

Psicossomático ou somatopsicótico? Análise crítica da Medicina psicossomática

Psychosomatic or somatopsychotic? A critical analysis of psychosomatic Medicine

Paulo Cesar Sandler*

RESUMO

Objetivo: examinar as bases científicas da assim chamada “Medicina psicossomática”, subjacentes aos conceitos e afirmações em Medicina, como em qualquer ciência. Foi ilustrado com casos clínicos. **Métodos:** as afirmações examinadas foram: (i) a mente causa doenças do corpo; (ii) depressão causa câncer; (iii) estresse causa enfarte do miocárdio e outras afecções e (iv) linguagem do corpo. Utilizaram-se: (i) teorias do conhecimento derivadas do Iluminismo; (ii) positivistas e (iii) ciência moderna. Todas estas teorias do conhecimento são apresentadas de modo breve. **Resultados:** há indicações de uma divisão artificiosa entre corpo e mente, provocando investigações pendendo ora para um lado, ora para outro – sem se perguntar se estes “lados” existem na realidade. Essa divisão se reflete no aparecimento da Medicina psicossomática e nos persistentes problemas criados no e por este campo. **Conclusões:** Os resultados do “teste” epistemológico e psicanalítico permitem uma análise crítica do modelo psicossomático, que parece não ter sido bem sucedido em sua corajosa abordagem holística, demandando alternativa. Incluem-se recomendações de conduta médica, no que tangue aos pacientes vistos como “psicossomáticos”.

Descritores: Medicina psicossomática; Psicanálise; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde

ABSTRACT

Objective: To assess the scientific foundations of the so-called “psychosomatic Medicine” underlying all medical and scientific concepts and statements, likewise in any science. Case reports are presented. **Methods:** The following issues were epistemologically tested: (i) the mind causes bodily diseases; (ii) depression causes cancer; (iii) stress causes myocardial infarction and other diseases and (iv) body language. In order to study the statements and propositions, the author used: (i) theories from the Enlightenment period; (ii) positivist theories and (iii) modern science theories. All these theories are presented briefly. **Results:** There is evidence of a spurious split between body and mind, which results in one-sided investigations – without questioning their actual existence.

This split is also shown by the psychosomatic Medicine, which has added some additional problems to the field. **Conclusions:** Results of epistemological and psychoanalytic “assessments” enable a critical analysis of the psychosomatic model, without apparently being successful in presenting a holistic approach, and requiring alternatives. Recommended medical management of “psychosomatic patients” is also presented.

Keywords: Psychosomatic Medicine; Psychoanalysis; Health knowledge, attitudes, practice

Psicossomático ou somatopsicótico? Análise crítica da Medicina psicossomática

“Um, e apenas um pensamento nos ocupa; não conseguimos pensar duas coisas ao mesmo tempo. Isto é afortunado para nós de acordo com a coisa mundana, não de acordo com Deus”

(“Une seule pensée nous occupe; nous ne pouvons penser à deux choses à la fois, dont bien nous prend, selon le monde non selon Dieu”)

Pascal1

INTRODUÇÃO

Epistemologia, a teoria do conhecimento, cuida dos métodos para conseguir conhecimento. No século 20, ela incorporou a filosofia da ciência. Não é comum na literatura médica atenção às bases epistemológicas da Medicina como parte integrante da pesquisa e da prática. Talvez porque as façamos epistemologia *in situ*, seguindo padrões, como testes de significância e provas terapêuticas. Mas dificilmente se questiona ou se conscientiza da base subjacente que orienta a pesquisa. A Psicanálise é uma das poucas especialidades médicas que demanda, pela sua natureza, perene reflexão au-

Trabalho realizado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil.

* Mestre em Medicina – São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Paulo Cesar Sandler – Rua Inhambu, 1.233 – apto. 11 – CEP 04520-014 – São Paulo (SP), Brasil – Tel.: 11 3045 0115 – e-mail: sandler@uol.com.br

Data de submissão: 26/5/2007 – Data de aceite: 9/3/2008

tocrítica. Configurada, por exemplo, pela análise pessoal do analista, que tenta minimizar o fator pessoal, da personalidade do investigador. Este estudo propõe reconhecermos a *rationale* subjacente à teoria e à pesquisa médicas, com a ajuda do método epistemológico e do método psicanalítico; justifica-se por descaminhos que estimulam descrédito à Medicina e, de modo especial, à mútua colaboração de Medicina e Psicanálise. O foco será naquilo que parece mais problemático nessa situação, o campo da assim chamada “Medicina psicossomática”. Não foram analisados os estudos de Medicina psicossomática de uma perspectiva interna a eles (críticas metodológicas, por exemplo), mas detectando a orientação epistemológica subjacente.

Reais avanços na ciência são obtidos por pesquisadores que partem de observações clínicas ou problemas clínicos, ou de estudos prospectivos. A interpretação dos dados obtidos demanda intuição treinada por experiência que apreende fenômenos (materiais ou imateriais) “invisíveis ao olho mortal”. São obtidas, de quando em quando, por pessoas como Darwin, Einstein, Freud, Fleming, Daulsberg – e por clínicos experientes, diariamente. Por exemplo, um cirurgião de barriga, confrontado com um paciente sofrendo de litíase renal, resolveu solicitar uma tomografia, indicativa de um tumor em estágio inicial. A cirurgia mostrou um adenocarcinoma ainda não invadindo o parênquima renal. O cirurgião intuiu o fato real, **subjacente** a um sintoma insuspeito.

