

Psicossomático ou Somatopsicótico? Análise crítica da medicina psicossomática

*Paulo Cesar Sandler**

Resumo: Este estudo propõe o exame, ilustrado com casos clínicos, das bases científicas da assim chamada “medicina psicossomática”; bases essas subjacentes aos conceitos e às afirmações em medicina, como em qualquer ciência. As afirmações examinadas são: (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. Utilizam-se teorias do conhecimento derivadas (i) do Iluminismo, (ii) do Positivismo e (iii) da ciência moderna, apresentadas aqui de modo breve. Há indicações de uma divisão artificial entre corpo e mente, provocando investigações, pendendo ora para um lado, ora para outro – sem se perguntar se esses “lados” existem em realidade. Tal divisão reflete-se no aparecimento da “medicina psicossomática” e nos persistentes problemas criados no e por esse campo. 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 tange aos pacientes vistos como “psicossomáticos”.

Palavras-chave: Medicina Psicossomática. Medicina. Psicanálise. Teoria.

“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.”

* Mestre em Medicina (Universidade de São Paulo); Psiquiatra (Associação Médica Brasileira); Analista Didata (Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo); Membro honorário da Força Aérea Brasileira; Sócio Honorário da Accademia Lancisiana de Medicina (Roma); ex-diretor do Programa de Saúde Mental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), BRASIL.

(‘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’,
Pascal)¹

Introdução

Epistemologia, a **teoria do conhecimento**, cuida dos **métodos para se conseguir conhecimento**. No século vinte, incorporou a filosofia da ciência. Não é comum, na literatura médica, a atenção às bases epistemológicas da medicina como parte integrante da pesquisa e da prática. Talvez porque façamos epistemologia *in situ*, seguindo padrões, como os testes de significância e as provas terapêuticas; dificilmente se questiona a base ou se conscientiza do que, de modo subjacente, orienta a pesquisa. A psicanálise é uma das poucas especialidades médicas que demanda, pela sua natureza perene, reflexão autocrítica. Configura-se, por exemplo, pela análise pessoal do analista, que tenta minimizar o fator pessoal da personalidade do investigador.

Este estudo propõe, portanto, reconhecermos a *rationale* subjacente à teoria e à pesquisa médicas, com a ajuda do método epistemológico e do método psicanalítico. Justificam a análise os descaminhos que estimulam o descrédito à medicina e, de modo especial, à mútua colaboração de medicina e psicanálise. Nosso foco estará naquilo que nos parece mais problemático: o campo da assim chamada “medicina psicossomática”. Não analisamos os estudos de medicina psicossomática de uma perspectiva interna (críticas metodológicas, por exemplo), mas detectando sua orientação epistemológica.

Reais avanços na ciência são obtidos por pesquisadores que partem (i) de observações ou problemas clínicos e (ii) de estudos prospectivos. A interpretação dos dados obtidos demanda intuição treinada por experiência

¹ Pascal B. Pensée 145. In: ADLER, M., FADIMAN, C., GOETZ, P. (Eds) **The Great Books of the Western World**. Chicago: Encyclopaedia Britannica; 1994. [Versão inglesa, por W.F. Trotter.]

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, confrontado com um paciente sofrendo de litíase renal, resolve solicitar uma tomografia, que indica um tumor em estágio inicial. A cirurgia mostra 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 de obter conhecimento. Uma artéria coronária pode preparar a desagradável surpresa de se mostrar intramural na hora da cirurgia, por exemplo. As respostas a remédios conhecidos muitas vezes são desconhecidas. Frases como “nunca se sabe o que se vai achar quando se abre uma barriga” expressam a atitude de investigação do desconhecido.

Mesmo assim, talvez possa ser útil um modo mais **explícito, consciente** de usar as teorias do conhecimento. Evitariam, por exemplo, certezas sobre causas desprovidas de evidência.

O método científico estabelecido por Francis Bacon propõe que se criem hipóteses **a partir da observação empírica de fatos**. Essas hipóteses são, então investigadas, para se verificar seu valor-verdade. A partir daí se fazem teorias generalizadoras. O investigador e seus métodos interferem no fato observado; a personalidade do investigador, no entanto, é irrelevante para o fato observado. Na falsa ciência, cria-se um conceito baseado na inteligência ou autoridade do investigador; sua personalidade, nesse caso, é o aspecto preponderante (SANDLER, 1997, 2001a, 2003a).

