

# INTEGRAÇÃO DOS SINTOMAS NOS PLANOS SOMÁTICO E PSICO-EMOCIONAL

ERICKA HELD

Psicóloga Clínica  
Docente e Chefe do Deptº de Psicologia  
Geral e Experimental - FACISU/FIAPEC

## RESUMO

O ponto de vista dinâmico em Psiquiatria, as forças representadas pelas escolas de idéias holísticas ou de filosofia da totalidade, os conhecimentos da neurofisiologia e as idéias de clínicos e patologistas europeus do século passado levaram ao conceito de Medicina Integral. Contudo, o quadro atual manifesta-se mais pelo apego aos sintomas e "à doença" do que ao "doente". Evidencia-se a carência dos conhecimentos de Psicologia Dinâmica e da formação humanista do médico.

Para melhor compreensão da relação saúde-paciente é necessário refletir sobre a convergência existente entre conhecimentos psicológicos e biofisiológicos e a interação do conjunto bio-psicológico com o mundo exterior.

## ABSTRACT

The integration of symptoms and the somatic and psychoemotional plans

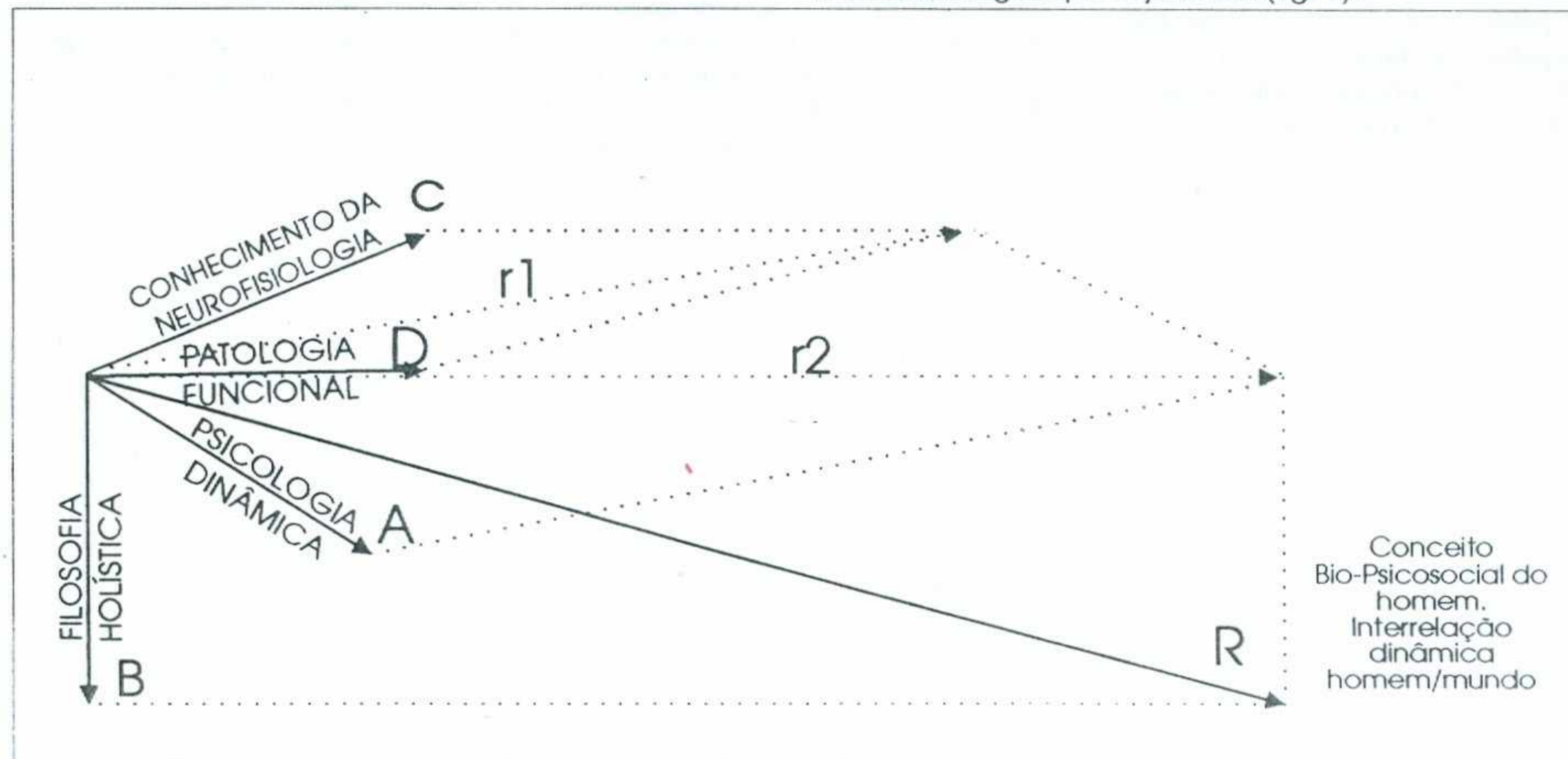
The dynamic point of view in Psychiatry, the forces represented by the holistic or philosophy of totality schools, the knowledge of neurophysiology and the ideas of European clinicians and pathologists from the last century have geared towards the concept of Integral Medicine. However, the present state shows itself geared more towards the "illness" than towards the "ill". It is evident the need for a knowledge of Dynamic Psychology and the humanistic formation of the doctors.

To understand better the relation Health - patient, it is necessary to consider the existing convergence between the psychological and biophysiological knowledge and the interaction of the biopsychological group with the external world.

## I - INTRODUÇÃO HISTÓRICA

Este sumário das idéias de Maudsley (30) representa a cristalização de conceitos de organismo, de saúde e de doença que vinham sendo trabalhados desde a antiguidade: a ação conjunta do corpo e da mente, inseparavelmente unidos e constituindo uma só entidade. É a concepção monística, com a variante de que algo como a mente não poderia ser apenas uma função do corpo. Sem entrar na discussão dessas correlações mente-corpo por não ser objetivo principal deste trabalho, desejando afirmar apenas que o grande impulso dado a estas idéias proveio da obra de Sigmund Freud (17). Freud foi um médico que aliando ao seu gênio criador uma cultura humanística sólida tão desejável na formação médica, mais influenciou no pensamento médico moderno, pois muitas das obras aparecidas no correr do último século sobre relações psicossomáticas têm inspiração na psicologia dinâmica fundamentada na Psicanálise. Mencionemos apenas alguns dos contemporâneos de Freud ou daqueles que precederam e coincidiram com alguns aspectos de suas concepções, pois neste trabalho não caberia uma revisão aprofundada de todas as teorias holísticas\* de base psicológica, biológica ou sociológica.

Diríamos apenas que, em representação esquemática, tendo como modelo um polígono de forças, a obra de Freud poderá ser encarada como um dos componentes (A), juntamente com outras forças representadas pelas escolas de idéias holísticas ou de filosofia, da totalidade (B), os conhecimentos da neurofisiologia (C) e as idéias sobre patologia funcional (D) de clínicos e patologistas europeus do século passado, com G. von Bergmann (7) à frente. Estas quatro forças levaram ao conceito de Medicina Integral que hoje temos (fig. 1).



Analisaremos nesta introdução muito brevemente cada uma delas. 1 - O ponto de vista dinâmico em Psiquiatria (letra A) e, por extensão em Medicina, foi carregado pela obra de Freud com o estudo psicanalítico das neuroses e com a criação do conceito de inconsciente dinâmico. A Psicanálise, tendo nascida como um método de pesquisa e de tratamento de certas afecções ditas nervosas\*, transformou-se em um ramo da Ciência - o do inconsciente psíquico. Posteriormente, os conhecimentos trazidos por ela foram sendo aplicados em campos além da órbita da Medicina\*\*, entretando, basicamente sua esfera de ação continua sendo a Medicina, ampliando-lhe o horizonte e dando-lhe reforços nos setores da fisiopatologia, da etiologia e da terapêutica, não só em Psiquiatria como também na Medicina em geral. Permeia todos os ramos e especialidades médicas. A nova Psiquiatria, a dinâmica e interpretativa, permite ao hodierno psiquiatra perceber e analisar o psicopata, não mais como um aglomerado de órgãos e de funções alteradas, mas como um ser vivo que não conseguiu adaptar-se à realização do existir, frustrado em virtude da incapacidade que teve, em algum estágio da sua existência, de resolver conflitos, e que não conseguindo integrar-se a essa realidade, dela se defende e foge, negando-a e alucinando-a. E ao aplicar o método de investigação psicanalítica compreende-se o psiquismo mórbido como resultante de conflitos internos, intrapsíquicos, que são a expressão de dinamismo instutivo-afetivo, em conexão e luta com as instâncias mais estruturadas da personalidade. Percebe-se também que não existem diferenças qualitativas, mas quantitativas, entre as etapas de desagregação mental dos psicóticos graves e o comportamento extravagante da personalidade discretamente desajustada e, ainda, daquela que pela média pode ser considerada normal. Desta forma, a Psiquiatria não só recebeu um novo alento, adquirindo outros campos na terapêutica, mas também viu derrubadas as barreiras seculares que a separavam da Medicina Interna. Um mesmo terreno fisiológico é comum a ambas. Vale dizer, o conflito interno responsável pela disfunção dos processos mentais, ao mesmo tempo que proporciona a doença em nível mental, afetivo, gera a disfunção ao nível do soma, perturbando a atividade dos órgãos - discinesias,

discrinias, distúrbios circulatórios, inflamações -; isto é, não há doença somente psíquica ou apenas somática. Desta forma, as idéias básicas da Psicologia Dinâmica estabelecem os alicerces do conceito psicossomático na Medicina Moderna. Voltaremos a essas idéias após algumas considerações sumárias acerca dos movimentos geradores deste conceito e de uma análise breve da medicina oficial que ainda prevalece na prática médica diária. 2 - Em torno deste núcleo de idéias trazidas pelos conceitos da Psicologia Dinâmica giraram outras escolas de Filosofia, de Psicologia, de Sociologia, de Medicina que não só inspiraram o pensamento de Freud como também nele foram buscar inspiração. Citem-se alguns autores e algumas idéias, referindo o leitor interessado aos trabalhos de Margetts (29) e de Uchoa (45).

