ADOECER OU A DOR É SER:

VISÃO PSICOSSOMÁTICA

Geraldo Caldeira

O atendimento dentro do modelo psicossomático aponta a atitude médica centrada na relação médico-paciente. Balint afirmou que “o médico é o primeiro e o melhor remédio”, mas só podemos compreender isto se o médico se colocar como ser humano, olhando o paciente como outro ser humano, os dois interagindo no campo dinâmico da relação médico-paciente. É escutar olhando e olhar sentindo. Sentindo o paciente sentindo a si mesmo. Os sentimentos percebidos em ambos vão ser colocados na compreensão do modo de vida do paciente, de seu caráter, de seu humor e de suas queixas. O médico precisa o tempo todo saber, o que dizer, porque dizer, quando dizer e de que forma dizer. Dizer com palavras compreensíveis pela cultura do paciente. O que está sendo dito o está sendo para quem? Muitas vezes o médico diz é para si mesmo, para alimentar e sustentar seu saber e seu narcisismo. Deve fazer perguntas iniciais que permitam cada vez mais que o paciente se coloque como pessoa, com seus medos, suas dores, suas mágoas, suas fantasias e, principalmente, sua própria visão de doença. Muitas vezes é muito mais importante ouvir-se o que o paciente pensa e diz sobre o que lhe está acontecendo do que o diagnóstico científico da doença. Como ele pensa por que está doente: por culpa, castigo, destino? Isto, se não for “trabalhado” poderá mudar completamente o curso do tratamento. Por isto já afirmei que a doença, após a primeira consulta, já não é de um só, é dos dois, médico-paciente no sentido de que a fala do médico, sua presença, seu interesse, seu envolvimento, poderão mudar significativamente o curso da mesma. Os instrumentos do atendimento médico, neste momento são o silêncio e a palavra. Hipócrates, chamado o deus do silêncio, já mostrava sua importância. O silêncio atrai, permite, convida o paciente a se apresentar, do mesmo modo que o silêncio das matas e dos bosques atrai os pássaros e, principalmente, os animais selvagens.

Após ouvi-lo, a palavra do médico deve ter o objetivo de tentar permitir a compreensão do que está acontecendo com o paciente e possibilitar sua transformação existencial. Como afirma Capisano (7) “nenhum atendimento médico que não vise a uma reconstrução existencial é adequado” e o médico precisa se capacitar a ser o instrumento dessa reconstrução.

Hipócrates já dizia há 460 anos A.C que “mais vale saber do doente que tem a doença, do que a doença que o doente tem”.

Benoit (5), psicanalista francês, há poucos anos afirmou “o individuo é co-criador de sua biologia, de seus sintomas e de seu destino e portador de uma anatomia psíquica”.

O modelo psicossomático do atendimento visa retirar o paciente de seu lugar passivo, expectante, ás vezes inerte, para uma co-participação ativa no seu tratamento.

Gabriel Marcel, citado por Vasconi, faz duas distinções fundamentais no estudo do corpo: corpo como problema; corpo como mistério.

Corpo Problema: É o corpo objetivável, mensurável, o que está diante de mim, fora de mim e que remete a se tentar resolver, solucionar.

Corpo Mistério: não permite distinções claras entre um e o outro: eles se interpenetram e, ás vezes, se sustentam. Viver, adoecer e morrer são da ordem do mistério. Não tem jeito de simplificar.

Proceder de uma forma simplificada é fugir, é ausentar, é omitir. É conduta iatrogência. Tem que se perguntar: por que ele adoeceu hoje e não ontem e não amanhã? Quais os fatores que permitiram que os vírus, as bactérias, as inflamações, as disfunções glandulares, dentre outras, aconteceram agora? à propósito, Mc Dougall, ao atender sete pacientes portadores de tuberculose disse: “ Por não abrirem o seu coração para o luto abriram o seu pulmão para o bacilo de koch”. O que não se deve desconhecer é que a doença remete o indivíduo a uma outra percepção de si mesmo, ás vezes sente como se levasse uma rasteira existencial, uma queda, um corte. Portanto, o indivíduo antes e depois de ter uma doença já não é mais o mesmo.

