

PSICANÁLISE, PSICOSSOMÁTICA E MEDICINA DA PESSOA ¹

Abram Eksterman ²

Explicar os determinantes psicológicos dos sintomas corporais tem sido o principal objetivo daqueles que se dedicam à Medicina Psicossomática. As raízes históricas das quais emergiu esse procedimento são bem conhecidas. Não farei, portanto, mais que mencionar alguns fundamentos relevantes para em seguida confrontá-los com alguns aspectos do desenvolvimento da teoria e da técnica psicanalítica e a minha experiência nesta área.

G. Engel (6) distingue três fases de aproximação da Psicanálise com a Medicina Psicossomática. A primeira derivada da elucidação feita por Freud dos fenômenos histéricos, notadamente dos mecanismos de conversão, com os quais esperava compreender os fenômenos psicossomáticos como uma linguagem corporal, uma vez traduzidos os conteúdos emocionais reprimidos. A mesma carga afetiva que se descarregava pela inervação somática poderia descarregar-se pela inervação vegetativa. Constituiu para a época uma explicação psico-fisiológica bastante fecunda das chamadas neuroses vegetativas, descritas desde 1777 como *Adinamiae* por W. Cullen. A Segunda fase, desenvolvida pelos conhecidos iniciadores da Psicossomática (Alexander, Deutush, Dumber, French, Garma, etc.), que procuraram introduzir, dentro da estrutura conceitual psicanalítica, algumas definidas patologias somáticas, abrindo a perspectiva de tratamento psicanalítico para essas enfermidades. A terceira fase – assinala ainda Engel – começou com adaptações do método psicanalítico para observações à cabeceira do enfermo e dos achados laboratoriais. Diz Engel que nessa terceira fase, “os pacientes com desordens somáticas são estudados mais pelos psicanalistas que pela Psicanálise” (6).

Essas três fases contêm em comum o estudo do homem e de seu adoecer como fenômeno natural, regido por leis causais, cuja patologia fica determinada por agentes etiológicos, um dos quais seria o psicológico. Daí o conceito de psicogênese e de Medicina Psicossomática como a especialidade médica das enfermidades etiologicamente determinada por fatores emocionais, suscetíveis de compreensão psicanalítica desde que adequadamente interpretados os conflitos inconscientes específicos.

Que acontecia com a própria Psicanálise, enquanto o fenômeno psicossomático era submetido aos critérios adotados por Freud para resolver os enigmas da conversão? Com a descoberta da importância da transferência e da psicologia evolutiva exposta através das etapas de estruturação da genitalidade, a neurose passou a ser compreendida como expressão de crises, aguda ou cronicamente manifestas, em uma personalidade incapaz de se ajustar à própria vida, por dificuldades em seu desenvolvimento. Normal e patológico perderam os nítidos limites que os separavam. Menor importância recaiu sobre a formação de sintomas; maior, sobre o estudo da estruturação da personalidade, e com isso a

¹ Relatório oficial apresentado no I Encontro Argentino-Brasileiro de Medicina Psicossomática (Buenos Aires, 1975).

² Presidente da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática. Membro associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro.

relação humana entrou em foco. Neurose deixou de ser uma nosologia bem delimitada perturbando uma personalidade sadia, como no tempo em que se pretendia através de uma ab-reação, ao final de uma complexa análise de sintomas, estabelecer a cura do paciente. Aliás, quando Freud em 1896 advertia que “comunicar a solução de um único sintoma equivale a expor uma história clínica completa” já enunciava uma psicanálise do paciente e não do sintoma. Parafraseando Freud, poderíamos dizer: comunicar uma compreensão de uma história clínica equivale desvendar os segredos de uma vida.