O médico me parece **implicitamente** um epistemólogo: está o tempo todo lidando com fatos reais e com métodos para conhecê-los. O desconhecido sempre está presente, pois tratamos sempre de indivíduos “individuais”, que desafiam o que já sabemos e demandam o tempo todo métodos para obter conhecimento. Uma artéria coronária pode preparar a desagradável surpresa de se mostrar intramural na hora da cirurgia. As respostas a remédios conhecidos muitas vezes são desconhecidas. Frases como, “nunca se sabe o que vai se achar quando se abre uma barriga” expressam a atitude de investigação do desconhecido.

Mesmo assim, talvez possa ser útil um modo mais explícito e consciente para o uso das teorias do conhecimento. Evitaria, por exemplo, certezas sobre causas desprovidas de evidência.

O método científico, estabelecido por Francis Bacon, é criar hipóteses a partir da observação **empírica** de fatos. Essas hipóteses são, então, investigadas, para verificar seu valor-verdade. A partir daí, são constituídas teorias generalizadoras. O investigador e seus métodos interferem no fato observado; mas a personalidade do investigador é irrelevante para o fato observado. Na falsa ciência, cria-se um conceito baseado em inteligência ou autoridade do investigador; sua personalidade é o aspecto preponderante⁽²⁻⁴⁾.

MÉTODOS

Usamos métodos epistemológicos adaptados à disciplina médica, que é prática. Ou seja, exame de conceitos complementado por histórias de casos e exemplos de atos médicos nas áreas de diagnóstico e de terapêutica.

Clivagens no saber

Frente ao crescimento do conhecimento médico, a especialização do conhecer foi inevitável. Assim como os sábios da antiguidade e da Renascença eram médicos, matemáticos, filósofos, ao mesmo tempo, e depois surgiram as disciplinas, a Física, a Medicina etc., também na Medicina se estabeleceram essas divisões de áreas: clínica e cirurgia, inicialmente. Mas ganhou proporções de fraturas cominutivas, criando áreas estanques que perderam a noção do todo e que têm dificuldades de colaboração mútua.

Matéria e mente

Uma clivagem de conseqüências ainda não resolvidas foi aquela entre “mente” e “matéria”⁽⁴⁾. Nas investigações médicas, dividiram-se artificialmente os médicos entre aqueles “do corpo” e aqueles “do espírito”. Na Medicina, essa divisão teve reflexos no pensar da civilização ocidental, desde Aristóteles, e foi exacerbada por Descartes. Essa clivagem criou dois tipos de investigadores.

Um deles pensa ser capaz de apreender a realidade se restringindo à senso-percepção, aos espectros abrangidos pelo sistema sensorial: visão, ou seja, captação de ondas que vão do vermelho ao violeta; audição, dos oito aos 16.000 decibéis; e ao paladar, tato, olfato, proprioceptivos.

A restrição leva a conclusões concretizadas, se alcançar o que chamamos de “mente”. Um paramécio ou um inseto têm sistemas sensoriais, mas não têm mente. Kant denominou este tipo de “realista ingênuo”⁽⁵⁾. Sua versão mais aperfeiçoada foi a do Positivismo, que é a crença em racionalidades que isolam causas e efeitos, estabelecendo a previsibilidade dos fenômenos. Crê também que o observador e seus métodos não interferem no objeto observado e nem nas conclusões. Essa doutrina, que acabou se tornando uma religião, conseguiu prover certos avanços na área do conhecimento, no macrouniverso dos grandes corpos, que pode ser estudado de modo tridimensional.

Propus denominar o segundo tipo, “idealista ingênuo”⁽⁶⁾. Ele pensa que o universo é criação das idéias de uma mente individual – a imaginação. Suas produções ficam indistinguíveis do paciente delirante e alucinado; perdem o contato com a Realidade Material. Ele criou o campo das falsas ciências, vistas por Popper

como mitologias⁽⁷⁾, e infiltrou-se nas ciências humanas ao ponto de se questionar se elas são ciências mesmo.

As primeiras soluções para esta divisão entre mente e matéria surgiram quando ela foi percebida em termos de um paradoxo: o da materialidade e o da imaterialidade. E da percepção do fenômeno probabilístico e da descontinuidade da matéria. Em 1895, Max Planck, na Física, ultrapassou o Positivismo de Ernst Mach, observando a propagação da luz nos quanta – pacotinhos descontínuos e probabilísticos da matéria. Em 1900, Sigmund Freud, formado e treinado nos padrões da Medicina iluminista, da anatomopatologia e da observação clínica de fatos reais – foi aluno de Virchow – resolveu inconsistências da Neurologia baseada no Positivismo e no estudo do comportamento humano consciente, ao indicar duas formas de uma mesma existência, que chamamos “mente”: “Realidade Material” e “Realidade Psíquica”⁽⁸⁾. Aquilo chamado “realidade” se apresenta de modo material em boa parte consciente, e de modo imaterial em boa parte inconsciente. Muitas das manifestações da mente são desconhecidas (inconscientes) para o próprio indivíduo, não sendo apreensíveis pelo aparato sensorial. Ansiedade, depressão, alucinação são reais, mas não têm cor, nem cheiro; podem ser “enxergadas”, mas não vistas. As realidades materiais com as quais lida o médico também são inconscientes, como o funcionar da hipófise ou dos rins, pois boa parte dos órgãos mais nobres não tem inervação. O “olho clínico” é imaterial, assim como o funcionamento mais íntimo da “matéria humana”. Ainda desconhecido, mas certamente subatômico (quântico).

