

VELA

QUEIXAS E SINTOMAS DE LABILIDADE VEGETATIVA

(Este texto originalmente era um questionário feito na Alemanha na década de 50, traduzido, ampliado e comentado pelo dr. Pethö Sándor).

1. Tenho, com freqüência, dor de cabeça...
2. O meu coração dispara de vez em quando, batendo de modo irregular...
...sinto de vez em quando, o coração latejar no pescoço ou nos vasos...
3. Fico corado ou pálido com facilidade...
... sinto ondas de calor no corpo... ou cabeça congestionada...
4. Às vezes tenho zumbido nos ouvidos...
5. De vez em quando tenho dores no pescoço... pontadas no peito... sou sensível à dor ... só raramente tenho dores...
6. Fico facilmente com tontura, vendo manchas pretas ao levantar de uma vez da posição deitada...
sinto tonturas ou enjôo olhando de lugar alto, ou num carrossel... ou num navio que balança ...
7. Tenho às vezes tremedeira ... frio e calor alternantes e, com freqüência, mesmo no calor, pés e mãos frios
8. Percebo, com freqüência, formigamento prurido adormecimento amortecimento nas mãos, pernas, pés ou nos órgãos genitais....
9. Em situação agitada tenho falta de ar, necessitando respirar profundamente... sem ter trabalhado, fico ofegante... às vezes tenho a sensação de não respirar o ar necessário... sinto aperto sufocante no peito....
10. Com freqüência tenho boca seca ... aparece intensa salivação, independente do horário das refeições....
11. Bebo diariamente mais do que 6 xícaras de líquido (também leite, laranjada..)

12. Sinto fome quase sempre ... em geral, estou comendo bem ... muitas vezes ando com falta de apetite ...
13. Tenho dificuldades de engolir...
14. O meu estômago é sensível (pressão, dores, estufamento) ...
15. Frequentemente tenho arrotos ... azia pirose...
16. Sinto náuseas ... vomito com frequência...
17. Tenho prisão de ventre diarreia ... gases...
18. Sinto, muitas vezes, a premência de evacuar ou urinar em momentos agitados...
19. Mesmo em dias menos quentes estou suando muito... mesmo em dias frios, tenho pés e mãos úmidos....
20. A minha pele é muito sensível... às vezes aparecem manchas vermelhas no rosto e pescoço... tenho reações alérgicas (eczema, rinite, etc. ...)
21. O meu corpo relaxa só raramente ... os pés e mãos são inquietos as minhas mãos são frequentemente trêmulas (segurar xícara, acender cigarro, etc.)....
22. Tenho, muitas vezes, contrações involuntárias no rosto... em redor dos olhos... na cabeça ... nos ombros
23. Estremeço se alguém movimenta-se, de repente, na minha direção... ou dirige-se a mim, especialmente em momentos de agitação....
24. Perante um público fico inquieto ou com “febre de ribalta”
25. Em certos momentos lacrimejo com facilidade....
26. Fico cansado mais depressa do que os outros com frequência sinto-me fadigado, exausto ou “mole”... ao ficar agitado por alguma coisa ... sinto isto “no corpo inteiro”....
27. Necessito ao menos de 8 horas de sono ... tenho (não tenho) dificuldade de adormecer ou dormir sem interrupção....
28. Sonho relativamente muito....
29. Sou sensível às mudanças atmosféricas ou do clima....
30. Não aguento responsabilidade... engajamento obrigatório... exigências... fardos... cargas profissionais... sociais... religiosas... ideológicas...

V E L A – COMENTÁRIO

1. A dor é uma manifestação subjetiva. Não a sente o indivíduo desfalecido, inconsciente, anestesiado, em estado de coma ou aquele que é “analgésico” desde o nascimento. A sensação de dor (algesiestesia) está sendo transmitida pelos nociceptores, tanto faz se originada do interior do corpo ou da sua superfície. Os nociceptores, no caso de sensibilidade dolorosa denominam-se algesioceptores ou algioceptores.

2. O trajeto do estímulo em dores mais superficiais faz-se pelos nervos periféricos, trato espinotalâmico, tálamo (núcleos ventro-laterais), terminando no giro pós-central do córtex cerebral. No sistema nervoso central os algesioceptores situam-se predominantemente nas paredes dos vasos.

As dores profundas fazem seus trajetos através das fibras nervosas dos vasos, pelo sistema nervoso autônomo e pelos nervos espinhais (somáticos).

Há uma visão “inespecífica” quanto à origem da dor. De acordo com ela, não existem receptores nem trajetos específicos, já que a dor depende da intensidade do estímulo e da excitabilidade do sistema nervoso central.

Sobre as endorfinas já foram lidos esclarecimentos concisos. A questão da fisiologia e da vivência da dor não está totalmente esclarecida.

3. Sabe-se que a intensidade e a qualidade da dor, além do local, tipo e duração do estímulo, dependem de muitos outros fatores também. Para as nossas experiências são importantes as particularidades do indivíduo que sente a dor, a sua condição psíquica e somática, sua disciplina, autodomínio, etc. Desde os estados histéricos ou obsessivos (e outros estados alterados de consciência), nos quais a pessoa tolera, sem dor, estímulos que normalmente causariam dor intensa (calor, agulhadas, punhaladas), acrescentando ainda a síndrome de “painless disease”, a sensibilidade pode aumentar até aquela condição de hiperestesia em que a motilidade normal cardíaca, dos tratos gastro-intestinal, uro-genital, etc., chega a ser conscientizada em forma de dor; existem então, as mais variadas gradações e transições no fenômeno “dor”.

4. Temos que separar da sensação de dor as reações causadas pela sensação dolorosa. Uma parte dessas reações percebemos diretamente, mas há uma parte maior que se manifesta como excitação do sistema simpático (hiperadrenalinemia): pulso acelerado, aumento da pressão sangüínea, palidez, sudação, dilatação da pupila (midríase). As dores oriundas das vísceras causam antes queda de pressão sangüínea, náusea, vômito e colapso. No caso de dor pode ocorrer também uma leucocitose (aumento do número de glóbulos brancos no sangue, que pode ser distinguida da leucocitose infecciosa pelo fato de não aparecerem formas jovens). O periósteo, os ligamentos e cápsulas das articulações são menos sensíveis à dor do que os tendões e músculos.

5. Na maioria dos seres humanos o limiar da dor é mais ou menos o mesmo, com 15% de oscilação normal, e as diferenças individuais não residem tanto na percepção da dor, mas na reação causada pela dor. Essas reações, na maioria dos casos, permitem a avaliação aproximada da intensidade da dor. Certas reações, por exemplo, são:

- O segurar ou pressionar da área dolorida.
- A mímica de dor expressada no rosto.
- As expressões sonoras (grito, gemido, sons lastimosos ou plangentes).
- Determinadas posturas (encolhimento em dores abdominais, cabeça flexionada para um lado em torcicolo, evitação de determinados movimentos no caso de dores nas extremidades; as cartilagens, porém, não têm algesioceptores).
- Na polpa dentária há muitos algesioceptores, como também na córnea!

Assim, o médico experimentado, pela postura e conduta do paciente já pode reconhecer que se trata de cólica renal ou biliar, de nevralgia do nervo trigêmeo, meningite ou inflamação do nervo isquiático.

Naturalmente, tais sinais podem também ser enganosos e em pessoas menos sensíveis ou altamente disciplinadas podem até faltar.

Em todo caso, são sinais característicos e objetivos, a palidez, a dilatação da pupila no lado afetado, a taquicardia, ruborização ou sudação; o paciente deve ser logo encaminhado ao médico (sem agitação!) ou à instituição de seguro a que pertence.

6. É para saber que nas afecções da área parietal-frontal do cérebro o paciente não reage aos estímulos dolorosos do modo costumeiro, porque não os vivencia, recebendo-os de modo indiferente; e faltando as reações condizentes, não os evita nem foge deles. Nesses casos (e não são poucos) não se trata de analgesia ou hipoalgia mas de algodiforia, isto é, da inadequada ou “errada” percepção da dor. Chamam tal condição também algo-assimbolia: na pessoa não se “configura” o “simbolismo psíquico” do estado doloroso. As representações fisiológicas de tais estados ainda estão sendo investigadas. Exemplos: uma paciente com demência paralítica pode ferir-se gravemente sem realizar o acontecido, ou uma doente com tumor frontal não sinaliza dores quando seu estômago chega a ser perfurado (úlceras!).

7. As dores “profundas” ou viscerais podem originar-se do perióstio (membrana óssea), dos músculos, dos diversos órgãos e dos seus invólucros (pleura, serosas) e do peritônio. Grande parte das vísceras, só em situações patológicas torna-se sensível, não havendo trajetos específicos para os estímulos dolorosos e no córtex também não se encontram, por enquanto, as localizações das sensações oriundas de várias delas. As dores nas vísceras abdominais, na maioria dos casos são causadas por distensão (pressão interna) dos órgãos, ou pela irritação do mesentério (dobras do peritônio que mantém em posição os intestinos), ou do peritônio parietal (que “forra” a parede interna da cavidade abdominal) embora o peritônio em si não tenha algosioceptores; a dor é causada pela dilatação dos vasos.

8. Como se sabe, as doenças das vísceras causam sensibilidade segmental em determinadas áreas cutâneas pelos trajetos, já estudados, dos órgãos até a medula, e da medula à área cutânea correspondente: essa é a dor “referida” ou “projetada”. Tal dor superficial (cutânea) segmental e a hiperestesia e hiperalgia segmental – zonas de HEAD – produzindo também contrações musculares, podem ser de ajuda significativa para os médicos (gastroenterólogo, urólogo, cardiólogo, pneumólogo, ginecólogo, etc.) na diagnose diferencial.

9. A hiperestesia das zonas descritas por HEAD tem diversas explicações, como: irritação vasomotora, foco segmental irritativo (cicatrizes, infecção encapsulada, apicite de dente, etc.). Essa sensibilidade segmental não se delimita de modo muito nítido, mas estende-se para cima e para baixo (telha!). Percebem-se perturbações na inervação dos músculos lisos e na função das glândulas (por exemplo, sudoríparas) na área correspondente.

As principais zonas de HEAD (hiperestesia segmental) são as seguintes:

Pulmões C3 – C4, T3 – T4; coração: C3 – C4, T1 – T8; aorta: C3, T1 – T3; esôfago: T5 – T8; seios: T4 – T5; estômago: T7 – T8; intestino: T9 – T12; reto: S2- S4; fígado: T7 – T10; vesícula de bile: T8 – T9; pâncreas: T8 – T9; rins e ureteres: T10 – L1; testículos: T 10; epidídimo: T11 – T12; bexiga : T11 – T12, L1, S3 – S4; próstata: T10 – T11, S1 – S3; ovários: T10; trompas: T11 – T12; útero: T10 – L1.

Dos órgãos ímpares, o fígado, a vesícula biliar, o duodeno, o íleo (parte do intestino delgado entre o jejuno e o cólon), o ceco e o cólon ascendente, quando adoentados, produzem zona de HEAD

no lado direito, enquanto o coração, o pâncreas, o baço, o jejuno, (parte do intestino delgado entre o duodeno e o íleo), cólon descendente e intestino sigmoide causam hiperestesia no lado esquerdo.

10. Há, no entanto, condições que podem “imitar” a zona de HEAD das dores viscerais, por exemplo: na irritação das raízes dorsais da medula (sensíveis) ou do seu gânglio, nas inflamações da parte óssea da coluna, nas osteocondrites (em que também as cartilagens intervertebrais se inflamam), nas hérnias de disco, ou nos tumores na coluna vertebral. Há certas neuralgias (por exemplo, dos nervos intercostais) que podem suscitar a suspeita de doenças viscerais. A calcificação nas vértebras cervicais pode causar dores nos segmentos C3 – C4 ou T1, levantando a idéia de afecção cardíaca. O próprio doente pensa em “angina do peito” ou em doença das coronárias, já que experimenta a dor na área cardíaca.

11. Para o médico experimentado o tipo da dor já é característico; por exemplo: tipo “lancinante” na irritação das raízes dorsais, na nevralgia do trigêmeo a sensação de choque elétrico, na azia do estômago o ardor, o aperto “como um aro” da angina do peito ou a “facada” no caso de perfuração (trompas, estômago), etc. É importante perguntar a fase do dia em que a dor volta, permanece, diminui ou desaparece, se está em relação com movimento, alimentação, evacuação, respiração ou estados emotivos. Há contudo dores cuja causa nem o médico experimentado, contando também com a cooperação do paciente, saberá diagnosticar imediatamente, uma vez que aparecem “revezando-se” nas mais diversas áreas do corpo. A causa reside muitas vezes no sistema nervoso central (tálamo, córtex parietal). Existe a assim chamada “polialgia”, quando o paciente relata que “tudo dói”, especialmente em determinadas formas de reumatismo ou em casos de doença infecciosas com febre alta, mas observam-se tais condições também durante a menopausa, nas metástases ósseas de tumores, nos estados “nervosos” ou combinadas perturbações endócrinas.

12. Hoje em dia pode-se dizer que não há anatomia da dor, que ela pertence a uma área limítrofe, encontrando-se na fronteira da fisiologia e da psicologia, e na fronteira da medicina teórica e clínica. Por isso não é tão simples encontrar uma linguagem comum, uma metalinguagem. Assim, a dor seria uma manifestação na consciência, isto é, um fenômeno psíquico, caracterizado por muitos fatores participantes, e depende não de um ou dois mas de um grande número de processos fisiológicos que se juntam – depois – nesse fenômeno de processo psíquico. Uma das mais essenciais manifestações da dor é a sua inconstância, isto é, dificilmente pode ser definida a partir do estímulo, não há estímulo específico que possa ser definido do lado físico ou químico.

13. “Da dor, o anátomo sabe o menos, o fisiólogo já mais, o clínico bastante, e o paciente demais”.

Por isso é ainda difícil e discutida a questão dos receptores periféricos, quanto aos algioceptores (ou algosioceptores), porque um receptor, na maioria dos casos, está sendo condicionado para uma determinada forma de energia à qual ele responde de modo específico. Isto, no caso da dor parece não existir. É possível fazer uma idéia em relação ao sistema nocisensorial no sentido de que processos na periferia não estão sendo causados realmente pelo estímulo em si mas pelo fato de que o estímulo é tão intenso que ocorre uma lesão dos tecidos, e talvez esta seja a marca comum de todos os estímulos que podem evocar a sensação de dor. Tal ponto de vista foi considerado especialmente do lado fisiológico e assim surgiu o conceito do limiar central de dor, ao contrário do limiar periférico de dor. Naturalmente é possível criar uma situação em que o estímulo doloroso pode ser testado e sua intensidade realmente determinada no paciente. Mas para isso todas as condições do experimento têm que ser mantidas constantes e isso é muito difícil, com também a colocação objetiva da pessoa com que experimentamos, por exemplo, não deve preocupar-se com o fato de que a dor lhe causa uma emoção, que é desagradável. Em geral conseguem fornecer dados bem exatos sobre a experiência dolorosa quanto ao limiar da dor em diversas superfícies cutâneas. Assim, já no fim do século passado, os fisiólogos chegaram a fazer levantamentos “topográficos” extensos sobre os

pontos de dor. Mas isso, na praxe, não serve muito, porque por exemplo, um médico está sendo confrontado com uma dor que causa emoções intensas e envolve toda a personalidade do paciente, isto é, trata-se de um estado alterado da consciência do EU, e é isto que no caso de um experimento fisiológico tem que ser “desligado”. Há quase 90 anos, EDINGER investigava e descrevia o trato espino-talâmico, um trajeto de dor da medula diretamente ao tálamo, e trabalhava nele com sucesso, em termos neurocirúrgicos, embora mais tarde tenha sido constatado que, apesar de uma operação cuidadosamente executada, nem sempre é possível abolir a vivência da dor, porque muitos outros fatores participam nisso. SHERRINGTON descrevia a dor como um reflexo protetor.

14. Hoje em dia encaram-na como uma reação “adquirida”. Animais que foram mantidos durante meses ou até anos (chimpanzés) sem experimentar qualquer estímulo doloroso, ao sair das jaulas, mostravam-se indiferentes em relação com estímulos dolorosos e até procuraram experimentá-los repetidas vezes, porque ao que parece, só os sentiam como uma coceira, apesar da contração muscular ocorrida. Nesses casos não ocorria a vivência da dor no tempo adequado e não se produzia “engrama” da dor; por isso, não experimentavam os chimpanzés os efeitos dolorosos como desagradáveis ou penosos. Esses fatos ainda não foram adequadamente considerados ou explorados. Existem, certamente, sistemas fixos de condução através dos quais corre a maioria dos estímulos no caso de uma experiência dolorosa, mas tais sistemas não são tão predeterminados para poderem, em todo caso, causar realmente uma sensação dolorosa e uma adequada reação dolorosa. Para isso seria necessário que esses animais, numa fase determinada experimentassem faturalmente efeitos dolorosos, construindo um tal engrama com que fosse preparado também o elemento cognitivo para um posterior estímulo doloroso, para poderem reconhecer a eventual periculosidade da dor e reagir de modo adequado.

15. Quanto à atuação do psicólogo frente às manifestações dolorosas, devemos salientar que tal sintomatologia pertence à área da medicina. No entanto, como já foi tantas vezes percebido, as técnicas de psicoterapia organísmica, sem o pretender, com frequência aliviam ou fazem cessar sensações dolorosas. Certamente trata-se da alteração das tensões e de suas conseqüências nos músculos estriados e lisos (vísceras!). O psicólogo nunca deve aceitar proposições para “fazer algo” contra dor de cabeça, torcicolo, dores nas costas, das trompas, cólicas, etc., isto é, ele não “trata” sintomas ou quadros que pertencem à área da medicina. Mas sabemos também que nesses estados figuram, além de fatores conscientes, muito mais do que se pensa, fatores inconscientes que, quando não conscientizados, preferem os trajetos dos nervos – especialmente os do sistema vegetativo – para se manifestar, por exemplo, através de sintomatologia, com frequência visceral, nas mais variadas maneiras. Isto ocorre, embora ainda não saibamos como ocorre, na maioria dos casos. Aqui, as técnicas organísmicas de psicoterapia (relaxamento, descompressão fracionada, massagem integrativa, reajustamento dos pontos de apoio, estiramentos, reorganizações mio-fasciais e outros procedimentos das mais diversas linhas autênticas) podem contribuir notavelmente.

16. A maioria dos médicos ainda não tem muita informação sobre a extensão dessas possibilidades, tomando uma posição reservada, se não inamistosa, frente a elas. Por isso, é preferível não discutir, não querer convencer, nem se propor a “demonstrações”, deixando que com tempo, através de congressos, simpósios, mesas-redondas, conferências ou palestras, tais assuntos possam ser paulatinamente esclarecidos. Num dado caso, o enfoque do psicoterapeuta que trabalha em prol da integração físi-psíquica é bem diferente daquele do médico. Tal fato, porém, não deve suscitar animosidades, mas antes, aproximações prudentes para esclarecimentos recíprocos, em prol de uma frutífera cooperação multidisciplinar – incluindo naturalmente, também a fonoaudiologia, a terapia ocupacional, a fisioterapia a arte-terapia e a assistência social.

17.1. Vamos agora rever as formas mais frequentes de dor de cabeça. No caso da cefaléia (cefalalgia) trata-se de sensação dolorosa na área da cabeça. Assim, podemos falar de dor de cabeça frontal, temporal, occipital, do teto da cabeça, do rosto. Mas a maioria das cefalalgias não se limita a uma área determinada. A dor pode ser causada pelas afecções dos tecidos fora do crânio e pelas alterações dentro do crânio: assim falamos de causas extracraniais e intracraniais.

17.2. Todos os tecidos extracraniais parecem conter algiesioceptores. Mas, como já sabemos, são de importância as artérias extracraniais. Dentro do crânio, os seios venosos, a dura mater basal, as artérias da base do crânio e as das meninges (as três membranas que envolvem o sistema cerebrospinal), o quinto, o nono e o décimo nervos cranianos (trigêmeo, glossofaríngeo, vago) e os três superiores nervos cervicais transmitem dor. Mas nem as veias, a massa cerebral, boa parte da dura mater e a maior parte da pia mater, da aracnóide (avascular!), nem os plexos corioides, são sensíveis à dor. A dor de cabeça intracraniana ocorre ou pela tração ou pela distensão das artérias, ou pela inflamação dos tecidos sensíveis à dor, ou por processos que exercem pressão (tumores, febre) diretamente sobre os nervos cranianos ou medulares.

Assim, sempre devemos considerar que a dor de cabeça não é uma enfermidade em si, mas apenas o sintoma de algum processo patológico.

17.3. Nesse sentido, a cefaléia não é uma diagnose, mas um sintoma, a consequência e sinalização acompanhante das mais variadas doenças. Mas, naturalmente, há exceções, porque existem condições quando a dor de cabeça é, praticamente, o único sintoma, ou ao menos, representa a sintomatologia central. Um dos quadros mais característicos é a “migraine”, a nossa enxaqueca unilateral, que aparece em acessos, acompanhada de perturbações visuais e digestivas. (Outras denominações: hemicrania, hemialgia, e popularmente, mururu). Vamos apresentar este quadro mais pormenorizadamente, também por sua conexão íntima (muito discutida) com a condição psíquica.

A pessoa que tem enxaqueca em acessos é, em geral, hipersensível, irritável, tensa, demais conscienciosa, muitas vezes mesquinha, mas inteligente, com tendências ascéticas, com bastante inibição e dificuldade de comunicação e contato. Naturalmente, provar tudo isso de modo exato, é difícil.

17.4. O sintoma pode ser enquadrado entre as dores de cabeça vasculares. Percebe-se antes do acesso uma vasoconstrição, durante o acesso uma vasodilatação, fluxo sanguíneo intensificado, tensão da parede dos vasos ou até uma inflamação “estéril” desses, mas tais fatos não são suficientes para explicar a origem da enxaqueca. Trata-se, certamente, de uma complexa perturbação vasomotora, com a participação notável de fatores humorais (serotonina, noradrenalina, bradicinina) de efeito terapêutico. Encontramos, com frequência, várias pessoas na mesma família tendorepetidas enxaquecas nem sempre unilaterais, acompanhadas de falta de apetite, náusea, vômito e precedidas de alterações sensoriais motoras e emotivas, prisão de ventre ou, ao contrário, diarreia. A dor já se inicia de manhã bem cedo, e o doente “não aguenta luz”; antes do acesso pode aparecer fala “enrolada”, escotoma, hemianopsia (perda de uma metade do campo visual de um olho ou dos dois) e parestesia. Durante o acesso podem apresentar-se sintomas os mais diversos: tontura, tensão na parede abdominal, palidez, sudação, tremedeira, calafrios.

17.5. Entre os pacientes há mais mulheres do que homens. Já acordam com enxaqueca e ela só diminui nas horas do crepúsculo. Muitas vezes as reações colaterais são tão dominantes que a dor de cabeça aparece menos intensa. Há, porém, enxaquecas unilaterais sem reações acompanhantes. Existe uma frequência familiar e percebeu-se a manifestação simultânea com epilepsia. Em mulheres, a fase das regras predispõe, mas durante a gestação muitas vezes ela deixa de aparecer. Esforço físico e psíquico podem aumentar ou intensificar a frequência, como também certos alimentos (café, chocolate). Em crianças e adolescentes as dores podem aparecer no abdomen e não na cabeça,

levantando até a suspeita de úlcera, vólculo (volvo, torção = oclusão intestinal). Um ditado profissional reza que com uma diagnose acertada já está percorrida a metade do trajeto da cura.

17.6. A dor pode ser mitigada com uma pressão cuidadosa sobre a artéria carótida ou as regiões temporal, frontal, supra-orbital, ou na nuca e atrás da orelha. A pressão aumenta a dor em casos de origem “nervosa”, como também a posição horizontal. A dor de cabeça devida a tumor, nessa posição pode, ao contrário, melhorar. A localização da enxaqueca é, predominantemente, a região temporal ou a nuca, mas pode aparecer “atrás do olho” ou no rosto, na região da mandíbula, podendo até irradiar na direção do ombro ou da área cervical. A dor causada pela tensão e dilatação dos vasos pode acrescentar-se a dor pela contração dos músculos. A causa, às vezes, é nitidamente, uma “enzimopatia”. Entre as reações posteriores deve ser mencionada a poliúria (excessiva emissão de urina). O tipo oftálmico inicia-se, percebivelmente, por vasoconstrição, causando escotoma, cintilações ou manchas coloridas.

17.7. Entre as manifestações prodrômicas (sintomas que precedem o acesso doloroso) aparecem perturbações da vista, da motricidade ou da percepção sensorial, às vezes já horas ou dias antes, mas nem sempre ocorrem. Outras vezes aparecem alterações do estado de ânimo, sinalizações gastro-intestinais e evidências quanto à perturbação do metabolismo da água (edemas). Temos que mencionar ainda os equivalentes, quando em vez da enxaqueca surgem sintomas orgânicos, como o já mencionado espasmo abdominal, as dores nas extremidades, taquicardia em acessos, febre periódica, edema cíclico, tontura em acessos, e os equivalentes também na área psíquica: labilidade na disposição psíquica, insônia, letargia, estados confusos, alterações inesperadas da conduta. (Liberação de histamina ou a injeção endovenosa desta causa também dor de cabeça, mas não do tipo enxaqueca). Depende das artérias mais atingidas, configuram-se síndromes variadas: isso não pertence tanto à área dos nossos estudos, antes é o domínio dos neurólogos, profissionais da medicina interna e angiólogos. Em geral, com preparados de tartarato de ergotomina ou semelhantes é possível diferenciar a enxaqueca de outros tipos de dor de cabeça. As possibilidades de terapia corporal são as mais variadas, mas não se deve tentar manipular a área atingida. Pensemos também em homeopatia e acupuntura.

18.1. Uma outra forma de dor ocorre na nevralgia do nervo trigêmeo, que pode aparecer nas áreas dos ramos principais, mostrando intensificada sensibilidade com dores lancinantes, repetidas, causando a contração dos músculos correspondentes (tique doloroso) e acompanhada de rubor, lacrimejar, fluxo nasal, midríase, salivação e sudação na metade afetada da face. O menor estímulo, como toque, espirro, mastigação, fala, assoar de nariz, escovar dos dentes, pode desencadear o acesso. A causa verdadeira, em muitos casos é desconhecida e nem pode ser logo apurada. Em mulheres ocorre duas vezes mais frequentemente do que em homens. Devem ser excluídos, antes de tudo: aneurisma, tumores, inflamações (dentes, seios da face).

18.2. Há certos pontos diagnósticos de sensibilidade aumentada:

No ramo oftálmico: p. supraorbital (forame supraorbital).

p. nasal (medialmente do canto interno do olho).

p. pálpebral (o ponto de saída do n. lacrimal, lateralmente da pálpebra superior).

No ramo maxilar: p. infraorbital = fossa canina (o ponto de saída do n. infraorbital)

p. malar, no osso zigomático.

p. dental, na gengiva da maxila.

No ramo mandibular: p. mental, sobre o forame mental.

p. aurículo-temporal, no arco zigomático, perante o mento.

p. temporal:

entre o teto da cabeça e o p. aurículo-temporal.

p. parietal:

p. dental: na gengiva da mandíbula.

18.3. Naturalmente, processos patológicos na proximidade podem também afetar um ou vários ramos do nervo trigêmeo, causando assim nevralgia sintomática, por exemplo, inflamações de dentes, dos seios da face, traumas, herpes zoster, tumores, efeitos tóxicos, etc. Em caso bilateral dessa nevralgia, os médicos examinam se não há diabetes ou sífilis. A nevralgia do n. trigêmeo tem que ser tratada, antes de tudo, pelo neurólogo ou pelo homeopata. Certamente existem fatores psicogênicos que necessitariam psicoterapia com trabalho corporal, mas o quadro tem que ser tratado, antes de tudo, pelo médico. Relatam-se bons resultados, também, em relação com o tratamento por acupuntura.

19. Dores de cabeça vasculares em sentido mais delimitado são as de origem hipertônica e aquelas causadas pelas doenças dos vasos (em sentido mais amplo, cada dor de cabeça é “vascular”). Na hipertonia (aumento da pressão arterial) a dor tem a mesma origem que na enxaqueca, isto é, a dilatação e tensão dos ramos da carótida; a contração muscular causa intensificações adicionais aqui também. Seu tempo preferido é a fase de maior cansaço (tarde, noite) mas pode acordar o paciente de manhã, para depois diminuir e desaparecer paulatinamente. Às vezes nem se trata de uma dor, mas antes de uma sensação de pulsação “apertada” ou um “zumbido” que faz estontear com rebaixamento da atenção e do nível de tolerância, atrapalhando o pensar claro e a execução conseqüente do trabalho. Movimento, esforço, tosse, inclinação para à frente, ou abaixamento da cabeça, e o consumo de álcool, aumentam os sintomas. A hipertonia pode, naturalmente, mesclar-se com enxaqueca e vice-versa. Os pacientes têm que cuidar em manter uma evacuação fácil, porque o aumento da pressão intra-abdominal intensifica a dor e pode dar origem a uma prisão de ventre psicogênica. A hipotonia pode também causar dores a determinados intervalos, em forma de crises. A psicoterapia organísmica pode aliviar muitas queixas, mas tem que ser aplicada com prudência!

20. Arteriosclerose cerebral causa dores mesmo sem hipertensão arterial, que vêm acompanhadas de sintomas de nervosismo, cansaço, insônia, distração. A dor é meio “obtusa”, e às vezes nem é uma dor real, apenas um estado meio obnubilado, com tontura, alteração da índole da personalidade na direção da demência, com salivação, dificuldades motoras, disartria, paralisias menores ou maiores e um característico andar procurando com pés afastados, um apoio mais amplo, indicando processos cerebrais de amolecimento. Na fase inicial aparecem queixas pseudo-neurastênicas, mas a idade (acima de 50 anos!) e o aumento da dor ao movimentar-se, durante esforço físico, indicam já comprometimento orgânico, especialmente se, por sinal, não existem conflitos internos nem trabalho mental demais exaustivo. Os oftalmólogos devem ser sempre consultados (fundo do olho!). Muitas vezes, nos vasos que podem ser com facilidade observados ou examinados (artérias temporal, braquial, radial e as dos membros inferiores) também pode ser encontrada esclerose. O médico sempre pensa também, nesse contexto, em tumores ou aneurismas. As dores de cabeça “vasculares” podem apresentar as mais diversas modalidades. Psicoterapia organísmica e várias terapias alternativas escolhidas com critério podem trazer bastante alívio, aquietamento e até ressocialização a estes enfermos, cuja vida, porém – e não devemos esquecer isso – já tomou a direção da fase “poente”.

21. Já que nas nossas técnicas várias vezes movimentamos suavemente a cabeça, temos que apontar uma dor que aparece quando o paciente, sem muito esforço e dentro da rotina cotidiana, inclina sua cabeça para o lado ou para trás (flexão lateral e extensão ou hiperextensão do pescoço), e que se associa com freqüência a tontura, zumbido no ouvido e perturbações da visão; às vezes percebem-se parestesias, uma postura da cabeça como no torcicolo e atrofia muscular que pode atingir também a extremidade superior. Pressão na veia jugular ou aumento da pressão intra-abdominal fazem

aumentar a dor que logo diminui se estendemos o pescoço do paciente para cima segurando a cabeça (sem forçar a extensão!) e com isso “endireitamos” a coluna cervical. Trata-se da espôndilo-artrose das vértebras cervicais ou hérnia de disco pressionando a artéria vertebral. A parte correspondente do tronco simpático pode exercer, nesses casos, uma pressão adicional. Em casos mais graves pode manifestar-se disartria, diplopia, o cansaço dos músculos do rosto, da mandíbula e da faringe. Causas psicogênicas podem também figurar aqui. Essa área reage bem às técnicas corpóreas junto com psicoterapia.

22. Mais sob forma aguda, efeitos químicos e físicos podem causar dor de cabeça, como diversos tipos de álcool, monóxido de carbono, clorofórmio, éter, acetona, tabaco, a quinina em pessoas sensíveis, o ópio, salicilatos, morfina, intoxicação com chumbo ou arsênicos. Entre os efeitos térmicos deve ser apontada a insolação, que na realidade é uma espécie de meningo-encefalite aguda. Certos alimentos, toxinas, odores, ou outras substâncias as mais variadas podem criar um edema das meninges de fundo alérgico, e conseqüente aumento de pressão intra-craniana. Há outras reações alérgicas acompanhantes, como urticária, edema fugaz, asma e artrite. O quadro pode ser bem semelhante ao da enxaqueca. Dependendo da área afetada, a sintomatologia, além da dor, pode ser bem alarmante, por exemplo, acessos epiléptiformes, neurite no nervo ótico, etc. Em mulheres é mais freqüente e não dura muito. Tais pacientes necessitam, sem demora, assistência médica.

23. Traumatismos sofridos na área da cabeça podem deixar marcas dolorosas, eventualmente durante anos, provavelmente devido à excitabilidade aumentada das terminações nervosas dos tecidos lesados. Isso pode causar, evidentemente, diversos graus de contrações (reflexo!) nos músculos da cabeça e/ou do pescoço. Naturalmente, figuram aqui também, todos os fatores vasculares, como foi descrito no ponto 19. Também aqui a condição psíquica pode contribuir em termos “funcionais” (expectativa de indenização, aposentadoria, reparação) e fala-se muitas vezes de “neurose traumática” nesse sentido, embora a expressão não seja adequada, já que no caso de neurose (verdadeira!) sempre temos que contar com a atuação de componentes inconscientes. Aqui é possível também levantar a questão: em que traumatismo não atuaram componentes inconscientes? Essa questão deve ser esclarecida separadamente em cada caso. É importante mencionar que muitas vezes, existindo expectativas de indenização ou qualquer outro tipo de compensação, a abordagem com técnicas corpóreas não parece surtir um efeito tão patente, havendo necessidade de um decisivo, mais cuidadoso, trabalho verbal. Mas freqüentemente tem-se a impressão de que o paciente não quer “melhorar” enquanto não obtiver a indenização (especialmente se está sendo “instruído” nesse sentido). A situação do profissional nesses casos, especialmente se pertencer a uma instituição, é bastante delicada: deve cuidar muito com certidões, pareceres e com suas verbalizações. Não são “traumatismos” no sentido mais estreito, mas devemos ainda mencionar aqui as dores de cabeça depois de certas intervenções, como anestesia lombar, mielografia, pneumoencefalografia, angiografia cerebral, diminuição da pressão do líquido, (repetidas diarreias, desidratação, coma diabético, etc.)

24. Dor de cabeça em estados febrís pertence decididamente ao campo médico. A causa da dor, em geral, aqui também é distensão dos vasos intra-craniais. Em certas infecções ocorre a inflamação das meninges (meningites) e conseqüente aumento de pressão intra-craniana. A encefalite não apresenta sintomas tão nítidos como a meningite, e a sonolência, característica da chamada “encefalite letárgica” não é um sintoma constante porque pode ocorrer também no caso de tumor cerebral e de esclerose em placas. O médico experimentado pensa em encefalite se, além de dor de cabeça, a temperatura é elevada e aparecem sintomas da parte dos nervos cranianos de modo alternante e passageiro (músculos extrínsecos dos olhos!). Não raramente a encefalite esconde-se sob sintomatologia de “neurastenia” e, além disso, um neurastênico também pode ter encefalite. A diagnose diferencial entre meningite e encefalite é, muitas vezes, quase impossível.

25.1. Interessam-nos também, as dores de cabeça “funcionais” e crônicas (podem durar mais do que 10 – 30 anos!). Em relação à dor de cabeça “nervosa” devemos saber que qualquer tipo de dor de cabeça pode aumentar com a alteração da condição psíquica. Mas de dor de cabeça psicógena só devemos falar se foi comprovado que ela realmente é de origem psíquica. Nesse ponto podem ocorrer muitos erros, dependendo da orientação do terapeuta. A dor de cabeça psicógena difere então, das outras cefaléias, não pela intensidade ou pela qualidade da sua sintomatologia, mas pela sua origem e talvez pelo seu pato-mecanismo que interfere, naturalmente, na prognose. Essa dor de cabeça “nervosa”, isto é, de origem “psiconeurótica”, não é, porém, apenas “imaginada”! A causa de tais queixas – chamadas “funcionais” – é a hipersensibilidade ou a reação não adequada do sistema nervoso (especialmente da parte neuro-vegetativa). A palavra “funcional” aponta que nesses casos não pode ser evidenciada alteração ou lesão anatômica. Nesse sentido a enxaqueca é também uma dor de cabeça “funcional” e é realmente difícil estabelecer limites: apenas na sua origem, na sua forma de se manifestar e nos seus sintomas associados é diferente das cefaléias histéricas e neurastênicas.

