Mudanças – Psicologia da Saúde,
13 (2), jul-dez 2005, 271-471p

Copyright 2005 pelo Instituto Metodista de
Ensino Superior CGC 44.351.146/0001-57

Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática

*Elisa Maria Parahyba Campos**
*Avelino Luiz Rodrigues***

Resumo

O artigo apresenta o mecanismo de formação dos sintomas sob a perspectiva da abordagem psicossomática, entendida como um ramo do conhecimento relacionado à promoção de saúde dentro de uma perspectiva biopsicosocial e ao diálogo entre os saberes pertencentes às Ciências Bio-Médicas e às Ciências Humanas. Um quadro clínico ilustrativo é utilizado para exemplificar essa visão integrada do processo saúde-doença, que designa a psicossomática como uma interface nas relações entre fenômeno e processo, relembra as diferenças psicodinâmicas entre os fenômenos de conversão e somatização e propõe uma reflexão crítica sobre os conceitos de psicogênese. *Descritores*: psicossomática; mecanismo de formação dos sintomas; psicologia da saúde; promoção de saúde.

Mechanism of symptoms' formation in psychosomatics

Abstract

The paper presents mechanisms of formation of symptoms under the perspective of psychosomatic point of view, this understood as a branch of knowledge related to the promotion of health on a bio-social-psychological perspective and a dialogue about knowledge pertaining to Biomedical Sciences and Human Sciences. An illustrative clinical case is employed to exemplify an integrated viewpoint on the health-illness process, which presents psychosomatic with interface relations between phenomena and process, regarding psychodynamic differences on the conversion and somatization; and proposes a critical reflection on the concept of psychogenesis.

Index terms: psychosomatic; mechanism of formation of the symptoms; health psychology; health promotion.

* Professora doutora do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP.

** Professor doutor do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da USP. Presidente da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, Regional São Paulo (1987-1989) e Nacional (1990-1992). Endereço para correspondência: avelinoluiz@usp.br

Mecanismo de formación de los síntomas en psicosomática

Resumen

El artículo presenta el mecanismo de formación de los síntomas bajo la perspectiva del abordaje sicosomático, comprendida cómo una rama del conocimiento relacionado a la promoción de salud en la perspectiva bio-psico-social y el diálogo entre los sabes de las Ciencias Bio-Médicas y las Ciencias Humanas. La ilustración de un cuadro clínico ejemplifica esta visión integral del binomio salude-enfermedad, que apunta la sicosomática como una interfase en las relaciones entre fenómeno y proceso; recuerda las diferencias psicodinámicas entre los fenómenos de conversión y somatización y propone una ponderación crítica sobre los conceptos de psicogénesis.

Descriptores: psicosomática; mecanismo de formación de síntomas; psicología de la salud; promoción de salud.

Mécanisme de formation des symptômes en psychosomatique

Résumé

L'article présente le mécanisme de formation des symptômes dans la perspective de l'abordage psychosomatique, celle-ci considérée comme une branche de la connaissance rapportée à la promotion de la santé à l'intérieur d'une perspective bio – psycho - sociale et au dialogue entre les savoirs appartenant aux Sciences Biomédicales et les Sciences Humaines. Un cadre clinique est utilisé comme exemple de cette vision intégrée du processus santé-maladie, qui désigne la psychosomatique comme interface dans les relations entre phénomène et processus, rappelant les différences psychosomatiques entre les phénomènes de conversion et somatisation et propose une réflexion critique sur les concepts de psychogenèse.

Mots clés : psychosomatique; mécanisme de formation des symptômes; psychologie de la santé; promotion de la santé.

Introdução

Neste texto, a concepção de psicossomática define-se como o estudo sistemático das relações existentes entre os processos sociais, psíquicos e transtornos de funções orgânicas ou corporais. Consiste em um ramo do conhecimento que estuda e trata de questões humanas, ou seja, promoções de saúde que pertencem, em um só tempo, ao orgânico, ao psíquico e ao social. Tem também como uma de suas principais motivações a recuperação de um diálogo entre os saberes pertencentes às Ciências Biomédicas e às Ciências Humanas e Sociais, muitas vezes prejudicado pelos excessos das especializações.

O caminho para tal interação é longo, difícil. Raras são às vezes em que não se encontra intolerância e desrespeito pela postura e pelo saber do outro. E, hoje, tenho a convicção de que os maiores impedimentos para a aproximação das ciências humanas e as ciências naturais não estão nessas ciências em si, mas na postura dos homens que as praticam e professam. Evidentemente não se devem desconsiderar os obstáculos epistemológicos presentes nesse exercício pretensamente interdisciplinar, que é a psicossomática, mas afirmo que a superação dessas dificuldades só será possível por meio da ação humana.

Vivemos, hoje, o desafio de lidarmos com duas tendências a princípio contraditórias. Por um lado a demanda do processo de construção do conhecimento, resultando em uma complexidade exponencial e indutora da busca de especialização, junto à fragmentação de saberes, evidenciada na multiplicação de disciplinas oferecidas pelas universidades e pelas explicações sempre mais especializadas e parciais sobre a realidade.