Em 1905, Albert Einstein fez o mesmo que Planck e Freud, novamente no âmbito da Física. Resolveu outras inconsistências no estudo do comportamento da luz, devidas à divisão artificiosa que os físicos faziam em seus esquemas teóricos de uma mesma existência, que chamamos “luz”. Ele integrou a teoria corpuscular (material) com a teoria ondulatória (imaterial) da propagação da luz⁽⁹⁾. Planck, Freud e Einstein usaram métodos imateriais de pesquisa. Planck intuiu uma “constante da natureza”; a Psicanálise, a extensão atemporal e infinita do inconsciente; Einstein, a matemática hexadimensional, respectivamente. Criaram as bases da ciência moderna em campos de pesquisa diversos, rompendo as amarras do Positivismo (crença em causalidade e neutralidade do observador) e do realismo ingênuo (concretização). Esses dois têm seu lugar, como porta de entrada para a pesquisa científica. Mas, atendo-se a eles, fica-se como um visitante à soleira da porta, que nunca entra na casa⁽¹⁰⁾.

Medicina psicossomática

Na década de 1930, tentou-se uma corajosa abordagem totalizante, que não faria esta divisão. Duas características restringiram seu escopo:

- rivalidade: a Medicina psicossomática surgiu como prática rival e superior, a apontar os erros de outros, pois solucionaria tanto problemas da Medicina como da Psicanálise: fisicalismos desumanizadores da primeira; distanciamentos da realidade biológica da segunda;
- crônica de costumes: tomou a parte pelo todo, vendo distorções feitas por alguns praticantes – tanto médicos como psicanalistas – como se fossem a regra. Seria como um ouvinte que criticasse todos os violoncelos por ter ouvido um violoncelista desafinado. O médico – se é que eram médicos reais aqueles a que se referia essa Medicina psicossomática – passaria a ver a pessoa. E o psicanalista – se é que eram psicanalistas reais – passaria a ver a natureza biológica. A promessa psicossomática adotou o que se entendia ser Psicanálise naquele momento histórico e no local onde foi criada, para dotar-lhe de arcabouço teórico. Não criou nem descreveu um esquema de referência próprio, mas pretendeu conferir respeitabilidade científica, entendida como a fornecida pela doutrina positivista do século 19, à psicanálise.

RESULTADOS

Examinemos, com o método proposto, posturas e afirmações médicas e psicossomáticas.

Medicina baseada em evidências

A Medicina baseada em evidências tenta eliminar a imaterialidade intrínseca ao ato médico: a intuição médica treinada pela experiência.

Intuição treinada é a apreensão da realidade sem mediação do pensamento racional. A *rationale* epistemológica da Medicina baseada em evidências é uma teoria do conhecimento: o uso da estatística na orientação de terapêuticas, dentro da teoria epistemológica dos *peer groups*, estabelecida por Kuhn^(3,11). Não tem resistido a análises feitas com seu próprio método⁽¹²⁾.

Supervalorização de exames subsidiários

Achados de ultra-som do coração nas décadas de 1980 e 1990, irrelevantes clinicamente, estimularam implantações de próteses orovalvulares, cujo efeito mais marcante foi ser iatrogênico. A teoria do conhecimento que embasou esta atitude foi o Positivismo: a crença em causas (“sopro”) e efeitos (cardiopatía).

A valorização da intuição medicamente treinada pela experiência pode ser vista na prática semiológica desarmada. Por exemplo, o sinal de Lemos-Torres, abaulamento dos espaços intercostais: acoplado à história progressiva

da doença e ao estado clínico da pessoa, pode indicar a presença de primórdios de estado mórbido, um derrame pleural. Um exame subsidiário pode apenas ajudar a precisar o diagnóstico e a terapêutica, mas não a resolvê-la. Muitas vezes chamado de “olho clínico” ou “faro”, tem base nas teorias do conhecimento do Iluminismo: evidências empíricas obtidas por experiência com história de casos^(4,6). Nessas, surgiu o diagnóstico síndrômico, descritivo e, portanto, não causal.

Freud observou dois princípios do funcionamento mental: do prazer/desprazer e da realidade. Psicanaliticamente, teorias em Medicina que nascem da clínica são ligadas ao princípio da realidade⁽¹³⁾; as que nascem da mente de investigadores obedecem ao princípio do prazer. Nos casos acima, rivalidade e afastamento da experiência viva da clínica.

“A mente causa doenças do corpo”

Frente ao “o corpo causa doenças da mente” afirmado pelo realista ingênuo, surgiu a visão rival. Não muda a teoria do conhecimento subjacente às duas medicinas, somática ou psicossomática: raciocínio causal, busca o “porquê?”.

