adult with epilepsy. **Epilepsia**, 25(2):168-75, 1984a.

DODRILL, CB; BEIER, R; KASPARICK, M; TACKE, T; TACKE, U; TAN, SY. Psychosocial problems in adult with epilepsy comparison of findings from four countries. **Epilepsia**, 25(2):176-83, 1984b.

DODRILL, CB; BATZEL, LW. Interictal behavioral features of patients with epilepsy. **Epilepsia**, 27(Suppl 2):S64-S76, 1986.

ENGEL, J. Clinical aspects of epilepsy. **Epilepsy Res**, 10:9-17, 1991.

ENGEL, J; CALDECOTT-HAZARD, S; BANDLER, R. Neurobiology of behavior: anatomic and physiological implication related to epilepsy. **Epilepsia**, 27(Suppl 2):S3-S13, 1986.

ESTES, WK; SKINNER, BF. Some quantitative properties of anxiety. **J Exp Psychol**, 29:390-400, 1941.

FARKAS, GM; SINE, LF; EVANS, IM. The effects of distraction, performance demand, stimulus explicitness, and personality on objective and subjective measures of male sexual arousal. **Behav Res Ther**, 17:25-32, 1979.

FENWICK, PBC; TOONE, BK; WELLER, MS. Sexual behaviour in a centre for epilepsy. **Acta Neurol Scand**, 71:428-35, 1985.

FIORDELLI, E; BEGHI, E; BOGLIUN, G; CRESPI, V. Epilepsy and psychiatric disturbance. **Br J Psychiatry**, 163:446-50, 1993.

FISHER, S. **The female orgasm**. New York Basic Books, Publishers, 1973.

FRANK, E; ANDERSON, C; RUBINSTEIN, D. Frequency of sexual dysfunction in normal couples. **J Med**, 299:111-5, 1978.

FREUD, S. Psicoanálisis y teoría de la libido. **Obras Completas de Sigmund Freud**, vol III, Madrid. Bibl Nueva, 1973, p 2661-76.

GASTAUT, H; COLLOMB, H. Étude du comportement sexuel chez les épileptiques psychomoteurs. **Ann Med Psychol**, II 5:657-96, 1954.

GEER, JH; FUHR, R. Cognitive factors in sexual arousal. The role of distraction. **J Consult Clin Psychol**, 44:238-43, 1976.

GEHLERT, S. Perceptions of control in adults with epilepsy. **Epilepsia**, 35(1):81-8, 1994.

GESCHWIND, N. Interictal behavioral changes in epilepsy. **Epilepsia**, 24(Suppl 1):S23-S30, 1983.

GUERREIRO, CAM. **Contribuição ao estudo da relação ciclo menstrual e crises epilépticas**. Tese de Doutorado em Neurologia/FCM/UNICAMP. Campinas, 1988.

GUERREIRO, CAM. Epilepsia: Introdução. In: GUERREIRO, CAM; GUERREIRO, MM (Eds). **Epilepsia**. SP, Lemos Editorial, 1993, p 11-18.

GUILHAM, RA. Refractory epilepsy: an evaluation of psychological methods in outpatient management. **Epilepsia**, 31(4):427-32, 1990.

HATCH, JP. Psychophysiological aspects of sexual dysfunction. **Arch Sex Behav**, 10(1):49-68, 1981.

HELGESON, DC; MITTÁN, R; TAN, SY; CHAYASIRISOBHON, S. Sepulveda epilepsy education: the efficacy of a psychoeducational treatment program in treating medical and psychosocial aspects of epilepsy. **Epilepsia**, 31(1):75-82, 1990.

HENRIKSEN, O. Specific problems of children with epilepsy. **Epilepsia**, 29(Suppl 3):S6-S9, 1988.

HENRIKSEN, O. Education and epilepsy: assessment and remediation. **Epilepsia**, 31(Suppl 4):S21-S25, 1990.

HERMANN, BP. Psychopathology in epilepsy and learned helplessness. **Med Hypotheses**, 5:723-9, 1979.

- HERMANN, BP; SCHWARTZ, MS; KARNES, WE; VAHDOT, P. Psychopathology in epilepsy - relationship of seizure type to age on set. **Epilepsia**, 21:15-23, 1980.
- HERMANN, BP; DIKMEN, S; SCHWARTZ, MS; KARNES, WE. Interictal psychopathology in patients with ictal fear: a quantitative investigation. **Neurology**, 32:7-11, 1982.
- HERMANN, BP; WYLER, AR. Depression, locus of control, and the effects of epilepsy surgery. **Epilepsia**, 30(3):332-8, 1989a.
- HERMANN, BP; WHITMAN, S. Psychosocial predictors of interictal depression. **J Epilepsy**, 2:231-7, 1989b.
- HERMANN, BP; WHITMAN, S; WYLER, AR; ANTON, MT; VANDERZWAGG. Psychosocial predictors of psychopathology in epilepsy. **Br J Psychiatry**, 156:98-105, 1990.
- HERTOFT, P (1987) apud JENSEN, P; JENSEN, SB; SORENSEN, PS; BJERRE, BD; RIZZI, DA; SORENSEN, AS; KLYSNER, R; BRINCH, K; JESPERSEN, B;

