

## O ATO PSICANALÍTICO E A MEDICINA DO CORPO

Abram Eksterman\*

I

A Psicanálise e a Medicina nunca se entenderam. O objetivo deste trabalho é contribuir com algumas reflexões para esse entendimento. Considero indispensável esse entendimento, tanto para a Psicanálise quanto para a prática médica em geral. Antes de mais nada vamos esmiuçar um pouco a afirmação de abertura: a Psicanálise e a Medicina nunca se entenderam. É desconcertante que assim seja, lembrando que o criador do método psicanalítico, bem como das teorias originais sobre a dinâmica mental, Sigmund Freud, era médico e livre - docente de Medicina da Universidade de Viena. Fundou suas hipóteses sobre o tratamento das neuroses em sólidas bases hipocráticas. Teve o mérito de descrever minuciosamente quadros clínicos, construir a fisiopatologia explicativa desses quadros, estabelecer hipóteses etiológicas bem fundamentadas em achados clínicos e desenvolver um método terapêutico considerado eficaz. Nada melhor para um médico. Poderia ter ganho o Nobel de Medicina!

Ganhou o prêmio Goethe em Literatura. Efetivamente um prêmio de consolação para quem, afinal, revolucionou a prática psiquiátrica, senão toda prática médica. Sem dúvida sua obra é digna de um prêmio literário, mas não deixa de ser irônico na História da Medicina conferir às descobertas da Psicanálise um prêmio literário, mesmo desse porte.

Como pôde isso acontecer? Não dá mais para acreditar que Freud escandalizou a sociedade vitoriana da época com suas hipóteses etiológicas de traumas ou fantasias sexuais. A sociedade da época nem era mais vitoriana, nem Freud era um sexólogo fanático. Ao contrário, muitas hipóteses freudianas recendem à ingenuidade, como às relativas à sexualidade feminina, ou aquelas que descrevem um período de latência, entre o final do período fálico e a pré-puberdade. Aliás, Freud nem descrevia a rigor práticas sexuais, mas a trajetória de processos mentais que utilizavam o impulso sexual como pretexto para construir um modelo de dinâmica mental. Graças a isso, pôde-se caracterizar processos diacrônicos de desenvolvimento extremamente sutis da infância, e de todos os períodos de vida ( veja-se para isso por exemplo a Escola Inglesa iniciada por Melanie Klein, ou os trabalhos de D.W. Winnicott) ou processos sincrônicos como os descritos por W. R. Bion, esmiuçando transformações psíquicas, da inconsciência à consciência, um riquíssimo repertório de teorias sobre como se forma a consciência, muito além de suas bases neurobiológicas.

A dificuldade, creio, era do próprio criador da Psicanálise, extremamente suscetível à críticas, traço comum em todos os gênios, ou mesmo em pessoas multitalentosas. Não é por acaso que veneramos àqueles que iluminam nossa ignorância ou encantam nossa vida com suas produções artísticas. No período clássico greco-romano conferia-se aos criadores qualidades semidivinas, afetadas que estavam pelo entusiasmo, inspirados mensageiros, portanto, de algo superior e transcendente.

A reação de Freud ao ser contestado foi criar uma nova instituição médica, já não mais médica, algo parecido, que não tratava exatamente, mas estimulava o auto conhecimento, algo pouco definido pois que os pacientes, até hoje, vêm se tratar, tratar de algo específico como um sintoma neurótico, um desvio de desenvolvimento, ou uma mazela mais ampla, existencial. Não havia necessidade de se criar uma ciência à parte, a salvo de críticas, mas, sim, abri-la ainda mais à crítica para que, depurada de dogmas, de estereotípias e credices, pudesse a Psicanálise realizar seu papel de ampliar os horizontes da prática terapêutica. Não estão em causa querelas profissionais entre psicólogos e médicos. Estamos diante de uma questão maior : a questão terapêutica. A questão do sentido hipocrático de *therapeia*, que é cuidar. Seja cuidar do distúrbio físico, seja social, seja do imaginário. Tudo se refere ao ser humano sofredor. O *pathos*, mister essencial do ato terapêutico. Buscando os vetores necessários para ajudar o ser humano em sua trajetória existencial. Se persistem guerrinhas territoriais por espaço profissional, é porque todos nós sofremos das mediocridades tribais herdadas de nossos ancestrais nômades que vagavam inquietos em busca de segurança e sobrevivência. E com isso esquecemos e nos embotamos para a missão maior que é ser terapeuta. Terapeuta que ajuda o paciente em suas crises, em suas dores, em suas lesões, em seus impasses, em sua sofrida transformação em humano.

---

\* Diretor do Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Professor Titular das Disciplinas de Psicologia Médica e Antropologia Médica da Escola de Medicina Souza Marques, Rio de Janeiro. Membro Titular de *International Psychoanalytical Association*.

Freud, a despeito dele e de suas inseguranças psicológicas, não ficou apenas como líder máximo e o ícone perpétuo da Psicanálise. Tornou-se, como desbravador por excelência da dimensão simbólica, redentor de uma medicina perdida, aquela dos tempos hipocráticos que valorizava o doente, acima da doença. Voltamos, com melhores instrumentos, a poder tratar doentes. Embora esse fato não costume ser comentado, vejamos como ocorreu essa façanha.

## II

Depois de cem anos de existência, qualquer psicanalista deveria saber pelo menos duas coisas: 1) o que é psicanálise; 2) o que é o ato psicanalítico. Infelizmente isso não ocorre. Até hoje repete-se a definição estabelecida por Freud, freqüentemente sem muita convicção conceitual. Por conta disso criaram-se outras vertentes, hipóteses, teorias, propostas terapêuticas, técnicas, algumas mirabolantes, outras tão misteriosas quanto difíceis de entender.