Por outro lado existe a percepção, até mesmo o reconhecimento dos produtores desses saberes, pesquisadores e profissionais da área da saúde, sobre a necessidade de atravessar as fronteiras disciplinares, construindo um diálogo com características interdisciplinares, na busca de superação dos efeitos negativos dessa fragmentação, pois disciplinas isoladas ou saberes compartimentalizados serão incapazes de fornecer respostas e instrumentos adequados para lidar com as complexas interações presentes no processo saúde e doença.

Na abordagem da psicossomática, ou como preferimos denominar sócio-psicossomática, procura-se construir um diálogo entre o modelo bio-físico-químico ou modelo das ciências biomédicas e todo conjunto de conhecimentos advindos das ciências humanas, como a psicanálise, a antropologia, a psicologia em suas diversas vertentes, como a cognitiva, compreensiva, comportamental e social, entre outros, com o intuito de construir novas informações e intervenções sobre o ser humano e o processo de adoecer.

Assim comumente encontramos em nossa clínica, pacientes que, frente a situações angustiantes ou desprazerosas, aumentam consideravelmente a ingesta. Outros, ainda dentro do sentido de comer, de incorporar, atiram-se a atividades e buscam a acumulação de objetos materiais, embora quase nunca se sintam seguros ou satisfeitos. Alguns, frente a situações difíceis, reagem inversamente, com redução da ingesta (anorexia, inapetência), e demonstram até certa rejeição pelo mundo. Se olharmos os "sintomas" de hiperfagia ou anorexia apenas pelo prisma do biológico, isolado da história do paciente e de sua significação psicológica, estaremos menos instrumentalizados para o atendimento clínico e conseqüente seleção terapêutica (Rodrigues, 1987).

História clínica introdutória e ilustrativa

Gostaria de iniciar este tópico com a apresentação de um fragmento de história clínica descrito por Pontes (1980, p. 132), um dos introdutores da psicossomática no Brasil no Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas de Gastroenterologia – Ibepege.

A paciente (AML) de 18 anos, do sexo feminino, solteira, estudante universitária, residência fixa no interior do Estado de São Paulo, foi atendida nos moldes da Abordagem Sociopsicossomática, em 1974, o que inclui relato espontâneo e anamnese biográfica. No entanto, para nossos objetivos atuais, vamos nos ater apenas a alguns recortes dessa situação clínica.

AML, a paciente, relata que, desde os 16-17 anos, começou a apresentar uma síndrome de digestão difícil, a princípio esporádica, com alimentos mais gordurosos ou com refeições mais abundantes,

sendo que, aos poucos, tornou-se mais freqüente e a qualquer alimento. Foi também perdendo o apetite. Nos últimos sete meses, coincidindo com sua vinda para São Paulo, sobreveio dor epigástrica após a alimentação, suportável, mas que exige o uso de medicamentos para ceder, com aparecimento irregular, sem relação com o tipo de alimento. Não há vômitos, mas a digestão é sempre demorada e sensação de "estômago vazio" pela manhã em jejum. Crises ocasionais de cefaléia supra-orbitária, bilateral, latejante, sem distúrbios visuais, nos últimos sete meses, dor na região lombo-sacra. Discreta tensão pré-menstrual. Afirma não observar relação com aborrecimentos ou tensões emocionais.

Emagreceu três quilos nestes últimos quatro a cinco meses, tem mãos frias e úmidas, transpiração axilar fácil. O exame físico não apresenta alterações significativas. Ambos os pais são portadores de úlcera duodenal. É a sexta entre oito irmãos. Julga-se de temperamento ansioso, perfeccionista. Leva a sério seus compromissos, não admitindo atrasos nos horários e nas obrigações assumidas.

Sua atitude geral é triste, embora queira mostrar-se sorridente. Fala baixo, voz suave, tronco ligeiramente arqueado. Diz deprimir-se com facilidade ultimamente, que seu humor tem mudado muito nos últimos três a quatro anos e demonstra o desejo de terminar logo seus estudos para se aperfeiçoar no exterior.

Dos exames subsidiários, podemos destacar colecistograma: uma vesícula biliar alongada, tubular, com esvaziamento satisfatório; estômago e duodeno sem lesões orgânicas evidenciadas, sendo que o estômago apresenta-se hipotônico, em "J", alongado, "ptótico", atingindo a bacia quando a paciente está em pé. A paciente foi medicada, e recomendou-se nova consulta em 15 dias, na qual surgiu o seguinte diálogo:

• Paciente (AML): "Continuo com 'dor no estômago', com o mesmo mal-estar, com desânimo, quero comer, mas evito, porque não me sinto bem após".

• Prof. Pontes (profissional): "Gostaria de conhecer algo mais sobre sua vida, o que lhe tem acontecido".

