

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
MEDICINA PSICOSSOMÁTICA



Órgão Oficial da Associação Brasileira de
Medicina Psicosomática

Volume 7

nº 1/2

janeiro a junho / 2003

MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

ONTEM

HOJE

AMANHÃ

7/1&2

FONTES DE REFERÊNCIA E INDEXAÇÃO:

Ulrich's Internacional Periodicals Directory
IBICT - Sumários Correntes Brasileiros
EMBASE - Excerpta Medica

ISSN 1518-7365

Esta revista foi composta e revisada eletronicamente pelos editores em Fev/07 e impressa no parque gráfico J. Luiz Vasconcelos, em Mar/07, na Rua da Conceição, 48 - Recife-PE. Ficam proibidas quaisquer cópias reprográficas sem a autorização dos detentores dos direitos autorais (Ass. Bras. de Méd. Psicossomática)

Endereço da redação: Revista da ABMP- Rua da Hora, 947
Recife - PE - CEP 52020-010

Site: www.psicossomatica.org.br - email: abmp_brasileira@yahoo.com.br.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA
PSICOSSOMÁTICA

Gestão (2006/2008)

Presidente:

Wilson Alves de Oliveira Júnior

Vice-presidentes:

Maria Helena Souza (Região Sul)
Julio de Mello Filho (Região Leste)
Roque Magno de Oliveira (Região Centro-Oeste)
Solange Lopes de Souza (Região São Paulo)
Leda Delmondes Trindade (Região Nordeste)

Diretoria Executiva:

Bernardo Mora Tréspalácios (Administrativa)
Samuel Hulak (Científica)
Patrícia Érika Marinho (Financeira)
Rosana Miranda (Secretaria-Geral)
Denizio Dantas (Divulgação e Publicidade-*interino*)

Conselho Fiscal:

Titulares: Carlos Roberto Melo (Regional Recife)
Byron E. de Oliveira (Regional Aracaju)
Livia Borges (Regional Distrito Federal)

Suplente: Nadja Lacerda (Regional João Pessoa)

Editores

Eliane Bio
Samuel Hulak

Conselho Editorial

Abram Eksterman
Avelino Luiz Rodrigues
Eugenio Paes Campos
José Carlos Riechelmann
José Roberto Siqueira Castro
Júlio de Mello Filho
Lorete Kotze
Luiz Miller de Paiva
Otelo Correa dos Santos Filho
Raimundo Pinheiro
Samuel Hulak
Wilson Alves de Oliveira Júnior

ÍNDICE

PSICOSSOMÁTICA HOJE	
Geraldo Caldeira.....	69
PSICOSSOMÁTICA ATUAL	
Samuel Hulak.....	81
PSICOSSOMÁTICA ONTEM E HOJE	
Luiz Miller de Paiva.....	89
MEDICINA PSICOSSOMÁTICA : PERSPECTIVA PARA O FUTURO	
Abram Eksterman.....	107
PSICOSSOMÁTICA AMANHÃ	
Eugenio Paes Campos.....	126
PASSADO E PRESENTE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA : REFLEXÕES.	
Júlio de Mello Filho.....	134
RESENHAS / BOOK REVIEWS.....	144
ASSINATURAS.....	147
AGENDA / AGENDA.....	148
INSTRUÇÕES AOS AUTORES.....	150

Editorial

É com alegria e muito entusiasmo que estamos retornando a publicação da Revista da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática.

Este número é, portanto, um símbolo dessa retomada e por isso, escolhemos fazê-lo com artigos encomendados a alguns dos profissionais responsáveis pela criação e história do movimento psicossomático no Brasil.

A vida feita de permanências e mudanças nos impõe transformações, fluxo e refluxo, produção e recolhimento e essa é a reflexão que nossos autores convidados fazem sobre o percurso teórico, prático e institucional da visão psicossomática. Cada um deles, “bibliografia viva” e referência para todos nós da construção de um *holding psicossomático*, onde nos alojamos e da onde partimos na busca da renovação do saber. Cada um deles, independente no seu pensar e na formulação teórica, teceram juntos o que hoje constitui o corpo da psicossomática.

Nossa responsabilidade é imensa de manter esse corpo em movimento, em renovação e apto para os desafios do amadurecimento que nos aguarda. A Revista pretende voltar a ser um estímulo para a produção e divulgação de uma linha de pesquisa na abordagem psicossomática e um dos territórios onde seja possível a troca interdisciplinar na promoção da saúde.

Eliane Bio

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

PALAVRA DO PRESIDENTE

A História nos ensina que os movimentos ideológicos ganham força a partir da notificação escrita de seus registros. Em função disso, a retomada da Revista Brasileira de Medicina Psicossomática, como uma das principais metas da gestão atual, representa o cuidado necessário e o zelo com os significantes avanços que o Movimento Psicossomático Brasileiro tem obtido nas últimas décadas. Movimento esse que vem sendo consolidado por meio de ações da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática-ABMP, no sentido do fortalecimento conceitual, buscando disseminar a idéia de atenção integral a um maior número de profissionais nas diversas áreas de atuação.

A Revista da ABMP, criada em 1987 como instrumento oficial de divulgação, tem como missão precípua a disseminação e a troca de experiência, possibilitando a publicação de artigos na área da Psicossomática e segmentos afins.

A intenção da presente edição é realizar uma análise abrangente dos 42 anos do Movimento Psicossomático Brasileiro - **passado, presente e futuro** - contando com a participação de renomados profissionais que representam afetiva e efetivamente a história do movimento no Brasil e por que não dizer na América Latina. A partir de 2007, a revista contará com circulação semestral, trazendo conteúdo temático fruto de artigos originais, revisões, resumos de teses e de monografias, além de sessões de cartas, agenda, links, e resenhas de livros e de teses.

Nesta oportunidade, agradecemos o patrocínio da Companhia Hidroelétrica do São Francisco-CHESF, na pessoa do seu diretor, Dilton da Conti, que foi sensível à proposta da Psicossomática, assim como aos editores da revista, Samuel Hulak e Eliane Rodrigues Bio, pelo inestimável trabalho realizado, inclusive com o empenho de recuperar a indexação da Revista, e aos autores, pela presteza com que atenderam ao nosso convite e pelo cuidadoso conteúdo de seus artigos.

Portanto, nossa mensagem aos associados consiste em convidá-los a participar dos próximos números, enviando sua colaboração. Esperamos e acreditamos firmemente - ter uma revista ágil, interativa e, acima de tudo, que possa atender adequadamente às necessidades da ABMP.

Wilson de Oliveira Jr.
Presidente ABMP 2006-2008

PSICOSOMÁTICA HOJE

PSYCHOSOMATIC In Our Days

GERALDO CALDEIRA *

Resumo: O autor focaliza as transformações da existência humana, na contemporaneidade, em decorrência da globalização capitalista, tendo como conseqüência uma fragmentação da família triangular nuclear, esta indispensável para a construção de adequadas instâncias psíquicas. Esta fragmentação da família acarreta um fracasso da “metáfora paterna”. Este fato impede a construção do ego-ideal, bússola para a evolução do ser humano. Junto a tudo isto, a apologia do corpo, no momento atual, principalmente pela mídia perversa, tem provocado modificações significativas das estruturas clínicas e seus sintomas correspondentes. Estão surgindo novos sintomas corporais, de difícil compreensão, seja como expressão de fenômenos históricos atípicos, seja por *depressão somatoforme*. Finalmente mostra a importância de um atendimento psicossomático, dentro de uma atuação interdisciplinar, visando uma reconstrução existencial.

Palavras-chave: Transtornos somatoformes; Psicofisiologia; Estresse psicológico.

Abstract: The author aims the transformations of human existence, nowadays, because of the capitalistic globalization, destroying the concept of the nuclear family so important for the psychological principles in the personal development. This hurts the “paternal metaphor” troubling the human being evolution principally on the building of the “ideal ego”. The altered mídia perverts and intensifies the culture of an ideal human beauty provoking new symptoms and structures very full of significations. These new corporal symptomatology, so difficult to analyze, could be diagnosed as an artificial hysterical phenomena of a somatoform depression. Finally, emphasizes the importance of the psychosomatic approach acting interdisciplinary, trying to achieve an existential reconstruction.

Keywords: Somatoform disorders; Psychophysiology; Stress psychological.

* Médico psicanalista

Ex-presidente da ABMP

Fundador e coordenador do GEPSI

Endereço para correspondência: gecaldeira@uol.com.br

PSICOSSOMÁTICA HOJE

Psychosomatic in Our Days

Geraldo Caldeira

AGRADEÇO-LHES

Eu tinha fome
E vocês fundaram um clube humanitário
Para discutir minha fome. Agradeço-lhes.

Eu estava na prisão
e vocês foram à igreja
rezar pela minha libertação.
Agradeço-lhes.

Eu estava nu
e vocês examinaram seriamente
as conseqüências de minha nudez.
Agradeço-lhes

Eu estava doente
e vocês ajoelharam
e agradeceram a Deus
o dom da saúde.
Agradeço-lhes.

Eu não tinha casa
e vocês pregaram sobre o amor de Deus.
Vocês pareciam tão piedosos,
tão perto de Deus!

Mas eu continuo com fome
continuo só, nu, doente,
prisioneiro
e tenho frio,
sem casa.

Poeta anônimo do Malawi, África,
citado por Affonso R. de Sant'Anna

Ao longo do século XX várias teorias foram feitas tentando compreender e explicar os fenômenos corporais chamados de psicossomáticos. Estas já estão em todos os livros sobre este tema. Geralmente, cada uma que surgia supunha descobrir a verdade, de certa forma, tentava tornar inadequada a anterior. Certo é que, até hoje, tais fenômenos continuam uma incógnita. Todavia, a posição tomada pelos profissionais que mais se dedicam a estudá-los e a atender os pacientes que os apresentam é muito mais conseguir-se uma postura adequada para tal, chamada de “postura psicossomática”. Esta implica em atender sempre, qualquer paciente, sob o olhar “bio-psico-histórico-social” e interdisciplinarmente, conforme mostrou o ex-Presidente da ABMP- Prof. Avelino Luiz Rodrigues - em excelente conferência, em recente Congresso Paulista de Medicina Psicossomática.

Depois das idéias de Lacan, o Fenômeno Psicossomático seria um tipo especial de gozo, em que o corpo se oferece para atender ao pedido inconsciente do Grande Outro (O), especialmente nos fenômenos dolorosos corporais. Importante citar os achados das escolas Francesas Marty, P e Cols (6) - o *Pensamento Operatório* e a escola americana - Sifneos, P (10) *Alexitimia*. Pouco se acrescentou a esses estudos.

O que está em franca transformação e influenciando diretamente na sintomatologia corporal é o modo de existir, do ser humano, na contemporaneidade.

A fragmentação e a quase dissolução de família nuclear triangular, conseqüente o significante decréscimo da chamada *“função paterna ou Nome do pai”*, está deixando o homem sem bússola, conforme afirma Jorge Forbes. Segundo este autor: “a vaca nasce sabendo que é vaca, o homem precisa de uma bússola” e esta, sabemos em Lacan, é o *Ideal de ego*, construído através da linguagem.

Ora, para se construir um Ideal de ego, é absolutamente necessário que o pai atue com função-corte, no Édipo, instituindo o registro simbólico e o recalque secundário. Este Ideal de Ego é uma das correntes do chamado Super-Ego, herdeiro do Complexo de Édipo, segundo Freud. A outra corrente é a da censura.

O que se está presenciando, nos tempo atuais, é um ser sem normas, valores e metas para construir seu rumo. Daí a afirmação de Alain Miller (1) que “o homem é um animal que perdeu o rumo”. Sem a Metáfora Paterna, indispensável para o ser humano se desenvolver construindo um aparelho psíquico suficientemente bom, o que se vê, hoje, são demonstrações de sérios inadequações na construção das instâncias psíquicas _ Ego (Eu) e Superego (Supereu). Portanto não se funda, verdadeiramente, o simbólico e nem o recalque secundário, pedra angular das neuroses. E ai, segundo

Lacan, “o que não é simbolizado aparece no real do corpo”, sob várias formas de lesões corporais.

Vive-se um momento em que, pela Globalização Capitalista, o valor do *teré* muito mais importante que o do *ser*.

Presencia-se, agora, um grande paradoxo. Nunca se viveu com possibilidades de comunicação, com todos os cantos da terra, imediatamente, vias Internet, satélites, celulares etc. Basta apertar uma tecla e se fala em qualquer parte do mundo, No entretanto, o homem nunca viveu tão egocentricamente como agora, isolado, cada um no seu canto. Os elevadores têm códigos, de forma que um vizinho não pode ir à porta do outro. Com a violência atual e a perda de códigos morais e éticos, vive-se uma época em que “todo sujeito é suspeito até prova em contrário”. Não se pode mais “bater um papo” na porta de suas residências.

A síndrome depressiva, maior flagelo do século passado, continua com a prevalência existencial.

O amor, pulsão de vida, indispensável à existência humana, pois, como diz Maturana(7) “nós somos filhos do amor”, amor este que, em sua concepção é: “a aceitação do outro como um legítimo outro da convivência”, está, cada vez mais, desaparecendo nas relações humanas. A cidadania está sendo, inexoravelmente, perdida.

Sem a pulsão amorosa, no ser e nas comunicações, vigoriza-se a pulsão de morte com sua desorganização, agressividade e destrutividade e sua nítida participação nos fenômenos patológicos corporais, como assinalarei mais à frente.

Com a fase de idealização do corpo, que passou a ser o Ideal de ego, sob o absoluto controle da Mídia Perversa, que só visa dinheiro e lucro assiste-se a um crescimento pronunciado das chamadas “*depressões somatoformes*”.

J. A. Miller, já citado, diz:

“Está havendo um processo de destotalização: A clínica que estrutura por classes, nas quais os elementos tinham um estatuto de atributo, agora, na contemporaneidade, a segurança dos atributos é precária. Há crise nas classificações. O sintoma passa a ser a unidade elementar, na clínica e a se desejar superá-lo pela medicação. Vejamos, tristemente, o que fala Cristina Drummond (2): “O Outro da contemporaneidade não é um outro do desejo mas um Outro da demanda, que se apresenta, muitas vezes, de forma insistente e imperativa. No sujeito moderno, além da falta suturada pelo objeto, também o sentido está coagulado e o sujeito se vê, cada vez mais submerso na imbecilidade”.

Importante e interessante continuar a apontar alguns pensamentos e conclusões de outros autores estudiosos do assunto. Assim, em “As

Transformações do Corpo” fala Le Breton, citado por Goldenberg (5):

“O corpo ocidental esta em plena metamorfose. O indivíduo contemporâneo busca, em seu corpo uma verdade sobre si mesmo que a sociedade não consegue mais proporcionar.

Na falta de realizar-se em sua própria essência, este indivíduo procura hoje realizar-se através de seu corpo. Ao muda-lo ele tenta transformar sua relação com o mundo, multiplicando seus personagens sociais (...). A profundidade do Eu encarna-se à flor da pele, o corpo torna-se o lugar da salvação, sendo uma forma de não ser despercebido, uma maneira de destacar na cena social”.

Acontece que a maioria das pessoas não consegue fazer esta transformação corporal e isto tem trazido conseqüências graves para muitas delas. Já se cunhou até uma nova síndrome: *“Desordem Dismórfica do Corpo (DDC).* Sobre esta, assim escreveu Rodrigues, J. C. citado por Novais (9)

“A obsessão pelas formas perfeitas e permanente insatisfação com os atributos físicos podem ser sintomas de uma doença batizada de Desordem Dismórfica do Corpo”.

Os que sofrem do distúrbio são incapazes de aceitar pequenas imperfeições e acreditam ter defeitos que na verdade são produtos da fantasia. Para eles, a presença de culotes mais avantajados, de uma manchinha no rosto ou de músculos pouco proeminentes costumam virar fonte da mais profunda angústia e vergonha. Com isto tornam-se verdadeiros viciados em exercícios ou escravos da dietas e cirurgias plásticas e procuram esconder e disfarçar, a todo custo, determinadas partes do corpo. No estado mais crítico podem desenvolver depressão, fobia social e transtornos alimentares, além de apresentar comportamento compulsivo”.

A chamada Mídia Perversa no que respeita à valorização e exploração exagerada do corpo tem sido responsável pelo aumento pronunciado de certas patologias bem como surgimento de outras. Assim, temos;

- Aumento de casos de anorexia nervosa em mulheres adolescentes;
- Idem, em Bulimia;
- Absurdo aumento de cirurgias plásticas;
- Aumento de casas de Cirurgia Bariátrica e suas inúmeras conseqüências, especialmente em pacientes não preparadas adequadamente;
- Aparecimento da “Desordem Dismórfica do corpo”;
- Sentimentos de auto-estima baixa, por não corresponder às expectativas e conseqüente depressão reativa, somatoforme (ou não).
- Aumento das síndromes hipocondríacas, especialmente na terceira idade.

- Contribuição ao aumento do consumo de drogas e alcoolismo.

Estamos vendo hoje, com freqüência, fenômenos no corpo, em personalidades histéricas, mas não sob as formas de conversão clássica, portanto não interpretáveis “a la freudiana”. É o resultado do desmanche do Édipo clássico. O homem edipiano, de Freud, está desaparecendo. Há que buscar e se esperar novas teorias psíquicas para a constituição e compreensão do ser humano. Sua trajetória atual está plena de fenômenos corporais, em que o corpo é o Teatro de seus conflitos, como assinala Mc Dougall (8).

Sabe-se que a conversão se inscreve no corpo simbólico, decifrável pela linguagem. Esta forma de se expressar, nas histéricas, cada vez diminui mais e, em contrapartida, os fenômenos do corpo, afetados pela linguagem se multiplicam confundindo os profissionais da área e os clínicos. A conversão histérica é “um modo complexo de resposta de sujeito face a um resto intraduzível do sexual, em conexão com uma representação e um afeto. A defesa, via recusa, tenta transpor e fixar esse resto no corpo sob forma figurada. Todo órgão de sentido tem uma dupla função, a de manutenção da vida e a de função erógena, o órgão serve às pulsões do eu e às pulsões sexuais. Quanto mais a erotização do órgão é recalcada, mais a sua atividade pulsional se desenvolve no inconsciente. Há um gozo no órgão. Tais sintomas, chamados por Freud de neuróticos, são desconhecidos por não serem diretamente acessíveis à análise e os clínicos, por sua vez, se enganam ao menosprezarem o sentido sexual de tais sintomas.”

Para que ocorra esta exacerbação erógena do órgão tem que haver certas condições anteriores que Freud (4) chamou de “complacência somática”. O profissional que atende a estes pacientes precisa tentar libertá-los deste gozo do órgão, ainda que lhe empreste um significante para que saia da cadeia 'holofraseada' dos significantes e possa deslizar em seu discurso.

A situação atual, com pouco amor e menos recalque e muita agressividade e atuações do ser humano, faz ressurgir uma teoria do Inconsciente, de Dejours (3), denominada por este autor de “*Terceira Tópica*”. Nesta teoria Dejour diz existir dois inconscientes. Um, inicial, que ele chama de *Inconsciente Primário*, sede das pulsões agressivas, inatas (seria a pulsão de morte de Freud e Lacan). O outro inconsciente é o *Inconsciente Secundário* ou Incs, Recalcado, efeito do recalque secundário, por ocasião do Édipo. Os dois seriam separados por uma espécie de balança, de forma que um e outro podem se ampliar ou diminuir ao longo da existência.

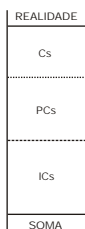


FIG. 1

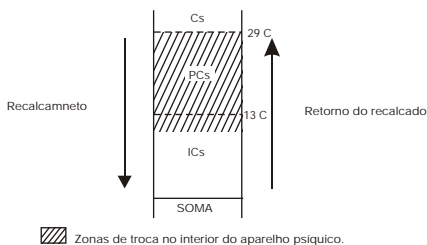


FIG. 2

A clivagem em estado de equilíbrio representar-se-ia, portanto, assim:

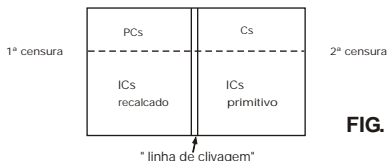


FIG. 3

Conforme a predominância de um destes, os sintomas, comportamento do indivíduo, suas defesas psíquicas e as expressões sintomáticas, quando não se consegue controlar o conflito, serão bem diferentes. A característica fundamental de cada um é que, ao se expressar o Incs. Secundário este se faz pelos sintomas neuróticos clássicos ou da forma já assinalada para os tempos atuais. Já o Incs. Primário se expressa principalmente em atuações, com uma agressividade acentuada e sintomas de perversão, psicóticos e psicossomáticos.

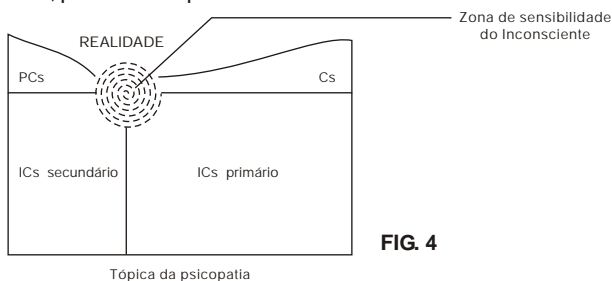


FIG. 4

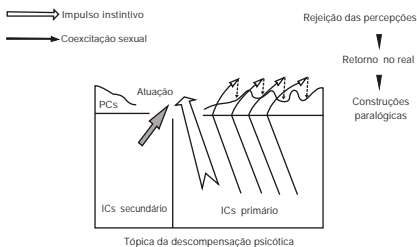


FIG. 6

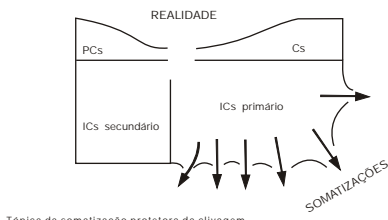
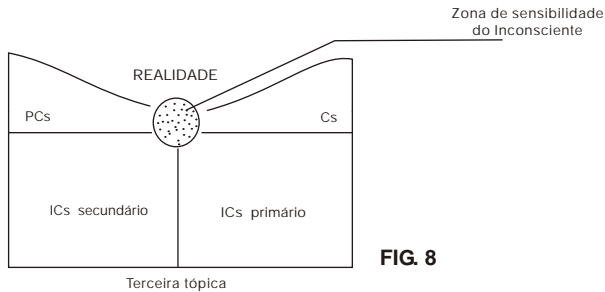


FIG. 7

O que nos interessa sobremaneira é que, em muitos indivíduos, a explosão não se exterioriza, mas lesa o corpo acarretando o surgimento de fenômenos corporais sérios e mesmo mortais. Todos os dois inconscientes têm um ponto sensível que o autor chamou de *zona de sensibilidade*.



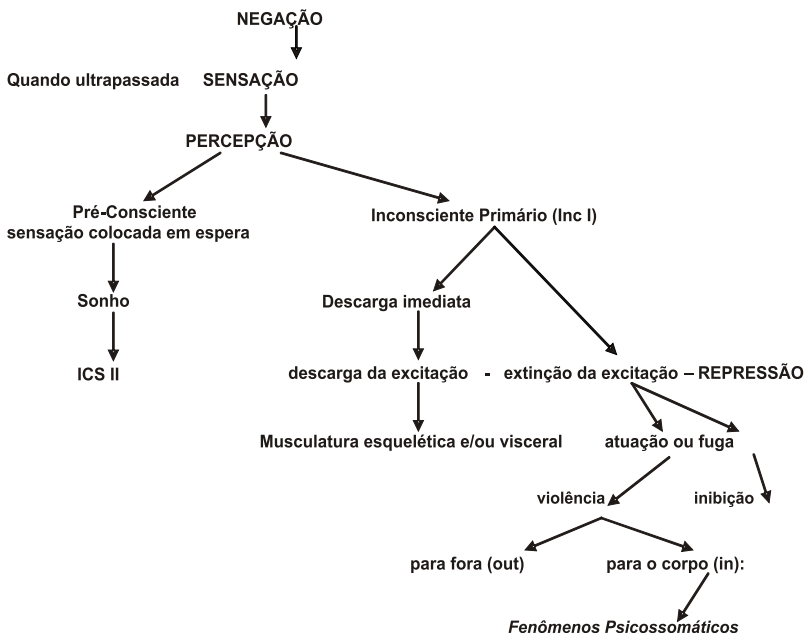
Esta é acionada pelo encontro com o outro, na vivência diária. A partir disto uma série de fenômenos vão acontecer. Certo é que quanto mais primitivo for o paciente, sem a construção de um Édipo suficiente, mais vai predominar o Incs, primário com a agressividade inata do mesmo e suas conseqüências. A clínica mostra um progressivo aumento deste fenômeno. Dejours observou também que, nestes pacientes há uma presença evidente do chamado *pensamento operatório*. Segue-se uma síntese dos fenômenos descritos nesta teoria e sua ilustração.