A Psicossomática é a proposta de ver o indivíduo dentro do pensamento do filósofo Merleau Ponty sobre a existência humana: “existir é ser com os outros, projetado-se no mundo”.

Atendimento médico e não ato médico é propiciar este encontro do ser com o outro. Se o médico não percebe e não propicia isso não sabe muito nem de sua própria existência. Já se assinalou que muitos pacientes chamados de psicossomáticos têm características de pensamento e comunicação que se nomeou de “pensamento operatório e alexitimia”, mas, como afirmou José Schavelzon, cirurgião oncologista, argentino, “não existe alexitimia; alexitímico é o médico”. Concordo com ele e, em minha experiência, quase sempre é possível atender dentro do modelo que se está propondo. Tem-se, evidentemente, que saber captar o conteúdo latente do discurso, tem-se que ser provocativo nos diálogos, visando uma interlocução subjetiva, mas, fundamentalmente, tem-se que se respeitar o desejo e as possibilidades de cada paciente.

Há momentos para se iniciar tal interlocução; momentos para uma pausa; e há momentos para interrompê-la. Desrespeitar isto não só é erro técnico, é iatrogênico e mesmo antiético.

Quando um paciente, ao marcar a consulta, diz: “olha para mim um horário”, ao dizer “olha para mim” ele já está dizendo muitas de suas necessidades. Outro, ao falar: “já consultei outros médicos e me empurraram para o senhor”, o “me empurraram” não pode jamais passar despercebido.

Quando as queixas já são ditas com palavras bem subjetivas, tipo “minha flora ficou esfacelada com o tratamento” e “fiquei desfigurada por dentro e por fora”, como foi dito por uma portadora de Retrocolite Ulcerativa, é claro que aí já se faz um apelo quase dramático no sentido de ajuda a sua pessoa e não só a sua doença.

Balint lembra que em todo tratamento médico tem-se algo a ensinar e mostra que as palavras doutor e doutrina têm a mesma raiz. Ensinar? O que é isto?

Já foi dito que “educar é preparar para a entrada e ensinar é preparar para a saída” ensinar ao paciente é prepará-lo para a saída de códigos aprisionantes ou de lugares negativos, destrutivos ou de sofredores em que se viu colocado pela linguagem familiar. Sua posição, geralmente passiva, de colocar a culpa nos outros, nos parceiros ou nos agentes nocivos, com freqüência não os retira do lugar em que estão. Ao ensinar-lhe o médico lhe permite mudanças relativas à profissão, família, sociedade e, especialmente, consigo mesmo.

Bartolomeu de Queiroz afirmou que: “nascer é deixar entrar a palavra” pode-se acrescentar que viver é deixá-la sair. Sabe-se que o que verdadeiramente caracteriza o ser humano é que ele é um ser de linguagem. Através da fala o médico vai poder atuar em suas identificações inconscientes, onde ele se vê e se sente pelo que ele ouviu em sua educação.

Franz Alexander ao afirmar que o paciente pode no atendimento psicoterápico, ter uma “experiência emocional corretiva” e que Lemgruber modifica para “experiência relacional corretiva”, abriu um enorme potencial terapêutico, reconstrutor, pelo atendimento médico e ou psicoterápico. É importante assinalar que ao conversar com seu paciente, adequadamente, o médico está sempre fazendo uma “terapia intrínseca” como afirmou Perestrelo (26). Quando se percebe que as queixas ou sintomas não tem a ver com um quadro orgânico bem caracterizado e que se está diante de vivências afetivo-existenciais,

Deve-se, sempre que possível, estimular o paciente a falar de si e de seu mundo. Por exemplo, se ele pergunta, ao olhar para um quadro na parede do consultório “quanto tempo deve ter sido levado para que ele fosse pintado?” deve-se responder perguntando a ele quanto tempo ele acha que levaria para ser intado um quadro de sua vida e se ele quer começar a fazer isto agora. Se ele falar que teve dificuldades para chegar ao consultório porque o trânsito estava lento ou engarrafado, deve-se, após ouvi-lo, perguntar-lhe como ele acha que está o trânsito dentro de si, de suas vontades, seus desejos, seus projetos de vida. Quais são os obstáculos, os bloqueios, os guardas e as leis proibidoras dentro de si. Se ele fala que o céu está cinzento ou que o tempo está frio, perguntar-lhe como ele vê o seu mundo: se cinzento, se negro ou se ele sente necessidade de ser aquecido por carinho, atenções, amor ou reconhecimento, é propiciador.