Métodos

Usaremos métodos epistemológicos adaptados à disciplina médica, que é prática, ou seja, abordaremos o exame de conceitos complementado

por histórias de casos e exemplos de atos médicos nas áreas de diagnóstico e terapêutica.

Clivagens no saber

Frente ao crescimento do conhecimento médico, foi inevitável uma especialização do conhecer. Assim como os sábios da Antiguidade e Renascença eram médicos, matemáticos, filósofos, ao mesmo tempo, e depois surgiram as disciplinas, como 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-se áreas estanques que perderam a noção do todo e têm dificuldades de colaboração mútua.

Matéria e Mente

Uma clivagem de conseqüências ainda não resolvidas foi aquela entre “Mente” e “Matéria” (SANDLER, 1997). Nas investigações médicas, dividiu-se artificialmente em médicos “do corpo” e “do espírito”. Foi reflexo, na medicina, de uma cisão no pensar da civilização ocidental desde Aristóteles e exacerbada por Descartes. Essa clivagem criou dois tipos de investigadores.

Um deles pensa ser capaz de apreender a realidade, restringindo-a à senso-percepção, aos espectros abrangidos pelo Sistema Sensorial: visão, ou seja, captação de ondas que vão do vermelho ao violeta; audição, dos 8 aos 16.000 decibéis; e ao paladar, tato, olfato, proprioceptivos. Essa restrição leva a conclusões concretizadas, se alcançar o que chamamos de “mente”. Um paramecônio ou um inseto têm sistemas sensoriais, mas não têm uma mente. Kant denominou esse tipo de investigador de “realista ingênuo” (KANT, 1980). Sua versão mais aperfeiçoada foi a do Positivismo, que se orienta pela crença em racionalidades que isolam causas, efeitos, estabelecendo a previsibilidade dos fenômenos. Crê, ainda, que o observador e seus métodos não interferem no objeto observado nem nas conclusões. A doutrina positivista, que acabou se tornando uma religião, conseguiu prover

certos avanços na área do conhecimento, no macro-universo dos grandes corpos, que pode ser estudado tridimensionalmente.

Propus denominar o segundo tipo de “idealista ingênuo” (SANDLER, 2001b). Este 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. Criou o campo das falsas ciências, vistas por Popper (1974) como mitologias. Infiltrou-se nas ciências humanas ao ponto de questionar se elas são ciências mesmo.

As primeiras soluções para essa divisão entre mente e matéria surgiram quando ela foi percebida como 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, no estudo do comportamento humano consciente, ao indicar duas formas de **uma mesma existência**, que chamamos “mente”. São elas: “Realidade Material” e “Realidade Psíquica” (FREUD, 1911).

Aquilo que chamamos “Realidade” se apresenta de modo material, em boa parte consciente, e imaterial, em boa parte inconsciente. Muitas das manifestações da mente são desconhecidas (inconscientes) para o próprio indivíduo; não são 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, novamen-

te 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) à teoria ondulatória (imaterial) da propagação da luz (EINSTEIN, 1994). 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. 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 e nunca entra na casa (SANDLER, 2003b).

Medicina Psicossomática

Na década de trinta, tentou-se uma corajosa abordagem totalizante que não faria essa divisão: a medicina psicossomática. Duas características restringiram seu escopo: (i) a **rivalidade**: surgiu como prática rival e superior, a apontar os erros de outros campos: solucionaria problemas tanto da medicina como da psicanálise – respectivamente, fisicalismos desumanizadores da primeira, distanciamentos da realidade biológica da segunda; (ii) a **crônica de costumes**: tomou a parte pelo todo: viu 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 em que foi criada para dotar-lhe de arcabouço teórico. Não criou nem descreveu um esquema de referência próprio. Pretendeu

conferir respeitabilidade científica, entendida como a fornecida pela doutrina positivista do século XIX, à psicanálise.

Resultados

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

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 a 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 (KUHN, 1962; SANDLER, 2003). Não tem resistido, no entanto, a análises feitas com seu próprio método (HUNINK, 2004).