MECANISMOS DE DEFESA USADOS PELOS PACIENTES QUANDO O ENCONTRO COM A REALIDADE ULTRAPASSA A BARREIRA DE NEGAÇÃO E ATINGE A ZONA DE SENSIBILIDADE DO INCONSCIENTE:

- "O neurótico coloca *em latência* a percepção e os pensamentos nascidos dessa percepção para recalá-los posteriormente graças ao sonho;
- o psicótico opõe à percepção uma *rejeição* para fora da tópica;
- o psicopata ataca a realidade graças à *atuação violenta*;
- o caracteropata opõe-se à sensação recorrendo à *repressão* ".

DINÂMICA DOS FENÔMENOS DA TERCEIRA TÓPICA

Zona de Sensibilidade – Mecanismo de defesas:



Outro autor, que tem presença nos tempos atuais, pelas razões já abordadas à respeito da sintomatologias dos pacientes histéricos é Valabrega (11). Este autor chamou de conversão psicossomática alguns fenômenos corporais, em estruturas histéricas, que lesam o corpo real e não só o corpo simbólico, como é clássico nestes casos. Esta idéia nunca foi muito divulgada porque sua defesa teórica não ficou muito precisa e mesmo confusa. Todavia, nos tempos atuais temos visto casos em que há lesão de corpo real e a estrutura do paciente é eminentemente histérica. Vou citar um caso clínico em que esta hipótese tem plena confirmação.

Trata-se de uma jovem, solteira, 30 anos de idade, bem magra, cujo sintoma que motivou a procura psicoterápica foi uma insônia crônica, rebelde aos tratamentos clássicos, até este momento. Era a única solteira, de 06 irmãos, nunca teve namorado e tinha a missão de cuidar de seu pai, diabético. Em seus dados, o que primeiro me chamou a atenção foi ela ter um nome de um astro que só brilha a noite e este nome ter sido escolhido pelo pai, ao se dirigir ao quintal de sua casa, logo após seu nascimento, olhar par o céu e ver o brilho do mesmo. É claro que um significativo só - O Nome Próprio, não quer dizer tudo, mas, ao longo das entrevistas e sessões outros

significantes a ligavam diretamente à figura paterna, num aprisionamento edípico. A hipótese ligando o nome à insônia, já que ela precisava brilhar à noite, para não decepcionar o pai, assumindo literalmente as duas coisas, nome e astro noturno, foi recebido com cautelas, por ela, mas começou logo a fazer efeito e, um mês após, a insônia desapareceu. Todavia tem que considerar que ela apresentava outros sintomas depressivos e foi medicada com antidepressivo tricíclico. Certa vez, e aí está o quadro de conversão psicossomática, ela chega à sessão com uma erupção cutânea, bem evidente, mas só da cintura para cima. Este fato me chamou a atenção e ela informava que a erupção apareceu após tomar uma injeção intramuscular de RubraNova(Vitamina B12) . A minha experiência clínica nunca havia visto alergia à Vit. B12 pura. Este fato associado ao já assinalado, de uma erupção só da cintura para cima, poupando a genitália e coxas, autorizou-me a procurar uma leitura pelos significantes inconscientes, a partir de seu discurso. A Rubranova é uma injeção de conteúdo a vermelhado, além do nome Rubra e ela os associou a sangue (menstrual, entre outros.) Agora, o mais evidente: o nome RubraNova ela associou ao nome RubraRosa, que era uma personagem de novela da Globo que estava no ar(Suzana Vieira) e que fazia, na mesma, o papel de uma amante do Prefeito da cidade(José Wilker). Ficou claro a identificação que ela fez com esta personagem, que vivia um romance triangular proibido. Ao fazermos, nós dois, a leitura dos fatos, o que é absolutamente possível na conversão histórica, os fenômenos físicos desapareceram em 05, dias sem nenhuma medicação. Como se sabe toda conversão histórica traz o desejo e a censura juntos e aparece numa formação de compromisso, retorno do recalçado. O que chama atenção neste caso e daí a sua nomeação de conversão psicossomática é que, na conversão pura, não há nenhuma lesão no corpo real e, neste caso tinha as erupções bem salientes na pele. Certamente, casos como este estão freqüentes na contemporaneidade e precisamos estar alerta para percebê-los.

O que estão a nos desafiar todas estas situações no momento atual?

Ao atendermos os pacientes devemos ter em mente:

- nunca se precisou tanto de se fazer laços sociais, como agora;
- nunca se precisou tanto de se resgatar a cidadania;
- o nosso saber, à respeito do ser humano e sua inserção social está, cada vez mais, suposto-saber.

Cabe ao profissional da saúde tentar resgatar o ser humano, construindo um campo dinâmico, na relação Profissional-Paciente, para um *verdadeiro encontro*, tendo sempre em mente o que afirmou o saudoso Prof. Heládio Capisano: “Todo atendimento tem que visar uma *reconstrução existencial*”.

CONCLUSÃO:

O autor focaliza as transformações da existência humana, na contemporaneidade, em decorrência da Globalização Capitalista, tendo, como conseqüência uma fragmentação da Família Triangular Nuclear, esta indispensável para a construção de adequadas Instâncias Psíquicas. Esta fragmentação da Família acarreta um fracasso da lei, “*Metáfora Paterna*” ou “*Nome do Pai*”. Este fato impede a construção do Ego-Ideal, bússola para a evolução do ser humano.

Junto a tudo isto, a apologia do corpo, no momento atual, principalmente pela Mídia Perversa, tem provocado modificações significativas da estrutura clínicas e seus sintomas correspondentes. Não se vê, como anteriormente, os sintomas clássicos. Estão surgindo novos sintomas corporais, de difícil compreensão, seja como expressão de fenômenos históricos atípicos, seja por *depressão somatoforme*, Finalmente mostra a importância de um atendimento Psicossomático, na Interdisciplinaridade e visando uma reconstrução existencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 Miller, J. Alain. Elementos de Biologia Lacaniana. in Curinga. Ed. Escola Brasileira de Psicanálise, 2001, Belo Horizonte. M.G.
- 2 - Drummond, C. Novos Sintomas - Angústia de Sempre. In Curinga. Ed. Escola Brás. De Psicanálise, 2005. Belo Horizonte. M.G.
- 3 - Dejours, C. O Corpo Entre a Biologia e a Psicanálise. Ed. Artes Médicas, 1988. Porto Alegre. RGS.
- 4 - Freud, S. Estudos sobre Histeria. Ed. Standard Brasileira, Imago, 1974. Rio Janeiro.
- 5 - Goldenberg, M. Nu & Vestido. Ed. Record, 2002. Rio de Janeiro.
- 6 - Marty, P. e Muzam, M. El pensamiento operatório. Revista de Psicoanalysis. Ass. Psicoanalítica Argentina. Vol.40, 1983. Buenos Aires.
- 7 - Maturana, H. Emoções e Linguagem, na educação e na Política. Ed. UFMG. 1988. Belo Horizonte.
- 8 - Mc Dougall, J. Teatros do Corpo - O Psicossoma em Psicanálise. Ed. Martins Fontes, 1991. São Paulo.
- 9 - Novaes, A. O Homem Máquina. A Ciência Manipula o Corpo. Ed. Companhia das Letras, 2003. São Paulo
- 10 - Sifneos, P.E. The prevalence of alexthymic characterists in Psychosomatics Patients. In Psychotherapy and Psychosomatics, Vol 22, 1973.
- 11 - VALABREGA, JP. Phantasme, Mythe, Corp set Sens. Ed. Payot, 1980. Paris

FONTE DAS IMAGENS

Todas as imagens foram tiradas do texto - Dejours, C. O Corpo Entre a Biologia e a Psicanálise. Ed. Artes Médicas, 1988. Porto Alegre. RGS.

PSICOSSOMÁTICA ATUAL

Psychosomatic Today

SAMUEL HULAK *

Resumo: Neste artigo o autor distingue conceitos entre psicossomática e medicina psicossomática e antes de situá-los na atualidade faz um panorama histórico sobre idéias humanísticas e finaliza por discorrer a respeito dos espaços, funções e características da psicossomática atual como uma disciplina em busca de uma saúde justa,humana e igualitária.

Palavras chave: Medicina Psicossomática; Humanização da assistência; Humanismo.

Abstract: In this paper the author makes a distinction between psychosomatic and psychosomatic medicine and before concluding with the actual space,field and roles of this matter,discribes an historical review of humanistrique ideollogy.

Keywords: Psychosomatic Medicine; Humanism;Health care.

*Psiquiatra,Psicoterapeuta

Ex-presidente da ABMP.

Endereço para correspondência : samhulak@smart.net.br

PSICOSSOMÁTICA ATUAL

Psychosomatic Today

Samuel Hulak

Costumo enfatizar uma distinção que considero indispensável entre a Medicina Psicossomática e a Psicossomática propriamente dita; enquanto a Medicina Psicossomática diz respeito ao conjunto de ações voltadas para o atendimento de pacientes (semiologia, propedêutica, terapêutica e didática), a segunda tem como pertinência e território o ideário, a filosofia, a humanística da Psicossomática e sua história e campo.

Esta distinção torna-se importante para caracterizar estas psicossomáticas nos dias atuais; a psicossomática hoje.

Considerando que o hoje é um vagão atrelado na locomotiva da História e não pode ser compreendido desinserido deste processo, me permitirei a algumas observações preliminares.

Apesar de o Humanismo ser considerado como corrente de pensamento surgido na Renascença como contrapartida ao despotismo feudal, alguns lampejos humanísticos foram precedentes. Depois que o Homem abandonou a vida tribal e nômade e entre o paleolítico e o neolítico se expandiu pelo mundo passou a uma fase rudimentar industrial e agropecuária; inventou a roda, domesticou animais, teceu roupas, criou a cerâmica, confeccionou instrumentos, habitações e utensílios. Passou também a trocar sua produção com as primitivas comunidades vizinhas, desenvolvendo a escrita e a numeração que marcava seus produtos. Entre a pedra polida e a idade dos metais o Homem construiu a religião e a organização social. Construiu deuses e crenças às quais dedicou os templos, túmulos, dolmens e menires que sobreviveram até nós; também criou as guerras pelas conquistas de territórios, e das novas necessidades que brotaram, precisou constituir um Estado teocrático com um rei divinizado capaz de elaborar códigos de leis que regulassem e contivessem nações que evoluíram das hordas, clãs e tribos.

Dos sinais aos símbolos, da necessidade de criar marcas identificatórias às redações de leis regulamentadoras, o Homem pariu a mais nobre de suas filhas : a escrita. Com a escrita o pensamento organizou-se em idéias que puderam ser transmitidas e fixadas gerando o acúmulo da ciência, o crescimento da literatura e uma nova ordem que organizava o Estado através da ética, da lei e da ordem. Na Antigüidade pré-clássica surgem na China, na Índia, na Babilônia e no Egito idéias parecidas. O

maniqueísmo, os outros dualismos, a busca da homeostase para a obtenção dos equilíbrios indivíduo-coletividade-natureza, inspiraram o yin-yang e o código de Huang-Ti entre os chineses, o código de Hamurabi entre os babilônios, os preceitos de Susruta na Índia, os hinos védicos e a luta entre Ormuz e Hariman inspiradora do Venidad. Este legado, difundido pelas conquistas de Dário o conquistador por todo o oriente médio, permite, pela ponte do Egito, a herança grega que séculos depois construiria o berço da nossa civilização.

No alvorecer da antiguidade clássica há 500 anos aC, o grego e primeiro sofista Protágoras, lança o primeiro grito humanista afirmando que “*O homem é a medida de todas as coisas...*”

O pensamento grego libertando-se das influências dos vedas, dos persas, dos povos da mesopotâmia e dos egípcios foi desenvolvendo as bases do humanismo. Tementes aos deuses, mas não dependentes da religião e não reprimidos pelo Estado, mergulharam nas especulações cosmológicas, nas concepções sobre o physis até esbarrar na pessoa do homem, no seu corpo e alma, como intermediário entre o mundo externo e o interno do indivíduo, e na necessidade de se conhecer a si mesmo. Assim surgiram Empédocles (o bisavô da psicossomática e da psicanálise), Alcmenon, Tales, Demócrito, Pitágoras, Parmênides, Anaxímenes, Heráclito, Xenófanes, Platão, Sócrates e Aristóteles.

Apesar de um importante período greco-romano, a queda do império, as invasões dos então chamados bárbaros, as terríveis epidemias que assolaram a Europa, geraram o colapso das instituições, a desagregação social, a violência, a insegurança e o medo. Este clima tornou propícia a volta ao misticismo, a demonologia e a busca desesperada pelo colo que abrigasse e consolasse os sofredores; tornou oportuno o aparecimento de outro poder que substituísse o espaço vago deixado pelo Estado enfraquecido. Assim surgiram irmanados o poder da Igreja e a Idade Média. A deificação do pensamento desvalorizava a pessoa para submetê-la à exploração feudal e a escolástica submergia o humanismo nas trevas.

Convencionou-se atribuir à Idade Média uma Era de dez séculos; da baixa à alta Idade Média ao alvorecer da Renascença. Nem o mundo foi tão luzente quanto alguns revisionistas querem, mas, não o foi tão negro quanto sempre se apregou. Na escuridão, brilharam algumas luzes humanistas, independentes do oásis que árabes e judeus, especialmente os da hégira, regaram por não estarem presos ao medo do inferno dos cristãos. São Tomás de Aquino, Santo Agostinho (avô da psicanálise) ao lado de Razas, Avicena e Maimonides, cada qual ao seu tempo, iluminaram as trevas com luzes acesas até hoje. Já na vizinhança da Renascença, Paracelso, Agripa e o socialista Vives, prenunciavam o emergir do humanismo em uma Europa

pré-capitalista e cercada de contradições. O desenvolvimento dos burgos com a divisão do trabalho entre o campo e a cidade, as revoltas de camponeses contra os senhores feudais falidos, o dinheiro como novo valor de troca, a disputa pelo poder entre a Igreja e os monarcas, o surgimento de igrejas dissidentes, o sentimento de nacionalidade decorrente de novas nações recém fundadas e as epidemias, forraram a metralha para a construção do Renascimento.

O pêndulo da História se move pelas contradições entre o misticismo, o cientificismo e o humanismo que quando não atendem os anseios das pessoas ora convivem em confusa permanência ora se obstaculam. A transição entre a Idade Média e a Renascença foi talvez o período histórico onde estas três instâncias mais se contrapuseram. O regresso dos Cruzados trouxe idéias e costumes novos; as estradas de retorno do oriente abrigaram estalagens, feiras e saltimbancos; as feiras apressaram a construção de burgos onde circulava o dinheiro e a usura que golpeava os preceitos da Igreja. As associações burguesas e as leis criadas pelas cidades também se aliavam aos trovadores e saltimbancos que criticavam a nobreza e a religião, divulgando a corrupção reinante. A reação da Igreja com a instituição da Inquisição atrapalhou, mas não impediu que a ciência se apartasse da fé e que as vozes do humanismo cochichassem entre o ruído do misticismo.

Descartes, Hobbes, Locke, Bacon, Ernst Stahl os geniais Spinoza e Galileu ao lado dos poetas e filósofos sempre eles Dante, Petrarca, Shakespeare, Cervantes, Thomas Morus, Erasmo, e os artistas Da Vinci, Boticelli, Rafael, Miguelangelo, Rembrandt entre tantos outros, resgataram a configuração do humano através do pensamento, do comportamento e até da imagem corporal do homem re-nato. O corpo já não mais era só do senhor-patrão e a alma não só era de Deus e a busca da felicidade era um direito com menos culpa; restava ao indivíduo algum direito de uso. A psicossomática dos gregos foi retomada pelas concepções psicobiológicas de Sthal e pela psicodinâmica de Baruch Spinoza que intuiu o inconsciente, alguns mecanismos de defesa, a ambivalência e elaborou uma rudimentar teoria da personalidade.

A História não transcorre na linearidade; ela brinca nos vais-vens das volutas dos caracóis dos tempos. As Eras nem acabam nem começam; se encantam. Cada momento é construído pelo homem, sujeito e objeto deste processo e pelas circunstâncias. A própria Gaia cria os fatos necessários para alimentar seu apetite. Dividimos a História em Eras para tentar facilitar o seu estudo. Assim foi no século atribuído à Renascença. Gaia precisou dar à luz a maior concentração de gênios até hoje vista em uma mesma época. Com a grande quantidade de informação produzida na Renascença, os séculos XVII e XVIII precisaram colecionar, classificar, compreender e

ensinar este manancial.

O Racionalismo incisivo que iria alicerçar o Cientificismo seguinte, afetou o humanismo psicossomático. As ciências exatas foram valorizadas ao exagero e a experimentação científica multiplicou a produção de informação. Surgiram a eletricidade, a física nuclear, a embriologia, a fisiologia e a neurologia que desmembrou a pessoa procurando decifrar seu mistério na desconstrução. Lavoisier sistematizava a química enquanto Lineu classificava o Reino Animal e Vegetal e Gall mapeava o cérebro para tentar compreender a mente. Com a ciência conviviam o misticismo e a ilusão vendida como bálsamo contra a miséria. A burguesia sofria com a opressão do Despotismo e a literatura combatia a repressão com idéias libertárias. A revisão da loucura feita na humanização dos hospícios da Espanha moura inspirou Pinel; os grilhões libertos na Salpêtrière foram parentes próximos dos da Bastilha.

O “Laissez Faire” da época construía a permissividade que via florescer a ciência e o mesmerismo. Os protestos da classe média empobrecida pelos impostos que sustentavam os déspotas explodiram golpeando a Inglaterra e a França; as revoluções americana e francesa iam contaminar o mundo e redignificar o Homem. Mas, a burguesia criou o lucro e Adam Smith; surgia o capitalismo.

A frugalidade e a poupança marcaram a moral do século XIX. A melhoria dos meios de transporte e comunicação, das técnicas agrícolas e da produção de riquezas em geral, os avanços da medicina e as melhores condições da vida urbana, permitiu maior sobrevivência; entretanto a revolução industrial coexistia com o protesto do proletariado estimulado pelos pensamentos iluministas e libertários. Do socialismo decorre o manifesto comunista de 1848. Lado a lado, a Europa combatida abrigava a luta pelos direitos humanos por uma nova ética humanista e pela banalização. Este clima favoreceu o Romantismo que marcou a primeira metade daquele século e influenciou na introversão; desinteressado para fora, o homem voltou a se interessar para dentro de si. A psicologização “da literatura e das artes se alia ao trabalho científico de Esquirol, Falret e Johan Christian Reil. Em 1818, Heinroth cunha a palavra “psico-somática” (com hífen) e desenvolve trabalhos sobre a saúde como um todo e de como as emoções podem gerar doenças; na continuidade de sua obra cunha, em 1828, o termo “somato-psíquico”. Contemporâneos de Heinroth, Heindorf, Gross e Benecke também contribuem para uma visão psicodinâmica da saúde e a psicoterapia proposta por Reil recebe contribuições teóricas importantes e Moreau De Tours afirma que a interpretação dos sonhos era o caminho para a compreensão das neuroses. O homem europeu atingido pelas tensões da época, apresentava patologias não classificadas como psicoses, gerava

absenteísmos no trabalho, apresentava índices alarmantes de suicídios. Tornou-se necessário cuidar desta demanda que incomodava economicamente e ao lado das idéias românticas criou um espaço de tolerância com os neuróticos.

A segunda metade do século XIX viu a ciência abandonar o Romantismo. O microscópio virou a lente de observação para o microcosmo celular (Scheiden-Schwann) e os exacerbos científicos decorrentes das contribuições de Virchow, Lamarck, Pasteur e Erlich, entre outros importantes cientistas da época, empurraram o humanismo para a filosofia e a literatura, tendo como nomes mais representativos, Schopenhauer, Nietzsche, Spencer, Ibsen, Maupassant, Stendahl, Flaubert e Balzac. Mas, nas últimas décadas daquele século a ciência apronta uma revolução contra o cientificismo; Despontaram as concepções e práticas, na Salpêtrière, de Jean Martin Charcot que contribuiriam para o surgimento das idéias que iriam marcar profundamente os séculos XX e XXI, criando um novo humanismo. As idéias de Sigmund Shlomo Freud.

O século XIX caracterizou-se por contradições marcantes. Ao lado da luta pela justiça social, imperou uma onda colonialista; a Ásia e a África foram invadidas; a queda do império napoleônico com o fortalecimento do império austro-húngaro criava conflitos com a Rússia pelo domínio dos Bálcãs; a França e a Alemanha estavam em guerra e a Inglaterra tentava manter seu domínio colonialista. A espionagem e o terrorismo provocavam um clima de desconfiança e repressão; a incerteza e o sofrimento geraram um homem passional e desesperançado. O Romantismo da primeira metade daquele século valorizou o indivíduo e sua liberdade de opinião e o seu direito de escolher seus próprios caminhos e seu direito de buscar a felicidade: a psicologia desligava-se da filosofia e o comportamento neurótico passou a ser aceito como doença. A progressiva industrialização exigia que as doenças que limitavam a produção fossem combatidas. O cientificismo característico da segunda metade do século XIX produziu não só conhecimentos mas também promoveu o incremento pela busca da verdade, da autocrítica e do predomínio da razão, ainda que coniventes com o ceticismo pessimista de uma Europa depressiva. A necessidade expansionista do colonialismo europeu buscava matéria prima e mão de obra barata para alimentar a industrialização crescente e o capitalismo selvagem.

O abalo do império Austro-Húngaro e a humilhação da França pela Alemanha de Bismarck, cozinham a primeira guerra mundial que seria deflagrada no século seguinte (1914/1918) e deixava resíduos para a segunda guerra mundial.

Novamente Gaia pariria o homem certo para o tempo certo.

O ciclo vital de Freud (1856/1939) compreendeu as contradições entre Romantismo e Cientificismo, viveu a tolerância e o reconhecimento da neurose e a demanda da sociedade para se ter um caminho terapêutico para ela; viveu ainda o período de duas guerras e a “cientificização” da psicologia. Embebido na ética humanística judaica, asilado em uma Viena hostil, Freud foi se preparando para sua missão: seu interesse pela literatura, história, antropologia e mitologia, aliado a um ceticismo agnóstico permitiu que estudasse as religiões sem a contaminação da fé e sem perder o espírito científico da época; deste cadinho de história pessoal e de história de seu tempo, construiu a psicanálise e um novo humanismo, o psicanalítico, que alinhado ao laico e ao religioso iria influenciar irremediavelmente os novos tempos.

Opunha-se ao declínio europeu o fortalecimento dos Estados Unidos da América; levava migrações iam “fazer a América” onde era mitificado o sonho de se obter a paz, a prosperidade e a liberdade. O desastre econômico europeu estimulou o surgimento do fascismo e do nazismo; em 1934 Hitler assume o poder e a segunda guerra eclode em 1939. Mais uma vez a História socorre a psicanálise que migra para a Inglaterra e para a América garantindo sua sobrevivência e expansão. Apesar da psicossomática não ter sido alvo de maior preocupação para Freud, Georg Groddeck foi o pioneiro de uma psicossomática desvinculada da psicanálise; contemporaneamente, Ferenczi e posteriormente seus discípulos Franz Alexander e Michael Balint foram decisivos para a construção das bases teóricas e técnicas da medicina psicossomática moderna. Também foram importantes as contribuições de Felix Deutsch, e Helen Deutsch. Nos Estados Unidos, a escola de Chicago (Alexander) a de Nova York (Dunbar) e a de Boston (Sifneos e Nemiah), foram consolidando a medicina psicossomática no pós-guerra (fins de 1950, início de 1960) através da Associação Americana de Medicina Psicossomática e do International College of Psychosomatic Medicine (ICPM), na Europa. Também a França vem contribuindo com uma das escolas mais ricas, produtivas e criativas e de grande influência atual, a escola psicossomática de Paris, fundada por Pierre Marty.

Dos gregos aos dias de hoje a psicossomática abrigou quatro correntes: a psicodinâmica, a biológica, a culturalista e a holística. A herança moderna de Selye, Cannon, Pavlov, Harold Wolf e dos atuais Lenardt Levi e Lipowsky são seguidores dos humores e da homeostase grega. A escola psicobiológica derivada das idéias de Adolf Meyer influenciou Helen Flanders Dunbar, dissidente de Alexander, que se dedicou ao campo psicossocial e ao estudo de tipos de personalidade. Sullivan, Fritz Pearls, e Erich Fromm, também contribuíram para uma corrente culturalista, porém,

com menor repercussão na psicossomática. A tendência holística divide-se entre as influências místicas e alternativas e a visão mais seguida de uma medicina global, integradora e interdisciplinar, revalorizando o papel de coordenação da psicossomática nas equipes de saúde e na comunidade. Aos poucos a psicossomática marcha para configurar sua própria territorialidade; a psicossomática holística não só é transmissora de humanismo, mas, um agente de transformação social.

Apesar da psicossomática no Brasil ter se iniciado nos anos cinqüenta, ela só se institucionalizaria a partir de 1965 com a fundação da ABMP e só se nacionalizaria federativamente a partir dos anos oitenta: funcionando ininterruptamente vem, nossa associação, domiciliando as várias tendências psicossomáticas e amadurecendo a elaboração de identidade e território de pertinência na busca da caracterização de sua especificidade.