• AML: Hesita, acha que nada demais tem acontecido, apenas alguns desentendimentos. "Meu pai e minha mãe não têm desejado que eu namore um rapaz que conheço há quatro anos. Julgam-no um 'play-boy', que não está à minha altura..." (o pai é industrial, pecuarista e político eminente na região onde residem). Nesse momento, a paciente emociona-se, chora com lágrimas.

• Profissional: "E você desistiu?"

• AML: "Não, namoramos há quatro anos. ele se forma no próximo ano. Agora ele está sendo mais aceito. Sou tímida (chora). Creio que há muita coisa errada. Sinto muito as dores dos outros...".

• Profissional: "Dê um exemplo".

• AML: "Como? (Ligeira pausa!) Quando vejo uma notícia, eu tomo as dores da vítima, fico muito comovida".

• Profissional: "Sim".

• AML: "É uma questão de sensibilidade, mas revolta-me".

• Profissional: "Parece-me que você se identifica com a vítima".

• AML: "É, é sim (sorri, com lágrimas). Sinto que muita coisa convencional sobre educação (pausa) quadrada devesse sofrer modificação. Meu namorado, por exemplo, é diferente; foi criado em ambiente mais simples, de mais conversação com os mais velhos, com os pais, sei lá... ele é mais forte, mais aberto, é completamente diferente".

• Profissional: "É para isso que estamos conversando para você sentir-se mais livre, deixar sair o que sente, seja o que for".

• AML: "Creio que isto faz bem".

• Profissional: "Conversemos e veremos que o estômago não dói, quando a boca fala pelo estômago".

A evolução clínica dessa paciente apresentou melhora progressiva e os sintomas praticamente desapareceram.

Algumas reflexões sobre esse caso clínico

Essa história clínica poderia ser pensada por diferentes vértices. Inicialmente, deve-se destacar a atitude do profissional, notando o que ele busca ao oferecer uma escuta para a paciente, não se prendendo aos aspectos orgânicos. Ressalta-se que os sintomas não foram ignorados ou negligenciados, mas incluídos na história de vida

da jovem, revestindo-os de sentido. Dessa maneira, o adoecer não é visto como um acontecimento casual na vida da pessoa, mas algo, muitas vezes, revelador de sofrimento nas inter-relações estabelecidas consigo mesma e com outras pessoas. A postura sociopsicossomática, como diria esse profissional, possibilitou escutar o conteúdo latente do discurso da paciente, aquele que ainda não tinha encontrado expressão verbal, criando condições para AML torná-lo manifesto, formulado em palavras. Os conflitos com as respectivas emoções, por meio da intensidade da relação transferencial, foram mais bem "digeridos", elaborados pela perspectiva de um referencial psicanalítico, resultando em menor sofrimento para a paciente.

Se nos debruçarmos sobre esse caso clínico, ainda que em seus aspectos mais evidentes, dificilmente deixaríamos de notar algumas "coincidências", por exemplo, a piora dos sintomas digestivos e o aparecimento da dor na região lombo-sacra com a vinda da paciente para São Paulo poderiam expressar que esse acontecimento resultou em sofrimento para AML; afinal, o afastamento de seu meio familiar e social poderia ser sentido como algo penoso, o que seria perfeitamente compreensível. Se foi suficientemente intenso a ponto de provocar uma expressão física, como as percebidas na história clínica, é difícil afirmar, pois essa paciente não parece apresentar tal fragilidade egóica, há relato de ser uma pessoa que leva a sério seus compromissos e exigente o bastante para não tolerar atrasos e vem sustentando, ainda que com sofrimento, uma posição antagônica a de seus pais.

Por outro lado, alguém poderia argumentar de que, na consulta subseqüente, a paciente consegue, auxiliada pelo profissional de saúde, expressar um conflito em relação aos pais, "desentendimentos" como ela coloca no início, sobre seu relacionamento afetivo, para mais tarde expressar com mais liberdade seu inconformismo e raiva frente à atitude de seus pais, expresso na seguinte fala: "Sinto que muita coisa convencional sobre educação (pausa) quadrada devesse sofrer modificações. Meu namorado é diferente; foi criado em ambiente mais simples, de mais conversação com os pais (...) ele é mais forte, mais aberto, completamente diferente".

Esse discurso, surgido espontaneamente, mostra que o conteúdo associativo segue na direção de um conflito situado na relação da paciente com seus pais. Vale destacar a intervenção do profissional como, principalmente, a de favorecer a associação de idéias de AML.

Podemos indagar: seria esse conflito, na inter-relação familiar, inteiramente responsável pela sintomatologia que a paciente apresenta? Acreditamos que não. Afinal AML poderia simplesmente ignorar a objeção de seus pais, ou, pelo menos, não dar tanta importância à oposição deles. O que a impediria de agir dessa forma e sofrer tanto? A resposta para essa questão é bem conhecida dos psicanalistas. A paciente interiorizou o conflito, ou seja, o conflito ocorre no mundo interno dessa jovem. Podemos dizer que cada personagem desse drama está representado por um objeto (no sentido psicanalítico do termo) interno ao psiquismo, impregnado de representações e afetos em conflito, cada qual com desejos e tendências opostas que colidem, e frente à impossibilidade da paciente em resolvê-las, resultam no desencadeamento de emoções expressas, concomitantemente, ao nível do corpo e dos processos mentais.