Com isso, formaram-se novas sociedades e institutos formadores e se criaram novos ícones foram criados, bem como outros tantos dogmas teóricos e técnicos. A eficácia terapêutica dessas novas propostas não ultrapassa de muito o que já havia sido estabelecido e muitas repetem velhos conceitos com novos nomes. Tudo isso denuncia que precisamos mais ciência e menos crença. Há urgência em estabelecer unidades conceituais para permitir uma crítica adequada em nível clínico e teórico, depurando a miríade de fantasias científicas que se criaram em torno da proposta original de Freud.

Não consigo isolar uma ciência separada para a Psicanálise. É óbvio que todo conhecimento apreendido pela prática e pela teoria psicanalítica fazem parte da Psicologia e é um ramo dela. Dessa forma deveríamos buscar uma conceituação sobre o que é mente, objeto de estudo da Psicologia. Psicanálise, admitindo-se atividade mental inconsciente, é um ramo da Psicologia que transforma conteúdos mentais inconscientes em conteúdos mentais conscientes. Há uma técnica (ou várias) que permitem ou facilitam essa transformação. O processo objetiva produzir consciência e, portanto, maior domínio adaptativo sobre as operações gerais da vida humana, sejam emocionais, cognitivas, relacionais ou sociais. Adaptação aqui não é ajustamento, mas a otimização da prática de vida, com menos dispêndio de energia, mais capacidade de alcançar objetivos com um menor risco de conflitos. Freud chamou essa instância da vida, capaz de produzir atos adaptativos, de ego. O ato psicanalítico pretende, desta forma, uma ampliação da capacidade do ego, dando a este conceito uma dimensão material.

Compreendendo-se assim o ato psicanalítico como um instrumento promotor de consciência, ao lado de outros como o ato pedagógico por exemplo, podemos situar, no campo médico, o ato psicanalítico como aquele capaz de promover o que chamamos de prevenção primária. A prevenção primária tem a ver com a organização da vida para a saúde. Entende-se, diferentemente do que pensava Freud, que a saúde não é um bem natural e a doença um acidente que perturba o que deveria ser um programa geneticamente pré-estabelecido de bem estar de vida. É preciso que a vida se organize para viver bem e a mente através de seu ego é o instrumento adaptativo por excelência desse processo, além dos recursos herdados pelo patrimônio genético. Organizações defeituosas tornam-se pouco hábeis para enfrentar os desafios da vida, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais, comumente uma composição deles todos. Entram em colapso, ficam incapazes de gerar soluções e submetem o organismo a estresse gerador de crises homeostáticas, vulnerabilidades biológicas, desorganizações estruturais, defesas psicológicas patogênicas e comportamento sociais inadequados. O que costumamos chamar doenças. É assim que o ato psicanalítico, muito além de seu objetivo original de solucionar conflitos histéricos, é o construtor em laboratório terapêutico, de um excelente promotor de saúde chamado ego.

Há teorias que pretendem dispensar o conceito de ego. Creio que confundem esse conceito com algo. H. Hartman nos ajuda a compreender o ego como um conjunto de funções. Assim como a mente que só pode ser definida por suas funções. A pretensão de dar à mente substrato neurobiológico e, portanto, materialidade, retira dela o que ela tem de essencial que é existir entre as pessoas e não nelas. Vida mental é processada entre e não em. A base neurobiológica é evidente, mas uma coisa é examinar o que se passa entre dois neurônios - nas sinapses - e outra coisa é examinar o que se passa entre duas pessoas - no vínculo psicológico.

Mesmo usando o recurso ideológico da medicina da época que era - e continua sendo - o diagnóstico causal, para estabelecer inicialmente a causa dos sintomas histéricos, remetendo-os às experiências traumáticas prévias, (daí a idéia de limpeza de chaminé, retirada do caso de Ana O.), ou a fantasias prévias

(como no caso de Dora), a psicanálise com a “Interpretação dos Sonhos” passou a objetivar a uma construção da vida mental e a técnica psicanalítica passou a recorrer à experiência psicológica da transferência, que vem a ser, em última análise uma experiência entre, configurando uma psicologia bipessoal.

O ato psicanalítico passou tecnicamente a incidir na experiência de relação, denunciando com isso onde estava o autêntico território da psicologia. Há nesse aspecto sérios mal-entendidos, especialmente ao que se refere à necessidade estereotipada de reduzir toda relação terapêutica a uma possível transferência e, em seguida, poder assim esmiuçar uma interpretação. Tal reducionismo infeliz embota a capacidade de efetivamente se entrar na autêntica cena mental. É sempre necessário se estabelecer os vários matizes da experiência emocional de encontro, um dos quais pode ser a transferência, que por sua vez não é exclusiva do campo terapêutico psicanalítico. Qualquer relação humana pode contê-la.

O ato psicanalítico, em síntese, é um ato psicológico que emerge da compreensão de uma cena mental apreendida pela experiência do analista, cena mental patrocinada pelos integrantes da relação terapêutica e constituída pelos objetos mentais (fantasmas) desses integrantes. Pretende ampliar o campo da consciência e a capacidade adaptativa do ego. Essa função pode ser encontrada igualmente na relação mãe- bebê, na relação professor- aluno, nas múltiplas relações familiares, na relação entre amigos, na catarse teatral, na leitura de um livro, na experiência religiosa, na reflexão filosófica. A vantagem do ato psicanalítico sobre os demais é que este pode ser realizado em laboratório (consultório) debaixo de controle profissional. Pelo menos, deveria ser. Às demais experiências, não se exige esse contexto profissional.

Até aqui compreendemos que o ato psicanalítico abriu uma dupla perspectiva para a prática médica. A primeira refere-se a etiopatogenia de distúrbios psicogênicos do corpo; a segunda à relação clínica. Examinaremos, em seguida, essas duas contribuições: a primeira, relacionada à psicossomática e a segunda, à psicologia médica.