Entre os precursores\* das idéias da Psicologia Dinâmica citemos Cabanis (10), Hegel (19) e Macilwain (27). Cabanis (10) afirmava: "As emoções desordenadas ou regulares da mente têm a mesma origem que as enfermidades ou a saúde do corpo..." Macilwain (27) dizia "... nada parece mais importante, nada mais essencial para a cirurgia científica, que uma noção da perfeita unidade do corpo, com o que quero dizer uma ampla perspectiva da economia animal a qual, se bem reconhece uma multiplicidade de órgãos com um variado ordenamento de relativamente poucos elementos, se bem abarca uma quantidade de fatos, infinitamente modificados em suas relações com o corpo todo e de um com o outro, contempla-os, entretando, como partes de um grande todo, como constitutivos de um edifício integral e combinando-se em um só objeto: a vida do indivíduo".

Hegel (19) afirmou que a demência é uma enfermidade tanto do corpo como da mente e dizia: "O indivíduo são é dono de si tendo consciência presente e ativa daquilo que tem ordem em todo o seu mundo individual".

Estavam aí os conceitos básicos das filosofias da totalidade (letra B do polígono de forças - fig 1.), onde se encontram as idéias da Psicologia ou Ergasiologia\*\* levantadas por A. Meyer (48) e sustentados e ampliados por vários outros pensadores, como através de teoria da emergência de S. Alexandre (3) e Morgan (32), do holismo de Smuts (44), da compreensão de

\* Em sentido genérico, de holos-total ou global encerrando o indivíduo e o ambiente, não no sentido específico do holismo de Smuts, (44) (1870-1950).

\*\* Nas neuroses propriamente ditas existe o componente somático das afecções chamadas comumente psicossomáticas ou somáticas: é questão de grau de manifestações em uma ou outra esfera.

\* Assim está orientando com novas perspectivas o estudo de questões de Pedagogia e Ed. de Criminologia e Jurisprudência, de Mitologia e Simbologia de Antropologia Cultural e Etnologia.

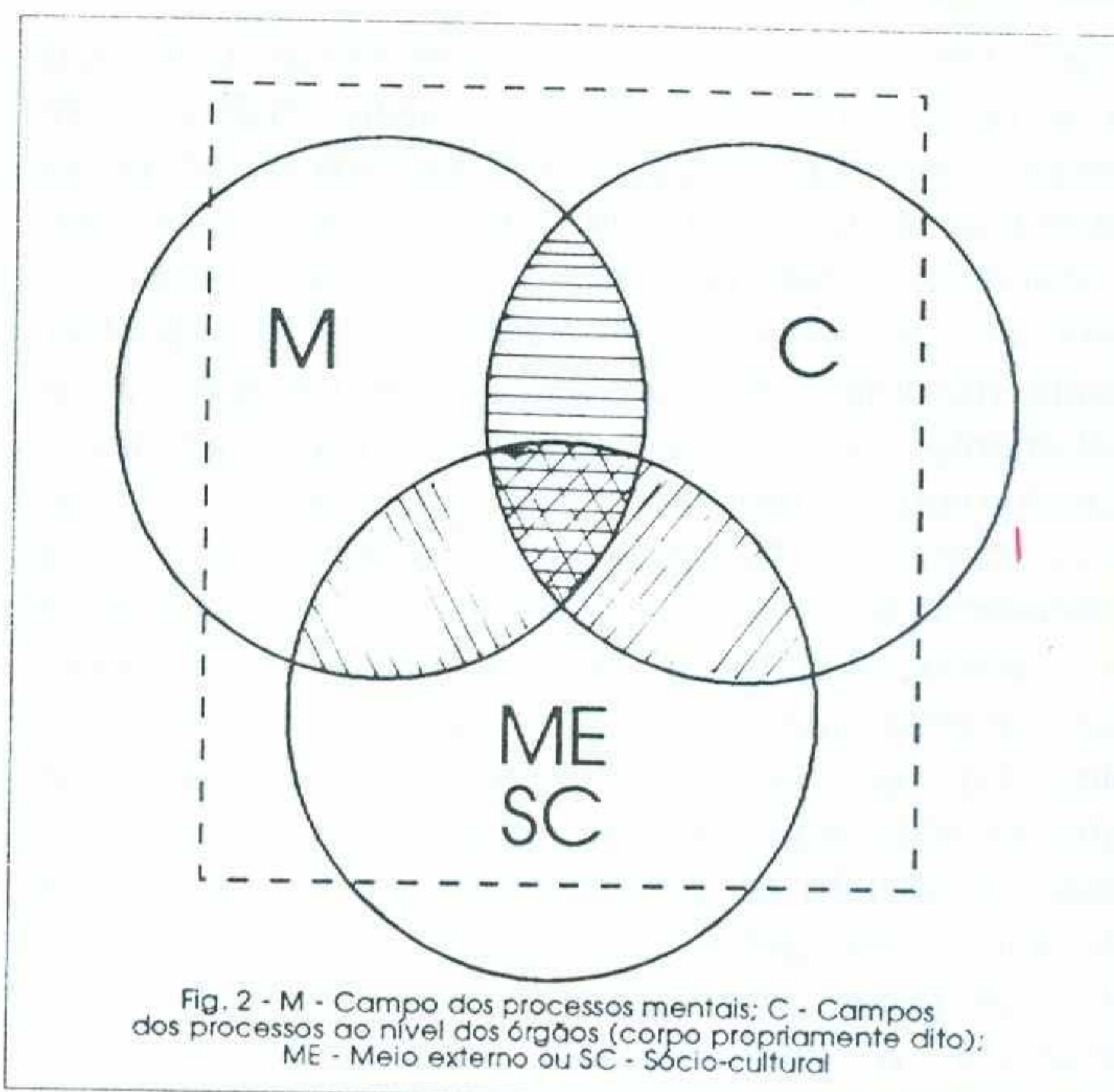
\* Precursores, não no sentido de influência direta, cronológica, mas de idéias que constituíam a atmosfera de humanismo existente desde o século XVIII e do qual se afastou o pensamento médico, incluindo o psiquiátrico, no correr de todo o século XVII e XIX.

Diltley (14) e Kreuger (24), da coligação de motivos de Kretschemer (23), da "Biologia organísmica" de Bauer (5), de Schwarz (41), de Schilder (40) e outros dos psicólogos da forma (Psicologia da "gestalt") com Ehrenfles (15), com Wertheimer (47), com Koffka (22), e outros. Para a ampliação desta teoria da "gestalt" contribuíram: a) K. Lewin (25,26) com a teoria de campo, estabelecendo a situação dinâmica pessoa-ambiente, tão útil na compreensão do que se passa entre paciente e médico, no relacionamento deste binômio tão fundamental em tudo o que acontece na comunicação entre médico e paciente, e b) P.F. Schilder (40), incorporando a conceitos biológicos totais grande parte do material da "gestalt", juntamente com a elaboração das idéias sobre a importância que cada ser humano dá ao "esquema corporal" para a formação e interação da personalidade total ou "Self". Isto sem falar da análise fenômeno-lógico - existencial tão bem resumida recentemente por Uchoa (45), em relação à Psiquiatria, e que pode ser transposta para toda a Medicina Interna e especialidades. No pensamento fenomenológico - existencial consideram-se, no sentido mais amplo, as relações do homem com o ambiente e com o mundo, pois elimina a dicotomia sujeito-objeto, fazendo do mundo um componente essencial e estrutural do ser, que não pode ser compreendido sem o seu mundo, que o completa e é dele componente básico\*\*\*

\*\*\* Mais ainda, diferenciando o ambiente (Unwelt) no sentido biológico do "mundo", do homem, no sentido de formação ou "projeto de mundo", diferença fundamental em filosofia existencial, e que nada mais faz do que estabelecer algo de muito dinâmico na formação da personalidade e inter-relacioná-la com o meio social e cultural, interação que se faz pelos mecanismos da introjeção estabelecidos pela Psicanálise e que atuam desde os primórdios da vida na diferenciação do ego e do superego, a partir do id, como estabeleceu M. Klein (21).