Com o posterior estudo do destino das imagens parentais introjetadas em “Luto e Melancolia”, a formulação de nova instância psíquica – o superego – dando nova estrutura à teoria psicanalítica (10), com a subsequente modificação do conceito de angústia, já dentro de uma psicologia do ego (11), a Psicanálise foi deslocada da concepção naturalista para dentro das ciências histórico-culturais, muito afim da posição fenomenológico-existencial, se nesta fosse incluída a interpretação dos conteúdos inconscientes. Vale nesse sentido ler a monografia de H. Japiassú (12). É verdade que os métodos empregados nos mencionados desenvolvimentos da Psicanálise ainda eram explicativo-causais, mas em tudo transpirava a busca de relações de significado. A Psicanálise centralizada no indivíduo – unipessoal – passou a ser a Psicanálise preocupada na *pessoa-com-o-outro*, “outro esse” dentro ou fora do indivíduo, configurando um objeto interno ou externo. Melanie Klein em seus múltiplos estudos sobre as ansiedades primitivas (13,14), constrói a imagem do indivíduo em permanente relação; alguém que deixa de ser indivíduo, na medida em que é compreendido como estrutura dinâmica em permanente intercâmbio com o seu mundo. Pessoa, nesse sentido é mais que indivíduo, é um *existir-com* e *através-de*, é um holos com sua circunstância. Projeção, introjeção, identificação são os mecanismos básicos descritos e que expõem processos de intercâmbio e transação. Reviver o passado, tornar consciente o inconsciente, deixa de ser um objetivo, passa a ser mais um acontecimento da singular experiência do *aqui-e-agora*, de uma relação terapêutica menos preocupada com causas que com a compreensão dos complexos dinamismos do processo transferencial-contratransferencial. Assim o sintoma não é um fato produzido por um conteúdo sob repressão. É um significado compreensível quando desvelado seu contexto histórico. A Psicanálise agora, quando terapêutica, é mais tratamento de personalidade do que de enfermidade e sintomas. Um sonho isolado é inexplicável. Para compreender seu significado é necessário se saber quem o sonhou, em que circunstância, para quem foi comunicado, com que propósito e em que momento. Com os sintomas, somática ou psiquicamente expressos, ocorre o mesmo. Ataques anal-sádicos podem ser identificados, por exemplo, em um paciente portador de colite ulcerativa e nele caracterizar caracterologia obsessivo-compulsiva como o fez G. Engel (7); encontrar em seu passado mãe com fortes tendências destrutivas, concordando assim com M. Sperling (19); reconhecer que todos esses dados são interessantes e importantes e levar em consideração que Engel e Sperling fizeram observações extremamente cuidadosas. Ainda assim falam de um doente teórico que do doente real, o doente que ali está precisando ajuda do médico. Aquele tem uma particular manifestação obsessivo-compulsiva; uma mãe específica e com ela uma relação única e talvez nada disso seja relevante no caso. Serve muito para conceituar um indivíduo colopata, mas não para compreender aquela pessoa doente que se comunica com o seu mundo e com o médico de vários modos, um dos quais é a colopatia. São

vínculos estruturados com o seu mundo objetal e que mantém as características de sua personalidade, enferma de acordo com o critério médico. Tal conclusão se impôs em minha experiência: *o estabelecimento de relações causais psicogênicas para explicar enfermidades e sintomas orgânicos são muito interessantes quando bem fundamentadas, mas pouco ajudam na compreensão e tratamento daquele meu doente.* O que se imagina como causa é manifestação associada; compõe o quadro, não o explica. A caracterologia obsessivo-compulsiva dos colopatas e sua relação infantil a mãe destrutiva filicida pode não ser causa de coisa alguma, mas apenas compor com a colopatia a configuração de uma existência. Pode-se conceber a úlcera péptica como parte da caracterologia oral sem que com isso se estabeleça qualquer causa psicológica da úlcera. No entanto, a análise de tal doente pode demonstrar os motivos que o levaram a expressar seus conflitos através de uma úlcera. Os motivos desse ulceroso não serão os mesmos que os de outro, e assim por diante. Tal dificuldade encontramos com os perfis psicossomáticos por Dunbar. Encontramo-los dependendo da atitude que assumimos como observadores. Enfim, os argumentos acima de modo algum pretendem diminuir a importância de generalizações bem fundamentais, mas sim limitar-lhes suas aplicações. São úteis pontos de partida (apenas) para se compreender um doente em particular. Daí em diante, para o diagnóstico e tratamento, a singularização do caso clínico é imperativa. Vale lembrar que o psicanalista já não se preocupa tanto com a nosografia de seu doente, mas como e quando ele se manifesta.

