

Questões contemporâneas - 03



PRINCIPAIS TÉCNICAS DA PSICOLOGIA MÉDICA

Guilherme de Andrade Salgado

Psicólogo. Mestrando em Psicologia Clínica pela PUC-RJ. Membro Provisório da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro. Colaborador-Assistente do Centro de Medicina Psicossomática da Santa Casa – RJ. E-mail: guilherme.asalgado@yahoo.com.br.

Flavia Sollero de Campos

Psicóloga clínica. Doutora em Psicologia Clínica PUC-Rio. Professora adjunto do Departamento de Psicologia PUC-Rio. E-mail: fsollero@uol.com.br.

Resumo: O encontro entre médico e paciente é muito mais do que um mero procedimento protocolar. A necessidade de estabelecer e manter uma relação de qualidade continua sendo um imperativo. A Psicanálise pode contribuir para se lidar com a subjetividade inerente ao trabalho em saúde, ao assinalar que o aprendizado da clínica vai além dos seus aspectos cognitivos. O presente artigo visa rerepresentar três das principais técnicas educacionais e assistenciais utilizadas na área da Psicologia Médica. Para isso, buscará conceitos fundamentais da Psicanálise – Transferência e Contratransferência - visando demonstrar sua pertinência no desenvolvimento dessas técnicas.

Palavras-chave: Psicologia Médica. Técnicas. Transferência. Contratransferência.

MAIN TECHNIQUES IN MEDICAL PSYCHOLOGY

Abstract: The meeting between doctor and patient is much more than a mere protocol procedure. The need to establish and maintain a quality relationship remains necessary. Psychoanalysis can contribute to address the inherent subjectivity of health work by noting that clinical learning goes beyond its cognitive aspects. This article aims to present three of the main educational and assistance techniques used in Medical Psychology. For this, he will use some fundamental concepts of Psychoanalysis - Transference and Countertransference - and will try to demonstrate its pertinence in the development of these techniques.

Keywords: Medical Psychology. Techniques. Transference. Countertransference.

Introdução

O encontro entre médico e paciente é muito mais do que um mero procedimento protocolar. Esse momento, onde aquele que sofre e quem se disponibiliza a atendê-lo estabelecem uma relação, possui infinitas nuances e particularidades. Por sua vez, a Revolução Tecnológica do último século contribuiu, em grande escala, para o distanciamento entre essa dupla. Esses avanços tecnológicos trouxeram a cura para inúmeras doenças, melhoria excepcional na coleta e leitura de dados laboratoriais e, com isso, também ajudaram a fazer dos médicos uma espécie de profissionais puramente técnicos.

Porém, a necessidade de estabelecer e manter uma relação de qualidade continua sendo fundamental para médicos e pacientes. O primeiro interesse de ambos é em prol da diminuição dos sintomas e consequente cura – e não poderia ser diferente. Sem negar essa afirmativa, pode-se postular que o estudo da relação médico-paciente e a intervenção sobre a mesma servem, em última análise, para aperfeiçoar o tratamento daqueles que sofrem e evitar ocorrências prejudiciais à saúde do próprio médico e da equipe em geral. O presente trabalho, reconhecendo a importância do estudo da equipe de saúde como um todo e a maior interação necessária entre diversas áreas de saúde no ambiente hospitalar, se debruçará apenas sobre o aspecto relacional entre médicos e seus pacientes.

Temas como o acompanhamento de longo prazo dos pacientes com doenças crônicas (que constituem um crescente contingente) provocam na equipe de saúde, e na relação médico-paciente em particular, um imenso desafio, qual seja, como respeitar os limites do paciente, sem ferir sua autonomia, mas também sem incorrer no que Balint (1988) chamava de “função apostólica” do médico.

Por sua vez, existe um dilema não mencionado entre escolha do paciente e cuidado médico (MOL, 2008). Podemos pensar que a recusa de algum aspecto do tratamento proposto pelo médico pode ter seu aspecto positivo, no sentido de implicar o paciente como autônomo e desejante (“Não quero isso, a vida assim não vale a pena...”). Porém, Mol assinala que a possibilidade do paciente escolher, ter autonomia, nem sempre caminha no sentido de um bom cuidado de saúde, o que constitui um difícil dilema para o médico. Para a autora, não se trata de fazer boas escolhas individuais, mas é algo que emerge da colaboração e busca de integração entre o conhecimento e as tecnologias disponíveis para o tratamento de um paciente. Essa integração se dá na relação com a equipe de saúde e, especialmente, com o

médico, que procura idealmente ajudar o paciente a ajustar de maneira criativa tecnologias e procedimentos adequados à sua vida diária. E aqui torna-se fundamental a qualidade da relação médico-paciente.

A importância de uma sistematização teórica e prática a respeito dessa relação reside na necessidade, cada vez mais flagrante, de uma (re)humanização da Medicina. Nesse sentido, passou-se a utilizar a expressão “Medicina Centrada no Paciente” como uma “revolução do método clínico”, cujas origens encontram-se na “antiga escola de medicina de Cos” (RIBEIRO & AMARAL, 2008, p. 91).