Supervalorização de exames subsidiários. Achados de ultra-som do coração nas décadas de oitenta e noventa, irrelevantes clinicamente, estimularam implantações de próteses oro-valvulares cujo efeito mais marcante foi ser iatrogênico. A teoria do conhecimento que embasou essa atitude foi o Positivismo: a crença em causas (“sopro”) e efeitos (cardiopatia).

A valorização da intuição medicamente treinada pela experiência pode ser vista na prática semiológica desarmada; por exemplo, o sinal de Lemos-Torres – o abaulamento dos espaços intercostais. Acoplado à história pregressa da doença e ao estado clínico da pessoa, pode indicar a presença de primórdios de estado mórbido, de derrame pleural. Um exame subsidiário pode apenas ajudar a precisar o diagnóstico e a terapêutica, mas não resolvê-la. Muitas vezes chamado de “olho clínico” ou “faro”, esse recurso tem base nas teorias do conhecimento do Iluminismo: evidências empíricas obtidas por experiência com história de casos (SANDLER, 1997, 2001b). Nestas, surgiu o diagnóstico sindrômico, descritivo; portanto, não causal.

Freud observou dois princípios do funcionamento mental: o do prazer/desprazer e o da realidade. Psicanaliticamente, teorias em medicina que

nascem da clínica são ligadas ao princípio da realidade (FREUD, 1899); as que nascem da mente de investigadores obedecem ao princípio do prazer – nos casos acima, rivalidade e afastamento da experiência viva da clínica.

De “*a mente causa doenças do corpo*” frente a “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” se produzem as teorias generalizantes que descrevem **Funções e Relações**, mas não causas. A busca do “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 que a busca dos porquês liga-se à intolerância frente a sensações de pequenez e desamparo. O corpo e a mente humanos não são racionais, mas sim desconhecidos em grande parte. A acurada **descrição** da falha genética, que origina limitação imunológica e deixa que uma infecção viral lese o corno anterior da medula espinal, é uma descrição etiopatogênica de uma doença que 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, entretanto, o “porquê” de nada, mas descreve cientificamente várias possibilidades de “como”, subjacentes ao sintoma (paralisia). Considerar a falha genética uma causa conduz a novo porquê, irrespondível. A causalidade nos deixa como o viajante que confunde uma estação intermediária com seu destino. Conhecer sem conotações causais propicia intervenção útil, como as extirpações cirúrgicas ou as 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 contam a história da medicina psicossomática localizam sua origem nos primórdios da humanidade (ALEXANDER, 1957; KAPLAN,

1997). Em 10.000 a.C., acreditava-se que a doença era causada por poderes espirituais e que deveria ser combatida por meios espirituais. Os espíritos entrariam no ser total e seriam expulsos por intermédio de exorcismos, trepanações, favorecendo o imaterial às custas do material. O problema epistemológico nos parece ser essa 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, ao inverso. Terá evoluído desde então?

Os adeptos dessa abordagem falam de seu “ressurgimento” no século XX, acusando a abordagem de Virchow, Helmholtz, Koch de tratar de doenças, e não de doentes. Afirmando ter adotado a psicanálise como base, Franz Alexander partiu de uma construção teórica colada às teorias de Freud sobre a histeria, e teorizou sobre diferenças entre o psicossomático e o histérico conversivo (ALEXANDER, 1957). O problema epistemológico é que Freud partiu da clínica e, com base nela, formulou uma teoria; Alexander, por sua vez, parte de uma teoria para construir outra teoria, que pretende aplicar na clínica. Como complicador, a teoria da qual parte surgiu de um contexto diverso, da observação de fatos diversos dos a 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; em ciência, se descobre. Isso lança Alexander num campo diverso do da “psicanálise real” (BION, 1996). Como na medicina, esta 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” (BION, 1985). É raro encontrar estudos em que a clínica origina a teoria, e não vice-versa (SANDLER, 1976).

“Depressão causa câncer.”

O exame psicanalítico dessa frase permite diagnosticar a presença da 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 demonstra algo profundo: a abominação da própria vida, 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 – o psicanalista ou o médico não observaram essa pessoa durante toda a sua vida para afirmar ou rejeitar a hipótese de que depressão causa câncer. Inalterada a *episteme* básica: causas e efeitos.