Lúcia é uma senhora de 36 anos, casada, mãe de dois filhos adolescentes. Está em análise há sete anos e procurou tratamento em razão de múltipla sintomatologia fóbica. Primitivamente tímida, sugestível, sedutora, infantil, extremamente dependente, mergulhada em pequenos afazeres domésticos e preocupações fóbicas. Há dois anos atrás, mais segura de si, sem sintomas fóbicos, com múltiplas relações sociais e trabalho externo, fala em terminar a análise. Aparece, então, colopatia funcional. Associadamente apresenta crises caracterizadas por angústia intensa, hipertensão sistólica e enrubescimento. O quadro intestinal sugere síndrome de colo irritável. Seu clínico lhe faz o diagnóstico presuntivo de “síndrome carcinóide” e inicia intensa pesquisa. Vem a análise aterrorizada e sai mais tranqüila, quando percebe que está confundindo possibilidades com certeza e está escolhendo a pior hipótese. Realiza a primeira série de exames complementares e nenhum confirma o diagnóstico. Paradoxalmente, não se mostra muito confortada com esse resultado. O clínico insiste numa segunda série de exames, os quais, mais uma vez, revelam-se negativos. Pouco depois, vem a sessão num desalento atroz, intensamente angustiada, em pânico; revela-me que o clínico insiste numa terceira série de exames e, se esses ainda não confirmarem o diagnóstico, terá de efetuar uma laparotomia exploradora. Lembro-lhe que em nenhum momento lhe ocorrera procurar um especialista. Responde-me que esse clínico não poderia se enganar. Fora médico de seu pai, o médico que o assistiu até a morte – terrível para ela – obrigada a acompanhá-lo por mais de seis meses, e a quem serviu como enfermeira desvelada. O pai sofria de câncer de reto e morreu, depois de coma prolongado, vítima de acidente vascular cerebral. Mostro a ela que nossa separação, anunciada por ela mesma, estava tomando o mesmo feitio e, desta vez, não nos separaríamos também, como ela não se separou de seu pai. Mostro como ela ainda o conserva agonizante, dentro de si mesma, com os mesmos sintomas que anteciparam sua morte. Eu passarei a ser a enfermeira desvelada como ela o foi, e serei eu quem a

terá que levar agonizante dentro de mim. Pede-me então o nome de um especialista. Indico um. Consulta-o no dia seguinte e esse médico, pelos dados clínicos, descarta inteiramente a possibilidade de “síndrome carcinóide”. Desaparece a sintomatologia. Um ano depois, resolve, por indicação médica, operar-se de um antigo fibroma uterino. Reencontra o primeiro clínico, que trabalha no hospital onde vai realizar a cirurgia. Conversa com ela sobre seu estado e, mais uma vez, o médico insiste na possibilidade de “síndrome carcinóide” e recomenda uma exploração associada à cirurgia ginecológica. “Aproveitando a oportunidade”. A paciente responde-lhe: “Dr., o Sr. fez muito por meu pai, tendo-lhe muito respeito, mas o corpo é meu e faço com ele só o que eu acho que deva ser feito. Não farei o que o Sr. quer”. A sintomatologia física dessa paciente pode ser interpretada como o resultado de uma identificação patológica com o pai. E era. E induziu o clínico a uma conduta iatrogênica. Mas a paciente escolheu um momento de análise para expressá-la, tinha um propósito comigo, um propósito que não podia ser verbalmente expresso. Não havia como dizer em palavras que sabia, onipotentemente, vencer a morte ou as separações, fetalizando-se ou fetalizando a pessoa perdida. Seu primeiro médico era reconhecidamente clínico respeitável, mas procurou apenas diagnosticar os sintomas e não a pessoa. Assim procedendo, foi conduzido pelos propósitos mais mórbidos dessa doente. Não estará o psicanalista incidindo no mesmo erro metodológico, e correndo os mesmos riscos, quando se atém, em demasia, a fatos ou sintomas isolados, sejam eles físicos ou psíquicos?