### III

Há na atualidade uma dominância neurobiológica nas exposições psicossomáticas. Independente das contribuições anteriores, foi a Psicanálise, desde seus primórdios com Freud, que efetivamente produziu uma contribuição médica à formulação etiopatogênica psicológica de sintomas somáticos. Ainda no final do século XIX Freud dissertava sobre neurastenia e neurose de angústia, condições na época descritas como conseqüentes à distúrbios da prática sexual, a primeira ligada à masturbação e a segunda ao coito interrompido. Ambas condições diagnosticadas por queixas físicas, bem específicas. O caso de Anna O de Breuer está pejado de sintomas corporais; assim como os demais casos que compõem seus “Estudos sobre Histeria” publicados juntamente com Freud em 1895. A preocupação em distinguir uma patologia funcional está evidente no trabalho de Freud sobre “Algumas Considerações para um Estudo Comparativo das Paralisias Motoras e Histéricas” de 1893, do mesmo ano que publicava com Breuer “O Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Histéricos”. É interessante lembrar que a palavra neurose, na época, designava um distúrbio somático do sistema nervoso e a preocupação de Freud consistia em demonstrar a natureza psicológica, causal, desse distúrbio. Cometemos freqüentemente o equívoco de transportar nosso esquema conceitual atual para o passado, quando nele apenas se esboçava, com muita dificuldade, o panorama psicológico das múltiplas queixas somáticas dessas neuroses. A rigor, a descoberta da Psicanálise foi uma descoberta psicossomática. Descobria-se o território da dinâmica mental, abrindo-se a porta das múltiplas manifestações somáticas das neuroses.

Aparentemente, Freud não se interessou pelas conseqüências efetivamente psicossomáticas de suas descobertas, psicossomáticas no sentido de enveredar pela medicina clínica e incluir na fisiologia das doenças físicas uma psicopatologia psicodinâmica, em outros termos, questões psicológicas relativas ao balanço consciente/ inconsciente presentes nas doenças do corpo. Foram seus discípulos imediatos que perceberam essa relação com a Medicina em geral, notadamente Felix Deutsch, Otto Fenichel, Georg Groddeck e finalmente um emigrante para os Estados Unidos, também discípulo direto de Freud, Franz Alexander. Este, depois de passar pela Califórnia radicou-se em Chicago onde fundou seu famoso Instituto de Psicossomática, cujos trabalhos tiveram repercussão mundial. Daí em diante pulularam trabalhos psicanalíticos psicossomáticos em todo mundo. Na Argentina, Angel Garma, Arnaldo Raskowski, Marie Langer, Luiz Chiozza, entre muitos, e aqui no Brasil, notadamente Danilo Perestrello.

A natureza desses trabalhos pioneiros foi estabelecer a causa psicológica de entidades mórbidas tão diversas como vitiligo, úlcera péptica, enfarte do miocárdio, artrite reumatóide, hipertensão arterial, lúpus erimatoso, e múltiplas manifestações de câncer, apenas para citar algumas. Possivelmente todas as especialidades médicas com suas patologias passaram pelo crivo da interpretação psicanalítica, no afã de uma nova “corrida do ouro”, desta vez psicológica, quase na crença mítica que poderíamos descobrir a palavra curativa do sofrimento humano. George Engel estudou 5.000 casos de portadores de colite ulcerativa. Flanders Dunbar esmiuçou-se em descrever personalidades pré-mórbidas de um grande número de doenças. Úlceras do estômago ao colo, psoriáticos, coronarianos, artríticos, cancerosos e outros tantos, foram brindados com estudos minuciosos de seu psiquismo consciente e inconsciente, de seus conflitos, de sua história, de seu ambiente familiar e receberam longos tratamentos psicanalíticos, individuais e em grupos. Muitos pacientes se beneficiaram, outros não. Mas o entusiasmo pela psicanálise de pacientes somáticos era grande, especialmente nos anos 60 e 70. O clínico comum, contudo, via com desconfiança esse entusiasmo e, não raro, desprezava e se opunha a esses esforços psicanalíticos, salvo quando passavam eles próprios por análises pessoais ou eram amigos chegados de algum analista interessado em psicossomática.

Esse vínculo pessoal, conferindo qualidade científica a uma proposta terapêutica, não beneficiou o desenvolvimento da pesquisa psicossomática. Ao contrário, favorecimentos institucionais só exaltaram os ânimos tanto do lado das instituições médicas, quanto das próprias instituições psicanalíticas, na maioria execrando os comprometimentos dos psicanalistas com a universidade e aos hospitais de ensino como transgressões à psicanálise e como desvios imperdoáveis da técnica. Faltou, mais uma vez, efetiva qualidade científica a essas propostas, consubstanciando seus achados e afirmações, em geral de natureza empírica, com verificações críticas.

A crescente popularidade das pesquisas neurobiológicas e dos estudos do estresse social empurraram, nas últimas duas décadas, a proposta terapêutica da psicanálise destinada às síndromes funcionais da medicina interna e das entidades mórbidas já consagradas como beneficiárias da intervenção psicanalítica (vg, úlcera péptica, colite ulcerativa, hipertensão essencial, enxaqueca, artrite reumatóide, asma brônquica, psoríase, entre outras), ou para o esquecimento, ou para aquela vala comum das possibilidades terapêuticas obscuras, com desconfianças de semi-charlatanismo, afins das terapêuticas alternativas. Concorreu para isso a dispersão teórica da concepção psicanalítica e a precariedade de formação científica dos profissionais comprometidos com a tarefa, claro, com notáveis exceções.

É interessante verificar que nesse mesmo período, não só nos congressos oficiais de Psicanálise como, especialmente, nos congressos e publicações psicossomáticas, começaram a escassear trabalhos psicanalíticos relacionados a doenças do corpo, assim como trabalhos sobre a imagística do corpo, comuns nos tempos que poderíamos já chamar de clássicos da psicossomática psicanalítica, como os de Paul Schilder sobre o “esquema corporal” ou os de Tomas Szasz, sobre o “membro fantasma”. O Psychosomatic Research, órgão oficial do College of Psychosomatic Medicine tornou-se um repertório importante de publicações relativas aos avanços neuroquímicos em psicossomática. Quase nada sobre psicanálise na medicina do corpo, assim como em outras revistas consagradas, inclusive nossa Revista Brasileira de Psicossomática. Se computarmos, é possível que a Revista Brasileira de Psicanálise publique mais sobre medicina do corpo que a Revista Brasileira de Psicossomática sobre Psicanálise. Sinal de que a Psicanálise perdeu o prestígio e credibilidade científica? Nem tanto. Está sim mal administrada, mal divulgada e possivelmente mal praticada. Certamente o conhecimento psicanalítico precisa urgentemente de psicanálise.