Porém, os profissionais da área médica, cercados pela urgência de diagnósticos rápidos, confirmações através de exames complementares e alta demanda de atendimentos, acabam por manter o foco do pouco tempo disponível para verificar sinais e sintomas, encontrar as causas da doença e direcionar o tratamento profilático e/ou medicamentoso. Essa forma de se fazer Medicina está baseada no modelo biomédico que, embora tenha ajudado a introduzir importantes avanços nessa ciência, contribuiu para um olhar mais voltado à doença e não ao doente com sua dimensão subjetiva (RIBEIRO & AMARAL, 2008).

Por sua vez, com o advento da Psicanálise, foi possível conhecer conteúdos inconscientes influentes nas relações humanas, onde se incluem as relações formadas na prática da Medicina. No decorrer do século XX, os psicanalistas desenvolveram teorias sobre as relações entre psiquismo e corpo, buscando entender os adoecimentos físicos e suas prováveis origens inconscientes. Esta visão propiciou a construção de várias teorias de psicossomática psicanalítica (FERRAZ, 2005; VOLICH, 2010).

Numa versão diferenciada, mas atendendo às mesmas preocupações teóricas, Michael Balint, já numa concepção psicanalítica da estruturação psíquica a partir das relações de objeto, começa a investigar a importância da relação médico-paciente nos processos de cura.

Esse trabalho busca rerepresentar, na vertente da pesquisa sobre a importância do vínculo entre médico e paciente, as principais técnicas utilizadas pela Psicologia Médica, entendida como o estudo da relação médico-paciente, a psicodinâmica da equipe de saúde e os fatores psicossociais do contexto familiar (EKSTERMAN, 2010). Inicialmente será necessário apresentar, de maneira sintética, os conceitos de Transferência e

Contratransferência, pois os principais trabalhos dentro da área da Psicologia Médica basearam-se no conhecimento da dinâmica transferencial-contratransferencial para se desenvolverem.

Sabemos, também, que falar em Psicologia Médica significa passar pelo vasto campo da Psicossomática. De acordo com Eksterman, a Psicossomática é o produto da tentativa da Psicanálise de intervir na patologia somática buscando a compreensão sistêmica das doenças orgânicas. Nesse sentido, a Psicologia Médica, enquanto braço clínico da Psicossomática Psicanalítica, busca operacionalizar seus conhecimentos teóricos com o objetivo de melhor atender os doentes do corpo, atuando inclusive na sua relação com a equipe de saúde e com a família (EKSTERMAN, 2010).

Existem três importantes recursos técnicos fundamentais para o desenvolvimento da Psicologia Médica, todos com intensa influência psicanalítica. Primeiro, o trabalho de Michael Balint apresentado em seu livro “O médico, o seu doente e a doença”, de 1957. O psicanalista húngaro pode ser considerado o primeiro a se dedicar ao estudo das relações médico-paciente e fazer propostas paradigmáticas para a área - até hoje colocadas em prática.

Outras duas principais técnicas da Psicologia Médica vieram da América do Sul. Com Isaac León Luchina e colaboradores surgiu o conceito de “Interconsulta” que, embora atualmente esteja desviado de seus propósitos iniciais, visava que profissionais integrantes da equipe de saúde, conhecedores da psicodinâmica desvendassem, através do diálogo clínico, possíveis dificuldades presentes no ato médico (FERRARI, LUCHINA & LUCHINA, 1971).

No Rio de Janeiro, encontramos outra ferramenta essencial para se conhecer melhor a relação entre doentes e médicos, além de contribuir para a humanização da Medicina. Criada por Abram Eksterman em 1974, a História da Pessoa (PERESTRELLO, 2006) caracteriza-se como uma anamnese não dirigida, desenvolvida através de um diálogo clínico o mais espontâneo possível entre o médico e seu paciente.

Essas três ferramentas técnicas, de utilização assistencial e educacional, sustentam, na nossa opinião, a Psicologia Médica de base psicodinâmica. Para serem desenvolvidas, como já dissemos, todas se basearam, principalmente, nos conceitos de Transferência e Contratransferência. Precisamos, então, elucidar alguns pontos sobre os mesmos.

Transferência e Contratransferência: algumas noções

Desde muito cedo em sua obra, Freud se preocupou em desvendar os aspectos subjacentes à relação entre paciente-analista, tendo assegurado a importância da figura do terapeuta no desenvolvimento do tratamento analítico. É justamente ao falar sobre os fenômenos que aparecem nessa relação que Freud, pela primeira vez, utiliza a palavra “transferência”, ainda com puro sentido de deslocamento. O autor nos mostra que:

“(o obstáculo ao tratamento pode surgir) se a paciente assustar-se ao verificar que está transferindo à figura do médico as ideias aflitivas que surgem do conteúdo da análise. Esta é uma ocorrência frequente e, na realidade, em algumas análises, regular. A transferência ao médico verifica-se através de uma falsa ligação” (FREUD, 1895/1974, p. 360).