25.2. Não há dúvida de que uma parte das psiconeuroses apresenta na área somática diversas sintomatologias, e entre essas, figura em certa extensão a dor de cabeça. É uma regra geral que, mesmo nos casos comprovados de neurose só devemos considerar certas queixas como psicogênicas, se os médicos excluíram todas as possibilidades de enfermidades orgânicas e, como já foi apontado acima, doentes com neurose e psicose também podem sofrer de outras doenças, por exemplo, de tumores ou arteriosclerose. Do mesmo modo como doenças orgânicas podem constituir “pontos de partida” para quadros neuróticos, sobre a sintomatologia “funcional” pode desenvolver-se – no decorrer do tempo – uma enfermidade orgânica; por exemplo, hiper-acidez funcional do estômago pode criar a base para úlcera e alterações anatômicas irreversíveis (estreitamento do piloro), ou oscilações da pressão sanguínea de origem “nervosa” podem causar alterações patológicas na parede dos vasos, ou doenças renais.

25.3. Além das formas inatas de hiper-sensibilidade do sistema nervoso e a concomitante labilidade vegetativa - vasomotora, chamadas “distonias”, hoje em dia apontam também a importância sempre mais crescente do meio. Investigando nesse sentido a dor de cabeça “nervosa” entre as causas possíveis ou coadjuvantes encontramos muitas vezes excessivos esforços físicos ou mentais, tensões emotivas duradouras, exaustão, sono insuficiente ou perturbado, perturbações da menstruação e também outras insuficiências hormonais. Nas últimas décadas, investigaram, nesse sentido, também as influências climáticas, meteorológicas, os ritmos circadianos e outras periodicidades manifestadas no organismo humano.

25.4. Encontramos também com bastante frequência conflitos psíquicos na anamnese da cefaléia, por exemplo, agitação na vida familiar, tensão existencial, financeira ou moral do meio, dificuldades orçamentárias, insatisfação sexual ou outras perturbações nessa área, uma desproporção entre capacidades reais e as tarefas, entre anelos, desejos e ambições e a realidade momentânea ou cotidiana, obstáculos no meio e a impossibilidade de entrosamento com ele, condições de trabalho, comunicação impedida ou dificultada com os outros, auto crítica exagerada ou justamente as frustrações por causa da autocrítica, timidez, pessimismo, etc. Sintomas funcionais podem ser sempre desencadeados por intensas influências externas, medo, emoções tanto positivas como negativas, angústia, etc.; nos hipocondríacos, o medo de doenças (a idéia de ter um tumor cerebral!). Indivíduos bastante sensíveis, mas com rebaixado rendimento do sistema nervoso, às vezes fogem em enfermidades funcionais, perante a necessidade de decisões importantes (escolaridade!), para não carregar responsabilidades. Assim, no caso de perturbações funcionais – inclusive a cefaléia – é importante a investigação multilateral e o contato descontraído com o paciente, para esclarecer entre

os conflitos e queixas, algumas das conexões acima apontadas (amor, família, “status” social, ocupação, trabalho, estudos, etc.). Em todo caso, é decisiva a investigação, exploração e esclarecimento do fundo psíquico, como também a exclusão de doenças orgânicas.

25.5. Ainda um ponto que deve ser muito cuidadosamente observado, é a conduta do paciente, para conhecer a sua personalidade. Para isso é aconselhável deixá-lo falar durante o levantamento da anamnese. As variações da exposição, o colorido da apresentação dos fatos, as analogias, comparações alegóricas, simbolismos ou até parábolas usadas, as agitações ou ensimesmações, ruborização ou palidez, choro, choramingar, voz de lamúria ou risos, risadas, risinhos meio automáticos ou até sorrisos inexplicáveis ao relatar assuntos dramáticos ou trágicos, quase deleitando-se com as situações sinistras ou catastróficas (atitude muito característica em indivíduos com sintomatologia funcional), devem ser registrados.

25.6. A série de queixas é quase inesgotável. O neurótico com sintomatologia funcional muitas vezes nem se preocupa com o psicólogo, médico ou outro profissional que o escuta, nem com os outros pacientes que chegaram, mas concentra-se na apresentação de todas as suas queixas. (Isto, naturalmente, num instituto de seguros não conseguirá). Aqui devemos apontar, mais uma vez, entre os componentes psíquicos, os conteúdos inconscientes. A “miséria psíquica” dos nossos tempos fez emergir a psicologia; os fatos psíquicos, como salienta C.G. JUNG, naturalmente já existiam, mas não irromperam com tanta violência e por isso não foram nem percebidos nem observados quanto à sua importância decisiva. Hoje em dia, sem considerar o psíquico, nada se consegue de marcante e duradouro. Segundo JUNG, apesar de constituir-se a psicologia de fatos empíricos, e não de postulados filosóficos ou artigos de fé, o fato de termos uma psicologia indica um sintoma que comprova os estremecimentos profundos que decorrem da psique... Podemos dizer então que a atividade psíquica obstaculizada cria defasagens no dinamismo psíquico: o interior pretende outro trajeto que o exterior e uma das manifestações dessa dissenção seria o aparecimento de tantas queixas “funcionais”. A exploração dos conteúdos inconscientes e especialmente a observação dos fenômenos emergentes do inconsciente coletivo é, hoje em dia, indispensável, se queremos lidar com toda a extensão da desunião do ser humano consigo mesmo (com toda as conseqüências mais amplas).

25.7. A dor “nervosa” não é muito aguda; antes pode ser descrita como “difusa”, estendendo-se em área ampla (têmporas, teto da cabeça, nuca, etc.) e é descrita pelos pacientes com imagens peliculares, “como se entrasse em prego”, ou “como se um aro incandescente apertasse as têmporas”. A pele torna-se bastante sensível e, alisando ou arranjando o cabelo, relatam suas dores. Por isso, água fria, café, ou desvio da atenção, pode aliviar a sensação dolorosa. Os pacientes acordam, de manhã, “confusos” e “tontos” ou “cansados”, e quanto mais tentam ainda dormir, tanto mais levantam indispostos, e só bem mais tarde “melhoram”, e à noite, como se nada tivessem sofrido, “florescem” e “expandem-se”.

25.8. As queixas diminuem durante as férias, desaparecem nas fases mais felizes e despreocupadas, mas recrudescem nos momentos difíceis e nas épocas de contratempos mais evidentes. Naturalmente, o uso de analgésicos, calmantes, relaxantes, antidistônicos e soporíferos é grande, porque o paciente, além da dor, sente palpitações, “aperto” cardíaco ou extrasístoles que o deixam alarmado, como a arritmia respiratória (observada e constatada com ansiedade), dores gástricas, dermatografismo, sudorese e esfriamento das extremidades; se o médico não estiver atento, será levado, “seduzido” ou até “hipnotizado” a fim de receitar para cada sintoma, “alguma coisa”. Os reflexos, em geral, são mais intensos, mas alguns deles (córnea, faringe) podem até faltar (histeria!).

25.9. Uma espécie de dor de cabeça “nervosa” pode ser causada por alguma informação “séria” ou “preocupada” do médico, se existir uma real alteração orgânica. O exame profissional significa sempre também uma abertura e uma intensificada receptividade e impressionabilidade psíquica, e por isso, qualquer gesto, olhar, postura, acompanhando a informação verbal sobre, por exemplo, pressão alta, arteriosclerose, menopausa, alergia, etc., faz com que o paciente entenda de modo exagerado o significado do seu estado, criando desnecessariamente, ou em forma desproporcional, uma “consciência de doença” agravada e temerosa. Essa seria uma espécie de dor de cabeça “iatrogênica”. Em geral não é raro que fatores nervosos associem-se à dor de cabeça de origem orgânica; às vezes nem é possível distinguir claramente as duas formas.

25.10. Mesmo em pessoas com sistema nervoso sadio, certas circunstâncias ou influências podem causar uma dor de cabeça aguda, latejante, mas passageira, na área temporal. Esforço, cansaço, radiação solar intensa (não insolação!), pressão do chapéu (capacete, boina, cartola), barulho intenso, o falar em voz alta com pessoa surda, podem figurar, além de muitas outras condições, entre as causas possíveis dessa dor de cabeça vasomotora, e há muitas “transições” na direção da enxaqueca verdadeira. Provavelmente trata-se também, nesses casos, de pressão interna e dilatação das artérias intracraniais. Na maioria dos casos o exame nada revela de especial ou acentuado. Percebem-se, eventualmente, sinais de “distonia vegetativa” ligada a emoções, alterações meteorológicas, angústia perante provas (estudantes!), e atividades, movimentação e ar fresco exercem uma influência benéfica. O trabalho corporal, acompanhado de uma exploração psicoterápica, cuja duração e extensão sempre dependem da situação externa e interna do paciente, encontra aqui uma área bem gratificante, mas não é para esquecer que justamente atrás de uma tal sintomatologia de origem aparentemente vegetativa pode existir alguma afecção orgânica. Mesmo nesses casos a terapia organísmica pode ajudar ou até esclarecer bastante, mas na maioria dos casos não deve ser preterido o exame do médico especialista.

25.11. Uma área bastante ampla da dor de cabeça é representada pelos quadros com aumento da pressão intra-craniana, que em si não causa dor; esta, mesmo experimentalmente ou em casos de hidrocefalia já em recém-nascidos, nem sempre é observada. O aumento da pressão intra-craniana causa a já mencionada tração de tecidos com algessioceptores; o descolamento de artérias, veias e certos nervos cranianos, já pode causar sensações dolorosas. Na maioria dos casos trata-se de tumor que, além da dor, acarreta sintomas como náuseas, vômito inesperado (“de boca cheia”, “vômito cerebral”), bradicardia e nítida sintomatologia intra-ocular (edema da papila da retina). Só esse achado já exige um extenso exame neurológico! A questão de tumores pertence, naturalmente, à perícia dos médicos. Aqui apenas mencionamos que mesmo no caso de tumores, uma adequada terapia organísmica pode trazer muito alívio (como também os analgésicos e calmantes), mas naturalmente não substitui um tratamento neurológico – com eventual operação – podendo sim, preparar para os vários exames e intervenções. Os médicos sabem que há vários outros processos intracraniais que podem levantar a suspeita de tumor: quisto hidático (equinococo), cisticercose, goma sífilítica, abscesso, tubérculo (pelo bacilo de KOCH) ou, eventualmente, um edema cerebral. Climatério, gravidez, tratamento hormonal (pílulas!), obesidade, anemia, hipoparatiroidismo, hipervitaminose, tetraciclina em doses altas, etc., foram também apontados como componentes significantes na apresentação de sintomatologia do “pseudo-tumor” do cérebro.

25.12. As doenças dos ouvidos podem causar também dor de cabeça (mastoidite!), atacando, por exemplo, o nervo trigêmeo, os nervos abducente ou o glosso-faríngeo, mas a dor pode originar-se dos dentes, de amígdalas inflamadas ou de tumores ou inflamações da naso-faringe e da laringe, da coluna cervical e dos tecidos adjacentes. Constituem um capítulo muito especial as afecções da articulação temporo-mandibular. Pertencem à área dos médicos especialistas! Existem, no entanto, não raramente, fatores psicogênicos, muitas vezes durante a psicoterapia manifestam-se tais sintomas

até então latentes, difusos ou menos delineados. As técnicas corporais podem trazer alívio patente, mas não substituem de modo algum – exceto em casos bem raros – o tratamento médico.

25.13. Inflamações dos seios para-nasais (especialmente os seios maxilar e frontal) na área frontal ou nos dois lados do nariz, causam dor intensa, especialmente ao levantar-se pela manhã. Em sinusites crônicas a dor é mais difusa e menos definida, exacerbando-se na fase de novos resfriados. As dores nas inflamações do seio maxilar dependem, de certo modo, da postura; por exemplo, deitando para o lado não afetado diminuem depois de alguns minutos, mas intensificam-se agachando-se, inclinándose para frente, movimentando a cabeça, ou em virtude de esforços. Antigamente colares duros e apertados (gargantilhas!) causaram congestionamento na área da cabeça e aumentaram o mal-estar. Trata-se de inflamação da mucosa que reveste os seios paranasais, mas em geral, qualquer processo que obstrui a descarga do muco e produz seu congestionamento, pode desencadear dores (“vegetação adenoide”, deformidade no septo nasal, tumores, etc.). É um sintoma peculiar a “dor de vácuo”, quando a comunicação fronto-nasal fica obstruída porque o ar existente no seio paranasal lentamente está sendo absorvido, criando um congestionamento intenso (hiperemia) da mucosa; tal condição causa as queixas. O médico rinólogo pensa, nesses casos e nos outros também, em hipertensão arterial... A psicoterapia organísmica pode desobstruir, descongestionar, aliviar, mas não como “tratamento”; as melhoras aparecem, antes, como sinais “colaterais”.

25.14. Entre as afecções dos olhos podem causar dores as anomalias da refração (hipermetropia, astigmatismo, perturbações de acomodação, estrabismo, glaucoma, inflamações e – não em último lugar – óculos inadequados.). O oculista sempre examina também, nesses casos, o fundo do olho! É para saber que as enfermidades dos olhos e as dos seios paranasais podem causar dores semelhantes entre si. As dos olhos (exceto nas inflamações) na maioria dos casos são bilaterais! A dor de cabeça “nasal” é mais desagradável de manhã e aumentam com trabalho físico; a dor de cabeça “ocular” intensifica-se à noite e aumenta com esforço mental. Em todas as formas de dor de cabeça pode aparecer “fotofobia”, especialmente na localização frontal. A dor, na maioria dos casos, é causada pela contração intensa do esfíncter da pupila, especialmente naquelas pessoas que trabalham com iluminação forte.

25.15. Uma área não pouco importante, constituem – no caso da dor de cabeça – as doenças dos ossos do crânio. Mencionaremos as mais significantes:

- Crescimento anormal dos ossos (oxicefalia), porque as suturas sagital e coronária fecham-se antes do tempo. Pode causar até atrofia do nervo óptico e também exoftalmia.
- Tumores primários, metástases (raiox) depois de carcinoma ou outro neoplasma. Por isso é importante a radiografia. Os tumores da próstata, na glândula tiróide e dos rins já bem cedo causam metástase; o mesmo processo nos pulmões, no estômago, nos intestinos, no fígado e nas vias biliares, só bem mais tarde.
- Osteíte fibrosa, hiperostoses as mais diversas, não são tumores mas em parte processos hereditários ou de origem ainda desconhecida. No caso de acromegalia os nervos sofrem compressão.

25.16. Poucas são as enfermidades generalizadas nas quais não aparece dor de cabeça, por exemplo, anemia, doença cardíaca descompensada, perturbações endócrinas (Addison, Cushing, Fröhlich), hipertireose, hipotireose com anemia, enfermidades do trato digestivo, falta do ácido clorídrico, insuficiência hepática, prisão de ventre. A dor de cabeça das vísceras ocorre por um reflexo através do nervo trigêmeo e pelos primeiro e segundo nervos cervicais (C 1-2); tanto faz se o estímulo se origina do útero, do ovário, do coração, dos pulmões ou do estômago, terá o seu reflexo doloroso em certas áreas da cabeça. Assim, tal reflexo, pode ser mobilizado por verminose intestinal também! Entre as intoxicações, o chumbo e o arsênico causam dores de cabeça, junto com outras

sintomatologias. Podem ser consideradas como uma espécie de auto-intoxicação a diabetes, a gota e a colema. Anteriormente, a sífilis apresentou um diversificado quadro de dores de cabeça (noite!).

25.17. As doenças dos músculos do pescoço e das vértebras cervicais causam dores que irradiam tanto para cima como para baixo. Um dos sintomas freqüentes é a nevralgia occipital (no nervo occipital maior: entre o processo mastóide e as superiores vértebras cervicais; no nervo occipital menor: entre as inserções dos músculos esternocleidomastóideos ou no processo espinhoso das vértebras cervicais ao pressioná-las). Chama-se subluxação quando uma das pequenas superfícies articulares de uma vértebra cervical desloca-se só um pouco em relação a outra superfície articular, e nesse caso a artéria vertebral (ver a figura no livro!) e o acompanhante plexo simpático sofrem pressão ou pinçamento. Na discopatia cervical a dor irradia também para os braços, as costas e o pescoço e aumenta ao tossir, espirrar ou no caso de movimentos rápidos ou levantar de peso. (A hérnia de disco – ver a figura no livro – é mais freqüente na área C5-6 e C6-7). Calcificações nas vértebras cervicais podem igualmente causar dor de cabeça pela pressão sobre a artéria vertebral. A espondiloartrose na área cervical (processo degenerativo no osso) causa dor especialmente aguda de manhã antes de levantar; as queixas são intensas, mas a radiografia nem sempre apresenta achados condizentes. Queixas de jovens esportistas (futebol, ioga, luta livre, ginástica) e de moças com estrutura óssea frágil e de operários idosos, muitas vezes sinalizam uma artrose. Às vezes basta uma viagem em estrada acidentada ou permanecer com a cabeça levantada durante certo tempo (cinema) para desencadear sensações dolorosas na cabeça. Todos os casos de dor de cabeça exigem um metucioso exame neurológico. A psicoterapia organísmica (referindo-se aos pontos 25.14 – 17), acupuntura, estiramentos, reorganização mio-fascial, terapias respiratórias, bioenergética, massagem integrativa, e outras modalidades – patentemente as suaves – podem contribuir sensivelmente no tratamento médico, especialmente se os pacientes não estão sendo sobrecarregados com remédios de efeito paliativo (calmantes, miorelaxantes, estimulantes, etc.).

25.18. Em todos os casos devemos saber se o paciente – além dos medicamentos aconselhados pelo especialista – não está tomando por conta própria outras substâncias: chás, drogas psicodélicas e semelhantes, porque os pretendidos “estados alterados de consciência” podem ser acompanhados de estados alterados da tensão dos músculos estriados e lisos e de condições alteradas da condução nervosa, das funções endócrinas e da defesa imunológica, com as mais variadas conseqüências.

Essa apresentação concisa quis apresentar apenas um esboço geral quanto às circunstâncias que podem causar dor de cabeça. O médico experimentado considera naturalmente, sempre aquelas características que determinam ou definem mais claramente o quadro, com atenção especial para os sintomas acompanhantes. A localização da dor, a fase do dia, da semana, do mês e do ano, a sua qualidade, sensibilidade à pressão, fotofobia, perturbação da vista ou da audição, tontura, desorientação psíquica, os achados ao examinar o fundo do olho, o do líquor, a febre eventual ou alterações da temperatura, a radiografia, angiografia, tomografia e suas mais diversas variações, podem ser, mas nem sempre, indicadores para uma diagnose mais acurada.

Agora continuaremos com os outros pontos da VELA, lidando de modo mais conciso com as questões propostas, já que a dor de cabeça serviu como paradigma para muitas considerações posteriores. Os comentários subseqüentes serão, assim, mais concisos porque muitas respostas podem ser encontradas na nossa “Anatomia e Fisiologia Humana”, a ser também consultada. Quanto às indicações das páginas do livro, os números referem-se à 5ª edição, e os números em parênteses à 4ª edição. Por exemplo: pg. 316 (335).

Insistimos no ponto de que o psicoterapeuta deve conhecer – em prol de uma colaboração de igualdade – os problemas clínicos que entram também na sua área, para um melhor aproveitamento da perícia dos outros grupos profissionais; mas não se trata de tornar-se um médico, um

fisioterapeuta ou um fonoaudiólogo, etc., mas sim de conhecer os princípios básicos das outras disciplinas e saber enquadrá-los na sua própria “equação pessoal” (profissional!), assegurando assim uma efetiva participação no acompanhamento dos pacientes e uma colaboração interdisciplinar consciente, com o preparo adequado.

2. O meu coração dispara de vez em quando, batendo de modo irregular... ... Sinto de vez em quando, o coração latejar no pescoço ou nos vasos

2.1. Trata-se então de uma alteração (perturbação) do ritmo cardíaco (normal entre 70 e 80 batidas por minuto em adulto) que pode consistir em:

- Aceleração : taquicardia, isto é, ação cardíaca excessivamente rápida (pulso! em crianças é fisiológico!).
- Desaceleração: bradicardia : batimento cardíaco notadamente lento (baixa frequência do pulso, isto é, menos do que 60 batidas por minuto).
- Qualquer alteração variada do ritmo normal: arritmia.

Para diferenciar da taquicardia, mencionamos a palpitação, que não é sempre consequência de doença, mas cria uma sensação desagradável na maioria dos casos, especialmente se a pessoa percebe a sua ação cardíaca. Muitas vezes indica a parte sistólica mais intensa do ciclo cardíaco, mas pode indicar o enchimento exagerado ou insuficiente do ventrículo (patológico). Aparece também na hipertireose, na agitação psíquica, como efeito do álcool, da nicotina, e de outros excitantes. Muitas vezes é observada em pessoas com sistema nervoso sensível, na neurastenia e na neurose. Há profissionais que afirmam que a palpitação é antes de origem psíquica do que física, representando certa labilidade vasomotora (astenia neurocirculatória). Essa labilidade neurovegetativa aparece especialmente em jovens, junto com sintomas os mais variados: pressão na área cardíaca, cansaço, tontura, respiração com suspiros e gemidos, extra-sístole, insônia, estados sub-febrís, inapetência, emagrecimento, queixas em relação com o estômago e intestinos, perturbação da micção, etc. A sensação de palpitação conceitualmente não é taquicardia; essa última, muitas vezes, não causa sintoma subjetivo, ou melhor, o indivíduo pode ora perceber-la, ora não.

2.2. Na maioria dos casos a taquicardia é causada pelo aumento dos estímulos do nodo sinoatrial (taquicardia sino-auricular) mas pode manifestar-se em pessoas sem qualquer comprometimento patológico, por causa de esforço físico, emoção, agitação, temperatura externa elevada, alimentação, depois da ingestão de álcool, cafeína e fumo. Dentro da patologia aparece em casos de infecções (tromboflebites!), decompensação cardíaca, inflamação no miocárdio, enfarte, colapso ou choque pelo reflexo mobilizado pela baixa pressão sanguínea, anemia, tumor, drogas, remédios, hipertireose, etc. Quaisquer manifestações repetidas de taquicardia, bradicardia ou arritmia, devem ser examinadas pelo cardiologista!

2.3. Na praxe, o cardiologista pensa sempre nas afecções do miocárdio, em hipertireose, em neurose e em astenia neurocirculatória (simpaticotonia). Os métodos da psicoterapia organísmica, na maioria das vezes podem ser aplicados com proveito, mas não são aconselháveis em miocardites ou em outras inflamações (tromboflebite), i. e., quando há febre, leucocitose, sinais correspondentes no ECG, hemossedimentação aumentada e articulações doloridas e inchadas.

2.4. Causam taquicardia os fatores que impedem o trabalho do coração, como a pericardite, pneumonia, pleurisia, tumores do mediastino, dilatação do estômago, ascite (acúmulo de líquido seroso na cavidade abdominal, muitas vezes em função da cirrose hepática, tumores de fígado, do pâncreas, etc.).

2.5. Há remédios como a atropina que inibem os estímulos do nervo vago e desta maneira causam taquicardia; mas atuam de modo semelhante processos patológicos que afetam o nervo vago em qualquer ponto do seu trajeto ou nos seus núcleos intra-cranianos, por exemplo, a fase última da meningite, tumores do cérebro, hemorragia cerebral (apoplexia), trombose cerebral, etc. A taquicardia pode ter a sua origem – além dos remédios que estimulam o sistema simpático – em certas alterações anatômicas que afetam e assim estimulam diretamente a cadeia simpática (tumores do mediastino, bócio, aneurisma da aorta, etc).

2.6. Arritmias:

- Arritmia respiratória: observa-se em pessoas com labilidade neuro-vegetativa. Não é patológica e pode ser reconhecida observando-se a respiração e o pulso simultaneamente.

- Extrasístolia: não altera o ritmo de modo significativo e pode ser constatada pelo pulso. Em pessoas sensíveis criam-se sensações desagradáveis, porque acham que o coração “vai parar”; depois de uma pausa compensadora, a sístole mais intensa está sendo acusada como causadora de pressão na área cardíaca que até “sobe na garganta”. Tais casos não devem ficar sem observação pelo profissional, que decidirá se se trata de uma extra-sístole que acompanha uma doença orgânica (ECG!). O caso de origem nervosa não tem significado clínico, mas é para saber que pode ser eliciado por álcool e tabaco, e reage bem aos sedativos. Ao se movimentar a pessoa, em geral diminui, e em repouso (ao deitar) aumenta. A psicoterapia organísmica pode aliviar mesmo em casos de origem orgânica, mas deve ser aplicada com prudência no caso de comprometimentos orgânicos e é melhor esperar quando há processos infecciosos. (Rever no livro: Batimento cardíaco, pgs. 318-319/339-340/ Controle nervoso do coração, pgs.319/341).

Quanto a “o coração latejar no pescoço ou nos vasos”;

2.7. Rever no livro as páginas 345(369), 346(370), para recordar em termos gerais, a anatomia dos vasos, acrescentando também as explicações sobre o reflexo barorreceptor na página 326(349) para o ponto 2.14.

2.8. Recordar também aquilo que foi exposto sobre a palpitação.

2.9. Como se sabe, a regulação da distribuição do sangue ocorre através das alterações da tensão dos músculos nas paredes dos vasos, determinando a dilatação ou constrição destes (“tônus miogênico”). As células dos músculos lisos também nos vasos têm uma “tonicidade básica”, com a capacidade de contrações espontâneas e rítmicas.

2.10. Outros fatores que atuam sobre o interior dos vasos, influenciando seu tônus são os gases respiratórios do sangue (oxigênio, dióxido de carbono, nitrogênio) e o monóxido de carbono que se encontra numa atmosfera poluída (gás de escape dos motores de gasolina, fumaça de cigarro “tragado”). Este liga-se à hemoglobina numa afinidade duzentas vezes maior do que a do oxigênio e assim, “apossa-se” de notável quantidade dela.

2.11. Devem ser mencionados também certos produtos do metabolismo (metabolitos) e hormônios, e ainda, substâncias produzidas mesmo nas paredes dos vasos, que atuam localmente, e substâncias transmissoras do tecido nervoso “intramural”. Os tecidos próximos ou outras áreas do corpo também produzem substâncias que entram, por difusão, em contato com a parede dos vasos. Existe, então, uma combinação de fatores, e na realidade nenhum deles determina, exclusivamente, a tensão dos músculos lisos dos vasos. Isto vale não apenas para os vasos maiores mas também para as ramificações terminais dos trajetos da circulação, nas quais existe uma permeabilidade ainda maior.

2.12. A inervação simpática comprovadamente produz, em geral, vasoconstricção, mas em certas áreas uma vasodilatação (coronárias, músculos do esqueleto). O efeito do parassimpático é ainda discutido. Sabemos que inerva, em termos de uma vasodilatação, os vasos do pâncreas, faringe, corpos cavernosos do pênis (nervos erigentes), as glândulas salivares e lacrimais, os vasos de certas áreas do cérebro, os vasos do rosto (nervo trigêmeo), nariz, seios maxilar e frontal, e talvez também os outros, e a língua (corda do tímpano!).

2.13. A vasodilatação em outras áreas está sendo atribuída não tanto à ação imediata do parassimpático mas à de outros agentes que o influenciam. Essas substâncias são encaradas como transmissores e modulares de impulsos nervosos. As endorfinas já conhecemos; existe a bradicinina, um peptídeo, liberado pelos neurônios, por exemplo pela estimulação das glândulas sudoríparas (atividade muscular) em diversas áreas do corpo e as prostaglandinas, uma espécie de ácidos graxos de ação multiforme (intestinos, útero, sistema nervoso central, etc.).

2.14. Existem, em ligação estreita com o sistema dos vasos, os assim chamados para-gangliões, grupos celulares quimio-receptivos (quimioceptores) – barorreceptores ou pressorreceptores – que em parte se originam do simpático e em parte dos nervos vago e glossofaríngeo.

Resumindo: a inervação cardiovascular ocorre pelas fibras cardio-inibidoras (parassimpático) e cardio-aceleradoras e vaso-constritoras (simpático), ativadas pelos barorreceptores no arco da aorta e no seio carotídeo ou por outros estímulos.

2.15. O estado intato dos reflexos cardio-vasculares podem ser examinados até por meios simples. A lesão das fibras parassimpáticas está indicada em pessoas com miocárdio não afetado, se o batimento cardíaco em estado de repouso for acima de 84/min. e houver arritmia respiratória com a diminuição da freqüência respiratória abaixo de 10 respirações por minuto. Estimulando os barorreceptores, por exemplo, ao exercer uma pressão moderada sobre o seio carotídeo durante 10 segundos, não haverá diminuição do batimento cardíaco.

2.16. A lesão das fibras cardio-aceleradoras e vaso-constritoras, pode ser constatada se, ao levantar rapidamente da posição horizontal não ocorre o aumento do batimento cardíaco nem o da pressão sangüínea e nem diminui a irrigação sangüínea do antebraço (esse último sintoma é medido com platismógrafo). Uma outra forma de constatação: prensão com a mão (“hand-grip”) durante cinco minutos não aumenta nem a pressão sangüínea nem o batimento cardíaco. Cálculos matemáticos forçados criam uma espécie de “stress” e, no caso de lesão do sistema cardio-acelerador, o número do batimento não será aumentado.

2.17. Existem, naturalmente, métodos de investigação mais complicados, também. Trabalhando em instituições é útil assistir, de vez em quando, tais procedimentos empregados dentro ou fora da rotina, ou ao menos inteirar-se a respeito, para conhecer as expressões usadas, especialmente em relação com a diagnose e prognose. Entender, em linhas gerais, as terapias propostas e o efeito farmacológico e psicofarmacológico dos remédios receitados pelos médicos seria mais um passo. Desta maneira poderão avaliar melhor a forma e a profundidade das reações observadas ao empregar os métodos de psicoterapia organísmica.

2.18. Hoje em dia fala-se de síndrome cardio-vascular funcional, anteriormente denominada “neurose cardíaca”, “síndrome de esforço”, “astenia neuro-circulatória”, “fobia cardíaca”, “neurastenia”, “neurose de angústia”, “neurose vasomotora”, “perturbações funcionais do coração e da circulação”, “distonia vegetativa”, etc. Já em 1871 DA COSTA descreveu queixas cardíacas em parentes de militares como “coração irritável”, e o povo denominava tal condição “coração de soldado”. Parte dessas denominações é inadequada, por exemplo, “neurose cardíaca”, em que o portador do coração é

neurótico mas não o coração, ou “fobia cardíaca” que mostra certa inexatidão, já que uma das manifestações da fobia é a evitação do estímulo específico; assim, na agorafobia os espaços abertos, na fobia de gato, cobra, cachorro, os animais correspondentes, mas como se “evitaria” o próprio coração?

Aqui temos que transcrever a definição de UEXKUELL quanto à expressão funcional. Trata-se de um grupo de perturbações da saúde em que determinados sintomas que se revezam quanto à intensidade e caráter, sem ter como base alterações orgânicas anatômicas, mas que várias vezes ou constantemente, prejudicam a disposição psico-física.

2.19. UEXKUELL divide em cinco grupos principais a síndrome cardio-vascular funcional:

1. Queixas em relação com o coração mesmo: palpitação, extrassistolia, taquicardia e diversas formas de dores, como pressão, picadas no peito com irradiação no braço esquerdo, levantando a idéia de um enfarte.
2. Queixas gerais: abatimentos, escotomas, cansaço, exaustão, i.e., sintomas apontando uma eventual hipotonia.
3. Queixas em conexão com a respiração: sensação de aperto, inspiração ou expiração dificultada, tanto em momentos de descanso como durante uma atividade física. O conjunto corresponderia à chamada “síndrome de hiperventilação”.
4. Queixas vegetativas : insônia, parestesias, tremor, sensação de frio (vasoconstrição), sudorese, vertigem e dores de cabeça.
5. Queixas psíquicas: irritabilidade, angústia, inquietude “interna”, abatimento do estado de ânimo, falta de iniciativa.

A multiplicidade da sintomatologia levou vários autores a completar suas investigações com análise fatorial, mas os resultados dessas já ultrapassariam os moldes dos nossos interesses.

2.20. O comportamento dos pacientes com perturbações funcionais na área cardio-vascular apresenta uma ansiedade com conduta de poupar-se, i.e., evitar tudo que possa forçar o coração. Existe também uma necessidade de controle, ao observar quase compulsivamente as prescrições do cardiólogo e seu parecer sobre os achados no eletrocardiograma. A afirmação de que não há enfarte, no entanto, não aquietta sua ansiedade durante muito tempo.

Um outro sintoma é a angústia de separação, muitas vezes em conexão com a ausência do médico; nem sempre isto é considerado com tato e compreensão. Na presença do cardiólogo ou do clínico geral os sintomas muitas vezes amenizam-se, indicando uma confiança quase mágica de que o terapeuta saberá influenciar ou controlar a função cardíaca, fornecendo amparo e proteção. A relação com o arquétipo “curador” aqui é bem patente, mesmo que o médico não tenha um comportamento ou desempenho “carismático” assumindo tal papel a ele delegado. Ao contrário, com muita objetividade e pouca empatia, poderá frustrar o paciente (INPS, etc.), e em consequência disso podem - incompreensivelmente – reaparecer sintomas, quase exigindo mais atenção e acolhida, já que se “reconheceu” na pessoa do terapeuta o “salvador”, i.e., mais um aspecto arquetípico.

Há, na maioria dos casos, um estado de ânimo depressivo junto com uma certa incapacidade de expressar sentimentos e impulsos agressivos e dar vazão à frustração se o médico não se dedica mais atentamente ao seu caso. Mesmo uma atitude reclamante pelo eventual insucesso na terapia só indiretamente está sendo demonstrado.

Observaram que as queixas funcionais cardio-vasculares aparecem com mais freqüência em pessoas jovens e que com a idade avançada não se manifestam com tanta intensidade. As causas disto não estão ainda esclarecidas completamente.

2.21. Os pacientes devem ser examinados cuidadosamente pelos especialistas para se obter uma imagem o mais clara possível da condição somática, cuidando-se – especialmente no caso de

perturbação funcional – para que o paciente não fixe num órgão (coração) nem num quadro patológico (enfarte, angina do peito, insuficiência das coronárias, etc.).

Com igual cuidado deve ser levantado o quadro psíquico, para que a eventual perturbação “funcional” resultante dos exames, não seja mantida apenas como “diagnose por exclusão”. Nesses casos a psicoterapia é certamente indicada, mas se executada por profissionais realmente preparados e não apenas pelo médico clínico, que “quando é necessário, também faz psicoterapia”... Certamente podem existir, entre eles, personalidades cuja presença, fala e atuação têm efeito psicoterápico bem autêntico.

2.22. De acordo com as exigências metódicas de uma investigação científica é necessário – também do nosso lado – observar séries de pormenores em uma escala bem ampla, sem encarar os achados de modo isolado ou reduzir a eles todo o processo.

Seria importante investigar, por exemplo, porque e quando leva um tipo específico de relacionamento Mãe-Criança, sob determinadas condições, a perturbações cardio-vasculares funcionais. Ainda estamos longe de propor “estratégias racionais” para a diagnose e para a terapia no caso de tais quadros.

3. Fico corado ou pálido com facilidade... sinto ondas de calor no corpo ou a cabeça congestionada....

3.1. Rever o ponto 2.12.

3.2. É um fato que as condições que alteram a vasoconstrição e a vasodilatação na pele não estão ainda adequadamente esclarecidas. Não temos uma hipótese que possa responder se uma vasodilatação da pele ocorre em função ativa de fibras nervosas vasodilatadoras, pelo efeito de determinadas substâncias ou pela falha ou inibição das fibras vasoconstritoras. Também foi observado que a coordenação vasodilatação–vasoconstrição decorre de modo diferente nas diversas áreas do corpo humano. Assim, pouco sabemos da organização vasomotora do rosto: supõe-se que a vasoconstrição é relativamente fraca (uma operação no simpático cervical – simpatectomia – não influência a cor do rosto). Parece que as fibras vasodilatadoras seguem o nervo facial. A conhecida onda de calor regional ou generalizada em virtude de certas técnicas suaves encontra aí sua explicação.