No início deste artigo distingui a *psicossomática* da *medicina psicossomática*, conceituando esta última como *a prática de atendimento de pacientes sob a ótica do ideário da psicossomática, visando a atenção da pessoa como um ser integral e integrado biológica, social, cultural, psicológica e espiritualmente, na sua história, seu meio e na sua época*. A medicina psicossomática de hoje se caracteriza em estabelecer sua aplicabilidade através dos seguintes aspectos:

1- seu desempenho no atendimento de pacientes sob a visão da humanística psicossomática. Este desempenho implica na utilização de métodos diagnósticos e terapêuticos compatíveis com a compreensão holística do indivíduo e envolve a abordagem de pacientes somatizados infensos a outros meios terapêuticos.

2 - seu papel nos movimentos de humanização das práticas de saúde. Pessoalmente, sou crítico ao uso do termo humanização do que já é humano; apesar de surpreso e cético poderia suportar expressões como “humanização da veterinária” ou “antopoidização da robótica”; ressalvas vernaculares a parte, pela própria natureza de seu ideário tem a medicina psicossomática uma obrigação até lideradora com a humanização da saúde. Faço, entretanto, outra ressalva; não caímos na armadilha de que os profissionais da saúde se “humanizando” e a Saúde se “humanizando”, os problemas do mundo estarão a salvo. Trata-se de uma forma de deslocar e situar o problema real. Quem tem que se humanizar é a nossa civilização.

3 - sua função didática. A medicina psicossomática tem deveres no desempenho na formação de profissionais da área da saúde; a psicologia médica, braço didático da psicossomática, deveria ser disciplina obrigatória na área da saúde e acompanhar desde o início a formação destes profissionais. A base da medicina psicossomática é a relação

terapeuta/paciente e o preparo de profissionais com boa prática desta relação é um compromisso indispensável.

4 - seu comprometer-se com a prevenção. A preocupação com a saúde da relação diádica primitiva, com o desenvolvimento do infante, com a saúde da família e com a atuação na comunidade, sempre foram bandeiras desfraldadas pela psicossomática há muitos anos antes mesmo de que se tornassem modelos e discursos mais recentemente manifestos.

5 - seu papel de coordenação das equipes interdisciplinares. Ninguém melhor que o psicossomatista para desempenhar este papel, por ser um profissional que sempre e talvez antes de outros, comprometeu-se com a visão integradora do atendimento de pacientes. Neste desempenho ressalto que a medicina psicossomática foi pioneira na humanização dos hospitais, na criação dos serviços de interconsulta e nos suportes de atendimento da equipe com grupos Balint e outros grupos de reflexão.

6 - seu compromisso com a pesquisa. Com a marcha da medicina psicossomática para consolidação da sua especificidade, dispondo de arsenal diagnóstico peculiar (anamnese psicossomática e testes próprios); com a eleição de técnicas terapêuticas adaptadas; com o campo aberto pelo avanço da neurociência; com a psicossomática sendo possível e passível de ser ensinada e treinada (proliferam cursos sobre esta matéria); com patologias que são “um pouco mais psicossomáticas” (apesar de todas as doenças serem psicossomáticas), urge que se estimule cada vez mais as pesquisas para o robustecimento de nossa identidade que se viu ameaçada pela ocupação de um território que foi loteado .

A medicina psicossomática hoje deixou de ser apenas uma bela idéia, uma desejável abordagem ou um utópico destino para as práticas da saúde, para ocupar um espaço próprio que, configurado, possa se irmanar às outras disciplinas na busca de uma saúde justa, humana e igualitária.

Referências Bibliográficas

- Alexander, FG; Selesnick, S. História da Psiquiatria, IBRASA-SP. 1968
Caïn, Jacques. O Campo Psicossomático, Bertrand Brasil-SP. 1996
Caldeira, G; Martins, JD. Psicossomática-Teoria e Prática, 2ªed., Medsi-RJ. 2001
Gay, P. Freud-Uma vida para o nosso tempo, Companhia Das Letras, SP. 1988
Mello Fº, J. Psicossomática Hoje, Artes Médicas-P. Alegre. 1992
Mueller, FL. História da Psicologia, Comp.Ed.Nacional-SP. 1978
Paiva, LM. Psychosomatic Psychiatry(vol.I, vol.II), Garatuja-SP.1990
Penna, AG. História Das Idéias Psicológicas, Zahar Ed. -RJ. 1991
Zilboorg, G. A History Of Medical Psychology, W.W Norton-NYC, USA

PSICOSSOMÁTICA ONTEM E HOJE

PSYCHOSOMATIC YESTERDAY AND NOW

Miller de Paiva; 1 **L Paiva;**2

A. Nogueira Silva;3

Resumo: O autor discute que a história da Medicina Psicossomática, se origina nos eventos de cura religiosos e místicos que não tinham explicação científica, até os trabalhos de Freud sobre o Inconsciente, evoluindo para as pesquisas da bioquímica, da psiconeuroimunologia e da psiquiatria. Neste trabalho, apresenta os mecanismos da psicopatologia das obsessões e sua relação com a estrutura anatômica cerebral e a etiopatogenia das personalidades obsessivas, para demonstrar como visão integradora dos aspectos orgânicos.

Palavras-chave: Neurociências; comportamento obsessivo; medicina psicossomática.

Abstract: Accordingly with the author the Psychosomatic Medicine history has its origin on the olds religious and mystical healing events; but, only after the discovery of Psychoanalysis, modern Neuroscience, recent Psychiatric studies, Biochemical and Neuroimmunological research, we are able to understand the psychosomatic healing process. The author also presents the psychopathological mechanisms and causes of the obsessive behaviour and its relation with the brain anatomy and the psychological aspects of obsessive personalities and finally emphasizes how important is the neurosciences principles for a modern psychosomatic

Keywords: Neurosciences; obsessive behavior; psychosomatic medicine;

PSICOSSOMÁTICA ONTEM E HOJE

Psychosomatics Yesterday and Nowadays

**Profs. Drs. Miller Paiva, L. e Paiva, Nogueira Silva A.
(Patologia Geral, Sistêmica, Forense e Bioética. UNIFESP.)**

Palavras-chave: Neurociências; poda das sinapses; personalidade obsessiva.

A Medicina Psicossomática tem uma longa e complexa história. Ela iniciou com a medicina combinada aos cerimoniais religiosos da pré-história, código de Hamurabi, papiros egípcios, Torah, Talmud (literatura haggádica e a cura pela oração do rabino Hamina Bem Dosa), Bíblia- Velho Testamento, histórias dos milagres ou midrash, tais como os “acontecimentos de Pentecostes” (“o milagre da compreensão e do amor”), “sinal de Jonas” no Kikaion, os milagres dos antigos gregos (pseudociense curada pelo taumaturgo Apolônio de Tiana), Hipócrates (600 AC) e de Jesus (fé no Kérigma: caso da “ressurreição da filha de Jairo”, provável anorexia nervosa e da mulher com metrorragia), “milagres” estes que podem ser explicados pela medicina psicossomática, como já descrevemos em nosso trabalho “psicofisiopatologia dos milagres”. A medicina psicossomática ficou em latência durante séculos, por falta de comprovação científica, embora o termo “psico-somático” tenha sido usado por Heinroth em 1818 (C.D. Jenkins, Psychosom. Med. 47:3-25 1985). Nos seus primórdios foram estudadas as fortes emoções (descarga de epinefrina, tireoglobulina, etc) para depois se localizar os sentimentos (ressentimentos, inveja, etc) produtores das mais variadas doenças ditas orgânicas. Todavia, somente com os trabalho de Freud, nova luz veio despertar o interesse da mente-corpo “o misterioso salto”. O fato coincidente: no mesmo ano que Freud falecia saiu o 1º número da 1ª revista sobre Medicina Psicossomática: Psychosomatic Medicine em 1939 editado por Flanders Dumbar, cujo artigo “The world of tomorrow” - seria uma reação contra a idade da máquina da medicina”.

O progresso dessa especialidade ocorrido nestes 25 anos foi imenso para o lado bioquímico, através dos neuropeptídeos, psiconeuroimunologia, lateralização cerebral e a importância do corpo caloso, controle genético da formação hormonal, transexualismo, novos conhecimentos em gastroenterologia reforçando a importância dos traumas nos períodos de molde (relação mãe-bebê) e, como disse Herbert Weiner: “porque certas pessoas vivem bem num mesmo contexto e outras tornam-se doente?”. Por

esse motivo que salientamos o estudo da Neurociência para o desenvolvimento da psicossomática hoje, como por exemplo:” A Poda das Sinapses nos pensamentos obsessivos nos fanatismos e as dificuldades de seu tratamento “.

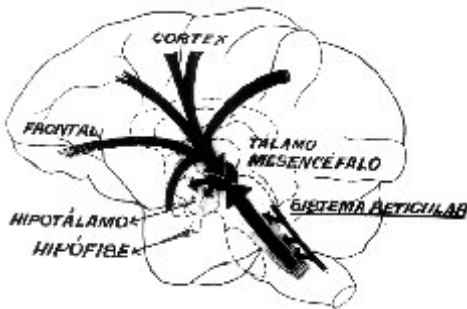
A obsessão tem vários graus. A superstição, tal como bater três vezes na madeira para tirar o azar, é cultural, embora já revele um sentimento de culpa inconsciente. A neurose obsessiva ou transtorno obsessivo compulsivo de ajustamento (F.42 e 43 do Cid 10) nos mostra um cerimonial complexo, reconhecido pelo próprio paciente, podendo chegar a um grau avançado como soi ocorrer nos episódios obsessivos graves com sintomas psicóticos (F.32.3), na síndrome de Asperger_(F.84.5), e na esquizofrenia simples (F.21).Todavia, nos transtornos da personalidade esquizóide, os sintomas apresentam se mais amenos embora sejam originários na infância, produzidos pela predisposição genética ou insegurança ontológica (Laing,9). A nosso ver, o mais grave problema do obsessivo está no seu comportamento que parece, a primeira vista,normal; todavia, em sentido mais profundo, trata de uma alteração estrutural do sistema nervoso, principalmente no cérebro reptiliano, produzindo sintomas graves de conduta, haja vista a atitude revolucionária levando à guerra.

A explicação deste fenômeno obsessivo parece ser devido a herança do ser humano de ter três tipos de cérebro: reptiliano, paleomamífero e neomamífero, que apesar de diferenças estrutural e metabólica, agem em conjunto.

EVOLUÇÃO ANATÔMICA DAS PERSONALIDADES OBSESSIVAS

A parte mais antiga do cérebro (200 milhões de anos) herdada pelo homem, tipo reptiliano- é a parte central do tronco cerebral e compreende a maior parte de sistema reticular, mesencéfalo e núcleos da base. (figura 1)

Figura 1



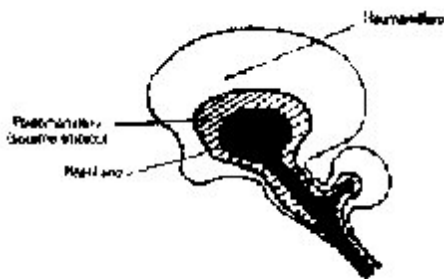
*Unitermos: neurociências, poda das sinapses, pruning synapses, reptilian brain ,cérebro reptiliano, obsessive personality, ekypirosis.

acasalamento, reprodução, traços mnésicos, formação de hierarquias sociais, escolha do chefe, etc. O cérebro reptiliano parece ser escravo dos precedentes: se, por exemplo, o animal encontra um caminho seguro para voltar para casa, ele terá tendência a tomar este caminho seguro, mesmo que precise fazer vários desvios. Seria interessante saber em que medida este resquício reptiliano no cérebro humano determina suas ligações ao “já feito”_nos rituais cerimoniais, nas convicções religiosas, na política, nas ações legais, etc. A obediência ao precedente é o primeiro passo em direção ao comportamento compulsivo-obsessivo, o que ilustra, por exemplo, o fato de as tartarugas terem o hábito de voltar sempre ao mesmo lugar para botar os ovos, a maneira do salmão procriar, etc.; é instintivo.

A formação, durante a evolução, de um córtex de dimensões consideráveis entre os mamíferos inferiores pode ser considerada como a tentativa que a natureza faz de dotar o cérebro reptiliano de uma “calota pensante”, e libertar os animais dos comportamentos estereotipados inadequados. É como se o cérebro reptiliano estivesse sob a dependência de um superego ancestral, haveria uma dependência neurótica, pois, de fato, não se acha equipado para se adaptar às situações novas. Este fenômeno não parece ter acontecido com o cérebro humano, o que faz permitir que o homem conseguisse escapular, apesar de estar sob a força da lei biológica implacável, como sói ocorrer para os outros animais. Em situação ambiental nova, o animal tem três alternativas: adaptar-se, migrar ou morrer. Já o homem, com capacidade de pensar, tem condições de modificar o ambiente. Em relação ao homem, especificamente, Koestler et Smithies (1969) apresentam um elemento emocional que corresponde à descrição de um afeto geral: é a tendência.

Podemos, talvez, colocar a tendência paranóide do homem na mesma origem da culpa ancestral. (Kostler e Smithies, J. (1969) e Squilassi (1992)).

Figura 4



A desconexão dos sistemas cerebrais (o que ocorre nas síndromes “místicas”, nas síndromes de Fregoli, de Cotard e na de Capgras) (Ramachandran e Blakeslee, 2002) talvez possa ocorrer, também, nas síndromes obsessivas, parem de maneira mais discreta, daí o exemplo da aversão no racismo, formando estereótipos, mostrando portanto como o cérebro todo está conectado. Não esqueçamos que o sistema visual tem uma espantosa capacidade para fazer palpites certos, baseados em imagens fragmentárias evanescentes que dançam nos globos oculares, ou que bons atiradores dizem que se focalizar demais o alvo de um rifle, não acertará na mosca, como soe ocorrer nos jogadores de basquete pois não olham a cesta e acertam. Todos estes fenômenos são regulados pelo lobo parietal em conexão com os lobos temporais. Outrossim, a correlação córtex e periferia do corpo é mais importante do que se pensa, pois um indivíduo com membro fantasma (membro fora do corpo) sentia mordiduras; reclamou tanto que encontraram o seu membro amputado, na terra, cheio de vermes.Uma vez o membro desterrado e lavado acabaram-se os comichões é o mapeamento do córtex e sua ligação com o “órgão alvo”. O sintoma de hiperexcitabilidade sexual na síndrome de Kluver e Bucy (Miller Paiva,1981pag.204) não é discriminada como ato agradável, tem que somente descarregar o desejo, nada mais.Issso porque não há conotação com as outras partes do córtex que geram prazer.

No cérebro (comando central), havendo um conflito, como o afeto estilizado (Capisano,1978) que poderá instalar-se em um órgão por este ser mais complacente,isto é por estidade, (Miller Paiva, 1994)podará alterar enzimas, hormônios e neurotransmissores, acarretará doença psicossomática.

Resumidamente eles podem ser assim configurados: na formação reativa, o indivíduo com a finalidade de negar ou reprimir os impulsos ou instintos indesejáveis, organiza_atitudes opostas a eles. A característica principal desta defesa é tornar-se uma constante na personalidade do sujeito. Ela parece ser uma espécie de reassseguramento de uma repressão prévia e é constituída de modo a evitar-se a repetição constante da repressão secundária.

PERSONALIDADE OBSESSIVA

As gravidades dos sintomas da personalidade obsessiva:

A reação ansiosa (normal), a ansiedade crônica (desagrado diante das intempéries da vida, ou ansiedade organo-neurótica); angústia (ansiedade aguda), a primitiva (por ter ego frágil e de desamparo ou chamada insegurança ontológica (Laing,1996), a primária (conflitos da infância)a secundária ou decorrente de diversas doenças orgânicas, ou

reumatismo psicogênico ou fibromialgia e, finalmente, a depressão de causas mistas.

Os sintomas mais freqüentes nas personalidades obsessivas são: lavar as mãos repetidamente (inconscientemente para purificar-se dos maus sentimentos), delírio do tato (medo de ser contaminado), ritual mágico (dar três voltas na mesa após a refeição); jogar sal no ombro, senão ficará castigado, assim como não usar a cor marrom ou determinado tipo de roupa, bater na madeira três vezes para eliminar o azar; colocar em ordem seus pertences; dúvidas em usar vestido azul ou vermelho ficando horas para decidir, banhar-se, até a água da caixa acabar; dar três voltas em cada poste encontrado no caminho; duvidar se trancou o automóvel; exagerado horror às mudanças; amor ambivalente com prazer postergado, ser mumificado (para eternizar os defeitos mostrando a todos) exagerar em detalhes prejudicando o conteúdo; tornando-se perfeccionista em tarefa inacabada; devotamento excessivo ao trabalho prejudicando as amizades, família etc.; excessiva escrupulosidade moral ou científica, incapacidade de desfazer-se de objetos usados, relutância em delegar poderes e medo de ser criticado; avarento, embora possa ser dadivoso em certos momentos; produtor de discórdia desagradável na família e um cavalheiro na sociedade; cuidado exagerado na educação dos filhos por sentimento filicida inconsciente, e finalmente, dando caráter mágico a um simples objeto, tendo que obedecê-lo.

Contudo, o mais grave problema concernente aos atos obsessivos vamos encontrar nas religiões e nos políticos, principalmente em seus chefes que, pela própria estrutura do cérebro reptiliano tornam-se intransigentes acarretando revolução, protestos e mesmo guerras com intensa carnificina.

OBSESSÃO COMO DEFESA REATIVA

O sintoma obsessivo funciona como se o perigo estivesse constantemente presente exigindo do indivíduo uma sistemática defesa contra ele.

A anulação de certa forma está ligada à formação reativa. Isto ocorre por exemplo, nos atos compulsivos, onde o segundo ato é a inversão do primeiro. Na repetição com intensão diferente. Essas repetições teriam o objetivo de anular o sentido inconsciente real do ato, dando-lhe um significado oposto.

A aparente falta de afeto do obsessivo baseia-se num isolamento. No obsessivo o amor não extingue o ódio, mas apenas o mantém no inconsciente onde a consciência não o percebe.

Esta singular constelação da vida amorosa parece ter sua condição

em uma dissociação muito primitiva, acontecida no período infantil dos dois elementos antitéticos, com repressão de um deles, principalmente do ódio.

A obsessão é sempre desagradável- não existem obsessões agradáveis- sempre suja, e entretanto, o prazer que o sujeito tem a considerar e reconsiderar o tema obsessivo que paralisa toda decisão e toda atividade, é muito claro. A obsessão vincula no ir e vir do pensamento como o objeto anal no ventre.

No obsessivo, parece estabelecer-se uma ruptura definitiva entre o ser (identidade) e o ter (objeto), tanto ao nível de mundo interno quanto em relação ao mundo externo. Para ser assim considerado deverá ser mantido um hiato permanente entre os dois, como sói ocorrer na derriça conjugal. Ser mumificado para eternizar os defeitos e mostrá-los a todos. O terror à decomposição, não propriamente à morte ou ao cadáver, revela a necessidade de se fixar, mesmo a custa de se cadaverizar. Não suporta os estágios intermediários e a vida é exatamente esse estágio entre duas "certezas" (nascimento e morte). Precisa viver sob o pensamento da morte para evitar ser surpreendido. O pensamento desenvolve-se satisfatoriamente durante o contato íntimo com a mãe na lactação; se houver por parte maternal, amor e reverie formar-se-ão bons pensamentos; caso contrário, se a mãe não for amorosa afetuosa e não ter reverie suficiente, o bebê poderá ter pensamentos agressivos dos mais variados tipos chegando até prejudicar no futuro, a função mental. Ao se formarem os pensamentos constituem também as fantasias sexuais cujos aparecimentos podem-se dar posteriormente, seja na infância, adolescência ou idade adulta, revelando persistência de certas impressões existentes no primitivismo cerebral. A perversão se origina, portanto, durante a lactação. Se o bebê não receber reverie e nascer com insuficiência ontológica, com má estrutura do cérebro reptiliano, poderá causar uma defesa precoce da formação do pensamento e, no adulto, a perversão sexual (sexualidade destrutiva, fetichismo ou transexualismo) e principalmente uma agressividade do tipo obsessivo contra a sociedade.

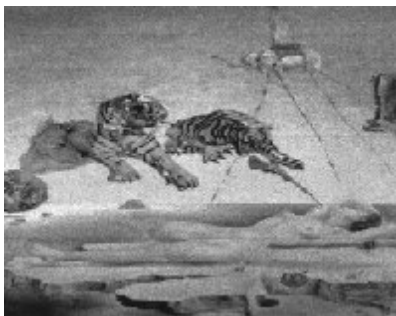


Figura 5

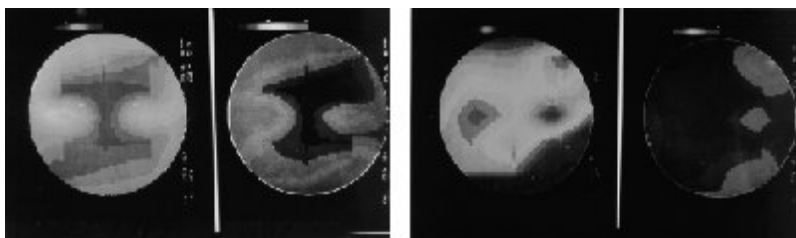
É freqüentes os conflitos sexuais na personalidade obsessiva e dos mais variados tipos de perversões. Quanto maior a rejeição da mãe nos primeiros períodos de molde, maior destrutividade no ato genital quando adulto. Mãe hostil levaria, com mais freqüência, ao coito sádico e orgasmo precoce, orgasmo somente clitorídeo, fetichismo, estupro, pedofilia etc., Murphy et al. (1987) verificaram que além da testosterona, o aumento de vasopressina e oxitocina durante o orgasmo tanto em animais como no homem maior agressividade ao ato. Pasmem só, este fenômeno tão agressivo transforma o ato de amor em “sexo objeto” tão prejudicado a nossa civilização. (figura 5). Por outro lado, se o defeito estrutural genético for na Crista de Waldeyer, poderá causar transexualismo (para melhor compreensão, consultar o nosso trabalho, Miller de Paiva, 1990). Mecanismos da psicopatologia das obsessões: Regressão: é a regressão para posterior alcance da progressão, por exemplo.: quando o animal nasce, imediatamente anda diferentemente do ser humano que leva 1 ano para aprender a caminhar. Este fenômeno é resultado de mutações do cérebro humano que sofreu este processo de evolução (maior desenvolvimento do cérebro pré-frontal, maior desenvolvimento das conexões dendríticas, melhor capacidade bioquímica dos neurônios e configurações do superego- característica do hominidae). O Mito do eterno abandono (Miller Paiva, 1981) A dependência concorre para aumentar o medo de ser abandonado, sentimento de não estar preparado para enfrentar a vida, carregando o Mito do Eterno Abandono como consequência da falta de amor, especialmente do bebê que não recebeu reverie, dedicação e afeto da mãe (Bowlby, 1984). O indivíduo reage a este abandono através da repetição compulsiva. Repetição Compulsiva A repetição compulsiva é ansiedade, associada a uma dependência do objeto primário, que reativa a mais arcaica situação de inveja. O ódio e a ambivalência resultante desta situação-que, inevitavelmente, se converte em culpa e depressão torna-se intolerável. A repetição parece sobrepor o princípio do prazer. Na doença do neutro, o paciente necessita repetir a sensação de ser abandonado novamente, usando toda a sua agressão contra o analista: a necessidade de ser abandonado mais uma vez (Miller Paiva, L. 1994). Período de molde Os períodos de molde ganham mais e mais importância na formação da personalidade e principalmente em constituição agressiva. Nós, psicanalistas podemos observar o comportamento assassino originário dos traumas nos períodos de molde, todavia, suficientes casos para entendermos a mente assassina. O estudo de 4.269 nascimentos, executados pelos pesquisadores de Los Angeles e Dinamarca mostrou que crianças tendo sido rejeitadas pela mãe e tiveram traumas do nascimento, cometem violentos assassinatos durante a adolescência (idade de 18 anos, no pique da curva estatística) (Reine et al., 1994). Esta estatística estudada

por Mednick (1994) vem confirmar as nossas observações clínicas- a importância do amor e segurança nos períodos de molde. Desde que o pensamento está ligado à sexualidade, o aparecimento da sexualidade destrutiva é freqüente, principalmente aos obsessivos devido a esses conflitos da infância e das recepções metabólicas estarem alteradas nas sinapses. O desejo é um fenômeno que tende acentuar a falta básica e conseqüentemente, ao sentimento de castração, quando a criança experimenta a separação da mãe. A criança imagina ser o falo da mãe, isto é ser o desejo da mãe (Lacan, 1985). A necessidade da criança que resulta de tensão intensa não é desejo; é a preparação através da célula primitiva, memória não conscientizada localizada nos núcleos basais do cérebro (na idade de 1 a 3 anos). O conflito da memória processual ou primitiva, por falta de reverie são os principais produtores das doenças psicossomáticas e desordens do comportamento agressivo. O quadro de Salvador Dali em "Persistência da memória" esclarece satisfatoriamente como a memória por traumas, persiste desde a fase fetal. (figura nº.6)



Figura 6

MECANISMO ETIOPATOGÊNICO DAS OBSESSÕES E TRATAMENTO. Qualquer sentimento pode ter manifestação bioquímica, podendo não ser perceptível pelos métodos atuais de pesquisa. Anos atrás somente a emoção era considerada como produtora de manifestações bioquímicas, das quais resultavam a taquicardia, dispnéia, sudorese, etc.; todavia, estes sentimentos, acarretando alterações enzimáticas, hormonais, quando constantes, podem produzir alterações patológicas, como sói ocorrer na aterosclerose, hipertensão, câncer (certos tipos), doenças auto-imunes, etc. aliás, neurônios cerebrais através da tomografia computadorizada "high-speed" digital eletrônico mostravam como os alucinógenos podem causar alterações estruturais o que vem confirmar a fragilidade do ego. Parece que certos obsessivos "esclerosam" as sinapses daí a sua "poda", prejudica a saúde. (Ela deve ser corrigida quanto antes). Por este mecanismo psicopatológico é que podemos explicar a dificuldade de melhoras dos sintomas obsessivos e principalmente diante dos cerimoniais repetitivos na política, na religião e na ciência.



