

# PSICANÁLISE E CARDIOLOGIA: Um (en)contro impossível ou um (en)canto possível?

*Marli Piva Monteiro\**

## **Unitermos:**

psicossomática – angústia – sons – palavras - ausculta – escuta.

## **Resumo:**

As conexões entre a Cardiologia e a Psicanálise estão alicerçadas na ansiedade por um lado e no outro pelos sons. A autora tenta estabelecer essas relações e conexões entre os dois saberes, à medida que traça sua própria trajetória profissional, de forma ao mesmo tempo, clínica e poética.

É necessário, de pronto, fazer uma correção no título do meu trabalho que foi grafado como Psicanálise e Cardiologia: um encontro possível ou um encontro impossível? O pleonasma, redundância que pode resultar em clareza, ênfase ou até embelezamento do texto, no caso, lamentavelmente, é vicioso. Lido ao telefone, depois digitado, o título foi sempre mal entendido. Deixo as interpretações aos analistas de plantão, mas aqui vai a correção: Psicanálise e Cardiologia: um (en)contro impossível ou um (en)canto possível?

Quantas e quantas vezes já me pus a pensar no porquê de certos psicanalistas ex-psiquiatras recusarem pacientes psiquiátricos para medicar. Um deles até se aborreceu comigo e me questionou porque eu teria lhe encaminhado aquele paciente? No entanto, não é só isso que me intriga. Outro dia, encontrei uma colega ex-médica, hoje psicanalista, que ao me ver usando um conjunto de calça e blazer brancos que por sinal tinha um bordado colorido, me inquiriu: Você ainda usa branco? Ao que entre surpresa e divertida, respondi: O branco é ainda uma cor, ou melhor, a soma de todas elas.

Enfim, em momentos como esses fico me perguntando se sou uma psicanalista diferente, talvez uma psicanalista psicossomática, se é que tal coisa pode existir. Foi por causa dessas minhas indagações que escrevi este trabalho.

No começo dos tempos, domínio de curandeiros e xamãs, o homem era observado em sua unidade. Muitos males eram atribuídos aos deuses ou aos espíritos maléficos.

Sabiamente, os gregos admitiram a relação entre os sofrimentos do corpo e do espírito. A arte, a poesia e o folclore souberam, desde a Antiguidade, reconhecer a unidade corpo-mente, patenteada em tantos trabalhos e obras de arte, onde se expressaram as emoções como causa de doenças e até da morte. “Uma doença do corpo que julgamos como total e inteiramente situada dentro do mesmo, pode, apesar de tudo, ser apenas um sintoma de algum distúrbio na parte espiritual e o médico deve *conhecer o homem*, antes de *tentar curá-lo*. Onde quer que haja coração e intelecto, as doenças do físico são marcadas pelas peculiaridades deste”. No século XVII, portanto, já se pensava desta maneira. Os exemplos continuam com Von Weizaecker: “Corpo e alma não formam uma unidade, mas freqüentam-se”.

No entanto, séculos atrás, Tertuliano dissera: “A alma participa, por solidariedade, da fadiga e da doença” E Austregésilo foi mais além quando afirmou que o psicossoma era uma unidade orgânica e funcional. Segundo ele, nada se passa no corpo sem repercussão no espírito e vice-versa.

Interessante é notar que embora percebendo como se expressavam tantos pensadores, a medicina não se dispunha a aceitá-los francamente.

Na Idade Média, René Descartes revolucionou o mundo com as novas concepções, considerando o corpo como uma máquina, os fenômenos físicos como inteiramente independentes da psique e assim era suscitada a busca de uma causa única para cada enfermidade. Estabelecia-se agora a visão dualista que encontrou por um lado, o respaldo no desenvolvimento técnico-científico, a descoberta do microscópio, a identificação dos bacilos, e por outro, os progressos da bioquímica, da física e dos raios X.

A doença manifestada através de sintomas, deveria ser identificada, agrupando-se e classificando-se os sintomas e ligando-os a uma mesma e única causa. Nas observações clínicas passou-se a valorizar dados pessoais ligados à doença e os sinais físicos apresentados.