O patrocínio da economia global às pesquisas neuroquímicas em suas aplicações aos distúrbios funcionais do corpo serviu também para empurrar para o banco de reserva a psicanálise e suas aplicações nitidamente médicas.

A relação entre a angústia e a depressão e a concentração de intermediários químicos nas sinapses tem deixado a teoria psicanalítica em dificuldades. Especialmente porque o próprio Freud em suas exposições básicas apontava para a possibilidade de se encontrar uma explicação química às etiologias que propunha. As mesmas explicações etiológicas, que no texto original psicodinâmico, inspiraram a chamada “Escola Psicossomática de Paris”, até há alguns anos por Pierre Marty e inspirada nos trabalhos deste e dos de M' Uzan, principalmente, expondo a teoria do pensée opératoire, bastante semelhante ao conceito de alexythymia desenvolvido em Harvard, particularmente por Peter Sifneos. São exposições atraentes de natureza psicodinâmica, nem sempre coincidentes com a ortodoxia psicanalítica. Peter Sifneos, por exemplo,

foi excluído da Sociedade Psicanalítica de Boston, provavelmente mais por suas propostas de psicoterapia breve.

Angústia e depressão, desde as primeiras notáveis exposições clínicas de Freud, estavam no cerne da explicação etiológica das neuroses. Tentava-se assim explicar, através da psicodinâmica, da etiologia das fobias, das obsessões, da melancolia, com uma tímida inserção na paranóia. Pode-se perceber que o desenvolvimento desse texto teórico inspirou Melanie Klein a criar o conceito da posição esquizo-paranóide e posição depressiva. Enfim, toda psicanálise precisa da explicação de angústia e da depressão. Reduzir essas entidades à intermediação neuroquímica das sinapses não deixa à Psicanálise nenhum outro refúgio senão tornar-se uma exposição semântica, bastante abstrata, tão ao gosto da escola lacaniana.

É interessante observar que toda psicossomática psicanalítica, particularmente a “Escola Psicossomática de Paris” dependem da manutenção da explicação psicodinâmica da angústia e da depressão, duas manifestações sintomáticas universais do sofrimento mental. Se ambas forem esgotadas pela neuroquímica, realmente teríamos o imenso acervo bibliográfico psicanalítico, acumulado no século XX confinado à arqueologia cultural e, sem dúvida, os achados psicanalíticos mereceriam apenas o prêmio Goethe. Seria esse o fim da Psicanálise e o fim da psicossomática psicanalítica? Ou está faltando alguma nova brecha epistemológica?

Qualquer psicanalista medianamente culto e preparado ficaria indignado diante dessa perspectiva sombria de extinção de sua especialidade, assim como os socialistas ficaram atônitos diante do fracasso da União Soviética, *mutatis mutandis*. O fato é que há mais de vinte anos a representatividade de Psicanálise nos Congressos de Psiquiatria e nos Congressos de Psicossomática baixaram a um nível insignificante. A explicação relativamente simples desse acontecimento infaustoso não passou despercebida a muitos críticos da Psicanálise e da própria Psicossomática John Klauber, por exemplo, seguindo paralelo a epistemólogos que classificaram a Psicanálise como ciência hemenêutico-dialética lembrava o parentesco da Psicanálise com a História, e que ambas seguiam métodos de investigação afins. A Psicanálise, com efeito, não é uma ciência de Natureza, não segue parâmetros aplicados a esta, segue sim, parâmetros das chamadas ciências culturais, desde o início do século XX, designadas por W. Dilthey por ciências do espírito.

Classificá-la não resolve o problema, mas permite abrir uma nova porta epistemológica, não para salvar a Psicanálise dessa aporia em que se meteu, mas para livrá-la de seus equívocos originais, verdadeiros males de raiz. Uma delas, a que nos interessa, é seu comprometimento com a explicação etiológica. A explicação etiológica garantiu durante séculos a credibilidade da prática médica, desde os tempos hipocráticos. E seria um consumado atrevimento questionar essa tradição. Mas, às vezes, é obrigatório enveredar por atrevimentos.

O problema a ser examinado não é exatamente a noção consagrada da etiologia na patologia, mas os procedimentos decorrentes dela. Explico. Todos nós estamos de acordo que determinados agentes provocam, mantêm, desencadeiam, estimulam distúrbios, lesões, alterações, transformações em nossa vida, manifestando-se em nosso corpo, em nosso imaginário, em nosso comportamento social, isso o que nós chamamos doença. O raciocínio subsequente de que eliminando o agente (causa) desse distúrbio ou doença, eliminamos essa doença é incorreto. É tão incorreto que, não raro, no afã de eliminar os agentes provocadores de doença, eliminamos também o doente. Doença e saúde, como já insistimos antes, não são elos exclusivos de uma cadeia causal, mas fazem parte de organizações complexas, sistemas, para utilizar uma nomenclatura mais moderna.