De maneira sumária, o mecanismo psicopatológico na ansiedade seria: os conflitos conscientes e inconscientes atuariam através do cérebro visceral, principalmente pelo cérebro reptiliano, amígdala do hipocampo, núcleos do tronco cerebral e do prosencéfalo (que liberam monaminas e peptídeos) através dos circuitos de Papez e sistema retículo-endotelial, que acabam alterando o modo de processamento de inúmeros outros circuitos cerebrais desencadeando determinados comportamentos (Damásio,2000) por estimular hormônios e sintomas do simpático e do parassimpático, o primeiro para a “luta ou fuga” por intermédio das norepinefrina e epinefrina, e o segundo para as defesas regressivas e de conservação, principalmente por meio dos neuropeptídeos .Achados recentes (Miguel,1996) mostram aumento da oxitocina no T.O .C. e ausência do aumento da arginina-vasopressina. Por sua vez, todas estas substâncias voltariam ao cérebro, principalmente no sistema límbico, nas zonas pré-frontal e TOP, produzindo parte dos sintomas ansiosos e obsessivos. É a perda de segurança e de controle, acarretando “o medo de ter medo”, levando-o a evitar entrar em contato com o objeto perigoso. A fobia ou no pânico que medo irracional, isto é, sem lógica, própria do Homo Mythicus, tais como o medo da barata, borboleta, etc. Há certa fobia baseada em acidente real, tais como ter sofrido estupro, roubo, desastre de automóvel, etc.; é a chamada fobia pós-traumática obsessões compulsivas são decorrentes, também, de culpa por fantasias inconscientes e “obrigadas” a serem executadas, apesar de saberem que se trata de um absurdo (lavar as mãos inúmeras vezes, por medo de adquirir infecção ou contaminar outras pessoas). O quadro nº 1 nos mostra o comportamento dos diversos transmissores e hormônios durante a crise de pânico.

Quadro 1

Comportamento dos diversos neurotransmissores e hormônios durante a crise de pânico
1)Aumentam: paratiramina
Oxitocina
DMPEAA e triptamina
Monoaminoxidase das plaquetas (medida pela clonidina e yoimbina tritidaa)
Dopamina
Epinefrina
Norepinefrina (agressividade misturada ao pânico)
Tribulina
Ácido láctico sanguíneo (prova do lactato positiva)
2)Diminuem: alfa –3-adrenérgico ligado ás plaquetas
arginina-vasopressina

Como seria o tratamento no sentido de evitar os pensamentos obsessivos. Na crise de pânico e na ansiedade, não se deve usar, de imediato, a clomipramina, pois esta levaria 15 a 20 dias para tonificar o sistema nervoso (e, principalmente, a zona do lócus Ceruleus).

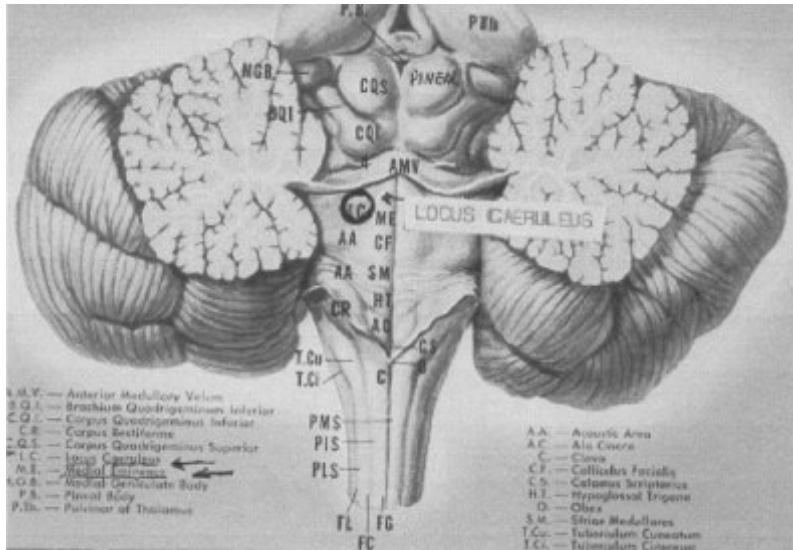


Figura 8

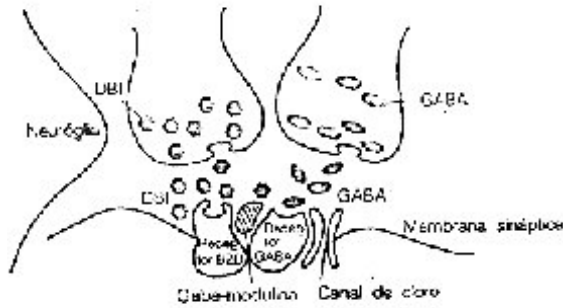
Para o tratamento crônico da síndrome de pânico, utilizamos a clomipramina- 10mg ao dia, é de grande utilidade, se associada a uma benzodiazepinona (tipo lorazepan-2mg, duas a três vezes ao dia, ou bromazepan- 3 a 6 mg duas a três vezes ao dia).

Esta medicação faz a síndrome de pânico desaparecer em 15 a 20 dias ou as crises tornarem-se de menor intensidade, porém uma vez suspensos os medicamentos, os sintomas retornarão.

As benzodiazepinas aumentam a influência inibidora gabaérgica sobre outros neurônios como os dopaminérgicos da substância nigra, células de Purkinje no cerebelo, os serotoninérgicos, nos núcleos da rafe do pedúnculo cerebral, e os neurônios noradrenérgicos, nos lócus caeruleus e, finalmente, no cérebro reptiliano.

A canalização interna dos neurônios é de capital importância. Alguns dos canais iônicos ocasionam excitação: isto ocorre, em geral, como aqueles que transportam sódio, cálcio e potássio. Em contraposição, os canais de cloro transmitem mensagens inibitórias, que atenuam a excitação. O diazepam abre muito mais canais de cloro, permitindo maior fluxo do íon-cloro ver (figura 9).

Figura 9



Modelo hipotético do receptor benzodiazepina GABA Canal de cloro (Haefely, 1984 apud Prado de Carvalho)

Pela nossa experiência com portadores de psicose maníaco-depressiva, na fase de depressão o cortisol, aldosterona, deidroepiandrosterona e fenilglicol permanecem ainda em índices pouco acima dos normais. (Miller Paiva, 1990). O mesmo fato pode ocorrer após a tireoidectomia em pacientes portadores de Graves-Basedow (t3-tirotoxicose).

A adenilciclase, formando a adenosina monofostato (cAMP), o que vai determinar a síntese protéica, para continuar a transmissão.

O receptor D1, para dopamina, aumenta o cAMP e o D4 não faz aumentar; todavia este age na esquizofrenia, principalmente, no núcleo caudato_e no accumbens (figura 10). Os antipsicóticos, tais como a olanzapina e risperidona, atuam através da dopamina (D4) nestes núcleos e, por sua vez, melhoram também certos sintomas obsessivos.

Um novo antipsicótico o aripiprazol (Abilify) derivado da quinolina é um agonista parcial (que não significa efeito parcial), atuando na via mesolímbica como antagonista dopaminérgico, melhorando os sintomas negativos, cognitivos e levando a uma estabilização (moduladores) dopaminérgica-serotoninérgica, que atua, também (alta afinidade) pelos subtipos dos receptores serotoninérgicos 5HT1 e 5HT2, acarretando, também atividade ansiolítica e antidepressiva.

O aripiprazol além de normalizar prolactina, tem pequena atividade pelo receptor H1 da histamina o que lhe confere baixo potencial de ganhar peso (obesidade) e sonolência, ao contrário, portanto, da olanzapina. Os resultados terapêuticos na esquizofrenia tem sido animadores por não produzir a impregnação, quando em doses de 15 a 30 mgs, diariamente, porta longa meia vida (75L); produz discinesia tarda na disfrenia excepcionalmente. Levodopa e anfetamina liberam D1 e D2. A cafeína sensibiliza os neuroreceptores da adenosina no lócus caeruleus.

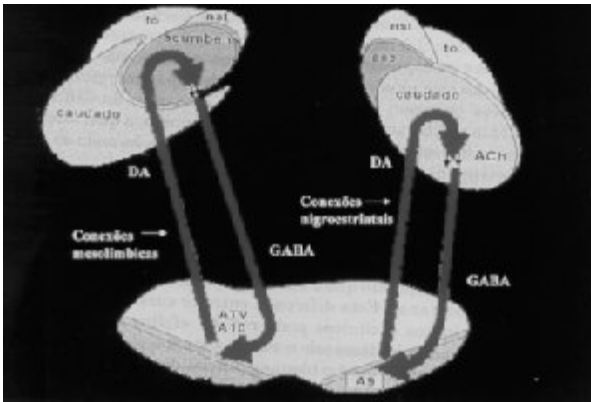


Figura 10

As substâncias agonistas diretas (dopamina, bromocriptina) estimulam a adenilciclase e produzem angústia e as substâncias antagonistas (clorpromazina, haloperidol e sulpiride) inibem a adenilciclase aliviando a angústia das ansiedades psicóticas. lítio é potente e específico inibidor da fosfatase que atua no fosfatidinositol, mensageiro neuroquímico da serotonina, que, como a proteína quinase C, fazem parte do mecanismo do ACTH. Este fato vem reforçar a importância do sistema cAMP e explicar como a olanzapina e risperidona melhoram a obsessão.

Há, sem dúvida alguma, a necessidade do uso da psicanálise ou da grupalização para combater as causas que são oriundas da infância, nos períodos de molde (um a sete anos de idade). Em nossa experiência, a etiologia principal é a fantasia inconsciente de agressividade intensa aos pais, ou outros entes queridos. Os doentes não têm consciência destas fantasias, pois são profundamente inconscientes. É difícil de ser entendida pelos psiquiatras e clínicos sem conhecimento da psicodinâmica. A psicanálise e grupalização levam meses ou anos para solucionar estes conflitos, motivo pelo qual a maioria dos pacientes não se submete a esta terapia. A aplicação da técnica de transferência durante a terapia torna-se muito difícil; ao contrário é freqüente o aparecimento da transferência misconceptiva que uma vez controlada e bem executada é, ainda, o melhor tipo de tratamento para os obsessivos graves.

As ansiedades das depressões reativas ou episódio depressivo leve (F.32) (perda de ente querido), não necessitam de medicamentos antidepressivos; quando muito hipnótico ou um benzodiazepínico. É indispensável ao clínico geral orientar-se bem no diagnóstico do transtorno depressivo para a sua eficácia terapêutica isto é, saber se a depressão é neurótica ou transtorno depressivo recorrente moderado (F.33.1) ou ainda

Nas depressões geriátricas ou nos cardiopatas ou nos transtornos depressivos brandos, os antidepressivos mais aconselháveis e ainda assim em pequena dosagem seriam: fluoxetina (20 mg diários), moclobemida (150 mg diários) e mirtazapina (30 mg diários), embora estas substâncias possam causar diversos sintomas secundários. Observa-se que a aminotriptilina tem potência colinérgica central 10 vezes maior que a imipramina. A dextroanfetamina melhora a disposição do paciente, mas não tem ação duradoura por não possuir propriedades anticolinérgicas. A mirtazapina (Remeron 30 mg) tem pouca ação anticolinérgica, porém, recapta a serotonina e bloqueia os receptores adrenérgicos alfa-2-pré-sinápticos, daí a sua maior prescrição nos cardíacos idosos. A fisostigmina é capaz de inverter os estados maníacos.

Os casos graves podem melhorar segundo a nossa experiência com a olanzapina (2,5mg 2x ao dia aumentando a dosagem de modo paulatino), e recentemente pelo aripiprazol (15 a 30 mgs). O neurótico obsessivo, principalmente quando portador de pânico, apresenta um ego esburacado por ter faltado como já vimos, a matriz de confiança materna acarretando um frágil centro de sustentação.

Por deficiência de reverie da mãe não há sustentação básica interna, mas o próprio centro de sustentação é também, deficiente, pois ele se ataca fragmentando seu self.

Grotstein (1991) fala em cimento de sustentação. A personalidade do obsessivo é frágil e não suporta as emoções saturadas de violência por sentirem como sinais de catástrofe, motivo pelo qual os obsessivos abandonam com frequência a terapia.

A confirmação desamparo (realidade catastrófica á impossibilidade de lidar com o processo de viver; quanto maior for o contato emocional, maior será o esvaziamento, pois a dor mental sentida seria como fosse explodi-lo ou implodi-lo, sendo maior o seu esvaziamento, é a poda das sinapses (pruning). A sua parca resistência é por ter tido a vida inteira insuficiência ontológica o que acaba por enfraquecer o seu cérebro reptilíneo. Por vezes, como defesa, necessita a paralisação da mente e até do corpo- é a rutura com a vida, a morte em vida ou o morto vivo ou doença do neutro.

FANATISMO E TANATISMO

O fanatismo seja religioso ou científico, é alteração mental devido a má estrutura do cérebro reptilíneo, similar a “poda das sinapses”, todavia o cérebro nunca para de criar mais circuitos, daí a importância da psicoterapia, da farmacologia e da esperança de melhorar o comportamento da humanidade.

A “Poda de sinapses” é mais grave porque impede de o indivíduo estudar, fazer escolhas e crescer mentalmente. Então, para combatermos o Mito do Eterno Abandono, precisamos utilizar o Mito do Eterno Retorno especialmente como evitar a transferência misconceptiva que é de importância capital. O terapeuta deve fornecer muito Eros terapêutico, afeto, carinho, reverie, principalmente segurança afetiva- aquilo que os seus pais não lhe deram, porém utilizando-se sempre da educação baseada em “_mão de ferro em luva de pelica” aonde não deve haver agressividade e, evidentemente associado às drogas psicoterapicas (triciclicas, benzodiazepinas, fuvoxamina, sertralina e atualmente a olanzapina, a risperidona e aripiprazol). Só assim enfrentaremos os conflitos profundos do paciente: a sua insatisfação pela vida, sua indiferença, doença do neutro, a autodestruição, neurose de sucesso, o caos, o sem sentido, a aspiração do nada, o nihilismo.

CONCLUSÃO

O psicossomatista deve ter, além de conhecimento sobre o orgânico, sobre estruturas, sobre o funcional, necessita ainda conhecer a ciência do mundo inconsciente e sua paleológica, para assim poder “tirar a máscara” do paciente, pois ambos tem que ser entendidos (ato de esperança), tem que ser acreditados (ato de fé) e de não serem aceitos como verdade pura, para não estagnarem e, assim, ambos, pacientes e psicossomatista, terem oportunidade de novos crescimentos, porém sem ter a pretensão de chegar ao Homo Noumenon e, simplesmente, ao Homo Erogenus ou dionisíaco (eternamente criar a si próprio). O psicossomatista não deve ser um ser no mundo (existência passiva ou tanática) e sim estar no mundo (ativo, construtivo e libídico.)

Bibliografia

- 1-BION,W.R. (1979) *The Dawn of Oblivion*.Clinic Press.
- 2-BOWLBY, J. (1984) “Separação, angústia e raiva” Trad. L. Hegenberg e O. Mota Edit. Martins Fontes SP
- 3-CAPISANO, H.F. (1978) *Enfermidade psicossomática como estilhamento de afeto .Contribuição psicanalítica á Medicina Psicossomática Vol.I São Paulo.*
- 4-DAMASIO, A (2000) “O mistério da consciência” Trad. L. Motta Edit. Cia de Letras São Paulo.
- 5-FERRO, A. (1998). *Na sala de análise*. Edit. Imago Rio
- 6-KOESTLER, A. e SMITHIES, J. (1969) *The paranoid streak in man beyond reductionism*.London Edit. hutchinson.
- 7-GROTSTEIN, J. (1991) *No Nothingness, Meaningless, Chaos and Black Hole III Self and International regulation and the background presence of primary identification*.Contemporary Psychoanalysis 27:1-33.
- 8-LACAN, J.(1985) *Escritos*.Edit. Siglo XXI pag. 773
- 9-LAING, R a) “Eu dividido”(1963) Trad. C.Ribeiro. Edit. Zahar Rio b) *Inseguridad ontológica in “Psicoanalises y filosofia existencial”* Reutenbeek. H.M. trad. N. Rosenblat Edit.Paulos. B.Aires 1966. c) Miller de Paiva L. “*Psychosomatic Psychiatry*” vol. II pag 220 Garatuja Press SP. 1990.
- 10-MIGUEL, E. (1996) “*Transtornos do Espectro obsessivo-compulsivo*” Edit.Koogan.Rio
- 11-MILLER de PAIVA, L. (1981) a) *Crime, Tanatismo, Psicanálise e Psicossomática* Edit. Imago Rio Vol. I. b) colab. A.V. Kadocsa e A. Paiva Nogueira da Silva (2004) *Groupanalyses in Destructive Sexuality “Love’s Avatar”*.XII World Congress of the DAOP.“The relevance of groups for Illness, Health and Healing”. Munich, Germany. c) *Neutral Disease* (1994) Part I e II *Dynamisch Psychiatry* (Berlim) 150:319-27 e 156:18-30
- 12-MURPHY, R . SECKI, Jr.BURTON SE e LIGHTMAN, S.L. (1987) *Changes in oxytocin and vasopresin secretion during sexual activity in men*.J. Clin. Endocrin. Metabol. 65:738-744.
- 13-PETERSON. T. (1986) *Electrophysiology Studies of Schizophrenia*.Buls. Meninger Clinic 50:238-256.
- 14-PRADO DE CARVALHO, L (1985) *Agonists et agonists-inversos du recepteur des benzodiazepines; étude pharmacologique et comportementale*.Thesis.Paris Univ. Sut. 1985
- 15-QUINODOZ, J.M. (1993) “*A solidão domesticada- angústia de separação em psicanálise*” Trad. F. Settineri Edit. Artes Médicas. Porto Alegre
- 16-RAMACHANDRAN, V.S. e BLAKESLEE, S. (2002) “*Fantasmas do cérebro*” Trad. A. Machado Edit. Record .Rio
- 17-REINE, A ;BRENNAN, P. e MEDNICK, AS (1994). *Birth Complications Combined with Early Maternal Rejection at Age 1 year Predispose to Violent Crime at age 18 years*. Arch Gen.Psychiat 51:984-988.
- 18-SQUILASSI, G. (1992) *Medicina Psicossomática e Psicoterapia Analítica de grupo*.Ars Curandi 25:50-54
- 19-SILVA, J.A .C; OLIVEIRA, J.R (2002) *Simpósio Satélite sobre Aripiprazol*.J. Brasil Psiquiat. 51:6-36.

MEDICINA PSICOSSOMÁTICA: PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

Psychosomatic medicine: perspective future

ABRAM EKSTERMAN *

Resumo: O autor resume as várias origens da psicossomática moderna e conclui que tendem para uma progressiva humanização da prática médica, já advertida por Viktor Von Weizsäcker em sua Antropologia Médica, assim como por George Engel com sua proposta de uma sociopsicossomática e, entre nós, com Danilo Perestrello com a Medicina da Pessoa. Humanização facilitada pelo estudo psicodinâmico e social da relação médico-paciente (incluindo-se nesse conceito toda equipe de saúde), o que deverá otimizar e racionalizar o ato médico excessivamente comprometido na atualidade com o diagnóstico de doenças.

Palavras chave: medicina psicossomática, humanização, relação terapêutica.

Abstract:

This paper makes an overview of the origins of the modern psychosomatic medicine to find out that there is within it a tendency to a progressive humanization of medical practice due basically to the influence of ideas such as from Viktor von Weizsäcker with his Medical Anthropology, proposals also by George Engel who suggested a sociopsychosomatic, and the brazilian Danilo Perestrello with his thesis on the Medicine of the Person. Humanization in Medicine is thus facilitate by the psychodynamic and social study of the medical-patient relationship (including the whole of therapeutic staff) of the current medical procedures excessively based on biological diagnosis of the diseases, with the consequence of a more effective, cheaper and rational medical action.

Keywords : Psychosomatic Medicine ; perspective future.

*Professor titular de Psicologia médica da Escola de Medicina Souza Marques do Rio de Janeiro.

Diretor do Centro de Medicina Psicossomática do Hospital Geral da Santa Casa do Rio de Janeiro.

Fundador e ex-presidente da ABMP-Membro titular da International Psychoanalytical Association

MEDICINA PSICOSSOMÁTICA: PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

Psychosomatic Medicine: perspective future

ABRAM EKSTERMAN

*“O Homem não é conceito, nem coisa; é pessoa”
(weder Begriff noch Sache; er ist Person)
- Alexander von Humboldt (1769-1859)*

I - Introdução

Nada tão ambíguo quanto o conceito de Medicina Psicossomática desenvolvido no século XX a partir de três perspectivas epistemológicas diferentes: 1) a neurobiologia, estudo fisiológico iniciado principalmente por I. M. Sechenov (1829-1905) e I. P. Pavlov (1849-1936); 2) a Psicanálise, iniciada por Sigmund Freud (1856-1939); e 3) a Antropologia Médica, exposta por Viktor von Weizsäcker (1886-1957). Os estudos neurobiológicos convergiram e se enriqueceram na atualidade para as notáveis contribuições da neurociência em sua relação com a patologia cérebro-visceral, como ficou conhecida desde a Escola de Pavlov; a Psicanálise dispersa em quase meia centena de escolas e vastas bibliotecas de livros e trabalhos avulsos, reencontra-se na hermenêutica da expressão somática da patologia; e, finalmente, a Antropologia Médica dá substância filosófica à tendência humanizante da assistência. Assim começamos a visualizar uma nova estrutura epistemológica para a compreensão da patologia, estrutura formada pelo substrato anátomo-fisiológico, pelos elementos psicológicos significativos da biografia e pela reflexão filosófica sobre a essencialidade da ação médica. Se pudermos imaginar alguns passos para o futuro, baseados nas tendências atuais, será possível esboçar uma Medicina Psicossomática que poderá ser pensada, testada e possivelmente praticada nos próximos anos. Sobre esse tema, por si só bastante atrevido, penso desenvolver este trabalho.

As complexidades dessa convergência serão apenas objeto de exame superficial, mesmo porque demandariam questões ainda insolúveis na metodologia científica. Conciliar elementos da cultura humana com elementos da natureza biológica e incluí-los num mesmo sistema referencial passível de ser testado é uma pretensão a que muitos aspiram, mas nada convincente foi ainda apresentado. O enigma de Descartes dividindo a natureza humana em *res cogitans* e *res extensa* ainda não foi solucionado, apesar dos múltiplos acenos da neurociência. Um deles, bastante recente e tentador, publicado pelo Professor de Harvard Marc D. Hauser insinua que

nossos códigos morais podem ter substrato biológico (*Moral Minds: How Nature Designed Our Universal Sense of Right and Wrong*. Ecco, N.Y., 2006). Cada linha de pesquisa na atualidade seja psicológica, seja social, seja biológica, pelo universo de questões que abre, pela fertilidade de hipóteses apresentadas, seduzem a nossa reflexão e tendem a explicar a totalidade dos enigmas humanos, ora como psicológicos, ora como sociais, ora como biológicos. O conceito sócio-psicossomático de Engel é, sem dúvida, o único capaz de apresentar o homem como um todo. Só ainda não sabemos o que é esse todo nem sabemos muito bem o que um todo é. Mas o que já sabemos nos ajuda a divisar um futuro. Vamos tentar penetrar nele.

II- Tendências históricas

Algumas considerações históricas são necessárias para compreendermos o recrudescimento polêmico atual entre os defensores de uma mente somática (cerebral) e uma mente virtual (psicológica).