Todas estas idéias que consideramos formando a força B no polígono de força (fig. 1) estabelecem os conceitos do homem organísmico ou global nas três dimensões ou áreas: a dos processos mentais (M), a do corpo ou soma (C ou S) e a do mundo externo (ME), como foi configurado pela escola de Pichon Rivére, na Argentina (fig. 2).

\* Ergasiologia - o termo "ergasia" (ergazomai \* agir, fazer, trabalhar) é empregado por A. Meyer (1896-1950) para exprimir as atividades implícitas e explícitas como unidade, tendo o sistema nervoso central como centro unificador.



3 - A terceira força, representada pela letra C (figura 1), está sendo construída pelos impressionantes avanços da Neurofisiologia. Sem entrar em maiores detalhes, diríamos que os conhecimentos de Neurologia foram cristalizados em 1937, quando Papez (33), reunindo suas aquisições até então, estabeleceu o célebre circuito que leva o seu nome, onde se encadeiam, em um conjunto funcional, as diversas estruturas que compõem o sistema límbico e que foi tão profunda e oportunamente analisado por Mclean (28), em termos psico-emocionais e fisiológicos. Estes trabalhos, a nosso ver, realizaram a convergência dos conhecimentos adquiridos pela Psicologia Dinâmica e pela Neurofisiologia, criando o campo comum da Psicofisiologia, como voltaremos a considerar.

Vale mencionar aqui, embora saltando algumas fases evolutivas, a notável obra da escola de Frans Alexander (2) que conseguiu demonstrar surpreendente correlação entre o que ocorre ao nível dos processos da mente (instintivo-afetivo) ou psicodinâmico (emoções ou estados afetivos variados) e aquilo que simultaneamente acontece ao nível dos órgãos (sensações, discinesias, alterações dispépticas, sensações de vazio, meteorismo, dores e dolorimentos, vertigens, tonturas, calores, frio etc.) ou de alterações fisiológico estruturais. Em outras palavras, em todo o sintoma existe um componente, respectivamente, latente ou psicodinâmico e manifesto ou orgânico (alteração da função e ou da estrutura), em um todo que é psicofisiológico. A contribuição da Psicanálise é perceber e, na medida do possível, compreender o conteúdo latente do sintoma. Voltaremos a essas idéias.

4 - Contribuições da Patologia Funcional (letra D da fig. 1). Pensadores médicos de todos os tempos pregaram a necessidade do profissional prático da Medicina explicar os fenômenos da doença em termos da compreensão do homem na sua totalidade mente-corpo-mundo exterior. Em uma conferência pronunciada perante o X Congresso Argentino de Gastroenterologia, em 1959, foi apresentado um breve histórico dos vários conceitos sobre a etiopatogênese da enfermidade (36). Restringindo-se o relato às idéias de alguns clínicos do século passado, deixando de lado outros pensadores recentemente analisados com notável argúcia por dois mestres da Gastroenterologia americana, Bockus (19) e Valencia Parparcén (46), fixa-se em von Bergmann (7), por ter realizado a grande síntese das idéias dominantes na Medicina das primeiras três décadas deste século e na última metade do século passado, ao estabelecer os conceitos da perturbação primária das funções parciais dos órgãos. Desta maneira era explicada a hipertensão arterial, a asma brônquica, a prisão de ventre, a discinesia hipotônica e hipertônica, como resultantes da alteração da atividade motora da fibra muscular lisa: o hipertiroidismo primário, por um distúrbio da função secretora da tireóide; a hipersecreção gástrica seria a resultante da disfunção secretora do estômago. Não obstante, é evidente que não se assinalava uma causa que explicasse a perturbação primária das funções dos órgãos. Mas, na mesma obra Bergmann (7) aceita a origem psíquica em grande número de enfermidades e acentua que com estas idéias a Medicina passa por uma "reforma clínica". Tal reforma constitui o abandono das idéias mecanicistas (aderências, distopias etc.) e representa o início da integração mente-corpo como conceitos dinâmicos.

Von Bergmann (7) ressaltou ainda a observação clínica, como peça fundamental da atividade médica, recomendando que deve o médico jovem assinalar aquilo que se comprova na prática diária à luz das discussões à cabeceira do enfermo. Acentuou que o objetivo fundamental do médico consciente é procurar reconhecer a personalidade global do enfermo e cita um conceito de Goethe: "Há síntese maior que um ser vivo? De que serve o estudo da Anatomia, da Fisiologia e da Psicologia para conseguir-se tão só uma noção imperfeita do complexo que persiste como tal, embora se procure desintegrá-lo em uma série de fatores? Em todo o ser vivo aquilo que designamos partes constituintes forma um todo inseparável que só pode ser estudado em conjunto, pois a parte não permite reconhecer o todo, nem o conjunto deve ser reconhecido nas partes..."

Alguns patólogos, entre eles Aschoff (5), assinalaram a reação do corpo como um todo ante os agentes patógenos. Tais conceitos foram aplicados à cirurgia por Von Gelderen (18). Recentemente Hans Popper (37) demonstrou este espírito integrador.

As teorias de reação-alarme e adaptação geral de Selye (42) são aplicações da experimentação dos efeitos totais de "stress" no organismo e enfatizam a

enorme importância do sistema endócrino na atividade mente-corpo.

Será que a Medicina praticada atualmente na rotina diária desconheceu todo este acervo acerca da compreensão humanística do Homem são e doente? Acreditamos que não. O que houve foi apenas um afastamento parcial e temporário. Senão vejamos!

## II - SITUAÇÃO ATUAL:

Apego aos sintomas e à "doença" e não ao "doente". A carência dos conhecimentos de Psicologia Dinâmica e da formação humanística do médico. As três causas principais que explicam a situação atual.

Pode atualmente a Medicina orgulhar-se de avanços substanciais no conhecimento da estrutura e funcionamento dos órgãos e sistemas que compõem o organismo humano. Com a microscopia eletrônica associada à citoquímica, a célula foi dissecada e passou à categoria de um "órgão" ou de um "sistema" composto de numerosas estruturas que albergam moléculas e enzimas responsáveis pela dinâmica das reações químicas e pelos elementos (genes) que dão origem e mantêm esse estranho conceito a que se deu o nome de vida. Os métodos semiológicos e os princípios farmacológicos correspondentes baseiam-se nos conceitos de uma patologia molecular, vale dizer, subcelular. Vivemos, portanto, uma época do ultracelular, mais além da patologia celular formulada por Virchow no século passado. Exploramos por outro lado, o imenso mundo que nos cerca, para além do micro-cosmo da família da sociedade e da terra como planeta, e vamos, na ânsia de conhecimentos e de poder, primeiro para a lua, em seguida para outros planetas e depois, sabemos lá para onde?...

Em flagrante contraste com este acervo de conhecimentos modernos os profissionais da Medicina de hoje, em qualquer especialidade, tendem a aceitar que existe nítida desproporção entre aquilo que conhecem a respeito da estrutura e função do soma e aquilo que conhecem do organismo como pessoa que vive em uma sociedade, em relação recíproca com outras pessoas, que é parte ativa de uma microestrutura familiar inserida na macroestrutura social e cultural e que procura resolver do melhor modo possível os problemas da sua existência no mundo.

É muito antigo o conceito "que há enfermos e não enfermidades". \* O conceito é repetido, entretanto, na razão da incompreensão e da indiferença em esclarecer o seu significado profundo, fazendo supor que não foi ainda suficientemente captado pela maioria dos médicos de todas as especialidades. Assim sendo, não encontra aplicação no manuseio diário dos clientes, apesar de ser gritante a qualquer profissional experimentado a relação entre saúde e doença e aquilo que representa os aspectos da pessoa em termos da personalidade que sente, deseja, teme,

exige, renuncia ou que tem alegria, tristeza, ódio e amor. Até quando será melhor percebido que a angústia, a depressão, o medo, a hostilidade, o ressentimento ou a frustração, por mais inacessíveis que sejam aparentemente à maioria dos dispositivos de diagnóstico hoje em uso comum, são tão eficientes para alterar as funções mentais e corporais, e o fazem pelo menos na mesma extensão que o parasita, a bactéria, o vírus, os anticorpos, as toxinas e os demais agentes ecológicos do mundo externo?

