

ABORDAGEM PSICODINÂMICA DOS SINTOMAS SOMÁTICOS¹

Abram Eksterman²

Através de uma análise crítica, o autor examina a interinfluência da Psicanálise com a medicina do corpo, a origem da psicossomática moderna e seu desenvolvimento para a Psicologia Médica. Advoga a utilização do termo “psicodinâmica” como capaz de traduzir melhor uma teoria abrangente da Psicanálise, além de todas as escolas psicanalíticas. Da mesma forma, defende a discriminação entre o modelo fenomenológico e descritivo da patologia, que pretende nosografias, e o psicodinâmico, que pretende significados. Conduz o raciocínio para concluir que a psicodinâmica tem efetiva aplicação na condução da prática assistencial através da Psicologia Médica, e questiona as tentativas anteriores de “curar” enfermidades somáticas com procedimentos hermenêuticos. Oferece ao psicanalista algumas observações úteis quanto ao manejo clínico dos pacientes com queixas de enfermidades do corpo e, finalmente, que a psicodinâmica restaura na Medicina, transcendendo as doenças, a preocupação fundamental com o homem.

I

As relações entre a teoria psicanalítica e as manifestações da patologia somática, especificamente aquelas comprometidas com o rótulo de sintoma, doença ou distúrbio psicossomático, tornaram-se nos dias atuais tão amplas e polêmicas que, antes de iniciar um trabalho de síntese dessa questão, torna-se indispensável afirmar alguns conceitos básicos e sobretudo levar em conta que, nem em psicanálise, nem em psicossomática existem fundamentos claramente estabelecidos. Por isso me imponho a tarefa de “arrumar um pouco a mesa” antes de iniciar o trabalho.

Primeiro vamos lembrar algo que parece um truísmo: saber o que a Psicanálise é a partir do que ela faz.

A intervenção psicológica que chamamos “ato psicanalítico” promove uma transformação psíquica específica: torna a imagística primitiva derivada imediatamente dos registros neurossensoriais em representações suscetíveis de produzirem consciência. Freud começou tratando desse assunto em seu trabalho sobre afasias, em 1891, sugerindo que a junção da “representação de palavra” com a “representação de coisa” produz consciência. Por outro lado, a dissociação de ambas as representações (dissociação que ele viria a conceituar como repressão), produz inconsciência. O “reprimido”, forçando seu caminho para a consciência, é concebido como “dinâmico”, novidade que vai se tornar o germe da “Psiquiatria Dinâmica”. Impedido de adquirir seu significado verdadeiro, esse “reprimido” como que tenta representar-se (encenar-se) utilizando as vias sensorio-motoras, gerando a histeria de conversão.

Portanto, o ato psicanalítico, como originalmente concebido, deveria promover a recuperação do reprimido e a instalação do significado, coerente com a experiência

¹ Revista Brasileira de Psicanálise (1994), vol. XXVIII, nº1

² Membro Titular da SBPRJ

perceptiva. O significado assim obtido produz consciência; a perda desse significado produz inconsciência. Rigorosamente o ato psicanalítico destinava-se, como instrumento psicológico, a produzir mente, considerando-se a mente como uma estrutura psicológica de significados, geradoras de novas soluções adaptativas, a partir da abertura de opções propiciadas pela atividade das representações, especialmente as capazes de produzir consciência.

Mais tarde, com a expansão da teoria psicanalítica para uma concepção estrutural e dinâmica da mente, explicitada em “O Ego e o Id”, de 1923, o objetivo psicanalítico deslocou-se da recuperação do reprimido para uma função mais abrangente qual seja a de produzir “ego”, definido ele próprio como estrutura essencialmente adaptativa (H. Hartmann). Assim, com a primeira tópica – topográfica – tínhamos um instrumento para a resolução das manifestações históricas; com a Segunda tópica – estrutural – um instrumento para formar a pessoa na gestão de seu mundo, modificação que deveria produzir alterações profundas na abordagem técnica e nos objetivos da prática psicanalítica, a despeito do próprio Freud não ter conseguido integrar essa revolucionária modificação à sua reflexão clínica corrente. Fiel e aderido às concepções biomédicas que alicerçaram suas teorias, não percebeu a virada semântica que ele ensejou aos seus seguidores mais eminentes, destacando M. Klein com a teoria das relações objetais primitivas; Bion, com a teoria do pensar, preenchendo os espaços teóricos entre o processo primário e o processo secundário de pensar, através de uma gradação de atividades simbólicas; H. Kohut, deslocando a prioridade do objetivo psicanalítico do conflito para a formação da identidade.

Nada, contudo, mudou quanto ao ato psicanalítico em si. Continua sendo transformar a vida mental e produzir consciência, com todos os “molhos” das variações técnicas das diferentes escolas, diferentes, na verdade, mais na sua textura expositiva que na efetiva atuação clínica, onde todas, a sua maneira, convergem. Divergem quando os princípios dessas escolas são praticados com dogmatismo, gerando estereotípias clínicas, traduzindo mais a incompetência do terapeuta que inadequação grave na exposição teórica.