Existem “porquês?” fora da atividade das religiões? A Medicina se dedica ao “como”. “Como” produz teorias generalizantes que descrevem **funções e relações** – mas não causas. Busca de “porque” produz explicações, mas não descrições de fatos. A Medicina ultrapassou a fase do curandeirismo quando abandonou pretensões aos “porquês” (independentemente do que alguns médicos possam pensar individualmente).

A psicanálise mostra, a busca de porquês liga-se a intolerância frente a sensações de pequenez e desamparo. O corpo e a mente humanas não são racionais; são desconhecidos, em grande parte. A acurada descrição da falha genética originando a limitação imunológica que deixa com que uma infecção viral lese o corno anterior da medula espinal (descrição etiopatogênica) se manifesta por paralisia flácida de porções variáveis da musculatura estriada (sintomas). Chamamos isso de poliomielite – um nome que tem sua contraparte na realidade cientificamente demonstrada. Isso não nos diz o “porquê” de nada, mas descreve cientificamente vários “como”, subjacentes ao sintoma (paralisia). Considerar a falha genética como causa conduz a novo “porque”, irresponsável. Causalidade nos deixa como o viajante que confunde uma estação intermediária como se fosse seu destino final. Conhecer sem conotações causais propicia intervenção útil, como as extirpações cirúrgicas ou medidas sanitárias na Medicina preventiva.

A abordagem da Medicina psicossomática não ultrapassou a fase histórica dos “porquês”. Exemplifica a fase religiosa da pré-medicina. Todos os textos que con-

tam a história da Medicina psicossomática localizam sua origem nos primórdios da humanidade⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Em 10.000 AC, acreditava-se que a doença era causada por poderes espirituais e que devia ser combatida por meios espirituais. Os espíritos entrariam no ser total e seriam expulsos por meio de exorcismos, trepanações. Estamos apontando que ela favorecia o imaterial à custa do que é material.

O problema epistemológico nos parece ser esta clivagem, que resulta em defensores idênticos dos dois lados. Ela não pode resolver o problema que vê na Medicina física na medida em que a acusa de um engano que ela mesma faz, no inverso. Terá evoluído desde então?

Os adeptos dessa abordagem falam de seu “ressurgimento” no século 20, acusando a abordagem de Virchow, Helmholtz e Koch de tratarem de doenças e não de doentes. Afirmando ter adotado a Psicanálise como base, Franz Alexander partiu de uma construção teórica colada nas teorias de Freud sobre a histeria e teorizou sobre diferenças entre o psicossomático e o histórico conversivo⁽¹⁵⁾. O problema epistemológico é que Freud partiu da clínica e, com base nela, formulou uma teoria; Alexander partiu de uma teoria para construir outra, que pretende aplicar na clínica; como complicador, a teoria da qual ele partiu surgiu de um contexto diverso – da observação de fatos diversos dos que ele se endereça. Se Alexander tivesse partido da clínica, talvez geraria outra teoria, calcada em princípios gerais da obra de Freud, mas não em uma aplicação específica do próprio Freud. Descobrir difere de inventar, e em ciência se descobre. Isso o lança num campo diverso da “Psicanálise real”⁽¹⁶⁾. Como na Medicina, essa se constitui na prática clínica. Alexander aplica padrões prévios e constrói com jargão psicanalítico algumas coleções de explicações causais para sintomas encontrados na clínica. Fez escola; estes constructos dizem mais da inteligência racional do praticante do que de suas contrapartes na realidade. Talvez constituam “uma vasta paramnésia para ocupar o vazio de nossa ignorância”⁽¹⁷⁾. É raro encontrar estudos nos quais a clínica origina a teoria – e não vice-versa⁽¹⁸⁾.

“Depressão causa câncer”

O exame psicanalítico desta frase permite diagnosticar presença de Onipotência. Presume que pacientes e médicos poderiam evitar um fato da vida: a doença. O tratamento psicanalítico de pacientes com neoplasias e de médicos que esposam essas idéias (nem todos a esposam) demonstra algo profundo: a abominação da própria vida – o que inclui dor, sofrimento e doença. Além do ônus da doença, a pessoa passa a carregar o peso de acusações culpógenas sobre um passado meramente imaginado, pois o psicanalista

ou o médico não observaram esta pessoa durante sua vida inteira para afirmar ou rejeitar a hipótese de que depressão causa câncer. Inalterada, a episteme básica, causas e efeitos.

Vários estudos trataram desta idéia com a ajuda da estatística, que conferiria validade científica à afirmação. Mas correlacionar *ad hoc* dois fenômenos universais (depressão e câncer) pode ser tão válido como correlacionar ter depressão com ter nariz. Haverá associação estatística válida; mas a premissa de estudos estatísticos precisa nascer da clínica e não da mente do pesquisador. Este tipo de afirmação demanda estudos prospectivos para ultrapassar o nível de hipótese.

Estudos estatísticos, imunopatológicos e bioquímicos disponíveis, vistos como “comprovando” a idéia, apresentam um problema extra: diagnóstico. Que é uma teoria do conhecimento básica da Medicina: “conhecer” (gnose) “através de” (dia).

Diagnóstico médico

De que “câncer” falamos? A palavra “câncer” ainda mantém um significado para o leigo. Etiopatogenias tão diversas que caracterizam, por exemplo, um linfoma e um hepatosarcoma não justificam o uso dessa palavra em investigações.