O equívoco da Psicanálise foi tentar manter uma postura terapêutica etiológica na abordagem dos sofrimentos mentais. Muitos psicanalistas preocupados com essa vulnerabilidade da teoria psicanalítica trataram de questionar a curabilidade do ato psicanalítico, trataram de separar o ato psicanalítico do ato médico, na suposição que o ato médico pressupunha a cura; Mais alguns equívocos: o primeiro, dissociar a Psicanálise da Medicina e o segundo, supor que o objetivo do ato médico é exclusivamente curar o doente de uma doença. Lembramos que o ato médico é destinado basicamente a promover saúde, proposta muito mais complexa do que apenas eliminar doenças e essa proposta está exatamente no âmago da proposta psicanalítica. Para isso devemos sempre destacar que promover saúde é muito mais que eliminar doenças. Saúde é um conceito existencial, enquanto doença é um conceito biológico. Existência inclui necessariamente a experiência do existir percebido pela “pessoa” do doente. É o que assinalou Danilo

Perestrello em seu inspirado texto “ A Medicina da Pessoa”. Essa é a razão porque médicos, na ausência de achados anormais biológicos, afirmam que o doente não tem nada. Não tem nada, mas continua doente da existência. Seu ego, continua doente; seu imaginário continua doente; suas relações humanas continuam doentes. Sua vida, enfim, continua doente. Deverá o médico comprometido com uma visão biológica exclusiva, afirmar que o doente não tem nada, ou aprender a tratar males existenciais? A Psicanálise tem a resposta. Mas estava tão envolvida com o campo etiopatogênico que não se deu conta que já havia fabricado a resposta e que ela estava em uso há praticamente meio século. A questão psicossomática comprometida com a Psicanálise não deveria se esgotar na pesquisa de causas de doenças do corpo, mas nos atos psicológicos de natureza psicodinâmica comprometidos na assistência. Medicina é relação médico-paciente, além de diagnóstico de doenças. E se a Psicanálise foi efetivamente mestre em algo, o foi no estudo da relação humana. Aí ela é senhora absoluta. Não há intermediário químico que a prive desse seu lugar privilegiado. Esse é o lugar da Psicologia Médica.

#### IV

Psicologia Médica é o braço clínico da Psicossomática. É indiscutível seu compromisso teórico com a psicodinâmica psicanalítica. Sequer ela seria compreensível. Compreendemos, hoje, que a Psicossomática ocupou-se da patogenia de distúrbios psicogênicos com repercussões no corpo, enquanto a Psicologia Médica, baseada em princípios psicodinâmicos da prática psicanalítica, notadamente a noção de campo terapêutico transferencial / contratransferencial, em outros termos a experiência emocional de natureza inconsciente que está presente na relação médico- paciente de qualquer especialidade médica, ou melhor ainda, em qualquer ato assistencial, ocupa-se de como operacionalizar os conhecimentos advindos da psicossomática. Aqui vale esmiuçar a fenomenologia do ato psicanalítico para torná-lo nítido em sua inserção na prática médica.

Afirmava antes que o ato psicanalítico emerge da cena mental. Para entendermos o que é uma cena mental, primeiro precisamos diferenciá-la da cena real. A cena real é aquela revelada pela sensopercepção e passível de ser compartilhada. Ela é acessível em seus aspectos essenciais a todos os que a contemplam. A cena mental não é acessível pela sensopercepção. Ela é comunicada pelos recursos da comunicação, mas seu conteúdo é apreendido pela interpretação, porque faz parte de conteúdos emocionais.

A cena mental é afim ao processo primário de pensar como exposto por Freud na “Interpretação dos Sonhos” e desenvolvido em termos teóricos no modelo de abcissas e ordenadas (“a grade”) de W..R.Bion. W. Baranger, partindo de Melanie Klein, descreveu um lugar onde os “objetos mentais” encenavam e praticamente tinham vida própria, cena que podia se reproduzir na relação psicanalítica, o que denominou campo transferencial/ contratransferencial. Tais objetos, restos de relações especialmente primitivas, podiam exercer tal influência sobre a experiência mental como para produzir identificações e luto grave, quando de sua perda. Leon Grinberg ocupou-se particularmente desses aspectos em seu conhecido volume dedicado a “Culpa e Depressão”

A cena mental é a intimidade emocional em constante mutação, mercê das novas experiências, mercê das vicissitudes que os chamados objetos internos passam. Como se fora um enorme palco onde transitam, num espaço virtual, os personagens fantásticos da biografia de cada um. Imprimem destinos aos seus portadores bem como sofrimentos, alegrias, proteções e confortos. Reais ou não, pouco importa. Importa que exercem efeitos bem reais, às vezes mais reais que a própria realidade. É como se fora uma prótese de percepção da realidade, conferindo a ela os matizes individuais como cada qual percebe emocionalmente o mundo que o cerca, natural, psicológico ou social.

A cena mental só é evocada quando estamos em relação com alguém, ou com nossos personagens mentais, esses que fazem parte de nossa intimidade emocional. A cena mental é a expressão mais acessível de nossa intimidade emocional. Entenda-se que vida emocional representa a trama de relações e é a forma pela qual cada um estabelece vínculos, vínculos construídos ao longo da vida e que organizam um nível virtual - mental - aquilo que em biologia (particularmente, etologia) representa o espaço de segurança. Espaço de segurança indispensável para as operações básicas de sobrevivência e da transformação geradora de adaptações exitosas.

Para entendermos melhor, precisamos de um modelo concreto e aqui vou me servir da máquina PC, utilizada na informática domiciliar, com seus dois componentes básicos: o hardware e o software. O hardware vem com seu programa da fábrica e pode executar exclusivamente o que o fabricante propôs, tal

como o genoma só pode executar o que estabeleceu seu programa genético. Diferentemente, o software amplia a capacidade do hardware, eventualmente o modifica, é modificável, assim como atualizável, podendo ser ampliado. Nossos programas software constituem essas cenas mentais que são a base das operações do que convencionamos chamar “ego”, programa que ampliou consideravelmente a capacidade adaptativa de nosso genoma. Reduzir um ao outro é ignorar as conseqüências biológicas da interação humana e pensar que elas estão contidas nos limites estreitos da bioquímica e da neurofisiologia. O ato psicanalítico age na cena mental, portanto, no software. O ato psicofarmacológico age no sistema nervoso, portanto, no hardware. Essa diferença é fundamental para estabelecermos o lugar de competência de cada procedimento. Seria equivalente a afirmar que podemos aprender uma língua através da administração de tal ou qual derivado de neurotrofina ou através de algum estímulo neural. Pode ser o sonho onipotente de algum terapeuta ou de algum visionário de ficção científica, muito necessitado aquele de uma boa análise para lhe arrefecer as ilusões e concentrá-lo melhor no cotidiano da realidade humana, e ser útil aos seus pacientes. “Pé no chão”, como diria a vovó em sua simplicidade.