Podemos observá-las nessa história clínica, em suas expressões físicas, como digestão difícil, cefaléia, dor lombo-sacra, e ao nível da mente os sintomas depressivos.

A situação depressiva, com o sentimento de renúncia e desalento, acompanha-se de relaxamento visceral, de alterações motoras, uma síndrome denominada hipoestênica, que traduz a dificuldade em aceitar as vivências, os estados afetivos, decorrentes do relacionamento consigo mesmo, 'com seu íntimo', e com o mundo externo (em termos de pessoas, objetos, ambiente sociocultural, familiar, profissional etc.). O que ocorre nos processos mentais, do mundo objetal interno ou dos símbolos, constitui o componente latente do sintoma clínico, enquanto aquilo que se passa ao nível dos órgãos compõe o sintoma manifesto" (Pontes, 1975, p. 86).

O quadro clínico dessa paciente reafirma de forma convincente essa observação – basta verificar a importante hipotonia do estômago, evidenciada pelo exame subsidiário, que, na posição ortostática (de pé), atingia a bacia.

A síndrome hipoestênica apresentada por essa jovem observa-se em pacientes portadores de uma relação objetal negativa com dificuldades para a aceitação das condições de vida; são freqüentemente deprimidos, escondendo por meio desse estado afetivo fortes sentimentos de hostilidade reprimida em relação ao mundo externo e alguns objetos internos. Têm dificuldade em aceitar o mundo e a vida, assim como seus representantes simbólicos, os alimentos, tornando sua ingestão difícil, e, por conseguinte não os digerem bem. Aparece em qualquer idade e pode estar presente durante toda a vida da pessoa, em maior ou menor intensidade, dependendo da qualidade e do tipo de interação com o mundo interno e externo. Pode ser acompanhada por outras doenças do aparelho digestivo, como hérnia de hiato, gastrite, diverticulites, como também de hipertensão arterial, alguns tipos de alterações de pele e das articulações, enxaqueca, entre outras.

Reconhecemos a capacidade do ser humano de responder às ameaças decorrentes da interação social e não apenas das ameaças concretas (biológicas, como microorganismos, e/ou físicas e químicas). Assim, situações que podem sugerir ou implicar em quebra de laços familiares e da estrutura social, privação de necessidades afetivas básicas, obstáculos à realização pessoal, separação, entre outros são potencialmente danosos à pessoa, aumentando consideravelmente sua vulnerabilidade (Rodrigues, 1897).

A enfermidade apresentada por esta paciente, não se constitui um elemento isolado em sua vida, mas um elo a mais de sua história. "Surge em momento de vulnerabilidade, em função de sua história pessoal, aos agentes estressores oriundos do mundo externo e interno, perturbando-lhe a homeostase" (Pontes, 1980).

A doença de AML denunciava situação de conflito (Pontes, 1974) historicamente construída desde seu nascimento, na organização sociocultural e familiar a que pertence. A vinda para São Paulo, afastando-se de seu meio social e familiar, a intensificação do conflito com as figuras parentais e a dificuldade em lidar com esse embate dentro de si, com a impossibilidade de a paciente autorizar-se a enfrentar, de forma mais tranqüila para si mesma, a oposição

sofrida por sua escolha amorosa, gerou intensas emoções reprimidas como insatisfação, mágoa, ressentimento e possivelmente culpa. Esses conflitos geram tensões emocionais expressas, simultaneamente, por meio de tensão visceral, resultando nos sintomas dessa enfermidade.

Sobre a concepção de psicossomática

A psicossomática caracteriza-se como uma atitude na promoção de saúde, postulando uma visão integrada, na sua unidade irredutível corpo-mente, inserido no seu ambiente físico e socioeconômico-cultural.

Já foi o tempo em que se utilizava a expressão psicossomática para determinar doenças, como a úlcera péptica, a retocolite ulcerativa, a asma brônquica, a hipertensão arterial, a artrite reumatóide entre outras. Realmente, em algumas doenças, a correlação entre os aspectos emocionais, situações de vida e o processo patológico somático é mais evidente. Como existem outras em que o processo orgânico (renal, digestivo, endócrino, cardiológico, e assim por diante) mostra-se mais patente.

Mello e Adolfo (1993, p. 14) nos alertam para o seguinte:

> "A rigor, a divisão em escolas psicossomaticistas e não psicossomaticistas é fruto de um equívoco, (...) o ser humano é dotado de aspectos psíquicos e somáticos. Hoje ninguém negaria, em sã consciência, que o homem é psicossomático".