Questões psicossomáticas vinculadas ao cérebro já são mencionadas no Papiro de “Ebbbers”, cerca de 2500 a.C., onde se descreve uma incapacidade para falar depois de um traumatismo no crânio sem lesão na língua (*sic*). No Papiro de “Edwin Smith” da mesma época, considerado o mais velho tratado médico do mundo, são mencionados quarenta e oito casos de lesão de crânio seguidos de paralisias musculares e perda da fala. Passando pelos gregos, romanos e os principais médicos pós-renascentistas, observações clínicas sobre as relações do cérebro com disfunções físicas, sejam elas motoras, sensoriais ou vegetativas tornam-se muito freqüentes. Seguindo essa tendência, no século XIX a razão iluminista estabeleceu o cérebro como o lugar da mente e a Psicologia (por conseguinte a nascente Psiquiatria) tornaram-se dependentes funcionais do cérebro e ganharam prestígio científico por conta desse vínculo material. Nesse contexto é impossível separar os esboços psicossomáticos da época com as questões em pauta do desenvolvimento da Psicologia e da Psiquiatria. Em Wilhelm Griesenger (1817-1868) encontramos o expoente da psiquiatria somática. Pouco antes de morrer afirmava o paradigma que atravessou a psiquiatria alemã e a influenciou até nossos dias de maneira praticamente universal: “Psiquiatria e Neurologia não são meramente dois campos próximos muito relacionados; são tão somente um só campo no qual uma mesma linguagem é falada assim como submetida às mesmas leis! (Uma História da Psicologia Médica, G. Zilboorg, pg. 436). Pensava ele que a atividade mental era tão somente uma ação reflexa do cérebro, antecipando-se a Pavlov e V. Bechterev (1857-1927). Um continuador de Griesenger foi T. L. Meynert (1833-1892), professor de Freud na Faculdade

de Medicina de Viena e que o influenciou intensamente a ponto de sua psicanálise original ser vazada no modelo neuropatológico e a descrição etiológica da neurose como um distúrbio funcional do sistema nervoso central, pontos de vista que progressivamente foram deixados à margem por suas decisivas descobertas sobre a patogênese decorrente das interações humanas, especialmente a psicodinâmica das interações inconscientes.

Os estudos relativos às interações neuropsicossomáticas, como poderíamos chamá-las, podem ser divididas em três grandes grupos: 1) os que se dedicaram a observar comportamentos decorrentes de estímulos aferentes produzindo informações específicas, seguindo o modelo de reflexo condicionado da escola de Pavlov, particularmente nos desenvolvimentos realizados por Vladimir Bechterev que criou o termo reflexologia, incluindo nela os estímulos psicológicos; 2) os que se dedicaram ao estudo da neuroanatomia, desenvolvendo os estudos originais de F.J. Gall, P. Broca e C. Wernicke, também os alemães Gustav Fritsch e Eduard Hitzig, além de F. Krause contribuíram para o estudo das localizações cerebrais estimulando este último pequenas áreas do cérebro. Assim como Sir David Ferrer que mapeou a origem do controle dos movimentos. Modernamente o estudo da neuroanatomia junto com a neurofisiologia e a neuroquímica ganharam uma dimensão extraordinária. Vale citar o laureado com o prêmio Nobel Roger Wolcott Sperry (1913-1994), que provou a especificidade do funcionamento dos hemisférios cerebrais através do estudo de comissurectomizados. Hoje se fala em sistemas cerebrais funcionais: o sistema talamocortical, o sistema de gânglios basais e o sistema límbico, sistemas que regulam o funcionamento do corpo modulam as emoções, organizam os sistemas adaptativos, e controlam o funcionamento mental; 3) os que se dedicam à neuroquímica e nos trouxeram conhecimentos sobre o funcionamento dos neurotransmissores e abriram a perspectiva para a ação farmacológica sobre os sintomas psiquiátricos, objeto até então de intervenções empíricas de resultados incertos e freqüentemente nocivos. Assim conhecemos hoje o sistema das monoaminas, dos ácidos aminados e dos neuropeptídeos. Com isso foi possível desenvolver duas novas disciplinas, que quase assumiram o papel de paradigmas da psicossomática atual, que são a neuroendocrinologia e a neuroimunologia.

Ainda não foi suficientemente enfatizada a semelhança entre o objetivo da Psicanálise e o da Antropologia Médica. Diz Viktor von Weizsäcker no prefácio de seu livro "O Círculo da Forma" (*Der Gestaltkreis*), quando procura justificar a nomenclatura para essa nova proposta médica da qual ele foi um dos principais divulgadores, senão o principal criador, a seguinte observação ilustrativa dessa sutil confluência: "No entanto, Freud

influenciou-me cada vez mais a partir de 1908 aproximadamente...” Embora seu nome não conste das referências assinaladas nas Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, pensa-se que ambos poderiam ter tido alguma correspondência. Sem dúvida von Weizsäcker conhecia bem a obra de Freud e a admirava. Diferentemente de Freud, era mais um pensador da Medicina que um expositor da Patologia, embora um notável clínico. E nisso se complementavam. Diz von Weizsäcker: “Em medicina, o método de trabalho e de pensamento que se encontra particularmente empregado neste livro [*Der Gestaltkreis*] para as questões de fisiologia e de neuropatologia tem um nome próprio; chama-se antropologia médica. Esse termo tem também suas imperfeições, porém evita pelo menos um emprego demasiado ambicioso: a palavra “homem”. (op cit. pg. 20 e 21) Vale aqui um breve parêntese para assinalar que nosso Danilo Perestrello, sem se deter em von Weizsäcker, mas muito inspirado em Adolf Meyer e em Martin Heidegger, ousou dissertar em 1974 em um livro já clássico, sobre ***A Medicina da Pessoa***.

A propósito dessa inesperada confluência entre Antropologia Médica e Psicanálise, comenta Pedro Laín-Entralgo: “Freud, médico e patólogo de neuroses ‘puras’, foi mais que o ‘fundador’, foi o possibilitador da patologia psicossomática; o homem que a tornou possível. Para que a patologia psicossomática existisse, era todavia necessário dois novos passos: estender às enfermidades orgânicas a atitude auditiva e *volens nolens* que no domínio das enfermidades puramente neuróticas Freud e os grandes heresiarcas da Psicanálise (sobretudo Adler e Jung) haviam iniciado; e, por outro lado, assumir numa concepção patológica superior a doutrina incipiente desses três criadores Freud, Adler, Jung e o formidável saber conseguido no século XIX e nos primeiros lustros do XX, mediante o estudo científico-natural da enfermidade.” (*Enfermedad y Pecado*, pgs. 111 e 112).

Quem é Pedro Laín-Entralgo para dissertar dessa forma? Por ocasião de uma homenagem que lhe prestou a Academia Chilena de Medicina, um dos acadêmicos, o Prof. Otto Dörr, comenta em seu ensaio sobre esse grande espanhol: “Seu precoce descobrimento da obra do neurólogo e internista alemão Viktor von Weizsäcker é outra demonstração do profundo sentido que ele tinha para as coisas essenciais. Depois de quase cinquenta anos de sua morte, Weizsäcker está sendo hoje redescoberto e é por conta disso que se criaram sociedades científicas dedicadas exclusivamente a sua obra. Porém já nos anos 40, Laín-Entralgo escrevia sobre ele e afirmava considerá-lo uma das duas ou três figuras da medicina do século XX. Eu acrescentaria que ele mesmo, nosso homenageado, é outra dessas grandes figuras, porque suas descobertas vão além dos - “fatos científicos” - demonstrados por muitos ao longo desse

século recém-transcorrido e tão cheio de progressos, apontando para uma possível, e eu diria inadiável, mudança no espírito da medicina moderna, a que deverá transformar seu reducionismo em holismo e de uma medicina centrada no corpo, enquanto soma, em uma medicina que esteja dirigida ao homem como totalidade (*El Aporte de Pedro Lain-Entralgo a La Relación Medico-Paciente*, 2001).

Em um trabalho recente que apresentei no Congresso Comemorativo dos cento e cinquenta anos de Freud em Praga, República Tcheca, intitulado *Dez Equívocos Psicanalíticos na Teoria de Freud*, reexaminei sucessivamente alguns temas centrais da Psicanálise como a teoria da consciência, das defesas (particularmente da repressão), do modelo biológico utilizado, da insistência em buscar fatores etiológicos (que faria resvalar a teoria para os distúrbios funcionais do cérebro) ao invés de se insistir na exposição transcendental de relações humanas, na revisão da teoria da sexualidade, na importância do significado da experiência biográfica ao invés da busca de fatores etiológicos e finalmente o papel humanizante da Psicanálise, papel bastante diferente do de instrumento curador.

Transcrevo aqui um pequeno trecho de algumas conclusões a que cheguei naquela exposição: “O ser humano na experiência psicanalítica, certamente não é o objeto biológico de estudo de um médico, que examina, faz diagnóstico, trata e pretende curar. O ser humano, sobretudo na relação psicanalítica, é uma experiência existencial, exclusiva de seres dotados de consciência. Esta é a característica da experiência psicanalítica, ressuscitando a cena da experiência diádica do mito da Gênese bíblica, no primeiro encontro humano depois do casal original provar o fruto da árvore do conhecimento. A relação psicanalítica é precisamente uma relação transformadora da objetividade biológica para a subjetividade humana”. De alguma forma não é exagerado afirmar que Freud talvez tenha sido o mais expressivo e marcante humanista do século XX e, certamente, é o mais estudado. Curiosamente não é esse traço humanístico de Freud que é ressaltado, embora tal atitude intelectual seja apoiada pelo próprio Freud. Antes de tudo, não era um real expositor de temas filosóficos e, inclusive, dizia abertamente que mantinha deles distância. Toda sua carreira foi a de um exímio e prolífico expositor de uma técnica terapêutica e todas as incursões na antropologia, literatura, mitologia e história, o fez com o firme propósito de consolidar as raízes teóricas da técnica terapêutica que criou.

Reconheça-se que era um extraordinário perscrutador da natureza humana e, munido por esse talento partia em todas as direções que apontassem para seu conhecimento, seguindo a máxima de Terêncio: “*Homo sum; humanus nihil a me alienum puto*”. Em que aspectos, contudo,

podemos reconhecer nele um dos maiores expoentes do humanismo do século XX, e, em seguida, comentar a estranha afirmação de Laín-Entralgo de que o discurso psicossomático não teria existido sem ele, uma vez que poucas, ou quase nenhuma referência fez à psicossomática ao longo de sua volumosa obra?

Em que consiste o ato psicanalítico proposto por Freud? A resposta é bem simples. Consiste em expandir a consciência, seja a custa de material reprimido que gera tensões psíquicas, patogênicas (hoje diríamos que gera estresse), seja facilitando a elaboração de tendências impulsivas inconscientes, seja adquirindo conhecimentos facilitados pelo diálogo com um terapeuta qualificado. Por um lado desfaz tensões geradoras de sintomas, por outro organiza vida mental suficientemente para administrar a realidade frustrante e o confronto desta com as necessidades dos impulsos biológicos. O resultado dessa organização basicamente adaptativa, Freud chamou de Ego. Ego capaz de guiar um epifenômeno da Biologia chamado consciência e que faz do animal homem um ser humano. Além de um discurso filosófico, Freud criava um instrumento terapêutico de humanização.

Assim o consultório psicanalítico é um laboratório destinado a produzir gente, como chamamos seres humanos, conseqüência inevitável e inesperada da intervenção psicanalítica bem conduzida. Com bastante atrevimento, dá para afirmar que uma análise que não produza no analisando reformulações éticas importantes, ou foi mal conduzida, ou foi insuficiente, ou foi ineficiente. Seria ingênuo supor, como alguns leigos supõem (e alguns terapeutas titulados também), que a Psicanálise tem por objetivo liberar impulsos instintivos e facilitar tendências egoístas. Se assim fosse, o psicanalista seria exatamente como os americanos conhecem os seus terapeutas, como um “shrink”, ou seja, um “encolhedor de cabeças”, ou, como diríamos aqui no Brasil, um fazedor de cabeças. Nada mais equivocado. O objetivo da análise é construir a identidade, consolidar a liberdade individual (que obviamente não deve ser confundida com libertinagem) e facilitar o estabelecimento de vínculos humanos necessários a um bem supremo, ou seja, a capacidade de amar.

Tudo isso é poético, diriam muitos, não científico: falaria essas palavras mais à imaginação que à ciência, ciência que lida com fatos e não com fantasias, fantasias que iludem, alienam, e, portanto, desviam da visão objetiva. E assim tornam-se anti-científicas. A questão é saber se quando pensamos em lidar com a existência humana, estamos investigando a experiência objetiva.

Voltemos aos gregos, responsáveis maiores pelas bases do pensamento ocidental. “Poesis” em grego significa criar. Especificamente

aquilo que o ser humano cria, e cria para realizar aquilo que o distingue como humano, ou seja, torná-lo consciente, transgressão que remonta ao mito do Paraíso quando o par original comeu o fruto proibido e deixou de ser uma existência natural. Homero não foi um “poeta” porque escreveu numa métrica correta, com ritmo, belos versos descritivos das façanhas de gregos e troianos nas planícies de Ilião, assim como das aventuras do herói Odisseus. Ele, Homero, foi um “poeta” porque **criou** a base da alma grega, tornou-a acessível ao entendimento geral, propagou o conhecimento do que é ser grego e do que cada grego é. Realizou democraticamente a receita do “Conhece-te a ti mesmo”. A rigor, foi um extraordinário cientista, o protótipo do divulgador da ciência do Homem. Assim o foram os grandes profetas, assim é o discurso proferido por Cristo, conhecido como “Sermão da Montanha”, assim penetramos em nossa existência com Dante na Divina Comédia, ou lendo as páginas de Shakespeare, ou vendo e ouvindo seu teatro, ou os personagens que se imortalizaram na literatura que certamente não é entretenimento, mas uma das mais sérias e consistentes incursões na experiência e conhecimento do Homem.

Definitivamente a Ciência do Homem não é uma ciência objetiva. Essa tem sido a missão da Psicanálise: instrumentalizar nossa aventura científica com recursos capazes de penetrar em nossa subjetividade com método e como amantes da verdade. Modernamente a Psicanálise é o instrumento capaz de ser o guia, como o foi Virgílio com Dante. E de conseguir penetrar naquele mundo povoado de fantasmas e transfigurá-lo em projetos maiores necessários à redenção da estupidez atolada na ilusão da objetividade. Creio que leitores mais avisados julgarão que estou tentando impregná-los com um discurso “religioso”. Devo informar a esses que essa suposição é rigorosamente verdadeira. Contudo que não haja equívocos. Não há nele nenhuma pretensão de invocar seitas ou rituais. Mas retornar ao sentido do que religião é. É tão somente **religar-se**. Religar-se a si mesmo. Voltamos ao “Conhece-te a ti mesmo”. Em Vedanta, a filosofia dos Vedas, há uma expressão para isso. É “Sanatana Dharma”, ou seja, “a Religião Eterna”. Por muitos caminhos, portanto, o ser humano tenta, desde que se encontrou com o próximo, encontrar-se consigo mesmo.

Retornemos a Freud. Com muita propriedade Danilo Perestrello, certamente o maior mestre da Psicossomática brasileira e seu incontestável pioneiro, assinalava que houve “dois Freuds”. Um dedicado à Teoria e outro expositor minucioso da experiência clínica acompanhada com reflexões técnicas geniais. O primeiro, guiado pela ideologia científica da época, naturalista, volta a reflexão biológica ainda inspirada e gerada por seus fantasmas tutelares, Du Bois Raymond, Helmholtz e seu professor Ernst Brücke, e claro, também, seu professor de Psiquiatria, cujo lugar na

Universidade de Viena aspirava ocupar. Theodor Meynert. Eloqüentemente, seus escritos anteriores à “Interpretação dos Sonhos”, são vazados em propostas de estudos etiopatogênicos, dentro do estrito modelo médico-biológico. Tudo isso começa a ruir com sua incursão genial no mundo dos sonhos em 1900. Seu amigo Joseph Breuer não agüentou essa heresia e se afastou dele e possivelmente também Wilhelm Fliess. Freud estava, depois de atravessar o Cocito, sem barqueiro nem Virgílio. Só, dividiu-se. Uma parte, ainda protegida pelos velhos mestres e a outra, desbravando o mundo subjetivo da intimidade humana. É curioso que a neurociência atual prestigie justamente o Freud teórico e menospreze o Freud clínico. Coube a Viktor von Weizsäcker e Laín-Entralgo e entre nós, Danilo Perestrello, evocar a importância do Freud clínico para a Medicina como prática antropológica e como substrato mais legítimo para o futuro da Medicina Psicossomática. Em *Training in Psychosomatic Medicine*, Danilo Perestrello, em simpósio internacional, escrevia: **“Não há doenças psicossomáticas; todas as doenças são psicossomáticas”**.

III - Desafios à Psicossomática

Contemplemos a “Pietà” de Michelangelo, esculpida em 1499 e exposta logo à entrada, à direita, na Basílica de São Pedro no Vaticano. Uma jovem mãe tem em seu regaço o corpo do filho morto. O corpo inerte jaz desvalido no regaço pungente da tristeza. Há amor na forma de segurar o corpo; há solenidade, como se fosse uma oferenda, na postura da jovem mãe. Não há realidade objetiva nesta cena; há sim uma totalidade de metáforas de alta densidade significativa. Percebe-se nesta cena o próprio drama da humanidade nesse quadro onde a morte e a vida se encontram. Origem e fim; projeto e desfecho; drama e história. Não há quem, diante da cena, não se pergunte: “e depois?”

Depois, nós como médicos, gostaríamos de curar a tristeza da jovem mãe e devolver a vida a esse filho, entregue às sombras. Mas somos impotentes diante do quadro e o que nos resta é sofrer juntos é ser empático, experimentando o permanente diálogo entre a morte e a vida em nossa própria experiência e a suprema tristeza de nossas próprias perdas. Nesse momento somos humanos e não conseguimos mais ver apenas mera estátua, mesmo uma maravilhosa obra de arte. Não há mais deslumbramento: há a redescoberta de nossa condição humana.

Em nosso drama buscamos consolo em nossos mestres e nos deitamos em seu regaço buscando soluções para nosso próprio sofrimento. E, então nos lembra o grande Leonardo da Vinci: *“Colui che in una discussione fa sfoggio di autorità, non usa la ragione, ma la memoria”* (aquele

que numa discussão recorre à autoridade não usa a razão, mas a memória). Voltemos à cena e o único consolo é recuperar nossa razão, ou seja, nossa capacidade de pensar, para não nos afundarmos em miséria e sofrimento e perguntar à jovem mãe: “Mãe, o que aconteceu?”. E assim ouvimos o mais extraordinário relato da história da humanidade e, com isso, percebermos que estamos vivos. E continuar a missão de salvar, que foi o grande objetivo daquele grande Mestre, agora inerte.

Esse entrar na cena do paciente é o passo decisivo do médico que aspira tornar seu ato um ato humano, além de técnico, mecânico, mesmo biológico. Será essa a missão do médico? Deverá ele se importar com a condição humana, com o conflito social, com a realização dos potenciais individuais que garantem a aquisição da identidade e consolidam seu papel social; com a qualidade de vida de seu paciente? Que isso tem a ver com patogenia, ou estamos apenas panfletando humanismo e ampliando o papel da terapêutica médica para além de seus deveres consagrados pela tradição, bem estabelecidos desde os tempos hipocráticos, que enfatizava a ação médica dentro dos limites da *physis*, ou seja, da natureza, embora Hipócrates sustentasse que não deveríamos descuidar de sua alma. Enfim, o que isso tem a ver com a nossa área de conhecimento que é a Psicossomática e com a prática quotidiana da Medicina, já tão comprometida com tantas especialidades, aparelhos e intervenções? Por que ainda acrescentar tais considerações que evocam a filosofia ética, os libelos dos humanistas sonhadores e as pregações ingênuas dos párcos, idealistas ou oportunistas, que tentam converter seus fiéis aos bons caminhos da vida?

Que dizem os patogenicistas, mentores maiores dos fundamentos de Psicossomática? Começemos com Ludolf Krehl esse eminente Professor em Heidelberg, mestre de Viktor von Weizsäcker que na sua *Pathologische Physiologie* de 1893 escreveu, “a fisiopatologia 'tradicional', a orientada pelos 'filhos do Romantismo' e por Claude Bernard, é essencialmente inválida para resolver com plenitude os problemas clínicos; ou, com outras palavras, que aquela fisiopatologia não é senão uma esquematização artificiosa e insuficiente da realidade observável no enfermo”. Manuel Cabaleiro Goas em *Temas Psiquiátricos* (1959) referindo-se Laín-Entralgo em seu texto “La História Clínica”, cita este trecho desse notável professor de Medicina de Heidelberg e que influenciou gerações de médicos eminentes. Laín-Entralgo chama esse grupo de Escola de Heidelberg, onde inclui os já citados e também Richard Siebeck. Vale assinalar dois outros trechos mencionados por esse notável e erudito psiquiatra espanhol, Manuel Cabeleiro Goas. Pedro Laín-Entralgo, no primeiro deles, conta que Krehl antes de 1920 afirmava que todos os problemas médicos são

psicossomáticos e aproveita para citar uma famosa resposta ao discurso de Gustav von Bergman pronunciado na Sociedade Alemã de Medicina Interna. Entre outras coisas, diz Krehl: “Costumamos separar os sintomas anímicos dos sintomas corporais por conta de sua natureza diferente, porém no doente eles se acham indissolivelmente unidos ... Somente se considerarmos como uma unidade o homem doente com todos os seus sintomas, poderemos então tratá-lo realmente. Não basta tratar cirurgicamente a um doente com úlcera e psicicamente outro com neurose. Nossa missão é suprimir, se isso for possível, o dano fundamental do qual tudo nasce e combater cada um dos sintomas com os meios adequados a sua natureza” (Laín-Entralgo: A História Clínica).

A cada passo, tanto Cabaleiro Goas como Laín-Entralgo acentuam a importância da Psicanálise como desencadeadora de uma revolução nos conceitos da patologia. Em 1925 aparece um livro organizado por Oswald Schwartz, urologista vienense, que reuniu vários eminentes médicos para redigir uma obra que consagrou esse grupo como o “círculo de Viena”. Schwartz cria uma nova disciplina, a Psicobiologia, nome semelhante a Psicobiologia de Adolf Meyer, que surgiu nos Estados Unidos cerca de 15 anos antes. Schwartz acentua que a decisão diagnóstica não deve ater-se ao se é “orgânico ou psicógeno”, senão “quê significado, quê posição os transtornos somáticos e psíquicos correspondem na totalidade do quadro patológico”. Rudolf Siebeck, desse mesmo círculo acentua: “Um amplo diagnóstico requer sempre que se esclareça a patogenia e a importância de fatores endógenos e exógenos corporais e anímicos em sua estrutura total. Sempre que pareça provável a existência de sintomas” funcionais “ou” neuróticos “há que se examinar minuciosamente a possível presença de profundas alterações” orgânicas “no sistema nervoso ou nos órgãos vegetativos. Finalmente, somente se poderá formular o” diagnóstico “individual se este compreende a personalidade, destino e missão vital do doente”. É interessante a referência final que Cabaleiro Goas faz a Gustav von Bergman que tanta influência exerceu nos médicos da primeira metade do século XX com sua “Patologia Funcional”: “em muitas ocasiões podemos prestar (ao enfermo) um serviço da maior importância se somos capazes de nos compenetrar de seus conflitos, com seus sofrimentos somáticos e psíquicos, com toda sua vida interna, de que aplicando a seu estudo todos os conhecimentos científicos naturais do 'mundo real externo”.

Diferentemente da perspectiva europeia de Heidelberg, eminentemente antropológica, a psicossomática americana, desenvolvida principalmente com a emigração de Franz Alexander (discípulo de Freud) aos Estados Unidos nos anos 30 e sua definitiva instalação em Chicago fundando o Instituto Psicanalítico e Psicossomático de Chicago e com a

publicação do primeiro número da revista *Psychosomatic Medicine* em 1939, toma como seu paradigma o roteiro biológico e o raciocínio etiopatogênico causal da Psicanálise e se torna o centro mundial de estudo da patogenia psicossomática das doenças. Heidelberg estudando os doentes; Chicago estudando as doenças: versão atualizada das Medicinas de Cós e de Cnido respectivamente dos tempos hipocráticos. A fusão das duas começa a ocorrer no século XXI acenando para uma prática de *Medicina da Pessoa* como a proposta de Danilo Perestrello entre nós. Pessoalmente, de maneira um pouco irônica, iniciei há tempos um trabalho meu afirmando que no futuro poderíamos afirmar que a maior descoberta médica do século XX foi a descoberta do homem. Creio que entramos no século XXI e, infelizmente, constato que a descoberta ainda não está sendo utilizada no cotidiano da prática assistencial, salvo em sistemas e ambientes isolados dos demais.

O maior defeito das várias propostas americanas, a de Franz Alexander sobre especificidade do conflito, a de Flanders Dunbar, com seus tipos de personalidade, a de E. Weiss e O. Spurgeon English com seus três grupos de doentes psicossomáticos, foi manter-se nos limites estreitos do estudo da doença. Por outro lado, vemos a psicossomática inspirar psiquiatras como Karl Menninger e William Menninger, que estabelecem a Clínica Menninger em Topeka, USA, que se tornou posteriormente a *Menninger Foundation*, em Houston. Ambas influenciaram a educação médica e particularmente William dedicou-se a desenhar a idéia de um hospital como uma comunidade terapêutica. Destaco o professor de Psiquiatria George L. Engel da Rochester University com seu conceito de sociopsicossomática. Em seu livro *Psychological Development in Health and Disease*, destaca que a vida humana se desenvolve em crises e que a cada momento vulnerabilidades orgânicas cedem às exigências do ambiente em confronto com as contínuas transformações biológicas e necessidades adaptativas e assim se instala a doença. Uma idéia de totalidade que leva em consideração o conjunto dos elementos que nos organizam para a saúde ou para a doença, esta não mais um mero resultado de um acidente entre um agente nocivo e um organismo sadio. Desenvolver-se é uma aventura extremamente complexa e mais que apenas destacar agentes patogênicos há que se entender os complexos sistemas que organizam a vida.