Por que a cena mental é a expressão mais acessível da vida mental de alguém? Bion e Winnicott separadamente deram explicações psicodinâmicas coincidentes, ambos concordando com idéias prévias de Freud. A experiência emocional precisa ser sonhada, ser objeto de revêrie fazer parte dos elementos  $\alpha$  (alfa), para estabelecer contato com o outro. Poderia aqui aventar (com bastante timidez) que uma das funções do sonhar, além do classicamente exposto (manter o sonhante dormindo; atender alucinatoriamente ao desejo e elaborar traumas), é criar recursos para promover vínculos, indispensáveis para a renovação das funções mentais. Nesse sentido a fantasia, o sonho, o devaneio, as ilusões servem não só para nos manter alheios à realidade e presos às tramas de vínculos passados, mas recondicionando a experiência com o passado, permitir novos acessos no presente e, desta forma, garantir o futuro. É o que realiza nossa criatividade, habilidade capaz de fluir com desembaraço pelo mundo dos sonhos. Assim, se quisermos estabelecer contato com alguém, não é por via da informação fornecida por esse alguém que dele nos aproximamos, mas por via da cena mental que nos oferece, na medida em que permite acesso emocional.

É assim que a Psicanálise se transformou, na medida dessa evolução, de um estudo da patologia da neurose para a dissecação psicodinâmica do encontro terapêutico, e, em conseqüência, do encontro humano. O “Eu e Tu” de Martin Buber, encontrava eco teórico na faina psicanalítica de entender o espaço transcendente formado pelo encontro da experiência mental, como numa composição surrealista de fusão de duas biografias no espaço virtual formado por elementos de sonho. E é aí que o psicanalista deverá procurar os recursos para a reformulação e ampliação da capacidade do ego e é aí que a Psicologia Médica, baseada na dinâmica psicanalítica, vai encontrar subsídios para promover a saúde, através da otimização psicológica da prática assistencial, ampliando a capacidade mental dos personagens comprometidos na terapêutica: médicos, assistentes, a família e o próprio paciente.

Foi Michael Balint, a partir de 1949 na Tavistock Clinic em Londres, quem lançou as bases conceituais para uma Psicologia Médica, aparentemente com procedimentos despreziosos reunindo pessoal comprometido na assistência para realizar a conscientização dos aspectos inconscientes - irracionais, portanto - envolvidos no ato assistencial. Hoje temos vasta literatura a respeito, uma Federação Internacional de Grupos Balint, e uma nova designação terapêutica e educacional: o grupo Balint I.L. Luchina, na Argentina, utilizou o processo para desenvolver suas idéias de interconsulta médico-psicológica, como uma “terapia da tarefa assistencial” e entre nós, Danilo Perestrello, este autor e Júlio de Mello Filho. A meu convite, na inauguração da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, durante a I Reunião Nacional de Medicina Psicossomática realizada em nossa Academia Nacional de Medicina, em 1967, convidei Michael Balint para presidi-la como Presidente de Honra. Havia um propósito nisso. Era inaugurar a Psicossomática brasileira sob a bandeira do estudo da relação médico-paciente, visando a longo prazo, a prática humanizante da terapêutica.

## V

O que sou, ou quem sou, é pergunta que remonta à Gênese bíblica. Tentando a resposta Eva, transgrediu o mandamento divino e provou o fruto da árvore do conhecimento. Parece que não obteve uma resposta muito clara, pois precisou da cumplicidade de Adão. Estamos procurando a resposta até hoje, passando pelo pórtico do Templo de Delfos, que o recomendou para todo o sempre como o máximo objetivo de vida.

Essa resposta poderia contemplar o antropólogo moderno com o conceito de humano. Qual é de fato a característica desse macaco sem rabo que pretende dominar o Universo? Já, praticamente, subjugou seu planeta de origem e com seu poder já pode destruí-lo. Será essa a característica do humano: ter uma ambição por um poder que possa ultrapassar sua própria natureza? Ou como dizem os místicos, somos a ante-sala do movimento entrópico de Deus em seu momento de retorno à Sua essência? Ou, darwinianamente, somos apenas mais um elemento da escala evolutiva da vida? Ou um ser feito de matéria e espírito, como definiu Descartes? Ou nossa natureza é impossível de ser conhecida - um noumenos transcendente, parafraseando Kant?

Um pouco de Descartes, um pouco de misticismo e um pouco de Darwin nos ajuda a compreender a característica do existir humano que é possuir consciência. Se essa consciência é um sub-produto da mecânica físicoquímica do cérebro, ou se foi agregada à matéria através de caminhos espirituais, pouco importa para entendermos a natureza humana. A realidade da consciência é uma evidência acachapante. Quando um bebê nasce, esperamos que ele fale, pense, aprenda, comunique-se e intervenha na cultura, seja na precariedade tosca de um mundo rural primitivo, seja num sofisticado laboratório de uma universidade. Quem não sabe pensar, aprender e intervir na vida é um deficiente necessitado de cuidados. Em outras épocas, objeto da curiosidade das feiras e dos circos. É um deficiente, digno de pena. Efetivamente um quase- humano.

Ser humano é ter consciência, desenvolvê-la e participar do contexto humano, iluminando a ignorância com seus watts de capacidades, dando sua contribuição, maior ou menor, para tornar, para um ou para muitos, o desconhecido mais conhecido e nesse afã tornar-se ele próprio mais iluminado. Dar sentido é a tarefa humana, conseqüência dessa capacidade chamada consciência. Sentido que produziu a cultura e os bens da civilização. E muito mais que curar neuroses, Freud descobriu um método de intervir sobre o psiquismo e produzir consciência. E produzindo consciência tornar aquele ser sob seus cuidados mais humano. É esse aspecto que me parece a mais extraordinária participação do ato psicanalítico na tarefa médica. É ela que pode tornar a tarefa médica, tão voltada para os aspectos mecânicos da vida, mais humana e desta forma geradora de instrumentos mentais capazes de produzir maior capacidade adaptativa.