A psicossomática moderna é o produto da tentativa da psicanálise de intervir teórica e clinicamente na patologia somática. Sua abordagem original estendeu as concepções teóricas relativas às histerias para a patologia somática, na pretensão de, com isso, se compreender simbolicamente os sintomas das várias enfermidades orgânicas. A infinidade de “interpretações” que tal orientação clínica gerou e a ilusão de que interpretar equivalia necessariamente, ou a curar, ou a aliviar o sofrimento, desencadeou mais um “furor sanandi” na psicanálise que uma pesquisa crítica (como deveria ter sido esse início psicodinâmico da psicossomática). Os textos pioneiros parecem com freqüência pregações de um remédio miraculoso dos padecimentos humanos, entusiasmo compreensível entre aqueles discípulos que se sentiram tocados por um ímpeto “evangelizador”. Pela década de 40 em diante, a psicanálise parecia a grande e nova promessa para aliviar o homem de seus sofrimentos psíquicos ou somáticos, acenando inclusive com a possibilidade de ir além mesmo do âmbito terapêutico e de tornar o homem melhor, mister até ali exclusivo da filosofia, da religião e da educação. Ser analisado passou, assim a fazer parte de um “curriculum vitae” e

não da história patológica pregressa de alguém, e ser analista, um credencial de autoridade para poder se afirmar “verdades” sobre o homem, sobre a história e sobre a sociedade.

Nesta síntese do problema não irei além de recuperar as bases conceituais mais seguras da psicodinâmica em suas aplicações clínicas para os pacientes sofredores do corpo. Utilizo aqui o termo *psicodinâmico*, ao invés de *psicanalítico* porque, antes de mais nada, não pretendo me comprometer com nenhuma vertente teórica em especial da psicanálise. O conceito de psicodinâmica contrasto aqui com o de fenomenologia, este em seu sentido mais chão, quando descreve fatos e estabelece a relação entre eles, no caso, do fatos biológicos atinentes ao homem, enquanto o primeiro – o psicodinâmico – ocupa-se das relações de significado que entre si guardam esses mesmos fatos, gerando uma estrutura simbólica de significados, que dá sentido ao homem-espécie e o estabelece como ser histórico, humano, com uma identidade, alguém que tem algo para contar e que pode, desta forma, ser compreendido por um interlocutor. Não se pense que se pode reduzir uma a outra, a fenomênica à psicodinâmica, ou vice-versa. Os fatos fenomênicos organizam-se segundo parâmetros naturais; os fatos psicodinâmicos, segundo parâmetros simbólicos ou culturais. Ambos dimensionam o homem de maneira diferente. Os fatos o dimensionam como um ser da Natureza; o simbólico, como ser em relação com outro, produzindo consciência. Neste último caso não é a causa que se busca, mas a própria consciência.

II

Algumas palavras mais sobre psicodinâmica podem nos ajudar a compreender o enlace fundamental que a psicanálise estabeleceu com a patologia somática.

Já podemos compreender que a psicodinâmica trata de relações de significado entre eventos apresentados à elaboração psíquica, mas faltou discriminá-la da simples Psicologia Geral que trata de descrever os fenômenos psicológicos, interligando-os, por um lado à neurosensorialidade e, por outro às teorias, ou de aprendizagem, ou do comportamento. Como a apresentar um “input” e um “output” da atividade simbólica, esta descrita com pensamento, fala e linguagem. Fique claro que, de propósito, estou comprometendo aqui a psicodinâmica com a imagística mental, com sua atividade representacional, e não com suas possíveis bases neurofisiológicas, como todo o cotejo de hipóteses de “energias nervosas”, tão a gosto das exposições teóricas básicas de Freud.

O mérito de Freud, segundo entendo, não foi criar uma nova Psicologia, mas de aduzir a ela uma “Psicologia Profunda”, dita do “Inconsciente”. A Psicologia de Freud nem, a rigor, é profunda, nem necessariamente é inconsciente e nem esse é o problema essencial. O que Freud introduziu em sua obra-marco “A Interpretação dos Sonhos”, em 1900, foi a noção de que existe uma linguagem básica, comprometida com o desejo e que esta é uma forma primitiva de realização alucinatória, que ela é menos comunicação que encenação e que, finalmente, sua transformação em palavras gera atividade mental simbólica compartilhável com outros. Podemos, graças a essas transformações, comunicar nossa experiência afetiva, organizar atividades sociais e

expandir essas transformações para o ambiente social, produzindo cultura. Freud estava metendo o dedo onde o Mito já havia com eloqüência falado, como na Gênese bíblica e em Prometeu (apenas para mencionar as duas descrições míticas mais conhecidas). Como, enfim, se produziu consciência a partir da palavra.

A grande descoberta de Freud foi desenvolver essa “Gramática do Desejo”, seu “processo primário de pensar”, e mostrar que podemos intervir nessa linguagem semi-fechada, exclusivista, cenário misantrópico de realizações narcísicas. E abriu duas perspectivas de intervenção. Na primeira, propondo recuperar falas que regrediram ao texto desse processo primário de pensar e ali se mantém como “reprimido” para evitar o sofrimento; na segunda, estimulando o próprio processo primário a progredir em busca de formas simbólicas capazes de ensejar relações sociais, em um (como o designou) “processo secundário de pensar”, com todos os compromissos com a realidade. É esse o movimento dinâmico da mente: forças simbólicas, originadas no instinto biológico transfigurado em desejo pela atividade representacional básica e estratificadas entre o “eu” e o “outro” como energia de vínculo afetivo.