Vários estudos trataram dessa 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. Esse 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: o 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 bastante elástico para o leigo. Etiopatogenias tão diversas que caracterizam, por exemplo, um linfoma e um hepatossarcoma, não justificam o uso dessa categoria em investigações.

Diagnóstico psiquiátrico: de que “depressão” falamos? Da forma endógena? Da situacional? Histerias com topoplastias depressivas são classificadas como depressão. Vejamos: *P.C. tinha um tumor cerebelar 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 diagnosti-*

cou 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** (FREUD, 1911. ISAACS, 1952), 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 termômetros para medir nossa incapacidade de compreensão dos fatos reais e de comunicá-los?

“Estresse causa enfarte do miocárdio.”

O estresse descreve a 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 (SELYE, 1947). Isso ultrapassaria os limites de um gatilho, agudo? Usar o conceito de estresse além desse limite tem empobrecido a definição original – fato alertado por seu autor, Hans Selye. Ele enfatizou que o termo “strain” seria adequado para se referir a uma teoria sobre possíveis pressões exteriores causadoras de doenças. Introduz um imponderável fator “culpogênico” que apela para o que **não ocorreu**: a ausência do estresse, entendido como causal. Cientificamente, jamais se pode 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 em fuga dos leões, ou a de um homem primitivo, frente a um urso que já ocupava aquela caverna

quentinha, ou, ainda, a de um aldeão da idade média, ao aventurar-se para fora da muralha dos burgos, eram mesmo menos estressantes do que a nossa, na sociedade de hoje. Sociólogos precisaram de trezentos anos para reavaliar crenças causais sobre relações entre pobreza material e criminalidade. Quanto tempo médicos e psicanalistas precisarão para rever a banalização da “teoria do *stress*”?

A medicina psicossomática, de vinte anos para cá, juntou as tentativas de Alexander com o uso desse 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 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 “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** (FENICHEL, 1954).

Fenômenos como sudoreses, taquicardias, diarréias, constipações intestinais, rubores, hiperpnéias, dores epigástricas, reumáticas, 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 uma mãe que come sua mucosa; mulheres temerosas de terem bebês, por acharem que bebês são fezes, apresentam constipação intestinal* (ALEXANDER, 1957). 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 há algum fator hereditário ou

constitucional ligado 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. Investigar emoções e afetos, nesse caso, talvez seja impossível; encontram-se clivados da consciência de modo tão profundo, por isto 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 (FREUD, 1909, 1924; KLEIN, 1952). Ela caracteriza os pacientes dos quais a medicina psicossomática cuida; a manifestação dita “somática” os separa do contato com o 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, e me parece essencial para uma 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 (BION, 1962).

Pode ser verdade que, se a mente não fala, o corpo fala. Mas o que ele fala? A inteligibilidade e 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 fala, mas só fala bobagens. De modo mais preciso, o corpo não poderia, nessa situação, propriamente falar. Talvez possa grunhir ou roncar, ou ter expressões pré-verbais, não-simbólicas (KLEIN, 1950). Pois se a medicina psicossomática nos diz que a pessoa não simboliza, então a fala corporal não qualifica isso 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 em perceber que a assimbolia e o modo de expressão constituem **funções** de descarga, obstrução, *acting-out*.

Estabelecer tais 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 as “investigações em psicanálise”, e que em seu lugar se “investigasse a psique que a psicanálise revela” (BION, 1989). Como na medicina, a psicanálise descreve funções naturais e suas disfunções; não as explica.

A perda da capacidade verbal – excetuando-se questões neurológicas – 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 – pode ser encontrada nas obras indicadas na bibliografia (BION, 1962, 1963; FREUD, 1899, 1909, 1911, 1924; KLEIN, 1952). Interessa-nos o fato de 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 o 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 essa complexidade demande investigação com ferramentas mais precisas.

A.R., 45 anos, o primeiro paciente portador de reto-colite ulcerativa de que tratei, em 1972, surpreendeu-me ao apresentar, psicanaliticamente, núcleos psicóticos de maior profundidade do que os de muitos dos pacientes devidamente certificados como tais, de 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, uma vez que núcleos psicóticos são universais. O problema é como cada pessoa ataca sua percepção deles.