Uma falsa ligação seria, resumidamente, a rigor, uma nova ligação - e, portanto, falsa; não original - entre a figura do analista e o afeto que outrora estava ligado, por parte do doente, a um objeto diferente e importante em sua vida. No curso de uma análise, a figura do analista seria a receptora, atualizada no tempo-espaço, desses afetos do passado.

Adiante, em 1905, no “Pós-escrito” do trabalho sobre Dora, Freud relata a importância clínica de reconhecer e lidar com a Transferência, tida por ele, nesse momento, como “uma classe especial de estruturas mentais, em sua maior parte inconscientes” (FREUD, 1905/1974, p. 113):

Que são transferências? São as novas edições, ou fac-símiles, dos impulsos e fantasias que são criados e se tornam conscientes durante o andamento da análise (...) substituem uma figura anterior pela figura do médico. Em outras palavras: é renovada toda uma série de experiências psicológicas, não como pertencentes ao passado, mas aplicadas à pessoa do médico no momento presente.

Ao discutir o caso, o autor demonstra a importância da Transferência na teoria e prática psicanalítica ao afirmar que a mesma, embora pareça uma grande barreira ao desenvolvimento da análise, mostra-se como sua principal parceira desde que percebida e levada ao conhecimento do paciente (FREUD, 1905/1974). Além disso, ele postula que a Transferência não é criada pela relação analítica, mas sim que a mesma a revela.

Quando situou a Transferência como uma resistência e ao mesmo tempo como o canal por onde, obrigatoriamente, passaria a obtenção da cura, Freud abriu o caminho para os estudos dos aspectos psicológicos envolvidos na relação criada pelo tratamento psicanalítico.

Nos artigos sobre técnica, dos anos 10 do século XX, há nítido interesse pela ampliação e consolidação da Transferência como ferramenta clínica. Ao separar os modelos transferenciais entre Positivos ou Negativos, Freud decanta aqueles que seriam úteis ao tratamento daqueles que estariam a serviço da resistência. Adiante, situando o conceito dentro do fenômeno da Repetição, Freud sugere que o trabalho analítico deve ser o de sustentar esse processo repetitivo no trabalho clínico para então, através da interpretação, poder integrar afetos e representações do passado à Consciência, ou melhor, elaborar ao invés de repetir (FREUD, 1914/1974).

Havendo inúmeras contribuições ao conceito posteriores a Freud, ressaltamos principalmente a consolidação da Transferência como primordial na Técnica Psicanalítica (MENNINGER & HOLZMAN, 1973; GREENSON, 1979). Com o passar das décadas e a evolução da Teoria Psicanalítica, a Transferência transformou-se em tema abrangente. Interessa-nos, nesse momento, o processo básico em geral, não suas peculiaridades e desdobramentos.

Mas não é apenas por parte do paciente que certos conteúdos emergem. A Contratransferência, em Freud, mostra-se como um conceito pouco investigado e pouco desenvolvido. E mais, tido apenas como resistência do terapeuta, uma espécie de barreira ao trabalho resultante de conteúdos inconscientes do analista, (re)ativados na relação com o analisando. Quando aparece, pela primeira vez em 1910, no trabalho “As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica”, temos:

“Tornamo-nos cientes da contratransferência, que surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes (...) notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas, e, em consequência, requeremos que ele (o analista) deva iniciar sua atividade por uma autoanálise” (FREUD, 1910/1974, p. 130).

Para contrapor Transferência - como fenômeno importante e indissociável da prática clínica - ao processo de Contratransferência, Freud (1912/1974) assegura que a última é prejudicial, caracterizando-se como resposta inconsciente do analista ao material também inconsciente do analisando. Propõe, então, que ela deve ser superada, através da análise do próprio analista, confirmando sua visão negativa sobre fenômeno.

Outros autores dão maior importância à Contratransferência e a terão como conteúdo de importância técnica para o trabalho psicanalítico. Desde Ferenczi, há interesse pelos sentimentos do analista e o que eles podem trazer à análise. Se para Freud era imperativo aos profissionais não abandonarem a neutralidade (FREUD, 1915/1974), Ferenczi rompe com esse pensamento ao propor que os analistas devem deixar de lado a pose produzida, uma vez que os pacientes têm capacidade de percebê-la (FERENCZI, 1928/2011). Ele inicia, portanto, uma investigação a respeito do fluxo de material inconsciente em trânsito na clínica psicanalítica, afastando-se da noção do analista como o profissional neutro que deve desvendar o inconsciente do doente, única força que deveria ser considerada na relação até então.