- NIELSEN, H. Sexual dysfunction in male and female patients with epilepsy: a study of 86 outpatients. **Arch Sex Behav**, 19(1):1-14, 1990.
- HERZOG, AG. A hypothesis to integrative partial seizures of temporal lobe origin and reproductive endocrine disorders. **Epilepsy Res**, 3:151-9, 1989.
- HERZOG, AG. Reproductive endocrine considerations and hormonal therapy for men with epilepsy. **Epilepsia**, 32(Suppl 6):S34-S37, 1991.
- HERZOG, AG; SEIBEL, MM; SCHOMER, DL; VAITUKAITIS, JL; GESCHWIND, N. Reproductive endocrine disorders in women with partial seizures of temporal lobe origin. **Arch Neurol**, 43:341-46, 1986a.
- HERZOG, AG; SEIBEL, MM; SCHOMER, DL; VAITUKAITIS, JL; GESCHWIND, N. Reproductive endocrine disorders in men with partial seizures of temporal lobe origin. **Arch Neurol**, 43:347-50, 1986b.
- HERZOG, AG; RUSSELL, V; VAITUKAITIS, JL; GESCHWIND, N. Neuroendocrine dysfunction in temporal lobe epilepsy. **Arch Neurol**, 39:133-5, 1982.

- HIERONS, R; SAUNDERS, M. Impotence in patients with temporal lobe epilepsy. **Lancet**, 2:761-4, 1966.
- HOLMES, GL. Effect of non-sex hormones on neuronal excitability, seizures and the electroencephalogram. **Epilepsia**, 32(Suppl 6):S11-S18, 1991.
- HOLMES, GL; DONALDSON, JO. Effects of sexual hormones on the electroencephalogram and seizures. **J Clin Neurophysiol**, 4:1-22, 1987.
- HOON, EF; HOON, PW; WINCZE, JP. An inventory for the measurement of female sexual arousability: the SAI. **Arch Sex Behav**, 5:291-300, 1976.
- HOON, PW; WINCZE, JP; HOON, EF. A test of reciprocal inhibition: Are anxiety and sexual arousal in women mutually inhibitory?. **J Abnorm Psychol**, 86:65-74, 1977.
- HUCK, FR. Diagnóstico diferencial das epilepsias. In: MARNIO Jr, R. **Epilepsia**. Ed. Sarvier, 1984, p 23-29.
- IGLESIAS, SS; RAMON, GL. Aspectos psicofisiológicos e psicopatología asociada en las disfunciones sexuales. **Actas Luso Esp Neurol Psiquiat Cienc Afines**, 20(6):273-7, 1992.

INDACO, A; CARRIERI, PB; GENTILE, S; STRIANO, S. Interictal depression in epilepsy. **Epilepsy Res**, 12:45-50, 1992.

ISOJÄRVI, JI; REPO, M; PARKARINEN, AJ; LUKKARINEN; MYLLYLÄ, VV. Carbamazepine, phenytoin, sex hormones and sexual function in men with epilepsy. **Epilepsia**, 36(4):355-70, 1995.

JEHU, D. **Sexual dysfunction: a behavioral approach to causation assessment and Treatment**. Wiley, Chichester, 1979.

JENSEN, HH; LARSEN, JK. Mental aspects of temporal lobe epilepsy. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, 42:256-65, 1979.

JENSEN, P; JENSEN, SB; SORENSEN, PS; BJERRE, BD; RIZZI, DA; SORENSEN, AS; KLYSNER, R; BRINCH, K; JESPERSEN, B; NIELSEN, H. Sexual dysfunction in male and female patients with epilepsy: a study of 86 outpatients. **Arch Sex Behav**, 19(1):1-14, 1990.

JOHNSON, J. Prognosis of disorders of sexual potency in the male. **J Psychosom Res**, 9:195-200, 1965.

KAPLAN, HS. Anxiety and dysfunction. **J Clin Psychiatry**, 49:21-5, 1988.

KAPLAN, HS. **A nova terapia do sexo**. RJ. Ed Nova Fronteira, 1974.

KAPLAN, HS. **O desejo sexual**. RJ. Ed Nova Fronteira, 1979.

KERLINGER, FN. **Metodologia da pesquisa em Ciências Sociais**. EDUSP, 1980, p 99.

KIERKEGAARD, S. **O conceito de angústia**. Lisboa, Presença, 1972, p 85.

KIECOLT-GLASER, JK; FISHER, LD; OGROCKI, P; STOUT, JC; SPEICHER, CE;
GLASER, K. Marital quality, marital disruption and immune function. **Psychosom
Med**, 49(1):13-34, 1987.

KLUVER, H; BUCY, P. Preliminary analysis of function of the temporal lobes in monkeys.
Arch Neurol Psychiat, 42:979-1000, 1939.

KOCKOTT, G; FEIL, W; FERSTL, R; ALDENHOFF, J; BESINGER, U.
Psychophysiological aspects of male sexual inadequacy. Results of an experimental
study. **Arch Sex Behav**, 9:477-93, 1980.

KOGEORGOS, J; FONAGY, P; SCOTT, DF. Psychiatric symptom profiles of chronic epileptics attending a neurological clinic: a controlled investigation. **Br J Psychiatry**, 140:236-43, 1982.

KOLODNY, RC; MASTERS, WH; JOHNSON, VE. **Manual de medicina sexual**. SP. Ed Manole Tda, 1982.

KOZAK, MJ; MILLER, GA. Hypothetical constructs vs intervening variables: a reappraisal of the three systems model of anxiety assessment. **Behav Assess**, 4:347-58, 1982.

KRAFT, ER (1931) apud TOONE, BK; EDEH, J; NANJEE, MN; WHEELER, M. Hyposexuality and epilepsy: a community survey of hormonal and behavioral changes in male epileptics. **Psychol Med**, 19:937-43, 1989.