Freud (1909) observou a universalidade da neurose; 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 (BION, 1963, 1967). Isso não quer dizer que “todo mundo é louco”, mas que o critério de loucura e normalidade precisa ser revisto. 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: aceita-se, comumente, que saúde seria a 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 quase tudo o que comunicava eram gases, eructações, esofagite de refluxo. As próprias palavras, frases, relatos, tinham essa 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, de um modo desajeitado (defendido), de tentar evitar entrar em contato com medo. O analista ajudou essa pessoa a ampliar sua área de contato com seu medo e a criar alternativas a ele. Acoplando a análise ao trabalho de um médico, produziu-se uma mitigação duradoura e depois a extinção dos sintomas. A análise não vai impedir que a flatulência se instale, à medida 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 gastro-enterológica 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, para que procurar um profissional?

Intuir a respeito de si mesmo ocorreu com R.K.M, que fizera 8 anos de análise e voltara a ela depois de 10 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 com o realismo corajoso dessa pessoa, uma senhora com mais ímpeto do que mil homens. A função 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 incontrolável. Pareceu-me realística e que psicanalista algum poderia lidar. Psicanalistas lidam com angústias irrealísticas. Ela precisava falar

com a cirurgiã que já a havia operado duas vezes, mas a secretária a impediu. 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 crua-mente 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.

Conclusões

1) 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.

2) 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, criara expectativas terapêuticas não cumpridas. Vestida de linguagem quase-psicanalítica, baseada em supersimplificações imaginárias, criara 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 ou de 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 de “manipulações engenhosas de símbolos” (BION, 1989). O quanto boa parte dessas teorias lançaram a

psicanálise ao descrédito e à irrelevância no meio leigo, médico e científico?

3) A necessidade de equipes transdisciplinares na teoria e na prática, que parecem diminuir o fosso criado entre médicos e psicanalistas, 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), ao ponto de nutrirem 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; tampouco 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 de 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.

4) Talvez muitos médicos e psicanalistas reais já praticassem o que a medicina psicossomática advogava – tornando desnecessário o clamor rival; talvez teria 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.

5) Que prática merecedora do nome de “medicina” poderia dispensar ser menos do que “psicossomática”? E que prática da 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”.

Psychosomatic or Somaticpsychotic? Critical analysis of the psychosomatic medicine

Abstract: The study scrutinizes the scientific foundations of the so-called “psychosomatic medicine” which underlie medical concepts and statements – as it happens in any science. It is illustrated with clinical cases. The following statements are put under a kind of epistemological testing: (i) the mind causes bodily diseases, (ii) depression causes cancer, (iii) stress causes myocardial infarction and other diseases; (iv) body language. In order to study the statements and propositions the author uses: (i) theories of knowledge drawn from Enlightenment (ii) positivistic theories, (iii) modern science. The study presents briefly all those theories of knowledge. There is an evidence of an spurious splitting between body and mind, which result in one-sided investigations – without asking if those sides do exist in reality. This splitting manifests itself in the inception of the ‘psychosomatic medicine’ and in persistent problems created by, and in this field. The results of the epistemology and psychoanalytic ‘testing’ allow for a critical analysis of the psychosomatic model, which seems not to be successful in its brave holistic approach, needing alternatives. There are some recommendations about the medical posture concerning the ‘psychosomatic patient’.

Keywords: Psychosomatic Medicine. Medicine. Psychoanalysis. Theory.

Psicosomático o Somatopsíquico? Análisis crítico de la medicina psicosomática

Resumen: El trabajo propone el examen, ilustrado con casos clínicos, de las bases científicas de la llamada “medicina psicosomática”; bases que subyacen los conceptos y las afirmaciones en medicina, como en cualquier ciencia. Las afirmaciones examinadas son: (I) la mente causa enfermedades en el cuerpo (II) la depresión causa el cáncer (III) stress causa infarto del miocardio y otras afecciones y (IV) el lenguaje del cuerpo. Se utilizan teorías del conocimiento derivadas del iluminismo, del positivismo y de la ciencia moderna, brevemente presentadas acá. Hay indicaciones de una división artificial entre cuerpo e mente, estimulando investigaciones, pendiendo para un lado o para otro, sin preguntarse si esos “lados” existen en realidad. Tal división se refleja en la aparición de la “medicina psicosomática” y en los persistentes problemas, creados o no por ese campo. Los resultados del “test” epistemológico y psicoanalítico permiten un análisis crítico del modelo psicosomático, al parecer no muy exitoso en su valiente abordaje holístico, lo que demanda alternativas. Se incluyen recomendaciones acerca de la conducta médica en relación con los pacientes vistos como “psicosomáticos”.