Não é mais aceitável a desculpa de que tais assuntos são obscuros e complexos e que devem ser deixados para nós psicólogos ou para o psiquiatra. Sente-se cada vez mais necessário que o profissional seja, num sentido amplo, "o psicólogo" do seu paciente. A história da Medicina revela que sempre houve alguns métodos de maior sensibilidade para compreender a natureza humana, que deram importância às "experiências" e às "emoções" dos pacientes, e que empírica e intuitivamente praticavam psicoterapia à beira do leito, no consultório, no ambulatório e inclusive na sala cirúrgica. Entretanto os aspectos psico-emocionais das doenças chamadas clínicas requerem muito mais do que intuição e sensibilidade para a compreensão da natureza humana. Acreditamos que no estado atual de conhecimentos trazidos pela Psicologia Dinâmica de base psicanalítica estamos compreendendo melhor a integração mente-corpo-ambiente e verificamos que não mais se justifica a secular separação entre a Psicologia Dinâmica Psicanalítica, a Psiquiatria e a Medicina Interna.

Existem algumas causas entrelaçadas que explicam a relativa incapacidade do médico para levar na devida conta e entender em sua atuação os problemas psicológicos do homem doente e sadio. Três são as mais importantes: 1) A mais direta é a orientação da educação que recebeu na escola de medicina. Até recentemente, cerca de 25 anos, ou nenhum programa havia de Psicologia no currículo escolar, ou o ensino da Psicologia limitava-se a algumas conferências descritivas sobre os processos mentais, sobre experiências do comportamento de animais de laboratório, sobre descrição de quadros de patologia mental, e a algumas demonstrações clínicas de psicóticos intensamente afetados em sua conduta, como se as psicoses fossem desvinculadas da fisiologia biopsicológica e da Medicina Interna. Nos últimos anos, em vários países têm havido alterações radicais; os programas estão sendo modificados, incluindo o ensino da Psicologia e suas amplas implicações em todos os quadros clínicos (35).

2) A segunda causa mais direta da ignorância da

\* Parry Caleb Hillier (1755-1822). "É mais importante saber que paciente tem a enfermidade do que saber que enfermidade tem o paciente". (Apud Margettsm 1965). (29)

psicogênese dos sintomas decorre da especialização. Particularmente nas grandes cidades há limitação a áreas restritas da patologia e da terapêutica. Em que pese o progresso que a especialização representa é preciso reconhecer a desvantagem da fragmentação artificial do organismo, convertendo o aparelho ou órgão isolado no foco de atenção do médico, ficando o organismo como totalidade, isto é, a pessoa ou a personalidade como parte do todo, esmaecida nas salas de consultas, nos laboratórios e enfermarias de investigação clínica e na passagem desintegradora de um para outro especialista.

3) A terceira causa, de origem mais acadêmica, diz respeito à desclassificação das manifestações psico-emocionais do grupo de fenômenos passíveis de serem investigados cientificamente. No correr de nossa exposição veremos que esta assertiva é inconsistente. Como consequência, no MODUS OPERANDI atual da prática profissional, se o paciente não é portador de intensos desvios da esfera mental (quando então é enviado ao psiquiatra) mas os apresenta de maneira menos nítida acompanhados necessariamente de algumas ou várias manifestações somáticas de depressão ou de angústia, o médico não afeito ao pensamento psicossomático se confunde, não atinando para o que está ocorrendo e, na melhor das condutas, ou passa a explicá-los com raciocínio somato-psíquico, pouco claro, ou os atribui ao fígado "insuficiente", à vesícula "preguiçosa", ao estômago ou intestino "caído", às aderências (em polioperados), aos divertículos cólicos, ao rim deslocado, ao labirinto inflamado, à coluna vertebral com osteoartrose, ao útero em posição alterada, às distonias simpático-vagais e a outros fatos. Explicações todas evidentemente destituídas de qualquer conceituação cientificamente aceitável (36). Uma outra explicação é a de relacionar a frequente e multiforme sintomatologia clínica sem substrato anatômico e muitos dos sintomas de variados quadros clínicos das doenças anatômicas a "nervosismo", a "estados emocionais", a "inadaptação" a várias circunstâncias atuais da vida do paciente. Raramente vai o médico muito além, em busca de outras etiologias do "nervosismo". A maioria dos médicos ainda não se acha suficientemente informada de que os conhecimentos psicossomáticos cada vez mais demonstram que, ao lado dos micróbios, das deficiências nutritivas, dos venenos químicos, das várias influências do meio físico e das poluições do ambiente, outras forças são capazes de provocar processos mórbidos. Estas são provenientes de situações da vida que encerram uma significação subjetiva (para o paciente) de ameaça ou de perigo em função de vivências e de condicionamentos anteriores na biografia daquele ser humano. Quero chamar ainda a atenção de que já pertence ao patrimônio científico do clínico que pensa em termos

de uma Medicina Integral (36) ou Humanística do conceito de que a lesão histológica ou estado mórbido, mesmo que tenha uma causa específica, quase sempre senão sempre é determinada por uma combinação de fatores, e que idênticas reações dos tecidos são produzidas por uma variedade deles, combinados das maneiras mais diversas no tempo e no espaço (Mittelman e Wolff, Rich e Gregory, Reifstein, Holmes e col., Pontes e Mariante 20, 31, 36, 38, 39). É preciso atentar ainda para o fato de que a própria terminologia usada pelos pacientes\* e pelo povo sugere que os problemas da relação interpessoal podem ser causa de distúrbios corporais: "vê-lo provoca-me mal-estar e enjôo"; "lembrar de tal pessoa provoca-me dor de cabeça"; "sua presença causa-me palpitações ou dores, ou gases etc..."

Os que se opõem a aceitar a Psicologia como uma disciplina médica, à semelhança por exemplo da Bioquímica, da Fisiologia ou da Imunologia, e que não reconhecem os seus postulados como de categoria científica, poderiam meditar melhor se muitas das medidas terapêuticas, inclusive intervenções cirúrgicas, regimes de vida e dietas muito restritivas, abuso e superdosagem de vitaminas, uso indiscriminado de antibiótico, tratamento de choque, praticados quotidianamente, são mais científicas - apesar das aparências de o serem - que os exorcismos, as sangrias e as purificações praticadas outrora ou ainda hoje por curandeiros. Acresce que tais práticas não deixam de ser danosas, porquanto produzem, no máximo, alívios temporários, que vêm como única vantagem mostrar ao médico e ao paciente a sua eficiência evanescente e a desvantagem de descrédito recíproco quando avaliadas a prazos longos\*\*. É certo que à sugestão e à fé foram dadas qualidades curativas, precisando-se, entretanto, lembrar que a psicoterapia analítica é algo mais que isto e que uma medicina realmente científica exige um conhecimento sistematizado das razões lógicas em que se baseia o exercício da prática médica.

O caráter subjetivo dos processos mentais e a singular circunstância de que ao estudá-lo, o equipamento utilizado pelo homem - os processos mentais - é simultaneamente agente e objeto do estudo, constitui-se em obstáculos poderosos ao avanço do conhecimento dos fatos nessa área e que só lentamente estão sendo superados, pois o homem

sempre procurou compreender a natureza do seu ser através dos tempos. Efetivamente, não é fácil estudar os processos mentais com a mesma objetividade impessoal com que se investigam os fatos e objetos do mundo físico exterior à mente, embora os princípios da metodologia científica convencional estejam sendo aplicados para mostrar as correlações funcionais mente-corpo e a sua unidade em interação com o mundo externo.

Nesta altura de nossas considerações vale a pena lembrar que investigação em Medicina, e em Ciência em geral, pode ter diferentes significações. Especialmente na Medicina estão ocorrendo distorções que são danosas para sua melhor qualidade. Sem desprezar a importância da experimentação em animais, que tem trazido muitos subsídios aos conhecimentos fisiológicos, bioquímicos, imunológicos etc., existe evidente exagero na transplantação de tais conhecimentos para aquilo que realmente acontece no homem. Acreditamos que ao médico de formação integral cabe a função inalienável de filtrar tais conhecimentos, antes de aplicá-los ao homem, e, ao fazê-lo, lembrar-se de Claude Bernard: "os fisiologistas e os médicos devem então considerar sempre os organismos na totalidade e no detalhe ao mesmo tempo, sem nunca perder de vista as peculiares condições de todos os fenômenos especiais cuja resultante é o indivíduo" (8).

Existe uma circunstância histórica que talvez tenha tido mais influência do que geralmente é apreciado na evolução do pensamento médico desde a segunda metade do século XIX. Esta circunstância foi a da obra de Claude Bernard ter sido eclipsada durante a sua vida pela de Pasteur. Bernard, com efeito, sem deixar de apreciar a significação da obra de Pasteur, chamou a atenção para um fato que poderia interferir negativamente no progresso da Ciência Médica e que realmente assim interferiu, no sentido de "os maiores esforços no campo médico serem empregados mais no estudo dos hábitos e no modo de comportar-se dos seres unicelulares vegetais, do que à compreensão do organismo humano multicelular, altamente diferenciado" (8).