Diagnóstico psiquiátrico

De que “depressão” falamos? Da forma endógena? Da situacional? Histerias com patoplastias depressivas são classificadas como depressão. P.C. tinha um tumor cerebral não invasivo. Durante 11 meses, foi diagnosticado e “tratado” como “deprimido”. Até um dia aprofundar o que era, na realidade, um coma neurológico de lenta instalação. O psiquiatra chamou um neurologista que diagnosticou a doença já ao adentrar na enfermaria, por observar um soluço típico. Cinco horas após a cirurgia, depois de 11 meses, P.C. estava falando com a família. Estudos de sofisticado desenho estatístico, contando com grupos controle, obtêm diagnósticos por meio de imprecisos inventários de sintomas – e não por convívio psiquiátrico ou psicanalítico.

Diagnóstico psicanalítico

Instintos e emoções têm origem e constituição biológica – filogenética. O psicanalista usa o termo “fantasia inconsciente” para designar equivalentes psíquicos dos instintos⁽¹⁹⁻²⁰⁾, integrando Realidade Material (“instintos”) e Psíquica (“equivalentes psíquicos”) como duas formas de uma mesma existência. Em contraste, a formulação verbal, “corpo” e “mente” divide aquilo que talvez não seja divisível. Nomes seriam apenas termô-

metros para medir nossa incapacidade de compreensão dos fatos reais e de comunicá-los?

“Estresse causa enfarte do miocárdio”

Estresse descreve liberação de catecolaminas na reação de alarme (ataque ou fuga) e as várias manifestações nos diferentes sistemas. No sistema circulatório manifesta-se por taquicardia e vasoconstrição coronariana⁽²¹⁾. Isso ultrapassaria os limites de um gatilho, agudo?

Usar o conceito de estresse além desse limite tem empobrecido a definição original, fato alertado pelo seu autor, Hans Selye. Ele enfatizou que o termo “*strain*” seria adequado para se referir a uma teoria sobre possíveis pressões exteriores causando doenças. Introduce um imponderável fator “culpogênico”, que apela para o que não ocorreu – a ausência do “*stress*”, entendido como causal. Cientificamente, jamais se pode se saber qual seria o desfecho, caso a pessoa “não tivesse se estressado”.

Quem já descobriu como “não se estressar”? Seria compatível com a manutenção da vida? Não se pergunta se a vida de um bosquímano, ao ter que fugir de uma repentina manada noturna de bisões que fugiam dos leões, ou a de um homem primitivo, frente a um urso que já ocupava aquela caverna quentinha, ou a de um aldeão da Idade Média aventurando-se para fora da muralha dos burgos, era mesmo menos estressante do que a nossa, na sociedade de hoje. Sociólogos precisaram de 300 anos para reavaliar crenças causais sobre relações entre pobreza material e criminalidade. Quanto tempo médicos e psicanalistas precisarão para reverem a banalização da teoria do “*stress*”?

De 20 anos para cá, a Medicina psicossomática juntou as tentativas de Alexander com o uso deste empobrecimento das teorias de Selye, falando de “reações psicológicas” às doenças físicas (que seriam a causa do estresse). As teorias de Alexander, em si, não sofreram nenhuma evolução em mais de 50 anos.

“Linguagem” do corpo?

Uma das idéias mais usadas na formulação das teorias psicossomáticas tem sido a de uma “linguagem do corpo”. Metáfora ou realidade? Considerada como realidade, a conseqüência é tentar enunciá-la verbalmente e decodificá-la. Em pacientes psiquiátricos e em hospital geral, em análise e na vida real, observa-se que “quando a mente não fala, o corpo fala”. Freud descreveu o fenômeno como sendo o *acting-out*, a incapacidade de interpolar o pensamento entre o impulso e a ação⁽²²⁾.

Fenômenos como sudoreses, taquicardias, diarréias, constipações intestinais, rubores, hiperpnéias, dores epigástricas, reumáticas e enfartes em alguns órgãos

nobres passaram a não ser considerados como *acting-out*, mas como simbologias que explicavam ou eram explicadas por eventos emocionais. Por exemplo: “os pacientes que apresentam úlceras gástricas têm, em seu estômago, a mãe que come sua mucosa; mulheres temerosas de terem bebês, por acharem que bebês são fezes, apresentam constipação intestinal”⁽¹⁵⁾. Além das falhas diagnósticas antes referidas, ignoram achados como o *Helicobacter* e a bomba de prótons.

Uma sudorese excessiva, em si, não diz nada. Seria prudente examinar se está muito calor no ambiente, ou se algum fator hereditário ou constitucional se liga a ela. Evitaria concluir de imediato que a sudorese seja expressiva de algo da vida emocional. Pode ser falta de contato com ela. Mamíferos desprovidos de vida emocional têm vida sensorial e podem ter reação de estresse. Como investigar emoções e afetos nesse caso é talvez impossível, pois se encontram clivados da consciência de modo tão profundo, o corpo “falou”.