Se compreendermos a transformação psíquica do processo primário em processo secundário, e vice-versa, como uma atividade simbólica geradora de forças afetivas, podemos visualizar o movimento da vida mental para além de simples percepção e cognição descritos pela Psicologia Geral, ou mesmo de “forças instintivas” descritas pelos textos originais da psicanálise. Torna a Psicologia, desta forma, simplesmente humana.

Entendo que os vários autores do texto psicanalítico abordam os muitos aspectos dessa dinâmica “mapeando” a atividade mental que é sempre entrelaçamento, melhor dito “gestalt”, da percepção com o desejo. Cada qual, na verdade, ocupou-se de um tema de sua preferência, mas nenhum, nem Freud, esgotou o tema da psicanálise. Nenhum deles, podemos afirmar, fez a psicanálise. Não precisamos realizar qualquer tipo de esforço para integrar as chamadas escolas psicanalíticas, porque nunca deixaram de ser apenas um artifício teórico para organizar clubes dogmáticos, servindo mais ao poder que ao saber. O que nos interessa como psicanalistas teóricos e como terapeutas, é verificarmos que contribuição realizaram a esse “mapeamento” da vida mental. Em relação a Freud já comentei em outro trabalho sobre alguns eixos teóricos e, creio que em breve, poderei apresentar um resultado mais amplo dessa pesquisa, inclusive comprometendo outros autores. Mas aqui não é o lugar para desenvolvermos esse tema, embora fascinante. Por enquanto, fica o entendimento que o processo primário de pensar utiliza o corpo como cenário de suas representações. Se soubermos “ler” o corpo poderemos entender o que se passa nele enquanto desejo, e como o desejo pode interferir em suas funções. Eis aqui o cerne do problema psicossomático em seu enlace com a psicodinâmica.

O corpo como campo representacional do processo primário de pensar é a questão essencial da abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos. Há que distinguir, por um lado, sensações relativas ao corpo sem lesões físicas, como no caso da histeria e da hipocondria, das alterações corporais conseqüentes a reações globais do corpo às exigências críticas do estresse. Não resta dúvida que do ponto de vista

fenomenológico as manifestações somáticas da histeria e da hipocondria, como por exemplo C.V. Ford expõe em seu livro sobre somatizações, podem ser aproximadas da lista de doenças consideradas psicossomáticas, como expostas no mais recente texto de Luban-Ploza, Pöldinger e Kröger, seguindo de perto os clássicos exemplos de Franz Alexander, Weiss & English, Grinker & Robins, G. Engel, A. Garma e tantos outros expositores e pesquisadores da fenomenologia e psicodinâmica da psicossomática.

Mas, do ponto de vista psicodinâmico, a histeria e a hipocondria teriam que ser compreendidas como distúrbios da representação do corpo, enquanto as enfermidades físicas consideradas psicossomáticas, como reações adaptativas mal sucedidas do corpo ao estresse biológico, físico ou psicossocial.

Fica para ser melhor investigado o equívoco de superpor análises e pesquisas fenomenológicas a análises e pesquisas psicodinâmicas, ou reduzir umas às outras. Essas enfermidades consideradas psicossomáticas, talvez por estarem impregnadas de expressões do processo primário de pensar, encenações da imagística mental primitiva, podem levar o pesquisador a confundir o cultural com o biológico. De fato, o corpo, especialmente o corpo doente, parece ser o ambiente propiciador dessas manifestações lingüísticas primitivas. Como se ali o desejo tivesse assim uma forma de melhor imprimir seu texto. Entenda-se que isso é muito diferente de considerar a “tensão” dessa linguagem primitiva, desse processo primário de pensar, a causa (a etiologia) dessas enfermidades e, em conseqüência, voltadas a uma terapêutica específica pela psicanálise. Esse tipo de raciocínio, confundindo a dimensão natural, biológica, com a dimensão cultural, lingüística, do homem, tem ensejado incontáveis tropeços clínicos senão mesmo perigosos desvios iatrogênicos. Isso não quer dizer que não haja inter-influência entre essas duas dimensões, o que não autoriza o raciocínio “psicossomático”, no sentido de que “fatores psicológicos” seriam responsáveis por um grupo de enfermidades ou de sintomas corporais.

Como imagino que muitos leitores, nesta altura, possam ficar bastante incomodados com essa atitude de radical demolição da psicogenicidade na origem da doença somática, alguns esclarecimentos adicionais se fazem indispensáveis.