É assim que faço e cujos resultados me autorizam a prosseguir e a sugerir a quem me escuta ou agora me lê, a aceitar este modelo.

A proposta do atendimento bio-psico-histórico-social é inquietante: para o paciente e para o médico. Sabemos disto, mas lembrando Roland Barthes (4): “A verdadeira arte da vida é a arte do encontro”. Assinale-se que este modelo de atendimento faz com que o profissional também cresça e se motive. A propósito, cito Fernando Pessoa em O Guardador de Rebanhos: “o meu olhar é nítido como um girassol”. Tenho o costume de andar pelas estradas, olhando para a direita e para a esquerda e de vez em quando olhando para trás. E o que vejo a cada momento é aquilo que nunca antes eu tinha visto e eu sei dar por isso muito bem. Sei ter o pasmo essencial que tem uma criança, se, ao nascer, reparasse que nascera deveras. Sinto me nascido a cada momento para a eterna novidade do mundo...

Da mesma forma, cada consulta médica será uma nova experiência de vida.

MEDICAMENTO, SEU MAIS ALÉM.

O ser humano traz em si um paradoxo. É o mais evoluído da natureza; é um ser de linguagem e, no entanto, é o que nasce absoluta e prolongadamente dependente da mãe. De tal forma que esta vai marcar, cunhar, com uma importância fundamental os primeiros anos de vida. Ao dar este salto em relação à natureza, o ser humano tornou-se um ser de falta, falta esta que mudando de roupagem na evolução do individuo, vai acompanhá-lo por toda sua existência. Inicialmente se vê em fusão com quem exerce a função mãe: o alimenta, cuida, protege.

Progressivamente, por volta do oitavo mês, já reconhece esta figura como fora dele, sendo representada em sua mente como a que virá ser a mãe.

No processo psíquico de separação desta fusão simbiótica, fase de ilusão, para se chegar ao EU / não EU, geralmente completado por volta dos vinte e quatro meses, o bebê vive uma desilusão e passa por uma fase em que cria o que Winnicott (28) chamou de “objeto transicional” inserido nos Fenômenos Transicionais.

São objetos que o ligam à mãe, criados por ele e só têm a ver com ele. Não estão dentro nem fora, mas entre eles, numa espécie de ponte. Pode ser um travesseiro, uma ponta de um cobertor, uma fralda, um segundo bico para cheirar, um bichinho de pelúcia, etc. não pode ser trocado por outro nem lavado e, geralmente, a criança não consegue dormir sem ele junto de si e recorre a ele sempre que sente angústia diante da ausência da mãe, por que ele é segurador, protetor. Portanto, tem a ver com a angústia de separação, típica desta fase. O objeto tem a ver com a mãe, mas não é seu substituto simbólico.

Os objetos transacionais são, com freqüência, substituídos na criança maior, e mesmo nas adultas, por figas, amuletos e objetos religiosos. O medicamento vai ocupar, muitas vezes, o lugar deste objeto transacional em situações de angústia e falta como seu tamponante. É a falta do ser no seu falta-a-ser.

Benoitt (5) estudou o uso e efeitos dos medicamentos e criou o termo medicinal. Este termo envolve, engloba, tanto o médico como o medicamento. Para este autor o paciente estabelece uma relação objetal semelhante com o médico e com o medicamento, ao qual dá o estatuto de objeto, como se este fosse verdadeiramente humano. Os dois – médico e medicamento – ficam indistinguíveis. O médico traz em si, ao abraçar a Medicina, a nítida necessidade de curar e aliviar o sofrimento humano. Julga-se detentor de um saber – o saber médico – e para sua sustentação tem sempre a crença de poder curar, resolver as questões que a doença traz. Nesta crença de poder está o medicamento.