3.3. O corar (eritema) e o ruborizar intenso (“flush”) ocorrem por uma vasodilatação, na base de influências emotivas e endócrinas ou pela ação direta de substâncias vaso-ativas sobre os vasos do rosto. Muitas vezes nem é possível distinguir o corar do intenso ruborizar (“flush”). Costuma-se dizer que o corar ocorre por uma emoção (vergonha, embaraço, acanhamento) e o “flush” seria um eritema causado por um “estresse” (tensão, aborrecimento) coligado com sudorese intensa e pilo-reações. Especialmente em mulheres aparece eritema no rosto, no pescoço e na parte superior do tórax em relação com emoções, ambiente quente ou depois de um banho, mas às vezes sem qualquer provocação. Os “bafos de calor” da menopausa ou após, são conhecidos mas podem aparecer precocemente, depois de ovariectomia bilateral ou depois de extensa enfermidade dos ovários. A causa seria a falta de estrogênio e o subsequente aumento de gonadotropina. O sistema pode ser acompanhado por sudorese e subjetivas reações psíquicas.

Certos tumores (apêndice, ovários, pulmões) produzem serotonina talvez junto com peptídios vaso-ativos, causando “flush”, diarreia, dispnéia e alterações cardíacas, de modo espontâneo ou em conexão com emoções, consumo de álcool, comer excessivo, evacuação ou só ao beber água.

Sabe-se que a histamina, ou como terapia ou como produto dos mastócitos, causa também rubor acompanhado de dor de cabeça.

3.4. Para entender tais fenômenos temos que saber algo da sintomatologia de determinadas perturbações vegetativas seguindo as idéias de BROSER. Essas falhas de regulação podem aparecer no aparelho circulatório (ora no coração, ora na circulação periférica ou em ambos, simultaneamente) ou, em outros casos, no metabolismo da água ou do cloreto de sódio, no metabolismo de minerais, dos carboidratos ou na periodicidade de sono e vigília.

3.5. Aqui ajuda a compreensão, o sinergismo polar dos dinamismos ergotrópicos-simpaticotônicos e trofotrópicos-vagotônicos (parassimpaticotônicos). Tais sinergismos compõe-se de dispositivos funcionais tanto periféricos como centrais, numa organização hierarquicamente escalada e constituem-se em prol de uma auto-regulação circuitos funcionais que constantemente influenciam uns aos outros de modo recíproco. Não devemos nos esquecer do fato de que se trata de um modelo e que muitas sequências não estão ainda totalmente esclarecidas. Evitamos demais terminologia das áreas da neurologia e da bioquímica, salientando antes, o papel das influências psíquicas.

3.6. Sabe-se que já na escala periférica, nos vasos periféricos, existem aparatos terminais vegetativos que determinam o tônus dos vasos, desempenhando assim, funções reguladoras autônomas. (Pensemos no efeito de certas técnicas numa área periférica!). Quando o tônus sofre oscilações demais intensas, já além do fisiológico normal, podem ocorrer crises “vasais” que, dependendo da área onde ocorrem, podem causar sintomatologia patológica.

3.7. Acima dessas regulações periféricas atuam dispositivos espinhais de regulação, submetidos aos centros rombencefálicos e mesencefálicos, nos quais estão sendo coligadas todas as regulações do coração e da circulação. Daí podem originar-se comutações mais gerais através das grandes artérias e das grandes veias.

3.8. Pelas conexões dos centros meso-rombo-espinhais com o sistema da hipófise, além dos efeitos psíquico-afetivos e “nervosos”, atuam também as categorias e influências humorais (hormonais). Isto significa que também pela direção contrária, tensões afetivas, estresse (stress) e outras alterações psíquicas podem causar alterações nas disposições funcionais vegetativas e com isso podem também influenciar a circulação em parte ou no seu todo.

3.9. Assim, dependendo da necessidade, através dos dispositivos de regulação humoral (hormonal) ou nervosa, o sistema circulatório pode ser estimulado para um rendimento máximo ou, ao contrário, se for necessário, podem funcionar reflexos da “distensão”, i.e., de proteção e defesa do sistema circulatório. Desse modo o organismo dispõe tanto de reflexos ergotrópicos- simpaticotônicos como de trofotrópicos-parassimpaticotônicos (vagotônicos), para enfrentar situações críticas. Quando a disposição das funções vegetativas encontra-se numa situação extrema, como no caso de uma hiper-reflexia vegetativa, ou quando uma das partes do sistema vegetativo está relativamente fraca, já cargas menos intensas (também psíquicas) podem mobilizar mecanismos dos reflexos acima apontados e causar reações circulatórias tanto simpaticotônicas como vagotônicas, observáveis, em forma mais suave, na psicoterapia organísmica.

3.10. Por causa da organização mais centralizada do sistema ergotrópico-simpático, os efeitos ergotrópicos em geral aparecem tanto no coração como no sistema muscular, como ocorrências simpático-cardiais e simpático-vasculares. O sistema simpático é de natureza central e não periférica, como o sistema parassimpático e está sendo estimulado não por mecanoreceptores mas predominantemente por quimio-receptores em dependência do conteúdo de dióxido de carbono no sangue. Tais quimio-receptores encontram-se no mesencéfalo, no glomo carotídeo e na aorta. Como neurotransmissores do sistema simpático atuam sobre a noradrenalina e adrenalina produzidas pelas células da medula supra-renal e no caso de necessidade estão sendo introduzidas na corrente

sangüínea. Tal fato coloca o organismo de uma vez em estado de prontidão (alarme) para um alto rendimento. As substâncias mencionadas causam extensas vasoconstricções periféricas e com isso fomentam o refluxo do sangue ao coração; dilatam os vasos coronários, aceleram o batimento cardíaco e assim melhoram a irrigação sangüínea do coração. Tal efeito transmite-se também aos grandes vasos. Simultaneamente aumenta a freqüência respiratória e ocorre uma oxigenação mais intensa que diminui o teor do dióxido de carbono no sangue; cessa o estímulo sobre os quimio-receptores e com isso também a reação por parte do sistema simpático. Além do efeito dos quimio-receptores, o simpático pode ser influenciado por alterações mecânicas de pressão nas grandes veias, nas veias pulmonares e nos átrios (aurículos) e na musculatura do ventrículo direito do coração. Entre os efeitos psicofísicos que podem desencadear tais reações simpático-miméticas estão: temor, susto, expectativa ansiosa, sobrecargas físicas e mentais, falta de sono (vigília forçada – tortura), estímulos de frio, excesso de comida no estômago, estufamento, aerofagia, etc.

3.11. A organização mais descentralizada do sistema trofotrópico-endofilático, i.e., parassimpático, causa com freqüência efeitos vagotônicos parciais, i.e., ou predominantemente no coração ou no sistema circulatório periférico. Assim, fala-se de ocorrências vago-vasculares e vago-cardíacas, com a sintomatologia inicial de palpitação, sudorese, tontura e náusea. A descrição pormenorizada dessas reações iria além da questão estudada.

3.12. A modalidade da ocorrência simpático-vascular é também a expressão da atuação de quantidade aumentada de noradrenalina e adrenalina. Em casos mais graves há um início rápido com taquicardia, palpitação, “desagradável” pulsação das artérias do pescoço, cabeça e braços, coligada com a dor atrás do esterno e sensação de sufocamento e até aniquilação. A respiração é intensificada e forçada. Pode aparecer uma vasoconstricção extensa com palidez, tremedeira, calafrio, extremidades frias e amortecidas. A pressão sangüínea eleva-se e por isso fala-se, nesses casos, de “crise de pressão”. O repentino e maciço aumento da pressão sangüínea, na maioria dos casos desencadeia intensas e pulsantes dores de cabeça. Aumenta também a temperatura, o teor de glicose no sangue e aparecem como ondas, ao longo do corpo inteiro, pilo-reações, causando sensações desagradáveis, parestesias e fantasias sinistras. As pupilas são, em geral dilatadas e muitas vezes podem ser observadas fibrilações musculares sincronizadas com a ação cardíaca.

Se a reação atinge os vasos do cérebro, causando “vaso-dispraxias”, pode ocorrer, além de tontura, zumbido nos ouvidos, perturbações da vista e pareses, alterações ou perturbações da consciência, estados confusos, atordoamentos de graus diferentes e, em casos extremos, acessos sintomáticos de epilepsia ou eclâmpsia.

No auge da reação simpático-vascular entram reflexos baro-receptivos, i.e., de contraregulações parassimpáticas e ocorre então a ruborização do rosto e da pele, sudorese difusa, arrotos, náusea (às vezes vômitos); a freqüência cardíaca e a pressão sangüínea chegam quase a normalizar-se e manifestam-se diurese e diarreia aquosa.

Depois dessa transitória preponderância do tônus parassimpático, de novo atuam a noradrenalina e adrenalina, produzindo de novo vasoconstricção, causando dor de cabeça, abatimento, fraqueza e necessidade de sono.

3.13. Tais reações simpático-vasculares ocorrem com base na labilidade vegetativa e na hiper-reflexia simpática, mas também pela hiper-função da hipófise, da glândula tiróide, das glândulas supra-renais e das gônadas. Um dos fatores mais salientes que causam hipertonia simpática são as duradouras e pesadas sobrecargas psíquicas e físicas. Nesses casos bastam simples pequenas alterações vegetativas das fases do dia, ou uma simpaticotonia na fase pré-menstrual, esforços dentro da rotina cotidiana e até o efeito da nicotina ou da cafeína para desencadear reações maiores ou menores. Não se trata então, de simples “nervosismo” ou “histeria” ou “caráter irritável”.

3.14. Sabe-se que uma estimulação local ou geral da pele desencadeia reflexos que se manifestam por sudorese, reações pilo-motoras e alterações do tônus dos vasos. Em várias técnicas corpóreas, nas mais energéticas como nas mais suaves, é possível observá-los. Distinguem-se, de um modo geral, três grupos principais de reflexos:

- Reações totais, envolvendo o cérebro e a pele inteira, por exemplo, numa vasoconstrição geral depois de um estímulo. Há os que acham que nem se trata de reflexo mas de reações, porque ocorre uma descarga de impulsos ao longo dos trajetos vegetativos como resposta a um estímulo que mobiliza a emoção. Outras descargas do cérebro para a pele podem ser eliciadas por estímulos não nervosos, por exemplo, o centro do hipotálamo, que controla a temperatura do corpo, pode ser influenciado pela temperatura do sangue.

- Os reflexos espinais “diretos” podem abranger apenas um segmento espinal, mas em geral o lado aferente ramifica-se para cima e para baixo, e dessa maneira vários segmentos estão sendo envolvidos na reação, que pode ser unilateral, contra-lateral ou bilateral.

- As fibras nervosas sensitivas que inervam a pele podem ser envolvidas também no lado eferente do arco reflexo. Esse reflexo axônico não tem sinapses nem células nervosas no seu trajeto. O estímulo, então, não se dirige à correspondente célula ganglionar mas permanece limitado às ramificações periféricas de um neurônio único. Esse reflexo axônico representa uma peculiaridade do sistema nervoso cutâneo (pode ter também origem muscular!) e pode ser eliciado por estímulos mecânicos ou elétricos, pela liberação autóctona de histamina e por outros estímulos os mais variados. O reflexo axônico deve ter certo papel na pilo-ereção e na sudorese; pode ser constatada a sua falta quando as fibras cutâneas terminais dos nervos sensitivos da pele passam, por qualquer razão, pelo processo de degeneração, por exemplo, fases posteriores a um traumatismo de nervos periféricos, ou em zonas de anestesia de determinado tipo de lepra. Ao contrário, em regiões em que as fibras simpáticas foram destruídas, pode ser observado o assim chamado eritema axônico.

3.15. A básica atividade vasomotora mostra uma alteração rítmica, provavelmente em virtude da oscilação das descargas nos centros vasomotores no hipotálamo. Sob o efeito de emoções (angústia, medo) as descargas são mais freqüentes nos centros, com a conseqüência de uma redistribuição de sangue em termos de disposições novas.

3.16. Um reflexo generalizado de vasoconstrição está coligado com a função do hipotálamo. Os mais variados estímulos podem causar tal reação, como dor, ruído inesperado, intenso esfriamento, etc., mas o estímulo mais comum é a baixa temperatura do sangue, atuando sobre o centro hipotalâmico; certamente têm certo papel também os impulsos aferentes originados na pele e o efeito da adrenalina e noradrenalina, libertadas da medula da glândula suprarrenal.

- A situação é contrária no esquentamento da superfície do corpo, que inibe o tônus (vasoconstrição) dos vasos da pele. Pensemos aqui, naturalmente, nos impulsos aferentes dos termorreceptores cutâneos.

- Outras reações vasculares podem ser encaradas como um mero reflexo espinal, às vezes contra-lateral, como na vasoconstrição observada numa das mãos quando a outra submerge em água fria, ou a vasodilatação em uma perna quando se escova o mesmo ponto da outra perna.

Tais reflexos cutâneos causando vasoconstrição, parecem ser especialmente ativos nas mãos e pés.

3.17. Temos que lembrar ainda os conhecidos reflexos víscero-cutâneos, que causam hiperalgesias nos dermatômos coligados a vísceras adoentadas do mesmo metâmero – em geral de lado homolateral. Eventualmente participam também os dermatômos vizinhos. Não ocorre vasoconstrição ou vasodilatação simultânea, na maioria dos casos, nem alterações da temperatura da pele. Mas no outro lado não afetado, em tais zonas muitas vezes há eritema, sudorese e resistência capilar aumentada, explicando, eventualmente, a distribuição de certos quadros dermatológicos.

4. Às vezes tenho zumbido nos ouvidos

4.1. A tarefa do sistema neurovegetativo é a manutenção da estabilização interna dos órgãos. Isto vale também para a área oto-rino-laringológica que, através do sistema reticular, está ligada a diversos ritmos alternantes e circuitos de regulação. Quando, no decorrer da coordenação normal dessa organização extensa acontece uma perturbação que impede a manutenção de um equilíbrio funcional, de modo que este já não pode ser estabelecido pelo próprio sistema, então emergem reações patológicas. Um papel bastante significativo têm aqui também os fatores psicossomáticos.

4.2. Uma tal des-regulação expressa-se em anormais reações dos vasos, alterações das secreções e na permeabilidade da membrana celular, ocorrendo assim os mais diversos estímulos, ora inibidores ora ativadores, sobre os tecidos e os líquidos teciduais. Em certos casos, tais alterações que não seguem as disposições da normalidade durante certo tempo, talvez representem “funções protetoras”, atualmente pesquisadas e investigadas com mais atenção.

4.3. Na mucosa nasal, indubitavelmente, existem manifestações vasomotoras de cunho psicossomático. A rede extensa dos vasos depende, patentemente, da inervação vegetativa e de seus mecanismos específicos. São ainda menos esclarecidas as influências vegetativas sobre a boca, faringe e laringe. Sabemos porém, que nessas áreas também atuam, com predominância, fatores psicossomáticos.

4.4. O mesmo ocorre no caso de mecanismo de perturbação oriundos do ouvido médio e das suas ligações múltiplas e estreitas com estruturas simpáticas e parassimpáticas; assim, o efeito das tais perturbações irradia-se até áreas bem distantes. As ligações do ouvido interno com sistema vegetativo já foram há muito tempo postuladas, mas, pela falta de métodos confiáveis de investigação, não foram adequadamente esclarecidas. Ao mesmo tempo, certamente, o ouvido interno, cóclea e aparato vestibular periférico, estão no centro do interesse dos especialistas, devido ao aumento perceptível das perturbações agudas, por exemplo, em situações de “stress”, em conexão com fatores psíquicos de cunho vegetativo-emocional. Não se trata apenas de traumas emocionais, mas antes de tudo do “stress” causado pelas vicissitudes da civilização moderna, i.e., a soma de fatores que perturbam e pesam dentro da rotina cotidiana, na profissão, na organização agitada das férias ou dos fins de semana, inclusive os traumatismos oriundos do meio, da sociedade que, com muito barulho e falação agitada e agressiva, exige rendimento eficaz e ostentativo.

4.5. A intensidade das influências emotivo-psíquicas que causam e mantêm situações que já se enquadram na noção de sintomatologia psico-somática depende, naturalmente, do tipo da personalidade. Os sintomas mais freqüentes são os ruídos ou zumbido no ouvido, perturbações acústicas e tontura, aparecendo ora combinados, ora separadamente. O mecanismo dos sintomas não está inteiramente esclarecido; é difícil achar adequados modelos experimentais. Por isso é necessário cuidar com interpretações apressadas e unilaterais, e com deduções fantasiosas, tanto em termos positivos como negativos.

4.6. É pouco considerada ainda a reação diferente nos dois lados, indicadora de uma “freqüência” desigual e de respostas desiguais, dependentes de uma já existente irritação do simpático que, em certos casos, pode permanecer “fixada”. Aqui, tanto a correspondente parte do tronco simpático pode estar envolvida (gânglio estrelado), como as estruturas vegetativas que acompanham a artéria vertebral. Essa diferente freqüência da inervação vegetativa inclui também cabeça, pescoço e braço do lado correspondente. Por isso pode ocorrer que as técnicas da psicoterapia organísmica ou certas técnicas orientais consigam, trabalhando os dedos da mão, atuar sobre determinadas áreas do pescoço, do ombro e da cabeça. Na maioria dos casos a falta de oxigenação adequada é responsável

pelas síndromes neurovasculares. Mas aqui especialmente temos que repetir: não devemos aceitar eliminar sintomas que pertencem a outra área profissional.

4.7. É evidente também o papel do sistema nervoso central que não apenas reage às informações vindas da periferia mas coliga também vários centros, e pela adição ou subtração dos estímulos determina o quadro dos fenômenos manifestados. As síndromes neurovasculares mencionadas, em boa parte estão em conexão com anteriores cargas psíquicas ou com a fixação destas.

4.8. Os ruídos nem necessitam ser muito intensos ou nem devem constituir “ruídos” no nosso modo de entender. Naturalmente, a reação psicossomática depende de muitos fatores e aparece, predominantemente, nas pessoas com a já mencionada “labilidade vegetativa”. Ruídos ricos em informação (rádio, televisão), especialmente se coplados com um efeito sobre expectativas (votações, campeonatos, etc.), já criam reações vegetativas adicionais, e mesmo durante o sono, ruídos curtos, de intensidade fraca, podem influenciar o controle vegetativo central. As reações vegetativas – nas quais a formação reticular participa comprovadamente – consistem em alterações no sistema vascular central e periférico, da pressão sanguínea, do pulso, da respiração, da motilidade e secreção intestinal, da permeabilidade de membranas, da coagulação do sangue e da micro-circulação do ouvido interno.

4.9. Resumindo: Trata-se, muitas vezes, de uma forma de estabilização inadequada do funcionamento coordenado (regulação), levando a reações da parte dos vasos e alterações da permeabilidade da membrana das células, com efeitos estimulantes ou inibidores. Em quase todos os processos patológicos na área da audição pode aparecer zumbido sem muitas características específicas. Nas doenças do meato auditivo externo e do ouvido médio, por exemplo, em função das suas conexões estreitas e múltiplas com estruturas simpáticas e parassimpáticas, tal sintomatologia é bem evidente, junto com muitas outras.

Hoje em dia percebe-se um aumento nítido de perturbações agudas e sub-agudas em função de situações de “stress” em patente relação com fatores psíquicos, emocionais e vegetativos. Não se trata apenas de mais intensos traumas emocionais, mas das tensões da civilização atual, com suas interferências ou até invasões discriminadas, em termos de poluição sonora, e sua atuação também sobre a cóclea e o sistema vestibular.

A soma de tais fatores perturbadores e inconvenientes acrescenta-se à agitação da vida cotidiana tanto no círculo familiar como na área profissional, a inadequada organização do tempo de lazer e às pressões do meio, ou da sociedade, que só visa rendimento, e tudo isso atinge de um modo pouco imaginado a sensibilidade auditiva. Os fatores psico-emocionais coplam-se, percebivelmente, aos riscos do irresistível desenvolvimento tecnológico do trânsito, com todas as suas conseqüências.

5. De vez em quando tenho dores no pescoço...pontadas no peito.... sou sensível à dor ... só raramente tenho dores.

Com esse item voltamos de novo à questão da dor, um dos sintomas freqüentes que levam as pessoas a procurarem o médico. Em geral consideram-na como um evento neurofisiológico, no sentido de que um estímulo nocivo atinge um receptor periférico e daí impulsos estão sendo transmitidos ao sistema nervoso central e sua decodificação (análise) conduz á vivência DOR. (Rever o item 1).

5.1. Existe a suposição de que a intensidade vivenciada de dor corresponde à intensidade do estímulo, mais aqui há certas lacunas no nosso conhecimento, já que a dor pode faltar em casos de extensas lesões ou pode existir sem lesão periférica do sistema nervoso central e periférico, que por hipnose podemos diminuir ou aumentar (até produzir) a dor, e que podemos eliminá-la pela distração ou pelo estreitamento da consciência; sabemos também do aumento da dor no caso de angústia e sua

diminuição ao se acostumar com o estímulo e finalmente, da influência de fatores culturais na percepção da dor e na conduta no caso de sua manifestação.

5.2. Uma definição de DOR tem que abranger todos esses fenômenos, considerando o fato de que o estímulo de um receptor periférico não constitui nem uma condição necessária nem uma explicação satisfatória.

Assim, a dor é uma sensação basicamente desagradável, atribuída ao corpo, correspondendo àquele sofrimento que está sendo evocado pela percepção psíquica de um traumatismo real, ameaçador ou fantasiado.

5.3. Um modelo bastante fecundo é o de MELZACK (“Pain Perception”, 1970). De modo conciso, estes são os seus postulados:

- A parte periférica: são os terminais livres dos nervos, cuja excitação leva à percepção de dor. Deles chegam os impulsos pelas fibras C amielínicas através das raízes dorsais no corno posterior, produzindo sinapse com a célula T de que parte o segundo neurônio.

Dos terminais especializados os impulsos, através das mielinizadas fibras A-alfa chegam às células T. A estimulação das fibras de condução mais rápida (mielinizadas!) evoca sensações como pressão, as quais, nas fibras A-delta mais delgadas aparecem com o caráter de dor, e no caso da estimulação das fibras C cria a sensação de ardor e de “furo”.

- O sistema sensorial dorsal – discriminador:

Das células T um grupo de fibras cruza para o lado oposto e sobe no trato espino-talâmico antero-lateral através do lemnisco medial aos núcleos talâmicos ventro-basais e postero-laterais, de onde o terceiro neurônio conduz ao córtex somato-sensorial. Tal sistema de fibras está firmemente organizado pelas regiões do corpo e transmite informações exatas sobre as características espaciais, temporais e sobre a intensidade do estímulo.

- O sistema motivador-afetivo:

Um outro grupo de fibras, partindo das células T sobe como rede espessa e no seu trajeto ramifica-se para a formação reticular, para os núcleos radiais do tálamo e para o sistema límbico. Não está topograficamente estruturado. Outorga ao estímulo nocivo o caráter de dor e determina a procura ou evitação do estímulo. Daí sua denominação.

- O sistema de controle central:

Está sobre-ordenado aos dois anteriores, estendendo-se no neo-cortex. Por trajetos descendentes partem dele influências como disposição de consciência, atenção, experiência e significado simbólico do estímulo, atuando sobre os impulsos aferentes, os quais até o nível da medula podem ser facilitados ou inibidos. Tal sistema sobre-ordenado pode interferir modulando um tempo curto, porque recebe informações através do sistema de fibras de condução mais rápida.

- O sistema de controle do influxo dos estímulos na medula:

No nível da medula os impulsos estão sendo modulados por este sistema. As células da substância gelatinosa, próximas da célula T, influenciam os impulsos entrantes pelas fibras C.

Os impulsos entrantes pelas fibras A-Alfa estimulam as células da substância gelatinosa, que, da sua parte, inibem a sinapse das fibras A-Alfa e também das fibras C com as células T.

Os impulsos afluentes pelas fibras C bloqueiam as células da substância gelatinosa de modo que as sinapses entre as fibras C e as células T serão desbloqueadas. O estímulo das fibras C, então, abre a possibilidade para impulsos subseqüentes, e a estimulação das fibras A-Alfa fecha-a para a afluência através das fibras C.

5.4. No desenvolvimento psíquico, a vivência da dor, o conteúdo simbólico do estímulo, precipita-se no “sistema de controle” acima descrito. Supõe-se que as primeiras experiências com impulsos aferentes – levando a vivência de dor – estariam em conexão com a composição do Corpo-Si mesmo intra-psíquico. Parece que o recém nascido ainda não sabe distinguir se os estímulos que o atingem originam-se do interior do seu corpo ou vêm de fora; assim, no caso de uma certa intensidade de estímulo, sente um incômodo difuso. Isso é o que se chama narcisismo primario (FREUD), autismo primeiro (MAHLER) ou fase sem objeto (SPITZ).

- Se o recém-nascido tiver um relacionamento intato com a pessoa que dele cuida (mãe) e elimina as sensações de incômodo (alimentação, troca de fralda, etc.) e seu sistema nervoso desenvolve-se de modo adequado (“amadurece”), adquire gradativamente a capacidade de distinguir os estímulos internos dos externos, percebendo que algo ocorre no seu meio que tem alguma conexão com o desaparecimento das sensações de incômodo (desprazer). Tal percepção do próprio corpo e da figura da mãe, ocorre, no início, apenas de modo fragmentário, mas na medida em que se torna mais completa tanto mais entra a criança na fase pré-objetal (parcial), de acordo com as observações de M.KLEIN. MAHLER chama esta fase “simbiótica” e SPITZ “anaclítica”.

- Pressupõe-se que a energia, na primeira fase difusamente distribuída no interior do corpo, na fase simbiótica ocupa sempre mais as estruturas na superfície do corpo e os sintomas sensoriais, e à medida em que tal ocupação (catexe) ocorre, é responsável pela agudez da percepção diferenciada do próprio corpo, experimentado como separado do meio e registrando de modo intenso os estímulos.

- Isto significa que são necessários estímulos, também dolorosos, para que os sistemas sensoriais sejam ativados com adequada carga energética (catexe), e de tais cargas dependerá a intensidade da percepção dos estímulos. Uma carga “alta” dos sistemas sensoriais está paralela com alta sensibilidade em relação com a dor e uma carga “baixa” apresentará uma insensibilidade. (Rever 259-266 ou 270-281).

- Já que indivíduos insensíveis à dor mostram – no caso de lesão orgânica idêntica – outros quadros clínicos dolorosos, diferentes daqueles de pessoas sensíveis à dor, parece que a intensidade da “carga” (catexe) é significativa para a manifestação do quadro clínico e assim, para a diagnose diferencial da dor.

5.5. Autores ingleses (NEWTON – READFERN) salientam que experiências com acentuação afetiva correm pelo sistema de percepção cenestésico e o modo e a maneira pelos quais a organização dessas experiências integra-se no esquema Corpo-Mundo (o corpo no mundo e o mundo no corpo) seguem leis arquetípicas. Por exemplo, uma experiência desagradável (dolorosa) durante ou depois do parto é registrada na consciência corpórea. Os representantes visuais de tais registros podem suscitar imagens alternadamente salientes ou reentrantes (protuberâncias e amassamentos) com delineações angulares-agudas (que ferem, esmagam, arranham), enquanto experiências agradáveis podem estampar ou cunhar a idéia e a sensação de trajetos ondulantes, flutuando ou espiralando de modo harmonioso e gratificante. O amor asseverativo da figura materna e sua presença possibilitam nesses estágios iniciais a sensação de uma totalidade contínua; no caso contrário, pode surgir a experiência maior ou menor de uma dissolução ou desarticulação, com eventuais defesas esquizóides (ou, em outros casos, impulsionando para a busca de uma proteção homo-erótica).

Temos que perceber e considerar essas questões sempre nos seus aspectos neurológicos, neurovegetativos, psico-vegetativos, psico-dinâmicos e arquetípicos, observando que nos diversos indivíduos, ora uns, ora outros aspectos aparecem ou operam com mais acentuação. Tais percepções e considerações dependem demais da nossa própria “equação pessoal” e da disposição em que se

encontram tais aspectos dentro da nossa própria organização psico-física. Esta tem que ser de novo e de novo observada com uma atenção “multidimensional” sem rígidas fixações teóricas.

5.6. Voltando às manifestações de origem “vegetativa”: elas pertencem à síndrome psico-vegetativa de algésias (sensibilidade a dor). Algumas indicações a respeito já foram dadas no primeiro ponto. Aqui entramos numa área, estudando estados de sensibilidade dolorosa (algiestesia) ainda pouco esclarecida, pois trata-se de estados “inespecíficos”, tanto em termos exteroceptivos como interoceptivos. São difusos e localizados de modo “flutuante”, “reumáticos”, aparecem sem muita regularidade, e com analgésicos ou anestésicos locais não podem ser muito aliviados, mas tranqüilizantes e neurolépticos podem ter efeito positivo. Justamente tal efeito pode indicar – quase como diagnóstico – que nessa sintomatologia participam, condicionando a patogênese, perturbações funcionais da organização psicovegetativa. Temos que salientar que não se trata – na maioria dos casos – de real comprometimento orgânico, nem de “histeria”.

5.7. Naturalmente, é uma outra questão o fundo psicológico com suas gradações, desde a visão comportamentista até a psicologia das vivências internas, cuja profundidade investigada depende das várias “escalas”. Certamente, a área das vivências constitui uma categoria de ser que apenas insuficientemente, ou de modo nenhum, pode ser captada ou compreendida. Ao mesmo tempo, sua índole íntima vivenciada em diferentes escalas pode ser para nós muito mais imediatamente presente do que a realidade externa, com freqüência repleta com as nossas projeções.

5.8. Interiorizar-se nos estados somáticos ajuda uma interiorização ainda mais extensa nas mencionadas diversas categorias vivenciais (inconsciente!), como também a interiorização do meio i.e., a percepção multidimensional do seu papel e atuação na nossa existência. “O ser humano é um ser social”, disse JUNG já há meio século, “e a neurose é a perturbação da comunicação social”. Uma nova dimensão de vida está sendo conseguida pela “vigília em prol da existência”.

Assim, é compreensível que perturbações na interiorização ou exteriorização em qualquer atual escala vivencial pode tomar o trajeto de um sistema sensorial – “somatizando-se”, eventualmente, tanto através de funções vegetativas, como pelas sinalizações através de ajustes motores.

5.9. Voltando às síndromes algésicas psico-vegetativas, podemos observar que são mais indeterminadas, difusas ou até “obtusas” do que as dores mais “claras”, cortantes, com localização determinada (dente, estômago). As queixas dos pacientes mostram uma participação da disposição geral: as extremidades são “pesadas”, os órgãos envolvidos sentidos como “fardos”. Há certa dependência das condições meteorológicas e do ritmo diário de vigília e sono, mostrando uma certa periodicidade ou fase, ou aparecendo em “crises”, como muitos pacientes as denominam, influenciadas por repentinas ou inesperadas impressões sensoriais, como luz, barulho, etc. Naturalmente, as oscilações de ânimo podem aumentar o “sofrimento”. Infecções leves (resfriado, faringite), tensão pré-menstrual, reforçam as manifestações dolorosas e podem até levar à exacerbação de sintomas há certo tempo mitigados.

5.10. São características, por exemplo, hiper-algésias de maiores áreas cutâneas, talvez só em função de um leve aperto no vestuário. Tais áreas dolorosas não seguem o trajeto dos nervos periféricos nem os segmentos da inervação espinhal, mostrando antes, delimitações por “quadrantes” ou por extremidades. Alguns observadores falam de uma hipersensibilidade por congestionamento linfático.

5.11. Quanto às dores no pescoço, o médico deve considerar as eventuais afecções da coluna cervical, dos músculos da região, dos vasos sanguíneos e linfáticos, dos linfonodos e das glândulas tireoide e paratireoide. A dor de garganta, a deglutição dolorosa, a dor de cabeça que irradia para o pescoço, exigem exame de especialistas. A posição do pescoço como “ponte” entre a cabeça e o tórax pode

eliciar as mais diversas manifestações dolorosas, isoladas ou complicadas, dependendo dos tecidos envolvidos.

6. Fico facilmente com tontura, vendo manchas pretas ao levantar de uma vez da posição deitada ... sinto tontura ou enjôo olhando de um lugar alto, ou num carrossel ... ou num navio que balança

6.1. A tontura é uma das manifestações da vertigem que seria a “consciência de uma desordenada orientação do corpo no espaço” mas, naturalmente, tem as suas manifestações diversas, dependendo também da inteligência e da fantasia dos indivíduos que relatam tal experiência. A pessoa com vertigem sente que os objetos ao seu redor deslocam-se, o seu próprio corpo vira em certa direção e lhe é difícil ou impossível permanecer em posição ereta, mantendo seu equilíbrio.

6.2. A vertigem de origem vestibular dá a impressão de girar, balançar, elevar-se ou abaixar-se. No “girar” a pessoa sente-se como num carrossel, i.e., virando para esquerda enquanto o meio vira para direita e vice-versa; no “balançar” o meio desloca-se para a frente ou para trás, ou para o lado, em relação com a sola do pé ou a cama, se estiver em posição deitada, e no terceiro caso a sensação é de afundamento ou queda ou de rápida elevação. Enfim, em cada um destes momentos existe uma discrepância entre a condição espacial subjetiva e a objetiva. Os pacientes denominam “vertigem”, “tontura”, “zonzeira”, “vágado”, “estado mareado”, certas sensações de insegurança, de fraqueza ou de desfalecimento. Por isso é importante a análise da “vertigem” relatada, já que se mescla com sintomas acompanhantes de insegurança, medo, ânsia de vômito, palidez, sudorese, etc.

6.3. Então, os estímulos aferentes, oriundos do labirinto, chegam, através do nervo vestibular, ao tronco cerebral, aos núcleos vestibulares, na parede lateral do quarto ventrículo, e daí ao cerebelo, aos núcleos oculo-motores, à medula e ao córtex cerebral. Se o paciente descreve a vertigem em uma direção determinada, é lícito supormos uma afecção do aparelho vestibular (labirinto, nervo vestibular, núcleos vestibulares, cerebelo!). Em todos esses casos pode aparecer nistagmo (alternância motora). Nas afecções do labirinto a vertigem é muito intensa, os objetos movem-se na direção oposta da lesão, mas no caso da afecção central do sistema vestibular, os objetos movem-se na direção da lesão; nesse último caso, nem sempre há vertigem.

6.4. Aparece vertigem no caso de otite média, tumor entre a ponte e o cerebelo, neurite do nervo vestibular, síndrome de Menière, sífilis, arteriosclerose, esclerose múltipla, outros tumores intracraniais, traumatismos do crânio e nas diversas encefalopatias.

Há pacientes que se queixam de vertigem, mesmo tratando-se apenas de certa labilidade, descoordenação fisio-psíquica, e marcha insegura e vacilante. Algumas modalidades mais freqüentes são:

- Vertigem aferente : no caso de anomalias dos olhos, visão afetada, desorganizações posturais e enfermidades das vísceras. Entre estas, especialmente a gastrite aguda e a colecistite causam vertigem. E é bem patente na anemia e na policitemia.

- Vertigem ocular: no caso de diplopia (paralisia dos músculos externos dos olhos), falhas de refração, astigmatismo e no forçar demais a vista. Esta vertigem ocorre se olhamos uma altura ou profundidade muito grandes.

- Vertigem auditiva: aparece se o ouvido externo fica fechado, na perfuração do tímpano, ou mesmo no assoar mais intenso do nariz.

- No caso de hipertonia o paciente sente tontura ao evacuar, tossir ou rir, até desfalecer. Hipotonia duradoura causa também vertigem que, às vezes, é o primeiro sintoma da “doença de Addison”.
- Vertigens causadas por movimentações descoordenadas, irregulares ou menos costumeiras do organismo ou partes dele (carrossel, balanço, navio, avião, etc.)
- Inicia-se com tontura cada condição que causa anemia cerebral =colapso (aa. vertebral e sub-clávia!), embolia cerebral, trombose, etc. As “manchas pretas” indicam – na maioria dos casos – um certo grau de anemia cerebral, i.e., irrigação insuficiente de retina.
- Vertigem de origem toxica: pode ser eliciada por álcool, nicotina e diversos remédios contra hipertonia, especialmente os ganglioplégicos.
- Vertigem psiconeurótica: é uma manifestação parcial de um complexo quadro clínico. Já GRODDECK, entre outros, apontava seu significado simbólico. As extensões inconscientes são indiscutíveis. Mesmo assim, devemos ter muito cuidado com a diagnose “psicogênica”, já por causa da situação delicada do aparato vestibular.