Tornar-se consciente é a essência do ato psicanalítico e é também a essência do tornar-se humano. Tornar-se consciente é também um ato político. Através dele - ser consciente - tornar -se hábil para participar e ter voz no contexto cultural, entendê-lo, recriá-lo, ampliar seu acervo, contestá-lo, aperfeiçoá-lo. Deixa de ser um consumidor passivo do passado e um catador de lixo da civilização. Consciência é pré- condição de liberdade. Livre, pode transfigurar suas instituições à sua imagem - a imagem de uma existência livre. Não será assim que se constrói uma sociedade justa? Não se pense, contudo, que a Psicanálise é finalmente a fórmula salvadora para essa humanidade oprimida desde que plantou as primeiras sementes, milênios atrás, às margens do Eufrates. É apenas mais uma modesta contribuição para conter esse uivo milenar de dor, expressão de doença social para a qual nossa medicina hipocrática tem sido impotente. Mas essa dor atravessou os muros dos hospitais e dos consultórios no século XX, inaugurou uma Medicina Social, Familiar e do Trabalho e ampliou o campo do ato médico. Obrigou a mexer na latrina de seus dejetos sociais e o doutor foi obrigado a ouvir esse uivo, e até a pensar nas reflexões filosóficas a Escola de Frankfurt com suas especulações sociais vinculadas à Psicanálise. E se tornar um agente de saúde social, inevitavelmente servindo-se do instrumento psicanalítico para aumentar o campo de consciência, e se comprometer com maior autenticidade nos atos que pratica num corpo triturado pelas muitas patologias engendradas nos corredores sombrios das instituições.

Como ato individual ou social, a intervenção psicanalítica contém outro componente humanizador, além de produzir consciência. Refiro-me à aceleração do desenvolvimento, empurrando os dois eixos que estruturam o comportamento para seus desfechos existenciais: o sonho e o eu.

Se há uma característica essencial na Psicanálise ela se refere a sua capacidade de interpretar sonhos. Não o faz com a pretensão esotérica de revelar o oculto, mas com a pertinácia do pesquisador que decifra um código lingüístico e o converte numa linguagem corrente. Avaliada dessa forma o mérito mais notável de Freud foi revelado na "Interpretação dos Sonhos", onde ele, com mestria de gênio, condensa o esclarecimento da língua emocional da humanidade com uma teoria capaz de fundamentar as origens da formação da mente. É tudo o que se precisava para poder se intervir sobre o espaço mental e organizá-lo para a vida e para a realidade. Caminhando literalmente para a depuração da fantasia que obscurece a percepção do mundo que nos cerca. No dizer de Paul Ricoeur, como um instrumento desilusionante.



Do sonho para a realidade, assim progride o psiquismo da criança para uma vida mental adulta, tarefa da existência impregnada de decepções, resistências e lutos pelas ilusões perdidas. Mas que nos garante visão objetiva e essa extraordinária capacidade de produzir conhecimento sobre a natureza, sobre nossos semelhantes e sobre nós mesmos. É verdade, com perdas consideráveis do encanto ingênuo das fantasias infantis, nas quais reincidentos a cada passo, como o próprio movimento cultural psicanalítico reincidentiu, dogmatizando teorias e técnicas de intervenção. O que vale também para o ato médico, banalizado por injunções comerciais, assim como o próprio ser humano. Desmitificar não é banalizar e uma das tarefas da atividade médica, na atualidade, é desmitificar o ato econômico, e colocá-lo a serviço do ser humano e não acima dele, como um novo “bezerro de ouro”, acima da existência, tornando tudo o mais subserviente e desqualificado. A psicanálise tem condições de ajudar o médico a recuperar a dignidade social da Medicina e, com outros humanistas, recuperar seu lugar existencial cedido às administradoras do dinheiro.

Um dos critérios que o leigo costuma fazer ao método psicanalítico é que o paciente que a ele se submete torna-se “egoísta”. Se de fato isso ocorre, certamente não fez uma efetiva psicanálise, ou o crítico não entendeu o que é egoísmo. Egoísmo é a exclusão do outro e a atenção que a pessoa “analisada” dá a si própria é o resultado de aquisição de identidade.

Nosso eu infantil está diluído nos interesses e no poder de nosso ambiente familiar e contexto cultural. À medida que formamos uma identidade, nos destacamos do contexto e deixamos de ser uma extensão do desejo de nossos pais, professores, ou mesmo analistas. Formamos nossa visão de mundo, nossas concepções, reconhecemos os nossos sentimentos, nossos desejos adquirem identidade. Não é uma tarefa simples, pois implica em aquisição de autonomia e consciência das diferenças inevitáveis. Ter pensamentos e desejos próprios não significa “egoísmo”, mas identidade. Obriga a se viver em relação muito além de submissão. Obriga a administrar diferenças e não impor concordâncias. É interessante que é justamente a pessoa autônoma que precisa e sabe conviver com o outro. Substitui a dependência infantil pela interdependência adulta. É curioso esse paradoxo: só na liberdade da autonomia nos tornamos altruístas, ou seja, voltados para o próximo. Só seres livres conseguem amar. E ser amados.

Identidade e objetividade é aquisição que está no cerne do ato psicanalítico. Assim como está no alvo da aquisição da condição humana. Consciência, identidade e objetividade a definem e nada menos que isso pretende a Psicanálise. Não se colocando como a solução moderna para as patologias da humanização, mas como um instrumento auxiliar importante.

Se pensarmos que ao médico atual está confiada a missão de principalmente estimular a saúde, como o ato prioritário de prevenção primária e que ele próprio deverá se preparar para ser um profissional disponível para o outro, compreendemos o papel do ato psicanalítico na Medicina do Corpo. Ajudar a efetivar uma Medicina de Pessoa.