De forma semelhante, Mello Filho (1978) acentua que: toda doença é psicossomática, *já que incide num ser provido sempre de soma e psique, inseparáveis, anatômica e funcionalmente.*

Por outro lado, seja qual for o fator etiológico preponderante considerado, a doença incide no ser humano detentor de vida mental, além de social e somático. Passa, portanto, a ser psicossomática (na conceituação atual), pelas suas repercussões (Mello Filho, 1978).

Houve um momento na história do desenvolvimento da pesquisa e construção do conhecimento em psicossomática, no qual

se levantou a questão da psicogênese, ou seja, o estudo dos sintomas ou das doenças a partir de causas mentais. Esse conceito, embora historicamente significativo, ficou suplantado, mesmo que alguns insistam em manter essa atitude não obstante alertas e restrições levantadas por autores internacionalmente importantes, como Franz Alexander (1948) e George Engel (1967), e nacionais, como Perestrello (1974), Pontes (1980) e Eksterman (1986), que acrescenta o seguinte a essa questão:

> O que se tem veiculado com a designação de patologia psicossomática, portanto, é tão somente a valorização de aspectos psicológicos. Com isso, não está incluída a dimensão da pessoa. Cuidar do doente não é o mesmo que prestar atenção às manifestações psicológicas. Psicologizar a patologia é incorrer em reducionismo inaceitável e não equivalente à concepção psicossomática.

O termo psicossomático, como diz Engel (1967), deve ser usado como um adjetivo, palavra qualificadora do substantivo, ou seja, designa a interface entre os processos somáticos e psicológicos. O termo psicossomático não deve ser utilizado no sentido de causalidade, mas de várias relações existentes entre a mente e o cérebro, entre fenômeno e processo a serem observados tanto em termos psicológicos quanto somáticos. Ressalta ainda, esse autor, que a utilização do termo doença ou transtorno psicossomático é um engano, (*misleading*), pois implica em considerarmos uma classe especial de alterações na saúde que teriam uma etiologia psicogenética e, por inferência, a ausência da interface psicossomática em outras doenças. Falando em termos estritos não existem doenças psicossomáticas, como não existem doenças bioquímicas ou doenças fisiológicas.

Em outras palavras, nas doenças existem aspectos psicossomáticos, bioquímicos e fisiológicos, e, por fim, diz Engel (1967), as doenças dizem respeito (enunciam) a dificuldades do organismo em se ajustar a mudanças do ambiente interno e/ou externo das pessoas.

Daí a tendência de compreender o processo de adoecer não como um evento casual na vida de uma pessoa, mas como repre-

sentação ou resposta do organismo, como uma pessoa que vive em sociedade em relação recíproca com outras pessoas e é parte ativa de uma microestrutura familiar inserida na macroestrutura social e cultural, situada em determinado ambiente físico, procurando resolver do melhor modo possível os problemas de sua existência no mundo (Pontes, 1974).

Mecanismo de formação dos sintomas

Dentro dessa perspectiva, a doença expressa e revela a forma de um individuo viver e sua interação com o mundo. Obedece, pois, a uma pluricausalidade, ou seja, a fatores bio-físico-químicos, como agentes bacterianos, dietas, clima, genéticos, entre outros, e a fatores de ordem psíquica e social, e compromete uma pluridimensionalidade, visto que todo ato humano ocorre simultaneamente nos níveis somático, mental e social (Pontes, 1980). No máximo, temos a expressão predominante em um dos três níveis do existir.

Como podemos perceber, na história clínica relatada, a doença denuncia uma disfunção no processo de viver (Perestrello, 1974), um conflito (Pontes, 1974; Mello Filho, 1978), situação geradora de emoções suficientes para causar transtornos, que, se repetidos e persistentes, podem alterar a vida celular, acarretando lesões orgânicas e decorrentes complicações (Pontes, 1974).

Segundo Laplanche e Pontalis (1971), o conflito intrapsíquico ocorre quando surgem no espaço mental determinadas representações mentais, que apresentam exigências internas contrárias, como, por exemplo, entre um desejo e prescrições morais, ou entre sentimentos contraditórios. Embora a psicanálise considere o conflito como algo constitutivo do ser humano, para alguns pode se tornar fonte de insatisfação e sofrimento, portanto, gerador de emoção, notadamente quando o indivíduo não consegue resolvê-los de forma satisfatória. Então, ele se instala em seu psiquismo, principalmente àqueles conflitos cujos desejos e/ou sentimentos são tidos como intoleráveis ou indesejáveis em função das normas, interdições morais e educacionais, da "voz da consciência", ou ainda daquilo que o indivíduo idealiza de si mesmo.

Quando o conflito intrapsíquico torna-se persistente e intenso, a emoção decorrente gera um estado de tensão, que buscará um escoamento por acesso emocional e somático, tenderá a se expressar com o intuito de aliviar a tensão e favorecer a manutenção da homeostase psíquica; o conteúdo do conflito nem sempre se mostra de maneira muito clara e pode não estar presente de forma manifesta, explícita, na consciência. Em função disso, o conteúdo de tal conflito sofre uma tradução, expressa na formação do sintoma.