6.5. Os órgãos do labirinto, através dos núcleos vestibulares (4 grupos de neurônios interligados abaixo do quarto ventrículo), têm conexão com os centros vegetativos do mesencéfalo. No funcionamento anormal da sensibilidade proprioceptiva (equilíbrio!) participam tanto os circuitos funcionais vegetativos como os emocionais. A vertigem “sistemática” ou “vestibular”, além de condicionamentos orgânicos, pode estar em conexão com a vivência (olhar para baixo de um lugar alto), mas também com processos vegetativos (irritações locais da rede simpática perivascular da artéria vertebral). Tais fatores podem suscitar sensações de ansiedade e desprazer, e ainda vômito e sudorese e irregularidades do pulso.

A vertigem “assistemática” (vasomotora) causa freqüentemente uma espécie de desmaio, com cabeça “zonza” e pontos pretos diante dos olhos.

Nas cinetoses a vertigem vestibular torna-se uma típica síndrome psicovegetativa. Costuma-se dizer: cada vertigem está sendo causada por informações sensoriais cujo significado contradiz um ao outro.

Tal colisão das informações e das reações na organização psico-vegetativa – também em outras áreas – pode explicar a forma da origem dos assim chamados “acessos psicovegetativos”. Tal fato já foi reconhecido no século passado. BEARD, num ensaio sobre o enjôo de mar encarava tal sintoma como uma espécie de neurastenia.

Acessos psicovegetativos aparecem às vezes apenas em uma ocasião ou poucas vezes num indivíduo e podem ser confundidos com processos orgânicos do sistema nervoso central. Em muitos pacientes desenvolvem-se ainda fobias (angústia expectativa). É importante – quanto a anamnese – buscar outros sintomas de debilidade da regulação vegetativa. Em certos casos o psicólogo percebe isso antes do médico, em virtude das reações em relação com as técnicas da psicoterapia organísmica. O trabalho dos médicos, nessa área, não é fácil quanto a um diagnóstico diferencial. O psicólogo, prudentemente, deve procurar – mesmo no caso de comprovada debilidade da regulação psicovegetativa – conexões inconscientes e explorar tal área, não se contentando se, por exemplo, o paciente “melhorar” ao receber do médico derivados de fenotiazina ou, a intervalos, simpaticolíticos ou outros remédios. Já o fato da “debilidade da regulação psicovegetativa” (expressão talvez acertada que ainda “impressiona bem”) indica que, eventualmente, o indivíduo tenha intercâmbios mais intensos entre a consciência e o inconsciente sem poder, naturalmente, controlá-los; e os conteúdos inadequados ou escassamente assimilados, com seus dinamismos tão pouco definidos, “comutam-se” – não sabemos exatamente como – em reações psicovegetativas, em áreas diversas nos diversos pacientes. (Os “mistérios” da transdução!).

6.6. O missionário jesuíta d'ACOSTA, já em 1590 descreveu o “mal de Puna”, a “doença de montanha”, com o título “Efecto estrano que haze em ciertas tierras de Índias el aire, o viento que corre”. Atualizando as expressões, os sintomas são:

- Perturbações de respiração : taquipnéia, falta de ar, cianose respiratória.
- Perturbações psíquicas: falta de vontade, indiferença, cansaço, depressão, às vezes estados eufóricos.
- Perturbações da visão: hemeralopia (adaptação inadequada), escassa diferenciação de cores, os objetos aparecem mais escuros.
- Perturbações dos ouvidos: zumbido nos ouvidos, audição diminuída.

E ainda: perturbação na coordenação, peso nos músculos e nas extremidades, tremor, tontura, hipercinesias, espasmos tônico-clônicos, desfalecimento, às vezes pareses, dor de cabeça.

- Causa: oxigenação pobre, hipoxemia dos tecidos (cérebro) e conseqüências de hiperventilação compensadoras.

6.7. No caso de irritação mecânica da cadeia vegetativa cervical (simpático!) emerge um complexo quadro neurovegetativo. A degeneração dos discos intervertebrais (idade, trauma, enfermidade), com osteocondrose e formação de osteofitos (exostoses) irrita a rede simpática periarterial (art. Vertebral!) quando os espaços intervertebrais diminuem. Assim estão sendo causadas isquemias e vasoconstricções, produzindo perturbação da audição e tontura, dores de cabeça em posição horizontal, sensações de alteração da temperatura e de “globus” na área da laringe, dores nos ombros e nos braços, às vezes sintomas de angina do peito, perturbações da visão (“véu”) e da acomodação, uma espécie de hipertensão.

6.8. É um sintoma ainda pouco explicado a chamada “obscuração”. Pertence à síndrome do aumento da pressão no espaço intracranial. O enfermo perde por uns minutos ou horas, a visão, não enxerga nada, tudo fica escuro. Talvez uma obstrução temporária da circulação do líquido produza um rápido aumento da pressão no nervo ótico e na retina. Outros autores atribuem tal sintoma à “herniação” do “uncus”, que comprime a artéria posterior do cérebro ou talvez a artéria comunicante posterior. Acrescenta-se a isso a compressão das veias do tentório. O cessar do fluxo arterial e venoso pode causar até necroses no lobo occipital (fissura calcarina).

6.9. As técnicas da psicoterapia organísmica podem ser aplicadas, às vezes, com proveito inesperado. No entanto, devido à multiplicidade das causas possíveis de vertigem, nunca devemos trabalhar com otimismo exagerado mas sim, seguindo os critérios básicos que são o atuar da maneira suave, sem abordar imediatamente a área em questão e, na medida do possível, logo fazer colaborar o paciente com suas observações, recordações e sonhos.

7. Tenho às vezes tremeadeira ... frio e calor alternantes e, com freqüência, mesmo no calor pés e mãos frios.

7.1. O tremor é uma movimentação em geral rítmica (“oscilação”) que não depende da volição. Seu ritmo pode ser irregular (tr.intencional), mas nem todos os movimentos rítmicos e involuntários podem ser encarados como tremor, por exemplo, o mioclono (contração fascicular e rápida). A causa

do tremor é a predominância de estímulos na inervação alternada dos músculos agonistas e antagonistas, especialmente nas extremidades superiores.

7.2. O tremor estático, chamado também “de repouso” (4-6/s.) é rítmico e de amplitude uniforme. Sua causa não está exatamente esclarecida; em geral ocorre nas lesões do globo pálido e da substância negra. Provavelmente, o comprometimento do trajeto substância negra-retículo-espinal e “pálido-fugal” possibilita que nas células do corno anterior da medula, reapareçam os antigos impulsos motores alternantes de modo mais efetivo. O tremor que aparece nos diversos grupos musculares não é sincronizado. Os automatismos podem imitar modelos de comportamentos (“contar dinheiro”, “retorcer fios”, “amassar miolo”, “fazer bolinhas”). Tensão emocional ou alteração da temperatura (frio) pode desencadear ou aumentar; movimentação ativa diminuir ou fá-lo cessar.

7.3. O tremor intencional pode aparecer no decurso de movimentos voluntários e antes de atingir o objetivo é mais intenso, seu ritmo é mais rápido e sua amplitude mais extensa. É irregular, isto é, não rítmico; às vezes pode até impedir a execução completa do movimento. Sua causa é a lesão daquele “circuito regulador” cerebelo-dentado-rubro-talâmico ou tálamo-rubro-retículo-olivo-cerebelar. Aponta a lesão da área ponto-bulbar; muitas vezes aparece na esclerose múltipla.

7.4. O tremor estático é desencadeado por uma postura voluntária e fixa; em repouso não aparece. Seu mecanismo é ainda desconhecido. Aqui se incluem o tremor de fadiga e o tremor dos dedos e da pálpebra dos neurastênicos e das pessoas com hipertireose. O tremor senil deve ser uma manifestação parcial do parkinsonismo arteriosclerótico. Na área dos gânglios basais ocorrem alterações – involutivas – que dependem do estado dos vasos.

7.5. É difícil estabelecer a categoria de tremor dos alcoólatras que acompanha o “delirium tremens” e cessa com a administração de álcool. Aqui devemos mencionar a “síndrome aguda de abstinência”. O conjunto de sintomas que aparecem com o cessar da ingestão de entorpecentes e álcool, como perturbações circulatórias, levando às vezes a colapso, sintomas vegetativos: bocejo, espirro, sudorese, tremedeira, vômito, elevação de temperatura em “ondas”, diarreia, inquietação, insônia, reações psíquicas: opressões, indisposição, agressividade, surtos psicóticos, agitações delirantes, amênia (confusão, incoerência no raciocínio, perplexidade, delusões), coordenação perturbada, (linguagem, músculos extrínsecos dos olhos). Em certas áreas da Itália, onde bebem muito vinho tinto, aparece uma degeneração do corpo caloso e da comissura anterior. A causa básica é desconhecida.

7.6. Deve haver uma disposição para torna-se viciado, psicopata, sociopata. Pela ingestão dessas substâncias tóxicas o tônus do parassimpático torna-se mais intenso e o corpo consegue seu equilíbrio vegetativo pelo aumento do tônus do simpático. Se o efeito tóxico sobre o parassimpático cessa de uma vez, ocorrem perturbações do equilíbrio vegetativo (choque vegetativo), alternando-se calor, frio, tremor, e muitos outros sintomas, praticamente de todos os circuitos funcionais, com intensidade maior ou menor.

7.7. Cria uma síndrome psicomotora característica, acinética-abúlica, a medicação prolongada com reserpina e clorpromazina (esquizofrenia!); percebe-se tremor na síndrome da hiperventilação crônica, no caso de tireotoxicose, na atrofia olivo-ponto-cerebelar, depois da ressecção do estômago, na ingestão de alimentos doces ou frios muito depressa ingeridos, criando reflexos víscero-viscerais, por causa da alta concentração de glicose dentro do intestino e sua lenta absorção; nas enzimopatias, em relação com o metabolismo falho da fructose, na hipoglicemia espontânea (hiperinsulinismo), na síndrome da paralisia cerebral (muitas modalidades!), na síndrome de KURU (Nova Guiné): extensa e progressiva degeneração do cerebelo e do sistema extrapiramidal, só em uma tribo (alimento?),

onde acham que a causa é uma espécie de “feitiço”; na falta de magnésio no organismo a síntese de proteínas sofre sensivelmente (o organismo não possui depósito disponível de Mg.); na síndrome striato-caudato, na falta de efeito controlador dos corpos estriados, os impulsos motores do globo pálido e dos núcleos mais profundos, atuam de modo desimpedido.

7.8. A manifestação de tremor ocorre nas mais variadas enfermidades e síndromes extrapiramidais, em que representa o sintoma principal. Muitas das síndromes acima citadas podem ser enquadradas nesse ponto. Conhecemos ao menos mais do que 50 síndromes nas quais o tremor, a tremedeira, e as alterações de temperatura figuram como manifestações principais.

As fibras de sensibilidade térmica são finas, mielínicas ou amielínicas de condução lenta; as fibras curtas da termestesia constituem o trato de LISSAUER ou fascículo dorso-lateral e estão em contato (sinapse) com as células da substância gelatinosa (ROLAND).

A alteração da temperatura pode ser o sintoma de perturbação da regulação vegetativa dos trajetos víscero-sensoriais (vasomotores!), aparecendo pulsação intensa, alternância de frio e calor, palidez, ruborização e dor.

7.9. É fisiológica aquela série de contrações musculares, ou tremor, que ocorre como defesa contra o esfriamento no caso da temperatura baixa. Aparece primeiro no músculo masseter (bater os dentes), depois estende-se aos músculos das extremidades e do tronco, e pára de exercer movimentos voluntários. Tal contração muscular involuntária é o calafrio, o arrepio e a tremedeira.

7.10. No calafrio os arteríolos periféricos contraem-se em função da toxina de um micróbio que atua sobre o centro vasomotor. Por causa do estreitamento dos vasos da pele, esta esfria, porque diminuiu o fluxo sanguíneo. Tal condição desencadeia ação muscular (reflexo!) e isto, no caso de uma infecção, indica a invasão do agente patogênico. O paciente está com frio, treme, manifesta-se uma vasoconstrição, o rosto é cianótico, apresenta pulso acelerado e pressão sanguínea eventualmente aumentada. A pele e as extremidades são frias, mas a temperatura interna do corpo é elevada. As contrações musculares podem ser tão intensas que o paciente bate os dentes, seu corpo é sacudido, muitas vezes movimentando também a cama.

7.11. Tal condição pode durar alguns minutos ou mais, às vezes uma hora, e só termina quando a febre chegou a certo ponto em que a descarga do calor e sua produção chegaram a ser – mesmo em nível mais alto – equilibrados. (Por isso é contraproducente o uso indiscriminado dos febrífugos). Em crianças e pessoas idosas a tremedeira intensa pode causar convulsão e desmaio; o paciente pode morder a língua e não controla sua urina, podendo o quadro ser confundido com epilepsia ou eclâmpsia. O decurso dos sintomas e da febre permitem uma diagnose diferencial acurada, o que é muito importante, senão – especialmente no caso de crianças – durante meses ou anos poderá ser receitado Gardenal ou semelhantes e ainda outros remédios, sem causa justa.

7.12. A tremedeira caracteriza uma série de doenças infecciosas, e por isso, qualquer que seja sua forma, o médico especialista dessas enfermidades deve examinar o paciente. Não é aconselhável aplicar técnicas de relaxamento e semelhantes, mas a presença, atmosfera quieta e alguns toques perto de certas áreas mais agitadas podem aliviar a condição do enfermo. Não devemos esquecer que febre alta pode desencadear muito conteúdo inconsciente, e não adianta encará-los como “alucinação”, etc., porque podem, mesmo nessas condições, fornecer informações sobre aqueles condicionamentos internos que, de uma outra maneira, debilitando o organismo, criaram uma predisposição somática para que ele pudesse ser atingido por germes patogênicos, de modo mais intenso e de forma mais virulenta.

7.13. Em intensidades diferentes tal quadro pode ocorrer depois de uma cateterização das vias urinárias, sem que houvesse anteriormente sinal de infecção. Soros, vacinas e outras substâncias causam tremedeira por seus efeitos alérgicos; depois de infusões ou injeções contaminadas com qualquer pirogênio também pode aparecer esse sintoma, bem como às vezes, depois de uma transfusão de sangue sem falha quanto à esterilização ou ao acerto do grupo sanguíneo. Certos processos patológicos no mesencéfalo (arteriosclerose, lues, encefalopatias) causam tremedeiras de origem central, sem elevação da temperatura. Qualquer que seja a causa, a administração de vasodilatadores (papaverina!) faz cessar o sintoma. É para saber que no caso de lesão transversal da medula, os músculos embaixo do ponto traumatizado, no caso de tremedeira, não reagem. Ler: Vasos sanguíneos, 322-25/344-48.

7.14. Como tantos outros movimentos involuntários, a tremedeira pode ser de origem histórica. Começa rapidamente e é perceptível sua conexão com a emotividade. Reage relativamente bem frente às terapias sugestivas, mas é importante investigar as causas subjacentes (inconscientes), o que nem sempre é gratificante.

7.15. Na aplicação das técnicas da psicoterapia organísmica devemos proceder com certa paciência, por causa da sobreposição, aqui especialmente freqüente, dos sintomas originais e secundários. O resultado pode ser bem positivo, não existindo qualquer destrutiva lesão orgânica. Mas mesmo nesses casos – como já foi apontado – o uso prudente e sutilmente discriminado desses procedimentos, pode proporcionar bastante alívio e melhoras perceptíveis, especialmente quanto à circulação.

8. Percebo, com freqüência, formigamento...prurido... adormecimento amortecimento nas mãos, pernas, pés ou nos órgãos genitais

Trata-se, patentemente, de parestias, i.e., de certas alterações no funcionamento da sensibilidade, quer dizer, do sistema sensível.

8.1. Sabe-se que a sensibilidade pode dividir-se – mais em termos didáticos – em :

- Sensibilidade superficial (exteroceptores): dor, temperatura (frio/quente), tato (pressão/leveza).
- Sensibilidade profunda (proprioceptores): sensação de movimento e postura das articulações, pressão mais profunda (eventualmente causando dor) e a perceptividade em relação com os diversos tipos de vibrações.
- Sensibilidade em relação com as vísceras (viscero-receptores): por exemplo, a sensação de estômago “cheio”, bexiga a ser esvaziada, etc.

Não podemos, naturalmente, encontrar correspondências em todos os pontos com os achados anatômicos e neuro-fisiológicos. Existem certas funções sensíveis corticais, em que as modalidades da sensibilidade acima descritas cooperam em proporções diferentes. O resultado, nesse caso, é mais do que apenas a percepção simples de determinadas qualidades sensoriais, por exemplo, a identificação da forma e da natureza de um objeto pelo tato (estereognosia). Como percepções sensoriais são consideradas também a olfação, a gustação, a visão e a audição. Reler: receptores sensoriais, 213-15(221-23).

8.2. O organismo, para perceber o meio externo (para constatar, registrar e, se for o caso, reagir) e seu meio interior (diversos fenômenos do metabolismo, motilidades internas), possui fontes de informações, mas tais sinalizações não chegam sempre a serem conscientizadas, embora sejam

importantes dispositivos integrativos para a conservação e manutenção da homeostase. Existem também, naturalmente, aquelas sinalizações que indicam alterações em escala maior ou menor, desencadeando – na maioria dos casos – readaptações e reajustamentos na medida necessária. Os desvios, nesse sentido, já podem significar “patologia”.

8.3. As perturbações da sensibilidade podem manifestar-se:

- Pelas sensações patologicamente aumentadas ou por percepções sensoriais qualitativamente alteradas. Aqui incluem-se:
 - As sensações dolorosas de todos os tipos
 - Parestesias: espontâneas sensações espúrias, como formigamento, ardor, amortecimento. Esse ítem constitui o nosso ponto.
 - Disestesias: peculiares sensações dolorosas, mas não espontâneas, em geral causadas por estímulos táteis. Muitas vezes consideram-nas como parestesias.
 - Pela diminuição ou perda da sensibilidade ou de funções sensoriais. Suas modalidades principais são:
 - Hipalgésia ou analgesia: percepção diminuída da sensação dolorosa ou da perda total dessa percepção.
 - Hipestesia ou anestesia: a redução ou perda da sensação tátil.
 - Palhiptesia ou palanestesia: a redução ou perda da percepção de vibrações.
 - Termhiptesia ou termanestesia: a redução ou falta da sensibilidade térmica.

8.4. As alterações da sensibilidade dos receptores periféricos podem ocorrer por traumatismos (corte, queimadura) ou por anestesia cirúrgica (injeção, congelamento, etc.). Não é de ordem patológica quando a alteração da sensibilidade ocorre pelas técnicas da psicoterapia organísmica.

- Nas lesões de um nervo periférico podem faltar diversas qualidades da sensibilidade superficial. Já que todos os nervos periféricos contêm também fibras vegetativas, as perturbações da sensibilidade, no caso de nervos puramente sensíveis, podem ser acompanhadas por sintomas vegetativos (pilo-reações, alteração da sudorese, alterações tróficas, etc.). A extensão da perturbação da sensibilidade corresponde à área de inervação do nervo periférico em questão. Na lesão incompleta ou no caso de irritação de um nervo periférico, podem aparecer dores ou parestesias na área do nervo (tique doloroso, meralgia parestética, síndrome de “túnel”, etc.). As parestesias podem aparecer nas formas mais diversas: calor-frio, formigamento, amortecimento, “adormecimento”, sensação de tumescência, de aperto aflitivo, inchação, turgescência, etc.

- Quando a perturbação da sensibilidade aparece num determinado dermatomo, indica uma parese, lesão ou irritação “radicular” (raiz dorsal!).

- Pelos conhecimentos anatômicos é possível, na maioria dos casos, distinguir entre uma perturbação periférica ou radicular da sensibilidade. Na lesão periférica de um nervo a zona algésica ou hipalgésica é menor do que a zona hipestésica ou anestésica, e nas perturbações radiculares ocorre o contrário. Na lesão de apenas uma raiz dorsal, em geral a sensação de dor será reduzida, ao passo que a estesia tátil permanece. No caso da lesão de várias raízes dorsais, já pode ser constatada uma faixa estreita de estesia reduzida ou falha, encoberta por uma zona mais ampla de algesia reduzida ou falha (lepra!).

8.5. No caso de irritação mecânica, vascular ou inflamativa, etc., a dor “radicular” estende-se bem precisamente na área do dermatomo correspondente. Na irritação das raízes dorsais toracais, essa dor, por causa da disposição dos dermatomos nessa região, é como um aro ou cinto. Em vez da dor, podem aparecer parestesias (ou ambas) com formigamento e sensações de amortecimento num

dermatomo determinado. Na lesão de uma raiz dorsal aparecerão hipo- ou anestésias ou algeias; se várias raízes dorsais são atingidas manifestar-se-á um peculiar e característico quadro de falta de sensibilidade com delimitação segmentar superior e inferior. Aqui não aparecem perturbações da sudorese (ao contrário das lesões dos nervos periféricos), já que o ponto da lesão encontra-se antes da ligação com a cadeia vegetativa. As causas mais frequentes são: protrusão ou prolapso (hérnia) dos discos intervertebrais, tumor, herpes zoster, etc. Enfermidades de localização intraespinhal (siringomielia, tumor, esclerose múltipla) não causam dores nevrálgicas mas sim parestesias segmentárias.

8.6. Lesões das áreas somato-sensoriais do córtex podem causar não apenas falhas da sensibilidade mas também sintomas de irritação, na maioria dos casos em forma de parestesias. Nas lesões circunscritas do giro pós-central (tumor!) tais sintomas da sensibilidade perturbada, somatologicamente organizada, fornecem um notável auxílio tóxico-diagnóstico.

8.7. As parestesias das extremidades e das diversas partes do corpo podem ser causadas também por lesões vasculares e tóxicas (não raramente em virtude da profissão!). Por causa da circulação fraca são frequentes as parestesias nas pontas dos dedos. Uma parestesia que aparece com frequência ou de modo duradouro em determinadas áreas do corpo, muitas vezes constitui o único sintoma nas enfermidades de estruturas espinhais ou do cérebro.

Em processos cerebro-vasculares a parestesia pode ser o sintoma prodrômico ou inicial de uma síndrome causada pela hemorragia ou trombose cerebral. Do mesmo modo, pode aparecer no córtex sensorial como fenômeno de irritação no caso de epilepsia, em forma de acesso parcial ou generalizado. A síndrome de “hiperventilação”, acompanhada muitas vezes por peculiares parestesias, será abordada no item 9.

8.8. O prurido (coceira, prurigo, prurigem), da pele foi, há mais de 200 anos, definido por BROcq como “sensação desagradável na pele que induz a coçar-se”. Tal colocação não é muito “científica”, e poderia ser substituída por algo melhor, se o pato-mecanismo fosse realmente esclarecido. Supõe-se que tem certo papel a irritação de determinadas terminações nervosas, ou o efeito da histamina ou estímulos no sistema nervoso central em certas áreas. Em todo caso:

- Há prurido que acompanha manifestações visíveis na pele, como urticária, pediculose, sarna, dermatites, “neuroderma”, líquen, psoríase, seborréia, eczema, micoses, etc.
- Feridas cicatrizadas ou em processo de cicatrização, com frequência manifestam coceira, como também pode causá-la o frio, o calor, luz, sudorese, falta de asseio, vestimentas, peles e substâncias químicas (cosméticos!).
- Há prurido que aparece sem manifestação cutânea locais ou generalizadas, e apenas sinais secundários podem ser observados, como escoriações, arranhaduras, etc., eventualmente com infecções secundárias ou com liquenificações. Alguns exemplos:
 - O prurido anal aparece no caso de hemorróides, inflamações, frequentemente na diabetes e eventualmente por causa de tumores da região.
 - O prurido da vulva acompanha inflamações, irritações da mucosa (corrimento), tumores, em geral afecções ginecológicas (tricomonas, monilíase, etc.) e diabetes (melito).
 - Prurido nasal, além de causas locais (eczema, herpes), especialmente em crianças pode indicar verminose.
 - Na cabeça pode ser causado por seborréia e pediculose.
 - O prurido segmentar manifesta-se no lugar de herpes zoster, depois de curado.
 - Congestionamento venoso (cardial ou por varizes), ou a falta local do funcionamento das glândulas sudoríparas pode também eliciar esse sintoma.

- Certas substâncias causam prurido pelo contato ou pelo efeito tóxico ou alérgico: morfina, cafeína, álcool, arsênico, nicotina, salicilatos, mercúrio e diversas substâncias utilizadas na química industrial.
- O prurido generalizado ocorre, na maioria dos casos, nas perturbações do metabolismo. Em primeiro lugar, pensa-se em diabetes, sendo este muitas vezes o primeiro sintoma dessa doença (como já foi apontado, aparece especialmente na região anal ou na vulva). Pode ser muito desagradável em mulheres diabéticas idosas com arteriosclerose, porque elas, sem critério ou controle, arranham-se ou até dilaceram-se buscando alívio, e depois podem sofrer por incômodas infecções secundárias.
- Uma parte dos enfermos com icterícia (25%) apresenta este sintoma (concentração dos ácidos biliares na pele?), em relação com a função hepática de alguma forma perturbada. Essa seria a causa, também, do prurido senil.
- Muitas vezes, já anos antes da manifestação de uma cirrose biliar primária (perturbação do metabolismo dos líquidos por causas extra- ou intra-hepáticas) aparece coceira.
- Do mesmo modo, nas perturbações da função renal (uremia!) pode ocorrer prurido intenso, levando o paciente a arranhar-se demais. A causa é a retenção patológica de certos produtos do metabolismo.
- Em 35% das linfogranulomatoses (doença de HODGKIN) aparece prurido, como também na leucemia (infiltração cutânea), na anemia, e em porcentagem menor, em qualquer caso de tumor maligno.
- Entre as doenças endocrinológicas, pode aparecer prurido nas hipo-ou hipertireoses e em certos casos de falta de hormônios femininos.
- Se o prurido não é constante, mas eruptivo, pensa-se em origem alérgica, especialmente se acompanhado de reações articulares e urticária, e ainda de achados característicos no sangue (eosinofilia). Muitas vezes, a eliminação de um foco infeccioso (granuloma dental!), faz cessar tal sintoma.
- Em certas hipovitaminoses, no caso de pessoas subnutridas e com falta de asseio, manifesta-se coceira, mas não se sabe se a falta de proteínas e vitaminas ou uma hipotireose é o responsável. Na A-hipervitaminose (casos raros) inclui-se entre os outros sintomas:
- Gestação, menopausa, menstruação, podem criar propensão para a manifestação do prurido (especialmente os últimos meses da gravidez).
- Existe, com as mais diversificadas variações, o prurido nervoso, especialmente em pessoas neurastênicas, neuróticas, sociopatas em grau maior ou menor. Entre os dinamismos psíquicos podem figurar desde temores de vermes, doença venérea, AIDS, até extensões coletivo-arquetípicas, os mais variados envolvimento e intercâmbios baldados entre a consciência e o inconsciente (sistema vegetativo!), as pretensões da personalidade cotidiana e as proposições da individuação. (Sistema nervoso central e pele tem origem ectodérmica!). Mas, evidentemente, deve-se pensar sempre, e antes de tudo, num eventual comprometimento orgânico, antes de optar pela diagnose “prurido nervoso”.

8.9. Assim atrás de todas essas, como de outras sintomatologias, tão investigadas e com definições e conclusões tantas vezes reformuladas, existe – e seria uma omissão grave não considerá-la – sempre a “realidade interna” dos pacientes, uma categoria que não se propõe como objetiva uma pesquisa nos termos das ciências naturais. A causa decisiva é sempre a falta de auto-realização, de auto-integração, i.e., em terminologia jungueana, um “tropeço” no caminho da individuação, a experiência de uma vida não vivida na sua possível e proposta plenitude.

É importante, em tais sintomatologias “miúdas”, como é o caso no nosso item em questão, recorrer também à consideração de categorias noéticas, à interpretação do sentido, da fenomenologia ou do simbolismo dos sintomas, à discussão das conexões valóricas, existenciais e sociais, na gênese da síndrome, sem querer obstruir a aproximação daqueles que buscam dados concretos e possíveis quantificações.

8.10. Do ponto de vista jungueano é sempre útil e frutífero, mesmo nesses contextos, observar os aspectos da psicologia do consciente, a fenomenologia do inconsciente, o trajeto do energetismo psíquico e o processo da individuação, sabendo também que a parestesia, i.e., o estado alterado da condução nervosa e da irrigação sangüínea pode apontar – também nos casos em que existe uma ou mais enfermidades comprovadas – a proposição para um estado alterado da consciência, do trajeto existencial trilhado ou a necessidade de reconsiderar o rumo (externo – interno) até então tomado. A “miúda” sintomatologia externa muitas vezes constitui uma sinalização tênue de proposições internas (inconscientes) a serem observadas, assimiladas, e que quando introduzidas na vida cotidiana, atuam como catalisadores para outros.

8.11. Assim, os métodos da psicoterapia orgânica podem ser utilizados com escolha prudente, não querendo obrigatoriamente atender a multiplicidade de sintomas com uma multiplicidade de técnicas. É natural que as doenças orgânicas eventualmente existentes devem ser detectadas e tratadas por médicos de visão ampla. Especialmente nesse item é prejudicial apenas abafar os sintomas, já que – apesar de opiniões contrárias – eles certamente reaparecerão, talvez num outro circuito funcional, por exemplo, em vez de prurido na nuca, um prurido anal ou interdigital.

8.12. Resumindo: Parestesias podem ser observadas na lesão dos trajetos nervosos periféricos e centrais, e também determinados centros.

Assim, neuropatias, polineuropatias, diversos tipos de radiculites, doenças da espinha e do cérebro (vascular!), mas também outras doenças que atingem as estruturas do sistema nervoso, podem causar tais fenômenos de irritação, além dos múltiplos dinamismos inconscientes com carga notável de energetismo psíquico.

9. Em situação agitada tenho falta de ar, necessitando respirar profundamente ... sem ter trabalhado, fico ofegante ... às vezes tenho a sensação de não respirar o ar necessário ... sinto aperto sufocante no peito...

9.1. Aqui, escolhemos como paradigma a denominação hoje em dia mais empregada, i.e., a síndrome de hiperventilação. O médico que está sendo chamado para atender um paciente com acesso agudo de hiperventilação encontra uma pessoa angustiada e inquieta, com respiração rápida e irregular, que relata que seus dedos, mãos, pernas e pés estão como que amortecidos; tem palpitação e falta de ar e uma pressão sobre o peito obriga-o a respirar depressa para não ficar sufocado. Os lábios estão amortecidos, a boca não se movimenta de modo adequado e seu rosto é tenso e rijo. Aparece ainda, tontura, pressão na cabeça e na parte superior do seu abdome (“tetania visceral”), arrotos, náusea, fraqueza e boca seca. A angústia é bem patente e em geral, junto com as outras queixas mais ou menos emocionalmente coloreadas e apresentadas, contamina bastante o meio.

9.2. As queixas então, pode ser:

- Parestesias: formigamento nas mãos (especialmente nas pontas dos dedos), e nos pés; em muitos casos, são o único sintoma que leva à procurar o médico. É freqüente também um prurido formicante na área da boca, nos lábios e até na língua. Há pacientes que procuram o dentista, que eventualmente pressupõe correntes galvânicas, oriundas de obturações contendo metal.
- Perturbações da vista: (“vista embaçada”) e a sensação de pisar em nuvens, atordoamento, tontura, dores de cabeça.
- Queixas respiratórias, como “falta de ar”, sem perceber muitas vezes, a própria hiperventilação. Às vezes, realmente, existe uma taquipnéia, encoberta por suspiros, bocejos ou fungados, ou por peculiar e “entrecortada” tosse seca. Sempre relatam a necessidade de respirar profundamente, por causa de uma sensação de aperto ou aro que segura o tórax, mencionando que “nunca podem fazer

passar o ar para valer”, até apontando um ponto embaixo do diafragma que gostariam de atingir ao inspirar, mas que nunca o consegue.

- Queixas cardíacas: correspondem à sintomatologia funcional já descrita nos itens 2. e 3. Naturalmente, ambos os quadros podem existir simultaneamente, ou um será “trocado” pelo outro.

- É muito freqüente a queixa de mãos e pés frios (vasoconstrição!), que pode importunar sobremaneira os pacientes.

- Entre as queixas gerais figuram quase sempre o cansaço, lassidão, sonolência, reações vegetativas em relação com alterações atmosféricas (“Fóhn” – vento do oeste quente e seco, especialmente no sul e norte dos Alpes, notório por seu efeito desfavorável sobre o estado físico e psíquico; siroco – vento do sudeste, na Itália; o nosso “noroeste”, etc.).

9.3. Anteriormente achavam que tal síndrome aparece antes em mulheres (3:1), mas parece que o número é igual em ambos os sexos. Entre os 20-30 anos é bem freqüente, acoplada com outras síndromes funcionais, e acima de 60 anos já é mais rara. FREUD, já em 1894, descreveu entre os sintomas de neurose de angústia, a perturbação respiratória que ele denominava “dispnéia nervosa”, apontando que nem sempre é acompanhada por angústia. Em geral, os autores posteriores salientam predominantemente a angústia e as emoções como fatores etiológicos e outros sublinham que desejo sexual e sentimentos de dependência podem influenciar, especificamente, o ritmo respiratório; assim, a hiperventilação seria a expressão simbólica de um conteúdo emocional, i.e., de carga afetiva. Em português, anelo, anelar, referem-se a “desejar ardentemente, aspirar a, ansiar, almejar, respirar com dificuldade, ofegar..” e anélito significa respiração, hálito, bafo; inalar é aspirar, absorver com o hálito.

9.4. Entre os outros fatores psíquicos, mencionam que pacientes com tal síndrome não resolveram algum conflito, apenas “despiraram” para poder depois “suspitar”. Pode existir uma fuga neurótica de atitudes decisivas e decididas, e assim a hiperventilação seria uma espécie de escape para não deparar com fatos ou dados reais. Assim, fixa-se essa perturbação funcional e já no caso de menores cargas psíquicas aparece a síndrome, quase como resposta à ira, dor, angústia, condições que seriam os fatores mais significantes para desencadear a manifestação desse quadro. Mais tarde as perturbações respiratórias já aparecerão em qualquer situação experimentada como desagradável.

9.5. A hiperventilação, como também as outras síndromes funcionais, não é específica em relação com determinados momentos, porque pode surgir nas mais variadas situações clínicas, em conexão com diversos fatores da personalidade e com perturbações emocionais. A síndrome poderia ser encarada como um hábito que – como todas as funções que podem ser influenciadas pela vontade – origina-se da convenção, do treino, ou também de idéias sobre a saúde, eficiência, valor, autenticidade, etc. A hiperventilação habitual representaria então, uma disposição constante para o emergir de queixas típicas em situações nas quais fatores emocionais ou mais variados eliciam uma intensificação adicional da respiração.