No meu entender, e espero que esta síntese consiga tornar este ponto de vista claro, o máximo que podemos apreender de efetivo a respeito do fenômeno psicossomático é de que a dimensão psicológica (a estrutura simbólica), seja ela uma imagística mental ou um sofisticado produto cultural, ensejam reações adaptativas no corpo, as quais, por sua vez, tem sua dinâmica própria. Tanto a sintaxe simbólica, quanto a fisiologia do corpo tem suas regras particulares. Entendemos que alguém chore diante de uma cena triste, mas a cena não é o que faz a glândula lacrimal secretar, nem a secreção lacrimal é o mesmo que chorar. Chora alguém diante de algo que lhe produz a experiência de tristeza. A glândula lacrimal secreta diante de específicos estímulos neuroquímicos. Enfim, hipersecreção lacrimal não equivale a chorar. Lembremos sempre que a Natureza nem tem sentimentos, nem ética. Tais categorias são experiências simbólicas específicas da produção humana. O ponto de cruzamento dessas duas dimensões é o que procuramos estudar na psicodinâmica expressando-se no corpo.

Veremos primeiro a síntese das tentativas de abordagem realizadas até agora; em seguida as perspectivas que se abrem na pesquisa e na clínica.

III

Na revisão de Hertz & Rosenbaum fizeram em 1986 do desenvolvimento dos conceitos de Medicina Psicossomática, ressaltada em Frosch em 1990, acentuam que “a pesquisa e o tratamento psicossomáticos afastaram-se da perspectiva psicanalítica nos anos recentes”. O mesmo já havia advertido Lipowski em 1977 quando dividiu a história da moderna medicina psicossomática em três fases: 1) antes de 1920 como um ramo da filosofia; 2) entre 1920 e 1955, produzindo especulações, mormente psicodinâmicas; 3) de 1955 até agora, quando a pesquisa psicossomática passou a exigir maior rigor metodológico e com isso enfatizando o estudo da psicofisiologia.

Essa é a tendência moderna da psicossomática, inclusive de abandonar o termo “psicossomática” em favor de um modelo integrado com a classificação psiquiátrica do D.S.M. III (distúrbios somatoformes) e principalmente em F45 do CID – 10 (transtornos somatoformes).

Seria, contudo, lamentável que se perdesse a enorme e preciosa contribuição da época que Lipowski chamou de especulativa e que se dedicou a estabelecer nexos psicodinâmicos entre sucessos psicológicos inconscientes e a patologia corporal.

O argumento a favor da continuação da pesquisa psicodinâmica alicerça-se no modelo epistemológico que utiliza o raciocínio hermenêutico, depurando-o de qualquer redução ao raciocínio etiológico da biologia. Não foi outro o desenvolvimento aos tempos dos pioneiros: Felix Deutsch (1922) que deu o empurrão inicial a pesquisa psicossomática; Alexander com o seu conceito de especificidade desenvolvido por George Pollock; Fenichel com a conceituação de organoneurose, seguindo as pegadas da histeria de conversão, simultâneo com os trabalhos de Meng, Stern e Tausk.

Se pudermos abrir mão da “explicação” das doenças e dos sintomas psicossomáticos, inclusive de considerar o conflito inconsciente como “causa” de transtornos somáticos, creio que poderemos reintegrar, com vantagem, o estudo psicodinâmico à patologia e a medicina em geral. Por outro lado, se como psicanalistas insistirmos na pretensão de estabelecer “causas psicológicas” de transtornos somáticos estaremos em desvantagem com os recentes avanços da psicofisiologia e da psicofarmacologia e, ao invés de acenarmos com perspectivas terapêuticas, estaremos condenando a psicanálise como instrumento clínico e com isso alijando-a do interesse médico.

As tentativas mais recentes e com repercussão internacional de se considerar a psicodinâmica como fonte de etiologia de padecimentos somáticos encontramos em Nemiah e Sifneos e Pierre Marty e associados. Os primeiros criaram o conceito de alexitimia, querendo designar um transtorno da comunicação do paciente somático, segundo o qual esse tipo de paciente estaria prejudicado na sua capacidade de pensar ou de comunicar seus sentimentos. Sucederam-se numerosos trabalhos buscando na alexitimia a causa mesma do adoecer somático, posição que os próprios autores do

termo não sustentaram, insistindo de que alexitimia traduzia mais uma referência diagnóstica a caracterizar o paciente que definir a causa do adoecer somático. É o que assinala, em trabalho recente, Cohen, Auld e Brooker (1994), confirmando a posição original e questionando a possibilidade da alexitimia estar comprometida com qualquer forma de responsabilidade etiológica. Seguindo passos similares, Pierre Marty como líder de um expressivo grupo francês, cria o termo “pensamento operatório” para designar a situação mental de certos pacientes nos quais observava-se tendência pronunciada ao agir ao invés de pensar, como se o aparelho psíquico estivesse incompetente para reter pensamentos e afetos. Marty apóia-se nas concepções originais de Freud relativas às neuroses atuais, o que não é difícil perceber também na concepção de Sifneos, embora não declarada. Aliás, o modelo da neurose atual, desde o início, ensejou praticamente todas as concepções psicossomáticas baseadas na psicanálise, apesar de não haver reconhecimento explícito dessa conexão.

Num sentido diferente desenvolvi eu próprio a idéia de “lacuna cognitiva” exposta como uma deficiência observável no processo psicanalítico, na verdade um transtorno de elaboração, sugerindo nesse trabalho que a tendência universal do psiquismo à consciência do processo primário de pensar poderia utilizar o corpo como cenário de representações, retomando a idéia dos pioneiros da psicanálise de “linguagem corporal”.