KRAMER, LD; FRALIN, C; BERMAN, NG; LOCKE, GE. Relationship of seizure frequency and interictal depression. **Epilepsia**, 28:62, 1987.

LAZARUS, AA. New methods in psychoterapy: a case study. **South Af Med Proceedings**, 4:261-5, 1958.

LAZARUS, AA. **Mitos conjugais**. SP Editorial Psy, 1985.

LAZARUS, AA. **Psicoterapia personalista**. MG Interlivros, 1980, p 143-62.

LAZARUS, AA. The treatment of chronic frigidity by systematic desensitization. **J Nerv Ment Dis**, 136:272-8, 1963.

LAZARUS, RS. **Psychological stress and the coping process**. New York, Mc Graw-Hill, 1966.

LEVIN, R; BANKS, S; BERG, B. Psychosocial dimensions of epilepsy: a review of the literature. **Epilepsia**, 29(6):805-14, 1988.

LEVINE, SB. Marital sexual dysfunction - ejaculation disturbances. **Ann Intern Med**, 84:575-9, 1976.

LEVINE, SB; YOST, MA. Frequency of sexual dysfunction in a general gynecological clinic: an epidemiological approach. **Arch Sex Behav**, 5:229-38, 1976.

LIEF, HI. Inhibited sexual desire. **Med Asp Human Sexual**, 11(7):94-5, 1977.

LINDSAY, J; OUNSTED, C; RICHARDS, P. Long-term outcome in children with temporal lobe seizures: II marriage, parenthood and sexual indifference. **Dev Med Child Neurol**, 21:433-40, 1979.

LO PICCOLO, J; LO PICCOLO, L. **Handbook of sex therapy**. New York Plenum Press, 1978.

LOBITZ, WC; LOBITZ, GK. Clinical assessment in the treatment of sexual dysfunction. In: LO PICCOLO, J; LO PICCOLO, L (Eds). **Handbook of sex therapy**. New York, Plenum Press, 1978.

MACHADO, A. **Neuroanatomia funcional**. Atheneu, SP, 1993, p 275-86.

MASSON, JW. Clinical psychophysiology: psychoendocrine mechanisms. **American Handbook of Psychiatry**, vol. IV, NY Basic Books Inc Publ, 1975.

MASTERS, WH; JOHNSON, VE. **Human sexual response**. Boston, Little Brown and Co, 1966.

MASTERS, WH; JOHNSON, VE. **Human sexual inadequacy**. Boston, Little Brown and Co, 1970.

MASTERS, WH; JOHNSON, VE. **A incompetência sexual - suas causas seu tratamento.**

Ed Civilização Brasileira, 1970.

MATTHEWS, W; BARABAS, G; FERRARI, M. Emotional concomitants of childhood and epilepsy. **Epilepsia**, 23:671-81, 1982.

MATTSON, RH; CRAMER, JA. Epilepsy, sex hormones and antiepileptic drugs. **Epilepsia**, 26(Suppl 1):S40-S51, 1985.

MAURICE, WL; GUZE, SB. Sexual dysfunction and associated psychiatric disorders. **Compr Psychiat**, 11:539-43, 1970.

MCNAMARA, ME. Psychological factors affecting neurological conditions. **Psychosomatics**, 32(3):255-67, 1991.

MENDEZ, MF; CUMMINGS, JL; BENSON, DF. Depression in epilepsy. **Arch Neurol**, 43:766-70, 1986.

- MENDEZ, MF; DOSS, RC; TAYLOR, JL; SALGUEIRO, P. Depression in epilepsy - relationship to seizures and anticonvulsivant therapy. **J Nerv Ment Dis**, 181(7):444-7, 1993.
- MORRELL, MJ. Sexual Dysfunction in epilepsy. **Epilepsia**, 32(Suppl 6):S38-S45, 1991.
- MORRELL, MJ; SPERLING, MR; STECKER, M; DICHTER, MA. Sexual dysfunction in partial epilepsy. **Neurology**, 44:243-7, 1994.
- MUNJACK, DJ; KANNO, PH. Retarded ejaculation - a review. **Arch Sex Behav**, 8:139-50, 1979.
- MUNJACK, DJ; KANNO, PH; OZIEL, LJ. Ejaculatory disorders: some psychometric data. **Psychol Rep**, 43:783-7, 1978.
- MUNJACK, DJ; OZIEL, LJ; KANNO, PH; WHIPPLE, K; LEONARD, MD. Psychological characteristics of males with secondary erectile failures. **Arch Sex Behav**, 10:123-31, 1981.

- MURIALDO, G; GALIMBERTI, CA; FONZI, S; MANNI, R; CORTELLI, P; PARODI, C; SOLINAS, GP; AMORETTI, G; TARTARI, A. Sex hormones and pituitary function in male epileptic patients with altered or normal sexuality. **Epilepsia**, 36(4):360-5, 1995.
- NEWMARK, NE; PENRY, JK. Catamenial epilepsy: a review. **Epilepsia**, 21:281-300, 1980.
- NORTON, BR; JEHU, D. The role of anxiety in sexual dysfunction a review. **Arch Sex Behav**, 13:(2):165-83, 1984.
- OBLER, M. Systematic desensitization in sexual disorders. **J Behav Ther Exp Psychiatry**, 4:93-101, 1973.
- OEI, TP; EVANS, L; CROOK, GM. Utility and validity of the STAI with anxiety disorder patients. **Br J Clin Psychol**, 29:429-32, 1990.
- OZUNA, J. Psychosocial aspects of epilepsy. **J Neurosurg Nurs**, 11:242-6, 1979.
- PAGLIOLI, E. **Tratamento cirúrgico da epilepsia do lobo temporal: o impacto do controle das crises no perfil psicossocial dos pacientes**. Tese de Mestrado em Clínica Médica, PUC Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1995.