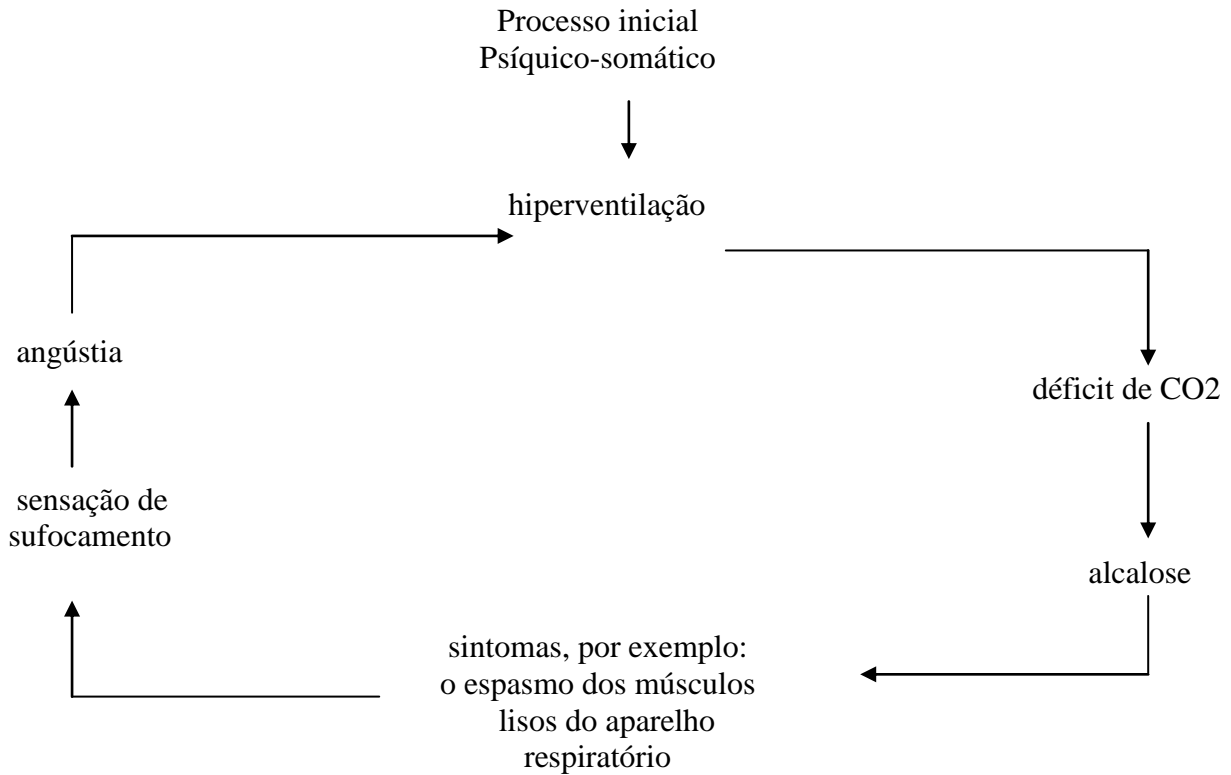
9.6. A respiração alterada (também chamada “síndrome nervosa de respiração”) aparece no fato de que, na observação de tais pacientes, salienta-se a respiração com o tórax e não pelo diafragma, o que não é indiferente na troca de gases. Analisando-os no sangue arterial encontraram uma “alcalose respiratória”, mais a diminuição do cálcio e dos fosfatos orgânicos, junto com outras perturbações do metabolismo mineral. E ainda:

- Hiperexcitabilidade neuromuscular com sintomas de tetania (livro: 468-69(501-02), parestesias, tremor, fenômeno de CHVOSTEK e TROUSSEAU, espasmos carpo-pedais, “boca de carpa”, causados pela redução do cálcio ionizado e também do magnésio.

- Alterações de irrigação sangüínea do cérebro, criando uma condição para pré-colapso ou desfalecimento, já que o estímulo mais intenso para a irrigação do cérebro são as alterações da

concentração do CO₂ no cérebro. Assim, podem ser entendidas as queixas tanto de tontura e “vista embaçada” e outros sintomas cerebrais, como a hipotermia dos dedos dos pés e mãos.

- A alteração da iritação arterial da pele pode ser observada pela diminuição da sua temperatura e pela acrocianose (as pontas dos dedos aparecem roxas).
- Pela ativação do simpático (por exemplo, no karatê – mobilização ergotrópica) ocorre uma aceleração do pulso, que pode levar também a uma extrassístolia.
- Os autores apontam também que não apenas a angústia causa a hiperventilação, mas os sintomas mobilizados por ela ainda aumentam a sua intensidade e duração, um exemplo:



Assim cria-se um “circulo vicioso” em que os pacientes nem percebem conscientemente a hiperventilação.

9.7. Como se pode perceber, há numerosos fatores que influenciam a respiração de modo direto e indireto. Há perturbações que atingem o circuito funcional da própria respiração e outros que invadem as suas ligações com as outras funções. Em geral, o circuito funcional da respiração está sendo mobilizado a fim de eliminar aquelas sensações desagradáveis cuja intensidade aumenta com a sensação da imediata ameaça à vida.

De modo um tanto racional podemos agregar as diversas perturbações da respiração da maneira seguinte:

- Perturbações que atingem o próprio circuito funcional da respiração. Assim: necessidade de O₂, teor de CO₂ do sangue, inibições por reflexos, por exemplo, a iritação da mucosa dos brônquios ou do nariz, (amoníaco), inflamações, corpos estranhos, odores, etc.
- Perturbações por acoplamentos inatos ou adquiridos com outros circuitos funcionais, por exemplo, nos moldes de prontidão para lutar ou fugir.
- Desenvolvimento patológico do circuito funcional pela inclusão de pessoas relacionadas ou objetos (aparelhos) dos quais dependerá a respiração. Tudo isto está intimamente ligado com fatores da personalidade e com a situação psico-social.

- Liberação de uma necessidade por outras necessidades, as quais, por diversas razões, não podem ser dominadas tentando “despirá-las”.

9.8. Com a execução da hiperventilação em termos de uma experiência, em alguns minutos é possível eliciar os sintomas característicos, como dilatação da pupila, extremidades frias, sudorese nas palmas das mãos e axilas, taquicardia e até formigamento dos dedos, braços e pés, espasmos nos dedos e nas mãos, contrações ou até contorções na boca e, continuando a experiência (nem sempre é desejável!), atordoamento, tontura, vertigem, manchas pretas perante os olhos, dificuldade de respirar profundamente, palpitações, pressão na região cardíaca, sensação de “globos” na garganta e angústia, sintomas tratados nos diversos itens do nosso estudo VELA.

É para saber, ainda, que as investigações dos últimos 20 anos quanto às funções do aparelho respiratório esclareceram que além da troca de gases há outras funções, por exemplo:

- O parênquima pulmonar aniquila os fatores nocivos; assim, os brônquios, em casos normais são praticamente estéreis.

- Nos pulmões ocorrem significantes e múltiplos processos metabólicos que representam uma estação importante na regulação humoral, porque participam no metabolismo (ativação, desativação) de uma série de compostos, importantes do ponto de vista biológico. Neles também estão sendo armazenados ácidos graxos e nos seus 40 tipos de células sintetizam várias proteínas, ácidos nucléicos, enzimas, hormônios, peptídeos ativos, etc.; metabolizam remédios, hidrólases e enzimas do metabolismo da glucose, e produzem surfactante, alterando sua composição química dependendo da necessidade do momento.

- Já que a superfície dos capilares pulmonares é grande – em cada alvéolo há cerca de 1.000 segmentos capilares e o número de alvéolo é mais ou menos 3×10^8 – as células epiteliais dos capilares pulmonares podem extrair, efetivamente, substâncias do plasma, diminuindo suas concentrações arteriais.

Nessas condições, tudo que já foi discutido sobre as questões de neuro-psico-imuno-endocrinologia, também aqui pode ser considerado como atual e válido, inclusive do ponto de vista da psicoterapia organísmica.

9.9. UEXKUELL aponta ainda que o circuito funcional da respiração, diferentemente dos outros circuitos funcionais (alimentação, eliminação, sexo), num normal desenvolvimento humano não está sendo “socializado” e por isso durante a vida inteira mantém-se dentro de uma dinâmica arcaica. Mas isto não significa um isolamento dos outros processos simultaneamente decorrentes durante o confronto do indivíduo com fatores externos e internos, já que depende de modo direto ou indireto de numerosos processos somáticos através da necessidade de O₂ do corpo, do teor de CO₂ e do pH do sangue. Está ainda coligado de modo inato com a circulação e com o evento da dor. Participa nas oscilações da disposição anímica (sexualidade) e na expressividade individual, tornando-se, enfim, um “hábito pessoal” semelhante à postura e a locomoção (marcha).

9.10. Indo mais “adentro” temos que pensar em confrontos baldados entre o consciente e o inconsciente, no prolapso da Anima no homem e do Animus na mulher ao irromper de dinamismos arquetípicos ou ao desligamento parcial destes, quando se assume (inconscientemente!) a representação deles (especialmente em conexão com os arquétipos paterno e materno), no confronto com a Sombra e nas alterações maiores em relação com a Persona, muitas vezes de modo não unidirecional mas espiralante, com mesclas e transmutações as mais variadas. Um ponto culminante seria o de deparar com certos aspectos do SELF, chegando do ar ao AR, com todos os seus simbolismos e implicações mais extensas. Mas este não é o momento para pormenorizar e descrever tais condições e categorias do SER.

9.11. Como é possível pressupor, as mais variadas técnicas podem ser aplicadas, conquanto que escolhidas com prudência, já que tal sintomatologia pode ser quase “alarmante” e não raramente bastante ruidosa, não apenas pelo comportamento do paciente, mas pela conduta dos familiares. Estes últimos, antes de mais nada, chamam o médico ou levam a pessoa com hiperventilação até ele, o que é certo porque, devido às eventuais implicações cerebrais e cardíacas, a assistência desse profissional é necessária. Mais tarde, se por sorte o médico pensou também nos fatores psíquicos, talvez recorrerá àqueles profissionais que estão preparados para lidar com eles e cujo diagnóstico não deverá basear-se na exclusão de uma doença orgânica, mas nos patentes sintomas psíquicos também. Estará em condições de agir nesse sentido? As técnicas da psicoterapia organísmica, como também as de outras escolas, fornecem um repertório amplo para as adequadas intervenções. Aqui, naturalmente, não pode existir um esquema pré-estabelecido, nem se falando de “rígido”, mas a seleção das seqüências terapêuticas depende bastante da “equação pessoal” do terapeuta, do seu preparo, da sua capacidade empática, e como já foi apontado, da sua calma acolhedora, não se impressionando com iniciais resistências, negações, contestações, e – como REICH diria – com a “barreira narcisística” do paciente (e também dos seus familiares!). Releer: 386-9 (409-27).

9.12. Apêndice 1- Hoje em dia descrevem, com mais freqüência, a sintomatologia da síndrome funcional da respiração, também em crianças; o quadro, nos seus pontos essenciais, corresponde ao dos adultos. Quase sempre desenvolve -se na base de uma des-regulação vegetativa, condições ou quadros “sub-agudos” em episódios ou em acessos, com sintomas de respiração perturbada e os costumeiros fenômenos acompanhantes, e em geral com intenso colorido emocional. Devemos mencionar que, além desse polo de manifestações mais intensas, há um outro polo que apresenta quadros “larvados”, com sintomatologia bastante diversificada. Além das perturbações respiratórias (sensação de sufocamento, “respirar em suspiros” ou com gemidos, certa falta de ar, sensação de aperto, tique de pigarro, hiperventilação, respiração prolongada ou arrastada – com a qual o meio muito se impressiona-) podem manifestar-se perturbações neurovasculares, náusea, ânsia de vômito, dor de cabeça, concentração perturbada, tontura e desfalecimento, com sintomas subjetivos como formigamento, boca seca, extremidades amortecidas, palpitações, dores pré-cordiais, etc. Entre os sintomas musculares figuram: adinamia, espasmos e tremores nas mãos e nos pés (espasmos carpo-pedais), expressão facial rígida e mímica bizarra. As dores abdominais indicam sinalizações na área gastro-intestinal. Entre os sintomas psíquicos encontramos com mais freqüência estados ansiosos, medo da escola, da morte, labilidade do estado de ânimo, lamentações, descontentamentos, querelas lamentosas e magoadas, pavor noturno, contato escasso junto com sintomas mais gerais, como inquietude, perturbações do sono, cansaço, abulia, lassidão, indolência, pseudo-sossego. Tudo isso aparece em uma mescla variada, embora certas vezes cria-se a impressão de que a criança “prefere” certos grupos de sintomas em certa seqüência. Hiperventilação espontânea costuma aparecer ao deitar, com certa aceleração do pulso e elevação de temperatura. A criança não consegue respirar profundamente, quase não se observam excursões na caixa torácica, os músculos auxiliares da respiração estão sendo usados, (levantam os ombros ao respirar), a respiração abdominal pouco aparece e mesmo assim é arritmica; é notável que, com exercício físico, não aparece falta de ar.

Uma variação interessante é a manifestação da “hiperventilação grupal” em comunidades escolares ou de música: em algumas horas toma conta como uma “epidemia com pânico” das crianças, indicando o caráter emocional-sugestivo do evento (stress, expectativa, insultos psíquicos), aparecendo pelo circuito da respiração como “órgão de expressão”.

Jovens na puberdade e na pré-puberdade são, por causa da sua labilidade funcional, especialmente quanto aos órgãos da circulação e respiração, particularmente predispostos para uma “escolha” inconsciente de tais sintomas e circuitos orgânicos. A causa dessa “tetania respiratória” – como também é chamada a síndrome de hiperventilação, em um sentido mais estrito – seria a redução da tensão arterial do CO₂, pelo aumento do volume corrente por minuto, e isto se manifesta, com suas seqüências, tanto no sistema nervoso central e periférico como na vasoregulação.

Na terapia é muitas vezes necessária a mudança ou reorganização do meio e do modo de viver; além da psicoterapia individual ou grupal é importante a regulação do tônus e a terapia psicomotora. Em termos práticos – no caso de um acesso de hiperventilação – como “pronto-socorro” é aconselhável fazer respirar num saco de papel ou num saco plástico, para reconduzir CO₂ às vias respiratórias; cálcio por via endovenosa é muitas vezes aconselhado, como também barbituratos ou valium endovenosos em casos graves.

Em personalidades chamadas pré-mórbidas, quanto ao tratamento, à prognose e expectativas, não devemos ser muito otimistas; os acessos podem – com frequência muitas vezes diminuída – permanecer até a idade adulta, especialmente se nas fases pre-púbere e da adolescência, a sintomatologia, tão variada, não foi adequadamente avaliada e seguida por um tratamento adequado.

Apêndice 2. Naturalmente, podemos pensar também de modo simbólico, quando deparamos com a ventilação forçada, levando a uma “alcalose” no sangue que predispõe a um estado alterado de consciência. GOETHE chamava o processo de respirar “uma dupla graça”: a primeira, quando “Deus nos preme” e a segunda quando “Deus nos solta”. HEYER aponta que, com a respiração sensivelmente executada, podemos nos entregar ao mundo, sendo uma notável “tabuada” daquilo que não foi mantido nos limites certos, que foi “esquecido” e que temos que reaprender constantemente. Se no expirar nos entregamos ao mundo nos seus aspectos externos e internos, no inspirar deixamo-lo fluir e atuar dentro de nós. Os pacientes não necessitam essas explicações porque “algo” dentro deles, os plexos vegetativos, sua medula, seus instintos, chegarão a vivenciar e – mesmo que de uma outra forma – compreender isso. Só que nós, terapeutas, não devemos nos fixar na idéia de que a respiração é apenas o intercâmbio de gases (O₂ e CO₂). Aqui só mencionamos as diversas “escolas” ocidentais e orientais em que os exercícios de respiração ocupam uma fase importante no desenvolvimento proposto. E mais um apontamento: observem como se altera, de modo espontâneo, a respiração, ao empregarmos as técnicas da psicoterapia orgânica. Certamente não se trata apenas de uma resposta a um estímulo, mas sim de cadeias de reorganizações nas áreas dos sistemas vascular, nervoso, muscular, visceral, endocrinológico e imunológico. E já que em todos esses sistemas, (e em outros!), ancoram-se manifestações do inconsciente (fantasias, sonhos, palpites), de modo gradativo podemos ter vislumbres ou até breves introspecções quanto à complexidade da natureza humana e do seu lugar e papel no Existir.

10. Com frequência tenho a boca seca ... aparece intensa salivacão, independente do horário das refeições.

Reler 415(442).

10.1. A diminuição da secreção da saliva (aptialismo, xerostomia) aparece com frequência em momentos de agitação emocional. Aqui devemos mencionar que há vários modelos – nos experimentos com animais – para descrever as representações corticais dos sentimentos como expressão dos efeitos recíprocos entre o córtex e o sistema subtalâmico, mas ainda não sabem colocar o “especificamente humano”, i.e., a manifestação de cunho individual. Mesmo assim, continuam as investigações para localizá-las em termos neuro-anatômicos, para analisá-las por meios neuro-químicos, para medi-las por meios neuro-fisiológicos e interpretá-las em termos neuro-psicológicos. Propõe-se, hoje em dia, que a conduta emocional está sendo regulada pelo sistema límbico.

10.2. Existem várias doenças que são acompanhadas por diminuição da secreção salivar: diabete, doenças renais, cardiopatia descompensada, estados febrís, etc. Nas enfermidades das glândulas salivares (tumor, inflamação), ocorre não apenas uma obstrução, mas também a diminuição da secreção (sialolitíase – pedrinha no duto da saliva). Certos remédios (ópio, atropina, nicotina, etc.) atuam também nesse sentido. Existem síndromes em que todas as mucosas são secas, e além da

salivação, também o lacrimejar é escasso (SJÖGREN, sarcóide de BOECK, MIKULICS). Se a parte do nervo facial que atravessa o canal de FALLOP sofre traumatismo, ocorre diminuição da secreção da saliva, faltará a gustação nos 2/3 anteriores da língua (ageusia) e aparecerá hiperacusia (acuidade auditiva exagerada, hiperstesia acústica).

10.3. A perda de líquidos, qualquer que seja a sua causa, produz língua “seca”, que pode ser constatada pela palpação. Em enfermos inconscientes a respiração com boca aberta produz também secura; aparece também nas doenças dos intestinos acompanhadas por diarreia, na peritonite, no coma diabético, hepático, urêmico; na estenose do piloro a língua seca com colorido escuro indica uma desidratação séria.

10.4. Perturbações psicovegetativas com manifestações na cavidade oral ocorrem pela condição irritada do sistema simpático, causando saliva escassa com elevado conteúdo de mucina (proteína líquida, parte principal do muco) e conseqüente “secura” na boca e na garganta, criando a sensação de “mata-borrão”, “palha”, “grude”, e dentes “insensíveis”. Observam-se tais fenômenos no caso de depressões (exaustão) acompanhadas por “crises vegetativas”; formigamento ou ardor na língua e nas partes distais das extremidades. Tais estados podem permanecer – com intensidade variada – durante semanas.

É para lembrar que, em certos casos, uma prótese dentária pela primeira vez experimentada pode causar transitoriamente tais incômodos.

A inervação simpática nas glândulas salivares produz vasoconstrição e secreção mais escassa; o efeito do parassimpático (estimulação ou reflexo) é uma secreção intensa e diluída, com vasodilatação nas glândulas. Tais condições e suas conexões não estão ainda totalmente esclarecidas.

10.5. A sialorréia, produção intensificada da saliva, não é idêntica ao sialismo, em que a saliva sai da boca da pessoa. Os dois podem aparecer simultaneamente, pois o sialismo muitas vezes é conseqüência da sialorréia, mas pode ocorrer sem essa, por exemplo na paralisia do nervo facial, e em psicopatas, psicóticos, oligofrênicos, mongolóides, etc. Naturalmente, pode constituir sintoma de várias doenças: inflamação ou tumor nas glândulas salivares (glândulas aumentadas!), em quase todas as enfermidades da boca: angina, estomatite, gengivite, doenças dentárias, etc. Substâncias estranhas, em parte pelo sistema nervoso, em parte pela mastigação e por estímulos mecânicos como prótese, balinhas, substâncias com gosto diferente (alcaçuz), manipulação da boca (dentista, sonda gástrica), podem também causar o mesmo efeito.

10.6. As doenças do trato gastro-intestinal também são acompanhadas por sialorréia, náusea, ânsia de vômito (estímulo do n. vago!), gastrite crônica, pancreatite – também em função de uma parotite, de tumores do pâncreas, etc. – e na colecistopatia; em casos de aumento de pressão intra-craniana, “doença do mar”, meningite, encefalite, em certos casos de nevralgia do trigêmeo, gravidez, crise tabética (rara, hoje em dia) e, muito caracteristicamente, no parkinsonismo. Na menopausa podem ocorrer “acessos” de sialorréia, mas por enquanto não está esclarecida sua causa específica. Em outros casos fala-se de origem “idiopática”, e essa palavra indica sempre: não se conhece o processo fisiológico que desencadeia a intensificação da função das glândulas salivares. Entre os remédios, a pilocarpina, a fisostigmina, o digitalis e outros, podem intensificar a produção da saliva. Sobre a síndrome de intoxicação com cloropromazina, mais adiante falaremos, descrevendo alguns pormenores.

10.7. Existem casos especiais descritos como síndromes de:

- v.BAELZ, uma espécie de inflamação da mucosa dos lábios (mixadenite labial) com inchaço das suas glândulas, ocorrendo sialorréia intensa ao falar ou ao comer. Sua causa ainda não está esclarecida.

- FEER “encefalose do tronco cerebral”: anteriormente pensavam tratar-se de uma “neurose vegetativa generalizada” com as denominações “trofoneurodermatose”, “acrodinia”, “dermatopolineurite” ou “eritredema”. As crianças demonstram alterações do estado de ânimo, choramingam com atitude negativista, rechaçando aproximações e entrando mais e mais num estado apático; perdem o instinto de se movimentar e brincar e muitas vezes puxam e arrancam os cabelos (tricotilomania). Manifestam-se taquicardia, hipertensão, hipotonia muscular, e até pseudo-paralisia (a criança não quer mais sentar ou ficar em pé), na palma da mão e na sola do pé aparece coloração roxo-cianótica, com perturbações tróficas nas unhas e descamação em lamelas, eritema cutâneo e prurido, sono inquieto, perda de apetite e de peso, intensa sudorese (cheiro de rato), fotofobia, estomatite, salivação excessiva, perda de dentes e parestesias. Trata-se de uma síndrome tóxico-alérgica com provável inflamação no centro simpático no mesencéfalo; supõe-se intoxicações com mercúrio, arsênico ou tálio, especialmente em crianças com diátese alérgico-vegetativa.

- Paralisia glosso-lábio-laríngea de DUCHENNE: a movimentação da língua é reduzida, há disartria, rouquidão, afonia, deglutição dificultada, sialorréia, riso e choro compulsivos; a musculatura da mímica também é atingida e há atrofia da língua. A causa é um processo degenerativo que atinge os núcleos do nn. hipoglosso, vago (n.motor!), trigêmeo (motor!), e facial. É uma forma especial de atrofia muscular espinal com lesões do tronco cerebral.

- FOTHERGILL, uma neuralgia dos ramos do n. trigêmeo, com hiperestesia, calor e ruborização do rosto, fotofobia, sialorréia, lacrimação e hiperidrose na área inervada pelo ramo afetado do nervo. A causa seria uma perturbação vasomotora do nervo ou seu gânglio, e a sintomatologia é desencadeada por alteração da temperatura, pressão mecânica, corrente de ar, intensas movimentações da mandíbula ao falar e comer, perturbações do metabolismo (diabete, gota), intoxicações (álcool, nicotina, chumbo), doenças infecciosas (gripe, malária, lues) e inflamações na proximidade dos ramos do nervo (sinusite, rinite, amigdalite, otite, dentes, etc.).

- HUNT: nevralgia do gânglio genicular (nervo intermédio) com zoster ótico. Inicia-se com dores de cabeça e de ouvido no lado afetado e com erupção na região auricular, às vezes no palato mole e no terço anterior da língua (perturbação da gustação), alterações da secreção da saliva e das lágrimas, tinido no ouvido, audição sensível, tontura, parestesia facial. Quanto à causa, pensa-se em infecção virótica.

- Síndrome de hipotálamo : uma série de perturbações centrais, neuro-vegetativas, por causa de meningite, encefalite, fratura na base do crânio, hidrocefalia interna, tumores, falhas na irrigação arterial. As síndromes complexas ocorrem porque no hipotálamo (inclusive na hipófise) encontram-se centros vegetativos em uma concentração especial num espaço estreito, e por isso, quase todos são envolvidos. Assim, sofre o metabolismo, (diabetes, obesidade, emagrecimento), a termo-regulação (hiper ou hipotermia), a circulação (hipotensão, colapso), a regulação do sono (estados soporosos, insônia, alterações no ritmo do sono e sua profundidade, nas secreções externas (desidrose, secreção intensa pelas glândulas sebáceas, salivares e lacrimais), midríase, alterações psíquicas (estados maníacos, depressivos ou letárgicos), desinteresse sexual ou “satiríase” e muitas vezes o nervo óptico apresenta também envolvimento.

- LOUIS – BAR: teleangiectasia céfalo-óculo-cutânea, com atrofia do cerebelo (ataxia, abasia, astasia), hipotonia muscular, teleangiectasias simétricas na pele (rosto!), nas mucosas e na conjuntiva, pelos precocemente acinzentados, infecções pulmonares com recidivas, hipersalivação, distrofia geral, crescimento lento, tendência para processos malignos do sistema retículo-endotelial. A causa é uma inibição da vascularização do cérebro em base genética.

- RILEY – DAY: “desautonomia familiar constitucional” na base de um defeito enzimático com a destruição da substância reticular da ponte e da medula e com alterações degenerativas no hipotálamo e no cerebelo. Entre os sintomas mais salientes figuram a falta de secreção de lágrimas, sudorese, sialorréia, eritema simétrico depois de comer e por causa de irritação, labilidade psíquica, hiporeflexia ou arreflexia, perturbada coordenação da motricidade, etc.

- Síndrome cervico-masticatória lingual: na base da medicação com clorpromazina (Megafen, Amplictil) e proclorperazina ocorre uma intoxicação neurológica com envolvimento dos nervos cranianos, apresentando-se torcicolo espástico, opistotono, espasmos de “aceno”, espasmos dos músculos da mastigação, hipersalivação, tremor, balismos, distonias posturais, bradipnéia, inquietude histeriforme com ansiedade, amnésia parcial, língua empurrada para a frente em acessos. Encara-se tal sintomatologia como “leucotomia farmacológica”.

- Síndrome de latroductismo (Latroductus): na pessoa picada por está aranha aparecem dores intensas nos músculos, sudorese, lacrimação, sialorréia, rinite serosa aguda, edema das conjuntivas e alterações nos quadros hematológico, bioquímico, urológico e psíquico, (psico-síndrome, sono, medo da morte, etc.).

10.8. Tais síndromes foram apresentadas para exemplificar a complexidade das reações nas mais diversas enfermidades ou traumatismos. Temos que aprender a olhar tudo isso como um conjunto de respostas diversificadas e ao mesmo tempo, também isoladamente identificáveis. Uma segunda intenção foi apresentar séries de expressões e denominações que quase constantemente podem figurar nas pastas dos pacientes.

10.9. As técnicas a serem utilizadas dependem, então, das áreas mais atingidas pela sintomatologia, da idade dos pacientes e das possibilidades de aplicação das seqüências terapêuticas. É importante não se impressionar com a diversidade das manifestações nem com a inquietude ou desespero dos familiares, e muito menos com um diagnóstico expressadamente negativo. Trata-se sempre de um ser humano, com um equipamento psico-físico em diferentes graus perturbado, mas mesmo nessa condição é possível aplicar os princípios e a prática da psicoterapia organísmica.

11. Bebo diariamente mais do que seis xícaras de líquido...

Ver no livro a figura 16-3 (470) e ler os textos correspondentes: 440-454 (469-486) e 456-464 (487-495).

11.1. Nos neurônios dos núcleos (paraventricular e supraóptico) do hipotálamo formam-se os hormônios vasopressina (adiuretina) e oxitocina que, por pequenas vesículas circundadas por membranas, estão sendo transportados pelo fluxo axoplasmático ao longo dos axônios que terminam na neuro-hipófise. Está é uma continuação alongada do hipotálamo e armazena os hormônios vasopressina (adiuretina) e oxitocina, libertando-os de acordo com a necessidade.

11.2. O estímulo adequado para a libertação da vasopressina (adiuretina) é o aumento de sal no sangue, causado pela falta de água necessária. A “osmolaridade” aumentada está sendo percebida pelos osmo-receptores, e a vasopressina liberada causa uma antidiurese (diminuição da descarga de água através da função renal). Os osmo-receptores atuam não apenas na regulação da vasopressina mas também na da sensação de sede e da ingestão de líquido. A sede como sensação é o resultado de uma sinalização internamente percebida no hipotálamo como resposta à hiperosmolaridade local, transmitida provavelmente por neurônios colinérgicos. Está comprovada também a influência dos centros “superiores” sobre a secreção de vasopressina, por exemplo, por hipnose ou condicionamento

psicológico, ou por antidiurese induzida em animais e também em pessoas em situações de “stress”. Tal coordenação representa um modelo exemplar para as regulações homeostáticas. (Homeostase – estado de equilíbrio do organismo vivo em relação às suas várias funções e à composição química de seus fluídos e tecidos).

11.3. A antidiurese não pode evitar uma desidratação, já que o organismo perde água constantemente pelos pulmões e pela pele. Por isso, a ingestão de água e a sensação de sede devem ser integradas na regulação. A estimulação elétrica de determinados pontos hipotalâmicos (“centro de sede”) causava uma polidipsia. Um outro hormônio peptídeo pode aumentar a liberação da vasopressina (recepção de sal aumentada) e com isso ingestão de líquidos. Ver esquema ilustrativo depois de 11.9 (pg38).

11.4. Na função insuficiente do sistema hipotálamo-neurohipófise podem aparecer três quadros isolados:

4.1. Diabetes insípida “central” em que a liberação da vasopressina (audiuretina) é perturbada e os rins não podem concentrar a urina pela resorção. Ler 440-450 (469-480), e assim ocorre uma poliúria de 5-20 litros por dia com uma correspondente polidipsia. Em homens é mais freqüente (tumor, inflamação, traumatismo) mas 50% dos casos é “idiopático”. Já sabemos o que isto significa. Há alterações de caráter, como intensificado apetite e necessidade de sono, ao passo que os impulsos sexual e motorico se reduzem.

4.2. Diabetes nefrogênica, em que o dispositivo renal é incapaz de reagir à vasopressina endógena ou exógena (injetada). Os adultos urinam mais do que 8 litros por dia.

4.3. Polidipsia psicogênica: (beber água compulsivamente) está sendo encarada como uma irritação do “centro de sede” no hipotálamo por fatores psíquicos. Nessa conexão é bem provável que, pela ingestão excessiva de água (até 20 litros por dia) ocorra uma inibição “secundária” da secreção da vasopressina com a consequência de uma poliúria. A maioria dos pacientes são mulheres (4/5). Tal polidipsia desenvolve-se em semanas ou meses e pode mostrar certa intermitência (ao contrário da diabetes insípida). Uma polidipsia psicogênica pode causar a incapacidade da neurohipófise de liberar vasopressina. Em certos casos ocorrem delusões, depressões, agitações ou conduta histérica.

11.5. Nefrite crônica infantil: causa o infantilismo renal, (raquite renal) com polidipsia, poliúria e crescimento reduzido. Nos ossos falta o cálcio e aparecem sintomas que caracterizam a raquite. Diminui a eliminação dos fosfatos com a consequência de hiperfosfatemia, hipocalcemia e hiperparatireose. Esta última causa a desmineralização dos ossos. É diferente do infantilismo de origem hipotalâmico-hipofisiário, que também causa polidipsia e poliúria.

11.6. Em geral, se alguém ingere muito líquido, desenvolverá poliúria, (polidipsia primária, poliúria secundária). Sua causa muitas vezes é neurose ou histeria; as pessoas já desde a infância demonstravam tendência para ingerir mais água do que o necessário, tornando-se isso um hábito. Há pessoas que bebem vários litros de cerveja e nessa base desenvolvem a poliúria. A polidipsia pode emergir em consequência de traumas psíquicos, como também nos tumores do diencéfalo e do infundíbulo (diminuição das funções sexuais, sonolência, disforia, respiração e ritmo cardíaco perturbados, etc.). Existe a chamada “síndrome de hipercalcemia” (independente das causas) contendo ao menos 15 diferentes síndromes mais especificadas. O sintoma principal é uma sede contínua, torturante e, praticamente, insaciável. O enfermo recusa bebidas como leite, limonada, chá, alegando que não aliviam a sede e quer, constantemente, apenas água fria, sem qualquer acréscimo. Naturalmente, terá poliúria, (pseudo diabetes insípida). Apesar da polidipsia ocorre “exsicação”. Da parte do aparelho gastrointestinal manifestam-se anorexia, náusea, vômito, atonia do estômago e dos

intestinos, meteorismo doloroso, prisão de ventre, úlcera do estômago, pancreatite com hipotonia muscular, adinamia e cansaço. No sangue detecta-se uma hipercalcemia. Psicicamente podem ser observados lassidão, pensar vagaroso, estado de ânimo depressivo com fases de agitação aguda; às vezes estados paranóides. Nos rins aparece nefrolitíase, nefrocalcinose e até insuficiência renal. Metástases (depósitos) de cálcio foram encontradas na mucosa do estômago, no miocárdio, nos pulmões, nas artérias, na córnea, etc. Os enfermos não devem receber digitalis (fibrilação ventricular!).

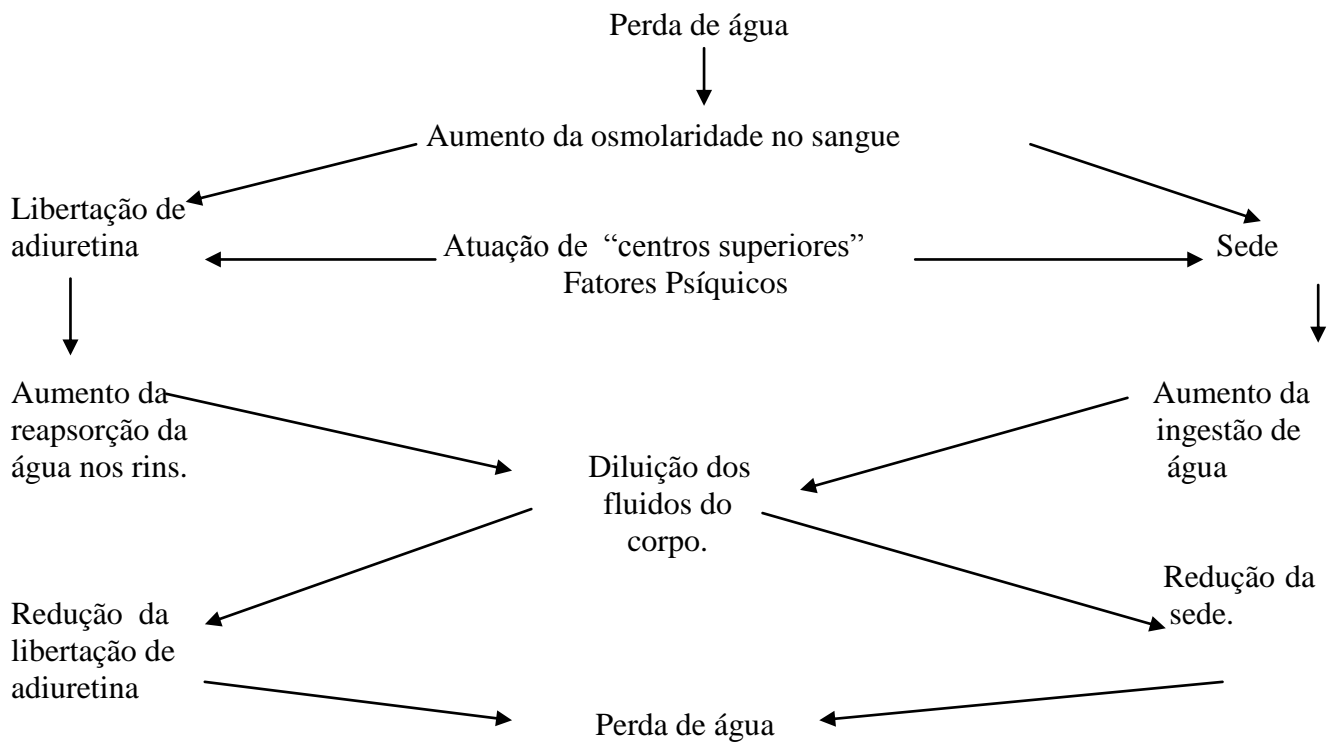
11.7. Resumindo : os fatores em relação com a sensação de sede são a salivação reduzida pela perda de água (vômito, diarreia, sudorese), as informações dos osmoceptores que medem e constataam nas diversas partes (vísceras, bulbo olfatório, hipotálamo, etc.) as alterações da osmolaridade, mobilizando determinados reflexos para assegurar um equilibrado metabolismo da água, a concentração dos iônios do sódio (Na) constatado e medido por específicos receptores, e a diminuição da hidratação dentro da célula (desidratação intracelular) ativando a secreção de adiuretina, a excreção do sódio pelos rins e “propondo” a ingestão de líquidos; a diminuição do volume do sangue que circula no organismo (hipovolemia) constatado por certos receptores, que provoca a passagem do líquido intersticial (intercelular) nos vasos, com subsequente desidratação intracelular, causando a sensação de sede e estimulando a beber, também pela liberação de uma substância no átrio direito que ativa a diminuição do sódio (hormônio natriurético ou cardionatrina) e estimula a formação de angiotensinas que provocam o aumento da pressão arterial, além de outros efeitos.