A visão antropológica que estuda, além das doenças, o homem doente, utiliza a psicanálise de maneira diferente daquela que os americanos usam que é buscar possíveis conexões etiológicas entre conflitos psíquicos e expressões somáticas no corpo, orientação que os principais argentinos dedicados ao estudo da psicossomática, Angel Garma e Arnaldo Raskovsky, seguiram dando maior ênfase aos aspectos

psicodinâmicos da psicanálise e praticamente transformando o “doente psicossomático” em um candidato a uma indicação psicanalítica e a própria psicossomática uma subespecialidade da Psicanálise. A influência de Adolf Meyer nos Estados Unidos foi, creio, decisiva para desviar o estudo biográfico estimulado pela Psicanálise para um levantamento de fatos ocorridos e não, como ocorreu na medicina antropológica particularmente na de Heidelberg, um estudo biográfico da vivência, ou seja, como os pacientes experimentaram suas próprias biografias, destacando uma biografia intimista, diferente da americana, nitidamente behaviorista, numa associação bizarra entre Psicanálise e Behaviorismo. Adolf Meyer e a Psicobiologia tiveram esse mérito questionável de confundir fatos ocorridos com a verdadeira biografia vivenciada do paciente, a única capaz de dar sentido ao “ser-doente”, ao “homem-doente”, como destacado pela Antropologia Médica.

Nesse particular é notável o trabalho dos espanhóis, José Letamendi, Roberto Nova Santos, Pedro Laín-Entralgo, Manuel Cabaleiro Goas, Ramón Sarró, Rof Carballo e Gregorio Marañón, entre uma plêiade de entusiastas da Escola de Heidelberg e que progressivamente têm influenciado a psicossomática sul-americana. Finalmente a figura de Lennart Levi, que fundou há mais de quarenta anos, o Laboratório de Estresse Social no Instituto Karolinska em Estocolmo. Sua contribuição é das mais importantes para levarmos a cabo a proposta de Engel e realizarmos a Medicina que contenha os conceitos fundamentais de Cannon e de Hans Selye. Pode-se compreender que os dois conceitos de homeostase e de estresse se interpenetraram e nos permitem entender a sugestão de Descartes que a glândula pineal é a fonte de encontro da alma com o corpo. Não precisamos de um local físico para entender esse encontro. Hoje, com a teoria de sistemas, podemos divisar a interseção de dois sistemas, o simbólico e o físico, o primeiro em crise manifestando angústia; e o segundo mostrando estresse como o desequilíbrio da homeostase, ambos sistemas interferindo um sobre o outro como uma unidade psicofísica, finalmente nos permitindo pensar efetivamente essa totalidade que os primeiros inspirados médicos, como von Weizsäcker, propuseram. Será esse o futuro da psicossomática?

IV - O amanhã da Psicossomática

Um pequeno exercício: Poderíamos considerar chorar uma hipersecreção das glândulas lacrimais? Poderíamos considerar o riso uma contração espasmódica dos músculos da face? Poderíamos considerar a dor uma hiperestimulação dos nociceptores? Claro, momentaneamente, ficamos confusos, pensando que a hipersecreção lacrimal possa “causar” o

choro. A questão é que estamos falando de dois sistemas diferentes. O primeiro faz parte de um sistema anímico que se expressa através de funções mentais, funções essas que são mediadas pelo sistema nervoso central. O segundo mostra um sistema biológico. Se um médico utiliza um ou outro, entende coisas diferentes e age com recursos diferentes. Veja o esquema abaixo.

Contraste entre percepção biológica e psicológica

	Percepção Biológica	Percepção Psicológica
Vê	O Corpo	O Símbolo
Ouve	O Sintoma	O Texto
Entende	O Diagnóstico	A História
Atua	Na Causa	Na Relação

A confusão resulta em reducionismos perigosos. Um dele é confundir vida mental com atividade do sistema nervoso central. Vida mental se processa na relação humana, mesmo que não haja um outro ser físico como interlocutor, eles existem na intimidade da experiência como interlocutores mentais, que são percebidos quando entramos na cena dos pensamentos dos pacientes, ou por introspecção, em nossa própria cena mental. Assim, vida mental não faz parte de um sistema biológico de uma unidade viva chamada ser humano; faz parte de uma transcendência do existir humano que se chama relação. A relação humana não pode ser compreendida como compreendemos a relação entre os tecidos do corpo, da mesma forma não podemos compreender a sociedade humana como compreendemos a relação entre duas pessoas. Tais reducionismos nos têm levado a tentar simplificar intervenções biológicas, psicológicas ou sociais com resultados freqüentemente desastrosos. Reducionismos resultam em iatrogenias graves e danosas por utilizações idealizadas de psicotrópicos, de métodos psicanalíticos ou de esquemas psicoterápicos rígidos com pretensões a panacéias. Tais desinformações têm provocado indicações terapêuticas tipo: problemas emocionais → psicólogo; ansiedade → ansiolítico; depressão → anti-depressivo. Mais grave ainda é confundir psicossomática com perturbação psicológica e se receitar ao paciente um psicólogo. Reducionismos de âmbito social têm provocado grandes desastres sociais, com esquemas salvacionistas, ora econômicos, ora históricos, ora filosóficos, impingindo a grandes coletividades sofrimentos absurdos.

Imaginar que a mente está no cérebro porque agindo sobre ele estamos produzindo alterações mentais é um desses reducionismos extremamente perigosos. Há muito venho insistindo, muito inspirado pelo conceito de campo psicanalítico, de que a mente não está **em** está **entre** as pessoas. É um fenômeno da psicologia bipessoal e não unipessoal. A experiência de qualidades humanas faz parte de expressões dessa psicologia bipessoal. Por exemplo, palavras como homem, mãe, professor, marido, médico, só existem nesse campo de relações que prefiro chamar de diádico. Homem só existe por contraste com a mulher; mãe só existe porque há um filho; professor só existe na relação com o aluno; marido, só com esposa e médico só existe porque há paciente. É interessante que a palavra “advogado” que quer dizer “falar por” só existe quando há um cliente. Sem o cliente é apenas um bacharel de Direito. Claro, o vice-versa se aplica nesses casos. São, portanto, experiências transcendentais das unidades de vida isoladas, experiências que constituem um sistema que vai além da experiência sensorial e que apela para a experiência íntima. Essa é a experiência íntima a que von Weizsäcker se referia a propósito da Psicanálise e que o levou a criar “O Círculo da Forma”, um sistema transcendente das unidades humanas isoladas.

As doenças que estabeleceram nítidos vínculos causais com distúrbios de neurotransmissores ou lesões de áreas cerebrais, simplesmente deixaram de fazer parte de uma casuística psicossomática para se legitimarem na especialidade da Neurologia. Contudo, não perdem sua vinculação com a psicossomática porque sempre há um doente por trás da doença e sempre há uma relação médico-paciente na função diagnóstica e terapêutica. São duas dimensões que se interpenetram permanentemente na terapêutica: os atos relativos à doença e à relação médico-paciente. Abaixo um esquema para sintetizar essa diferença.

O Ato e a Relação

	ATO	RELAÇÃO
ACESSO	visão	audição
MÉTODO	observação	interlocução
CONTEÚDO	modificação da realidade	modificação do sentido
DINÂMICA	causa/ consequência	significante/ significado
OBJETIVO	efeito	consciência
TEORIA	fenomenologia	hermenêutica
CIÊNCIA	natural	cultural

Qual a perspectiva da medicina psicossomática, centralizando-se a preocupação médica no homem doente e não apenas no sofrimento físico manifesto na lesão, seja funcional ou anatômico, condições que chamamos doença?

Será na relação humana com o paciente, ou seja na relação médico-paciente. Para isso, como instrumento diagnóstico para se “diagnosticar” o doente, criei em 1974 a “história da pessoa” junto com Danilo Perestrello, que escreveu sobre a **Medicina da Pessoa**. Criei uma nova abordagem amnésica, com ênfase no relato espontâneo, no estudo do vínculo emocional, na análise das crises de vida e na análise do campo transferencial inconsciente evocado na relação médico-paciente.

Um retorno à clínica torna-se imperativo com a redução aos apelos obsessivos a exames complementares custosos e desnecessários porque deixam de ser indicadores do “nada consta” biológico e porque o médico saberá compreender a intimidade sofredora dos pacientes, detectando suas queixas funcionais como dramas da vida evocados pelo estresse. Custos enormes que quase paralisam a assistência pública podem ser assim poupados e o paciente e o médico, e não a máquina e o fármaco, passam ao primeiro plano das ações de saúde que poderá assim realizar um projeto prescritivo eficaz na medida em que o médico entender a experiência humana, poder acompanhá-la, orientar saudavelmente seus pacientes, transformar sua relação com seus pacientes em um instrumento terapêutico antiestresse, utilizar enfim seus conhecimentos do viver humano como remédio privilegiado da terapêutica. Um exemplo foi nossa iniciativa de instituir em uma Maternidade o programa que denominei de “arquitetura de nidificação” que consistia em propiciar um encontro mãe-bebê, preparando psicologicamente a gestante para seu encontro com seu filho, acompanhando-a no pré, per e pós-parto. Os resultados foram altamente compensadores, embora ainda não se tenha avaliado em longo prazo seus resultados.

É verdade que, dentro da educação médica atual, um projeto psicossomático necessita equipe multidisciplinar com psicólogos treinados em Psicologia Médica e enfermagem como agentes de saúde mental. A experiência dessas equipes multidisciplinares no Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica no Hospital Geral da Santa Casa do Rio de Janeiro, Serviço iniciado em 1958, há quase cinquenta anos, provou-nos que acompanhamentos clínicos monitorados pela psicologia médica, pré ou pós-cirúrgicos, pediátricos ou em maternidade geram decréscimo considerável de estresse hospitalar, otimização da terapêutica, tranquilização de familiares e acompanhantes, com procedimentos psicológicos bastante simples baseados no conhecimento psicodinâmico da

história do paciente e do relacionamento terapêutico. Desta forma, podemos conceituar da seguinte maneira a Psicossomática nos dias atuais (o que poderá ser a prática médica futura): **Psicossomática é o estudo empírico das relações mente-corpo em Medicina e a formulação das bases técnicas para a compreensão sistêmica das doenças e das intervenções transdisciplinares da terapêutica.** Sua prática clínica se consubstancia na Psicologia Médica, tomando como paradigma e foco assistencial a pessoa do doente. Tudo isso certamente deverá levar a uma ampla reformulação do ensino dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, na medida em que se possa criar departamentos de Antropologia Médica para desenvolver o preparo adequado do profissional.

Psicossomática efetivamente não é uma especialidade. É o conhecimento do ser-doente. E como tal é a própria Medicina. Como será a Psicossomática no futuro? No meu entender, como deveria ser hoje a Medicina.

VI - Referências bibliográficas

- ALEXANDER, F.G, SELESNICK, S.T. (1966) - *The History of Psychiatry*. Harper & Row, NY,.
- ALEXANDER, F.; FRENCH, M.T.; POLOCK (1968) *Psychosomatic Specificity, The University of Chicago Press*.
- ALEXANDER, F. (1964) "Psychological Aspects in Medicine" in: *Evolution on Psychosomatic Concepts*, Hogarth Press.
- BALINT, M. (1988) *O Médico, Seu Paciente e a Doença*, Trad. brasileira, Ed. Atheneu, R.J.
- BASS, C. (1990) - *Somatization: Physical Symptoms and Psychological Illness*. London, Blackwell Scientific Publications, 1990
- BERGMAN, G (1940) *Patologia Funcional*, Edit. Labor, Barcelona, 1940.
- CABALEIRO GOÁS, M. (1959) *Temas Psiquiátricos*, Paz Montalvo, Madrid, 1959.
- CARBALLO, R. (1955) *Patologia Psicossomática*, Edit. Paz Montalvo, 3ª. Ed. 1955.
- CASSIRER, E. (1977) - *Antropologia Filosófica: Ensaio sobre o Homem* - Introdução a uma Filosofia da Cultura Humana. São Paulo. Editora Mestre Jou.
- DAMASIO, A. (1999) *The Feeling of what Happens* Hartcourt Brace & Co.
- DENNETT, D.C. (1996) *Kinds of Minds*, Basic Books.
- DEUTSCH, F. (1965) "Psychoanalysis and Internal Medicine" in: *Evolution in Psychosomatic Concepts* Hogarth Press.
- ENGEL, G. L. (1962) *Psychological Development in Health and Disease*, W.B.Saunders C°.
- EKSTERMAN, A. (1966) "Fatores Iatrogênicos na Relação Médico-Paciente", *Jornal Brasileiro de Medicina*, vol.XV, nº 6, 414:421.

- _____ (1974) "A História da Pessoa", in: "A Medicina da Pessoa" D.Perestrello), Ed.Atheneu,R.J.
- _____ (1977) "Comentário Crítico sobre o Conceito de Somatização" - Medicina Del Atlântico, Rev. Argentina de Ciências Médicas, nº 221.
- _____ (1978) "Psicanálise, Psicossomática e Medicina da Pessoa", Abertura, nº 5, R.J.
- _____ (1978) - "O Clínico como Psicanalista" Anais do II Encontro Argentino Brasileiro de Medicina Psicossomática, S.Paulo.
- _____ (1986) "Relação Médico-Paciente na Observação Clínica", Clínica Médica, vol.4, 32:45
- _____ (1986) "A Relação Estudante-Paciente" Residência Médica, vol.15 nº 2.
- _____ (1985) - "A Metapsicologia de Freud" in:(Freud, S. - *Neuroses de Transferência: Uma síntese*, Tradução de Abram Eksterman.) Imago Ed..
- _____. (1989) "Os três Eixos Teóricos do Pensamento Clínico de Freud". In: *A Presença de Freud*. Rio de Janeiro: Editora Rio de Janeiro: Ed, Tempo Brasileiro.
- _____. (1992) - "Medicina Psicossomática no Brasil". In: *Psicossomática Hoje*, Júlio de Mello Fº et al. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, p.28 33.
- _____. (1992) - "Psicossomática: o Diálogo entre a Psicanálise e a Medicina". In: *Psicossomática Hoje*, Júlio de Mello Fº et al., Porto Alegre: Editora Artes Médicas, p.77 a 85.
- _____ (1994) "Abordagem Psicodinâmica dos Sintomas Somáticos", Rev. Brasileira de Psicanálise, vol. XXVIII, nº 1, 9:24.
- _____. (1995) "Doutrina e crítica a metapsicologia". In: *FÓRUM DE PSICANÁLISE, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE DE SÃO PAULO*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- _____. (2000) - "A Educação Médica entre o Tecnicismo e o Humanismo". In: *CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO MEDICA*, publicação da Academia Nacional de Medicina, Rio de Janeiro. 315-324.
- (2006) - "Ten Psychoanalytical Mistakes in Freud's Theory Apresentado na Conferência Comemorativa dos 150 anos do nascimento de Freud, Praga,Rep.Tcheca.
- FREUD, S. (1964) - *The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. The Hogarth Press Lt., London.
- GARDNER, H. (1985) *The Mind's New Science*, Basic Books.
- HAUSER, M.D. - *Moral Minds: How Nature Designed Our Universal Sense of Right and Wrong*, Ecco, N.Y. 2006.
- HOPKINS, Ph. (Ed.) (1972) *Patient-Centred Medicine*, Regional Doctor Publications Lt.
- KAPLAN and SADOCK - *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th ed. Vol.

- I. Lippincott Williams & Wilkins, 2000
- KORZYBSKI, A. (1958) - *Science and Sanity*. The Colonial Press, Massachusetts.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1961) - *Enfermedad y pecado*, Barcelona, Toray.
- _____. (1950) *La Historia Clínica*, C.S.I.C., Madrid.
- _____. (1950) *Introducción histórica al estudio de la Patología Psicosomática*, Edid. Paz Montalvo.
- _____. (1984) *Antropología Médica*, Salvat.
- LAIN-ENTRALGO, P. (organiz.) (1973) *Historia Universal de la Medicina* Salvat Ed.
- LEVI, L. (org.) (1971) - *Society, Stress and disease*. vol. 1, *The Psychosocial environment and psychomatic diseases*. London, Oxford University Press.
- LOPEZ IBOR, J.J. (1950) *La Angustia Vital*.
- MELLO, J.F.º (Org.) *Psicossomática Hoje*, Artes Médicas.
- PENNA, A.G. (1944) - *Filosofia da Mente: Introdução ao estudo crítico da psicologia*. Rio de Janeiro: Ed. Imago.
- PERESTRELLO, D (1958) - *Medicina Psicossomática* Rd. Borsoi.
- _____. (1964) "Stellungnahme und Tätigkeitsbericht aus Brasilien" (in: *Training in Psychosomatic Medicine*) Edit. Por Felix Deutsch, Hafner Publ. Co., N.Y.
- _____. (1974) - *A Medicina da Pessoa*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 5ª Edição, 2005
- _____. (1987) - "Se Freud estivesse vivo". In: *Trabalhos Escolhidos*, Atheneu, Rio de Janeiro.
- _____. (1987) - "Sigmund Freud médico". In: *Trabalhos Escolhidos*, Atheneu, Rio de Janeiro.
- SEARLE, J.R. (1987) - *Mente, Cérebro e Ciência*. Biblioteca de Filosofia Contemporânea Ed. 70, Lisboa.
- _____. (1988) - *O Mistério da Consciência*. São Paulo: Ed. Paz e Terra.
- SPERRY, R.W. (1968) - "Hemispheric disconnection and unity in conscious awareness". *American Psychologist*, 23 (10), 723-733.
- von WEZSÄCKER, V. (1956) *El Hombre Enfermo* (Trad.do alemão: *Der Kranke Mensch*) Luis Miracle, Ed. Barcelona.
- _____. (1962) *El Circulo de la Forma* (Trad. do alemão :*Der Gestaltkreis, Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*), Ed. Morata. Madrid
- WHITE, P. (2005) *Psychosocial Medicine*, Oxford Un.Press.
- WINTERS, E.E. (1957) - *The Collected Papers of Adolph Meyer*. Vol. III: *Medical Teaching*, Johns Hopkins Press, Baltimore.
- ZYLBOORG, G. (1941) *A History of Medical Psychology* W.W. Norton Inc., N.Y. 1969.

PSICOSSOMÁTICA AMANHÃ

Psychosomatic tomorrow
EUGENIO PAES CAMPOS *

Resumo: O presente trabalho é uma análise reflexiva sobre as condições do mundo de hoje, globalizado e marcado pelo avanço do conhecimento e da tecnologia, com a conseqüente aceleração do ritmo de vida. Destaca-se a competitividade e o individualismo resultantes, que geram ruptura das normas sociais e das relações afetivas, elevando o nível de estresse e reduzindo a qualidade de vida. Discutem-se os possíveis caminhos a seguir e as questões com as quais conviverá a psicossomática amanhã.

Palavras-chave: Medicina psicossomática; Estresse; Qualidade de vida.

Abstract: This paper makes an introspective analysis about a globalized world characterized by the advanced knowledge of technology with a resulting competitiveness, selfishness and rupture of affective relations and social ethics; as a consequence, rises the increase of stress disorders and a decrease of quality of life. The author propose possible paths to trail for solutions and stand questions with which will deal the Psychosomatic Medicine of the future.

Keywords: Psychosomatic Medicine; Stress; Quality of Life

* Médico e Psicólogo. Doutor em Psicologia
Prof. de Psicologia Médica da Fundação Educacional Serra dos Órgãos-
FESO
ex-presidente da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática- ABMP
Endereço para correspondência : eugenio.campos@ig.com.br

PSICOSSOMÁTICA AMANHÃ

Psychosomatic Tomorrow
EUGENIO PAES CAMPOS

Discorrer sobre a psicossomática amanhã é, necessariamente, um exercício de reflexão, de especulação, de cenários futuros, a partir de fatos presentes. Mas, antes, pensemos no seu objeto, conforme definido pela Associação Brasileira de Medicina Psicossomática: “estudo das conexões sociopsicossomáticas e do exercício da interdisciplinaridade”.

A psicossomática preocupa-se com as interfaces, as conexões, as ligações entre o biológico, psicológico e social. Preocupa-se com a integração, ao partir do princípio que o ser humano constitui-se numa unidade composta, indissociavelmente, por um corpo físico, uma subjetividade pessoal e singular, e um contexto histórico e social onde vive inserido. Cada ser humano é único, individual, mas todos os seres humanos vivem e convivem em interação uns como os outros e com o ambiente que os circunda. A interdisciplinaridade emerge naturalmente como forma inevitável de lidar com o conhecimento, na vivência do dia-a-dia.

Talvez a primeira questão acerca da psicossomática amanhã seja, exatamente, sobre a sobrevivência dos seus princípios. O mundo hoje parece valorizar o concreto, palpável, material. Parece, também, privilegiar o individualismo e a competitividade em contraposição e prejuízo da subjetividade e dos valores sociais, coletivos. Nesse sentido, caminha na contramão da psicossomática.

A produção do conhecimento e a tecnologia conseqüente avançam de forma extremamente veloz, aceleram os meios de transporte e comunicação e disponibilizam, à sociedade, uma quantidade inimaginável de bens e serviços, estimulando as pessoas a consumi-los. Fica difícil preservar valores coletivos quando tanta coisa é oferecida ao consumo individual.

Fica mais difícil ainda quando todos querem possuir o máximo que lhes for possível. A constatação é que só uns poucos usufruem do que é produzido. A riqueza está concentrada em cerca de 20% da população mundial. Os 80% restantes, ou estão no limite do suficiente e ávidos com a possibilidade de passar para o “lado de lá”, ou lutam desesperadamente para sobreviver na busca de recursos elementares como alimentação e moradia. O consumismo supera em muito a preocupação ética, com a coletividade, com o conjunto de cidadãos. Prevaecem a força e o poder para a conquista e manutenção dos bens materiais. Tudo isso segue na direção

oposta à psicossomática.

E tudo se faz de forma cada vez mais rápida. A vida parece tão apressada ultimamente, que o amanhã está cada vez mais próximo do hoje. Se não pensarmos nele, logo, logo, se torna ontem. Talvez possamos avançar nesta reflexão exatamente pela percepção de que o tempo se acelerou. Certamente, estamos mais apressados. E a tendência é de que mais apressados fiquemos. Por que estamos assim? O que a psicossomática tem a ver com isso?

A pressa tem a ver com a velocidade como o conhecimento e a tecnologia são produzidos atualmente (Toffler, 1972). Tem a ver com a velocidade com que nos deslocamos (através dos meios de transporte) e com que entramos em contato com as informações e os bens (através dos diversos meios de comunicação). A resultante é a incrível quantidade de “coisas” oferecidas ao nosso uso (consumo).

O que nos acelera é que tomamos conhecimento de muitas coisas, mais rapidamente, e nos deslocamos mais rapidamente de um lugar para outro. Logo, nossa agenda fica mais cheia. Como disse, há muita coisa para consumir e o dia continua tendo vinte e quatro horas. Urge que aceleremos nosso ritmo para consumir o tanto que nos é oferecido.

Oferecido ou “imposto”? Vá lá, “seduzido”. Os veículos de comunicação, sobretudo a televisão e a Internet “habitam” a maioria dos lares, dos lugares de trabalho, os lugares públicos (como aeroportos, rodoviárias, restaurantes, hotéis, clínicas, etc). É difícil “escapar” deles. Estão em toda parte: oferecendo, seduzindo, impondo o consumo. Insisto: impondo. Vejam os dizeres: compre! faça! use! adquira! invista! conquiste! Ou seduzindo, através de mulheres bonitas, sucesso financeiro, negócios perfeitos, ambientes paradisíacos, saúde plena, prazer absoluto. Enfim, bombardeio total. Convenhamos, é difícil resistir (Cortella, 2006).

Resistir? A que? Qual é o problema de possuir coisas que nos propiciem saúde, riqueza e prazer? Quanto mais, melhor. Melhor talvez, se realmente pudéssemos ter tudo que desejamos. Ocorre que somos, por natureza, limitados e, sobretudo, insatisfeitos. Jamais estaremos satisfeitos. Por isso, não só temos mais pressa, mas, também, temos mais ambição. Ou ganância. E aí, inevitavelmente, surge (ou se acentua) a competição. São muitos querendo as mesmas coisas. Quem ganhará? Quem chegará primeiro? Quem ficará com os melhores “bocados”?

A competitividade acentua a disputa, os choques de interesse. Até aqui pensamos nos “consumidores”. Mas há os que produzem (e vendem). Aos consumidores cabe ganhar mais para comprar mais. Aos que produzem cabe vender o máximo para lucrar o máximo. Todos se tornam concorrentes de algum modo. Os que produzem vêm nos outros (produtores) “potenciais

inimigos”. Há que afastá-los do caminho. E se o objetivo é vencer o inimigo, todas as estratégias são válidas. Já os consumidores são, para os que produzem, os potenciais compradores. Logo, há que convencê-los a comprar. E, para convencê-los, todas as estratégias são válidas. Alguém disse que, então, os consumidores se transformam em “potenciais otários”. Compram sem saber bem o que compram, ou porque compram.

Referimo-nos, pois, à lógica do mercado (ou do mundo de negócios). A lógica de produzir mais, vender mais, lucrar mais (Martin e Schumann, 1998). Que é também a lógica de consumir mais. Queremos dizer que, se de um lado existe aquele que quer vender seu produto, do outro existe quem queira comprá-lo. A reflexão aqui se amplia para duas questões conseqüentes: as “regras do jogo”, que constituem a moral ou ética do sistema, sobretudo entre os produtores, e a organização de vida dos que se propõem a consumir.