- PALACE, EM; GORZALKA, BB. The enhancing effects of anxiety on arousal in sexually dysfunctional and functional women. **J Abnorm Psychol**, 99(4):403-11, 1990.
- PALHA, AP; VIANA, M; MOTA, I. Sexual behavior of epileptics patients. **Epilepsia**, 35(Suppl 7):S59, 1994 (abstract).
- PASQUET, EG. Problemas psicosociales y laborales del paciente epileptico. **Rev Neurol Arq**, 10(2):89-98, 1984.
- PATTERSON, DG; O'GORMAN, EC. Sexual anxiety in sexual dysfunction. **Br J Psychiatry**, 155:374-8, 1989.
- PAWLOWSKI, W. Response to sexual films as a function of anxiety level. **Psychol Rep**, 44:1067-73, 1979.
- PERINI, G; MENDIUS, R. Depression and anxiety in complex partial seizures. **J Nerv Ment Dis**, 172:287-90, 1984.
- PESSOTI, I. **Ansiedade**. SP EPU, 1978.

- PRITCHARD, PD. Hyposexuality: a complication of complex partial epilepsy. **Trans Am Assoc**, 105:192-5, 1980.
- PINDERHUGHES, CA; GRACE, EB; REYNA, LJ. Psychiatric disorders and sexual functioning. **Am J Psychiatry**, 128:96-102, 1972.
- PORTER, RJ. **Epilepsia: diagnóstico e tratamento - 100 princípios práticos**. RJ, Marques Saraiva Ed, 1987.
- RITCHIE, K. Research note: intervention in the families of epileptic children. **J Child Psychol Psychiatry**, 22:65-71, 1981.
- ROBERTSON, MM; TRIMBLE, MR. Depressive illness in patients with epilepsy: a review. **Epilepsia**, 24(Suppl 2):S109-S116, 1983.
- ROBERTSON, MM; TRIMBLE, MR; TOWNSEND, HRA. The phenomenology of depression in epilepsy. **Epilepsia**, 28:364-72, 1987.
- ROBERTSON, MM; CHANNON, S; BAKER, J. Depressive symptomatology in a general hospital sample of out patients with temporal lobe epilepsy: a controlled study. **Epilepsia**, 35(4):771-7, 1994.

- RODIN, E; SUBRAMANIANA, MG; GILROY, J. Investigation of sex hormones in male epileptic patients. **Epilepsia**, 25:690-4, 1984.
- ROESLER, TA; MCKENZIE, N. Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children. **J Nerv Ment Dis**, 182(3):145-50, 1994.
- ROSSI, C. Aspectos psiquiátricos em epilepsia. In: MARINO, RJr (Ed). **Epilepsia**. Ed. Sarvier, 1984, p 93-101.
- ROY, A. Some determinants of affective symptoms in epileptics. **Can J Psychiatry**, 24:554-6, 1979.
- SAFIR, MP; ALMAGOR, M. Psychopathology associated with sexual dysfunction. **J Clin Psychol**, 47(1):17-21, 1991.
- SAUNDERS, M; RAWSON, M. Sexuality in male epileptics. **J Neurol Sci**, 10:577-83, 1970.
- SAVARD, RJ; WALKER, E. Changes in social functioning after surgical treatment for temporal lobe epilepsy. **Soc Work**, 10:87-95, 1965.

SCHNEIDER, JW; CONRAD, P. In the closet with illness: epilepsy, stigma potencial and information control. **Soc Probl**, 28:32-44, 1980.

SCHOENFELD, WN. An experimental approach to anxiety, escape and avoidance behavior.

In: HOCH, PH; ZUBIN, J (Eds). **Anxiety**. NY Grune and Stratton, 1950.

SEIDMAN-RIPLEY, JG; BOUND, VK; ANDERMANN, F; OLIVIER, A; GLOOR, P;

FEINDEL, WH. Psychosocial consequences of postoperative seizure relief. **Epilepsia**, 34(2):248-54, 1993.

SELYE, H. A syndrome produced by diverse nocuores agents. **Nature**, 138:32, 1936.

SHUKLA, GD; SRIVASTAVA, ON; KATIYAR, BC. Sexual disturbances in temporal lobe epilepsy: a controlled study. **Br J Psychiatry**, 134:288-92, 1979.

SIDMAN, M. Anxiety. **Proc Am Phys Soc**, 108:478-81, 1964.

SIDMAN, M; BOREN, JJ. The relative aversiveness of warning signal and shock in an avoidance situation. **J Abnorm Social Psychol**, 55:339, 1975.

SILVEIRA, DC. Disfunções Sexuais e Epilepsia. In: GUERREIRO, CAM; GUERREIRO, MM (Eds). **Epilepsia**. Lemos Editorial, SP, 1993, p 91-6.

SILVEIRA, DC. **Hiposexualidade interictal em homens epiléticos**. Tese de Doutorado em Neurologia/FCM/UNICAMP. Campinas, 1994.

SMITH, DF; CRAFT, BR; COLLINS, J; MATTSON, RH; CRAMER, JA, THE VA COOPERATIVE STUDY GROUP 118. Behavioral characteristics of epilepsy patients compared with normal controls. **Epilepsia**, 27(6):760-8, 1986.