A necessidade de beber cessa (saciação) pelo aprendizado, pela temperatura da água e pelo estiramento das paredes do estômago. Serão necessárias ainda investigações extensas para esclarecer melhor a organização da sede e do beber.

11.8. Pela visão atual da medicina – e essa visão pode mudar pelas contínuas investigações futuras – estamos, então, concentrando a nossa atenção no sistema hipotalâmico-hipofisiário, quando queremos ter uma informação “clara” sobre o metabolismo da água. (Há, naturalmente, inúmeros pormenores em que não precisamos entrar). Mas a água, na Psicologia Profunda, tem muitos outros significados e extensões. Foram feitas várias tentativas para delinear correspondências (emoção, sentimento, inconsciente, arquétipos) e correlações. Nestes pontos temos que proceder com calma e prudência, porque a água, sendo uma substância “coletiva”, causando também problemas coletivos, mesmo nos casos individuais exige que se encare essa dimensão com especial cuidado (família, clã, comunidade).

11.9. Nessas condições, as técnicas da psicoterapia organísmica podem contribuir de modo patente para a eliminação de conseqüências secundárias (tensões posturais ou emotivo-viscerais), tendo com isso, muitas vezes, uma influência percebível sobre o processo primário, mesmo que o fator psicogênico – sempre existente! – não seja tão percebível. São de notável importância os achados bioquímicos e neuro-imuno-endocrinológicos, mas tudo isso está abrangido pelo “existir humano”...

Um esquema ilustrativo simplificado:



12. Sinto fome quase sempre ... em geral estou comendo bem ... muitas vezes ando com falta de apetite.

12.1. Há 35 anos atrás, pensavam alguns investigadores que no hipotálamo lateral existe um centro que regula a alimentação na base de estímulos olfativos e visuais, e no hipotálamo medial um centro de “saturação” que inibe o centro de alimentação. Ratos, depois da lesão do hipotálamo lateral, recusavam-se a alimentar-se como se tivessem perdido o instinto de se alimentar; mesmo estando em condições para isso, não mostravam fome. Ao contrário, animais já alimentados, depois de receber estímulos no hipotálamo lateral, voltavam a se alimentar sem procurar muito, e foi constatada uma função instintiva aumentada. Críticas apontaram que aqui pode haver o efeito de íons de ferro dos eletrodos sobre a zona ventro-lateral. Levantaram até dúvidas se realmente existem circuitos específicos para comer e para beber.

12.2. Em seres humanos ocorreram perturbações afetivas depois de estímulos, operações por causa de tumores, traumas ou infecções nessa área, mas aqui devem contribuir também as ligações hipotalâmicas com o sistema límbico e com a formação reticular.

Na realidade, devemos distinguir entre apetite e fome. O apetite parece ser um reflexo condicionado mobilizado pela percepção olfativa, visual, tátil ou acústica, e muitas vezes apenas pela recordação. Deve ser distinguido da fome, uma vez que se trata de uma sensação agradável e às vezes bem contrária à sensação desagradável de fome. Certamente está em conexão com o tônus, motilidade e alteração da secreção do estômago, mas tais fatores parecem ser apenas secundários.

12.3. Tratando-se de reflexo tem que ser considerado o efeito do meio sobre o córtex cerebral, isto é, os estímulos psíquicos têm papel importante aqui, desencadeando o aumento de secreção da insulina. No caso da falta de produção adequada de insulina ocorrem no metabolismo mudanças semelhantes

àquelas observadas no caso da fome. Já sabemos que existem mecanismos nervosos especiais que regulam a busca de diversos alimentos. Há inúmeros dados experimentais a respeito que demonstram a busca seletiva de determinadas substâncias, no caso da sua falta na alimentação de rotina. No ser humano, em casos comuns no entanto, a alimentação pertence à rotina cotidiana e é condicionada por uma atividade programada, isto é, não necessita mecanismos “primários”, aparentemente. Nos animais que recebem o alimento em horas regulares, já antes dos estímulos sensoriais ocorrem “preparativos” bioquímicos (hipoglicemia breve e liberação de insulina), correspondendo a composição da saliva e do suco gástrico ao tipo predominante do alimento. É também conhecido o comportamento em estado de tensão emocional, quando se apresenta, e não raramente, uma peculiar “voracidade” para ingerir; até em experimentos com animais pode ser observada a mesma conduta.

12.4. Sentir fome “quase sempre” indica – se forem excluídos processos orgânicos – algo “não saciado”, em termos psicogênicos, que cria uma atitude “captativa”. O plexo celíaco (solar) deve ser examinado para ver se não o estimulam excessivas cargas psíquicas que podem mobilizar uma boa parte da “orquestra neurovegetativa”. A psicoterapia organísmica – executada com paciência e prudência – não apenas pode diminuir o sintoma mas concorrer para o aparecimento do “subjacente”, e isto não só em termos psicológicos mas também, por exemplo, neurológicos, em muitos casos de polifagia.

12.5. Apresentamos também aqui algumas síndromes em que figura a polifagia para mostrar a concatenação das perturbações vegetativas em diversos circuitos funcionais do organismo:

- Síndrome disdácica: é uma peculiar perturbação somato-psíquica depois de extensas operações bucais envolvendo os dentes (extração, ponte, prótese). Em grego “dakneo” significa: “eu mordisco”. Aparecem fenômenos compulsivos, paranóides e psicóticos agudos, com perturbações da mastigação, dores na mandíbula e a sensação de que a língua não está no lugar certo na boca. Outros sintomas apresentam também fixação oral, por exemplo, úlcera do estômago, polifagia com conseqüente obesidade, etc. Trata-se de personalidades menos firmes e integradas. A síndrome não está ainda esclarecida em seus pormenores.

- TONI – síndrome dismetabólica-disendócrina (nefrocalcinose, raquite tardia e distrofia adiposo-genital): crescimento longitudinal retardado, nanismo, adiposidade, hipogenitalismo, osteoporose, pseudo-parese hipokalêmica, polidipsia, polifagia, poliúria, calcinúria e outras alterações bioquímicas. A etiologia é desconhecida.

- KLEINE – LEVIN – síndrome de sonolência periódica (“hipersomnia”), polifagia periódica, bradicardia periódica, hipotonia muscular, disforias (esquecimento, falta de incentivos, estado de ânimo negativo, pensar “vagaroso”). Como causa, há idéias de encefalite pós-infecciosa com distonia vegetativa (n. vago!) na convalescença.

- Síndrome de bulimia noturna: um singular costume de obesos que comem durante a noite; uma perturbação psicovegetativa-psicosomática. Aliás, os pacientes compensam estados angustiosos noturnos sentindo fome voraz nas horas da noite ou depois de meia-noite. O sono é perturbado e irregular e ao levantar não tem apetite. A redução de alimentos não diminui o peso mas aumenta a angústia e causa estados de ânimo depressivos.

- Na síndrome de MORGAGNI (craniopatia neuroendócrina ou metabólica) trata-se de uma hiperosteose frontal interna com adiposidade, virilismo, hirsutismo, perturbação do sono e do equilíbrio, dores de cabeça, acessos epileptiformes, polidipsia, polifagia eventualmente com diabetes. Parece, por enquanto, uma comum lesão endócrina do diencéfalo e da hipófise. Existem ainda

deformações nos dedos, na orelha, nas articulações e nas sobrancelhas e pernas (ulcerações). Aparece especialmente em mulheres de certa idade.

- Síndrome coreática (HUNTINGTON): é uma atrofia cerebral (hereditária) com perturbação descoordenada hipercinética-hipotônica da motricidade, uma mescla de hipercinesias atetóticas e coreáticas. A marcha é bizarra, perturbada e até cômica. A fala é lenta e arrastada, com frequência interrompida por sons de grunhidos e estalidos. Com frequência aparece parestesias e dores (tálamo!), perturbações vegetativas como emagrecimento excessivo, diabetes, polifagia voraz e da parte psique, alterações de caráter (muitas vezes um dos primeiros sintomas!), instintualidade, falta de reações emotivas, irritabilidade, atos violentos, falta de controle, atitudes criminosas, alcoolismo, demência, falta de incentivos; psicoses de cunho paranóide-alucinatório ou catatônico, assemelhando-se à esquizofrenia.

- Já descreveram as “orgias bulímicas” quando as pessoas, sem a companhia de outros, compulsivamente e em tempo breve “devoram” grandes quantidades de alimentos, entrando em seguida em agitação e auto-condenações. Trata-se aqui da percepção perturbada da “saciação” devida a um “stress”. Ao contrário da bulimia noturna, esses “acessos” de hiperfagia são periódicos e estão coligados a certos eventos que os desencadeiam. As pessoas dadas as tais “orgias bulímicas solitárias”, por um regime rigoroso e até quase irreal podem depois perder bastante peso, mas tais esforços são baldados por novas “recaídas”.

- Um quadro “clássico” de síndrome psicovegetativa-endócrina é a hipoglicemia espontânea (“funcional”, “idiopática”). Existem aqui perturbações na regulação central do metabolismo dos carboidratos. Ainda não conseguiram especificar, com certeza, o substrato anatômico; hipóteses não faltam. Aparece, no quadro, como que um acesso (depois de sensações anteriores de fraqueza: vertigem, fome, sudorese, mal-estar geral, palidez, dores de cabeça, palpitação e marcha insegura, de 2 a 4 horas depois da ingestão de alimentos ricos em carboidratos. Podemos observar que tais queixas são características para os mais variados tipos de perturbações das regulações vegetativas. Naturalmente podemos pensar em condição “pré-diabética”. Tais sintomas, especialmente o cansaço e a fome com hipoglicemia, aparecem com frequência em pessoas “normais”, mas no quadro acima descrito muitas vezes manifestam-se de modo “dramático”, especialmente depois de curtos mas bem intensos esforços físicos, levantando a um “ponto morto” a capacidade de agir. Uma labilidade vegetativa já existente, na fase hipoglicêmica pode causar extrema irritabilidade e repentes, descontroladas atuações com consciência obnubilada e, eventualmente, convulsões. (Não é “histeria”!). Estas pessoas falam de uma fome “arrasadora” ou “ávida” antes da primeira refeição e da incapacidade de “passar fome” durante tempo mais prolongado (brigas e rixas de funcionários, com frequência em determinados horários!).

12.6. Naturalmente, é importante a anamnese e as informações quanto aos “tratamentos” anteriores. Sem nos impressionarmos com diagnósticos, achados, nomes e renomes, temos que rever o caso do ponto de vista psicológico, não nos contentando com “slogans”, siglas e numerações, para depois conferir com o ponto de vista das outras disciplinas.

12.7. Desde tempos remotos sabiam que, comendo, às vezes queremos compensar carências, frustrações, expectativas vãs e auto-affirmações baldadas, etc. Nesses casos, certamente, a ingestão de alimentos não corresponde, quantitativa e qualitativamente, à necessidade real. A alimentação, normalmente, depende da idade e da atividade. Com idade mais avançada diminui a necessidade quantitativa de calorias, seguindo a redução do metabolismo energético e as alterações da fisiologia nos idosos.

Nas últimas décadas a alimentação passou por alterações, nem sempre favoráveis, como o demonstram – às vezes até de modo exagerado – as mais diversas publicações. Mas é verdade que, com o refinamento da farinha, perdem-se as vitaminas no Complexo B e perda de vitamina ocorre no fritar, cozinhar e descascar a batata (portador principal de potássio e do magnésio).

12.8. A falta de apetite, em geral, indica a atuação de alguma enfermidade. Sabemos que certas doenças (diabetes, hipertireóide) aumentam o apetite, nem falando das síndromes em que a polifagia é quase constante (o que se verá mais adiante). Doenças vasculares raramente influenciam o apetite. As causas mais freqüentes de uma contínua inapetência são: anorexia nervosa, neuroses, psicoses, emoções agudas ou crônicas, agitações, traumas psíquicos, grande calor, estado febril, infecções, avitaminoses (grupo B!), falta de alimentação adequada, falta de minerais (sódio, cloreto), acidose, perturbações endócrinas, anemias, tumores malignos, insuficiência circulatória (congestionamentos), cirrose hepática, auto-intoxicações (uremia, acidose em diabetes, icterícia, certos remédios, (mercúrio, sulfonamidas, digitalis, atropina, antibióticos, nicotina, álcool, etc.), efeitos de radiações (Raio X, radioatividade).

12.9. Para as técnicas da psicoterapia organísmica abre-se nesta área um espaço amplo. Porém, é melhor não pensar em “reduzir ou aumentar a fome”, “fazer perder alguns quilos”, mas antes em integrar os dispositivos somato-psíquicos sem “afobação” e sem prometer resultados. Às vezes é um tanto “inglória” a frustração momentânea do paciente ao ouvir que não haverá “tratamento milagroso”, e ele talvez volte às suas bolinhas, à lipoaspiração, às algas, etc., e as meninas anoréxicas aos seus anti-depressivos e outros. Nesses casos há sempre um intenso comprometimento psíquico que não pode ser negligenciado, como também é indispensável uma investigação endocrinológica, parasitológica, etc., dependendo das particularidades do quadro apresentado.

12.10. Quanto às implicações “profundas” apresentamos alguns excertos de um artigo de MARION WOODMAN (Quadrant, 1984, Vol.17, n.2, pp.31 e 36), analista junguiana que se ocupa com as perturbações na alimentação, especialmente em relação com as mulheres. Ela aponta que uma mulher obesa muitas vezes imagina seu corpo volumoso como defesa contra o mundo, mas se ela transforma sua atitude defensiva em uma força interna, sua postura altera-se e seu corpo toma uma forma mais definida. Mas – aponta WOODMAN – há Ego que a todo custo esconde o seu mundo interno ou a falta deste. Assim, tais pessoas não têm sua “cozinha” interna em que poderiam assimilar a sabedoria da natureza, nem possuem o segredo do processo de integração. Seu Ego é tão fraco que não têm meios para perceber o que ocorre entre o consciente e o inconsciente. Estão identificadas com sua Persona, desligadas, junto com o corpo, das suas raízes instintivas e imagéticas. E se essas raízes não estão sendo alimentadas, elas nunca estarão satisfeitas, mas abandonadas, evidentemente famintas, incessantemente tentando conseguir seu ponto natural de saciação – em vão. Assim, não haverá paz nem física nem psíquica.

... e assim manifesta-se a ira de uma “divindade injuriada”. Há pessoas que são bastante conscientes para reconhecer que há uma diferença entre seu aborrecimento pessoal no que diz respeito aos seus relacionamentos mais próximos e a ira transpessoal que irrompe das camadas arquetípicas, da “divindade”. “Mas, pela percepção do corpo, a matéria densa é imbuída pela luz, de modo que o indivíduo, em vez de arrastar uma massa de carne obscura, experimenta a sabedoria rica e calma do corpo consciente e a autenticidade do amor transpessoal que impregna o Ser. A matéria redimida é um receptáculo confiável e flexível para engrandecer a imaginação criativa”. Nesta última citação M. WOODMAN apresenta certo esoterismo seguindo a linha de alguns grupos junguianos da América do Norte.

13. Tenho dificuldade de engolir ...

Reler a folha 61. (Anatomia) sobre a deglutição e no livro as páginas 410-11, 421-22, (437, 448-49).

13.1. Assim, podemos ver que a primeira fase (orofaríngea) da deglutição é voluntária, já que ocorre com a colaboração dos músculos estriados. Trata-se de um processo bastante complexo (como é também o vomitar) exigindo a participação de vários músculos com coordenação temporal e espacial minuciosamente exata. A deglutição é encarada como o mais complicado fenômeno neuromuscular do corpo. A estimulação dos receptores do palato mole da parede posterior da faringe elicia complexos movimentos coordenados. Como se sabe, o reflexo de deglutição pode ser ativado por qualquer estimulação mecânica desses receptores. No entanto, uma deglutição conscientemente iniciada decorrerá normalmente, já que o reflexo de deglutição é certamente ativado pela estimulação dos receptores da mucosa da faringe e pelas sensações de tensão daqueles músculos que levam o alimento até a faringe.

13.2. A segunda fase (esofágica) da deglutição decorre em função do reflexo. A contração dos músculos da faringe impedem a volta do alimento à boca e os movimentos já conhecidos em relação com a glote não permitem sua entrada na laringe e ainda dilatam a parte superior do esôfago. Em certos animais também na segunda fase atuam os músculos estriados.

13.3. Na terceira fase (esofagogástrica) o alimento entra no estômago pela ação peristáltica do esôfago que se contrai acima do bolo alimentar e descontrai-se e dilata-se embaixo deste. Essas contrações e descontrações como uma onda percorrem, de cima para baixo, o esôfago “tocando” na direção do estômago o alimento que, então, não “desce” por causa do seu peso mas está sendo propelido pela atividade muscular. Por isso podemos engolir deitados ou até de cabeça para baixo. Os líquidos descem mesmo bem antes da onda da peristalse, mas na entrada do estômago acumulam-se e, ou o seu peso, ou a onda um tanto retardada da peristalse, abrirá a cárdia (para isto já basta um peso leve: 5mm. de H₂O).

13.4. Como já foi apontado, os impulsos oriundos dos receptores da raiz da língua e da faringe, através das fibras dos nn. vago e glossofaríngeo entram na medula oblonga (formação reticular!) e aí estimulam um “centro de deglutição” ao chegar aos seus núcleos motores (núcleo ambíguo!). O terço médio do esôfago está innervado pelas fibras em parte motoras e em parte viscero-motoras do nervo vago e seu terço inferior inteiramente pelas fibras vegetativas viscero-motoras do mesmo nervo. Na movimentação do terço médio e especialmente do terço inferior do esôfago participa também a rede nervosa própria da camada dos seus músculos lisos (plexo mientérico “Auerbach”).

13.5. A estimulação de certas partes do cérebro (parte inferior do córtex motor, córtex da “ínsula” e os núcleos na área da “amígdala”) causa deglutição e até mastigação; também a estimulação elétrica da parte lateral da formação reticular (bulbar) provoca deglutição.

Estímulos psíquicos e sensoriais (ajustes vegetativos) naturalmente influenciam o modo do decorrer da deglutição. Temos que apontar concisamente que o núcleo ambíguo acima mencionado está também em relação com a respiração e a vocalização. Contrações irregulares dos músculos inferiores do esôfago podem ocorrer em idade avançada, no caso de “nervosismo”, na neurose, isto é, como conhecida reação psicossomática, causando muitas vezes certo temor, porque a maioria das pessoas associa – na maior parte dos casos, sem razão – tal fenômeno a alguma sintomatologia cardíaca.

13.6. Os distúrbios da deglutição, isto é, as perturbações no transporte do alimento, denominam-se disfagias podendo ter causas as mais diversas. Daremos aqui um pequeno esboço apenas para perceberem a complexidade dos fatores que devem ser considerados pelo gastroenterólogo e pelo cirurgião ao depararem com esse sintoma.

- A disfagia pode ser causada pela dor se houver processo inflamatório na boca, garganta, língua, glândulas salivares e nas diversas cartilagens (condrite), ou se existem anomalias congênicas dos lábios, língua, palato, etc. Mas as dores, em si, não constituem disfagia.

- Pela paralisia dos músculos na área da faringe, por causa de doenças neurológicas (poliomielite, esclerose múltipla, hemorragia cerebral, depois de difteria, botulismo, raiva, encefalite, paralisia bulbar, arteriosclerose). O alimento, nesses casos, pode ser desviado e então, na traquéia, desencadeia-se um extenso acesso de tosse (pneumonia!). No caso de paralisia total, a deglutição torna-se impossível. Basicamente, a disfagia pode ser causada pela perturbação funcional de qualquer parte do arco reflexo. A perturbação isolada do trajeto aferente é relativamente rara. Mas o centro do arco reflexo pode ser atingido pelos mais diversos processos patológicos do sistema nervoso central. Uma perturbação central é também o estado inconsciente (coma).

- Por traumatismos ou tumores na área dos núcleos motores dos nervos cranianos, ao atingir o núcleo ambíguo. O traumatismo do trajeto eferente atinge as correspondentes fibras motoras dos nn. vago e glossofaríngeo. A falta da passagem do estímulo ocorre na miastenia grave; no tétano há um espasmo dos músculos que impossibilita a deglutição. Na “raiva” a hidrofobia pode ser tão intensa que só a visão do líquido desencadeia o espasmo muscular.

- A paralisia pode ser constatada pela imobilidade da úvula (ou seu desvio apenas para um lado) pela falta do reflexo faríngeo e visível falta de reação na parede posterior da laringe (às vezes é unilateral). A disfagia de origem nervosa aparece tanto na ingestão do alimento sólido como no líquido. Se houver apenas qualquer obstáculo (tumor inflamação, etc.) a dificuldade de deglutir depende do estado sólido e do tamanho do alimento; o líquido pode ser transportado (por exemplo, mingaus).

- Existem também disfagias específicas por causa da falta de ferro e vitamina B (sideropenia), especialmente em mulheres idosas e na anemia perniciosa.

- Os diversos tipos de divertículos duradouros ou temporários representam um capítulo separado das disfagias, como também:

- Os tumores, que no entanto, bem podem ser diagnosticados por esofagoscopia e raio X.

- Nas décadas anteriores causava muito estreitamento do esôfago a ingestão de soda ou ácidos (tentativas de suicídios ou acidentalmente – crianças!), com o resultado de disfagia e outras perturbações no transporte dos alimentos.

- Especialmente em pessoas idosas pode aparecer o espasmo esofágico difuso (“esôfago de saca-rolha”), produzindo ou séries de estreitamento concêntricos no esôfago ou uma espécie de espiral (saca-rolha) com dores retro-esternais. Trata-se de uma hipersensibilidade da musculatura, mas é ainda desconhecido: porque aparecem, em vez da peristalse normal, contrações fásicas e não propulsivas. Notou-se o papel de fatores emocionais.

- Pressão de fora pode impedir a deglutição em função de aneurisma, pericardite, tumor do mediastino, bócio, etc., ou mesmo um coração descompensado; nesse último caso, a dificuldade de deglutir e a sensação de pressão intratorácica podem ser os primeiros sinais que levam a pessoa ao médico, que perceberá tratar-se do início de uma insuficiência circulatória. Dermatiosite, esclerodermia, doença de RAYNAUD e quadros semelhantes podem também causar anomalias motoras do esôfago e da cárdia.

O sintoma de disfagia cardioesofágica reúne queixas em relação com a parte inferior do esôfago por causa de acalasia, “esôfago curto” e úlcera esofágica. Na maioria dos casos aparece em pacientes gordos e de certa idade. Já se fala de “prosbiesôfago”. (Acalasia: falta ou desenvolvimento inadequado do plexo mientérico no terço inferior do esôfago e na “boca” do estômago / cárdia/; o alimento fica parado, o esôfago dilata nesse ponto, sua parede fica tênue, o que também faz diminuir os movimentos peristálticos; então, ocorrem regurgitações. Na parede debilitada do esôfago podem aparecer ulcerações maiores ou menores. Sua causa é desconhecida, i.e., não sabemos onde se inicia o processo de “desnervação”).

- Eruções são conseqüência da aerofagia ou da azia (ph abaixo de 4.0) ou de ambas; com freqüência observam-se na segunda fase da gestação. A aerofagia muitas vezes é sinal de problemas psíquicos juntamente com distúrbios gástricos.

Apresentamos também algumas síndromes em que a disfagia figura de modo acentuado:

- No caso de oclusão da parte proximal da artéria subclávia esquerda ou do tronco braquiocefálico direito, a artéria vertebral recebe sangue do outro lado. Ver as figuras 11-47, pag. 345 e 11-66, pag. 380 (367, pg. 366 e 390, pg. 385). Isso causa, devido à hemodinâmica alterada, uma assim chamada insuficiência cerebro-vascular. Aparece em acessos, especialmente depois do trabalho braçal, com tontura e parestesia, ou sensação de amortecimento num lado do corpo, numa extremidade ou apenas na metade do rosto, com perturbações da linguagem ou do andar, diplopia, hemianopsia, nistagmo horizontal, hemicrania e disfagia, além de sintomas de irrigação insuficiente do braço do lado afetado.

- A trombose da artéria basilar (diabetes, arteriosclerose, lues, pressão alta) produz estados confusos e obnubilados, tontura, vômito, parestias bilaterais de nervos cranianos (pupila não reage a luz), disartria, disfagia, singulto (solução), afecção bilateral no trato piramidal (reflexos mais intensos, BABINSKY positivo), tetraparesias, ataxia, abasia, convulsões ou “corrida automática”. A trombose pode causar a desativação de áreas na ponte, na medula oblonga, no cerebelo e no lobo occipital pela desintegração dos neurônios .

Muitos sintomas dessas duas síndromes anteriores aparecem na síndrome de JACKSON (síndrome de oblongata).

- Na síndrome de hiato (hérnia) existe, predominantemente em pessoas idosas, um complexo de sintomas cardio-esofágicos, pela diminuição da elasticidade do diafragma; por isso, chamavam-na também “síndrome epifrênica”. É mais comum no tipo pícnico, nos casos de enfisema pulmonar e de deformidades degenerativas da coluna, e depois de um rápido emagrecimento. Causa sensação desagradável e estranha na área da cárdia (entrada do estômago), “como se o bolo alimentar tivesse parado no peito”, “atrás do esterno há uma bola”; além de cardialgias e epigastralgias, há palpitação, sensação de “peito apertado”, extrassistolia (dependendo da posição do corpo), soluços repetidos e persistentes, disfagia, inflamação do esôfago pelo refluxo do alimento e do ácido.

- Nos casos de “apoplexia da úvula”, uma síndrome ainda não esclarecida quanto à sua etiologia, além da predisposição individual, pensava-se em traumas mecânicos, estímulos de frio ou de calor, infecções, alterações hormonais, alimentação inadequada ou escassa, arteriosclerose, hipertonia e alterações psíquicas. Parece existir, em todo caso, uma local desregulação vasomotora com a perturbação da permeabilidade dos vasos. Ao comer, dormir, trabalhar, aparece de uma vez uma desagradável sensação de corpo estranho no pescoço, com náusea, ânsia de vômito e disfagia acompanhada de dores e sufocamento, especialmente na posição horizontal do corpo; a fala é dificultada e “mole”. A causa é a formação de um hematoma na ponta ou na parte posterior da úvula, às no palato mole ou nas bochechas. Em alguns dias desaparece mas pode voltar.

- A síndrome “ectodermal anidróica” será descrita no ponto 19. (sudorese).
- Na síndrome da progressiva paralisia bulbar (familiar), depois de um normal desenvolvimento infantil, ocorre a paralisia progressiva dos nervos cranianos com lesões no bulbo piramidal. Dependendo dos nervos afetados, apresentam-se diferentes quadros, mas na maioria dos casos aparecem disartria, disfagia, lesões dos nervos abducente e facial, podendo o processo, mais tarde, atacar a medula.
- Na espondilose hiperostótica, em homens idosos aparecem anquiloses, e se isso acontece nas vértebras cervicais, ocorrerá disfagia, pela perda da elasticidade do esôfago. São características as calcificações tipo “chama de vela” do ligamento longitudinal anterior. Ao mesmo tempo, a estrutura das vértebras não altera muito, nem aparecem queixas mais sérias.
- Meningopatia adesiva na área do cerebelo causa dores de cabeça em acessos com rigidez da nuca, vômito, vertigens, andar inseguro, ataxia, adiadococinese (inabilidade para executar rápidos movimentos alternados), posturas forçadas da cabeça, diplopia, perturbações da deglutição, hidrocefalia intermitente. Trata-se de perturbações da circulação do líquido.
- No caso de tumores perto do forame magno, ocorre também o aumento da pressão intracraniana, causando ainda vômito, dores na nuca e de cabeça, espasmos da musculatura do pescoço, torcicolo, taquipnéia, espasmos de deglutição, face como “máscara”, líquido congestionado (papila!); a medula oblonga pode ser forçada, pela pressão, a entrar no canal cervical.
- A síndrome de hiperventilação já foi descrita no ponto 9.
- Na pseudosclerose espástica (JACOB – CREUTZFELDT) ocorre uma degeneração no cérebro, cerebelo, núcleo de base e na medula espinal (familiar). Inicia-se com dores e fraqueza nas pernas, em idade avançada. Os músculos tornam-se rígidos, aparece disartria e disfagia com sinais de lesão piramidal, convulsões epileptiformes e certas anomalias da pigmentação. Há sinais de perturbação psíquica (estados delirantes ou psicoses).
- Na síndrome de BÁRSONY – TESCHENDORF aparecem múltiplos espasmos paroxismais do esôfago (“spasmes étagés”) de origem desconhecida. De acordo com hipóteses há uma disfunção no sistema neurovegetativo, ou uma perturbação “tetanoide”, ou o efeito de um reflexo visceral atuando pelo nervo vago ou uma perturbação no sistema nervoso central. Discute-se também uma irritação no esôfago, de uma zona primeira de estímulo na área abdominal ou genital. Os primeiros sintomas são disfagia e regurgitação intermitente-paroxismal de saliva e muco, acompanhadas de dores atrás do esterno. Não há estímulo perceptível, os acessos vêm e acabam, mas a pessoa, durante horas não consegue deglutir. Há sintomas da parte das coronárias, vias biliares, intestino grosso, etc. Existe um tipo de psiconeurose e muitas vezes hábitos incomuns de comer (taquifagia). É semelhante ao quadro já descrito de “saca rolha”.
- Nas lesões sub-talâmicas (síndrome de “corpus Luysi”) manifesta-se hemicoréia intensa e de extrema amplitude, especialmente na cintura escapular e na pélvica. Observam-se disartria e disfagia coreática, mas na área do nervo facial há poucas alterações. Existe leve hemi-hiperidrose e hipotonia muscular. Durante o sono não há movimentações.
- Pode ocorrer, pela formação atípica do processo estilóide, que a parede lateral da faringe e a região das amígdalas sofrem irritação mecânica, ou que o processo estilóide ossifique-se com o osso hióide por processos reumatóides. As dores irradiam para o pescoço e ouvidos e intensificam-se na

deglutição. Na garganta há uma sensação de corpo estranho que causa um pigarrear e deglutir (seco!) compulsivos. Por palpação da parede lateral da faringe ou da região da amígdala é possível sentir uma alongada e dura resistência ou protuberância.

13.9. É claro que frente a tantas causas e uma sintomatologia tão variada os procedimentos da psicoterapia organísmica podem ser aproveitados em graus diferentes; no entanto, sempre podemos contar com um patente efeito de alívio, eliminando tensões secundárias e melhorando a irrigação arterial, o refluxo venoso e o fluxo linfático, com conseqüências sobre a disposição psíquica. Não devemos deixar de investigar as mais profundas causas psíquicas subjacentes (sonhos, fantasias, palpites) e o eventual significado simbólico (geral e individual!) do sintoma.

13.10. Mas a causa básica desse sintoma tem que ser cuidadosamente investigado, não o reconduzindo logo a causas “emocionais” ou “nervosas”, i.e., psicogênicas. Nem deve ser confundido com disfagia o “globus histericus”, a sensação de ter uma bola difusa na garganta. Essa sensação ocorre quando não acontece deglutição, e então não se trata de impedimento no transporte do alimento.

Repetimos: na deglutição trata-se de uma coordenação complexa de componentes musculares, nervosos, hormonais e psíquicos, especialmente na terceira fase, i.e., na passagem do alimento do esôfago para o estômago.

14.15. Meu estômago é sensível (pressão, dores, estufamento)

Freqüentemente tenho arrotos azia pirose

1. Estes são sintomas funcionais do abdome superior (já que não se limitam apenas à área do estômago, mas muitas vezes manifestam-se através dele). Em geral, trata-se de sensibilidade (dores) e sensação de estufamento, tanto para direita como para esquerda. Outras queixas adicionais são: secura da boca, hálito “pesado”, ardor na língua, dificuldades de deglutição, sensação de pressão ou espasmo (“globus”) atrás do esterno, arrotos, pirose, aerofagia, perturbações do apetite (anorexia, hiperfagia, bulimia) e da sua vivência, dor no epigástrio, ânsia, vômito, diarreia, prisão de ventre, obesidade, emagrecimento ou oscilações de peso.

2. O gastroenterólogo, naturalmente, procura antes de tudo causas orgânicas, mas na diagnose pela tecnologia instrumental os resultados podem ser normais ou, mesmo havendo alguns achados, estes não explicam as queixas. Surgem, então, notáveis problemas quanto a diagnose diferencial, já que nesta área, para tais grupos de sintomas empregam-se diversos sinônimos, como dispepsia, gastrite, discinesias das vias biliares, neurose gástrica sensível, estômago irritável, estômago nervoso, gastropatia, distonia vegetativa, gastrodinia, neurose de apetite, gastrectasia atônica, eructação nervosa.

3. Mulheres e homens, igualmente, podem ter tais sintomas e praticamente em todos os grupos etários. Em crianças, 90% das queixas abdominais são funcionais. Ainda não há dados aproveitáveis quanto a status social e atividade profissional. Como já foi mencionado, a diagnose “funcional” não pode ser levantada apenas com base em um negativo achado orgânico (diagnose por exclusão). É importante considerar os correspondentes critérios biográficos, psicológicos e sociológicos, para conseguir uma sustentável segurança de diagnose.

4. Fala-se muito de “gastropatia neurogênica”, quase idêntica, quanto às queixas, à úlcera do duodeno. Ocorre especialmente em homens jovens ou na metanóia, cujo estômago e intestinos são mais sensíveis (anamnese familiar!) e que têm que corresponder, profissionalmente, a altas exigências. São pessoas que sentem dores quando estão com fome, demonstram hiper-acidez,

sensibilidade em relação com determinados alimentos, tendo também espasmos no intestino grosso. O fato de que com regime adequadamente observado, libertando-se das situações estressantes e tomando leves anti-espasmódicos, as queixas diminuem sensivelmente ou desaparecem, indica a natureza “nervosa” ou psicógena da perturbação.

5. É perceptível que tais quadros “funcionais” podem imitar quase todos os quadros de enfermidade orgânica, na área gastro-intestinal. Todas as síndromes funcionais apresentam, com freqüência, “sintomas limítrofes” ou “acompanhantes”, i.e., queixas de índole geral que não estão em conexão direta com o original quadro de sintomas e nem aparecem em casos de doenças orgânicas. Exemplos:

- Sintomas somáticos: sensação de “globus” no pescoço, parestesias na boca, lábios, língua e extremidades, respiração dificultada, sensações cardíacas, arrotos em séries, tremor das extremidades em acessos.

- Sintomas psíquicos: inquietação interna, concentração fraca, rápida exaustão, estado de ânimo depressivo, estados angustiosos, perturbações de sono.

6. WEISS (1949) mandou separar num hospital as “pastas grandes”, i.e., aquelas que pesavam mais do que duas libras inglesas e reexaminou os pacientes. Encontrou então que, na maioria dos casos, tratava-se de quadros funcionais que – já que imitam quadros orgânicos – levaram os médicos a encaminhar os pacientes várias vezes para exame completo – sem achados específicos.

7. O estufamento da barriga chama-se meteorismo (timpanismo); não tanto no estômago mas nos intestinos ou mesmo na cavidade abdominal podem acumular-se gases ou líquidos, ou formar-se qualquer tumor ou cisto. A gravidez, como processo natural, pode figurar aqui também. Enfermidades dos órgãos abdominais em geral são acompanhadas de formação intensa de gases, causando também estufamento (gastrite crônica, gastroenterite, enterocolite, “colon irritável”, hiperalimentação, doenças do pâncreas, remédios ganglioplégicos, etc.). No ponto 17, haverá aprofundamentos a respeito. Em muitas síndromes com disfagia (ponto 13), manifesta-se também o meteorismo.