Além disso, a psiquiatria sistematizada por Kraepelin, em fins do século XIX, após descrever várias manifestações de entidades mórbidas na área psíquica e classificá-las, relacionando-as às doenças somáticas, foi atingida pelos avanços da Medicina. A psiquiatria tinha também necessidade de se afirmar como ciência, lutando por um reconhecimento que os aspectos genéticos e bioquímicos visariam garantir.

A doença, de início atribuída aos humores, ganha status de entidade mórbida, alheia ao doente e afastada do seu corpo. Na virada para deixar de ser vista como coisa demoníaca, função de maus espíritos, adquire com estes novos caminhos, uma característica independente e particular. Se de uma parte, os progressos da eletrônica, da cibernética e da informática trouxeram inestimáveis benefícios à ciência médica, permitindo esclarecer diagnósticos e viabilizar e agilizar tratamentos, por outra, fixaram cada vez mais a distância entre o homem doente, suas emoções, seus sentimentos, seu humor, seu ambiente, seu trabalho, seu modo de vida.

É o despertar do século XX que começa a sacudir os pilares das teorias previamente consolidadas, a partir da teoria dos “quanta” de Max Plack e até um pouco antes disso, desde os conceitos da dialética hegeliana, o homem não pôde mais ser visto nem considerado sem as suas contradições.

As noções de Heinrodt em 1818, definindo a Psicossomática e relacionando as moléstias somáticas aos aspectos mentais que as causam, contribuiu para correlacionar definitivamente o somático e o psíquico.

Em 1859, Claude Bernard lançou o conceito de meio interno, cuja estabilidade garantiria a condição essencial de vida e um distúrbio na sua regulação, geraria a doença.

Hans Selye em 1936 finalmente concluía que o homem respondia uniforme e inespecificamente tanto a agentes físicos, químicos, quanto aos psicossociais e desse modo introduzia a noção de stress.

Mas é somente a partir do surgimento da Psicanálise que a genialidade de Freud vai permitir a integração do homem como ser unitário e a compreensão dos seus mecanismos de defesa, suas reações às emoções, aos sentimentos, aos traumas, enfim, sua forma de estar no mundo e de adoecer. Contudo, a Psicanálise, foi mais adiante e trouxe como contribuição decisiva, a noção de séries complementares que comprova que as doenças não mantêm mais uma relação de causa – efeito, mas mostram-se determinadas por inúmeros fatores causais, às vezes concomitantes, mas outras, datados de períodos diferentes, da vida dos indivíduos.

O homem tem seu nome próprio e único, individual, tem sua forma particular de estar no mundo, de existir e co-existir. Por isso ele é também ímpar em seu adoecer. Sua enfermidade é sua resposta mais ou menos sofrida, mais ou menos satisfatória a situações de stress, de conflitos de toda ordem a que é submetido. Como cada doença tem, além do seu quadro clínico, uma representação simbólica, ou seja, uma metáfora, e cada órgão possui, do mesmo modo, a sua simbolização, podemos estar certos de que mais que quaisquer outras, as doenças cardíacas são capazes de enriquecer a fantasia dos clientes por serem expressão do

órgão mais vital de todo o corpo. O coração é a sede da vida, do amor, do desespero, do medo e dos tormentos. Não sem razão, dele falam os provérbios – “O que os olhos não vêem o coração não padece”. “Mãos frias, coração quente”. “Longe dos olhos, perto do coração” ou “O coração tem razões que a própria razão desconhece” e até “Quem vê cara não vê coração”.

A poesia e a música utilizam a metáfora constantemente “Meu coração, não sei porquê, bate feliz quando te vê” e os namorados usam e abusam da morfologia anatômica para dizer da sua paixão, encravando-os na madeira dos tampos de mesa de bar, nas árvores e nos bancos dos jardins. Como não se surpreender quando essa fonte de profundos sentimentos, que vive em silêncio dentro do peito, começa a dar sinais de estar enfermo e de que seu funcionamento claudica? E o sintoma que logo surge é a angústia, o sintoma limite entre o psíquico e o somático. Ela é a ponte, a passagem, mas também o impasse, à medida que sua definição é um desafio para a Psicanálise que não pode prescindir da clínica ao tentar elucidá-la, bem como para a Cardiologia, por ser uma das mais freqüentes manifestações das cardiopatias.