Enfim, a questão básica por trás de toda dificuldade em utilizar a psicodinâmica na patologia somática é renunciar a ambição de estabelecer etiologias psicológicas nos transtornos somáticos. O que então?

Simplesmente voltando ao tópico do método e entendendo que *psicanálise não trata de doenças: trata doentes* e, assim sendo, sua atuação na patologia somática renuncia à reivindicação de estabelecer etiologias e assume, com pleno direito, o campo assistencial. Renuncia à psicossomática e estrutura a psicologia médica.

IV

Podemos esquematizar a abordagem psicodinâmica dos problemas relativos à medicina somática em três territórios interdependentes e configurados em uma nova disciplina médica (começando a se estabelecer inclusive como especialidade) chamada Psicologia Médica:

1. A psicodinâmica das expressões corporais
2. A psicodinâmica das relações assistenciais
3. A psicodinâmica das relações sociais associadas ao campo terapêutico

Diferentemente dos estudos originais relativos às somatizações causadas por fatores inconscientes, a psicodinâmica das expressões corporais pretende não estabelecer causas de sintomas e doenças físicas, mas sentido desses sintomas e doenças, incluindo-as na história do doente, apurada em contextos anamnéticos espontâneos e compreendidas em seus aspectos metafóricos reveladores dos desejos

e das fantasias inconscientes. É transportar o sintoma e a doença à dimensão cultural do doente, quando ele se transfigura em “pessoa”. É o que mobilizou Danilo Perestrello a acunhar (e publicar um livro já clássico no Brasil) a expressão “Medicina da Pessoa”, sob cuja influência preconizei a utilização, na anamnese clínica, de uma “história da pessoa”, com fundamentos psicodinâmicos, pretendendo o diagnóstico do doente na intenção de estabelecer base cognitiva suficiente para a singularização do caso clínico e promover uma relação terapêutica mais eficaz e menos contaminadas por elementos irracionais do campo transferencial, que toda relação humana contém.

Veja-se que o corpo passa a ser um campo de leitura e a prioridade cognitiva desloca-se da doença para existência do paciente.

Do ponto de vista teórico a ênfase deixa de estar nos elementos constitutivos da patologia, mas no que ela representa dentro da história do sujeito. Não se pretende com isso curar doenças, mas atender à relação terapêutica que, por sua vez, como diria I. L. Luchina, é estruturante do diagnóstico e do prognóstico e, sobretudo, do próprio processo terapêutico. Assim a idéia de organeurose e da linguagem corporal deixa de ser um elemento do raciocínio diagnóstico etiológico para se constituir numa forma de se entender o sujeito em suas relações com o mundo. A psicodinâmica fica a serviço da relação terapêutica e desloca sua base teórica do estudo da histeria para o estudo do campo transferencial. Igualmente situa melhor a psicanálise, não como psicologia unipessoal a entender o indivíduo, mas como psicologia bipessoal, diádica, a entender a relação. O instinto deixa de ser um impulso para satisfação e passa a ser a fantasia básica da relação, responsável pela estruturação do vínculo e, em consequência, da constituição de identidade. Na natureza das pulsões, portanto, passam a definir melhor a verdade de um encontro do que a verdade íntima do sujeito. Tinha razão Fairbairn.

Quando focalizamos, desta forma, a questão das expressões somáticas podemos aproximar a histeria da “linguagem corporal”, pois advertimos a base lingüística comum de ambos processos, qual seja a imagística do processo primário de pensar. Deve ter sido esta proximidade textual que levou os pioneiros da psicanálise a imaginar que estavam diante da fonte efetiva do mal, quando apenas estavam diante do mapa. Mapa não é território, afirmou famoso matemático polonês, e no nosso caso estamos pagando décadas de esforço intelectual, além de muitos tropeços, por termos confundido mapa com território. Mapa, enfim, tanto desenhado pela histeria quanto pela linguagem corporal.

Devemos assinalar, contudo, em relação a histeria, que a interpretação do sintoma histérico efetivamente cura o paciente daquele sintoma, porque realiza, a transformação psíquica necessária à mudança de cenário, por sua vez necessária à resolução do sintoma. A recuperação do reprimido completa o texto e deixa de ser imperativa a encenação histérica, equivalente a quando encontrarmos a palavra “macio” e, em continuação, deixamos de fazer o gesto indicador desse qualificativo. Muito do que se resolve em patologia somática através da intervenção psicanalítica deve ser atribuído não a interpretações do transtorno físico, mas das estruturas históricas contidas na manifestação corporal. Ao que parece, a estrutura histérica é praticamente onipresente toda vez em que o ego se torna incompetente para lidar com desafios

adaptativos e, assim, vulnerável, admite encenações do processo primário de pensar que abre caminho para realizar suas fantasias contidas pela repressão. São essas estruturas históricas que cedem à interpretação correta e que são suscetíveis de transfiguração até pela simples presença do terapeuta, o qual, ao entrar em relação, altera o campo de representações através de injunções transferenciais.