SMITH, DF; BAKER, GA; DEWEY, M; JACOBY, A; CHADWICK, DW. Seizure frequency, patient-perceived seizure severity and the psychosocial consequences of intractable epilepsy. **Epilepsy Res**, 9:231-41, 1991.

SOTILE, WM; KILMANN, PR. Effects of group systematic desensization on female orgasmic dysfunction. **Arch Sex Behav**, 7:477-91, 1978.

SOUZA, EAP. **Incidência de stress no período pré-menstrual em mulheres epiléticas**. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica/PUCCAMP. Campinas, 1988.

- SOUZA, EAP; GUERREIRO, MM. Qualidade de vida e epilepsia. In: GUERREIRO, CAM; GUERREIRO, MM (Eds). **Epilepsia**. Lemos Editorial SP, 1993, p 83-90.
- SOUZA, EAP; LIPP, MN; GUERREIRO, CAM. Presença de ansiedade no período pré-menstrual em mulheres epiléticas. **JLBE**, 7(4):155-8, 1994.
- SPIELBERGER, CD. **Understanding stress x anxiety**. Harper B Row NY, 1979.
- SPIELBERGER, CD; GORSUCH, RL; LUSCHENE, RE. **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory**. Palo Alto, California. Consulting Psychologist Press, 1970.
- STAFFORD-CLARK, D. Etiology and treatment of impotence. **Practitioner**, 172:397-404, 1954.
- STANDAGE, KF; FENTON, GW. Psychiatric symptom profile of patients with epilepsy: a controlled investigation. **Psychol Med**, 5:152-60, 1975.
- STANFORD, D. Sexual and temporal lobe epilepsy. **Arch Neurol**, 21:510-6, 1969.

STEER, RA; BECK, AT; GARRISON, B. Application of the Beck Depression Inventory.

In: SARTORIUS, N; BAN, TA (Eds). **Assessment of depression**. New York. Springer Verlag, 1986, p 123-42.

STEPTOE, A. The links between stress and illness-review. **J Psicosom Res**, 35(6):633-44, 1991.

STRANG, JD. Cognitive déficits in children adaptative behavior and treatment techniques. **Epilepsia**, 31(Suppl 4):S54-S58, 1990.

TAN, SY; BRUNI, J. Cognitive behavior therapy with adult patients with epilepsy: a controlled outcome study. **Epilepsia**, 27(3):225-37, 1986.

TAYLOR, DC. Sexual behavior and temporal lobe epilepsy. **Arch Neurol**, 21:510-6, 1969.

TENKIM, NR; DAVIS, GL. Stress a risk factor for seizures among adults with epilepsy. **Epilepsia**, 25(4):450-6, 1984.

THORNE, FC. Scales for rating sexual experiences. **J Clin Psychol**, 22:404-7, 1966.

TOONE, BK. Sexual disorders in epilepsy. In: PEDLEY, TA; MELDRUM, BS (Eds).

Recent Advances in Epilepsy. Churchill Livingstone, Edinburg, 1986, p. 233-59.

TOONE, BK; EDEH, J; NANJEE, MN; WHEELER, M. Hyposexuality and epilepsy: a

community survey of hormonal and behavioral changes in male epileptics. **Psychol**

Med, 19:937-43, 1989.

TOONE, BK; WHEELER, M; FENWICH, PBC. Sex hormone changes in male epileptic

patients. **Clin Endocrinol**, 12:391-5, 1980.

TOONE, BK; WHEELER, M; NANJEE, M; FENWICH, PBC; GRANT, R. Sex hormones,

sexual activity and plasma anticonvulsivant levels in male epileptics. **J Neurol,**

Neurosurg Psychiatry, 46:824-6, 1983.

TRIMBLE, MR. Epilepsy and behavior. **Epilepsy Res**, 10:71-9, 1991.

TRIMBLE, MR; PEREZ, M. The phenomenology of the chronic psychosis of epilepsy. **Adv**

Biol Psychiat, 8:98-105, 1982.

TUCKER, DM. Lateral brain function, emotion and conceptualization. **Psychol Bull**, 89:19-

46, 1981.

VICKREY, BG; HAYS, RD; RAUSCH, R; SUTHERLING, WW; ENGEL, JR; BROOK, RH. Quality of life of epilepsy surgery patients as compared with outpatients with hypertension, diabetes, heart disease, and/or depressive symptoms. **Epilepsia**, 35(3):597-607, 1994.

WHITMAN, S; HERMANN, DP. The architecture of research in the epilepsy/psychopathology field. **Epilepsy Res**, 3:93-9, 1989.

WINCZE, JP; CAIRD, WK. The effects of systematic desensitization and video desensitization in the treatment of essential sexual dysfunction in women. **Behav Ther**, 7:335-42, 1976.

WINCZE, JP; HOON, EF; HOON, PW. Physiological responsivity of normal and sexually dysfunctional women during erotic stimulus exposure. **J Psychosom Res**, 20:445-501, 1976.

WINCZE, JP; VENDITTI, E; BARLOW, D; MAVISSAKALIAN, M. The effects of a subjective monitoring task in the measure of genital response to erotic stimulation. **Arch Sex Behav**, 9:533-45, 1980.

WOLCHIK, SA; BEGGS, V; WINCZE, JP; SAKHEIM, DK; BARLOW, DH; MAVISSAKALIAN, M. The effects of emotional arousal on subsequent sexual arousal in men. **J Abnorm Psychol**, 89:595-8, 1980.