A angústia não é um sentimento ou uma emoção ou um afeto qualquer.

No início, para Freud, a angústia foi o resultado da tensão sexual não descarregada como no coito interruptus. Não conseguindo representação psíquica, esse afeto não podia ser simbolizado e manifestava-se no nível do corpo. Depois, Freud passou a considerar a angústia como resultante do recalçamento, para que certas representações psíquicas (idéias ou pensamentos) não penetrassem na consciência, ficando no inconsciente, mas sua quota de afeto sendo desencadeada somaticamente, como afeto transformado. Finalmente a angústia passou a ser considerada sinal de alarme e proteção contra estímulos externos e internos.

Na concepção de Laplanche ela é **clivagem** entre a excitação somática e o desejo psíquico (libido) ou é conflito entre ambos.

De qualquer modo, para a Cardiologia ela é fundamental e mesmo uma das doenças mais comuns desta especialidade, a Angina do peito, é conhecida como Angor Pectoris (angústia do peito).

O aparelho cardiovascular desempenha importante papel na vida psíquica por ser a expressão motora da ansiedade e outros afetos. Tanto as situações mobilizadoras de angústia, stress, emoções violentas podem ocasionar crises de angústia com conseqüências cardiovasculares, às vezes funcionais, às vezes patológicas, como as próprias doenças do aparelho cardiovascular costumam deflagrar crises de angústia por sobrecarregarem um sistema já em si sobrecarregado. Conhecemos sobejamente o sofrimento do paciente em Insuficiência Cardíaca Aguda ou Edema Agudo de Pulmão, nas crises dolorosas do infarto ou episódios de taquicardia. Os quadros de dispnéia intensa costumam sugerir a sensação de morte iminente, bem assim, a dor constrictiva no peito que não consegue afastar o fantasma do aniquilamento. A sensação de sufocação lembra a angústia primitiva do nascimento, quando pela primeira vez, o bebê aprendeu, de forma dolorosa, a respirar. Considerando-se que as emoções despertam ou se associam a alterações circulatórias, os cardiologistas e clínicos se habituaram, em seu trabalho, com o envolvimento psíquico dos pacientes. Esta carga psicológica advém de:

- 1) sintomas - o começo abrupto, as sensações de dispnéia, tonturas, dor constrictiva no peito ou mandíbula e palpitações.
- 2) ansiedade – causada pelo episódio agudo
- 3) ameaça contida no diagnóstico – medo da invalidez e, sobretudo, da morte
- 4) medo do tratamento doloroso, internação e limitações
- 5) situações crônicas – a) crianças com cardiopatias congênitas ou reumáticas acabam muitas vezes produzindo nos pais, uma série de condutas permissivas, devidas aos sentimentos contraditórios de amor, rejeição, pena e culpa que culminam por contribuir para a formação de indivíduos neuróticos, arredios ao convívio ou difíceis de se ajustarem por se tornarem excessivamente egoístas, exigentes e intolerantes para com os demais.
- b) já no que concerne aos adultos, muitas pessoas passam a temer ou até evitar o ato sexual pela dispnéia que o esforço ocasiona, mas vivem o conflito entre o medo e o impulso sexual.
- 7- os antihipertensivos podem produzir impotência e são causa freqüente de queixas, insatisfação e abandono da medicação, por parte dos pacientes.

8 – pacientes com indicação cirúrgica. De modo diferente do que acontece em outras especialidades cirúrgicas, esses pacientes vivem, durante a realização dos exames prévios, a expectativa de não necessitarem se operar, por um lado, e o desejo de serem operados, por outro. Esta fase de espera do “veredicto” evidencia o conflito entre desejar e temer a cirurgia. Há os que realisticamente aceitam as cargas da doença, mas não suportam as limitações, considerando na cirurgia, a possibilidade de voltar à vida anterior e aqueles nos quais a dependência aumentou e agarram-se a essa possibilidade de continuar sendo “mimados e protegidos”, temendo perder, com a cirurgia, esse benefício e terem que voltar à vida normal e à independência, exigência e encargos anteriores.