Podemos considerar Paula Heimann (1899-1982) e Heinrich Racker (1910-1960) como expoentes do *boom* dos estudos sobre a Contratransferência. Ambos contemporâneos e imigrantes da Polônia, ela se estabeleceu na Inglaterra, enquanto ele fez sua residência na Argentina. É interessante notar que seus principais trabalhos sobre o tema foram publicados com diferença de poucos anos - numa época em que quase não havia diálogo possível entre eles devido às dificuldades geográficas e de comunicação - o que denota que ambos seguiram caminhos muito parecidos a partir dos estudos teóricos e práticas clínicas próprias.

Paula Heimann sempre defendeu a ideia da Contratransferência como instrumento de pesquisa do inconsciente do paciente. Ao lançar, em 1949, o primeiro artigo no qual trata do tema, Heimann subverte a ordem psicanalítica europeia estabelecida até então: de negada a Contratransferência passa a ser debatida e considerada indispensável no trabalho terapêutico.

A situação analítica tem sido investigada e descrita de muitos ângulos e existe uma concordância geral quanto ao seu caráter único. Mas minha impressão é que não tem sido ressaltado, de maneira suficiente, que se trata de uma relação entre duas pessoas (HEIMANN, 1950, p. 73, tradução própria).

Ainda no mesmo trabalho, a autora diz que “se o analista tentar trabalhar sem consultar os sentimentos, suas interpretações são pobres” (HEIMANN, 1950, p. 74, tradução própria). Surge, então, uma inovação teórica trazida pela autora: ela passa a considerar que todo e qualquer afeto vivenciado pelo analista deve ser considerado de ordem contratransferencial.

Heinrich Racker propôs em seu trabalho *A neurose de contratransferência*, de 1948, que o tema em questão era um tabu no Movimento Psicanalítico. O autor considera a inexistência de estudos mais aprofundados sobre o tema como uma forma de defesa dos próprios analistas contra o aparecimento, inerente na prática profissional, de conteúdos inconscientes que poderiam fazer emergir marcas pessoais muito sensíveis e dificultar o processo terapêutico. E diz:

Pouco foi escrito ou falado sobre a contratransferência. Em minha opinião isso é devido, pelo menos em parte, a uma resistência. Parece que entre os temas analíticos, a contratransferência é tratada como um filho de quem os pais se envergonham (...). A situação profissional só reveste, com novos termos, antigos impulsos, imagens e angústias (RACKER, 1982, p. 107).

Ao caracterizar a Contratransferência como um fenômeno inerente ao campo psicanalítico e uma ferramenta técnica, Racker se coloca ao lado de Heimann e contribui para o fortalecimento de uma noção bipessoal da terapêutica psicanalítica. Aquilo que se passa na relação analista-analisando é formado por conteúdos pertencentes a ambos e depende do bom destino dado aos mesmos.

Temos, então, que os estudos sobre Transferência e Contratransferência permitiram observar a importância da relação clínica, com seus aspectos inconscientes atuantes e permanentemente influenciando o trabalho. Em suma, os dois conceitos se destacaram, e mantêm-se, assim, como processo mental geral em todos os seres humanos em contato com outro ser humano, e, na clínica, fortemente estudados nas organizações *borderlines*, assunto complexo, impossível de ser analisado aqui e alvo de maiores investigações no futuro.

Na prática médica, o fenômeno transferencial-contratransferencial se faz presente e pode constituir tanto um auxílio como um obstáculo ao tratamento, pois conteúdos inconscientes mostram-se atuantes, direcionando o trabalho. Assim, a dinâmica transferência-contratransferência, na Medicina, pode ser tanto terapêutica, se bem manejada, como iatrogênica, no caso oposto. E a Psicologia Médica se debruça justamente sobre esse duplo caráter dos aspectos psicológicos da relação médico-paciente.

Psicologia Médica: trabalho na relação assistente-assistido

Uma dúvida muito comum a respeito da Psicologia Médica é sobre suas semelhanças com o campo conhecido como Psicologia Hospitalar. Tal dúvida pode ser dissipada com a

diferenciação dos objetivos básicos de cada uma e das ferramentas utilizadas para se alcançar seus objetivos.

A Psicologia Hospitalar é o trabalho psicológico de atendimento, principalmente, a pacientes e familiares, buscando auxiliar a ambos durante o período de adoecimento no contexto hospitalar, lançando mão de diferentes correntes teóricas sobre o funcionamento mental, que variam desde as organicistas às psicodinâmicas.

Já a Psicologia Médica busca, primordialmente, prevenir a iatrogenia na relação equipe-paciente. A palavra vem do grego *iatro* = médico + *geno* = gênese, origem; e por iatrogenia entende-se as mudanças - incluindo novas doenças - decorrentes do ato terapêutico imerso em conteúdos irracionais. Tal processo é encarado como um dos fatores que devem ser levados em consideração ao longo da prática assistencial, pois trata-se de um desencadeador de doenças orgânicas e conflitos mentais. Em resumo, a Psicologia Médica é o desenvolvimento e operacionalização de conceitos psicodinâmicos dentro do ambiente hospitalar, especificamente com o objetivo de intervir diretamente na relação estabelecida entre os agentes de saúde, seus doentes e a família.