8. Para nós são mais importantes os meteorismo de origem “funcional”, em geral em pessoas neurastênicas e psicopatas. Já durante a primeira guerra mundial descrevia BALINT o “timpanismo vagotônico” em pessoas “nervosas”. É um sintoma “inocente” mas desagradável. O abdome, em alguns minutos, fica estufado, causando bradicardia e arritmia respiratória, e em algumas horas volta ao normal. A aerofagia também pode causar meteorismo; os pacientes ao beber, engolem também ar, até às vezes aspiram-no enchendo o estômago. A aerofagia causa, em pessoas idosas, a chamada síndrome gastro-cardial. Os arrotos insistentes, o meteorismo e a síndrome gastro-cardial levantam a possibilidade de aerofagia, em que, em muitos casos, ocorre a deglutição de ar – também independentemente dos momentos de alimentação – com salivação, chegando a causar até quadros enfermos. Na maioria dos casos tais pessoas são insatisfeitas, encontrando-se em situações que não podem dominar. Assim, surgem sensações e idéias de insuficiência, e os pacientes tentam resolvê-las com tensão interna e esforços de adaptação. Outros pacientes queixam que “tem que engolir muita coisa”. Mas atrás da apresentação de um “pobre coitado” depressivo há uma exigência intensa em relação com o meio, esperando reconhecimentos e afirmações positivas a respeito de si mesmos, para super-compensar as dúvidas quanto ao próprio valor.

9. Existe uma condição em que o estufamento é causado por uma perturbada inervação (pseudo-meteorismo, barriga “de tambor”), com a consequência de uma distensão ou dilatação do abdome, que em posição horizontal, cessa depois de certo tempo. Chamava-se também “frenoneurose” ou “neurose de diafragma”. Pseudo-gravidez em histéricas pode ocorrer com mais freqüência. É importante também não confundir uma adiposidade local com estufamento do abdome.

10. O soluço (singulto) é um espasmo involuntário – muitas vezes crônico – do diafragma.

Em pessoas sadias podem ocorrer alguns ou uma série de soluços, sem que haja uma causa específica. É patológico quando se torna freqüente, não pára e incomoda; nesses casos temos que pensar na irritação do diafragma que pode ter várias causas (pleurisia, pericardite, tumor do mediastino, metástase no fígado, abscesso sub-frênico, bócio grande, coração aumentado, afecções do esôfago, enfarte ou inflamação (neurite) do nervo frênico. Fig. 9-43 (262). Entre as enfermidades dos órgãos abaixo do diafragma, a mais importante é a peritonite. Seu primeiro sinal é muitas vezes o singulto, mas pode ocorrer quando o abdome é demais estufado, ou o estômago muito dilatado, no vólculo do íleo, na uremia, nos tumores do pâncreas ou do estômago, no espasmo ou na estenose do piloro. Contrações do diafragma causam também a hérnia, a triquinose ou miosite do próprio diafragma ou um esôfago muito curto. Excluindo as causas locais temos que pensar em qualquer irritação do sistema nervoso central (tumor, doença vascular). Encefalites mais leves têm com freqüência como sintoma único o soluço “epidêmico” que, às vezes, desespera o paciente. Antes de se manifestarem determinadas meningites, já alguns dias antes pode aparecer o singulto. Em geral, juntamente com o vômito aparece o singulto. Todas essas condições patológicas devem ser separadas do soluço histórico. O fundo psíquico deve ser sempre examinado, já que, no trajeto das somatizações, seguindo o caminho oposto, i.e., do corpo para a psique, freqüentemente revelam-se complexos, fascínios e “amarramentos” do inconsciente (arquétipos), indicando “tropeços” no trajeto da individuação.

11. A inervação externa do estômago ocorre, predominantemente, pelo nervo vago. O n. vago esquerdo ramifica-se na superfície anterior e o n. vago direito na superfície posterior do estômago. As fibras sensitivas estendem-se na mucosa (aférentes viscerais específicas) podendo causar sensações viscerais (fome) e reflexos (vômito) e sua estimulação mais duradoura transmite sensações de dor. Suas fibras secretórias transmitem os impulsos nervosos da secreção gástrica às glândulas. As movimentações da parede intestinal são autônomas, organizadas pelos plexos locais, e nervos externos (vago) têm pouca influência nisso. Ao longo das artérias chegam ao estômago também fibras simpáticas (plexo celíaco) e algiossésicas. Fibras do simpático chegam, às vezes, pelo nervo frênico esquerdo, pelos nn. esplâncnicos esquerdos e das partes torácicas e lombares do tronco simpático esquerdo. A inervação, então, é bastante complexa e certamente têm razão aqueles autores que afirmam que a teoria do antagonismo simpático-parassimpático não basta para uma compreensão mais profunda, especialmente se a comparamos com as observações na área da psicogênese, por exemplo, a conexão entre um estresse emocional e uma hiper-secreção de suco gástrico. Permanece ainda sem resposta a constatação de que essa hiper-secreção em certas pessoas figura apenas como sintoma “funcional” e, em outras, logo ou com o decorrer do tempo leva à formação de uma úlcera. Também foi observado que, por inibições emocionais ou neuróticas pode diminuir a produção do suco gástrico, i.e., o funcionamento das glândulas correspondentes. São conhecidas também as experiências de HEYER alterando o ph do suco gástrico por hipnose. Há ainda muitos pontos de interrogação, especialmente se incluirmos nas nossas observações os dinamismos inconscientes de modo mais extenso.

12. Mesmo assim, as técnicas de psicoterapia orgânica podem ser utilizadas com bastante proveito também nessa área, especialmente se não nos impressionamos com a multiformidade dos sintomas – muitas vezes insistentes – aplicando, com calma, as intervenções necessárias, sempre observando uma das regras básicas: não abordar imediatamente a área das queixas principais. A eventual exacerbação ou intensificação inicial dos sintomas não significa, obrigatoriamente, um “piorar” do quadro, mas sim a efetividade atuante da técnica aplicada. Mas, naturalmente, temos que evitar atitudes rígidas, fascinadas ou, ainda mais, carismáticas, fazendo sofrer, desnecessariamente, os pacientes. Mesmo tendo sido constatada pelo médico clínico e pelo especialista, uma perturbação

vegetativa, i.e., sem lesão orgânica, e também patentes causas psíquicas-inconscientes, devemos lembrar que um quadro comprovadamente “funcional”, a qualquer momento pode transformar-se em um processo realmente patológico. As formas de reações dos órgãos, condicionadas por fatores exógenos ou endógenos, podem ser bem diferentes. E ainda: fatores qualitativamente diferentes, mas de efetividade igualmente intensa, não causarão, obrigatoriamente, os mesmos sintomas, tanto em termos somáticos como psíquicos e, ao mesmo tempo, um estresse da mesma qualidade e intensidade, em diversos indivíduos pode causar lesões bem diferentes.

16. Sinto náuseas ... vomito com frequência

16.1. O vômito é o despejar rápido, pela boca, do conteúdo do estômago. A náusea é um complexo de sintomas que, em geral, precede a ânsia de vomitar e o próprio vômito. Naturalmente, a náusea pode ocorrer sem vômito subsequente, como este também pode acontecer sem náusea, que é acompanhada por sintomas vasomotores, sudação e uma peculiar sensação de “abaixamento do estômago”. A dilatação da parte inferior do esôfago também pode causar náusea. O vômito, a ânsia de vomitar e a náusea, são manifestações de intensidade diferente do mesmo evento neuropsicológico.

16.2. O vomitar é a conseqüência da irritação do “centro de vômito”, perto do núcleo dorsal do nervo vago. Um outro centro é uma zona medular (C3-5; quimio-receptores!), ativado, por exemplo, por remédios (apomorfina, digitalis, derivados de ergotamina, etc.). Essa zona manda impulsos eferentes para o “centro do vômito” desencadeando o esvaziamento do estômago. Os trajetos aferentes do reflexo de vômito seguem as fibras do nervo vago e do n. esplâncnico, mas também as fibras dos nn. vestibular, glossofaríngeo, ótico e olfatório. Suas fibras eferentes são também as dos nn. vago e esplâncnico, mas também as do n. frênico, dos nervos espinhais que inervam os músculos abdominais e as dos nervos cranianos em relação com a faringe, o palato e a epiglote.

16.3. O aumento da pressão intra-craniana (tumor!) pode estimular o núcleo do nervo vago, o que causa o vômito cefálico ou cerebral ou central (sem náusea, num jato abundante, especialmente de manhã). Uma outra conseqüência da pressão sobre o núcleo do nervo vago, é a bradicardia. A tensão arterial no início aumenta – para compensar o edema cerebral que se desenvolve nesses casos – mas posteriormente diminui e isso aumenta a ameaça, já em certo grau existente, de isquemia cerebral. Tal vômito pode aparecer, em geral, no caso de lesões bulbares e processos na área dos forames.

Já foi apontado que as lesões do aparelho vestibular são acompanhadas por sintomas vegetativos, em função das ligações com os núcleos vegetativos do nervo vago e com os centros vegetativos ponto-bulbares. Náusea, vômito, desaceleração do pulso, uma espécie de mal-estar semelhante a colapso, aumento da peristalse gastro-intestinal, são as manifestações mais freqüentes, além da tontura (cinetoses, enjôos de mar, doença de Menière).

16.4. Sabemos que existe náusea e vômito independentemente das enfermidades do estômago; os neuróticos vomitam com freqüência, muitas vezes apresentam inapetência e sentem náusea ao olhar a comida. Explicam isto pelo cessar das inibições adquiridas e pelo emergir dos filogeneticamente antigos reflexos. Em pessoas com constituição hiper-sensível, odores desagradáveis com facilidade desencadeiam náusea e ânsia de vômito.

16.5. Nas síndromes de conversão podemos encontrar o vômito também com freqüência. É para notar que, basicamente, tal processo não decorre numa área da inervação voluntária. Como expressão de um específico problema histórico, um reflexo cérebro-visceral está sendo mobilizado (PAVLOW!) que, embora inervado pelo sistema nervoso autônomo, pode ser também influenciado pela inervação voluntária, e assim cria-se um circuito funcional em que colaboram e co-atuam os impulsos da inervação autônoma e voluntária. Sabe-se que o espaço oro-laríngeo, por causa do seu significado na

psicologia do desenvolvimento, constitui uma área predileta para as manifestações dos sintomas de conversão. Pelo mecanismo do deslocamento de “baixo para cima”, a boca e a garganta ainda recebem um significado genital-sexual. Há, naturalmente, outras explicações também. Assim, como variantes do vômito, podem aparecer sintomas oro-laríngeos relativamente “benignos”, como espasmos intermitentes da língua (a língua está sendo posta para fora quase “compulsivamente”), afonias ou espasmos da deglutição (ver item 14). Inclui-se aqui, também, a sensação de “globus”, mas nesse caso pode existir também um processo orgânico (bócio!).

16.6. O assim chamado vômito nervoso é um fenômeno que se encontra mais ou menos na área limítrofe entre a normalidade e a enfermidade. Naturalmente, já é patologia quando não pode ser mitigado e causa redução de peso.

FREUD postulava que o vômito, a ânsia de vomitar e a náusea, em muitos casos representam fantasias de gravidez observáveis na neurose histérica, levando as mulheres a procurar o médico.

16.7. O vômito freqüente em certos casos é o “arauto” de uma anorexia nervosa. Por isso é importante investigar, nesses pacientes, também outros sintomas, como prisão de ventre, perda de peso e amenorréia, além da organização e funções do Eu (Persona!), dos mecanismos de defesa, as relações objetais, etc., tudo isso servindo como preâmbulo para aberturas mais profundas, como a atuação da Sombra, do Animus/Anima, e a predominância natural ou pouco natural de determinados dinamismos arquetípicos, a economia da energia psíquica, e o dificilmente definível ponto atingido na individuação.

16.8. Apresentamos algumas síndromes para demonstrar várias conexões possíveis:

- Em crianças e jovens que já sofreram acessos de enxaqueca pode aparecer um complexo paroxístico de sintomas, a chamada “migraine abdominal”. Na anamnese figuram, muitas vezes “cólicas umbelicais”, colecistopatia e inclinação familiar para a enxaqueca. Os paroxismos consistem em dores abdominais sem uma localização específica e sem tensão da parede abdominal, acompanhadas por náusea e vômito (eventualmente por diarreia). Às vezes existe uma conexão temporal com acessos de enxaqueca (antes, depois ou intermitentemente). Trata-se, então, de uma reação vascular abdominal.

- Síndrome aguda de abstinência, que já foi mencionada, mas aqui repetimos: é um estado doente que se manifesta quando a pessoa está impossibilitada de tomar entorpecentes, especialmente morfina, mas também cocaína ou álcool, que haviam se tornado hábito. Aparecem perturbações da circulação, palpitação e colapso; sintomas vegetativos gerais: bocejar, espirrar, sudorese, frio, ondas de calor, vômito, diarreia, tremores, insônia, inquietação geral. Entre os sintomas psíquicos, os mais freqüentes são: estados psicóticos, alucinações, estados agitados e delirantes, quadros de amênia e coordenação perturbada (linguagem, músculos extrínsecos dos olhos). A administração crônica da substância tóxica aumenta o tônus do parassimpático e o corpo mantém seu equilíbrio vegetativo pela intensificação do tônus simpático. Se o efeito estimulante da substância tóxica não atua mais no parassimpático, de uma vez ocorre um “choque vegetativo”, manifestando-se intensas perturbações do equilíbrio vegetativo.

- No caso de perturbação do metabolismo do potássio ocorre também osteomalácia e paralisia periódica dos músculos (hipokalemia!). Os sintomas iniciais são vômito e diarreia, com dores nas costas e nos ossos, locomoção dificultada, cansaço e rendimento reduzido. Depois, desenvolve-se osteoporose, adinamia duradoura, paresias e parestesias nos membros, com músculos enfraquecidos, hiporreflexia ou arreflexia geral e várias alterações patológicas no metabolismo do potássio, sódio, cloreto e fósforo, e observa-se a hipoplasia secundária das glândulas paratiróides e também certa insuficiência cardíaca. A síndrome ainda não está inteiramente esclarecida.

- Síndrome artro-meningeal: é uma doença infecciosa febril, talvez de gênese virótica, mas provavelmente outros agentes patológicos podem causá-la também. Aparecem sinais de uma infecção geral com febre, dores de cabeça, vômito; artropatia aguda (ruborização, calor, dor), sinais de “meningismo”; mais tarde observa-se o aumento do fígado e do baço, e alterações nos linfonodos (inflamações).

- Síndrome “de radiação”: trata-se do resultado de determinados raios intensos, de efetividade biológica (Raio X, radio, raios gama, elétrons, prótons, nêutrons, energia atômica). Tais efeitos causam reações elementares nas células (degeneração) e lesão da medula óssea. A decomposição dos tecidos liberta determinadas proteínas, responsáveis pelas reações como abatimento geral, dor de cabeça, náusea, vômito, sede, queixas gástricas, inapetência, aumento de temperatura (pode durar semanas) e queda de cabelos. Mais tarde aparecem sintomas ainda mais extensos.

- Síndrome de “pseudo-apendicite”: é um complexo de sintomas abdominais em crianças, que ocorre nas inflamações agudas das vias respiratórias superiores (amigdalite!). É causada pela simultânea inflamação dos linfonodos mesentéricos e retroperitoniais e dos tecidos linfáticos nos intestinos. Manifestam-se dores abdominais, tensão difusa da parede abdominal, náusea e vômito.

Há, naturalmente, outros quadros em que a náusea e o vômito figuram como sintomas principais: doença de Addison, lesões na área do 4º- ventrículo (alteração postural!), na hiperextensão da coluna (extensa área engessada, grande emplastro), no caso de traumatismo da coluna, talvez em função da lesão do tronco simpático com subsequente reação visceral (reflexo?).

- Pode ser acompanhada de náusea e vômito a “apoplexia útero-placentar” (“abruptio placentae”), quando no fim da gestação a placenta descola-se prematuramente (mesmo em colocação normal). Aparecem dores, náusea, vômito, angústia “cardíaca”, inquietude e hemorragia em graus diferentes; o quadro corresponde a um “choque de hemorragia” com sudorese, taquicardia e anemia intensificada, e às vezes, abrange a inteira esfera genital, podendo estender-se a hemorragia ao fígado, rins, estômago e até ao sistema nervoso central.

- Depois da ingestão de alimentos que contêm frutose (frutas, cenoura, etc.) aparece um quadro semelhante ao choque hipoglicêmico (palidez, tremor, sudorese, acrocianose, náusea, vômito, obnubilação da consciência e, eventualmente, convulsões), indicando intolerância à frutose.

- Pressão alta ou baixa do líquido, perda de potássio, de sódio, determinadas falhas no desenvolvimento dos genitais femininos, intoxicação (cogumelos!), edema angioneurótico, desidratação.

- “Epilepsia abdominal”, intensificação dos movimentos do trato digestivo devida à irritação cerebral (disritmias), em função de tumores ou lesões pós-traumáticas no lobo frontal ou temporal aparecem, além de uma “aura”, náusea e vômito, palidez e sudorese, ainda fasciculações clônicas nos músculos abdominais (mais raramente nas extremidades) sem perda da consciência. Depois do acesso, porém, manifesta-se abatimento, exaustão e sono.

- Nos casos de “ortostatismo” trata-se de uma desregulação vegetativa da circulação, quando pessoas altas, com peculiaridades constitucionais, sofrem impedimentos quanto à irrigação arterial no cérebro, no coração e nos rins, se têm que ficar de pé mais do que 20 minutos. Os sintomas são: fraqueza, tontura, vômito, queda de pressão, desfalecimento não muito duradouro, perturbações neurovegetativas (taquicardia, sudorese, dermografismo) e, às vezes, acessos “pseudopilépticos”;

entre as sensações subjetivas figuram dores lancinantes na área cardíaca ou nos flancos, aperto no peito, dor de cabeça (frontal) e dores abdominais tipo cólicas.

- A insuficiência tireo-adrenocortical é um tipo especial de insuficiência (esclerose) pluriglandular mas sem perturbação da hipófise. Provavelmente trata-se de uma lesão tóxica do parênquima da glândula (tuberculose, sífilis, doenças infecciosas). Alguns autores pressupõem um anticorpo (ainda desconhecido) produzido pela tiróide e outros acham que se expressa, desse modo, uma insuficiência parcial da hipófise. Os sintomas são: pigmentação intensificada da pele e, às vezes, das mucosas, astenia, adinamia, reações lentas, redução da capacidade mental, pele seca, hipotensão, acessos de tontura, anorexia, náusea, vômito, diarreia, dores abdominais, impotência, amenorréia, perda de libido. No sangue, o teor do sódio é diminuído e o do potássio elevado.

- A síndrome supina-hipotensiva ocorre em mulheres no fim da gestação, quando em decúbito dorsal (posição supina) ou ainda com pelve levantada (como no exame ginecológico): o útero desliza para trás e comprime a veia cava inferior. Em consequência disso o coração não recebe quantidade adequada de sangue e ocorre uma diminuição aguda de sangue na circulação. Fatores psíquicos como angústia, dor, traumas abdominais, anestesia lombar (!) favorecem tal evento, que causa um estado de choque hemodinâmico. Se não se altera imediatamente a posição (decúbito lateral ou ventral) a paciente pode falecer. A queda aguda da pressão sangüínea (às vezes nem é possível medir a pressão ou contar o pulso) é acompanhada por taquicardia, falta de ar, sensação de aperto na área torácica, náusea, vômito, sudorese e eventualmente, parestesias. Os batimentos cardíacos da criança são fracos ou inaudíveis e a placenta pode sofrer prematuro deslocamento.

16.9. Como podemos ver, tanta diversidade permite utilizar amplamente as técnicas da psicoterapia orgânica. O sem número de síndromes, as causas mais variadas – acima exemplificadas – não nos devem impressionar porque o emprego das técnicas possibilita uma observação e constatação globais quanto aos dinamismos fisio-psíquicos perturbados e emaranhados. Naturalmente, as áreas de falhas e lesões orgânicas pertencem à medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição e muitas vezes, à assistência social, propondo-se às vezes um trabalho de equipe em que cada uma das profissões participa dentro da sua competência com limites e limitações correspondentes.

17.18. Tenho prisão de ventre ... diarreia gases

Sinto muitas vezes, a premência de evacuar ou urinar, em momentos agitados

Ler: 410-415, 422-424, (437-440, 449-452).

1.1. Falamos da prisão de ventre (constipação, obstipação) se a evacuação ocorre raramente, porque se trata – na maioria dos casos – de uma passagem demais lenta ou da estagnação do conteúdo intestinal. Tanto a diarreia como a prisão de ventre podem ter causas orgânicas e funcionais. Distinguem-se também a constipação aguda e a crônica.

1.2. A forma mais comum de prisão de ventre, que às vezes acompanha o indivíduo durante sua vida inteira, é a obstipação funcional (habitual). Inicia-se já na infância e muitas vezes é a consequência de costumes ou circunstâncias familiares. Basicamente observa-se a debilitação do reflexo de defecação ou até a falta deste, mas sua causa é uma desordem ou desorganização interna, i.e., o paciente não atende a manifestação fisiológica, não promove sua evacuação, porque “não tem tempo”, “está ocupado”, ou outros momentos levam-no a abafar o estímulo natural. Mais tarde o estímulo não se manifesta tanto e a evacuação torna-se sempre mais difícil; o paciente recorre, então, a laxantes e, em função disso, a descarga espontânea torna-se ainda mais difícil. A irritação dos

intestinos por lavagens ou por laxantes de efeito mais drásticos cria bastante muco e, ou ocorre diarreia, ou as fezes ficam duras e nodulosas.

1.3. No início, não há muitos sintomas subjetivos, porém mais tarde, antes por razões psíquicas, a pessoa queixa-se de uma sensação de “entupimento”, lassidão, às vezes de dor de cabeça e cólicas abdominais. Entre os diversos fatores que causam obstipação funcional, os mais importantes são:

- Faltas de fibras no alimento, causando a falta de estímulos internos sobre as paredes do intestino. Alimentação escassa ou de digestão demais fácil. Fome, no caso de enfermidades que causam inapetência.

- Ingestão escassa de líquidos.

- Falta de movimentação, trabalho sentado, ou prolongada posição deitada (doença).

- Fraqueza da pressão abdominal em pessoas obesas ou de idade avançada, ou em casos de debilidade cardíaca, enfisema, gestação, tumores abdominais e ascite (acúmulo de líquido na cavidade abdominal).

- Receio de evacuar por ser doloroso, em casos de fissura anal, hemorróides ou outras doenças do reto.

- Fatores psíquicos, cuja origem às vezes é demais obscura, por exemplo, na prisão de ventre freqüente e duradoura em moças adolescentes (pode durar até uma semana). Muitas obstipações na idade adulta iniciaram-se dessa forma – especialmente em mulheres – na fase da puberdade.

- Há certos remédios, como barbitúricos, codeína, e outros hipotensivos que desaceleram a motilidade intestinal.

1.4. A prisão de ventre funcional apresenta alguns tipos definidos:

- Obstipação espástica: em que pelo Raio X confirma-se a condição espástica dos intestinos, embora não exista nenhum obstáculo que possa retardar a passagem.

- Obstipação atônica: é uma denominação antiga; na realidade, nas diversas partes do trato intestinal podem ocorrer, ao mesmo tempo, condições hipertônicas e hipotônicas. Até descreveram tais formas como “cólon irritável”, sintetizando-as em uma síndrome cujas características enumeraremos mais adiante.

- Obstipação proctógena (disquesia): o conteúdo intestinal junta-se na “ampola” do reto e, congestionando, resseca e obstrui a passagem. Em pessoas idosas a fraqueza dos músculos e a extinção do reflexo de evacuação podem causar isto; mas a função do reto pode ser perturbada por causa de uma afecção da medula, ou pela mielose funcional na anemia perniciosa.

1.5. A prisão de ventre funcional pode ocorrer também nos casos de doenças orgânicas. Uma obstipação espástica pode ser causada pelas mais variadas doenças dos órgãos abdominais (reflexo viscerovisceral!). É mais comum na úlcera do duodeno ou do estômago, ou já no caso de hiperacidez sem úlcera, nas doenças da vesícula biliar, em nefrite ou em cirrose hepática (diarreia e obstipação se revezam). As intoxicações por chumbo (profissão!, cólicas, paralisia do nervo radial, anemia, encefalopatia) ou por tálho (cólicas abdominais, polineurite, queda e perda de cabelos e pelos) causam prisão de ventre em alto grau. Em enfermidades de certas glândulas endócrinas (tiróide, paratiróide,

hipófise), D-hipervitaminose, miastenia grave, arteriosclerose, parkinsonismo e meningite, a obstipação é bastante freqüente, como também no mega-colon.

Os quadros que causam obstipação aguda pertencem patentemente à área da medicina especializada. É para mencionar que a obstipação e a diarreia, revezando-se em períodos mais longos, levantam a idéia de um tumor do intestino grosso.

2.1. Na diarreia observa-se a evacuação de conteúdo intestinal “aguado”, com passagem rápida. Não é necessário que haja evacuação muitas vezes repetida. Descarga de fezes com característica normal não é diarreia. Suas causas locais mais freqüentes são:

- Motilidade intensificada dos intestinos.
- No intestino grosso a absorção dos líquidos é insuficiente.
- No intestino há uma secreção de líquidos que dissolve demais o conteúdo intestinal.
- Quadros parasitológicos sobre os quais, aqui, não nos estenderemos.

As causas mais abrangentes podem ser neurológicas, hormonais, tóxicas, alérgicas, figurando ainda inflamações, enzimopatias, tumores e falta de vitaminas. A diarreia pode aparecer repentinamente, acompanhada por febre, mas pode ser também a conseqüência de enfermidades duradouras (semanas, meses); em si não é uma doença mas é sintoma de alguma perturbação orgânica.

2.2. Pessoas “nervosas” apresentam uma intensificação da motilidade intestinal nos momentos de agitação, pressão, medo, angústia, etc. A diarreia, nessas condições, não pode ser sempre encarada como patológica. Uma diarreia permanente em pessoas com labilidade vegetativa, vivendo sob pressão constante, bem pode ser psicógena. Mas é importante, antes de formular tal diagnose, excluir outras possibilidades mais concretas. Em caso de diarreia aguda é melhor pensar em origem infecciosa.

2.3. Qualquer perturbação do processo de assimilação dos alimentos (malabsorção) pode causar a evacuação de alimentos não digeridos em forma de conteúdo “aquoso”, rarefeito ou gorduroso, por causa das doenças da parede intestinal. Na má digestão os alimentos não estão normalmente digeridos por causa de perturbação ou falta no processo e dessa maneira passam pelos intestinos. Em ambos os casos pode apresentar-se esteatorreia, i.e., evacuação de gordura.

A má digestão ocorre especialmente nas doenças do pâncreas, quando não chega suco pancreático ao intestino (tumor, pancreateotomia, degeneração fibrocística – mucoviscidose, etc.). Evacua-se grande volume de fezes gordurosas. Esteatorreia acontece também quando falta a bile (icterícia, doença parenquimatosa do fígado, etc.). Na má absorção, além de esteatorreia, desenvolve-se hipoproteinemia, levando ambas a perda de peso. Torna-se inibida a absorção das vitaminas A, D, e K. O excesso de gordura (mais do que 10gr. por dia; o normal é mais ou menos 5gr.) produz diarreia aquosa, cólicas abdominais e flatulência. A falta de vitamina D e a falha na absorção do cálcio criam hipocalcemia, com a conseqüência de parestesias, espasmofilia e tetania. A hipocalcemia está sendo compensada por hiperparatireose. Em crianças desenvolve-se, como conseqüência, raquite, em adultos osteomalácia ou, em homens idosos e mulheres na menopausa, osteoporose com hiperfosfatemia (mas está última não produz sintomas clínicos). A falta de vitamina A, causa ceratose (formação anormal da substância córnea na epiderme) e, em casos mais graves, hemeralopia (cegueira noturna). A perturbação da absorção da vitamina K cria falta de protrombina, que causará insuficiente coagulação do sangue. A absorção da vitamina B12, do ácido fólico e do ferro também é falha, com a conseqüência de quadros de anemia. O mesmo ocorre com as diversas formas de vitamina B, causando fraqueza, parestesias, polineurite e ainda quadros semelhantes à pelagra (eritema das partes descobertas, perturbações digestivas, nervosas e psíquicas), diarreia e glossite, além de outras sinalizações bioquímicas. A síndrome da malabsorção pode ser a conseqüência das mais variadas doenças orgânicas e funcionais. Com isso já não necessitamos nos

ocupar, porque pertence à disciplina médica; as descrições acima visaram apresentar a complexidade dessas perturbações cujas modalidades são ainda mais extensas.

3. O já mencionado cólon irritável reúne sintomas que foram descritos com denominações como cólon espástico, colite mucosa ou membranosa, enterocolopatia funcional, gastro-enterocolite crônica, etc. A síndrome aparece especialmente em mulheres entre 20-50 anos e mais raramente em homens em idade avançada. Há muita semelhança com a colite ulcerosa e com a ileite terminal (CROHN) descritas mais adiante. Aparecem dores intermitentes no meio e na parte inferior do abdome, irradiando nas costas, nádegas e tórax. O ritmo da evacuação altera entre diarreia e obstipação. Sensação de estufamento, flatulência, arrotos “azedos”, hálito “pesado”, inapetência, náusea e vômito, queixas gastrocardiais (o estufamento promove palpitação) e sintomas nervosos gerais (sono perturbado, tontura, dor de cabeça, hiperidrose) figuram com frequência e intensidade variadas. Com exploração verbal adequada percebe-se logo que essa sintomatologia variada depende de influências emotivas. Os diversos especialistas consultados, naturalmente, mandam fazer inúmeros exames, mas os achados são menos característicos, a não ser dores pela apalpação, especialmente na flexura esquerda do cólon e na área ileocecal e ainda meteorismo e aparecimento de muco no conteúdo intestinal evacuado. Às vezes relatam uma sensação vaga de ardor, pressão ou estiramento interno, prurido anal e, eventualmente, incontinência na evacuação (mas aqui podem existir alterações orgânicas). Os pacientes descrevem pormenorizadamente suas queixas e sensações dando a impressão de relatos exatos e conscienciosos, mas, ao mesmo tempo faltam os dados concretos quanto ao aparecimento, aumento ou diminuição dos sintomas. Menções quanto a conexões sociais ou psicológicas são raras.

4.1. Em geral, no caso de sintomatologia funcional na parte inferior do abdome não aparecem tanto desejos a serem cuidados (oralidade) porque, pelos mecanismos de defesa já chegaram a ser diferenciados. Os pacientes, de certo modo, já aprenderam a desenvolver atitudes que lhes outorgam a certeza de que podem dar bastante ao seu meio e, como contraprestação, em nível inconsciente poderão tanto mais exigir (“O que dá muito também pode esperar muito”). Conscientemente até afirmam que querem dar mais, em virtude de seus rendimentos, mas inconscientemente existe a sensação de que estão dando demais. Perturbações psíquicas ocorrem se não conseguem mais dar ou recebem só pouco de volta; com frequência encontra-se ambos os fatores. Naturalmente, tais reações e sintomas já bem “treinados” podem reaparecer em qualquer momento de “stress”, desilusão, frustração e nas mais diversas crises existenciais. As conexões com dinamismos arquetípicos aparecem bem patentes, conquanto que o terapeuta queira encontrá-las. E vale a pena fazer isso, porque sabemos que o abdome, com seus diversos circuitos orgânicos, é uma área gratuita para somatizações e conversões em casos de conteúdos inconscientes não adequadamente atendidos, assimilados ou introduzidos – depois do processo de psiquificação – na vida cotidiana e transmitidos também para o meio mais próximo ou mais amplo. Especialmente este aspecto de transmissão – uma espécie de ajuda na “alimentação”, “ingestão”, “digestão” e “eliminação” psíquicas – é pouco observado hoje em dia, embora justamente hoje, nas crises de reentrosamento e reorganização sociais, a proporcionalidade “dar e receber” ocupa, em muitos sentidos, o primeiro plano. Além disso, a organização psico-vegetativa na área abdominal constitui um dos “postos de sinalização” importantes, indicando e afirmando, através de cada uma das suas disposições, seqüências e sintomas, a indiscutível concatenação fisio-psíquica com extensões amplas para ambos os lados. Agora transcreveremos excertos da análise psicológica e da sintomatologia dos dois quadros acima propostos.

4.2.1. Como enfermidade crônica, aparecendo em “surtos” e atingindo a mucosa e a submucosa do intestino grosso e, eventualmente, do intestino delgado, a colite ulcerosa satisfaz quase todos os critérios que justificariam sua qualificação como perturbação somato-psíquica-psico-somática. Os

fatores biológicos que predispõe já existem na tenra infância e influenciam não apenas o desenvolvimento psíquico, mas também aquelas condições que levam à manifestação clínico-patológica. Costuma-se dizer que há uma inclinação, ou exagerando um tanto, um “talento” já bem cedo para tal desenvolvimento, embora não se conheça, por enquanto, nenhum indicador biológico que possa confirmar tal idéia. A manifestação familiar mais freqüente permite deduzir que se trata de fatores genéticos, com a interação de vários gens. Há, por exemplo, uma hipótese segundo a qual fatores externos, incluindo estresse psíquico, perturbam um mecanismo de defesa endógeno que tenta “segurar” um “conjunto proibido” de células (oriundas de uma mutação de gens) e assim ocorre a ativação da enfermidade. Outros autores, considerando também a sobrecarga psíquica, acham que o sistema de defesa desmorona em pacientes imunologicamente “estigmatizados”, i.e., onde existe uma reação demais sensível das células da parede intestinal e assim emerge a sintomatologia da doença já em forma concreta. Uma outra hipótese supõe que essa enfermidade ocorre em consequência de “alterações ainda não indentificadas” que perturbam tanto as condições do cólon que este reage à sua própria flora bacteriana como se esta fosse patogênica. Em macacos (gibão) bastava estresse psíquico para manifestarem-se lesões intestinais semelhantes à colite.

4.2.2. A doença pode manifestar-se em qualquer faixa etária, mesmo em recém-nascidos. Observando as situações existenciais em que se originam os sintomas, encontra-se uma nítida conexão temporal entre o estresse psíquico e o início ou a recaída de um lado, e do outro, entre a ajuda psicológica e a melhora. Ainda mais, percebe-se não apenas uma constância no tipo de condições que podem representar estresse ou alívio psíquicos, mas também nas características psíquicas dos pacientes como grupo. Na maioria dos casos essas características já existiam antes do irromper fatal da doença. Ainda não se sabe em que extensão contribuem para o desenvolvimento psíquico dos pacientes as ainda não indentificadas premissas biológicas; existem apenas suposições. Tais fatos foram apresentados para mostrar que não tem lugar – mesmo na medicina – um exagerado “rigor científico”, exigindo provas, “dados consistentes”, etc. Mas é necessário, sim, ter coragem de “especular” – porém, no sentido clássico do termo. E também não é adequado simplesmente afirmar que a colite ulcerosa é uma enfermidade “psicogênica” e procurar por isso, nos pacientes, uma psicopatologia intensa, exagerada.

4.2.3. No caráter de pacientes com colite ulcerosa encontrou-se, em muitos casos, sinais de uma compulsividade; a pessoa é ordeira, pontual, conscienciosa, indecisa, tenaz e demais adaptável. Alguns, especialmente, demonstram antes falta de asseio e descuido físico. Não se abrem emotivamente, são super-intelectuais com atitudes rígidas quanto a moral e costumes; cuidam demais da linguagem, têm pouco senso de humor, evitam palavras “cabeludas”, mostram-se tímidos e compulsivamente buscam preocupações. São raras, porém, uma expressada neurose compulsiva, uma agressão pretendida ou explosividade irada. Observam tudo com suscetibilidade aguçada e percebem logo, como que por um faro peculiar, atitudes inamistosas ou a rejeição por parte de outros. Não apreciam muita atividade corpórea. Parece que em classes menos favorecidas essa perturbação não é freqüente. Com os pais, estão numa situação de bastante dependência, em geral procuram orientação, conselho e auxílio; ao mesmo tempo não são capazes de estabelecer uma amizade mais calorosa. A figura materna é encarada como dominadora, e tanto homens como mulheres descrevem-na ou como uma mulher infeliz, sem alegrias, taciturna, ou como perfeccionista, ativa mas insatisfeita, e seus filhos, muitas vezes têm que viver inconscientemente seus desejos ou qualidades inconscientes. A figura paterna em geral é suave, passiva e ineficiente para as mulheres, e rude, ameaçadora e demais máscula, para os homens.