Chamarei de Herr Dankbarkeit a um homem de 55 anos, alemão de origem. Tinha vindo para o Brasil, pouco antes da II Guerra Mundial. Fugia dos maus tratos do padrasto aos 12 anos e viera como embarcado de um navio cargueiro, deixando a mãe e a irmã em Hamburgo. Aqui tinha conseguido emprego como ajudante, espécie de office-boy, numa firma germânica, quando o Brasil entrou na guerra e ele foi detido no Rio de Janeiro, por ser alemão. Poucos dias antes conhecera Amélia, mulata bonita e de classe burguesa, com quem estava de namoricos. Ela o tirou da cadeia com a influência do pai e o levou para morar com a família, por uns tempos. O namoro evoluiu para noivado e casamento gerando duas belas filhas. Trabalhava já há oito anos numa firma de importação, quando conheceu uma jovem sueca por quem se apaixonou. Neste período (naturalmente estes fatos fugiam ao conhecimento dos cardiologistas que o atendiam), teve um infarto antero-lateral extenso que ocasionou a cirurgia de revascularização. Apesar do sucesso da cirurgia e das respostas aos testes ergométricos e demais exames de avaliação continuava a apresentar dor precordial e taquicardias. Passei a atendê-lo exatamente no momento em que deixava a Cardiologia para dedicar-me inteiramente à psicanálise.

Começamos as sessões e após algum tempo surgiu um significante curioso (hoje posso chamá-lo assim) para Herr Dankbarkeit, sempre muito reservado sobre suas questões mais íntimas - o número 6 (seis) que aparecia em seus sonhos, nos belos desenhos que fazia e trazia para me mostrar. Numa das vezes em que me trouxe um desenho com vários seis, eu repeti alto, em alemão, o nome do número **Sechs**. Na mesma hora que o pronunciei me dei conta de que **Sechs = seis** tem em alemão a mesma pronúncia de outra palavra **Sex = sexo**.

A partir daí, evidenciou-se que as crises eram inconscientemente a forma que ele utilizava para evitar o intercurso sexual com a mulher que temia pela sua saúde e aceitava a continência sexual sem criar dificuldades para ele. Embora desejasse muito a separação, Herr Dankbarkeit não podia suportar a idéia de ingratidão que o assolava, só de pensar em abandonar a mulher, ele que era pessoa de rígidos princípios morais. À medida que sua terapia avançava, as crises foram rareando e depois de um ano não apresentava mais intercorrências clínicas e resolveu separar-se.

Há ainda aqueles muito deprimidos pelas limitações ou invalidez, que consideram a cirurgia um “suicídio sancionado” e a melhor solução, a morte. Vão à cirurgia para se verem livres do sofrimento, para morrer. Em outras oportunidades, aceito para a cirurgia, o paciente intensifica o conflito entre o desejo e o medo da operação e pode lançar mão de mecanismos drásticos de defesa, como a imobilização para evitar o medo da desintegração, a beligerância, última tentativa de vencer a fragilidade, a excitação ou elação, para encobrir o medo, a depressão e a negação desesperada quando nos últimos instantes que precedem a cirurgia utiliza manobras para retardá-la. Ainda pode ocorrer a total falência de mobilização dessas defesas, com crises de pânico nas quais o paciente pensa que o coração pode parar e ele pode morrer durante a operação. Em casos mais extremos, podemos observar manifestações histéricas e até psicóticas como alucinações, despersonalização e sintomas paranóides ou depressivos graves. Mas essa sintomatologia pode vir após a cirurgia, agravada pelo trauma cirúrgico, anestesia prolongada, hipotermia ou alterações da imagem corporal.

Na convalescença aparecem ainda sintomas somáticos de correspondência psíquica: dores intratáveis, fraqueza extrema, distúrbios do afeto e do sono, inapetência, dispnéia paroxística e paresias.