Histeria de conversão e somatização

Ao apresentarmos o tema Mecanismo de Formação dos Sintomas, entendemos ser importante refletir sobre a histeria de conversão e a noção de somatização.

Antes de dissertar sobre esse tema, destaca-se que a histeria de conversão não consta da categorização diagnóstica do Código Internacional de Doenças (1993), em sua 10ª edição-CID-10, e o termo somatização, está aqui empregado em seu sentido mais amplo, ou seja, de manifestação corporal cuja feição emocional é bem explícita, independente da presença ou ausência de lesão anatômica, portanto, diferente do descrito no CID-10, no subcapítulo dos transtornos somatoformes, no sentido estrito do termo.

Estamos utilizando somatização de forma muito similar a de McDougall (1991, p. 135): "A somatização como resposta, tanto aos conflitos internos como às catástrofes externas, encontra-se entre as expressões mais banais que o homem é capaz de fornecer". Todavia, complementa essa autora, o objetivo é de se manter vivo, de realizar-se como pessoa, conservar intacta a identidade e defender-se de tudo que ameaça esses propósitos. O caso clínico descrito ilustra esse entendimento.

Por outro lado, Alexander (1989) assinala que cada situação emocional corresponde a um conjunto específico de alterações físicas, respostas psicossomáticas, tais como o riso, o choro, alterações da freqüência cardíaca, da respiração, da vascularização da pele, das vísceras etc. Quando a emoção desaparece, os processos fisiológicos correspondentes também desaparecem, e o corpo volta

ao seu estado de equilíbrio – homeostase.

Os primeiros pacientes portadores de distúrbios orgânicos crônicos, relacionados às alterações emocionais que receberam estudo mais aprofundado, foram os pacientes histéricos. Freud (1893-1895) percebeu no mecanismo de formação dos sintomas histéricos a ocorrência de um fenômeno que denominou de conversão. Tal fenômeno consiste na transposição de um conflito psíquico e uma tentativa de sua resolução em sintomas somáticos, motores, por exemplo, uma paralisia ou sensitivos, uma anestesia ou dor acentuada (Laplanche & Pontalis, 1971). É importante destacar que as respostas fisiológicas relacionadas a situações emocionais como o riso ou choro, usualmente, correspondem a situações conscientes. Algo diferente ocorre na histeria, o conteúdo psicológico que produz a resposta orgânica é inconsciente e expressa simbolicamente, por meio do corpo, conflitos, representações mentais reprimidas. Os sintomas corporais "falam" sobre os conteúdos das representações reprimidas, deformadas pelos mecanismos defensivos do ego.

Alguns autores procuraram aplicar o conceito de conversão histérica a diversos distúrbios corporais, tanto viscerais, quanto endócrinos e imunológicos. Dessa forma, uma hipertensão arterial, uma hemorragia do aparelho gastrointestinal, uma alteração no funcionamento da tireóide, uma artrite reumatóide, diferentes comprometimentos imunológicos entre outros teriam um significado simbólico, como os sintomas de conversão, o que nos parece um equívoco, e Alexander (1948) afirma ser um grave erro e uma generalização superficial.

Laplanche e Pontalis (1971) assinalam a tendência atual de diferenciar a conversão histérica de outros processos de formação dos sintomas para os quais se tem proposto o nome de somatização, na medida em que eles apresentam diferenças psicodinâmicas e fisiológicas (Alexander, 1948).

Alexander (1948; 1989) e Saul (1935) procuram diferenciar os processos conversivos dos demais sintomas orgânicos, nos quais estão mais evidentes os fatores emocionais e tem como um dos fatores etiológicos o conflito intra-psíquico, o que na terminologia contem-

porânea tem-se denominado somatizações. Nestas, primariamente, não há um processo de simbolização do conflito, embora seja possível uma compreensão psicológica da expressão emocional do sintoma.

Sumarizando as diferenças entre um sintoma conversivo e as somatizações – um sintoma conversivo é a expressão simbólica de um conflito intrapsíquico, ocorre nos sistemas neuromuscular voluntário ou perceptivo sensorial e tem como função expressar e descarregar a tensão emocional, decorrente do conflito. A somatização não é uma tentativa de expressar emoções, é a própria expressão das emoções, a resposta fisiológica, ou melhor dizendo, o concomitante ao nível do corpo das emoções, que, na dependência da intensidade e da repetição dessas respostas corporais, podem provocar os mais diversos sintomas. "A elevação da pressão sanguínea, por exemplo, sob a influência da raiva, não alivia a raiva, mas é um componente fisiológico do fenômeno total, que é a raiva" (Alexander, 1989, p. 37). Na persistência dos conflitos e de suas emoções correspondentes, quando se tornam crônicos, surge o sintoma. Como na situação clínica descrita da AML,

> "A situação depressiva, com o sentimento de renúncia e desalento, acompanha-se de relaxamento visceral, de alterações motoras, uma síndrome denominada hipoestênica. Esta traduz a dificuldade em aceitar as vivências, os estados afetivos, decorrentes do relacionamento consigo mesmo, 'com o seu íntimo', e com o mundo externo (em termos de pessoas, objetos, ambiente sociocultural, familiar) (Pontes, 1988, p. 1522). "O que ocorre nos processos mentais do mundo objetal interno ou dos símbolos constitui o componente latente do sintoma clínico, enquanto aquilo que se passa ao nível dos órgãos, compõe o sintoma manifesto" (Pontes, 1988, p. 1509).