De posse das noções básicas dos conceitos supracitados, poderemos apresentar suas influências naquelas que chamaremos de técnicas básicas na Psicologia Médica. Inicialmente, devemos alertar que se trata dos mesmos processos, mas não trabalhados da mesma forma.

A Psicanálise tem como uma de suas bases o manejo da transferência e utiliza a interpretação como método primordial. Como apresentamos no presente artigo, essa orientação não é exclusiva, na medida em que também se reconhece a importância dos aspectos contratransferenciais na dimensão da relação psicanalista e cliente. Por sua vez, a Psicologia Médica reconhece a existência tanto da dimensão transferencial-contratransferencial quanto dos conceitos fundantes da teoria psicanalítica, porém abstém-se de utilizá-los em termos de interpretações diretas do material que se apresenta ao longo do tratamento, na relação médico-paciente. Nesse caso, uma das prioridades consiste em identificar os aspectos relevantes da relação e intervir no sentido de localizar e dissipar, na medida do possível, os conteúdos transferenciais e contratransferenciais ali presentes e que podem prejudicar sua qualidade.

O Grupo Balint

Michael Balint (1896 – 1970), médico nascido na Hungria, fez sua formação psicanalítica com Sándor Ferenczi, cunhou o termo “Falha Básica” e desempenhou importante trabalho, especialmente, no que diz respeito ao estudo e tratamento de pacientes gravemente regredidos. Em virtude do objetivo do presente trabalho, será dado foco apenas às suas contribuições relacionadas à prática assistencial médica.

Com seu trabalho na Clínica Tavistock, em Londres, como supervisor de grupos clínicos, Michael Balint deu importância às relações entre os médicos e seus pacientes. Essa se tornou uma de suas influências mais notáveis, sendo o seu livro “O médico, o seu doente e a doença”, publicado pela primeira vez em 1957, uma das principais contribuições à área.

Tal livro tem como objetivo analisar aspectos presentes na relação entre o médico e seu paciente. Já nas primeiras páginas da obra, ao dissertar sobre os resultados das reuniões realizadas na Tavistock, Balint escreve aquela que seria uma de suas frases mais importantes: “A discussão revelou rapidamente que a droga mais utilizada na clínica era o próprio médico” (BALINT, 1988, p. 1). E, mais à frente, continua dizendo que “do ponto de vista psicológico acontecem mais coisas entre o paciente e o médico do que se lê nos livros texto” (BALINT, 1988, p. 2). Para ele, todo médico propicia psicoterapia a seus pacientes e, em virtude disso, deve estar bem preparado para desempenhar tal função.

Balint diz que o objetivo proposto no trabalho é dar subsídios e ajudar os médicos a conseguirem maior sensibilidade diante do processo que se desenvolve na mente dos pacientes, a nível consciente ou inconsciente, quando estão junto a eles (BALINT, 1988).

A teoria de Balint versa, entre outros pontos, sobre a maneira pela qual as doenças são apresentadas pelos doentes aos seus médicos. Diante desse movimento, caso não estejam preparados para lidar com a oferta, os profissionais de saúde podem vir a deixar de lado certos aspectos importantes, contribuindo para a manutenção do estado patológico. Para o autor, o médico sempre será mais ou menos iatrogênico e o que importa é ter isso em sua consciência.

As motivações para “aceitar” ou não aquilo que lhe é dado vêm em virtude de aspectos inconscientes, irracionais, da ordem da Contratransferência. Cabe ao médico reconhecer, com a ajuda dos grupos de discussão, aquilo que emana de si mesmo na forma de atitudes ineficazes ao tratamento e, mais do que isso, ser capaz de identificar as características pessoais do doente, não apenas sua doença (BALINT, 1988).

A técnica desenvolvida para preparar os médicos diante das dificuldades citadas, conhecida como Grupo Balint, consiste na discussão, a nível grupal, das experiências vividas pelos membros da equipe de saúde. Com a ideia - advinda de sua experiência como médico/psicanalista - de que qualquer ato envolvendo seres humanos possui a ocorrência de sentimentos cuja aparição pode ser iatrogênica, Balint estimulava que os profissionais discutissem e analisassem os sentimentos que emergiam na relação com seus colegas e pacientes, com o objetivo de otimizar o trabalho e o processo de cura dos doentes, bem como facilitar o manejo e as relações entre a equipe.

Grupo Balint é a reunião destinada a diagnosticar e elaborar tensões irracionais que perturbam a tarefa assistencial, impedindo a sua realização de forma eficaz e adequada. Tem objetivo educacional e assistencial. Sobre o treinamento dado aos médicos, Balint diz:

Todo o treinamento era levado a efeito discutindo os relatos clínicos gerais sobre seus pacientes no grupo, composto de seus colegas que tomavam parte no curso. O material mais importante usado é a Contratransferência do médico, quer dizer, a maneira na qual ele usa sua personalidade, suas convicções científicas, seus padrões de reação automática, etc. (BALINT, 1988, p. 260).