Alguns enfermos reagem tardiamente de forma curiosa, com a sensação de serem heróis, comentando e mostrando com orgulho, desde as imagens das próteses valvulares, até as cicatrizes, disputando com outros safenados, o número de pontes que cada um possui.

Mas eu prometi falar de um encontro. Encontro que tem sido para mim, motivo de muita reflexão. Tantas vezes me fiz esta pergunta e embora não a possa responder com exatidão, não me canso de repeti-la porque é uma das razões principais da minha vida. Durante muito tempo eu dizia que “trocara a coração pela razão” ao deixar a Cardiologia pela Psicanálise. Repetia isso e essa resposta me satisfazia e fazia rir aos outros, até que um dia, um amigo me chamou a atenção “Você não trocou o coração pela razão, continua mais do que nunca com ele”. Parei para pensar. Não é que ele tinha dito a maior verdade? Voltei ao ponto de partida. E então? É troca ou encontro o que me aconteceu? Haveria algo de comum nestas escolhas? Por fim, a observação de outro amigo (ai de nós se não fossem os amigos!), ao olhar uma das minhas bobagens/colagens, divertimento de fins de semana sem maiores pretensões artísticas, começou a “ver coisas” no quadro.



Olhou no canto à esquerda a dedaleira (a digitalis lanata) planta da qual se fabrica a medicação básica da cardiologia durante séculos, a digital. Viu a cóclea, o ouvido interno, o relógio que marca o tempo e o divã. Um pouco mais acima a cavalgada no cavalo alado, metáfora da análise. O teclado estava à esquerda do quadro, abaixo e os comprimidos não eram ausentes. O coração entregue de uma mão a outra e um **cinto** que disse ele brincando, é palavra homófona de **SINTO**, como se quisesse reafirmar a simbologia do coração.

E concluo que existe, sim, um ponto comum entre a Cardiologia e a Psicanálise - um ponto anatômico – o OUVIDO. Num outro registro são os **sons, A ESCUTA**. Comecei a pensar na linguagem da Cardiologia – **o ruflar de abertura da válvula mitral, o ritmo de três tempos, o galope, as extrassístoles bigeminadas, sincopadas. Sopros** de todos os tipos **em maquinaria, em gaiyota**.

Percebi quanto ela era musical, de repente me dei conta de todas as minhas escolhas Neste (en)canto, o (en)contro do **OUVIR, do ESCUTAR e produzir sons, FALAR, TOCAR**, as línguas que me seduzem. O mister do psicanalista, o ouvido do cardiologista, para os dois. Cardiologista e psicanalista, no mesmo órgão, em linguagens diferentes e a minha paixão pela música, o teclado.

Por fim, percebi que mesmo me afastando da Cardiologia, deixei meu coração aos cuidados de um cardiologista.

Por isso sei que o (en) contro é possível e o (en)canto é lindo e por causa de ambos estou hoje aqui.

NOTA

\*Psicanalista, membro do Círculo Psicanalítico da Bahia.

**Uniterms:** psychosomatic – anxiety – sounds – auscultation – listening.

**Abstract:**

The connection between Cardiology and Psychoanalysis lie on anxiety on one hand, and sounds, on the other. Trying to draw her own profession way, the author brings to light the intersection and relations of the two fields of knowledge on a clinical and, at the same time, poetical way.

BIBLIOGRAFIA

ARIETI, Silvano Org. American Handbook of Psychiatry Vol.II. New York: Basic Book Inc. Publishers. 1959.

BALINT, Michael. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu. 1971.

FREUD, Sigmund. Obras Completas ESB Vol.XIV Os caminhos da formação dos sintomas. Rio de Janeiro: Imago. 19

FREUD, Sigmund. Obras Completas ESB Vol. XIV – A ansiedade. Rio de Janeiro: Imago. 19

FREUD, Sigmund. Obras Completas ESB Vol.XX. Inibição, Sintoma e Angústia. Rio de Jnaeiro: Imago. 19

MELLO Filho, Julio de (e col). Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.

PERESTRELLO, Danilo. A medicina da Pessoa. Rio de Janeiro: Atheneu. 1974.

SONTAG, Susan. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1984.