Da emoção ao sintoma funcional e a lesão

Wolff (1950), um dos principais pesquisadores em psicossomática, demonstrou em vários estudos que as ameaças simbólicas poderiam gerar emoções desprazerosas e desencadear no organismo importantes reações. Dois de seus estudos merecem ser citados: no

primeiro, pesquisou a resposta de um grupo de pessoas quando submetidas a situações de insegurança e hostilidade e pode evidenciar um aumento do fluxo sanguíneo, dos movimentos e da secreção no estômago desses indivíduos. No segundo estudo, organizou dois grupos, um de indivíduos saudáveis e o outro portador de transtornos gástricos. Submeteu ambos a uma situação de *stress* agudo e verificou que, os grupos apresentavam respostas físicas, como aumento da produção de ácido clorídrico, de muco, dos movimentos do estômago e de pepsina; no nível dos processos mentais, aumento da ansiedade, da insegurança, frustração e, em alguns, da agressividade, em outros, do sentimento de culpa, mas, no grupo que já apresentava alterações orgânicas no início do estudo, tais reações foram muito mais intensas.

Outro estudo significativo é o desenvolvido por Engel (1936) e recebeu o nome: "O caso Mônica". Por um lado, constitui um clássico nas investigações em psicossomática e, por outro, porque também assinala que existe uma simultaneidade nas alterações que ocorrem ao nível do corpo e dos processos mentais. Não se trata de umas produzirem as outras, como se vê freqüentemente escrito e afirmado (Pontes, 1975). Foi estudada uma criança com cerca de um ano e oito meses de idade, portadora de uma atresia de esôfago, resultando na realização de uma gastrostomia. Esse procedimento possibilitou que se estudasse a secreção gástrica na vigência de seis estados psíquicos, considerados pelos pesquisadores como de contentamento, de alegria, de irritação, de raiva, de depressão e de alienação ao mundo circundante. Esses estados afetivos eram despertados pela interação da criança com membros da equipe de investigadores, com os quais foram desenvolvidas relações interpessoais – relações de objeto – em função do comportamento que essas pessoas dispensavam à criança. Observou-se que a secreção gástrica coletada em 55 minutos, após estímulos com histamina, variou desde 1,52 a 2,39mEq/ml quando a criança estava alegre e mantinha relacionamento ativo com o experimentador. Ao contrário, quando deprimida, irritada ou dormindo, a histamina tinha efeito bem menor ou nenhum. A secreção gástrica comportou-se,

por outro lado, da mesma maneira, mesmo sem a histamina, nas mesmas condições de comportamento. São os seguintes os ensinamentos que se obtém dessas investigações:

a) estados afetivos são simultâneos e correspondentes às alterações funcionais nos órgãos. Isso quer dizer que se modificam conjuntamente o tono afetivo e o tono funcional dos órgãos, tais como motilidade, secreção, circulação da mucosa (ou pele), resistência maior ou menor da superfície da mucosa, congesta ou inflamada, aos agentes agressivos;

b) que os estados afetivos são, na realidade, partes integrantes das modificações funcionais e estruturais dos órgãos;

c) que as funções dos órgãos, sendo governadas pelo sistema neurovegetativo, os estados afetivos são atividades psíquicas que fazem parte das funções neurovegetativas.

Ressalta-se a idéia prevalente em que a situação de conflito – geradora de emoção – é suficiente para originar transtornos funcionais, e estes, repetidos e persistentes, por sua vez, alteram a vida celular, acarretando a lesão orgânica e suas complicações (Pontes, 1980). Aquilo que ao nível dos sentimentos é medo, raiva, tristeza, alegria, fome, no corpo, concomitantemente se expressa por modificações no sistema músculo-esquelético, neurovegetativo e imunoendócrino, por intermédio de modificações das funções motoras, secretoras e de irrigação, coordenadas pelo sistema hipotálamo-hipófise-sistema límbico. A disfunção motora resulta da alteração da fibra muscular lisa que existe em vários órgãos. Assim, a pessoa pode apresentar disfunções motoras ao nível do aparelho digestivo (vômitos, síndrome hipoestênica, diarréia, prisão de ventre, discinesias), do aparelho respiratório (asma, bronquite), do aparelho geniturinário (disúria, cólicas pielo-uretral, dismenorréia, polaciuria, vaginismo, taquispermia), do aparelho circulatório (hipertensão arterial diastólica, enxaqueca, cefaléia de tensão), da pele (neurodermites, eczemas, pruridos) e de outros órgãos e aparelhos.