Ou seja, para o autor, a Contratransferência seria caracterizada pelo conjunto de reações do médico ante seu paciente, e entendê-la seria o caminho para a otimização do trabalho. Verificamos, portanto, a proximidade dessa noção com os postulados apresentados anteriormente, remetidos a autores como Heimann, Racker e outros.

A Interconsulta

A contribuição do psicanalista argentino Isaac L. Luchina à Psicologia Médica diz respeito à observação e intervenção, através de diálogo clínico, junto a médicos cujas atitudes para com seus pacientes estariam sendo motivadas, principalmente, pelo processo conhecido como Identificação, o que torna seu ego e o do paciente pouco distintos e contribui para consequências graves (FERRARI, LUCHINA & LUCHINA, 1971).

Na introdução de seu livro, o autor afirma que o campo dinâmico genericamente chamado de relação médico-paciente “é constituído pelos fenômenos transferenciais do paciente e contratransferenciais do médico” (FERRARI, LUCHINA & LUCHINA, 1971, p. 13. Tradução própria). Verifica-se, portanto, a importância dada à dinâmica transferência-contratransferência existente na prática médica que, embora normal e esperada, pode se configurar como agravante dos estados de doença. O procedimento de Interconsulta focaliza,

portanto, as intercorrências irracionais na relação médico-paciente e nos demais espaços assistenciais. Para o autor:

A tese que esse livro sustenta é a de que as Interconsultas aparecem devido a situações de conflitos não suficientemente explicitadas, nas quais estão incluídas em maior ou menor medida tanto o paciente como seu médico e a instituição que os abriga (FERRARI, LUCHINA & LUCHINA, 1971, p. 16. Tradução própria).

Para Mello Filho, o argentino Luchina e sua equipe:

Aponta duas dissociações clássicas em medicina: mente-corpo e doença-doente. É graças à segunda que o médico mantém a primeira, tratando a doença e isolando o doente com todas as suas problemáticas mentais (MELLO FILHO, 1979, p. 97).

Não apenas os médicos são depósito dos fluxos inconscientes do paciente, mas também sua família e a estrutura hospitalar. Para Luchina, Interconsulta caracteriza essa atuação, ou seja, a análise - onde participam profissionais das várias áreas mobilizadas - do conjunto de fatores que envolve o momento adoecido do paciente, o qual se encontra em cuidado de médicos e da família, dentro de um espaço específico, o Hospital. O que seria, então, uma Interconsulta exitosa? Luchina e seus colaboradores explicam:

Consideramos que uma Interconsulta foi exitosa quando conseguiu ampliar seu objetivo diagnóstico-terapêutico e quando seus efeitos se sentem sobre toda a situação clínica, que inclui todos os personagens envolvidos na consulta; (É exitosa) quando diagnostica o bloqueio da relação médico-paciente, localiza e repara ou restaura o vínculo, o qual permitirá uma nova fluidez na comunicação e dará ao médico a possibilidade de continuar com êxito sua tarefa técnica (FERRARI, LUCHINA & LUCHINA, 1971, p. 59. Tradução própria).

Ou seja, a Interconsulta tem como objetivo reconhecer e atuar, principalmente, em cima de fluxos contratransferenciais que podem estar atrapalhando o bom andamento da assistência. Esses fluxos de irracionalidade na prática médica contribuem para a piora ou morbidez do quadro clínico (EKSTERMAN, 1980).

Em relação ao Brasil, o que é feito com o nome de Interconsulta foge substancialmente à origem do termo. O trabalho desempenhado com esse nome tem muito mais proximidade com o processo conhecido como Psiquiatria de Ligação, termo amplamente desenvolvido por George Engel em seus trabalhos desenvolvendo o modelo biopsicossocial (1977). Também é comum que se apresente o termo Interconsulta como a conversa entre psicólogo/psiquiatra e médico para saber como está sendo desenvolvido o tratamento e o prognóstico, deixando de lado o cuidado em se perceber ocorrências de ordem inconsciente na

relação médico-paciente¹. A dimensão psicológica inconsciente da dupla assistente-assistido é mantida afastada, focalizando primordialmente o material consciente que dali emerge. Não se deve descartar a necessidade e utilidade de tal forma de proceder, mas essa forma de intervenção demonstra uma perda da especificidade do termo tal como foi concebido em sua origem.

A Medicina da Pessoa e a História da Pessoa

No Brasil, alguns psicanalistas se destacaram nos trabalhos com pacientes afetados por doenças orgânicas e nos estudos sobre a relação criada entre os agentes de saúde e os doentes. As pesquisas de Danilo Perestrello o levaram a considerar que não seria possível falar em doenças psicossomáticas, pois, nas suas palavras:

Sendo o Homem um todo psicossomático, todas as doenças são psicossomáticas (...). Assim, o que se pode dizer é que todas as doenças são antropogênicas. Dependem substancialmente do Homem e é o próprio Homem quem as faz (PERESTRELLO, 2006, p. 56).