WOLPE, J. The dichotomy between classical conditioned and cognitively learned anxiety. **J Behav Ther Exp Psychiatry**, 12:35-42, 1981.

WOLPE, J. **Prática da terapia comportamental**, SP Ed. Brasiliense, 1976.

WOODWARD, ES. The total patient: implications for nursing care of the epileptic. **J Neurosurg Nurs**, 14:166-9, 1982.

ANEXOS

ANEXO I

CLASSIFICAÇÃO DE DS SEGUNDO DSM III-R

1. Distúrbio de Desejo Sexual

1.1. Distúrbio de Desejo Sexual Hipoativo

Quando fantasias e desejos sexuais são persistentemente ou recorrentemente ausentes ou deficientes

1.2. Distúrbio de Aversão Sexual

Trata-se de uma aversão extrema, persistente ou recorrente e, evitamento de todo, ou quase todo, contato sexual genital com um parceiro sexual.

2. Distúrbio de Excitação Sexual

2.1. Distúrbio de Excitação Sexual Feminino

Este acontece quando houver fracasso persistente ou recorrente, parcial ou completo em atingir ou manter a resposta de lubrificação-tumefação da excitação sexual até a conclusão da atividade sexual. Pode referir-se, também, a falta de sensação subjetiva, persistente ou recorrente, de excitação sexual e de prazer na mulher, durante a atividade sexual.

2.2. Distúrbio de Ereção Masculino

Relacionado ao fracasso persistente ou recorrente, parcial ou completo do homem, em atingir ou manter ereção até a conclusão da atividade sexual. Refere-se, também, à falta de sensação subjetiva, persistente ou recorrente de excitação sexual e de prazer no homem, durante a atividade sexual.

3. Distúrbio do Orgasmo

3.1. Orgasmo Feminino Inibido

Consiste no atraso persistente ou recorrente, ou ausência de orgasmo numa mulher, em seguida a uma fase de excitação sexual normal durante a atividade sexual.

3.2. Orgasmo Masculino Inibido

Caracteriza-se por atraso, persistente ou recorrente, ou ausência de orgasmo num homem, após uma fase de excitação sexual normal, durante a atividade sexual.

3.3. Ejaculação Precoce

Quando ocorre ejaculação persistente ou recorrente com estimulação sexual mínima ou antes ou brevemente após a penetração e antes que a pessoa o deseje.

4. Distúrbios Sexuais Dolorosos

4.1. Dispareunia

Consiste na dor genital recorrente ou persistente no homem ou na mulher antes, durante ou após a relação sexual.

4.2. Vaginismo

É um espasmo involuntário, recorrente ou persistente, da musculatura do terço externo da vagina que interfere no coito.

5. Disfunção Sexual sem outra Especificação

São aquelas que não preenchem os critérios em nenhuma das disfunções sexuais específicas. Exemplos:

- 1) Ausência de sensação erótica, ou mesmo anestesia completa, apesar de componente fisiológico normal do orgasmo.
- 2) Análogo feminino da ejaculação precoce
- 3) Dor genital que ocorre durante a masturbação.

ANEXO II

CLASSIFICAÇÃO DAS CRISES EPILÉPTICAS, DAS EPILEPSIAS E SÍNDROMES EPILÉPTICAS (versão resumida)

I - Classificação das Crises Epiléticas

1. Crises Parciais (ou Focais ou Locais)

Crises Parciais Simples (CPS) - (consciência preservada)

- . Motoras
- . Sensitivas
- . Autonômicas
- . Psíquicas

Crises Parciais Complexas (CPC) - (consciência alterada)

- . Inicia CPS seguida por alteração da consciência

Secundariamente Generalizada

- . CPS evoluindo para Crises Tônico-Clônicas Generalizadas
- . CPC evoluindo para Crises Tônico-Clônicas Generalizadas
- . CPS evoluindo para CPC e então para CTCG

2. Crises Generalizadas (desde o início)

Crises Tônico-Clônicas Generalizadas

Crises Ausência

Crises Ausência Atípicas

Crises Mioclônicas

Crises Tônicas

Crises Clônicas

Crises Atônicas

3. Crises Não Classificáveis

II - Classificação Internacional das Epilepsia e Síndromes Epilépticas

1. Crises e Epilepsias Localizadas (Focal, Local, Parcial)
 - 1.1. Idiopática (início relacionado à idade)
 - Epilepsia Benigna da Infância com Espículo Centro-Temporal
 - Epilepsia da Infância com Paroxismos Occipitais
 - 1.2. Sintomática - compreende Síndromes com grande variabilidade individual
 - 1.3. Criptogênicas
 2. Síndromes e Epilepsia Generalizadas
 - 2.1. Idiopática (início relacionado à Idade)
-

ANEXO III

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

I - DADOS DEMOGRÁFICOS

NOME: _____

HC: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____

ORIGEM: _____

OCUPAÇÃO: _____

NÍVEL EDUCACIONAL: _____

ESTADO CIVIL: _____ FILHOS: _____

NÍVEL SÓCIO ECONÔMICO: _____

COR: _____

II - CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA

TIPO DE CRISE: _____

INÍCIO: _____

DURAÇÃO: _____

CONTROLE DE CRISES: _____

FREQUÊNCIA DE CRISES: _____

MEDICAMENTO: _____

ANEXO IV

PROTOCOLO DE COMPORTAMENTO SEXUAL

Instruções para o GI e GII

Este protocolo tem por objetivo conhecer alguns aspectos relacionados ao seu comportamento sexual. A primeira fase do protocolo você não necessita responder se não for portador(a) de epilepsia. A qualquer momento, se desejar, você poderá interromper esta atividade sem nenhum prejuízo para o seu tratamento no HC/UNICAMP. Suas respostas são sigilosas e não é necessária a sua identificação. Caso você se interesse em resolver qualquer problema que possa ser identificado, poderá ter acesso a tratamento médico e/ou acompanhamento psicológico fornecido por estes ambulatórios - Epilepsia e Distúrbios Neuro-Endócrinos e Psicologia e Epilepsia.