A Psicanálise desenvolveu-se da terapêutica do sintoma para a terapêutica da pessoa. A Medicina Geral, por sua vez, torna-se gradativamente antropológica, recebendo, por um lado, influências conceituais importantes de vertentes fenomenológico-existenciais (cf. von Weizsacker e Ludwig Binswanger para citar os mais destacados) e por outro da Psicanálise. Estrutura uma Medicina da Pessoa, como a definiu D. Perestrello (16), prática que exige, segundo demonstra este autor, os métodos das ciências culturais, onde os nexos causais são substituídos por nexos de significado.

E exige uma nova preparação do médico, independente da especialidade que abraçar.

Esta talvez seja a mais notável contribuição da Psiquiatria à prática médica em geral. Até agora restringira-se ao conhecimento psicológico e psicopatológico dos doentes. Agora abre a perspectiva da formação psicológica do médico e com isso, certamente, integrar o doente psiquiátrico ao hospital clínico. Enfim, uma só medicina. *O conhecimento psicológico é básico a toda prática médica.*

Essa nova preparação do médico é a quarta fase, não citada na revisão mencionada de G. Engel (6). Nesta, o psicanalista passou a se interessar pela relação médico-paciente, servindo-se da experiência adquirida pela Psicanálise, quando esta focalizou os fenômenos do campo psicanalítico. Aqui se destaca o notável trabalho de M. Balint e colaboradores (1,2,3) e por aqui enveredamos em nosso trabalho universitário, desde 1962. Gostaria de mencionar alguns fragmentos desse trabalho, sobretudo o que reuniu a equipe de saúde de uma enfermaria de clínica médica, na qual procuramos estudar o que passamos a chamar de *processo*

clínico. O método empregado foi o do “grupo Balint”^{*}. No “processo clínico” nos dedicamos a observar as influências que o médico recebe de seu doente e vice-versa, do pessoal auxiliar, dos demais doentes internados, o comportamento global da equipe e a sua influência na condução da terapêutica. Estende-se do encontro clínico à alta do paciente. O resultado dessas pesquisas será motivo, em breve, de uma publicação extensa, mas por ora, é possível adiantar alguns resultados.

O primeiro é que a conduta do médico é sempre influente e pode ser psicoterapeuticamente aproveitada, sobretudo pelo conjunto de atitudes que o médico assume para com o seu doente. Confirmamos o que Perestrello anteriormente expusera em sua “Psicoterapia do Médico Prático” (17). O conjunto de atitudes que o médico assume é estruturado pelo que o médico é, pelo que o doente o obriga a ser e pelo que o momento exige que ele seja. Quanto mais o médico conhece o seu doente, menos será induzido por ele; quanto mais compreende o que se passa entre os dois, melhor conduta adotará em seu encontro clínico. Procuramos estudar em especial as induções iatrogênicas, ou seja, aquelas condutas que o médico assume contratransferencialmente, em funções das identificações projetivas exitosas do paciente. Já a isso nos referimos em 1968 (4). Marcondes, entre nós, assinalava em 1958 a importância desse fato (15). Cirurgias, diagnósticos, terapêuticas clínicas, exames complementares traumáticos, física e psicologicamente, tendências suicidas estiveram na pauta de nossas observações. A frequência desses acontecimentos e sua importância nos impuseram a tarefa de levar a cabo um ensino sistematizado sobre relação médico-paciente dentro das Faculdades de Medicina em que trabalhamos. Procurei associar à observação clínica tradicional o registro de uma “*História da Pessoa*”, termo criado por mim para designar a investigação de: 1) a biografia do doente, como ele, doente, a conta e não como os fatos teriam se passado na realidade cronológica. Importa no caso a realidade vivencial do doente. 2) as circunstâncias de vida dentro das quais adoeceu ou costuma adoecer; 3) aspectos importantes da relação médico-paciente.