A lógica do mercado “autoriza” os concorrentes a lançar mão de estratégias mais eficazes na busca da conquista desse mercado. Como vimos, trata-se de vencer o inimigo. A mesma “autorização” parece se estender às relações com os consumidores, embora aí as formas sejam bem mais veladas, como dizer que o cliente está em primeiro lugar, o objetivo principal é a qualidade ou a responsabilidade social, o compromisso ecológico, ou outros discursos assemelhados. Na verdade, o que se pretende é vender o produto. Mesmo que seja iludindo o comprador (o “potencial otário”).

O mundo dos negócios pressupõe alguns princípios facilitadores, tais como a desregulamentação da economia, a garantia dos direitos privados, individuais e, em conseqüência, a redução das garantias coletivas, sociais, a redução do poder do Estado em benefício da livre iniciativa (Galbraith, 1996). Tais princípios promovem e sustentam a exacerbação do individualismo e da liberdade individual.

São dois apelos fortes ao ser humano que pensa, que tem uma subjetividade, que é um indivíduo singular, embora inserido no contexto social. A nosso ver, aqui reside a força maior do sistema social prevalente no mundo de hoje. Diz-se que o homem, em algumas épocas, em algumas comunidades, já viveu, ou vive, de forma coletiva, com regras que privilegiam o social e minimizam o individual. É possível. Percebe-se que há, em nós, a dimensão do outro, uma tendência a renunciar a interesses ou desejos pessoais em nome dos outros, humanos, que conosco convivem. Mas certamente há, de forma bem aguçada e desde muitos séculos, em muitos lugares, o impulso para realização dos desejos próprios, individuais. Às vezes, reprimidos, mas presentes no interior, no íntimo dos indivíduos. Quem de nós não conhece, em si mesmo, algo de narcísico, ambicioso,

egoísta ou, simplesmente, auto-referido? Quem de nós não luta pela defesa da sobrevivência pessoal? Ou pela defesa dos bens que acredita serem seus? Quem de nós se satisfaz em ter seus desejos impedidos, seus movimentos cerceados, seus gostos censurados?

A falácia da idéia comunista foi propor justiça social às custas do cerceamento da liberdade individual. A ingenuidade da idéia cristã é propor a solidariedade, acreditando no desprendimento dos humanos.

Todos somos seduzidos pela idéia da liberdade individual. De poder ter e fazer o que se quer. E, se assim é, talvez devamos ser menos rigorosos com qualquer julgamento moral acerca das “regras do jogo” mercadológico, pois, no fundo, todos estamos de acordo. Apenas que, ao final de cada jogo, um ganha e outro perde.

Talvez por isso, pelo “perde e ganha”, o desejo de consumir, nos dias atuais, traz alguns percalços, a começar pela quantidade de bens a serem adquiridos. Isto, obviamente, implica ter recursos financeiros suficientes. E, para tê-los, há que trabalhar mais. Com mais intensidade. Com mais qualificação. Com mais competência em fazer negócio (aqui o consumidor se vê tantas vezes obrigado a fazer o jogo de quem vende, na condição de empregado). E enfrenta alguns conflitos. Dedicar mais tempo ao trabalho, implica dedicar menos tempo ao lazer, à família, à reflexão pessoal, à religião, ao convívio social. A qualificação exige tempo e recursos para conquistar. Sem falar que uma das chamadas “competências para negócio” implica, muitas vezes, em competência para reduzir cargos de trabalho, reduzir “mão-de-obra”. Em outros termos, dispensar, demitir funcionários. Gerar desemprego (Forrester, 1997). Os lucros, todavia, das empresas aumentam. Essa é a situação dos bancários, por exemplo, que são pressionados a atingir as metas de produção da empresa para permanecerem no trabalho, ao mesmo tempo em que vêem as máquinas substituindo paulatinamente suas funções. Ou os profissionais de saúde que são induzidos a atender mais e receber menos, enquanto os empresários do setor querem gastar menos e lucrar mais. Ou, ainda, os usuários das estradas que são obrigados a pagar uma taxa cada vez que por elas circulam, sem terem qualquer alternativa para evitá-las. Este é um exemplo clamoroso de que a chamada “livre iniciativa e livre concorrência” é pura retórica, falso discurso, pois o que acontece é o bloqueio absoluto à livre iniciativa de passar por esta ou aquela estrada. Ou seja, é uma acintosa violência à liberdade individual (Stiglitz, 2002). Acrescente-se que o pagamento do pedágio não reverte aos cofres públicos, senão ao bolso do empresário que o recebe.

Além de tudo, o consumidor, que tem que pagar pela sua sobrevivência (até naquilo que seria básico como educação e saúde), vê-se

premido a reduzir o tempo para quaisquer outras atividades, à exceção do trabalho, caso não queira ter todo o tempo disponível para fazer o que quiser, mas sem dinheiro para adquirir o que quer que seja.

Se seguirmos a lógica do individualismo, pelo menos na sua origem, diríamos que cada cidadão tem direito a existir e existir em liberdade. Poderíamos, reflexivamente, afirmar que, através e a partir da liberdade garantida, ele (cada indivíduo) garantiria seu existir como lhe aprouvesse (que é a forma de exercer sua liberdade). Mas a liberdade (e a liberdade de existir) seria para alguns ou para todos? Questão complicada, que nos remete a algumas inquietações, como o número de pessoas vivendo na miséria e a crescente desigualdade entre ricos e pobres. De 1960 a 1997 a renda média dos 20% mais ricos na população mundial, que era de 30 vezes a dos 20% mais pobres, passou para 74% (Konder, 2000). A violência contra as pessoas e contra a natureza cresce assustadoramente e ameaça a integridade de todos e de cada um. O equilíbrio do planeta está posto à prova. A segurança individual é cada vez mais tênue. Evidentemente todos esses problemas são complexos e multideterminados, mas é inegável que a ambição e a ganância contribuem de forma decisiva para sua ocorrência. Quando as normas sociais se afrouxam e os recursos básicos de sobrevivência (alimentação, habitação, saúde, educação, segurança, transporte, lazer) não são garantidos pela sociedade aos indivíduos, a consequência é que os bens se acumulem nas mãos de uns poucos, enquanto muitos sobrevivam na miséria. Sobrevivam em condições sub humanas. Ou desumanas. A proposta de garantir a liberdade de viver não está sendo alcançada, senão por uma minoria. Logo, o caminho haveria de ser revisto.

Ocorre, ainda, que outra faixa, cada vez maior, parece não se aperceber das consequências dessa luta desigual pelo acesso aos bens oferecidos ao consumo. São aqueles que, como nós, estamos acima da linha da pobreza, mas, para aí permanecermos, chegamos, tantas vezes, ao limite do suportável em termos de estresse e má qualidade de vida. Referimo-nos às concessões que fazemos ao sistema perverso que nos impõem (nos impomos?), na forma de ocupar o nosso tempo, na qualidade das relações interpessoais e familiares que vivenciamos, nas atitudes e valores que praticamos e adotamos. Relegamos ao segundo (ou último) plano o exercício das trocas amorosas, do compartilhamento de prazeres e angústias, a preocupação e o cuidado com os outros (quaisquer outros), a conversa franca e desinteressada, o diálogo reflexivo na busca do sentido de ser ou, simplesmente, na tentativa de amenizar a perplexidade diante do existir (o que é a vida, afinal?). Tanto quanto relegamos o cultivo das artes, dos esportes e da natureza pela única razão de contemplá-las e vivenciá-las,

através da sensibilidade corporal e emocional que insiste em permanecer humana.

Tudo isso anda desvalorizado, desqualificado, protelado ante a imperiosa “necessidade” de fazer negócios, consumir coisas, objetos, ações, corpos e ídolos, títulos e poderes. Não é que não tenhamos desejo de possuí-los. É que o preço cobrado está muito alto. Pelo número de pessoas que sequer sobrevivem dignamente e pelo número daqueles que se fragmentam, se rompem, se dilaceram, se diluem, na falaciosa avidez de ter sem ser.

A solução? Difícil! Até porque muitas das conquistas do conhecimento e da tecnologia nos têm sido úteis. Impossível negá-las. Seria contra-senso um “retorno ao passado”. Mas algo precisa mudar. O planeta começa a dar sinais de exaustão (Comissão sobre Governança Global, 1996). Avançar no mesmo modelo tem sido uma proposta. Ou seja, o conhecimento e a tecnologia trarão a solução. Quem sabe, até lá descobrimos outro planeta onde morar? Se o problema for viver mais, já estamos conseguindo. Com órgãos transplantados, células-tronco injetadas, genes modificados ou, mesmo, indivíduos clonados, iremos mantendo e prolongando a vida...física.

Mas como fica a mente? Como ficam os sentimentos? A consciência? Os desejos? Os ideais? O amor e o ódio? A contemplação e a solidariedade? Coisas do passado? Supérfluas? Descartáveis?

Como ficarão os relacionamentos afetivos? O ato de cuidar? (Boff, 2004; Campos, 2005) A ética, enquanto preocupação com a integridade do outro, sobreviverá?

Como serão criadas as crianças? Continuará havendo crianças? E os velhos? Quando não mais conseguirem manter o ritmo da produção e do consumo, serão descartados?

Eis algumas das questões com que a psicossomática de amanhã deverá conviver. A não ser que ela mesma, a psicossomática, por ser uma ideologia da integração, que vê os seres humanos de forma indissociável e que os percebe numa contínua e constante interação e troca de cuidados com os outros e com o ambiente no qual convivem, também não sobreviva. Se assim for, as questões do futuro não mais pertencerão à psicossomática e estaremos todos fazendo outros discursos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOFF, L. Saber cuidar. Vozes, Petrópolis, 2004.
- CAMPOS, EP. Quem cuida do cuidador. Vozes, Petrópolis, 2005.
- COMISSÃO SOBRE GOVERNANÇA GLOBAL. Nossa comunidade global: relatório da Comissão sobre Governança Global. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.
- CORTELLA, MS. Não nascemos prontos: provocações filosóficas. Vozes, Petrópolis, 2006
- FORRESTER, V. O horror econômico. UNESP, São Paulo, 1997.
- GALBRAITH, JK. Sociedade justa. Campus, Rio de Janeiro, 1996.
- KONDER, L. Os sofrimentos do “homem burguês”. SENAC, São Paulo, 2000
- MARTIN,HP, SCHUMANN,H. A armadilha da globalização. Globo, São Paulo,1998.
- STIGLITZ, JE. A globalização e seus malefícios. Futura, São Paulo, 2002
- TOFFLER, A. O choque do futuro. Artenova, São Paulo, 1972.

PASSADO E PRESENTE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA: REFLEXÕES.

Past and Present Of The Associação Brasileira
de Medicina Psicosomática
JÚLIO DE MELLO FILHO *

Resumo: O autor relata a história do movimento psicossomático brasileiro, desde o nascimento da Associação Brasileira de Medicina Psicosomática (ABMP) até os dias atuais, salientando os profissionais envolvidos, não só com a criação da estrutura institucional, como também com as bases conceituais que alicerçam o movimento, salientando a mudança do panorama multiprofissional na área da saúde.

Palavras-chave: Medicina Psicosomática; Psicologia Médica; Psicanálise.

Abstract :The author describes the history of the brasilian psychosomatic organization, from the rise of the Associação Brasileira de Medicina Psicosomática (ABMP) to the present days,distinguishing not only still committed professionals with institutional organization but also with the scientific conceptions that holds the ABMP and marks the new panorama of the multiprofessional view in health care.

Keywords :Psychosomatic Medicine; Medical Psychology; Psychoanalysis

* Médico;psicanalista

Professor adj. de Psicologia Médica (UERJ)

Coordenador do Projeto Tutoria

Ex-presidente da Sociedade Psicanalítica de Grupo (RJ)

Ex-presidente da ABMP

Autor de oito livros sobre Psicosomática,Psicanálise e Educação Médica

Endereço para contato: juliodemellofilho@terra.com.br

PASSADO E PRESENTE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA: REFLEXÕES

Past and Present Of The Associação Brasileira de Medicina Psicossomática
JÚLIO DE MELLO FILHO

Sem dúvida, a história da ABMP é vitoriosa, porém como em toda organização institucional enfrentou crises e dificuldades, choques de personalidades (tipicamente humano), passou por fases de pouca produção, merecendo críticas e reflexões sobre o seu desenvolvimento, seus acertos e erros.

Por óbvias razões de ética, em relação à imagem dos vivos e também à memória dos mortos, nesse presente texto, vamos discutir menos os conflitos humanos e as relações pessoais e mais os aspectos institucionais.

Nos seus primórdios a ABMP foi produto, indubitavelmente, da cultura e da liderança de grandes homens, no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, aos quais se juntaram figuras de proa da medicina em outros estados, como Minas Gerais e Pernambuco, entre outros. Duas grandes duplas do Rio de Janeiro e de São Paulo, Perestrello e Eksterman e Capisano e Miller, foram, sem dúvida, os primeiros grandes incentivadores do movimento, permitindo criar a Associação e dar os primeiros passos. A capacidade organizacional de Eksterman permitiu à psicossomática tornar-se uma entidade física. Pouco depois eu entrei no movimento, participando ativamente de todas as suas batalhas. Assim, podemos dizer que a psicossomática nasceu sob a égide da amizade, do amor e entre amigos, de duplas.

Paralelamente ao trabalho de Capisano e Miller existiu um outro grupo de São Paulo, liderado por Fernandes Pontes, muito ativo desde o princípio pelo prestígio deste como clínico geral e professor de medicina, na capital e no interior. É interessante assinalar que todos nós éramos professores de medicina e/ou psicanalistas, duas condições ligadas geralmente a um grande idealismo.

Um primeiro problema que se apresentou foi a falta de uma relação real entre os dois grupos de São Paulo, mareados por antigas querelas. Esta situação só foi aminorada em Congresso no Rio de Janeiro, em 1982, quando os cariocas conseguiram aproximar os dois grupos de São Paulo.

O movimento se estruturou nas duas grandes capitais e em seguida em Porto Alegre, sob a ação aglutinadora de Ciro Martins que, além de psicanalista, foi escritor, secundado por Oli Lobato e Milton Abramovith. O

movimento em Porto Alegre evoluiu com altos e baixos, principalmente depois da perda de Ciro, estando atualmente numa fase de crescimento, com a liderança de Maria Helena Souza.

Nossa psicossomática foi desde o início um movimento de nítida inspiração psicanalítica e não poderia deixar de ser assim, pois esta nasceu em termos mundiais com as concepções de Freud no final do século XIX sobre a histeria de conversão, seguidas das contribuições de Ferenczi a este respeito (organo-neuroses), de Jelliffe, Groddeck e Alexander (o grande líder do movimento nas décadas de 50 e 60), todos psicanalistas.

A este respeito Lipowsky divide a história da psicossomática em três fases:

1ª) psicanalítica ou psicodinâmica, desde os trabalhos de Freud até a década de 60.

2ª) behaviorística, na década de 70 até fins da década de 80, caracterizada pelas pesquisas comportamentais e pelos trabalhos sobre estresse.

3ª) fase atual ou interdisciplinar, caracterizada pela participação de profissionais de várias áreas do campo da saúde, correspondendo a uma penetração maior do movimento.

Assim, nosso movimento inicial foi todo ele calcado na psicanálise. E, realmente, aquela altura, só mesmo a psicanálise possuía as bases para uma compreensão global da doença, além de fornecer ferramentas da psicoterapia para a prática clínica.

A psicanálise continua brilhando como estrela maior no campo da psicossomática institucional, como é o caso da Escola de Psicossomática de Paris (IPSO), sem dúvida a maior entidade clínica, de pesquisa e divulgação de psicossomática atualmente.

Tivemos um problema sim, com o excesso de psicanalismo com o que podemos chamar de “psicanalês”, representado pela Escola Argentina de Luiz Chiozza com o qual convivemos em Buenos Aires por ocasião de dois Encontros Argentino-Brasileiros de Psicossomática. Chiozza é o líder incontestado do Centro de Investigações em Medicina Psicossomática, uma poderosa organização de formação profissional. Ele era idolatrado pelo seu grupo, formado essencialmente por psicólogas jovens. Autor de vários livros escreveu, por exemplo, que o fator mais importante nas doenças hepáticas é a inveja, tenha o paciente uma icterícia por cálculo biliar, câncer hepático ou hepatite e que o principal fator predisponente para as doenças músculo-esqueléticas é a arrogância, colocando neste rótulo pacientes de artrite, artrose e doenças ósseas em geral.

Eu e Eksterman, percebendo o efeito negativo que estas idéias poderiam ter nos nossos psicólogos jovens opusemo-nos tenazmente à

realização destes encontros no Brasil contra a opinião dos colegas de São Paulo. Estávamos na década de 70 e Chiozza só veio ao Brasil, no final da década de 80, já muito mais brando nos seus furores psicogenicistas.

O objetivo maior do nosso movimento sempre foi o de conquistar médicos e assim era em todo o mundo. O estudo das teorias psicossomáticas funcionava como uma espécie de complemento do curso médico, possibilitando uma formação integral do médico, que os cursos de medicina dominados por doutrinas organicistas, não ofereciam. Dentro das próprias universidades surgiram posteriormente, as disciplinas de Psicologia Médica para atacar o problema.

Até essa época, os médicos eram seguidos tradicionalmente pelos psicólogos e enfermeiras. Os demais profissionais de saúde, não existiam como classe atuante no movimento; os dentistas e assistentes sociais, apesar de serem categorias organizadas funcionavam, tradicionalmente como apêndices médicos.

Deste modo, as décadas de 60 e 70, era merecedora de 90% das atenções da psicossomática e da psicologia médica, sua diletta filha. Esta formação era propiciada através de grupos Balint que funcionavam nas faculdades com abertura para o público externo ou, fora destas em reuniões para médicos, em geral com grandes clientela. Visava-se, sobretudo, ensinar psicodinâmica, diminuir as iatrogenias e treinar a psicoterapia para a prática médica (Perestrello tinha um modelo, eu outro).

Acontece que os médicos, na maioria sempre avessos ou recalcitrantes, em relação aos grupos Balint, começaram a escassear ainda mais, levando ao quase desaparecimento total destes grupos. Na medida que a classe médica foi sendo sucateada pela previdência, Ministério da Saúde ou rede conveniada, não houve mais interesse em se melhorar a relação médico-paciente, para atender-se consultas que só podem durar 10 minutos.

Assim, eu que já tive grupos Balint com 40 pessoas na UFRJ, na década de 60, não consigo hoje formar grupos com nefrologistas, por exemplo, na UERJ. Quando muito, trabalha-se com grupos de enfermeiros de Unidade de Hemodiálise. Aliás, os enfermeiros, que agora estão se afirmando como classe, libertando-se do jugo que durante séculos os acorrentou aos médicos, estão cada dia mais, tratando seus pacientes como pessoas globais e interessados pelos aspectos psicológicos de suas práticas. Ao mesmo tempo, a necessidade de se confrontar com os médicos, nos últimos anos, vem se arrefecendo.

Quanto aos psicólogos (em sua imensa maioria mulheres), abandonaram maciçamente nossas hostes e ingressaram na Sociedade de Psicologia Hospitalar, criada há alguns anos atrás, na medida que

perceberam ter diante de si uma imensa casuística de pacientes psicossomáticos ou somatopsíquicos para tratar. A área da psicologia hospitalar tem crescido vertiginosamente, promovendo cursos e congressos (com 1500 e a 2500 participantes), com excelentes programas científicos, dos quais tenho participado.

Sem dúvida, os psicólogos estão em franco movimento corporativista, porém, é preciso que convidemos suas lideranças para participarem dos nossos conclaves, como entidades co-irmãs. Afinal de contas, os psicólogos que durante muitos anos deixaram de nos convidar para seus conclaves voltaram a fazê-lo. Temos um imenso campo em comum pela frente e precisamos nos situar como aliados em colaboração e não como entidades excludentes.

Os outros campos profissionais que ainda não se organizaram, como entidades psicossomáticas, deverão ser convidados ativamente a participar do nosso movimento, a começar dos enfermeiros e assistentes sociais, passando pelos odontólogos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, todos eles com muitas questões de ordem psicossomática a serem estudadas conjuntamente. Só assim teremos como concretizar o ideal de transformarmos nosso movimento em verdadeira prática interdisciplinar.

Nosso campo de trabalho é muito abrangente e isto nos tornou muito ambiciosos quanto aos rumos do nosso movimento. Almejamos ter uma posição sempre revolucionária frente à medicina, quase que de gurus e tem sido um rude golpe para todos nós, nos defrontarmos com as resistências do *establishment* expressas, muitas vezes como pouco caso ou zombaria.

O fato é, que nosso enfoque mobiliza conflitos inconscientes de cada um; a primeira defesa que surge é negar, banalizar ou suprimir. Daí as ausências dos alunos nas aulas de psicologia médica ou nos grupos Balint, abalando nossa auto-estima.

Sentindo-se rejeitados pelos médicos voltamo-nos para os psicólogos, mas estes depois de um tempo, também nos abandonaram e o que fazer então? Temos uma vantagem como profissionais com três longas formações, como médicos, psicanalistas e psicossomáticos; alguns de nós, ainda têm formação psiquiátrica. Desta maneira, temos todos os instrumentos para tratar, orientar, ensinar ou supervisionar. O movimento da Psicossomática sempre precisará dos médicos como parte fundamental do seu oxigênio.

De um modo geral, principalmente nós os líderes, somos personalidades narcísicas atuando um movimento no qual o narcisismo só faz atrapalhar. Precisamos de muito senso de fraternidade e humildade para realizarmos nossas intenções com sucesso.

Por tudo isto, devemos sempre refletir, diuturnamente, sobre os erros

e acertos de nossa conduta, reconhecendo e modificando os erros e aprendendo com os acertos, para que estes surjam também em outras circunstâncias. Acima de tudo, aprendemos com os pacientes e com os alunos, que sempre quando ouvidos têm muito a nos ensinar.

Falemos agora de nossa estrutura mestra: a nacional. Para facilitar a gestão, a nacional se desloca para a cidade do presidente eleito e funciona em consonância com o esqueleto que a sustenta, as regionais. De um modo geral, o presidente tem sido o líder que mais se destaca, eleito por aclamação. Este compõe uma diretoria com representantes dos vários estados e com uma parte administrativa formada por nomes locais. A eleição se faz bianualmente, na vigência de um congresso nacional que representa o ponto técnico-científico mais alto do movimento. Até agora só tivemos médicos como presidentes, pois as demais categorias estão ainda pouco representadas na ABMP, com exceção dos psicólogos. Nomes expressivos como o de Maria Rosa Spinelli e Cacilda Maciel, entre outras pessoas, podem ser citados como profissionais de ponta do nosso movimento.

Penso, entretanto, que a eleição de um membro não médico para nossa presidência representará uma vitória do espírito multidisciplinar do movimento.

A princípio, o movimento se organizava só através da Diretoria Nacional, mas com o crescimento, houve necessidade da fundação de seções regionais que possibilitassem a construção de sedes extras nos vários estados e cidades do nosso país. Durante um certo tempo ficamos em dúvida se deveríamos ter regionais de estado ou de cidades (por exemplo, Minas Gerais ou Belo Horizonte). Com o crescimento optamos finalmente por termos regionais de cidades devido à ocorrência de mais de uma regional no mesmo estado como, por exemplo, Rio de Janeiro, Teresópolis e Friburgo.

Além do Rio, São Paulo e Porto Alegre, as primeiras regionais fundadas foram Salvador e Presidente Prudente, por Abram Eksterman.

Depois, na minha presidência, fundei regionais em Belém do Pará, São Luiz, Recife, Vitória, Londrina e Goiânia, que não vingou.

Quando indiquei Samuel Hulak para a presidência da Regional do Recife sabia bem de sua capacidade de liderança e isto ele o demonstrou organizando uma rede de Regionais por todo o nordeste que abrange Fortaleza, João Pessoa, Maceió, Aracaju e Natal esta última através de um trabalho realizado por José Roberto Siqueira de Castro, nosso último presidente. Samuel também organizou o maior Congresso Nacional que já tivemos, em 1998, no Recife.

Outra poderosa seção regional é a de Belo Horizonte, gerada às custas da liderança de Geraldo Caldeira, este mineiro buliçoso que tem um

enorme poder de comunicação, “o Juscelino Kubitschek” da psicossomática (além de ser exímio dançarino). Belo Horizonte ministra também um curso de formação em psicossomática e Caldeira tem um importante livro publicado sobre nossa matéria. Minas Gerais tem ainda duas outras regionais, a Sul Mineira, dirigida por Cacilda Maciel, com sede em Itajubá e a de Barbacena, sob a liderança de Sebastião Vidigal.

O nascimento de certas regionais deu-se dentro de um clima de muita euforia e a continuidade, entretanto, revelou-se desapontadora, morrendo, mesmo algumas que nasceram tão bem. Assim, na gestão de Otelo Correia Santos Filho, que me sucedeu, foi inaugurada a regional de Curitiba numa Jornada com 600 pessoas e muito entusiasmo. Esta regional, todavia, vem tendo uma vida irregular, ora desaparecendo e submergindo, apesar de já ter realizado dois Congressos Nacionais e ter dado uma profícua presidente, a colega Lorete Kotze.