1ª FASE - Comportamento relacionado à doença

- 1) Como você encara a crise? _____

- 2) As crises causam a você dificuldades sociais?
() na escola () no trabalho () no lazer
- 3) Como as pessoas reagem quando você tem crise? _____

- 4) Sente-se rejeitado(a) por causa da crise? _____

- 5) Comentários: _____

2ª FASE - Identificação de problemas pessoais

- Diga, com suas palavras, se você tem ou teve alguma dificuldade pessoal na sua vida: _____

3ª FASE**I - Vida Afetiva e Sexual**

- 1) Você tem um relacionamento afetivo estável? Há quanto tempo? _____
- 2) Você sente que seu relacionamento
 não tem problemas
 apresenta alguma dificuldade
 apresenta muita dificuldade
- 3) Como você caracterizaria esta dificuldade, se presente? _____
- 4) Com quanto anos foi a 1ª. relação sexual? Com quem? _____
- 5) Como você considerou esta experiência? _____
- 6) Mantém relações com outros parceiros! Por que motivo? _____
- 7) Você mantém relações sexuais? Com que frequência? _____
- 8) Houve mudanças na frequência nos últimos 6 meses? _____

- 9) Você está satisfeito com a sua freqüência de relações sexuais _____
- 10) Você se sente satisfeito com o tipo de relação que mantém ou gostaria de modificá-los? _____
- 11) Você faz uso de jogos sexuais com regularidade? _____
- 12) Você se masturba com que freqüência? _____
- 13) Como você se sente em relação à masturbação? _____
- 14) Você costuma ter orgasmo em toda atividade sexual? _____
- 15) Você costuma ter orgasmo durante o sonho? _____
- 16) Você acha que a relação sexual só é satisfatória quando você atinge o orgasmo? _____
- 17) O prazer do orgasmo para você é:
() muito intenso () razoável () pouco () nenhum
- 18) Costuma ter sonhos, pensamentos sexuais? Com que freqüência? _____
- 19) Sob o aspecto de interesse sexual você se considera?
() abaixo da média () médio () acima da média
- 20) Seu interesse mudou durante seu relacionamento _____

II - Disfunção Sexual

- 21) Você tem observado algum tipo de dificuldade sexual? _____

- 22) De que tipo? _____

- 23) Há quanto tempo? _____

- 24) Na sua opinião, qual seria a causa? _____

- 25) Como você reagiu a esta dificuldade, assim que ela apareceu? _____

- 26) Como você a encara atualmente? _____

- 27) O que você tem feito para resolvê-la? _____

- 28) Comentou com alguém? _____

- 29) Como o parceiro(a) reage a ela? _____

- 30) Você considera que certas situações da vida cotidiana acarretam esta dificuldade? _____

III - Determinantes Psicossociais da DS

- | 31) Como seus pais eram com você? | Pai | Mãe |
|-----------------------------------|-----|-----|
| Carinhosos | () | () |
| Severos | () | () |
| Atenciosos | () | () |
| Críticos | () | () |
| Informativos | () | () |
| Indiferentes | () | () |

- 32) Eles se davam bem entre si? _____

- 33) Eles discutiam assuntos de sexo na sua presença? _____

- 34) Seus pais trocavam carinhos na sua presença? _____

- 35) Você alguma vez conversou com sua mãe assuntos ligados a sexo? E com seu pai? _____
- 36) Durante a sua infância, você teve brincadeiras sexuais? _____

- 37) Qual é a sua religião? _____
- 38) Você acha que sua crença interfere no seu comportamento sexual? _____
- 39) Como você caracterizaria sexo:
- prova de amor
 - forma de comunicação
 - função reprodutiva
 - prova de posse
 - função fisiológica
 - fonte de prazer
 - forma de relaxar tensões
 - outros _____
- 40) Se você tivesse mais relações sexuais satisfatórias, você acredita que seria:
- sem mudanças
 - mais tolerante
 - menos tenso(a), nervoso(a)
 - menos agressivo(a)
 - mais feliz
 - mais amado
 - melhor a comunicação com o parceiro(a)
 - mais fértil
 - mais disposto a fazer sexo
 - outros _____

ENTREVISTA COM PARCEIRO

Instruções:

O objetivo desta conversa é conhecer o que você pensa sobre seu relacionamento conjugal. Como você sabe, seu marido (sua esposa) aceitou participar desta pesquisa que analisa aspectos relativos ao comportamento sexual. Sua contribuição é bastante importante.

Questiona-se:

1. Como você percebe seu parceiro?
2. Por que o considera deste modo?

ANEXO V

QUESTIONÁRIO DE AUTO AVALIAÇÃO IDATE I-A ESTADO

NOME _____ DATA ____/____/____

Instruções: A seguir, estão algumas informações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma e faça um círculo ao redor do número, à direita da afirmação, que melhor indica como você se sente agora, neste momento.