A intervenção psicológica adequada ao paciente somático, além das interpretações destinadas à resolução das manifestações históricas é o diálogo estruturante do ego, tornando-o capaz de lidar com a crise corporal e restabelecer as condições homeostáticas básicas, indispensáveis para ajudar o corpo a vencer seu impasse biológico. É um espaço auxiliar de adaptação biológica e não a biologia. Seria o mesmo que confundir motorista com automóvel. O bom motorista auxilia e leva o automóvel enguiçado ao seu destino, quando isso é possível, mas jamais dispensa o mecânico e o conserto. Um doente precisa de um ego, seja reestruturado em si mesmo, seja acoplado ao do médico, como ego auxiliar, ego capaz de lidar com a crise, diminuindo o estresse diante das fantasias desencadeadas pela situação e geradoras, elas próprias, de novas crises. A irracionalidade, aberta pela crise biológica, é o principal foco a ser atendido pela intervenção psicodinâmica.

A mesma irracionalidade tumultua a relação terapêutica. Didaticamente há quatro situações básicas a serem obrigatoriamente vencidas no espaço terapêutico que, por outro lado, configura o conhecido campo transferencial. Só que o processo terapêutico clínico não conta, nem com o tempo, nem com o consolo de estar diante da aparente inocuidade do abstrato. No processo terapêutico clínico tudo deve ser resolvido o mais “agora” possível. Está-se freqüentemente não só diante do sofrimento, mas da morte iminente, o que exige atos e soluções positivos. Interferências irracionais perturbam o campo terapêutico e devem ser rapidamente identificadas e isoladas, ou por soluções psicológicas transformadoras, ou por mecanismos de defesa psicológicas transformadoras, ou por mecanismos de defesa psicológicos apropriados.

Bem diferente da situação terapêutica psicanalítica na histeria, quando, ao contrário, vencem-se defesas ao invés de criá-las. Aliás a arte da intervenção psicodinâmica em situações somáticas consiste, em grande medida, em promover defesas mais que em retirá-las. O campo transferencial, por sua vez, é utilizado para garantir um ego auxiliar para o enfrentamento da crise biológica e para, especialmente, organizar defesas efetivas que mantenham a homeostase necessária à recuperação.

Não somente o estudo psicodinâmico da relação médico-paciente focaliza os aspectos irracionais do paciente através da investigação anamnética apropriada (história da pessoa), mas também as dificuldades irracionais do médico, as quais imprimem nítidas cargas contratransferenciais no campo terapêutico.

As quatro situações básicas a terem prioridade na análise psicodinâmica da relação médico-paciente são:

- 1) regressão catastrófica com ameaça de desestruturação psicótica, freqüentemente manifestando-se em restritas áreas simbólicas, estimulando situações melancólicas e

persecutórias, além de lesões narcísicas importantes, podendo levar a atentados contra o próprio, com risco de suicídio.

2) Indução a iatrogenia, quando o campo transferencial é utilizado para realizar imperativos expiatórios impostos por um superego arcaico, promovido pela regressão. O vínculo inconsciente sado-masoquista, freqüente na situação clínica, enseja atuações iatropatogênicas graves.

3) Defesas contra a tomada de consciência da enfermidade, ensejando adiamentos graves do processo diagnóstico e de intervenções terapêuticas. Especialmente importante é a negação e o repúdio (Verleugnung).

4) Cronificação com ganho secundário, afim da intelectualização, conhecido modo de defesa contra a transformação em psicanálise. O ego incorpora o acontecimento sem que este gere experiência e transformação. Em geral está a serviço de estruturas infantis, organizando, no campo transferencial, vínculos de dependência tenazes, lembrando a transferência psicótica. Esses vínculos de dependência reproduzem relações objetais intrapsíquicas estáveis, cuja perda pode gerar intenso sofrimento. O âmago dessa questão psicodinâmica é o luto patológico.

O interesse psicodinâmico da psicologia médica abarca igualmente as relações irracionais entre os membros das equipes de saúde em suas dificuldades grupais. O campo de estudo nessa área apenas está se estruturando, embora M. Balint, pioneiro na área desde 1949 com seus seguidores, já tenham acumulado notável experiência e literatura. Além disso, as relações sociais da prática médica, em seus aspectos ideológicos e institucionais, tem sido abordados pela psicologia médica. Cito apenas aqui esses estudos, os quais tem merecido extenso exame vinculado a análise institucional.

V

Até aqui abordei o tema de maneira impessoal, tratando das relações entre a psicanálise e a manifestação somática do sofrimento. Caberia a crítica de que, provavelmente, o psicanalista não se sinta atendido por essas considerações, uma vez que ficou faltando algo mais específico, relativo a como lidar com a queixa somática (referente à medicina interna) que o analisando pode incluir no seu material analítico. A crítica tem sua validade considerando que um texto do presente teor, produzido por um psicanalista há mais de trinta anos envolvido com medicina psicossomática e trabalhando em hospital geral, poderia fornecer alguma recomendação útil.