Como ser humano, sabemos que o médico é igualmente um ser em falta. Identificado com a onipotência ignora esta falta ou a nega. Como afirma Benoit “ao medicamento prende-se uma crença; a crença de que é possível resolver a contradição entre uma mudança e a não mudança”. O discurso do paciente, particular, subjetivado, intransferível e, muitas vezes, de tal forma escondido em sua verdade, com freqüência o coloca em franca oposição ao discurso do médico. Acontece assim, que o medicamento torna-se o ponto de encontro entre os dois discursos, o do medico e o do paciente. Ás vezes é o único ponto de encontro. Daí o seu lugar privilegiado.

É sabido que todo medicamento pode ter um efeito no paciente, além de seus efeitos farmacológicos, mesmo nos chamados inócuos. Trata-se de chamado efeito placebo. Placebo tem a ver com prazer, de produzir um bem na pessoa que o usa. Por que isto acontece? É só se lembrar das colocações metapsicológicas descritas no início deste trabalho. Muitos pacientes regridem ao adoecerem ou se suporem doentes. Regredir é se comportar como se fosse criança com um comportamento psíquico e, ás vezes, corporal, próprios daquela fase. No seu papel de objeto transicional o medicamento vai ser necessário, não para ser tomado, mas para ser visto. Ele vai estar ali, na bolsa, na cabeceira da cama. Vai ficar inseparável: papel de confortador, de segurador e intermediário entre o médico e o paciente. Funciona como um amuleto, uma figa, que dá sorte e protege. Deste lugar disse-me uma cliente certa vez, após chegar de férias: “olha doutor, não tomei o remédio que o senhor receitou, mas o levei comigo e o conservei perto de mim o tempo todo”. Medicamento e médico ocupam, neste momento, a posição medicinal de Benoit: formam uma unidade. Inseparáveis. Muitos pacientes procedem assim, sem o saber. Vêm à consulta em busca de uma receita que, com freqüência, nem será aviada. Ela própria fica ali, em mãos, no lugar do remédio, transicional. É só olhar para ela de vez em quando e só será acionada se a “coisa piorar”. Outro ponto importante na compreensão destes efeitos placebos vamos encontrar a propósito do registro simbólico. Lacan afirma que o inconsciente é constituído de significantes. Em sua definição: “significante é o que representa o sujeito para outro significante”. Isoladamente, nenhum significante define o sujeito por si só. Desta forma, palavras como doente, doença e remédio, podem ter vários significados diferentes para cada paciente. Só se saberá qual a representação para este ou aquele sujeito, suposto doente, na escuta de sua articulação com outros significantes, captados em seu discurso e, geralmente, oriundos das palavras ouvidas e registradas em seu passado. No caso do medicamento, quais os significantes que podem conter? Depende de como ele foi introduzido em sua história de vida.Quando foi isto? Em que circunstância? Com que palavras? Com que emoções? Quais os resultados? Sua cor, seu nome, sua fórmula e apresentação são traços marcados em seu inconsciente. Tudo isto vai ser responsável pelos efeitos não farmacológicos. Serão, portanto, efeitos de significantes.