Não há respostas certas e erradas, não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

 Muitíssimo.....4 Um pouco.....2
 Bastante.....3 Absolutamente não...1

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 01. Sinto-me calmo(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 02. Sinto-me seguro(a) [controlado(a)]..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 03. Sinto-me tenso(a) [nervoso(a)]..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 04. Estou arrependido(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 05. Sinto-me à vontade..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 06. Sinto-me perturbado(a) [atrapalhado(a)]..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 07. Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios - [infelicidades]..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 08. Sinto-me descansado(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 09. Sinto-me ansioso(a) [aflito(a)]..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sinto-me em "casa"..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Sinto-me confiante [seguro(a)]..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Sinto-me nervoso(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Estou agitado(a) [inquieta(a)]..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Sinto-me uma pilha de nervos..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Estou descontraído(a) [sossegado(a)]..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Sinto-me satisfeito(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Estou preocupado(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Sinto-me super-excitado(a) [nervoso(a)] e confuso(a) [atrapalhado(a)]..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sinto-me alegre..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Sinto-me bem..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

QUESTIONÁRIO DE AUTO AVALIAÇÃO IDATE II-A TRAÇO

Instruções: A seguir, são dadas informações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma e faça um círculo ao redor do número, à direita da afirmação, que melhor indica como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

 Quase sempre.....4 Às vezes.....2
 Frequentemente.....3 Quase nunca.....1

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 01. Sinto-me bem..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 02. Canso-me facilmente..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 03. Tenho vontade de chorar..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 04. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 05. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões [decidir] rapidamente..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 06. Sinto-me descansado(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 07. Sou calmo(a), ponderado(a) [pensar muito] e Senhor(a) de mim mesmo(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 08. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de forma que não consigo resolver. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 09. Preocupo-me demais com coisas sem importância | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sou feliz..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Deixo-me afetar [emocionar muito] pelas coisas..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Não tenho muita confiança [segurança] em mim mesmo(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Sinto-me seguro(a) [controlado(a)]..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas.. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Sinto-me deprimido [triste]..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Estou satisfeito(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Levo os desapontamentos [surpresa desagradável] tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sou uma pessoa estável [equilibrada]..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Fico tenso(a) [nervoso(a)] e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento.... | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO VI

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO BECK

Neste questionário, existem grupos de afirmativas. Por favor, leia cuidadosamente cada um deles. A seguir, selecione a afirmativa, em cada grupo, que melhor descreve como você se sentiu NA SEMANA PASSADA, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da alternativa que houver selecionado.

1. 0 Não me sinto triste
1 Sinto-me triste
2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso
3 Estou muito triste e tão infeliz que não posso agüentar

2. 0 Não estou particularmente desencorajado(a) quanto ao futuro
1 Sinto-me desencorajado(a) quanto ao futuro
2 Sinto que não tenho mais nada por esperar
3 Sinto que o futuro é tão sem esperança e que as coisas não podem melhorar

3. 0 Não me sinto fracassado(a)
1 Sinto que falhei mais do que o indivíduo médio
2 Quando olho para trás em minha vida, tudo que vejo é uma porção de fracassos
3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa

4. 0 Sinto-me satisfeito(a) com as coisas como sempre me senti
1 Não gosto das coisas como gostava antes
2 Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
3 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo

5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a)
1 Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
2 Sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo

6. 0 Não sinto que esteja sendo punido(a)
1 Sinto que posso ser punido
2 Espero ser punido(a)
3 Sinto que estou sendo punido(a)

7. 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
2 Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
3 Eu me odeio
8. 0 Não acho que sou pior que os outros
1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros
2 Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
3 Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
9. 0 Não penso nunca em me matar
1 Às vezes penso em me matar, mas não levo isso adiante
2 Gostaria de me matar
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
10. 0 Não costumo chorar mais do que o normal
1 Choro mais agora do que antes
2 Atualmente choro o tempo todo
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, mesmo querendo
11. 0 Agora as coisas não me irritam mais do que antes
1 Fico chateado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2 Atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
3 Já não me irrita mais com as coisas como antes
12. 0 Não perdi o interesse nas outras coisas ou pessoas
1 Interesse-me menos do que antes pelas outras pessoas
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem quanto antes
1 Adio minhas decisões mais do que antes
2 Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões do que antes
3 Não consigo mais tomar decisão alguma
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que antes
1 Preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
3 Considero-me feio(a)

15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes
1 Preciso de mais força para começar qualquer coisa
2 Tenho que me esforçar demais para fazer qualquer coisa
3 Não consigo fazer nenhum trabalho
16. 0 Durmo tão bem quanto de costume
1 Não durmo tão bem quanto costumava
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que de costume e tenho dificuldade de voltar a dormir
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir
17. 0 Não fico mais cansado(a) como costumava
1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes
2 Sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa
3 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
18. 0 Meu apetite continua como de costume
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser
2 Meu apetite está muito pior agora
3 Não tenho mais nenhum apetite
19. 0 Não tenho perdido peso ultimamente
1 Emagreci mais de 2,5 kg
2 Emagreci mais de 5 kg
3 Emagreci mais de 7 kg
20. 0 Não tenho maiores preocupações com a minha saúde
1 Problemas físicos (dores de cabeça, estômago, prisão de ventre, etc...) me preocupam
2 Estou preocupado(a) com problemas físicos e isto me dificulta pensar em outras coisas
3 Estou muito ocupado com meus problemas físicos e isso me impede de pensar em outras coisas
21. 0 Ultimamente não tenho observado mudanças em meu interesse sexual
1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava
2 Estou bem menos interessado(a) em sexo atualmente
3 Perdi completamente o interesse sexual