A Psicanálise descreve profundas divisões na área do pensar e da personalidade, que empobrecem e até impedem a percepção de fatos reais, internos ou externos – a clivagem⁽²³⁻²⁵⁾. Ela caracteriza os pacientes que a Medicina psicossomática cuida. A manifestação dita “somática” os separa de seu contato com seu mundo emocional. Essas teorias psicossomáticas confundem **concretização da emoção com sentimentos e sensações**. Uma discriminação mais fina entre sentimentos, sensações, emoções, afetos e experiências emocionais e seus descaminhos ainda está por ser feita – fato que parece essencial para a Medicina psicossomática. Existe algo já disponível na Psicanálise, mas ainda embrionário, como a teoria da “função alfa”, que descreve a transformação de estímulos aprendidos pelo sistema sensorial em elementos úteis para pensar, sonhar e memorizar⁽²⁶⁾.

Pode ser verdade que, se a mente não fala, o corpo o faz. Mas o que ele diz? A inteligibilidade e a decodificação de uma propalada “linguagem corporal” traz uma contradição. A Medicina psicossomática atualmente disponível nos diz que a perda da capacidade de simbolização leva o corpo “a falar”. A clínica psicanalítica mostra que a perda da capacidade simbólica acarreta limitações ou mesmo impedimento da fala, da capacidade verbal.

Em linguagem coloquial, digamos que, se a mente não fala, o corpo o faz, mas só diz bobagens. De modo mais preciso, o corpo não poderia, nessa situação, falar propriamente. Talvez possa grunhir ou roncar, ou ter expressões pré-verbais, mas não simbólicas⁽²⁷⁾. Pois se a Medicina psicossomática nos diz que a pessoa não simboliza, então a fala corporal não qualifica a isto como “fala”. O próprio investigador estaria tomando o termo “fala” concretamente? A experiência com psicóticos ou com alguém em crise de doença ou mal-funcionamento corpóreo nos mostra que, muitas vezes, a questão não

está em interpretar símbolos, mas perceber que a assim-bolia e o modo de expressão constituem funções de descarga, obstrução e *acting-out*. Estabelecer essas funções, em análise individual e de grupo, é factível e pode ser mais relevante do que exercícios imaginativos de descoberta de atributos simbólicos de algo que já se afirmou ser não simbólico. Uma pessoa em análise evacuou no divã; outra correu para o banheiro. Isso não é necessariamente símbolo de nada, nem sintoma de nada, nem causa de nada. Como observou Freud ao ver seus colegas discutindo intrincadas teorias, existem ocasiões em que um charuto é apenas um charuto. Bion recomendou que cessassem “investigações em Psicanálise” e que, em seu lugar, se “investigasse a psique que a Psicanálise revela”⁽²⁸⁾. Como na Medicina, a Psicanálise descreve funções naturais e suas disfunções; não as explica.

Excetuando questões neurológicas, a perda da capacidade verbal é, na maior parte das vezes, um sintoma de distanciamento da pessoa de si mesma. Além da clivagem, ocorre negação, identificação projetiva e evasão. Foge a nosso escopo a explicação desses termos; ela pode ser encontrada nas obras indicadas na bibliografia^(13,19,23-26,29). Interessa-nos que esses mecanismos impedem que se recupere a simbolização perdida por algo tão precário quanto o que chamamos de corpo. Se o assim chamado “corpo” pudesse ser um instrumento útil de auto e heterocomunicação, a humanidade teria sido dispensada de desenvolver aquilo que chamamos de mente e de pensamento verbal. Um cachorro doente se isola em um canto; por que um ser humano não o faria? E se o faz, por que dizer que ele está deprimido?

Essas considerações, ao questionar os conceitos hoje usados, são para indicar a complexidade do assunto e das limitações dos encaminhamentos atuais. Talvez demande ser investigado com ferramentas mais precisas.

A.R., 45 anos, o primeiro paciente portador de retocolite ulcerativa que tratei, em 1972, surpreendeu-me ao apresentar, psicanaliticamente, núcleos psicóticos de maior profundidade do que de muitos dos pacientes devidamente certificados como tais que eu tratara no hospital psiquiátrico. A experiência tem me mostrado o quão psicótico é o fenômeno das concretudes e senso-concretizações que caracterizam o paciente psicossomático – pois núcleos psicóticos são universais. O problema é como cada pessoa ataca sua percepção deles.

Freud observou a universalidade da neurose⁽²⁵⁾; novos avanços propiciados pela observação clínica mostraram também a universalidade da psicose. Sabe-se hoje que núcleos psicóticos co-existem com os núcleos neuróticos, mas ficam encobertos na vida social⁽²⁹⁻³⁰⁾. Isto não quer dizer que “todo mundo é louco”, mas que o critério de loucura e de normalidade precisa ser revisito. Comportamentos vistos como “normais” escondem temporariamente a psicose do cotidiano, e comportamentos “psicóticos” podem esconder lucidez.

Os psicóticos são pessoas cujos traços psicológicos mais primitivos estão aflorados. Há uma variação em grau, de pessoa para pessoa, desses traços, mas a qualidade psicótica persiste. Passam por normais quando têm inteligência suficiente para encontrar um *locus* em agrupamentos sociais tolerantes ou estimulantes da psicose. Por exemplo, em tempos de guerra, os países precisam de pessoas que, em tempos de paz, seriam vistas como delinquentes. É idêntico ao que ocorre com a Medicina geral: clinicamente, é bastante factível definir o que é um doente. Mas saúde e doença parecem difícil de definir: se aceita comumente que saúde seria ausência de doença. Há uma circularidade do conceito que não diz nada de nenhum dos dois estados. A questão do grau aparece também se o ambiente é complacente: um cardíaco com vida sedentária não tem sintomas importantes durante algum tempo.