Tanto poderão ser positivos, tipo placebo, como negativos ou danosos. Certo é o que um x de efeito será resultado do esperado ou imaginado. Quando Balint afirmou “que o médico é o primeiro e principal remédio”, ele, verdadeiramente, assinalou a importância do médico na relação médico-paciente e de sua integração ao medicamento, mas jamais o médico vai ocupar o lugar fantasiado e mesmo simbólico do remédio. É também de Benoit a afirmação de que “o remédio é um decalque do Isso” (Id em Freud). Imaginariamente, tem o poder de restaurar a perda, a falta, a imcompletude. Em razão disto, podemos encontrar duas reações opostas nos pacientes. Aqueles que se imaginam fracos, frágeis, doentes, procuram e mesmo exigem que o médico lhe receite o medicamento salvador e restaurador. Outros, que necessitam proteger uma imagem narcísica de completude, capacidade, força e de poder, recusam terminantemente esta ajuda externa vinda do remédio, para eles, testemunho de sua falta, que não reconhecem e não podem aceitar. Mesmo que esta imagem narcísica seja uma reação a sentimentos arcaicos de fragilidade, no momento, sua negação tem que ser mantida a qualquer preço. Não só recusam como não os usam, criando um impasse ao tratamento ou sérias dificuldades entre os dois, médico e paciente, ás vezes com resultados desastrosos. Esta recusa é mais evidente nos remédios que, correta ou imaginariamente, podem causar dependência, esta sentida por eles como infantilizantes e depreciativa. Alguns pacientes usam o medicamento como bode expiatório de uma inadequada relação médico-paciente, seja pela conduta do médico, ou, o que é freqüente, pela necessidade do paciente de atender ao seu inconsciente, o qual desconhece. Ataca o remédio visando atacar o médico. Vira uma “briga de foice”. Muda-se o remédio, tenta-se outra alternativa medicamentosa e nada. Sempre o mesmo ataque e queixas a males que lhe está fazendo. Joga-se uma culpa, na esperança de que caia no médico e, lamentavelmente, ás vezes é exatamente o que acontece. Este fenômeno, chamado de transferência negativa, ocorre porque o paciente está colocando o médico no lugar de figuras autoritárias de seu passado. Mais uma vez médico e remédio se confundem. Por outro lado, se o médico está ou é inseguro, identificado com os perigos da vida e com possíveis fraquezas, ele vai prescrever muitos remédios ou concentrar todo o poder em seu uso. Sabe-se que a maioria dos pacientes vai atrás é desta ilusórica completude. O que fazer? Desmitificar? Dizer-lhe a verdade? Que a sua falta está em outro lugar e que jamais o deixará em sua existência? Esta vertente só deverá e poderá ser seguida com muita habilidade e conhecimento de Psicologia Médica. Seria a mais correta. Todavia, cada caso é um caso e compete ao médico escolher qual o caminho a seguir.

CONCLUSÕES

Ao receber a prescrição de um medicamento, o paciente tem a ilusão de uma possível completude, a sensação de ser preenchido em sua falta, a idéia de um “restitutio ad integrum”. Os efeitos do medicamento terão um componente ligado a sua farmacologia e outro componente ligado ao efeito significante, resposta do seu inconsciente. Sempre terá nesta resposta uma mistura do que constitui o medicamento e do que lhe representou a figura do médico e seu atendimento. Os efeitos tanto poderão ser positivos como negativos, caso em que, paradoxalmente, tais efeitos, ás vezes, serão contrários à farmacologia do medicamento.

Citarei, como ilustrações de minhas idéias, possíveis respostas psíquicas – isoladas ou não ao medicamento, quer em seus efeitos quer em suas complicações; também citarei um caso clínico onde pode-se perceber a integração de vários aspectos do adoecer.

Exemplo 1:

Paciente feminina, casada, dois filhos menores e que consulta médicos com freqüência, queixando-se de cefaléias, epigastralgias, desmaios e sintomatologia depressiva com predominância de insônia. Afirma sempre que “todo remédio me dá alergia”. Todavia usa-os freqüentemente. Certa vez, ao usar antiarritmico para “arritmia cerebral” teve reação alérgica grave, diagnosticada como Síndrome de Stevens-Jonhson. Nessa ocasião sua médica lhe pediu para que falasse de sua vida. Ela lhe contou, entre outras coisas, que o quadro grave cutâneo a fizera lembrar de um episódio ocorrido aos sete anos de idade. Naquela ocasião, o seu pai, insatisfeito com a nova gestação de sua mãe, dera-lhe veneno para beber, quando a cliente, menina – estava dormindo. Sua mãe, levada ao hospital, foi salva e depois foi para a casa de sua avó materna. Seu pai não permitiu que ela acompanhasse sua mãe, ficando em casa com ele até ser preso pelo ato. Só ela, em sua casa, tinha bom relacionamento com o pai. Diz que nunca mais pôde esquecer o olhar deste ao sair de casa para a prisão. A médica indaga-lhe se sua insônia, rebelde, não poderia estar ligada ao fato da que estava dormindo quando algo muito grave aconteceu: o envenenamento de sua mãe. Algum tempo após o Stevens-Jonhson ela fz uso de medicamentos prescritos para tratamento de H.Pylori e nova reação cutânea, menos grave dessa vez, e que ela diz ser reação ao Amoxil.