Em seu principal trabalho, o autor afirma que “Medicina da Pessoa” é o termo ideal para expressar a interação entre médico e doente. Para ele, essa terminologia mostra que, “em vez de se ver o organismo, se vê a pessoa; em vez de se procurar causas, se busca a totalidade” (PERESTRELLO, 1973, p. 119). Fica claro, então, o pensamento de Perestrello de que o encontro entre dois seres humanos é único e realizar uma “Medicina da Pessoa” significa realizar o ato médico apoiado na singularidade existencial de cada paciente, trazendo de volta a ideia de singularização dos doentes presente na medicina Hipocrática. Perestrello nos mostra que:

A doença, portanto, não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, e sim um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas. É, pois, como suas várias outras manifestações um modo de existir, ou melhor, de coexistir, já que, propriamente, o homem não existe, coexiste. E como o ser humano não é um sistema fechado, todo o seu ser se comunica com o ambiente, com o mundo, e mesmo quando aparentemente não existe comunicação, isto já é uma forma de comunicação, como o silêncio, às vezes, é mais eloquente do que a palavra (PERESTRELLO, 2006, p. 43).

Os encontros entre médico-paciente podem parecer estereotipados e pouco diferentes de um para outro, algo como cristalizado e formalizado desde o ensino nas Faculdades Médicas. Porém, olhando mais de perto e de maneira correta, tal encontro se transforma numa

¹ Como exemplo dessa forma de encarar a Interconsulta temos os trabalhos de NOGUEIRA-MARTINS, 1995 e ROSSI, 2008.

relação rica e em constante mudança de um contexto para outro, de uma pessoa para outra (PERESTRELLO, 2006). A influência da Psicanálise nas interações clínicas se faz mostrar, resumidamente, no seguinte trecho:

Com a Medicina da Pessoa bastará o médico aceitar o Inconsciente, a expressividade do Homem em seus diversos níveis, como ponto de partida para a compreensão da pessoa humana (...). Assim, o médico habituar-se-á aos poucos à linguagem pré-verbal, a qual se manifesta pelas atitudes, pelas decisões e, principalmente, pelas funções e estruturas viscerais (PERESTRELLO, 2006, p. 122).

Tornar o doente uma pessoa em sua totalidade: esse é o motivo de existir da “Medicina da Pessoa”. Perestrello indica que essa função da medicina deve se expandir para os cursos médicos, possibilitando seu aprendizado pelos jovens médicos em formação, contribuindo para uma atitude médica mais completa. Para tal objetivo, deve-se apreender a pessoa do doente por suas próprias palavras e atos, através de um modelo de anamnese especial. Perestrello estava preocupado em desenvolver tal modelo de anamnese, capaz de produzir uma biografia do doente: não daquilo que ele relata como fato concreto e cronológico, mas do que ele vivenciou.

A apreensão dessa dimensão biográfica dá ao contato com o doente um tom mais completo de sua situação, não apenas orgânica, mas, principalmente, psicodinâmica. Ao fazer do primeiro contato clínico uma possibilidade de reconhecimento da complexidade do doente, abre-se espaço para conhecer sua forma de agir perante ao mundo, seus elos e identificações mais primitivas, bem como aquilo que transfere ao médico. De posse dessa visão mais ampla, o tratamento que se segue poderá transcorrer com maior fluidez e menos riscos, aumentando as chances de sucesso.

Diante disso, Abram Eksterman produziu, em 1974, o que se chama “História da Pessoa”. A liberdade dada ao paciente no momento de o mesmo falar sobre a doença que enfrenta é o diferencial em relação à simples escuta de respostas a partir de perguntas gerais. Essa ferramenta é caracterizada como uma anamnese não dirigida, um instrumento de apreensão da pessoa, cujos objetivos são: (i) recolher biografia do doente dentro de um diálogo clínico o mais espontâneo possível; (ii) conhecer as circunstâncias nas quais ocorreram o atual e os antigos adoecimentos; (iii) conhecer a maneira pela qual o doente interage com o médico, equipe e família (PERESTRELLO, 2006).

Essa anamnese visa colher dados cujo conteúdo seja rico em significado, não apenas um mero registro formal de acontecimentos. Esse conteúdo deve ser produzido em linguagem informal e simples, levando em consideração o que foi vivenciado pelo paciente e qual a significação desses acontecimentos à biografia do mesmo. O foco não deve estar na cronologia e objetividade dos fatos relatados, mas sim em como o paciente os viveu. Diante disso, é correto afirmar que esse documento estará permanentemente incompleto, pois, “segundo o rumo da conversa, haverá trechos privilegiados e outros cuja menção será inclusive perturbadora, por não serem significativos” (PERESTRELLO, 2006, p. 179).