Embora pense fazer nesta altura exatamente isso, tenho algumas restrições a formular rotinas ou elenco de modelos clínicos, porque considero que a prática psicanalítica exige sobretudo três coisas básicas. 1) formação adequada e maturidade intelectual e pessoal do analista; 2) embasamento teórico; 3) disponibilidade, para criar dentro de uma interlocução carregada de incertezas. Por essas razões considero o preconizar modelos útil para a reflexão e pernicioso para a prática, uma vez que estimula a inautenticidade do encontro e a estereotipia da fala, deixando ambos, analista e analisando, isolados pensando estarem juntos. Melhor, nestes casos, o

silêncio constrangedor que o dizer “sábio”, mas estereotipado. Mas isto também pode soar como recomendação, o que não recomendo.

Mas, se meus leitores puderem não confundir mapa com território, observação com recomendação, atrever-me-ei a assinalar algumas questões para reflexão:

1. Uma queixa somática, não inserida num texto histórico, exige apuração clínica minuciosa. A neutralidade do analista não deve ser levada a atitudes de omissão diante da necessidade de orientação clínica. O analista também é um ego auxiliar, a pensar a situação global junto com o analisando, e a vida do paciente é o primeiro bem a ser preservado.

2. Sintomas e sinais físicos, se não inseridos num contexto histórico, dificilmente são redutíveis a um significado. Frequentemente buscar significados de sintomas e sinais atende mais a negação da doença que à expansão do ego.

3. A pretensão de curar enfermidades somáticas com intervenções psicanalíticas, se bem que relatadas na literatura, deve ser revista à luz dos conhecimentos atuais do campo transferencial. Atende mais às fantasias onipotentes do par analista-analisando que ao processo terapêutico.

4. Identificações mórbidas resultantes de luto patológico podem se estruturar como doenças físicas ou manifestações hipocondríacas e histéricas. O fato, portanto, de se identificar um processo de luto patológico na raiz de queixas somáticas não exime o analista de recomendar apuração médico-clínica.

5. A verificação de fatores estressantes produtores de perturbações somáticas podem mobilizar recomendações quanto a condutas do paciente, em sua vida ou sua relação com seu ambiente social. Se necessário, valeria a intervenção de um médico preparado com os fundamentos da psicologia médica e exposto à interconsulta com o analista.

6. Sintomas e sinais físicos de doenças diagnosticadas podem ser interpretadas desde que seus significados estejam contidos no texto em elaboração e úteis a expansão e integração do ego. Neste caso, vale advertir ao paciente que o sentido que naquele momento é atribuído ao sintoma ou sinal não exclui a realidade da doença somática, para que este novo sentido não seja utilizado como negação ou repúdio.

7. Interconsultas com o médico clínico podem ser extremamente úteis para o paciente no sentido de facilitar o desenvolvimento do atendimento médico-clínico através de tornar conscientes as interferências irracionais do inconsciente.

8. Análise dos mecanismos de defesa como é desenvolvida com pacientes histéricos para a recuperação de significados reprimidos, pode resultar em graves prejuízos em pacientes somáticos, na medida em que a irrupção de material inconsciente em um ego particularmente vulnerável e fragilizado pela desmobilização de defesas pode gerar estresse biológico com graves riscos para a homeostase já alterada do paciente.

VI

Algumas considerações finais nesta síntese de um mundo de questões que se abrem no fértil cruzamento entre a Psicodinâmica e a Medicina, especialmente na prática médica.

Creio que a grande contribuição da Psicanálise é justamente dar subsídios para que haja substancial transformação na prática médica, não apenas acrescentando nosologias psicanalíticas a outras entidades mórbidas, não apenas oferecendo mais uma técnica terapêutica, entre tantas outras.

Essa transformação da Medicina pode ocorrer com a revitalização do conceito do humano ensejada pela familiaridade com que a psicanálise se adentra na alma e a torna não objeto místico, mas objeto de estudo, de reflexão, de teoria e de intervenção terapêutica. A alma que define um eu, uma identidade portanto, uma pessoa. A alma que certamente colocada no centro da preocupação médica poderá deslocar o diagnóstico de doenças para o diagnóstico de doentes, e a terapêutica do ministrar remédios para dar prioridade à relação médico-paciente. Se apenas tornar a prática médica mais singularizante e mais humana, se o foco da ação médica for mais o “eu” que o corpo, poderá um dia o médico realmente se dar conta que sua ação privilegiada é mais ajudar a construir saúde que debelar doenças.

Pode ser uma reflexão atrevida, mas é o que posso observar na influência que, gota a gota, a Psicologia Médica, psicodinamicamente orientada, vem promovendo.

SUMMARY

The author inquires through a critical analysis the mutual influence occurring between psychoanalysis and somatic medicine, the modern origin and development of psychosomatic medicine and the practical use of psychoanalysis in bodily complaints. The text defends the use of the term “psychodynamics” which, the author thinks, expresses better a more including theory of psychoanalysis, beyond the particular schools, and the differences between the phenomenological model which proposes description of pathologies (nosographies) and the psychodynamic model which proposes meaning. Offering some useful recommendations to the practicing psychoanalyst about patients with somatic diseases, concludes that psychodynamics has only a very effective application in the field of medical assistance, instead as a therapeutic method for relieving somatic diseases. Finally stresses that psychodynamics brings back to Medicine his basic concern to the human face of man, transcending his usual frame of diseases.