Palabras-clave: Medicina psicosomática. Medicina. Psicoanálisis. Teoría.

Referências

ALEXANDER, F. **Psychosomatic medicine:** its principles and applications. New York: W.W. Norton, 1957.

- BION, W. Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. In: _____. **Second thoughts**. London: Heinemann Medical Books, 1967. p. 43-64.
- _____. Evidência. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, 1985, v.19, n. 1, p. 129-41.
- _____. **Experiencias en grupos**. Buenos Aires: Paidós, 1963.
- _____. **Uma memória do futuro**. São Paulo: Martins Fontes, 1989. v.1.
- _____. **Learning from experience**. London: Heinemann Medical Books, 1962.
- _____. **Uma memória do futuro**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 2.
- EINSTEIN, A. Relativity: the Special and the General Theory (1916-1952). In: **The Great Books of the Western World**. Chicago: Encyclopaedia Britannica, 1994.
- 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. (1911) Formulations on the two principles of mental functioning. The interpretation of dreams In: _____. **The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud**. London: The Hogarth Press, 1958. v. 6. v. XII.
- _____. (1938) Splitting of the ego in the process of defense. In: _____. **The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud**. London: The Hogarth Press, 1964. v. XXIII.
- _____. (1899) The interpretation of dreams. In: _____. **The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud**. London: The Hogarth Press, 1958. v. VI.
- _____. (1924) Neurosis and psychosis. In: _____. **The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud**. London: The Hogarth Press, 1964. v. XIX.
- _____. (1909) Notes upon a Case of Obsessional Neurosis. In: _____. **The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud**. London: The Hogarth Press, 1964. v. X.
- HUNINK, M. G. M. Does evidence based medicine do more good than harm? **British Medical Journal**, Londres, n. 329., p.1051, 2004.
- ISAACS, S. The nature and function of phantasy. In: KLEIN, M.; HEIMANN, P.; ISAACS, S.; RIVIERE, J. **Developments in psycho-analysis**. London: The Hogarth Press; 1952, p. 67-121.
- KANT, I. **Crítica da razão pura**. São Paulo: Abril Cultural, 1980. Coleção Os Pensadores.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK B. J.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- KLEIN, M. Notes on some schizoid mechanisms. In: KLEIN, M.; et. al. (Ed.).

- Developments in psycho-analysis.** London: The Hogarth Press; 1952. p.292-320.
- KLEIN, M. The Importance of symbol-formation in the development of the ego. In: _____. **Contributions to psycho-analysis.** London: The Hogarth Press, 1950. p. 236-250.
- KUHN, T. **The structure of scientific revolutions.** Chicago: University of Chicago, 1962.
- POPPER, K. **A lógica da pesquisa científica.** São Paulo: Cultrix, 1974.
- SANDLER, J. Contribuições para uma psicoterapia de grupo com coronariopatas. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 445-462, 1975.
- SANDLER, P. C. **A apreensão da realidade psíquica: um estudo transdisciplinar.** Rio de Janeiro: Imago; 1997. v. 1.
- _____. Epistemologia: um resumo crítico sob a ótica de um psicanalista, para uso de psicanalistas. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre**, v. 5, n.1, p. 187-221, 2003.
- _____. **Hegel e Klein: a tolerância de paradoxos.** Rio de Janeiro: Imago, 2003.
- _____. Le projet scientifique de Freud un siècle plus tard? **Revue Française de Psychanalyse**, Paris, Numero Hors Serie, 2001a.
- _____. Psicanálise e ciência: amigas, parentes ou estranhas? **Alter**, Brasília, DF, v. 20, n. 1, p.115-139, 2001b.
- SELYE, H. **Textbook of endocrinology.** Montreal: Franks WT, 1947.

Artigo

Copyright © *Psicanálise* – Revista da SBPdePA**Paulo Cesar Sandler**

R. Gomes de Carvalho, 892/31, VI. Olímpia

04547-003 São Paulo – SP – Brasil

E-mail: sandler@uol.com.br