R.A., 25 anos, mantinha contraturas tão violentas de seu esfíncter anal que a quase tudo que comunicava eram gases, eructações e esofagite de refluxo. As próprias palavras, frases e relatos tinham esta função. O analista não teve dúvida de que essas manifestações demandavam intervenção de um gastroenterologista. O aprofundamento da análise revelou que, algumas vezes, essas contraturas eram manifestações de medo e um modo desajeitado (defendido) de tentar evitar entrar em contato com o medo. O analista ajudou esse paciente a ampliar sua área de contato com seu medo e criar alternativas a ele. Acoplando a análise ao trabalho de um médico, produziram-se uma mitigação duradoura e, depois, a extinção dos sintomas. A análise não vai impedir que a flatulência se instale, na medida em que ela é geneticamente condicionada e, muito menos, pode dar conta das conseqüências já instaladas, embora elas possam se mitigar, em algum grau, durante as sessões de análise. Lidar exclusivamente com a sintomatologia gastroenterológica pode produzir indicações extremas, ainda hoje, como uma gastrectomia ou indicações ambivalentes: “o senhor não tem nada: vá procurar o psiquiatra X”. Mas se não tem nada, por que procurar um profissional?

Intuir a respeito de si mesmo ocorreu com R.K.M., que fizera oito anos de análise e voltara a ela depois de dez anos. Portadora de raro sarcoma, talvez originário do útero, caído na cavidade abdominal e descoberto durante o ato cirúrgico, ela sabia que algo não ia bem em si. Viveu o suficiente para preparar sua morte, organizando pendências materiais e enfrentando pendências emocionais com seus três filhos.

Explicações em termos de “instintos de morte e câncer” seriam superficiais, mecanicistas e empobrecedoras para com as teorias de Freud e Klein; irrealísticas, no sentido da vida como ela é; desrespeitosas com a inteligência e o realismo corajoso dessa pessoa, uma se-

nhora com mais ímpeto do que mil homens. As funções de uma forma de vida, inseparável das formas de morte, nos trazem aos modos de “ficar doente”. Muito do que chamamos de “vida” pode não passar de crise maníaca; muito do que chamamos de “morte” pode ser lucidez.

Durante uma sessão, seis meses antes de falecer, havia uma angústia incontável. Pareceu-me realística e que psicanalista nenhum poderia lidar. Psicanalistas lidam com angústias irrealísticas. Ela precisava falar com a cirurgiã que já a havia operado duas vezes, mas a secretária a impedia. Na hora mesma da sessão, na hora H da angústia que me parecia realística, me dispus a telefonar para a médica, que sequer sabia que a paciente a procurava sem êxito. Disse-lhe, “a secretária não vai se recusar a chamá-la para falar com um colega, quer que eu a procure agora?”. A colega atendeu-me e ouviu minha opinião, marcou a consulta no ato. A paciente saiu da sessão e rumou imediatamente para seu consultório. A médica fez uma espécie de “psicoterapia direta” baseada em algo cruamente real, que nenhum analista jamais poderá sonhar em fazer. A cirurgiã não fez usucapião da paciente, loteando o soma e delegando a psique ao analista: foi psicossomática. O analista não fez usucapião da paciente, loteando a psique e delegando o soma à cirurgiã: foi somatopsicótico.

DISCUSSÃO

A falta de consciência epistemológica cria (i) generalizações indevidas; (ii) conclusões precipitadas e crenças descartáveis em métodos terapêuticos, que o tempo prova estarem dentro de um espectro que vai do inócuo ao danoso.

A rapidez de criação de teorias na Medicina psicossomática talvez só seja comparável à velocidade de seu esquecimento. Uma plethora de promessas de cura substituindo a Medicina e a Psicanálise criaram expectativas terapêuticas não cumpridas. Vestidas de linguagem quase-psicanalítica, baseadas em supersimplificações imaginárias, criaram explicações teóricas *ad hoc*. Que serviriam, no máximo, de hipóteses a serem testadas empiricamente, mas instantaneamente se tornaram, “*a priori*”, dogmáticos. Formam discussões endogâmicas entre profissionais, *peer groups*, sem se acompanhar de resultados práticos nem evidência científica (contrapartes empíricas na realidade), que permitiriam às explicações psicossomáticas ultrapassar os limites da conjectura. O corpo teórico assim obtido é indistinguível de crenças religiosas ou “manipulações engenhosa de símbolos”⁽²⁸⁾. O quanto boa parte destas teorias lançaram a Psicanálise no descrédito e irrelevância, no meio leigo, médico e científico?

A necessidade de equipes transdisciplinares, na teoria e na prática, onde médicos e psicanalistas parecem

diminuir o fosso criado entre eles, cuja persistência é danosa aos pacientes. Esse fosso não foi intencional, mas tem sido mantido ativo por fatores históricos e emocionais (individuais). Pode-se isolar, nos primeiros, a clivagem do pensar ocidental, e a hiperespecialização decorrente de avanços setoriais à custa da visão do todo.