Um passo adiante nessa mesma direção foi realizado por Karl Ludwig, (apud 50) fisiologista alemão, ao introduzir o método de órgãos isolados para o estudo das suas funções. Assim como o estudo dos organismos unicelulares, estas investigações da Medicina, em que pese os pesquisadores terem mostrado interesse relativamente pequeno nas relações mútuas dos órgãos e na sua regulação no indivíduo intacto, sob as influências das mais elevadas atividades integrativas do organismo.

É preciso incentivar e reforçar a observação clínica, considerando-a como um importante instrumento de investigação. A observação, como

\* Não raramente o paciente tem muito mais percepção ou "insight" do seu mundo interior do que parece superficialmente. Na maioria das vezes quem não percebe este "insight" do paciente é o médico menos avisado.

\*\* Esta é uma das razões da impressão de incurabilidade de algumas afecções "criptogénicas" ou "essenciais", em que conflitos internos ocupam a primazia da constelação etiológica: "côlon irritável", "discinesia biliar", ou ulcerativa, hipertensão arterial essencial, tensão pré-menstrual, hipertireoidismo etc...

registro cuidadoso dos fatos, realizada segundo certas regras a fim de permitir verificar a validade das deduções é método científico que tem sido frequentemente esquecido em Medicina. Uma observação pode constituir-se em um descobrimento ou pode levar o observador cuidadoso a conjecturar acerca da relação de fatos ou acontecimentos da natureza. Procurando reproduzir a observação em condições semelhantes pode-se assegurar a validade das conclusões e fazer vaticínios dos resultados. Assim procedendo estamos associando à observação a experimentação clínica. Estudar os fenômenos de adaptação do homem pelo método experimental implica em supor que existem leis naturais que regulam a reação do indivíduo em determinadas circunstâncias.

A observação e a experimentação em Medicina contribuem para eliminar a conjectura e o pensamento mágico, como diz Wolf (50). Um aspecto importante acentuado por este Autor é o do pensamento médico ainda estar muito habituado a fazer distinção entre a "ciência médica", encarregada dos fenômenos físicos, químicos e biológicos ao nível do corpo, e a "arte da medicina" que diz respeito às atitudes, aspirações, angústias e ressentimentos do paciente, embora se saiba que alteram o equilíbrio somático e, assim sendo, devem entrar de alguma maneira na homeostase geral.

São numerosas as observações e as experimentações clínicas, desde a histórica investigação de Beaumont, em 1836 (6), até as mais recentes observações dos grupos de Engel (16) e de Alexander (2), demonstrando fartamente as vinculações das funções mentais e somáticas.

Um tanto ironicamente, afirma Wolf (50) que a observação é o método dos astrônomos e que o investigador clínico é mais afortunado, pois lhe é facultado, com certa frequência, modificar as condições em que agem os estímulos sobre seus objetos de estudos.

Não é difícil compreender que o homem na longa evolução em busca de conhecimentos sobre a natureza tenha começado pela investigação de outros fenômenos naturais, antes de estudar com métodos científicos o conhecimento de si mesmo.

Estes fatos levam-nos a vislumbrar as causas mais remotas, mas também mais fundamentais da desproporção entre os conhecimentos médicos e os psicológicos quando nos inteiramos da história dos conceitos médico-psicológicos. Sem entrar em minúcias, sabemos que o médico por muitos séculos deixou ao teólogo e ao filósofo, quando não ao bruxo, o estudo, respectivamente, da Psicologia e da natureza da doença mental. A Psicologia sempre foi antes um ramo da Teologia ou da Filosofia do que uma

das ciências biológicas. Por outro lado, o conceito corrente de enfermidade ainda continua muito elevado, mesmo em círculos médicos cultos, de traços do pensamento primitivo e mágico. Tirando as relativamente poucas doenças comprovadamente hereditárias, isto é, condicionadas por fatores cromossômicos (39), a enfermidade continua sendo frequentemente interpretada como determinada principalmente por algo que vem apenas de fora. Além disto, ainda se continua buscando a causa, o fator etiológico da doença e, conseqüentemente, a arma terapêutica (droga, operação, dieta), como se tudo se reduzisse a uma simples equação do primeiro grau a uma incógnita. Ficam frequentemente esquecidos os princípios de que o diagnóstico é uma avaliação da situação atual do ser humano que está sendo examinado. Na avaliação é necessário ter presente que não basta o relato circunstanciado dos sintomas e sinais, dos dados laboratoriais, radiológicos, dos registros gráficos de potenciais elétricos, das endoscopias e demais exames oferecidos pela tecnologia. É preciso prestar atenção para o fato de que o sintoma ou sinal, na maioria das vezes, mesmo quando presente um elemento orgânico (como cálculo, úlcera, tumor, micróbio, trombose) é determinado também e, basicamente, por distúrbios da função, não só ao nível do soma (discinesia, discrinia, alterações vasculares), mas também ao nível dos processos mentais (tensão emocional, sobretudo medo, ressentimento, agressividade reprimida etc.). É ainda preciso estar atento para as circunstâncias que geram e geraram a tensão emocional (interação do indivíduo com o mundo exterior físico e social), vale dizer, para os elementos histórico-genéticos daquela persona que está diante de nós. Nessa avaliação, os fatores geradores do quadro clínico podem ser divididos em dois grupos intimamente correlacionados: fatores condicionantes ou predisponentes (hereditários e congênitos: intra-uterinos e dos primeiros anos de vida extra-uterina) e fatores desencadeantes. Esses fatores interagem através das maneiras mais caprichosas e constituem o que Freud denominara séries complementares dos fatores etiológicos, que temos chamado de constelação etiológica e que Krestchemer (21) chamou de coligação de motivos. Fica evidente, então, que o médico tem muito que escutar do paciente e, mais do que isso, que compreender; não somente o conteúdo manifesto, mas também o latente daquilo que lhe é verbalizado. Só assim tentará sentir o ser humano no conjunto da sua existência.

III - Convergência dos conhecimentos psicológicos e biofisiológicos para a compreensão do funcionamento do organismo como um todo. A noção do homeostase e de "stress". A interação do conjunto biopsicológico com o mundo exterior.

Até agora temos verificado que o enfoque

biopsicossomático não é novo. Somente nos últimos 40 a 50 anos, entretanto, logrou coerência e impulso como campo de investigação e de doutrina, graças à convergência dos ensinamentos da Fisiologia e da Psicologia, derrubando barreiras mutuamente e estabelecendo alguns denominadores comuns.

Uma das vias dessa convergência, das mais produtivas, tem sido demonstrar que os denominadores comuns instalam-se desde as fases mais precoces da formação de cada organismo em cada espécie, como parte de processos em contínua transação. Sabe-se ainda que na ontogênese dos organismos mais avançados na escala animal a filogênese dos organismos menos avançados se reproduz em um continuum e é complementada por novas estruturas e funções correladas. Assim sendo, cada ser adulto representa a síntese histórica dos fatos ocorridos que se estruturam, em atividade dinâmica, gravados em memória\* desde que nasce.

Entre os denominadores comuns, consideramos apenas os dois nesta parte deste trabalho; 1º) a noção de homeostase e de "stress" e 2º) as correlações entre a Neurofisiologia e a dinâmica dos processos mentais.

1º) A noção de homeostase e de "stress" e o significado da reestabilização na relação médico-paciente.

Com a aquisição destes dois conceitos não só desapareceu a noção de que saúde e doença sejam processos qualitativamente diferentes, como também nasceu a concepção de que os processos ao nível do soma e da mente, de que depende a integridade do organismo e a própria vida, regem-se por princípios idênticos.

A noção de homeostase foi introduzida em Fisiologia animal por Claude Bernard (8) e por Cannon (11, 12) e em Psicologia Dinâmica por Freud (17), tirando-se de Fechner, sob o nome de "constância do meio interno". Por meio dela sabe-se que a vida só possível dentro de certas constantes químicas tais como: concentração iônica de vários cátions, ânions e eletrólitos ( $\text{Na}^+\text{Cl}^-$ ,  $\text{Ca}^{++}$ ,  $\text{Mg}^{++}$ ,  $\text{Fe}^{+++}$ ,  $\text{PO}_4^-$ ,  $\text{HC}_3^-$ ), além de concentrações de compostos como glicose, uréia e várias proteínas, tais como albumina e globulinas, de oligoelementos, e de algumas biominas agindo ao nível do sinaptosoma. Depende ainda de constantes físicas como pH, temperatura, concentração osmolar do plasma, de constantes mecânicas ou fisiológicas como pressão arterial, pressão capital, tono vascular, de constantes fisicoquímicas como potenciais de membrana, transportadores transmembrana, transcélula,

transinapse, e de constantes imunológicas tais como reconhecimento de "Self" imunoalérgico e de fatores químicos e celulares imunitários. Todas essas constantes têm limites estreitos de variação e de tolerância. Dentro de certa faixa existe saúde; pouco além há doença, e além de certos limites há incompatibilidade com a vida. Delicados mas ao mesmo tempo vigorosos mecanismos estabilizadores (mecanismos reguladores tampões em Fisiologia e Bioquímica, e mecanismos de defesa do ego em Psicologia Dinâmica) agindo em ciclos de retroalimentação (ciclos de "feed-back" em Fisiologia e Bioquímica, e conceito circular de Alexander em Psicologia Dinâmica) e executados por enzimas, bioaminas, hormônios e sistema neurovegetativo, em íntima interação, mantém estas constantes na faixa da saúde e da doença, em níveis de restabilização, e, em marcos mais distantes, da vida e da morte. Desta forma, existe diferença qualitativa entre saúde e doença assim como entre amor e ódio, entre agressividade (indispensável à ação) e agressão ou hostilidade (as mesmas forças em faixa de destrutividade), e, por extensão, entre vida e morte, que são níveis de equilíbrio regidos pelas mesmas forças. Assim como surtos de diarreia esporádicos, taquicardias ou cefaléias eventuais, não chegam a constituir um estado patológico, a não ser que se tornem mais frequentes, intensos e prolongados, também, como acentuou Freud, entre saúde e doença mental pode ser estabelecido uma interminável gama de situações intermediárias.