A médica começa a fazer, em supervisão, algumas indagações: por que ela atribui a reação ao Amoxil e não aos demais medicamentos? Em resposta lhe é sugerido pensar na palavra amoxil, que contém amo, de senhor, pai, tempo de amar, etc.

A partir daí, alguns dados de sua história parecem apontar um conflito edipiano:

* Era “ligada” ao pai, ficando ao seu lado quando sua mãe teve que sair de casa (no lugar da mãe).
* Casou-se com um marido bem mais velho do que ela sobre quem fala à médica “ele é um ótimo pai”.
* Aos sete anos, episódio do envenenamento da mãe, seria um momento histórico onde a posição edipiana traz fortes sentimentos hostis em relação à mãe, conseqüentes à ambivalência clássica dessa época.
* Possível reação ao Amoxil, amo – xil.

Com esta hipótese, ela poderia ter-se identificado com o desejo assassino do pai, revivendo, em cada uso de medicamentos, sua culpa agora mortífera voltada contra ela.

“Todo remédio me dá alergia”.

Efeito do remédio ou efeito significante?

Exemplo 2:

Cliente feminina, 46 anos, casada, dois filhos.

Sumário clínico:

* Engordou dez quilos aos 16 anos;
* Relaciona efeitos dos medicamentos: antidepressivos e hormônios (estrógenos e progesterona) com engordar ou emagrecer – efeito sobre o corpo;
* Sente-se gorda, mesmo pesando 50 Kg;
* Quando usou hormônios disse: “sequei toda”;
* Casada com um marido “que é seco”;
* Fixação na ovulação.

Período menstrual:

* Sente-se como “um balão a estourar”;
* “Sinto falta de algo”;
* Médico lhe diz que está fisicamente muito bem, que está bonita e com o peso correto: 52 Kg;
* Ela responde que não quer ser “violão”.

Vê-se, neste caso, que o problema principal é um conflito com a sexualidade, com o ser mulher e o corpo erógeno; engordou 10 Kg aos 16 anos, época da efervescente adolescência dos desejos sexuais; tem que se sentir seca, casar com marido seco. Tem fixação na ovulação e sente-se “um balão a estourar” no período menstrual. Quem precisa estourar é ela, por para fora seus desejos, o ser mulher. “Sinto falta de algo! diz ela, já que tem que murchar, secar.

Os medicamentos – estrógenos e progesterona, nesta paciente tiveram efeitos contrários aos esperados efeitos farmacológicos – cabelos secos, unhas fracas, quebradiças e no seu dizer – “com estes remédios, sequei toda”. Tais efeitos seriam os resultados do conflito em torno da sexualidade, do corpo erógeno, atendendo à censura inconsciente.

Citarei, a seguir, como exemplo de abordagem psicossomática e sua visão de adoecer, fragmentos de um caso clínico:

Título: Por ISSO eu não engulo.

Exemplo 3:

HPS, 40 anos, casado, dois filhos.

Diz que se sentia bem até quatro anos atrás, quando, por problemas sócio-financeiros, começou a sofrer de pirose intensa e distúrbios gástricos. Fez exame endoscópico e teve diagnóstico de “gastrite” por Helicobacter Pylori. Recebeu o tratamento adequado, respectivo. Nos últimos anos, os problemas financeiros se agravaram, exigindo um grande esforço profissional para sustento e se viu necessitado de trabalhar até altas horas da noite, afastando-se da assistência familiar adequada, motivo de reclamações.