A disfunção secretora manifesta-se não só na produção de muco, mas também na produção de secreções endócrinas, na produção de hormônios do aparelho digestivo, secreção pancreática, biliar, entérica.

A disfunção de irrigação dos órgãos exerce importante papel na determinação de processos agudos e crônicos, na dependência da intensidade, da repetição e da respectiva duração, e podem ocasionar diminuição da resistência da mucosa a outros agentes agressivos, hemorragias e ulcerações de extensão e profundidade variáveis.

As alterações dessas três funções parciais ocorrem em combinações múltiplas, ao sabor das mais variadas situações da vida, ligadas a sentimentos de raiva (hostilidade), medo, dor (mal-estar), fome, humilhação, vergonha, tristeza e melancolia. E suas apresentações na clínica são as mais variadas" (Pontes, 1988, p. 1511-1512).

Podemos concluir que tais evidências só puderam ser observadas quando os pesquisadores deixaram de analisar os órgãos isolados e avaliaram, também, suas funções, as quais foram relacionadas com a manutenção da homeostase do homem – ser biopsicossocial. Revela-se restritivo estudar a emoção em si – só podemos realizá-la na interação do ser humano com seu ambiente físico e psicossocial. As emoções estão inclusas e inseparáveis no comportamento humano, que é determinado na inter-relação do indivíduo com o grupo do qual faz parte e consigo mesmo. Os serviços de saúde precisam, portanto, adotar uma perspectiva multidisciplinar e monista (Campos, 1998).

É necessário verificar que muito dos estudos realizados sobre o ser humano, sadio ou doente, muito pouco tem a nos dizer acerca da condição humana, de suas dificuldades e problemas do nosso tempo. As atividades, clínica, de pesquisa, dos profissionais envolvidos na promoção de saúde deveriam levar em consideração os fatores humanos propriamente ditos, envolvidos nos mecanismos de formação dos sintomas, o que implicaria em considerar o físico, o psicológico e o ambiente psicossocial (Levy, 1971).

Em última instância, esta é a proposta, em nossa perspectiva, da psicossomática.

Referências

Alexander, F., & French, T. M. (1948). *Studies in Psychosomatic Medicine*. New York: The Ronald Press Company.

Alexander, F. (1989). *Medicina psicossomática*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Campos, E. M. P. (1998) História de um serviço. In Carvalho, M. M. MJ (org.). *Psicooncologia no Brasil: resgatando o viver*. São Paulo: Summus.

Eksterman, A. (1986). O clínico como psicanalista. In Contribuições psicanalíticas à medicina psicossomática. *Revista de Psicossomática, 3* (1).

Engel, G. L., Reichsman, F., & Segal, H. L. (1936). A study of a infant with a gastric fistula. I. Behavior and the rate of total hydrocloridric acid secretion. *Psychosom. Med., 18*, 374.

Engel, G. (1967). The Concept of Psychosomatic Disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 3-9.

Freud, S. (1972). Estudos sobre histeria (1895). (tradução de J. Salomão). In S. Freud (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1971). *Dicionário de Psicanálisis*. Barcelona: Ed. Labor.

Levy, L. (1971). The human factor and the inhuman (tradução de). In L. Levy (Ed.), *Society, stress and disease*. London: Oxford University Press.

McDougall, J. (1991). *Em defesa de uma certa normalidade: teoria e clínica psicanalítica* (C. E. Reis, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Mello, A. M. (1993). *Psicossomática e pediatria: novas possibilidades de relacionamentos pediatria-paciente*. Marília: Ed. Universidade de Marília.

Mello Filho, J. (1978). *Concepção psicossomática-visão atual*. Rio de Janeiro: Ed Tempo Brasileiro/ MEC.

Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas* (D. Caetano, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Perestrello, D. (1974). *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu.

Pontes, J. F. (1974). Integração dos sintomas nos planos somáticos e psico-emocional. *Arq. Gastroenterol., 12* (2), 83-87.

Pontes J. F., Rodrigues, D. M., Pardini, F., Freitas, J. A. & Magalhães, M. B. C. (1988). Medicina sociopsicossomática em gastroenterologia. In Dani, R. & S Paula Castro, L. (ed.) *Gastroenterologia clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Rodrigues, A. L. (1987). Reunião Clínica do Ibepege. *Arq. Gastroenterol., 24* (2).

Saul, L. J. (1935). A note on the psychogenesis of organic symptoms. *The Psychoanalytic Quarterly, 4* (476-483).

Wolff, H. G. (1950). Life stress and bodily changes: a formulation. In H. G. Wolff (Ed.), *Life Stress and Bodily Disease*. Baltimore: Williams and Wilkins.