Em última análise, busca-se individualizar o doente, fugindo dos padrões clínicos das anamneses regulares, criando, assim, um vínculo terapêutico. Ou seja, se bem feita, a História da Pessoa ajuda a reconhecer as irracionalidades e tensões inerentes ao encontro clínico e às relações humanas. Porém, para além do aspecto humanista da Medicina e da História da Pessoa, ambas encontram dificuldades em serem implementadas e aceitas no ambiente médico. A grande influência na Medicina de um ensino focado na abordagem causal se mantém forte e, assim, a própria formação dos médicos acaba por deixar à margem os aspectos subjetivos do adoecimento. Assim, embora não tenha sido efetivamente posta em prática como anamnese médica, a História da Pessoa pode ser utilizada, com certas adaptações, no trabalho psicológico dentro de Hospitais Gerais.

Conclusão

A Psicologia Médica busca entender e atuar diretamente na relação equipe-paciente. Para isso, lança mão de vários conceitos de diversas áreas do conhecimento, inclusive conceitos psicodinâmicos como Transferência e Contratransferência. Ao considerar que toda e qualquer relação humana está envolta por Transferência e Contratransferência, a Psicanálise permitiu que o trabalho hospitalar fosse compreendido a partir de suas concepções do funcionamento mental.

Seja na formação e acompanhamento de médicos, como em Balint; seja no trabalho entre profissionais de áreas diferentes, como na Interconsulta de Luchina; seja na forma do médico conhecer seu paciente, no caso de Perestrello e Eksterman, todos esses autores citados, com suas importantes formulações teóricas e técnicas, buscaram na Psicanálise uma possibilidade de intervir diretamente no tratamento daqueles que sofrem de doenças orgânicas, na relação com quem os trata, com sua família e instituição.

Com a descoberta do inconsciente e alguns mecanismos exclusivamente humanos presentes no momento do adoecimento, não se deveria mais falar em doenças, mas sim em doentes, porque é o ser humano quem carrega a doença, e não o oposto. Cada um possui um modo de reagir diante de enfermidades orgânicas, incluindo os membros da equipe de saúde. Desse modo, é preciso conhecer a dinâmica mental para o bom desempenho da função de assistência e de cuidado em todos os ambientes.

Por sua vez, os profissionais de saúde, sobretudo médicos, são impactados consciente ou inconscientemente diante da relação com seus pacientes através de identificações, do aparecimento de conteúdos contratransferenciais e outros. Na formação médica deveria ser esperado que esses profissionais tivessem acesso às ferramentas de aproximação e reconhecimento tanto de suas peculiaridades pessoais e possíveis dificuldades no contato com pacientes, quanto do doente como um todo, e não somente como uma parte adoecida.

Bibliografia

- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- EKSTERMAN, A. **O ato psicanalítico e a medicina do corpo**. In: Cadernos de psicanálise. Volume 19, 2003.
- _____. **O psicanalista no hospital geral**. Rio de Janeiro: Relatório Oficial da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro ao 8º Congresso Brasileiro de Psicanálise. Rio de Janeiro, 1980.
- _____. **Medicina psicossomática no Brasil**. In: Psicossomática hoje. FILHO & BURD (orgs) Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ENGEL G. L. **The need for a new medical model: a challenge for biomedicine**. Estados Unidos: Revista Science, 1977.
- FERENCZI, S. **A elasticidade da técnica psicanalítica**. In: Obras completas IV. São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Original publicado em 1928).
- FERRARI, H., LUCHINA, I., LUCHINA, N. **La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1971.
- FERRAZ, F.C. **Das neuroses atuais a psicossomática**. In: Psicossoma I: Psicanálise e Psicossomática. São Paulo. Ed Casa do Psicólogo, pp. 25-40, 2005.
- FIGUEIRA, S. **Contratransferência: de Freud aos contemporâneos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- FREUD, S. **A dinâmica da transferência**. Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1912).
- _____. **As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1910).
- _____. **Estudos sobre a histeria**. Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1895).

_____. **Observações sobre o amor de transferência.** Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1915).

_____. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise.** Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1912).

_____. **Recordar, repetir e elaborar.** Rio de Janeiro: Standard Imago, 1974. (Original publicado em 1914).

GREENSON, R. R. **Técnica y práctica del psicoanálisis.** Cidade do México: Siglo Veintiuno editores, 1979.

HEIMANN, P. **On counter-transference.** International Journal of Psycho-analysis, 1950, pp. 81-84.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1979.

MENNINGER, K. A., HOLZMAN, P.S. **Teoria da Técnica Psicanalítica.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973.

MOL, A. **The logic of care, health and the problem of patient choice.** New York: Routledge, 2008

PERESTRELLO, D. **A Medicina da Pessoa.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

RACKER, H. **Estudos sobre Técnica Psicanalítica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

RIBEIRO, M., AMARAL, C., **Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico.** In: Revista Brasileira de Educação Médica, volume 32, 2008.

VOLICH, R.M. **Psicossomática.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

Recebido em: 20/02/2017.

Aceito em: 20/04/2017.