Justificamos a “história da pessoa” com os seguintes postulados retirados de nossa experiência: 1) os dados biográficos tornam o doente uma pessoa para o médico e não apenas uma patologia. A vantagem é individualização do caso clínico, com a conseqüente adaptação das medidas terapêuticas específicas para aquele doente; 2) o conhecimento das circunstâncias de vida nas quais sobreveio à enfermidade possibilita evitar revivescências das mesmas circunstâncias morbígenas no relacionamento clínico. A relação médico-paciente pode ser fonte de graves iatrogenias, algumas das quais induzidas pelo paciente, sem que o médico disso se aperceba; 3) a compreensão da relação médico-paciente permite uma aliança criteriosa e harmoniosa com o doente. O estudo da patologia “somática” leva ao *que* da terapêutica; o estudo da pessoa do doente e da relação médico-paciente leva ao *em quem*, para poder se chegar ao *como* da mesma terapêutica.

^{*} Esse trabalho foi iniciado em 1972, inspirado com os resultados de uma interconsulta, na 22ª enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, Serviço do Prof. E. Magalhães Gomes. Os integrantes do grupo eram os médicos da enfermaria, residentes, estagiários, enfermagem e, durante algum tempo, também com a assistente social da 1ª Disciplina de Clínica Médica da F. Medicina da U.F.R.J. da qual o citado Serviço faz parte.

^{*} Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Fundação Técnico Educacional Souza Marques, como assistente do Prof. Danilo Perestrello.

Assinale-se que não é indispensável que esses médicos sejam analisados, no sentido da formação psicanalítica pessoal, para compreender seu doente. A aplicação ao ensino de Psiquiatria é bem ilustrado em um trabalho de D. Zimmerman (21). Nossa experiência é com médicos gerais e estudantes de Medicina. Em uma experiência com métodos de ensino, realizado na Santa Casa, no Serviço do Prof. Clementino Braga Filho, distribuímos os alunos em três grupos. O primeiro foi instruído para realizar uma anamnese com a história da pessoa; o segundo, para a crítica da metodologia empregada na anamnese e o terceiro, para estabelecer as relações significativas entre os dados clínicos com a história da pessoa. Os resultados foram muito expressivos e, entre várias conclusões desse grupo, puderam prever com antecedência de três semanas uma indução iatrogênica que efetivamente ocorreu. A paciente conseguiu que os médicos a dispensassem de um tratamento que lhe era necessário realizar, e o fez através da indução de uma alta prematura.

Pelos múltiplos casos estudados, pudemos concluir que a *objetividade médica é obtida quando se leva em consideração as interferências subjetivas do relacionamento clínico*. O conhecimento que o médico tem do doente permite-lhe evitar atuações irracionais informa-o sobre o que não deve fazer e consolida no seu papel de médico. Na própria prática psicanalítica, até que ponto parte relevante do resultado terapêutico deve-se, não às interpretações e ao conhecimento explicitado, mas à comunicação extraverbal sempre presente na relação analítica.