## Referências bibliográficas:

- BALINT, M. *El Médico, el Paciente y la Enfermedad*. Buenos Aires: Libros básicos.1961.Vol.I
- \_\_\_\_\_, M. *El Médico, el Paciente y la Enfermedad*. Buenos Aires: Libros básicos.1961. Vol II
- \_\_\_\_\_, Michael et al. *A Study of Doctors- Mutual Selection and the Evaluation of Results of Training Programme for Family Doctors*. London: Tavistock Publications Limited. 1966
- \_\_\_\_\_, Michael et al. *Treatment or Diagnosis- A study of repeat prescriptions in General Practice*. London: Tavistock Publications Limited. 1970.
- BARANGER, W. *Posicion Y Objeto en la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman, 1971.
- BION, W.R. *Transformations - Change from Learning to Growth*. London: William Heinemann-Medical Books.Ltd. 1965
- EKSTERMAN, A. *Freud - Neuroses de Transferência: Uma síntese (Manuscrito Recém- Descoberto)*. Tradução de Abram Eksterman. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1985.
- \_\_\_\_\_, Os três eixos teóricos do pensamento clínico de Freud. In: *A Presença de Freud*. Rio de Janeiro :Editora Imago,1989.
- \_\_\_\_\_, *Psicanálise e Literatura*. In: *Freud: A interpretação*. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, 1990. p.11-13.
- \_\_\_\_\_, *Psicanálise, Cultura e Civilização*, In: *Freud: A interpretação*. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, 1990. p.15-30.
- \_\_\_\_\_, *Medicina Psicossomática no Brasil*. In: *Psicossomática Hoje* . Porto Alegre: Editora Artes Médicas. 1992. p.28 – 33.
- \_\_\_\_\_, *Psicossomática: o diálogo entre a Psicanálise e a Medicina*. In: *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre :Editora Artes Médicas, 1992 .p.77 a 85
- \_\_\_\_\_, *Doutrina e crítica a metapsicologia*. In: *FÓRUM DE PSICANÁLISE, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE DE SÃO PAULO*. Rio de Janeiro: Editora 34. 1995.
- \_\_\_\_\_, *Assistência Psicológica às Crises de Desenvolvimento Educacional do Estudante de Medicina*. In: *CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO MEDICA, ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA*, Rio de Janeiro. p.19. 2000
- FREUD, S. (1893A) *On the psychical mechanism of hysterical phenomena: preliminary communication*, S.E.,Vol II, p.3, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, (1893 C) *Some points for a comparative study of organic and hysterical motor paralyzes*,S.E., Vol I, p.157, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, (1893 H) *On the psychical mechanism of hysterical phenomena*, S.E. , Vol III, p 26, Hogarth Press, London
- \_\_\_\_\_, (1895 C) *Obsessions and phobias*, S.E., Vol III, p. 71,Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, (1895 D) *Studies on hysteria*, S.E.,Vol II p.21, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, (1896 C) *The aetiology of hysteria*, ,S.E., Vol III, p. 189 Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, ( 1900 A) *The interpretation of dreams*, S.E., Vol VI, p.1 Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, (1905 D) *The three essays on the theory of sexuality*, S.E. Vol.VII, p.125, Hogarth Press, London
- \_\_\_\_\_, ( 1905 E) *Fragment of an analysis of a case of hysteria*, S.E. Vol.VII, p.3, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, (1906 A) *My views on the part played by sexuality in the aetiology of the neuroses*, S.E., vol VII, p.270, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, (1910I) *The psycho- analytic view of psychogenic disturbance of vision*, S.E. Vol.XI, p.210, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, (1912B) *The dynamics of transference*, S.E. vol XII, p.98, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, (1912E) *Recommendations to physicians practising psycho- analysis*, S.E. Vol. XII, p.110, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, (1913J) *The claims of psycho- analysis to scientific interest*, S.E. vol.XIII, p.164, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, (1915C) *Instincts and their vicissitudes*, S.E. ,vol XIV, p.105, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, (1915 D) *Repression*, S.E. vol.XIV, p.143, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, (1915E) *The unconscious*, S.E. vol.XIV, p.161, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, 1917e) *Mourning and melancholia*, S.E.,Vol.XIV, p.219, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_,(1923B) *The ego and the id*, S.E. vol.XIX, p.3, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, 1926D) *Inhibitions, symptoms and anxiety*, S.E. vol XX, p.77, Hogarth Press, London.
- \_\_\_\_\_, (1931B) *Female sexuality*, S.E. vol XXI, p. 223, Hogarth Press, London.
- GRINBERG, L .*Culpa Y Depression, Estudio Psicoanalítico*. Buenos Aires: Editorial Paidos. 1963.
- HARTMANN, H. *Essays on ego psychology*. New York: International Universities Press, 1964.
- KLAUBER, J. *Dificultades en el Encuentro Analítico*. Buenos Aires: Editorial Paidos. 1991.
- KLEIN, M. *Our adult world and its roots in infancy*. London: William Heinemann- Medical Books Ltd. 1963.
- LUCHINA, Isaac et al. *La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.1977.
- \_\_\_\_\_, I. *El Grupo Balint- Hacia un modelo clínico-situacional*.Buenos Aires: Editorial Paidós. 1982.
- PERESTRELLO, D. *A Medicina da Pessoa*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 4ª Edição , 1996.
- RADNITZKY, G. *Escolas Contemporâneas de Metaciência*. Suécia: Editor: Håkan Törnebohm, 1970.
- RICOEUR, P. *Freud:uma interpretação de la cultura*. Mexico:Siglo Veintuno editores sa, , 2ª edición. 1973.
- SEGAL, H. *Introduction to the work of Melanie Klein*. London: William Heinemann- Medical Books Ltd., 1964.
- WINNICOTT, D.W. *Collected Papers- Through paediatrics to psycho-analysis*.London: Tavistock Publications.1958.