REFERÊNCIAS

1. ALEXANDER, F. D. (1939). Psychological Aspects of Medicine. In Evolution of Psychosomatic Concepts, Hogarth Press, London, 1965.
2. ALEXANDER F. & SZASZ, T. (1962). El enfoque psicossomático en medicina. In Psiquiatria Dinámica. Buenos Aires: Paidós.
3. BALINT, M. (1961). El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos.
4. _____ (1961). Psychotherapeutic Techniques in Medicine, London: Tavistock, 1961.
5. Balint, M. et alli (1966). A Study of Doctors. London: Tavistock.
6. COHEN, K.; AULD, F.; BROOKER, H. (1994). Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? J. Psychosomatic Research, vol. 38, nº 2, Fev, London: Pergamon.
7. DEJOURS, C. (1986). Le Corps entre Biologie et Psychanalyse, Paris: Payot.
8. DEUTSCH, F. (1927). Psychoanalysis and Internal Medicine. In Evolution of Psychosomatic Concepts, London: Hogarth Press, 1965.
9. ENGEL, G. (1962). Psychological development in Health and Disease. Philadelphia: W. B. Saunders.
10. EKSTERMAN, A (1975). A história da Pessoa. Documento inserido em A medicina da Pessoa. D. Perestrello. Rio de Janeiro: Atheneu, 3ª ed., 1982.
11. _____ (1977). Formação psicossomática em ciências da saúde: O ensino de Psicologia Médica. Psicossomática, Ano I, nº 1, Oedip, / recife, jan / mar 1986.
12. _____ (1985). Psicossomática: O diálogo entre a Psicanálise e a Medicina. In Psicossomática Hoje, Júlio de Mello Filho et alli, Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.
13. _____ (1987). A metapsicologia de Freud. In neuroses de Transferência: uma síntese. S. Freud, Trad. Bras. de A. Eksterman. Rio de Janeiro: Imago.
14. _____ (1989). Os três eixos teóricos do pensamento clínico de Freud. In A Presença de Freud, vs. Autores. Rio de Janeiro: Imago.
15. _____ (1985). Lacunas Cognitivas no Processo Psicanalítico. Apres. X Congresso Brasileiro de Psicanálise. Rio de Janeiro: Bol. SBPRJ, 1986.
16. _____ (1990). Psicanálise, cultura e civilização. In Freud: A interpretação, vs. Autores. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

17. _____ (1993). Doutrina e Crítica a Metapsicologia. Apres. SBPSP.
18. FENICHEL, O. Teoria Psicoanalítica de las Neuroses. Buenos Aires: Paidós, 1994.
19. FERENCZI, S. (1926). Organ neuroses and their treatment. In Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis. London: Hogarth Press, 1955.
20. FORD, C. V. The Somatizing Disorder. New York: Elsevier, 1983.
21. FREUD, S. (1891). On Aphasia. London, 1953.
22. _____ (1896). The Aetiology of Hysteria, S. E., vol. II.
23. _____ (1900). The Interpretation of Dreams, idem, vol. IV/V, cap. VII.
24. _____ (1915). Repression. Idem, vol. XVI.
25. _____ (1915). The Unconscious. Idem, vol. XIV.
26. _____ (1923). The Ego and the Id. Idem, vol. XIX.
27. _____ (1939/1940). Outline of Psychoanalysis. Idem, vol. XXIII.
28. FROSCHE, J. Psychodynamic Psychiatry, Int. Univ. Press, Madison, 1990.
29. GRINKER, R. R. & ROBBINS, F. P. (1959). Cliniques Psychosomatiques. Trad. Orig. inglês de 1953. Paris: Presses Universitaires.
30. HARTMANN, H. (1964). Essays on Ego Psychology. New York: Int. Univ. Press.
31. LUBAN-PLOZZA, B.; PÖLDINGER, W.; KRÖGER, F. (1992). Psychosomatic Disorders in General Practice. Berlin: Springer Verlag.
32. LUCHINE, I. L. et al (1977). La interconsulta Medico-Psicológica en el Marco Hospitalario. Buenos Aires: Nueva Visión.
33. LIPOWSKI, T. (1977). Psychosomatic medicine in the seventies: na overview. Am. J. Psychiat., 134/3:233-244.
34. MARTY, P. (1985). L'Ordre Psychosomatique. Paris: Payot.
35. PERESTRELLO, D. (1974). A Medicina da Pessoa. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.
36. _____ (1987). Trabalhos escolhidos. Rio de Janeiro: Atheneu.
37. SIFNEOS, P. E.; NEMIAH, J. C.; FREYBERGER, H. (1976). Alexithymia: a view of the psychosomatic process. In Modern trends in psychosomatic medicine 3. Oscar W. Hill Ed. Boston: Butterworths.

38. TAYLOR, G. J. Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis. Madison: Int. Univ. Press, 1987.

39. WEISS, E. & ENGLISH, O. S. (1957). Psychosomatic Medicine. Philadelphia: Saunders.

40. American Psychiatric Association's DSM-III, 3^a Ed., 1982.

41. World Health Organization CID-10 (Trad. Bras. Dorgivan Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993).