A Psicanálise, contribuindo de forma extraordinária para a compreensão do relacionamento humano e para a visão da unidade do homem, permitiu a D. Perestrello afirmar que todas as enfermidades são psicossomáticas (18). Quando o fez, há mais de dez anos, em simpósio internacional, recebeu dos comentadores do simpósio, H. Thomae de Heidelberg e P. M. Turquet de Londres a crítica: "Isto é certamente um "reductio ad absurdum" da especialidade" (19). E neste nosso encontro argentino-brasileiro, dedicado às "Contribuições da Psicanálise à Medicina Psicossomática", creio que poderemos concluir que a maior contribuição da Psicanálise neste setor do conhecimento, além de, inicialmente dar-lhe origem, é agora extingui-lo como especialidade, e assim, graças ao imenso caudal de conhecimentos que acumulou, fixar a Psicossomática como atitude e ajudar o médico na difícil tarefa de clinicar.

REFERÊNCIAS

1. BALINT, M. (1957) – El Médico, el Paciente y la Enfermedad, (do inglês, "The Doctor, his Patient and the Illness"), Bs. Aires, Libros Básicos, 2 vols., 1961
2. BALINT, M. et alli (1966) – A Study of Doctors, Londres, Tavistock Pub.
3. BALINT, M. et alli (1970) – Treatment or Diagnosis, Londres, Tavistock Pub.
4. EKSTERMAN, A. (1868) – Fatores Iatrogênicos na Relação Médico-Paciente, Journ. Bras. Medicina, 15,414.

5. EKSTERMAN, A. (1973) – Aspectos Psicossomáticos na Colite Ulcerativa, Comum. ao VII Congr. da Ass. Med. Bras., a publicar.
6. ENGEL, G. L. (1968) – The Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Medicine, em J. Marmor, Ed., “Modern Psychoanalysis”, N. Y. Basic Books.
7. ENGEL, G. L. (1955) – Studies of Ulcerative Colitis. III: The Nature of the Psychological Process, Am. Journ. Of Med. 19:231.
8. FREUD, S. (1896) – The Aetiology of Hysteria, Londres, The Hogarth Press, St. Edition, vol. III.
9. FREUD, S. (1917) – Mourning and Melancholia, Londres, The Hogarth Press, St. Edition, vol. XIV.
10. FREUD, S. (1923) – The Ego and the Id, Londres, Hogarth Press, St. Edition, vol. XIX.
11. FREUD, S. (1926) – Inhibitions, Symptoms and Anxiety, Londres, The Hogarth Press, St. Edition, vol. XX.
12. JAPIASSÚ, H. (1975) – Introdução à Epistemologia da Psicologia, Rio de Janeiro, Imago Ed.
13. KLEIN, M. (1940) – El Duelo u su Relación com los Estados Maníaco-Depresivos, em “Contribuciones al Psicoanálisis” Bs. Aires. Ed. Hormé, 1964.
14. KLEIN, M. (1952) – Notes on some Schizoid Mechanisms, em “Developments in Psychoanalysis”, Londres, The Hogarth Press.
15. MARCONDES, D. (1960) – New Aspects of the Clinical Interview: Countertransference Difficulties, Psycho-somat. Medicine, XXII, nº 3.
16. PERESTRELLO, D. (1974) – A Medicina da Pessoa, Rio de Janeiro, Livr. Atheneu.
17. PERESTRELLO, D. (1962) – A psicoterapia do Médico Prático, Medicina Carl, 1:3 153
18. PERESTRELLO, D. (1964) – Stellungnahme und Tätigkeitsbericht aus Brasilien, em “Training in Psychosomatic Medicine”, Edit. Felix Deutsch. N. Y., Hanfner Pub.
19. SPERLING, M. (1946) – Psychoanalytic Study of Ulcerative Colitis in Children, Psycho-anal. Quart. 15:302.
20. THOMAE, H. & TURQUET, P. M. (1964) – Training in Psychosomatic Medicine, A Critical Review. Em “Training in Psychosomatic Medicine”, Ed. Felix Deutsch, N. Y., Hafner Pub.
21. ZIMMERMAN, D. (1971) – Dinâmica de Grupo no Ensino da Psicologia e Psiquiatria de Orientação analítica, em “Estudos sobre Psicoterapia Analítica de Grupo”, São Paulo, Ed. Mestre Jou.