Quão frequentes são os traços fóbicos, persecutórios e ou depressivos em grande número de normais! Quão frequente é o diabetes latente, a hiperuricemia sem gota, a hipertensão fronteira ou a dos que têm níveis anormais de pressão somente em determinadas condições do esforço físico ou de tensão emocional. Três outras noções, que decorrem destes conceitos de homeostase, são: a) a de doença não resultar apenas de algo que venha de fora; b) a de "stress"; c) a do significado de reestabilização na relação médico-paciente.

a) O conceito ainda corrente de que a doença resulta, pelo menos primordialmente, de algo que vem de fora decorre de influências residuais do pensamento primitivo e mágico - os miasmas - que foram substituídos pelos microorganismos e pela poluição externa desde a época de Pasteur e Koch no terreno da "psicologia". Com a noção de homeostase uma boa parte dos sintomas, tanto no campo do soma, quanto nos dos processos mentais, são interpretados como desvios adaptativos ou níveis de reestabilização do

\* Mais dinâmica é a memória dos centros nervosos localizados no rinencéfalo, também chamado cérebro visceral ou sistema límbico (28).



organismo, resultantes de transações entre forças ofensivas e defensivas. As forças que vêm de fora - meio físico e biológico e meio social, em uma primeira fase da vida - perturbam continuamente o equilíbrio homeostático e agem com fatores predisponentes ao lado dos fatores hereditários ou cromossômicos. Tais fatores formam o substrato da personalidade que se entrelaça de forma contínua e inseparável com o restante da biografia pessoal - fatores desencadeantes ou atuais.

Compreende-se então que a enfermidade não é um evento isolado, mas um elo a mais no acontecer de cada momento da vida do indivíduo. Apareceu porque naquele momento biológico e psicológico social da existência, fatores oriundos do mundo exterior e interior coincidiram em um organismo, então vulnerável aos agentes agressores, em função de sua história pessoal, perturbando-lhe a homeostase em determinado sentido. Desde Freud este conceito de enfermidade tem sido amplamente utilizado em Psicopatologia Dinâmica, interpretando o sintoma como tentativa de restaurar um equilíbrio modificado por fatores externos e internos. Não tem sido, contudo, utilizado em Medicina Interna.

b) A noção de "stress", introduzida na década de 40 pelo fisiologista Selye, foi aplicada não só em Biologia como também em Psicologia. Significa primordialmente força ou esforço. Em Mecânica: "Força ou sistema de forças que tende a produzir deformação no corpo em que age". (Britanica World Language Dictionary). Por analogia, em Biologia o conceito originou-se em Claude Bernard que considerou a doença como resultado das tendências do organismo para restabelecer o equilíbrio, embora insuficientes, mediante respostas de adaptação aos agentes agressores. Claude Bernard (8) já advertira que a resposta adaptativa pode ser mais destruidora que a agressora original. Este mesmo conceito, introduzido pela doutrina da Psicanálise, tem sido aplicado nas integrações que ocorrem em nível mental, pela teoria dos mecanismos de defesa do ego, acionados pelas forças do id e do superego.

c) Significado da reestabilização na relação médico-paciente. Importante contribuição da Psicologia Dinâmica de base Psicanalítica à Medicina foi compreender em termos dinâmicos a relação médico-paciente como agente terapêutico. É complementar em todos os casos e pode substituir práticas médicas e cirúrgicas com uma frequência que vai além do que habitualmente se supõe. Na relação médico-paciente se estabelece um campo de forças (teoria de campo de K. Lewin (25) em que o médico exerce papel de catalisador dos processos de reestabilização do organismo doente. Esta força reestabilizadora se exerce de várias maneiras, entre elas, como fator de dependência, de sugestão, de apoio emocional e sobretudo como mecanismo

fundamental dos processos denominados em Psicanálise de transferência e catarse. Estes fatores são inerentes à natureza da relação médico-paciente, e neles se calca a "misteriosa força" CURANDI do médico, em que pese o efeito objetivo realmente farmacodinâmico de qualquer outra medida terapêutica.

Na transferência se inclui o processo de regressão, o que vale dizer, o fato de reviver situações conflitivas anteriores, gravadas na memória do inconsciente, mas atuantes, e que fazem parte da personalidade de cada um de nós. A gravação\* ocorre em momentos "conflitivos"- conflitos intrapsíquicos - os quais, por sua vez, decorrem de privação da satisfação das necessidades instintivas\*\* e que são sentidas em níveis psíquicos como frustração. A gravação da frustração constitui a fixação em Psicologia Dinâmica, e se faz em função de repressão exercida pelo ego - força em um sentido - contra as tendências do id ou forças instintivas - as necessidades da função, força em sentido oposto -, donde o conflito, o confronto de forças. Regressão, então, é o retorno ao reprimido, a zonas de sensibilidade da personalidade e, ao ser feita, a verbalização constitui a catarse ou liberação do reprimido.

Tem-se observado que a liberação possibilita a realização da homeostase em níveis de menor tensão, com alívio do sintoma nos processos mentais e no corpo, e mesmo no meio social.

A transferência será tanto mais útil quanto maior for a capacidade do médico em captá-la e, mais do que isso, em manejá-la. O manejo, por sua vez, depende das possibilidades do médico sentir-se livre (contra-transferência) para utilizar certos aspectos de sua própria personalidade no sentido de dinamizar o processo regressivo do paciente. E como a regressão é a substância da própria doença, pode-se entendê-la, então, como a VIS CURANDI do médico, ajudando a Natureza, Physis, pois desde Hipócrates já se sabe que a Natureza desenvolve esforços reestabilizadores - é a VIS CURANDI NATURAE.

2º) As correlações entre a Neurofisiologia e a dinâmica dos processos mentais.

Como confirmamos no início deste trabalho, foi a partir das descobertas de Freud no campo da Psicanálise que se construíram os alicerces sobre os quais foram edificados os princípios da Medicina Psicossomática.

Os pensadores da doutrina psicanalítica (1) estão procurando determinar os mecanismos pelos quais se relacionam os acontecimentos do campo da personalidade e do campo do mundo exterior (e neste, sobretudo o campo da cultura) com os processos que ocorrem no terceiro campo, o da saúde-enfermidade. É noção fundamental nas posições teóricas o conceito de representação intrapsíquica de estímulos vindos do soma e do meio externo, sob a forma de impressões da memória. Para fins deste trabalho não entraremos em considerações sobre teorias da Psicologia

\* Gravação, digamos patologia.

\*\* Vale dizer, das funções.

Dinâmica, da teoria geral da formação do ego e superego e do mundo objetal interno.

Devemos pensar, contudo, que representação intrapsíquica, em termos de Neurofisiologia, é informação e como tal é uma comunicação feita ao sistema nervoso central. Sabemos, por outro lado, que o sistema nervoso central tem a capacidade de receber mensagens ou informações provenientes tanto de fora quanto de dentro do organismo e que são transmitidas como impulsos nervosos que marcham ao longo de fibras nervosas e de mediadores químicos. Os centros nervosos são formados por conjuntos de neurônios capazes de selecionar, classificar e de dar origem a ordens aos diversos territórios do organismo; tais ordens representam estímulos secretores; motores, estes para músculos lisos não só dos órgãos propriamente ditos, como das arteríolas.

Com Wittekhower e col. (49) procurando esquematizar a maneira de funcionar o conjunto mente-corpo, segundo a doutrina psicanalítica, podemos admitir o organismo como um conjunto resultante da integração do funcionamento de dois sistemas: 1) o sistema físico ou somático composto de vários subsistemas e outros tantos arcos homeostáticos separados no plano fisiológico e, 2) o sistema psicológico que se pode admitir como composto basicamente de três subsistemas funcionais de energia chamados, por ordem de formação, de id, ego e superego, segundo a Psicanálise.