Fatores emocionais profundos se ligam à escolha das duas carreiras, Medicina e Psicanálise, de natureza onipotente (vencer a morte, compreender o cérebro), que nutrem rivalidades e idéias de superioridade – origens de desprezo mútuo. O analista não é obrigatoriamente melhor do que o médico em tudo que se refere ao mundo emocional; nem o médico não é obrigatoriamente o profissional único para ajudar aquela pessoa. Ambos teriam a ganhar, tendo maior noção do trabalho do outro. A formação médica, ao concentrar, de modo único, experiências fundamentais da vida e morte, provê uma oportunidade para isso. A inserção de psicólogos em hospitais gerais parece ser promissora em suprir uma falha em sua formação; é cedo para dizer se vão repetir a história da Medicina psicossomática, de uma chance perdida.

Talvez muitos médicos e psicanalistas reais já praticassem o que a Medicina psicossomática advogava, tornando desnecessário o clamor rival. Talvez tivesse sido útil como recomendação de ética médica, mas não como um novo campo. O fato de não sê-lo é ressaltado por tomar de empréstimo um arcabouço teórico de outro campo, obtido em condições de observação particulares (a Psicanálise).

CONCLUSÕES

Que prática merecedora do nome de “Medicina” poderia dispensar ser menos do que “psicossomática”? E que prática de Psicanálise poderia ser menos do que “somatopsicótica”? “O que Deus uniu, o homem não separa” pode ser usado como metáfora. Mas, sempre junto de “o que o homem separou, Deus não une”.

REFERÊNCIAS

- Pascal B. Pensée 145. In: The Great Books of the Western World. Chicago: Encyclopaedia Britannica; 1994. [Versão inglesa, por W.F. Trotter].
- Sandler PC. Psicanálise e ciência: amigas, parentes ou estranhas? *Alter*. 2001;20(1):115.
- Sandler PC. Hegel e Klein: a tolerância de paradoxos. Rio de Janeiro: Imago; 2003.
- Sandler PC. A apreensão da realidade psíquica: um estudo transdisciplinar. Rio de Janeiro: Imago; 1997. v. 1
- Kant I. Crítica da razão pura. Traduzido por Rohden V, Balducci U. São Paulo: Abril Cultural; 1980. Os Pensadores.
- Sandler PC. Le projet scientifique de Freud un siècle plus tard? *Rev Fr Psychanal*. 2001; Numero Hors Serie.
- Popper KR. A lógica da pesquisa científica. Traduzido por Hegenberg L Mota OS. São Paulo: Cultrix; 1974.
- Freud S. The interpretation of dreams. In: Strachey J. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: The Hogarth Press; 1958. v. 6. p. 620.
- Einstein, A. Relativity: the Special and the General Theory (1916-1952). In: The Great Books of the Western World. Chicago: Encyclopaedia Britannica; 1994
- Sandler PC. Epistemologia: um resumo crítico sob a ótica de um psicanalista, para uso de psicanalistas. *Rev Soc Bras Psicanal*. 2003;5(1):187-221.
- Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago; 1962.
- Hunink MGM. Does evidence based-medicine do more good than harm? *Br Med J*. 2004;329(7473):1051.
- Freud S. Formulations on the two principles of mental functioning. The interpretation of dreams. In: Strachey J. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: The Hogarth Press; 1958. v. 6. p. 226-8.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb J. Compêndio de psiquiatria. 7a ed. Traduzido por Baptista D. Porto Alegre: Artmed; 1997.
- Alexander F. Psychosomatic medicine: its principles and applications. New York: WW Norton; 1957.
- Bion WR. Uma memória do futuro. Traduzido por Sandler PC. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. 2.
- Bion WR. Evidência. *Rev Bras Psicanal*. 1985;19(1):129-41.
- Sandler J. Contribuições para uma psicoterapia de grupo com coronariopatas. *Rev Bras Psicanal*. 1976;10(4):445-6.
- Freud S. Notes upon a case of obsessional neurosis. In: Strachey J. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: The Hogarth Press; 1964.
- Isaacs S. The nature and function of phantasy. In: Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J, editors. Developments in psycho-analysis. London: The Hogarth Press; 1952. p. 67-121.
- Selye H. Textbook of endocrinology. Montreal: Franks WT; 1947.
- Fenichel O. Neurotic acting-out. In: Fenichel H, Rapaport D. The collected papers of Otto Fenichel. New York: WW Norton; 1954. p. 296-305.
- Freud S. Splitting of the ego in the process of defense. In: Strachey J. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: The Hogarth Press; 1964. v. 23, p. 273-282.
- Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. In: Klein M, Heimann P, Isaacs I, Riviere J, editors. Developments in psycho-analysis. London: The Hogarth Press; 1952. p. 292-320.
- Freud S. Neurosis and psychosis. In: Strachey J. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: The Hogarth Press; 1964. p. 149-56.
- Bion WR. Learning from experience. London: Heinemann Medical Books; 1962.
- Klein M. The Importance of symbol-formation in the development of the ego. In: Klein M. Contributions to psycho-analysis. London: The Hogarth Press; 1950. p. 236-50.
- Bion WR. Uma memória do futuro. Traduzido por Sandler PC. São Paulo: Martins Fontes; 1989.
- Bion WR. Experiencias en grupos. Traduzido por Nerbia A. Buenos Aires: Paidós; 1963.
- Bion WR. Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. In: Bion WR. Second thoughts. London: Heinemann Medical Books; 1967. p. 43-64.