Os problemas esofágicos se intensificaram muito com refluxos contínuos, eructos freqüentes, tosse noturna recorrente impedindo ou interrompendo o sono. Um dia encontra, numa literatura leiga, que Hérnia Hiatal podia provocar tosse crônica noturna e aí diz: “é isso que eu tenho”. Vai ao médico, que estuda seu caso, confirma o diagnóstico de uma pequena Hérnia Hiatal, mas, em função da intensidade da sintomatologia o encaminha para correção cirúrgica. Sua cirurgia transcorre sem problemas per-operatórios, tendo sido filmada. Surpreendentemente, no pós-operatório não consegue engolir “nem saliva”, sentindo forte dor toráxica se insistir em deglutir. O cirurgião revê cuidadosamente o filme da cirurgia, não percebe nenhuma inadequação cirúrgica e resolve passar uma sonda naso-gástrica para mostrar a permeabilidade do esôfago e permitir que o paciente pudesse ser alimentado. A sonda foi passada com grande dificuldade pela reação do paciente. Retirada a sonda, após seu tempo de permanência previsto, as mesmas dificuldades de deglutição continuaram, juntamente com as dores no peito, especialmente se tentasse tomar água. Nesse estado foi encaminhado para a “abordagem psicossomática”.

Alguns dados colhidos em duas consultas (até o momento).

Além da história médica acima, diz que é extremamente rígido consigo mesmo no que diz respeito a compromissos e no trato com outras pessoas e que essa rigidez veio da educação pelo pai, especialmente, e pelos avós. Casado, tivera um filho que se desenvolve sem problemas. Algum tempo após o nascimento deste, se vê envolvido numa situação quando uma moça se diz apaixonada por ele e faz de tudo para seduzi-lo, sem o conseguir, terminando por ameaçar suicidar se ele não cedesse. Ele não cede, mas o problema chega até sua família. Apesar de inocente, é questionado pela esposa que não acredita em sua versão. Essa posição traz muito desgaste conjugal, chegando a se falar em separação. Com sua decisão assim posta, a relação com a esposa se acalmou e ela ficou grávida, mas vindo a sofrer um abortamento espontâneo aos quatro meses de gestação. Neste momento, voltam-se contra ele as culpas pelo ocorrido, novamente sofre muito, já que cobrado como responsável pelo desenlace da gravidez, ele se sentindo injustiçado.

A vida continua e, algum tempo após, sua esposa fica grávida, dessa vez a gestação chegando a termo. Entretanto, o filho nasce com atresia no esôfago, necessitando de ser operado, conforme se procede nesses casos. Alguns meses depois, este filho apresenta sintomatologia gástrica e respiratória e a pediatra pensa na possibilidade de que tivesse surgido “Hérnia Diafragmática” post-cirúrgica.

Muito angustiado, com essa nova possibilidade cirúrgica para seu filho, ele diz. “Não, não pode ser, se tiver hérnia que tenha eu”.

Felizmente o diagnóstico não se confirmou; os problemas clínicos da criança resolveram. Sua vida continuou até os últimos 4 anos, quando retomamos ao início de sua história. Sumarizada acima.

Este caso aponta para que a experiência clínica tem mostrado: a freqüência com que patologias orgânicas, prévias ou não a manifestações de conflitos psíquicos (edipianos na sua maioria) são inseridos na evolução destes, seu uso e manejo provocando nova roupagem sintomática. Esta, muitas vezes, confundem e enganam tanto pelo lado psíquico como pelo lado orgânico, se não forem estudadas num contexto mais amplo, o paciente necessitando ser visto como todo, mente e corpo integrados.

Pode se perceber, neste caso, a integração dos três registros – real, simbólico e imaginário acompanhar a evolução do mesmo e sua transformação sintomática. Começa por uma angústia mais corporal, segue-se com características de uma identificação significante (“se tiver que ter hérnia que tenha eu”). Envolve no quadro uma lesão orgânica (H.H) e, finalmente até o momento, apresenta-se num processo regressivo identificatório. (“não engole nem água”, como na atresia do esôfago).