Sob o aspecto fisiológico o sistema somático recebe permanentemente energia mediante a incorporação de alimento. E é esta mesma energia que acionará no sistema psicológico os processos mentais sob a forma de energia psíquica.

A unidade funcional básica em todo esse plano de organização, esquematicamente, é o arco reflexo, com um segmento sensorial ou aferente, um segmento efetor ou eferente e, interposto entre ambos, um centro nervoso. Esses centros nervosos situam-se escalonadamente ao longo do neuro-eixo, desde a medula espinhal até a algumas regiões do córtex cerebral (25). Funcionam à maneira de uma resistência ou de um transformador colocado em um circuito elétrico e, mais ainda, trata-se de um mecanismo avaliador. Recebem mensagens ou informações não só no plano transversal, vindas do mundo exterior (órgãos dos sentidos, pele, mucosas vizinhas da pele) e do mundo interior do indivíduo (das vísceras, dos músculos esqueléticos e dos processos mentais), mas também no plano vertical ou céfalo-caudal, enviadas de um centro nervoso para outros, integrando-os. As informações que chegam ao centro nervoso atuam como mensagem ou estímulo, anunciando que algo está acontecendo nas regiões onde estão colocados os receptores, elementos iniciais do segmento sensorial ou eferente.

Esse algo que está acontecendo anuncia a necessidade do exercício de uma função e correlato

processo de satisfação ou de homeostase. Poderá ser a necessidade de evacuar o intestino e será, então, um estímulo que parte da região sigmóide-retal e que é comunicado ao centro da evacuação na porção distal da medula espinhal; poderá ser a necessidade de suprimento de oxigênio e de remoção de gás carbônico dos tecidos e será, agora, um aviso que tem origem na intimidade dos espaços intercelulares e que será transmitido a um centro na região do bulbo; poderá ser a necessidade de regular a tensão sanguínea aumentada na aorta e será, então, uma notícia nascida nas terminações baro-sensíveis dos nervos presso-reguladores da crista da aorta e que será levada aos centros do vago que providenciam redução da frequência cardíaca e aumento do calibre das arteríolas para a redução da tensão intra-aórtica. Com estes exemplos verificamos que tais arcos têm a finalidade de homeostase no exercício de funções.

Nos exemplos citados a informação recebida pelo sistema nervoso central seria, à primeira vista, apenas neurológica, isto é, não atingiria, em condições normais, nível de percepção ou de sensação consciente. Poderá atingir este nível caso o estímulo seja bastante intenso, em consequência de necessidades proporcionalmente intensas, isto é, em condições de privação. Em condições normais de funcionamento do organismo, os órgãos exercem seu trabalho vegetativo aparentemente sem a percepção da consciência ou com eventuais e passageiras informações à mesma. É o estado de saúde ou de bem-estar que, em realidade, traduz uma satisfação global de homeostase mantida dentro dos limites das diversas constantes mencionadas, compatíveis com a saúde.

Poderemos agora introduzir uma correção daquilo que afirmamos há pouco quando dissemos que em condições normais, isto é, de saúde, a informação seria de nível neurológico, porque não atingiria nível de consciência, mas se pensarmos bem, sentiremos que o bem-estar da condição de saúde significa a sensação ou percepção do bem-estar. É que todos os centros nervosos reguladores do funcionamento dos órgãos no sistema somático estão integrados entre si e com os centros mais superiores neurovegetativos que compõem o chamado cérebro visceral ou sistema límbico. Este é o grande centro regulador das funções viscerais, que integra não somente os arcos reflexos escalonados ao longo de todo o neuroeixo (vale dizer reguladores do funcionamento dos órgãos no plano propriamente fisiológico), mas também transforma simultaneamente as informações recebidas na sensação ou percepção subjetiva dos afetos e dos estados de espírito. Assim sendo, podemos compreender a simultaneidade de acontecimentos nos sistemas somáticos e psicológico-afetivo. Compreendemos ainda que tudo acontece ao mesmo tempo, assim como verificamos a inconsistência da indagação do que nasceu primeiro, se o psíquico, se o somático. Eis

de termos preferido o conceito de Medicina Integrada (36).

MacLean (28) realizou, em 1949, o primeiro passo em direção à reconciliação da Neurofisiologia experimental com a Psicologia Dinâmica moderna, calcada na doutrina psicanalítica.

Resumindo aquilo que se conhecia de Neurofisiologia até então (28), incluindo o famoso trabalho de Papez (31), entitulado "A proposed mechanism of emotion", MacLean argumenta que se pode aceitar o que afirmamos, isto é, ser o rinencéfalo um cérebro visceral no sentido de supervisionar de todos os centros autônomos ou vegetativos inferiores, controlando toda a atividade visceral onde se incluem os aspectos ou componentes afetivos da emoção. Por outro lado, o neocéfalo se encarrega do comando dos músculos esqueléticos e das funções do intelecto, entre as quais a transformação da informação em símbolos verbais, o planejamento no espaço e no tempo, a abstração, a elaboração da vontade, e assim por diante. No rinencéfalo ocorrem sensações e há certo grau de percepção mas não a percepção em nível intelectual; o cérebro não sabe comunicar-se pela linguagem falada, mesmo porque não o consegue considerando-se-lhe a estrutura histofisiológica (28).

A resposta às informações que lhe chegam é realizada pela linguagem dos órgãos: atividade motora, secretora\*, irritação e os correspondentes componentes afetivos da emoção (medo, raiva, alegria, tristeza etc.).

### **DUAS CONSIDERAÇÕES FINAIS'**

Primeira: Para explicar uma das causas, certamente a mais frequente das inúmeras afecções funcionais e muitas das que apresentam expressão anatômica, a Psicologia Dinâmica formula a hipótese de que o transtorno funcional primitivo é o conflito intrapsíquico. Deste conflito se originam não só as chamadas manifestações neuróticas\*\* - sistema dos processos mentais - mas também as manifestações do sistema físico ou somático. Estas podem ser apenas funcionais e, quando persistentes, repetidas ou muito intensas, alterando a vida celular e o seu ambiente, chegam ao grau de lesão anatômica. Assim sendo, aquilo que para os organiscistas era sempre o *primum movens* da enfermidade, seria na maioria dos casos um período já avançado da mesma, precedido de distúrbios afetivos e funcionais.

\* *Secreção de muco, enzimas, água, eletrólitos, anticorpos, hormônios etc.*

\*\* *No sentido psicodinâmico de conflitos apenas nos processos mentais ou "emocionais", mas em todas as manifestações de doença há distúrbios dos dois sistemas. Predominam no sistema psíquico nas neuroses, no somático, nas doenças orgânicas e em uma gama de valores intermediários, nas órgão-neuroses.*

O conflito intrapsíquico gera tensão emocional (forças oponentes da repressão do ego e do superego VERSUS a força do instinto ou id, em busca de satisfazer a função reprimida) que relaciona com a tensão visceral. Esta tensão global é a expressão da flexão forçada, em lugar da adequada descarga liberadora, já que os instintos, representando necessidades do ser, tendem a liberar tensões ou, em outras palavras, a exercer as respectivas funções.

Segunda: É da observação clínica corrente que entre os homens que lograram posição de destaque nos meios empresariais, políticos e universitários, certas afecções psicossomáticas ocorrem em frequência relativamente grande, mormente a enxaqueca, a hipertensão arterial, a úlcera duodenal e a prisão de ventre. São homens dotados de grande capacidade intelectual e empreendedora, mas, paradoxalmente, no setor emocional-visceral (psicossomático) não tiveram desenvolvimento proporcional. Houve fixação ou retenção desse desenvolvimento em fases pré-verbais. São homens em que a mencionada linguagem dos órgãos é muito ativa.

Sob o aspecto pedagógico, e isto seria uma tese a acionar um programa de Medicina Preventiva, estes fatos sugerem mais atenção para o desenvolvimento emocional da criança desde os primeiros dias de vida, em busca de uma Humanidade de amanhã feita de homens que tenham maior integração entre a atividade rinencefálica ou afetivo-somática e as tão decantadas superiores atividades do neocórtex, apanágio do *Homo sapiens*.

Pode-se imaginar, então que no paciente com afecção psicossomática, sob o aspecto neurofisiológico, não se formam adequadamente, durante o seu desenvolvimento, conexões diretas entre o cérebro visceral e o cérebro que comanda a palavra. Nesses indivíduos os sentimentos ou afetos constituídos na formação hipocâmpica, ao invés de encontrar fácil acesso ao intelecto para a devida avaliação de um *Homo sapiens* sadio, encontra ligações mais fáceis, talvez por serem mais usadas desde a infância e dirigidas para os centros neuro-vegetativos, com expressão na linguagem dos órgãos.

Para terminar, vale a pena salientar breves referências sobre algumas formulações psicodinâmicas que têm sido feitas em relação a algumas afecções psicossomáticas com lesões anatômicas presentes, como por exemplo, a hipertensão arterial, a úlcera péptica, a artrite reumatóide e a asma. (2,28).