O que podemos deduzir é que organizar uma Jornada, mesmo com número grande de estudantes de psicologia, garantindo à platéia azes da psicossomática na programação, não é o mesmo que dirigir o movimento no dia-a-dia, sem nomes de fora participando, fazer sócios, tendo muitos dos que assistiram a Jornada inicial se afastado do movimento, pois já mataram a sua curiosidade. Então as entidades mingam e por vezes mesmo morrem. É o que acontece também quando sai de cena o único líder daquela regional, quando este é apenas um, como tem sido muito freqüente no nosso movimento.

A fundação de regionais depende muito da capacidade de liderança de um profissional de saúde em determinada cidade, de sua possibilidade de aglutinar pessoas e de organizar um ideário científico que mantenha estas pessoas unidas e participantes. Geralmente há um núcleo dirigente em torno de cinco pessoas que organiza e sustenta o movimento. Este flutua muito em torno da vida pessoal do presidente e do núcleo dirigente, sendo muito sensível às crises e mudanças desse contexto.

Estas são, talvez, as maiores dificuldades que o movimento vem enfrentando, as flutuações das regionais. A direção nacional flutua menos, pois seus membros são mais tarimbados para lidar com as contingências pessoais, grupais e ideológicas do movimento.

É fundamental o problema da comunicação entre a Nacional e as Regionais. Há longos telefonemas para manter a comunicação, opinar, aconselhar; ou, o recurso fundamental da Internet, principalmente para aqueles não são muito afeitos ao uso do telefone. Quantos fins-de-semana gastei apenas fazendo contato com as regionais.

Em 1995 foi realizado com muito êxito o I Encontro das Regionais, em Penedo. Este vem sendo mantido até agora, realizando-se bianualmente

nos anos em que não acontece o Congresso Nacional. Nesses encontros, discutem-se os problemas institucionais, administrativos e científicos das regionais e realiza-se um mini-congresso com a finalidade de atualizar o movimento. Tais reuniões vêm ocorrendo regularmente e têm sido fundamentais para injetar oxigênio nas regionais.

Os obstáculos que temos enfrentado são decorrentes de falhas e vicissitudes humanas que geram problemas para o nosso movimento na sua evolução.

Quanto ao convívio institucional temos três entidades co-irmãs: a psicologia, a psiquiatria e a psicanálise. Com as três, precisamos estender mais nosso laços na busca de uma maior integração. Com a psicologia hospitalar, nossas carreiras são atualmente paralelas e precisa apenas haver mais interpretação. A psiquiatria criou recentemente a Interconsulta Psiquiátrica que levou alguns de nossos nomes para suas hostes. Contudo, muitos de nós ali representados, continuamos no nosso movimento.

Penso haver aqui a necessidade de um maior intercâmbio entre estas duas entidades para estudar temas em comum, como, por exemplo, depressão.

Já com a psicanálise há uma maior distância e penso que esta, nunca reconheceu de todo o nosso movimento. Em troca trazemos poucos analistas para os nossos conclave. É preciso, neste terreno no qual nos batizamos, haver nos próximos anos um real debate sobre esta situação de irmãos distantes num mesmo espaço contíguo.

Uma atitude sábia foi gerada nos últimos anos: a criação do Conselho de ex-presidentes, órgão consultivo da Diretoria Nacional que opina em todas as decisões importantes, na escolha de nomes, nos impasses institucionais, e durante as eleições. Quando um presidente terminava sua gestão ficava como que no limbo, meio dentro, meio fora do movimento; agora não temos mais nomes “aposentados” no movimento, pois reina o espírito de aproveitarmos a experiência, a sapiência e a criatividade destes. Isto aproximou-nos mais ainda como pessoas e como colegas. Este número da Revista de Psicossomática, por exemplo, é feito todo por ex-presidentes.

Fazemos congressos bianualmente intercalados com encontros de regionais, cada vez num recanto diferente do Brasil para permitir a disseminação do movimento. Se já tivemos congressos com 800 participantes, nos últimos deles só conseguimos ter 200 inscritos. É que o movimento de psicossomática pulverizou-se e agora contém psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, homeopatas, acupunturistas, terapeutas corporais, etc. Só a Sociedade de Psicologia Hospitalar já nos levou, com os seus milhares de sócios, a parte do leão. Todavia, o atual presidente da Associação, Wilson de Oliveira, com todo um *knowhow* de

fazedor de congressos promete-nos para Recife, em 2008, repetir os 700 participantes.

Todavia, a divulgação e a disseminação do movimento, continua na maior parte conosco graças à circulação dos nossos livros: “*A Medicina da Pessoa*” de Danilo Perestrello; “*Concepção Psicossomática e Psicossomática Hoje*”, de minha autoria e “*Psicossomática: Teoria e Prática*” de Geraldo Caldeira.

Nossos congressos têm sempre um tema principal a ser esmiuçado e temas secundários para abranger os principais tópicos da psicossomática na atualidade. Uma parte importante de cada congresso é dedicada aos temas livres, oportunidade chave para que os novos membros do movimento apareçam e exponham seus trabalhos. A renovação dos nossos quadros intelectual e administrativa é fundamental para o movimento e daí a importância da admissão de novos membros.

Preocupados com a questão da divulgação do movimento e com a ideologia predominante na Associação já há muitos anos temos nos reunido para discutir este problema; foi então constituída, uma comissão presidida por Eugênio Campos, que elaborou uma proposta de criação de um Curso Básico Nuclear (CBN). Esta foi absorvida pela nossa última diretoria, de José Roberto Siqueira de Castro. Assim, um curso é oferecido às regionais privilegiando o modelo interdisciplinar como ideologia e prática. Deste modo, o ensino de psicossomática é feito basicamente através do estudo de casos clínicos, privilegiando as vertentes biológica, psicológica e social, através da atuação de um médico, um psicólogo e um assistente social. Nos dois Congressos organizados por José Roberto, foi dada toda prioridade à ação interdisciplinar da Associação, princípio definido em nosso Estatuto. Ele teve quatro anos de gestão à frente da ABMP “para arrumar a casa”, o que fez a contento.

Desde seus primórdios a ABMP vive a dicotomia: doutrina ou especialidade? Para os primeiros líderes era unicamente uma posição ideológica diante do ato médico. Mas na prática viam-se cada vez mais médicos se dizerem psicossomáticos e por último, com o advento da psicologia médica, ficava nítido que havia uma especialidade, a psicologia da prática médica, como disse Alonso Fernandez.

Preocupados em não perder o bonde da história, diante de tantos cursos de psicossomática que estavam sendo instituídos, alguns de péssima qualidade ideológica, os líderes da ABMP se apressaram em instituir o seu próprio curso de especialização/formação. Este será de dois anos de duração, eminentemente prático, a ser ministrado pelas regionais, que poderão se associar para este ensino. Assim, este também funcionará como um estímulo para Encontros das Regionais. Obviamente,

profissionais de outros estados serão chamados para participar dos cursos.

Já existem quatro cursos em andamento: Belo Horizonte, o mais antigo, São Paulo, Recife e Aracaju. Breve teremos cursos em Porto Alegre e em Friburgo.

Um tema que tem sido muito debatido nos últimos anos tem sido o nome do movimento: as designações propostas no debate são, Associação Brasileira de Psicossomática e Associação Brasileira de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica. No primeiro caso objetivava-se excluir o nome medicina para facilitar as relações com outras áreas. E no segundo caso adicionar Psicologia Médica, um importantíssimo campo de atividades. Todavia, na última reunião de mudança da votação dos estatutos, optamos por manter nossa identidade de sempre. Assim, embora reconhecendo a pertinência das duas propostas, resolvemos apostar em nossa identidade, por várias razões já consagradas.

E assim vem caminhando nosso movimento, com Diretorias mais dinâmicas e empreendedoras, outras menos brilhantes, porém com sua cota de realizações e no frígir dos ovos podemos dizer que até o presente momento não tivemos gestões com um déficit negativo em matéria de realizações.

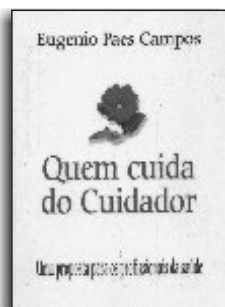
Com a ida do movimento para Recife, acreditamos estar em curso uma nova fase de crescimento, com a publicação da atual Revista, a realização do Encontro de Regionais em Aracaju sob a batuta de Leda Desmondes e o Congresso Nacional na capital pernambucana, repetindo os 700 participantes (ou mais) da gestão de Samuel.

Afinal de contas nós temos dois grandes líderes (Wilson e Samuel) trabalhando juntos e tendo atrás de si as diretorias da Nacional e da Regional.

Por último quero dar um testemunho de que trabalhar na ABMP é uma enorme satisfação, pois somos um grupo assaz unido, ligado não somente por vínculos profissionais, porém, e sobretudo, por laços de amizade. Isto torna as eventuais divergências e choques de personalidades numa coisa menor.

De fato, somos uma entidade pequena, par ao tamanho dos nossos compromissos. Porém somos unidos, coesos e dispostos a encontrar um amanhã melhor.

RESENHA DE LIVROS



Quem cuida do cuidador
Uma proposta para os
profissionais da saúde
Autor: Eugênio Paes Campos

Editora Vozes
1ª edição (2005)
Coleção: Série Enfermagem
152 páginas
R\$ 21,00

A obra apresentada lança como temática central uma estimulante questão a respeito do cuidador, dentro da perspectiva da prática clínica em equipes constituídas por profissionais de saúde. Aborda uma modalidade inaugural de relação no âmbito das equipes de saúde, partindo da teoria winnicottiana.

Eugênio Campos, com formação em Medicina e Psicologia nos brinda em “Quem cuida do cuidador” com o fruto de sua tese de doutorado. É uma satisfação apresentar, na Revista da Associação Brasileira de Psicossomática, as idéias introduzidas por esse ilustre autor, que tanto contribuiu para a história da Psicossomática, quando presidiu a ABMP, e que permanece a colaborar com o movimento psicossomático.

Este estudo se apresenta, portanto, como uma proposta a referenciar o trabalho interdisciplinar de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e demais profissionais da área de saúde interessados em ampliar seus conhecimentos teóricos e práticos sobre a arte do cuidar.

O autor parte da sua própria experiência clínica no Programa de Atendimento a Hipertensos, do qual fez parte de 1987 a 1996, cujo Programa oferecia grupos de suporte aos participantes, a partir de um ambiente acolhedor e apoiador, advindo do cuidado dos profissionais de saúde em relação aos hipertensos.

A justificativa apontada para o fato de que, além dos pacientes, os profissionais de saúde também merecerem atenção especial, está ligada a idéia de que esses profissionais atuam sob tensão incessante, uma vez que possuem como objeto de trabalho um ser em sofrimento, o que significa reviver as histórias pessoais de sofrimento e, ainda, ao se identificar com a dor do outro, sofrer junto com o mesmo.

Diante do paciente que sofre e sendo convocados a oferecer um

suporte profissional, que perpassa por transmitir proteção e segurança, os cuidadores enfrentam, conforme refere Eugênio Campos, uma série de angústias e conflitos em seu dia-a-dia, aliados às condições de trabalho muitas vezes inadequadas, à carência de recursos suficientes ao atendimento, além de baixas remunerações.

Segundo o autor, “a idéia central é a de propiciar aos profissionais de saúde, enquanto cuidadores, a possibilidade de vivenciarem um ambiente de apoio a partir do próprio relacionamento da equipe”. Nesse sentido, o ambiente acolhedor, visto que propiciador de apoio entre os profissionais é imprescindível para a saúde e para o próprio cuidado dos cuidadores, sustentando-o no exercício das suas funções.

Apoiando-se em outros autores que mencionam a importância do suporte aos provedores do cuidado (Caplan, 1976; Gottlieb, 1983; Di Matteo & Hays, 1983), Eugênio Campos aponta a tendência, na literatura pesquisada, de se propor a existência de cuidadores de cuidadores, além da tendência de se oferecer grupos de reflexão sobre a tarefa profissional. No entanto, o referido autor introduz uma novidade face às pesquisas sobre a temática estudada, ao apresentar a própria equipe como cuidadora de si mesma.

O conceito de suporte social é situado na obra como importante no campo da saúde, na medida em que sua dinâmica cria condições de sustentação para o enfrentamento do estresse cotidiano, ao qual os profissionais de saúde são submetidos, além de contribuir como agente preventivo da eclosão de doenças.

O livro se inicia com um convidativo prefácio de Júlio de Melo Filho, o qual traduz o que Eugênio Campos vem nos apresentar logo em seguida: “é este um trabalho instigante que nos leva a pensar e a refletir sobre temas fundamentais como o cuidado humano, o ato de se dar, de compartilhar tarefas e contribuir para a melhoria da relação profissional-paciente, profissional-profissional, pessoa-pessoa”.

Júlio de Melo cita diversos autores que contribuíram para a construção do trabalho de Eugênio Campos, acrescentando a referência a Kohut, que utiliza o conceito de empatia, como a possibilidade de se colocar no lugar do outro, sentir como o outro e do conceito de *self*-objeto, o qual representa objetos que são sentidos como sendo uma parte do *self*: pais, irmãos, amigos, terapeutas. Esta é uma das idéias principais de Eugênio: a possibilidade de empatizar com os parceiros profissionais, sentindo com eles e, assim, oferecê-los um ambiente de trabalho mais facilitador.

Como aporte teórico, a fim de responder ao questionamento suscitado pelo título do livro, Eugênio Campos fundamenta-se nas idéias de Winnicott, especialmente no que se refere à noção de *holding*. Tal conceito,

que ocupa um lugar fundamental na teoria winnicottiana, diz respeito ao conjunto de cuidados que o ambiente, sobretudo a mãe, disponibiliza ao bebê, o qual demanda cuidados necessários à sua sobrevivência. Ao pai, cabe um papel protetor, de sustentação à díade.

Prosseguindo com o conceito de *holding*, em face de sua relevância teórica no estudo, a mãe, por meio da identificação com o bebê, ao sentir-se como ele, capta suas necessidades, transmitidas por uma comunicação silenciosa, via corpórea, conseguindo corresponder satisfatoriamente aos cuidados de que o bebê precisa e sinaliza.

Interessante é a idéia de que entre mãe e bebê não há “cuidador” e “cuidado”, mas uma troca mútua, compartilhada de vivências. O ato de cuidar que transmite amor, interesse e preocupação - é visto como um ato de trocar, e não como um ato de dar. Inclusive, nesse compartilhamento de experiências, é possível ao bebê contribuir para a integração (e o cuidado) dos pais, os “cuidadores”.

Para Eugênio, “cuidar, no sentido do *holding*, implica amar como condição prévia. O ato de cuidar é a materialização de um sentimento de amor (...). O vínculo que se cria, o laço que se faz é movido pelo desejo, sustentado pelo amor. Amor enquanto preocupação com o ser do outro. Amor que motiva, que dá força para compreender e para cuidar”.

A dinâmica do *holding*, conforme defende o autor, prossegue na vida adulta, através do suporte social. Situações que deixam o ser humano vulnerável, pode reativar o desejo de reviver o acolhimento vivido no início do desenvolvimento. Neste sentido, os profissionais de saúde têm o dever de oferecer *holding* e suporte aos seus pacientes. Mas, por quem esses profissionais serão acolhidos?

Como conclusão da tese central desenvolvida, Eugênio Campos propõe que a própria equipe de saúde funcione como um “ambiente cuidador”, de sustentação e proteção. Precisa haver o desejo de cuidar, posto que é por esse caminho, da condição desejante, que o ato de cuidar se configura. Para além de oferecer ajuda, é preciso receber ajuda. Eis a proposta de trabalho que moveu a equipe do Programa de Atendimento a Hipertensos, transformando-a em cuidadora de si mesma.

Indubitavelmente, “Quem cuida do cuidador” oferece uma vasta densidade teórica, trazendo uma rica bibliografia, imbricada, essa, pelas reflexões advindas da prática profissional do autor. O livro vem a preencher uma lacuna na temática abordada e se constitui como uma leitura de grande utilidade para todos os profissionais da área de saúde.

Amanda Souza de Britto Lyra - Psicóloga/Psicoterapeuta (Universidade Federal de Pernambuco - UFPE), Especialista em Psicologia no âmbito da Saúde Mental (FAFIRE)- sócia da ABMP-Regional Recife

Assinaturas

Os sócios quites da ABMP são, automaticamente, assinantes desta revista, recebendo-a regularmente, através da Regional de origem, desde que estejam com o cadastro atualizado. Para os não sócios da ABMP o valor da assinatura anual é de R\$ 40,00 (Quarenta Reais), devendo ser preenchido o formulário abaixo e cumpridas suas determinações.

Nome: -----

Endereço: -----

E-mail: -----

Tel.: () ----- Fax : ()----- Cel.()-----

Instituição: -----

Enviar formulário junto com cheque nominal em favor da **Associação Brasileira de Medicina Psicossomática** - Rua da Hora, 947 - Espinheiro, Recife - PE - CEP 52020-220

AGENDA

XI Simpósio de Atualização em Psiquiatria Geriátrica

De 30 a 31 de Março de 2007

Local: Centro de Convenções Pompéia SP Brasil

Tema: Casos de Difícil Manejo: Como Abordar e Tratar

Informações: <http://www.blcongressoseventos.com.br>

XI Conferência Latino-americana de Comunidades Terapêuticas

De 12 à 14 de Abril de 2007

Local: Hotel Panamericano B. Aires Argentina

Informações: www.fonga.org.ar/XIConferencia/

VI Encontro Das Regionais da ABMP e IV Encontro Sergipano De Psicossomática

De 26 a 29 de Abril de 2007

Local: Centro de Convenções, Segipe, Aracaju- Brasil

Informações: deltrin@infonet.com.br ou abmpaju@ig.com.br

VI Congreso Iberoamericano de Psicodrama

XXIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama

De 02 à 05 de Maio de 2007

Local: A Coruña, Galicia Espanha

Tema: Psicodrama en Síndromes y Conflictos Culturales.

Informações: <http://fidp.net>

11º Congresso da Federação Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica (IFPE)

De 03 à 06 de Maio de 2007

Local: Göteborg, Suíça

Informações: ifpe2007@gbg.congrex.se

Congresso Interdisciplinar de Dor da USP - 2007

De 10 à 12 de Maio de 2007

Local: Centro de Convenções Rebouças S. Paulo SP Brasil

Tema: Avanços no Diagnóstico e Tratamento da Dor e a Prática da Interdisciplinaridade

Expo Arte-Dor 2007

Informações: <http://www.blcongressoseventos.com.br>

X Congresso Internacional de Gestalt

III Congresso Latino de Gestalt

De 24 à 27 de Maio de 2007

Local: Villa Giardino Córdoba - Argentina

Informações: xcongreso@gestalt.org.ar

XVII Congresso da FLAPAG

VI Congresso do NESME

VII Jornada da SPAGESP

De 31 de Maio à 03 de Junho de 2007

Tema: Saúde, Cultura e Diversidade

Local: UNIP - Campus Rangel Pestana S. Paulo SP Brasil

Informações: <http://www.blcongressoseventos.com.br>

VII Encontro Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade

De 07 à 09 de Junho de 2007

Local: Hotel Rio Othon Palace Copacabana Rio de Janeiro RJ Brasil

Tema central: Novas perspectivas: comorbidades e tratamento

Informações: viiebtao@yahoo.com.br

www.regencyeventos.com.br

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A Revista da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática (ABMP) é órgão editorial oficial da ABMP. É uma publicação semestral, voltada para a divulgação científica de temas relevantes no campo da medicina psicossomática e áreas correlatas.

Na seleção dos trabalhos para publicação, avalia-se a relevância do tema, a qualidade da metodologia científica utilizada, a originalidade, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista.

Os manuscritos enviados para publicação não podem infringir as normas éticas e as leis vigentes que regem os direitos autorais não devendo conter material considerado ofensivo ou difamatório. Os conceitos emitidos nas publicações são da inteira responsabilidade do autor. Fica expressamente sabido e manifesto que os autores ao publicarem nesta Revista da ABMP, estarão, automaticamente, transferindo para ela o copyright.

Os artigos enviados podem ser redigidos em português, inglês e espanhol de autores de quaisquer centros científicos do Brasil e do exterior e devem se enquadrar em uma das diferentes categorias:

- 1. artigos originais:** prospectivos, retrospectivos ou experimentais, contendo resultados de pesquisa clínica.
- 2. relatos de caso:** acompanhados de breve revisão do assunto e metodologia pertinente.
- 3. artigos de revisão e atualização:** incluindo síntese atualizada de assuntos bem estabelecidos, com análise crítica e sistematizada da literatura consultada e conclusões, podendo incluir meta-análises.
- 4. ensaios teóricos e reflexões:** sobre temas que privilegiem práticas e a visão interdisciplinar em saúde.
- 5. resumo de teses:** apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses.
- 6. resenha de livros:** publicações relevantes na área de estudo, pesquisa e/ou da ideologia psicossomática ou de temas transdisciplinares.
- 7. cartas dos leitores:** versando sobre matéria editorial ou não; a editoria poderá resumir o conteúdo da mesma, mas se compromete a manter os pontos principais; no caso de crítica a trabalhos publicados, a carta será enviada aos autores para que a resposta seja publicada conjuntamente.

Os artigos serão avaliados por dois ou mais pareceristas para os quais o(s) nome(s) do(s) autor(s) serão mantidos sob sigilo. Os artigos enviados para publicação não poderão ter sido publicados anteriormente, nem encaminhados simultaneamente para outra revista.

Os autores serão informados, por carta, do recebimento do trabalho e seu número de protocolo; em seguida receberão comunicado da aprovação ou não para publicação; os manuscritos aceitos condicionalmente, serão encaminhados aos autores para que sejam feitas as modificações necessárias e voltem ao processo de edição. Caso o atendimento às reformulações não for encaminhado até 90 dias após a sua solicitação, se considerará que os autores não têm mais interesse na publicação. A decisão sobre a data da publicação dos artigos aprovados dependerá do programa editorial estabelecido pela Revista da ABMP. O manuscrito submetido para publicação

deve vir acompanhado por uma carta de encaminhamento assinada por todos os autores, onde deve ficar explícita a concordância com as normas editoriais e com a transferência do *copyright* para a Revista, contendo o nome (s) completo(s) do(s) autor(es).

FORMATO DO MANUSCRITO

Página de rosto: apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; nome da Instituição onde o trabalho foi desenvolvido, afiliação institucional dos autores; informações sobre auxílios recebidos, subvenções para a pesquisa e bolsa de estudo; nome, endereço, telefone e e-mail do autor para o qual a correspondência deverá ser enviada.

2ª Página: Resumo: escrito em português, sem exceder 250 palavras, em parágrafo único digitado em espaço 1,5. Os resumos devem ser escritos em forma estruturada, incluindo os seguintes itens separadamente: contextualização, objetivo, método, resultados e conclusões. Na mesma página, incluir entre três a cinco palavras-chave. A Revista recomenda o uso do DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, publicado pela Bireme, disponível no endereço: <http://decs.bvs.br>

3ª Página: Abstract: versão fiel do texto do resumo, acompanhado da tradução das palavras-chave (keywords).

Estrutura do artigo: deve se compor de: introdução, casuística e métodos, resultados, discussão, agradecimentos, referências bibliográficas. As referências devem ser numeradas por ordem de entrada no texto e listadas pelo número citado, devendo ser limitadas a 25 citações.

Nos relatos de caso, as seções casuísticas, métodos e resultados serão substituídos pela descrição do caso, mantendo as demais.

Tabelas, gráficos, desenhos e ilustrações deverão ser impressas em folhas separadas e numeradas seqüencialmente, em algarismos arábicos, conforme o aparecimento no texto e apresentar título e legenda. Só poderão ser aceitas figuras que permitam reprodução adequada e eventualmente será necessária outra apresentação do original. Se as figuras já tiverem sido publicadas, deverá constar a fonte na legenda da ilustração.

Abreviaturas e siglas devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto.

INFORMAÇÕES GERAIS

1. Os artigos deverão ser entregues em três cópias em papel branco A4 e uma cópia em disco; deverão ser digitados em programa Word, fonte tipo Arial 12, espaço 1,5cm, margens de 2cm, com extensão máxima de 20 páginas de texto.

Para relatos de caso, não ultrapassar 15 páginas.

2. Considerações éticas e legais: evite o uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes. Um paciente não poderá ser identificado em fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhado o trabalho original.

3. Estudos realizados no homem devem estar de acordo com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes (Resolução 196/96 do CNS).

4. Para as pesquisas em seres humanos, deve-se incluir a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa devidamente registrada nos Centros de Pesquisa ou Instituição onde foi realizado o estudo.

5. A Revista se reserva o direito de não publicar trabalhos que não obedeçam a essas normas legais e éticas para a pesquisa em seres humanos.

6. A Revista não aceitará trabalhos com objetivos comerciais.

ENVIO DO MANUSCRITO

O material para publicação deverá ser encaminhado para:

Editoria da Revista da ABMP
Rua da Hora, 947 - Espinheiro
Recife - PE
CEP-52020-220