Na hipertensão arterial o paciente contém a raiva crônica não expressa em virtude de frustrações orais (relacionamento na fase educativa do infante com pessoas dominadoras, sistemáticas, pouco afetivas, que impedem as satisfações orais, inclusive mamar satisfatoriamente). Na úlcera péptica há solicitações orais e de dependência (sobretudo busca exigente e continuada, por cuidados

maternos) e luta constante, conflituosa e consciente para obter sucesso e independência. Na artrite reumatóide, o paciente teria dificuldade de exprimir suas fortes emoções e o faz através de técnicas primitivas de domínio, mediante destruição e auto-encarceramento. Na asma o paciente se encontraria frente a um dilema emocional onde prolonga dependência oral em relação a pais ansiosos, inseguros e dominadores torna-lhe impossível realizar violento desejo de emancipação. Sugere-se, então, que a respiração asmática representa uma forma de lamentar ou de gritar, que aparece sempre que o paciente se defronta com o dilema de decidir abandonar certas situações ou posições em busca de outras, já que não conseguiu quebrar, em termos adultos, a situação primária com os pais.

Sem defender ou criticar quaisquer dessas formulações porque escapa aos objetivos deste trabalho, poderíamos pensar que a raiva do hipertenso, provinda de demandas orais não satisfeitas tem mecanismo semelhante ao da fome produtora de raiva e agressividade destrutiva do animal; que a fome emocional do ser humano com úlcera péptica não só ativa permanentemente os núcleos límbicos ligados ao hipotálamo e aos núcleos do vago que governam a secreção gástrica, mas também impele o indivíduo à busca em nível destrutivo do sucesso profissional. Semelhantes considerações podem ser feitas para os pacientes com outras afecções psicossomáticas. Sempre há um conteúdo latente, em nível do cérebro sem expressão verbal, encoberto pelo conteúdo manifesto do cérebro do homem chamado civilizado.

Seria o caso de nós psicólogos lançarmos uma pergunta aos dirigentes da Organização Mundial de Saúde e da Organização das Nações Unidas: qual a percentagem dos homens que governam o Mundo Externo, atualmente, que têm afecção psicossomática, principalmente hipertensão arterial, úlcera péptica, asma e artrite reumatóide? Seria uma investigação de grande interesse, mas com análise estatística. E depois? Quantos estariam em condições de saúde ideal para exercer as altas funções que têm nas mãos e plasmar o mundo do século XXI?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F.; EISENSTEIN, S. & GROTHJAHN, M.; eds Psychoanalytic pionerers. New York, Bacis Books, 1966.
- ALEXANDER, F.; FRENCH, T. & POLLACK, G.H.; eds - Psychosomatic specificity: experimental study and results. Chicago, University of Chicago, 1968.
- ALEXANDER, S. - Space, time and deity. London, MacMillan, 1920.
- ASCHIFF, K.A.L. - Pathologie un Biologie. Klin. Wochenschr; 15:1465, 1936.
- BAUER, J. - Constitution and disease. New York, Gryne & Stratton, 1942.
- BEAUMONT, W. - Experiments and observations on the gastric juice and the physiology of digestion. Plattsburg, F.P. Allen, 1833.
- BERGMANN, G. von - Funktionelle Pathologie. 2nd ed. Berlin, J. Springer, 1936.
- BERNARD, C. - An introduction to the study of experimental medicine. New York, MacMillan, 1927.
- BOCKUS, H.L. - Mecanismo de los desordenes funcionales. Interrelaciones funcionales e estructurales en la sintomatologia gastrointestinal. In: VALENCIA PAPPACEN, J. - Controversias en gastroenterologia. Caracas, Grafos, 1967. p. 15:35.
- CABANIS, P.J.G. - Sketch of the revolutions of medical science and views relating to its reform. London, Longman & Brown, 1806.
- CANNON, W.B. - Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. 2nd ed. New York, Appleton, 1929.
- CANNON, W.B. & BRITTON, S.W. - Studies on the conditions of activity in endocrine glands. Am. J. Physiol; 72:283, 1925.
- DILTHEY W, - Beitrage zum studium der individualitaet. In: Gesammelte Schriften. Leipzig, Teubner, 1924. v. 5. p. 241-316.
- DILTHEY, W. - Ideen ueber eine beschreibende un zergliedernde Psychologie. In; Gesammelte Schriften. Leipzig, Teubner, 1924, v. 5, p. 139-240.
- EHRENFELS, G. von - Ueber gestalquilitaeten. Vjschr. Philos; 14:249, 1890.
- ENGEL, G. L.; REISCHSMAN, F. & SEGAL, H.L. - A study of an infant a gastric fistula. I. Behavior and the rate of total hydrochloric acid secretion. Psychosom. Med., 18:374, 1956.
- FREUD, S. - Collected papers. London, Hogarth, 1924-1950.
- GELDEREN, C. von - Funktionelle Pathologie in der Chirurgie. Berlin, Springer-Verlag, 1943.
- HEGEL, G. W.F. - Hegel's philosophy of mind. Oxford, W. Wallace, 1894.
- HOLMES, T.H. - The nose. An experimental study of reactions within the nose in human subjects during varying life experiences. New York, Charles C. Thomas, 1950.
- KLEIN, M. - Contribuciones al psiconálisis. Bueno Aires, Hormé, 1952.
- HOFFKA, KA. - Principles of Gestalt psychology. New York, Harcourt Brace, 1935.
- KRETSCHMER, E. - A text-book of medical psychology. London, Oxford University Press, 1934.
- KREUGER, F. E. - Ueberpsychische Ganzheit. Neue Psychol. Stud., 1:1, 1926.
- LEWIN, K. - A dynamic theory of personality. New York, MacGraw Hill, 1935.
- LEWIN, K. - Principles of topological psychology. New York, MacGraw-Hill, 1936.
- MACILWAIN, G. - Remarks on the unity of the body. London, S. Highley, 1936.
- MACLEAN, P. D. - Psychosomatic disease and the visceral brain. In: Psychosomatic classics: selected papers from psychosomatic medicine:

- 1938-1958. Basel, Karger, 1972. p. 36-55.
29. MARGETTS, E. L. - Notas históricas sobre medicina psicosomática. In: WITTKOWER, E. D. & CLEGHORN, R. A.; op. cit. 49.
30. MAUDSLEY, H. - *The physiology and pathology of the mind*. London, MacMillan, 1867.
31. MITTELMANN, B. & WOLFF, H.G. - Affective states and skin temperature. *Psychosom. Med*; 1:271, 1939.
32. MORGAN, C.L. - *Emergent evolution*. New York, H. Holt, 1928.
33. PAPEZ, J.W. - A proposed mechanism of emotion. *Arch. Neurol*; 38:725, 1937.
34. PICHON-RIVIÈRE, E. - *Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires, Galerna, 1970, 1970. t. I, p. 207.
35. PONTES, J.F. - O ensino da psicologia no currículo médico. *Ar. Gastroenterol*; 5:3, 1968.
36. PONTES J.F. & MARIANTE, J.G. - Integración médica en gastroenterología. *Dia Méd*; 42:939, 1970.
37. POPPER, H. - The search for a chairman of a department of pathology in a medical school. *Hum, Pathol*; 3:447, 1972.
38. REIFENSTEIN, G.H. - Rheumatic-like lesions found in unselected autopsies. *Proc. Am. Fed. Clin. Res*; 4:2, 1948.
39. RICH, A. R. & GREGORY, J.E. - Further experimental cardiac lesions of rheumatic type produced by anaphylactic hypersensitivity, *Johns Hopkins Hosp. Bull.*, 75:115, 1944.
40. SCHILDER, R.F. - *The image appearance of the human body*. London, Kegan, 1935.
41. SCHWARZ, O. - *Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales*. Barcelona, Labor, 1932.
42. - SEYLE, H. - The general adaptation syndrome and diseases of adaptation. *J. Clin. Endocrinol. Metab*; 6:117, 1947.
43. SLATER, E. & COWIE, V. - *The genetic of mental disorders*. London, Oxford University Press, 1971.
44. SMUTS, J.C. - *Holism and evolution*, London, Macmillan. 1926.
45. UCHOA, D.M. - *Psiquiatria e psicanálise*. 2ª ed. São Paulo, Saraiva, 1968.
46. VALENCIA PARPACEN, J. - *Controversias en gastroenterología*, Caracas, Grafo, 1967.
47. WERTHEIMER, M. - *Productive thinking*. New York, Harper, 1945.
48. WINTERS, E. E. B., ed. - *The collected papers of Adolj Meyer* Baltimore, J. Hopkins, 1950-1952.
49. WITTKOWER, E.D. & CLEGHORN, R.A. - *Progresos en medicina Psicosomática*. Buenos Aires, Eudeba, 1966.
50. WOLF, S.G. - *Investigación experimental*. In: WITTKOWER, E.D. & CLEGHORN, R.A., op. cit. 49, cap. 4, p. 65-79.