4.2.4. Tais pacientes mostram, em geral, um perturbado desenvolvimento psico-sexual. Freqüentemente aparece escasso interesse pela sexualidade e atividades concernentes. Muitas entre essas mulheres são frígidas e preferem ser acarinhadas como crianças em vez de passar por um

envolvimento genital, encarando-o e mencionando-o com atributos anais (sujo, nojento, ascoso) e demonstram pudor exagerado em relação com o contato corpóreo. Tomam muitos banhos, usam desodorantes em excesso, e receiam exalar mau cheiro – mesmo não tendo naquela fase nenhum problema com o intestino – racionalizando nesta base para evitar o contato sexual. Com o (a) a companheiro (a) preferem ser antes maternas, ou procuram acolhida condizente.

4.2.5. O quadro pode tomar formas extremas, como diarreia incontrolável, repetidas formações de fístulas ou abscessos, incontinência retal, cólicas e hemorragias imprevistas. Nas pacientes que, pela psicologia acima delineada, têm uma necessidade de controlar suas ações, idéias e o corpo, o descontrole nessa área significa um “fiasco” fatural, e por isso se sentem responsáveis em uma medida exagerada. A ressecção do cólon e a ileostomia podem até ter um efeito psíquico mais favorável. Naturalmente, a pessoa tem que ser preparada não apenas para operação, mas também para subsequente fase de reajustamento, o que em vários pontos está sendo facilitado pelos clubes dos “ileostomizados”, onde não apenas se recebem práticas informações condizentes, mas participa-se de uma vivência “grupal”, com o resultado de um melhor entrosamento na família e na sociedade. Seu lema HELP (H=help / ajuda / E- encorajamento / L-learning / aprendizagem / P-participação) indica a captação intuitiva das fundamentais necessidades humanas e psíquicas dos pacientes com colite ulcerosa.

4.3.1. A doença de CROHN (1932), cujos sinônimos são “ileocolite”, “colite granulomatosa”, “ileite terminal”, é uma inflamação pluri-segmental do intestino, especialmente da parte terminal do íleo, mas pode aparecer no cólon, na área anal e, mais raramente, em outras áreas do trato gastro-intestinal. Apresenta uma forma aguda, predominantemente em crianças, dando no início a impressão de apendicite, e uma forma crônica “esclerosante”. A característica da doença é a infiltração da inteira parede do intestino por alterações inflamatórias.

4.3.2. A etiologia e patogênese são desconhecidas. Supõem-se fatores genéticos, imunológicos, parasitológicos e viróticos. A forma crônica inicia-se insidiosamente e a aguda de modo dramático com dores, anemia, febre e diarreia, i.e., com sintomatologia pouco característica, o que não permite um imediato e acertado diagnóstico. Pode ocorrer juntamente com colite ulcerosa e, em ambos os quadros, podem ser observados artrite, espondilite, conjuntivite, irite, uveíte, eritema nodoso e concomitantes afecções do fígado e dos rins. Ambos os sexos podem igualmente sofrer de colite granulomatosa, especialmente entre 15-30 anos e na idade avançada. Pela frequência das inflamações em outras áreas acima apontadas, pode-se pensar em um fator genético – talvez no sistema imunológico – que cria uma predisposição.

4.3.3. Pacientes com colite ulcerosa e granulomatosa (CROHN) têm muitas características psíquicas e sociais comuns, reagem do mesmo modo aos fatores do meio e ambas as enfermidades parecem ter uma base genética apenas quantitativamente diferente, i.e., uma concentração mais alta de gens relevantes ou um genotipo mais completo dispõe para a doença de CROHN e um número menor de gens relevantes causa colite ulcerosa. Um dos investigadores dessas enfermidades (ENGEL, 1973) considera a doença de CROHN uma enfermidade somato-psíquica-psico-somática. Sob essa denominação um tanto complicada, ele entende um conceito de patogênese segundo o qual um fator somático (por exemplo, genético) de modo direto ou em função de confrontos com pessoas próximas, especialmente com a mãe, leva à formação de específicas características psíquicas. Estas, nos anos ou décadas subsequentes, constelam situações de estresse de modo mais ou menos específico e, em consequência, o processo orgânico patológico que leva à doença poderá ser ativado.

4.3.4. Em ambas as enfermidades, podem ser observados relacionamentos simbióticos entre a mãe e a criança. Nessas circunstâncias é difícil torna-se um indivíduo independente, mas há sempre a

necessidade de assegurar e segurar para si a dedicação materna. Levantamentos em relação com as mães apontaram que a maioria delas são angustiadas e tímidas frente a seus filhos doentes e não raramente agressivas. Mas poucas delas conseguiram verbalizar suas angústias, antes as negaram, como também não aceitaram as conexões possíveis entre fatores psíquicos e manifestações somáticas da doença. Mas, via de regra, elas dominaram na família, demonstrando marcas compulsivas na personalidade e não transmitiram à filha a sensação de segurança, acolhida e calor emocional que aguentaria até as atitudes agressivas da filha. Controlaram demasiadamente seus sentimentos e suas exteriorizações, esforçando-se para manter as filhas numa condição de dependência, enquanto o relacionamento com os filhos incluía aspectos sedutores, também. O pai, nessas famílias parecia ser antes passivo, menos efetivo e menos preocupado com os problemas comuns. Com os filhos demonstravam distanciamento, mas com as filhas propuseram-se como mais engajados e sedutores. Como crítica em relação com tais observações foi levantado que achados semelhantes podem ser colhidos em muitos outros quadros psicossomáticos.

4.3.5. Na adolescência, i.e., na fase inicial do desenvolvimento da identidade adulta, os pacientes tentam manter a condição de dependência, evitando os costumeiros conflitos com os pais. Mostram-se emotivos, sensíveis, facilmente irritáveis e, ao mesmo tempo, angustiados, deixando-se conduzir por uma espécie de imaturidade psíquica. Posteriormente, aparecem ainda, mais dificuldades na interação e no relacionamento com os outros, podendo-se observar uma ansiedade “cronificada”, e essas são marcas tidas como comuns em pacientes nessas condições. Em certos levantamentos familiares, tais enfermos, em relação aos irmãos e irmãs não doentes, esforçavam-se muito mais para agradar os pais e viver de acordo com as expectativas destes. Ainda não haviam superado a fase de idealização e aceitação da autoridade dos pais e só sabiam manter a própria identidade pelo amparo e aceitação da parte de seus genitores. Assim, ao contrário dos irmãos, não passaram pelo costumeiro desenvolvimento através de uma puberdade rebelde. Naturalmente, tiveram problemas de “autoridade”, mas eram mais ocultos e difíceis de reconhecer. Parecia até que não haviam enfrentado a luta pela identidade como indivíduos psicologicamente autônomos, reduzindo ao mínimo o desenvolvimento de relacionamentos mais maduros dentro e fora da família. Ao mesmo tempo, os irmão e irmãs não enfermos percorreram um normal desenvolvimento na adolescência, com as típicas rebeliões contra as normas dos pais, chegando à natural formação de uma identidade adulta.

4.3.6. Quanto aos mecanismos de defesa, são significativamente mais freqüentes do que nos irmãos, a negação, a projeção, a racionalização e formações de reação. Observa-se também – embora não pareça tão patente – uma introversão social. Os contatos com os outros são superficiais, já que as rígidas estruturas de caráter e a falta de espontaneidade impedem amizades mais próximas. A sexualidade tem aqui também um papel apenas secundário. Vários investigadores concordam que em tais pacientes existem, numa freqüência descomunal, perturbações psíquicas em termos de conflitos de dependência (agressão inibida). Mesmo assim, ainda não é possível afirmar que na gênese desta doença tem um papel determinada estrutura de personalidade.

4.3.7. Uma grande parte destes pacientes adoce na adolescência ou no início da idade adulta. Nestes anos deve ocorrer o desenvolvimento da identidade amadurecida, o início dos processos de desligamento da família e a estruturação de relacionamentos firmes e sustentadores fora da família. Assim, tais pacientes parecem ser mais vulneráveis em conexão com experiências temidas ou reais de separação, até o ponto de mesmo processos normais de desenvolvimento poderem condensar-se em conflitos atuais dificilmente decifráveis, a não ser por uma anamnese cuidadosamente levantada e pela acurada compreensão do significado de tais experiências. Vários pesquisadores parecem ter encontrado uma conexão íntima entre estresse psíquico, crises existenciais e o início ou a recidiva da doença. Eram situações como:

- Morte ou doença de uma pessoa próxima, separação da casa paterna, dificuldades conjugais com ameaça de divórcio; em pacientes mais jovens, semestres em colégios internos (perda de objeto fantasiado ou real).
- Grande responsabilidade assumida (início de carreira, promoção) ou exigências aparentemente acima da possibilidade de serem atendidas.
- Mágoas, por exemplo, rejeição por pessoas importantes, diminuição da auto estima ou matutação compulsiva por causa de um conflito aparentemente insolúvel.
- Uma situação entre dois lados conflitantes (pais), com envolvimento a ponto de não tentar apaziguar mas continuar dentro de si, inconscientemente, o conflito.

4.3.8. Assim, a enfermidade seria um método primitivo para reestabelecer o equilíbrio psíquico por acolhida e gratificação num plano mais infantil e menos complexo. Decorrerá de modo extremamente variável, um aparente estado normal durante décadas, alterando-se com fases dramáticas e recidivas pesadas, exigindo, não poucas vezes, intervenção cirúrgica (anus praeter naturalis). As já apontadas influências sobre o dinamismo psíquico criam resistências contra a psicoterapia ou modificações de comportamento. Ao mesmo tempo, angústias e depressões crônicas estão em conexão com a duração da enfermidade. Na terapia além de aprender a verbalizar os sentimentos, em vez de “reagir com o intestino”, o paciente deve ser auxiliado a assumir uma possível maturação posterior da estrutura infantil da personalidade e isso permitirá uma solução mais adequada dos conflitos. É necessário certo cuidado com terapia “suportiva”, porque logo aparece a dependência e subseqüentes exigências com a equipe terapêutica. O paciente tem que se confrontar com a própria conduta e não deixar de trabalhar com as situações conflitivas, psicodinamicamente atuais.

5.1. É compreensível que em momentos agitados a evacuação representa o trajeto de “descarga” de tensões. De modo semelhante isto pode ocorrer através das vias urinárias também, já que em pessoas com saúde normal, uma evacuação sempre é acompanhada por uma micção. Há um reflexo reto-vesical pela estimulação dos receptores da mucosa anal, da musculatura do esfíncter e da pele do períneo. Em termos aferentes através dos nervos pudendos, este reflexo atua na medula sacral, e em termos eferentes, através dos nervos pélvicos, chega a músculos lisos da bexiga que se organizam em três camadas, longitudinais externa e interna e no meio uma camada circular, intensamente entrecruzadas. A neurologia da função da bexiga e sua patologia são extremamente complexas e nem estão ainda esclarecidas em todos os seus aspectos, especialmente as perturbações ou desvios do funcionamento normal. A dependência da atividade da bexiga das emoções e da atividade mental já foi por vários autores investigada. Observaram que emoções, atitudes introvertida e depressiva causam atividade reduzida da bexiga, com retenção de urina, ao passo que angústia e agressão desencadeiam uma hiperatividade. Fatores sexuais, psicodinâmicos ou problemas de homossexualidade (sentimento de culpa) podem também levar à perturbação do funcionamento. É um sintoma conhecido a polaciúria (necessidade imperiosa e freqüente de urinar). Ocorre principalmente em mulheres e chama-se também “bexiga irritável”. Em 10% dos casos parece ter causa psíquica; deve-se pensar especialmente nesta se o sintoma é acompanhado de dor de cabeça, náusea, dores na região supra-púbica, na uretra, na vagina, no pênis, no escroto e na parte inferior do abdome. Nesses casos os pacientes queixam-se de polaciúria durante o dia. A mais freqüente causa orgânica é a cistite. Pela inflamação, o estímulo da mucosa da bexiga, através dos receptores e por via reflexa, aumenta o da musculatura da bexiga. O sintoma, aparecendo de repente, especialmente em pessoas de idade, exige exame do especialista! Outra causa da polaciúria são as pedras na bexiga. Muitas mulheres, durante anos tomam remédios contra “infecção”, embora a urina seja inteiramente estéril. Este é um erro diagnóstico e terapêutico. Há formas de polaciúria desencadeadas por esfriamento e terminando com dores. Pés frios promovem o sintoma coplado a nevralgia do duto deferente e dores na uretra inesperadamente agudas. Em mulheres, congestionamento na área genital podem desencadeá-la, mas em geral, estados de tensão de cunho vegetativo têm papel saliente.

Naturalmente aqui, tem que ser considerada uma disposição orgânica inata ou fixação psíquica nos processos urogenitais. A simpaticotonia parece preponderar nesses pacientes. Antes de se iniciar uma psicoterapia, têm que ser excluídas infecções e perturbações neurogênicas ou miogênicas nessa área.

5.2. A bexiga instável (“unstable bladder”) é uma condição de origem desconhecida, apesar das numerosas hipóteses existentes. Nesses casos, os (as) pacientes não podem dominar a descarga de urina causada por uma contração desmedida dos músculos da bexiga. Muitas vezes aparece em mulheres que já sofrem de “incontinência de estresse”. Frequentemente bastam algumas tossidas ou leve batimento acima da sínfise para desencadear o sintoma. Provavelmente o esfínter externo também não funciona de modo suficiente. Em certos casos já ocorre a contração muscular estando em pé ou ao correr.

6. O desenvolvimento embrional do aparelho urogenital é bastante complicado, envolvendo diversos grupos celulares cujo encontro e diferenciação é especialmente dependente do fator tempo. Já uma antiga locução chinesa apontava a bexiga como o “espelho da alma”. Podemos apenas citar os problemas dos pacientes dialisados e a literatura sempre crescente a respeito. Não se trata somente de um traumatismo da integridade corpórea, já que a pessoa experimenta diariamente a frustração das suas necessidades e pulsões. São constantemente atingidas pela “perda de objeto” e têm que se deparar com a morte iminente. Na fase da descompensação da função renal a intoxicação por substâncias retidas causa as mais diversas e pouco características perturbações de diversas funções corpóreas e mesmo as conseqüências da diálise são: tontura, vômito, dores de cabeça, estados confusos, sono irregular, como reações a sobrecargas físicas e psíquicas. Trata-se então de estados alterados de consciência de origem patológica e a relação com o aparelho altera sensivelmente o esquema corporal, causando fantasias simbióticas.

7. Assim, são amplas as áreas em que as técnicas da psicoterapia organísmica podem ser aplicadas, já que a maioria dos quadros inclui patentes desregulações psico - e neurovegetativas. É importante não se orientar apenas pelo diagnóstico “oficial” mas observar atentamente os componentes fisiopsíquicos, com a prontidão para trabalhar simultaneamente em ambas as categorias, sabendo que “atrás” ainda podem existir fatores ou condições que se estendem a momentos sobre-pessoais.

Foram relatadas, por exemplo, mais pormenorizadamente, a colite ulcerosa e a doença de CROHN, para demonstrar o extenso envolvimento fisiopsíquico que costuma ocorrer – como já foi mencionado – em outros quadros e outros circuitos bio-psicológicos. Apresentávamos as considerações patofisiológicas e psico-patológicas; não era difícil perceber, pela terminologia, a orientação freudiana dos autores citados. Mas podemos tentar ver o que existe ainda mais para dentro. O fato de começarem tais queixas em determinada época, pode indicar ainda que as “ulcerações” e “inflamações” já se iniciaram na área psíquica e a somatização pode apontar que determinados conteúdos inconscientes não podiam ser prontamente assimilados, estabelecendo-se então aquela condição de “vulnerabilidade” que atua tanto da psique para o soma como do soma para a psique. Alívio, em certa medida a reorganização dos tecidos e a reconstituição dos plexos nervosos intramurais dos intestinos, são apenas algumas das conseqüências que uma psicoterapia organísmica pode conseguir pelo reestabelecimento das condições para a atuação mais desimpedida da energia psíquica, ajudando assim o organismo a utilizar seus próprios recursos. As palavras – como sabemos – ainda não conseguem abranger o todo das vivências fisiopsíquicas. Mas aquele que tem olhos para ver, então veja...

19. Mesmo em dias frios estou suando muito ...mesmo em dias frios tenho pés e mãos úmidos...

19.1. O suor e suas alterações são particularidades individuais do organismo. Sua intensificação não representa sempre doença, porque pode ser constitucional, especialmente em pessoas com labilidade

vegetativa (mãos e pés). Agitação e angústia eliciam sudorese nessas pessoas sem a presença de qualquer enfermidade e o “suor frio” do temor é análogo ao suor observado no colapso. Se a temperatura externa é quente a sudação é um fator fisiológico na regulação térmica. Pessoas sadias suam quando executam um trabalho físico mais intenso, e o mesmo é o efeito de bebidas quentes ou alcoólicas, havendo remédios, por exemplo a fisostigmina, que causam sudorese excessiva.

19.2. Em pessoas normais, a secreção de suor é simétrica; também nas enfermidades das vísceras é bilateral, mas no lado afetado é mais intenso. Mas na inervação das glândulas sudoríparas não é fácil distinguir o efeito das fibras simpáticas e parassimpáticas. Anatomicamente, as fibras sudoríparas são de origem simpática; originam-se do corno lateral da medula e atingem a cadeia simpática através das raízes ventrais dos ramos comunicantes brancos. Daí acompanham os nervos cutâneos sensíveis e inervam as pequenas glândulas sudoríparas. Farmacologicamente, as fibras são colinérgicas mas a expulsão do suor pelo mioepitélio nos dutos ocorre por impulsos adrenérgicos. Postula-se que fibras inibidoras existem nas raízes dorsais e nos gânglios espinhais. As glândulas atuam independentemente da intensidade da irrigação sangüínea.

A secreção de suor é a mais efetiva disposição da regulação térmica. Em condições de temperatura do meio mais elevada do que a do corpo, a descarga de calor é o necessário equilíbrio térmico só são possíveis através da sudação. Um litro de suor por hora pode ser facilmente perdido pela maioria das pessoas e nas mais adaptadas ao calor, pode ser até de 2 litros por hora essa perda. Em crianças prematuras as fibras simpáticas secretomotoras ainda não funcionam perfeitamente, o que significa certo perigo (labilidade térmica). Simpatéctomia interrompe, nos segmentos correspondentes, a secreção de suor. Os segmentos sudoríparas não correspondem exatamente às zonas de HEAD, i.e., aos dermatômeros espinhais. Há uma dependência da temperatura local (sinapse neuro-glandular!). A secreção praticamente cessa quando a temperatura da pele vai além de 30 graus. Assim, o estímulo para sudoriseção está sendo determinado não apenas pela temperatura do hipotálamo mas também pela temperatura dos termorreceptores cutâneos. Está última tem, então, uma dupla influência sobre a regulação da proporção da sudoriseção: pelos termorreceptores cutâneos, que na aferência utilizam as fibras A, delta e C, para que a resposta do sistema nervoso central seja efetuada pela eferência do simpático, e o efeito direto da temperatura sobre a sinapse neuro-glandular. A sudoriseção é acompanhada pela liberação de bradicinina, um potente vasodilatador.

Já que o neurônio simpático mais distal (último) não começa na medula mas na cadeia simpática, uma lesão “supranuclear” do trajeto da sudoriseção fará cessar a secreção de suor quanto à termo-regulação e a sudação emotiva, mas a sudação em virtude de estímulos periféricos e farmacológicos mantém-se funcionando e até intensifica-se. A pilocarpina, por exemplo, atua sobre a rede nervosa periglandular terminal do neurônio distal; se este último está lesado, a rede terminal será inativada e por fim atrofia; com isso já está impossibilitada de qualquer secreção de suor.

Os fenômenos mais importantes da lesão do simpático para a diagnose clínica, como se sabe, são a síndrome de HORNER (miose, ptose, anidrose, enoftalmo), perturbações vasomotoras, perturbações da pilo-reação e perturbações da sudoriseção.

19.3. O suor patologicamente intensificado é a hiperidrose, que caracteriza determinadas doenças e condições enfermas. Exemplos:

- Em qualquer estado febril o abaixamento da temperatura causa sudação. Quanto mais diminui a temperatura, tanto mais intensa é a secreção de suor.
- No fim do sezão da malária o enfermo é inundado pelo suor e depois da diminuição da febre intermitente ou remitente ocorre uma sudação intensa. Depois da administração de antipiréticos acontece o mesmo.
- Em parte a oscilação de temperatura causa na tuberculose a sudação, especialmente durante a noite e de manhã. Às vezes é o primeiro sintoma. Aparece também na pleurisia durante a noite, bem como no enfarte.

- Em certas doenças infecciosas há notável sudação que não pode ser explicada apenas pela oscilação da temperatura, por exemplo em poliartrite aguda, em que depois da administração de salicilados ou ao baixar da febre ela ainda se torna mais intensa. É característica a sudação em poliomielite, brucelose e outros quadros infecciosos.
- Por causa da labilidade da regulação da temperatura qualquer estado enfraquecido pode manifestar hiperidrose (convalescença, anemia, tumores, doenças dos intestinos, linfosarcoma, linfogranulomatose, etc.)
- Em caso de hipertireose, quando é característica a sudação intensa; é sinal diagnóstico a pele quente e úmida.
- Pessoas com hipertonia suam com facilidade e no início de uma descompensação cardíaca pode ser um dos primeiros sinais a sudação depois de comer, beber ou fazer qualquer esforço.
- Envenenamento com cogumelos (espécie *Inocybe*), que contém muscarina.

19.4. Nesses casos a manifestação de suor é generalizada, mas é mais intensa nas partes do corpo em que há glândulas sudoríparas em maior número, por exemplo, na palma das mãos, sola dos pés, nas axilas e no rosto. Muitas vezes podemos observar sudorese unilateral ou segmentar.

- Sudorese hemilateral pode ser causada por processos que envolvem as fibras simpáticas (encefalite, tumor ou trauma cerebelar), no acesso de hemicrania bem como nos processos no mediastino (aneurisma, tumor). Nos casos de tumores malignos (linfonódios) e na tuberculose, ela foi observada na metade do rosto. Nas hoje em dia nas mais raras crises tabéticas (sífilis!) a sudação é segmentar, formando como que um cinto. O suor na metade do rosto nos diabéticos seria o sinal de uma “neuropatia autônoma”.
- Hiperidrose local paroxística pode ser congênita ou ocorrer ao mastigar ou até apenas provar certos alimentos, pela hiper-irritabilidade do “centro de suor” na ponte.
- Afecções ou anomalias nos gânglios simpáticos cervico-torácicos causam hiperidrose nos braços e nas mãos.

5.1. A anidrose, i.e., a falta de suor, pode ser congênita, por exemplo, na distrofia familiar da cutis (há também perturbação da termo-regulação) e na disautonomia. Pode ser também adquirida, como na hipotireose, na ictiose, nas doenças de ADDISON e SIMMONDS e, em geral, em estados caquéticos; entre os remédios, a atropina pode causá-la (beladona).

- A anidrose local aparece nas doenças da pele e nas afecções do simpático (tabes, siringomielia, tumores do mediastino).
- SJÖGREN descreveu a insuficiência secretora de todas as glândulas de secreção externa. Os sintomas aparecem com as mais diversas variações, acompanhados em 2/3 dos casos por poliartrite. Há mais do que 20 denominações.
- Na congênita displasia ectodermal são atingidos especialmente aqueles tecidos que derivam do ectoderma. Há, porém, alterações mesodérmicas, mas estas são conseqüências da falta de influência formativa do ectoderma sobre o mesoderma. Um dos sintomas mais observáveis é a anidrose por causa de aplasia (formação defeituosa das glândulas sudoríparas), coligada muitas vezes à perturbada regulação da temperatura. Além disso podem ser observados: hipoplasia das glândulas sebáceas, hipotricose generalizada, anomalias nos dentes, palidez, lábios carnudos, “orelha de sátiro”, atrofia da mucosa do nariz, deformação do nariz, perturbações da olfação, da gustação e da secreção da saliva e das lágrimas, disfonia, disfagia, “cutis laxa”, defeitos de inteligência, desenvolvimento retardado, ceratite displásica, ceratose palmo-plantar. Na análise do suor da palma da mão encontraram alterações (eletrolitos) que caracterizam a labilidade vegetativa.

5.2. O controle da secreção do suor está localizado no hipotálamo (como também o controle vasomotor), sensível aos fatores emocionais (“suor frio”). Mas as conseqüências de uma estimulação emotiva não são uniformes em todas as glândulas. Por exemplo, as glândulas da palma da mão e da

sola do pé respondem imediatamente aos fatores emocionais, mas reagem de modo mais lento quando a secreção de suor é necessária para termo-regulação. As glândulas no tronco reagem depressa quando o corpo chega a ser esquentado, mas não tão depressa às emoções – exeto as glândulas da fronte e, muitas vezes, das axilas. Esquentando-se uma extremidade, mesmo com circulação impedida por compressão de uma atadura elástica, continua atuando o reflexo da sudação.

5.3. A produção de suor não ocorre simultaneamente com vasodilatação, porque os dois mecanismos de controle são independentes um do outro. Existe a “sudorese gustativa”, depois da ingestão de alimentos quentes ou fortemente condimentados, especialmente no couro cabeludo, na testa e no lábio superior. Trata-se de um reflexo cuja parte aferente origina-se na língua e na cavidade oral. Descreveram como síndrome salivo-sudorípara um quadro semelhante em que de repente aparece uma ruborização (vasodilatação!), hiperidrose local ao comer, às vezes com pilo-reação espontânea e dor ardente nas áreas dos nervos aurículo-temporal, auricular magno e facial num lado apenas. Aparece especialmente depois da operação ou nos abscessos da glândula parótida. Uma outra síndrome semelhante é a de FREY, em que na área do nervo aurículo-temporal de um lado, pela ingestão de alimentos não líquidos mas duros, amargos, ácidos ou quentes, ou por causa de estímulos psíquicos, aparece ruborização hiperidrose e hiperestesia. Tais sintomas são sempre precedidos por uma porafite. Talvez entre o nervo cutâneo e a fibra autônoma que atua sobre a glândula salivar ocorram “curtos circuitos” ou anastomoses (depois de uma operação). Talvez trate-se de um reflexo patológico desencadeado pelo fluxo de saliva. Parece que os três quadros são a mesma enfermidade com acentuações diferentes.

- MORVAN descreveu uma síndrome coreiforme que alguns atribuem a uma mielite tóxica, outros à irritação do hipotálamo. Na sintomatologia figuram, além da miolonia, sudorese em acessos (sintoma vegetativo) especialmente na palma da mão e na sola do pé, perturbações psíquicas (depressão, inquietude noturna, temores hipocondríacos, tendências suicidas), insônia, perda de peso, prurido.

5.4. As eferências do simpático para a secreção do suor na área da cabeça e do pescoço emergem dos segmentos T3-4 e para o braço e mão, dos segmentos T5-7, subindo na cadeia ganglionar até ao gânglio estrelado (cervico-torácico). Em termos diagnósticos isto significa:

- Uma anidrose do rosto e do pescoço, com síndrome de HORNER homolateral indica uma lesão do simpático na área do seu segmento cervical acima do gânglio estrelar.

- Se a anidrose se estende (juntamente com sintomas oculares) ao braço, o lugar da lesão é o gânglio estrelar mesmo.

- Se a anidrose, além das regiões cabeça-pescoço-ombro-braço, estende-se à região torácica superior, mas sem sintomas oculares (HORNER), o traumatismo ocorreu abaixo do gânglio estrelar, na altura de T3-4. Isto pode ser visto na lesão do tronco simpático por operação, por exemplo para eliminar insuportáveis hiperidroses nas mãos e axilas.

- Síndrome de HORNER sem qualquer perturbação da sudorisecreção ocorre no caso de enfermidade nas raízes dos nervos espinhais (tumores!) C8-T2.

5.5. Em crianças descreveram sudorese aumentada na síndrome de hipertemia funcional. Sua causa deve ser uma perturbação da termoregulação. Raramente aparece de modo isolado mas antes acontece juntamente com outras manifestações funcionais (muitas vezes também despercebidas) indicando uma intensificada reagibilidade neurovegetativa, como dor de cabeça, vômito, dermatografismo, tontura, arritmias, alteração de cor, exaustão rápida, etc.

6. Nesses casos, bem podem ser utilizadas as técnicas da psicoterapia organísmica, especialmente tratando-se de um distúrbio psico-vegetativo. Não há técnica específica para sudação excessiva ou para a anidrose, porque podemos nos aproximar destes quadros sob as mais diversas formas, partindo

de várias considerações e, como sempre, sem prometer resultados notáveis. O fundo psíquico tem que ser examinado com atenção, não nos esquecendo dos sonhos e fantasias que nem precisão estar em conexão (simbolismo) aparente com o sintoma. O problema da “água”, hoje em dia, assumiu vulto mundial. Nos distúrbios da sudorisecreção é válido investigar a participação inadequadamente colocada, retida ou perdida em “meandros” dos mais diversos tipos, nos assuntos coletivos, sem terem, obrigatoriamente, cunho religioso ou ideológico. Sintomas excessivos indicam, com freqüência, contradições no atuar, sentir e pensar.

7. De certo modo, em termos psico-vegetativos, o suor pode ser encarado também como uma espécie de “mini-auto-incubação”, i.e., interiorização com descargas subseqüentes de “humores” a serem eliminados. Numa visão alquimista, ZÓSIMO viu, na reentrância do altar, água fervente, e dentro desta seres humanos que, por este processo, passavam por uma transmutação. Devemos lembrar também que o significado simbólico da água aponta claramente a figura materna. Houve vários casos em que a hidropedese (hiperidrose) estava em nítida relação com controles, “patrulhamentos” ou amarramentos pela figura materna, em ambos os sexos, e o sintoma indicava, com certa clareza, que os pacientes tentavam suar, i.e., exsuar ou exsudar, em forma de líquido, determinadas feições de imago materna (seus sonhos indicavam isto com especial nitidez). Nos VEDAS as águas se chamam MÂTRITAMÂH – as “materníssimas”. Naturalmente, a projeção da imago materna sobre a água, lhe outorga qualidades numinosas ou mágicas, e coincide com a natureza do inconsciente. Nem é necessário apontar pormenorizadamente as manifestações do inconsciente que se fazem acompanhar por sudação, lacrimação, salivação, descarga de bile, arrotos contendo suco gástrico, reações da bexiga e alteração nos odores do corpo pela estimulação das glândulas sebáceas. Tanto a água como a libido necessitam uma “queda” (de potencial) para poder fluir, e dessa maneira é lícito encarar uma sudação, nas suas formas mais variadas, como uma das manifestações da circulação, da utilização e da redistribuição da energia psíquica, que não se referem, como sabemos, a uma determinada “energia”, mas ao relacionamento dinâmico existente entre os conteúdos psíquicos JUNG aponta que a pintura é um modo de “suar fora” conteúdos e as manifestações cutâneas constituem um “suar da alma” à luz do dia.....

20. A minha pele é muito sensível ... às vezes aparecem manchas vermelhas no rosto e no pescoço tenho reações alérgicas (eczema, rinite, etc.).... (ler o inteiro capítulo sobre a PELE).

20.1. Já sabemos que a pele, como um órgão que transmite para e reage diretamente frente ao meio, tem inúmeras funções. Essas podem ser perturbadas separadamente ou no seu todo como expressão de uma enfermidade interna ou de uma falha constitucional, ou como reação inadequada às influências externas. Assim, por exemplo, são conhecidos como fenômenos psicovegetativos, a alteração da cor do rosto, a dermatografia aumentada em determinadas situações, o eritema que aparece em momentos de irritação, alegria ou perplexidade, e as vasoconstricções e vasodilatações fugazes ou mais duradouras em pessoas “nervosas”. Supõe-se que o simpático produz a vasoconstricção cutânea, e nos casos da diminuição do seu impulso aparentemente ocorre a vasodilatação. No ponto anterior já foram apresentadas as síndromes salivo-sudorípara e aurículo-temporal que são acompanhadas também pela ruborização no rosto.

20.2. Neste ponto não trataremos das alterações da cor da pele no caso de enfermidades determinadas (palidez da anemia, icterícia, cianose e pigmentações, anginoneuropatias), nem das específicas manifestações cutâneas de certas doenças e exantemas em doenças infecciosas. O material é muito vasto e, por isso, temos que nos restringir à sensibilidade cutânea e às reações psicovegetativas da pele e das mucosas.

20.3. Considera-se a pele como o maior “órgão” do corpo e, em 90% de sua extensão, tem pêlos unidos com especial rede nervosa. Sua função, como capa impermeável em grande parte, deve ser em primeiro lugar, a proteção do organismo, impedindo a evaporação dos líquidos teciduais e a penetração de corpos estranhos através de sua superfície resistente (pêlos, queratina). Ao mesmo tempo, sua espessura não ultrapassa alguns milímetros e por isso poderia ser facilmente traumatizada, se não tivesse uma inervação extensa e sensível. Os nervos cutâneos protegem o corpo contra extremas temperaturas externas e contra prejuízos por efeitos mecânicos, sinalizando calor, frio e dor. O tato permite ao ser humano explorar e conhecer seu meio (crianças!) participando também largamente na propriocepção. A pele tem ainda a tarefa de regular a temperatura do corpo pela inervação dos vasos e pelas glândulas sudoríparas. A pele está sendo atravessada constantemente pelos raios cósmicos. Alguns pesquisadores postularam que um milímetro quadrado de pele recebe por segundo três impactos que atravessam o corpo e descem à Terra em uma profundidade de 1-3 quilômetros.

20.4. Voltando à coordenação da inervação dos vasos da pele (vasoconstrição – vasodilatação): na realidade, esta questão nem ainda hoje está inteiramente esclarecida. Ainda não está satisfatoriamente definido se uma vasodilatação na pele ocorre pela atividade de fibras vasodilatadoras ou se atuam nesse processo determinadas substâncias mediadoras ou se ocorre simplesmente a inibição ou inatividade das fibras vasoconstritoras. Observaram também que a coordenação da vasoconstrição e da vasodilatação em diversas áreas do corpo, em diversas pessoas, ocorre de formas, modos e intensidades diferentes. Por isso podem ser constatadas reações diferentes, a respeito, em vários indivíduos ao aplicarmos certas seqüências de técnicas da psicoterapia orgânica. Assim, parece que a irrigação sangüínea da mão humana está sendo regulada, em primeiro lugar, por fibras vasoconstritoras, mas no ante-braço atuam vasodilatadores. Certos autores apontaram que o controle vasomotor dos dedos ocorre pela diminuição do tônus vasoconstritor e não conseguiram evidências quanto à atividade de fibras vasodilatadoras. Também não conhecemos ainda de modo satisfatório a(s) causa(s) da vasodilatação no rosto. Estímulos que produzem uma intensa vasoconstrição nos dedos não parecem ter efeito significativo no rosto. Assim, atualmente pressupõe-se que os vasos do rosto possuem um apenas tênue sistema de vasoconstrição e que as fibras vasodilatadoras seguem, no seu interior, o nervo facial. Está sendo apenas investigada a conexão entre a coordenação da atividade dos vasos sangüíneos e dos vasos linfáticos. Naturalmente, deve ser também considerada a circulação venosa sujeita igualmente a dispositivos vegetativos. Já várias vezes foi constatada – mesmo que não inteiramente esclarecida – a efetividade recíproca dos processos integrativos, hierarquicamente organizados dos dispositivos senso- ou ídeomotores e dos psico- ou ídeovegetativos. O efeito dos estímulos sensoriais e emotivos sobre as veias, através de trajetos vegetativos poderia ser bem verificado, só que neste ponto vários autores salientam que é melhor, nas explicações, não recorrer obrigatoriamente ao antagonismo simpaticotonia-vagotonia, enfatizando aqui também o fato de que a hiperatividade do simpático em diversas regiões, pode ser seguida pelo cessar do tônus simpático nas veias, sem ser possível verificar efeitos específicos de uma predominância dos dispositivos parassimpáticos.

20.5. As funções das partes laterais do centro vasomotor medular, do qual emergem predominantemente fibras simpáticas (vasoconstrição), podem ser constatadas também na atividade da formação reticular, da ponte, do mesencéfalo e do diencéfalo. Verificou-se que aí os neurônios podem estimular ou inibir o centro vasomotor da medula. O hipotálamo, como um dispositivo de ligação entre as emoções e o sistema vegetativo, pode fazer algo semelhante com a participação das áreas límbica e motora e também do giro cíngulo.

20.6. Assim, os fenômenos de corar e enrubescer repentinos (flush) estão patentemente em conexão com a vasodilatação, causada por influências emotivas e hormonais e por um efeito imediato de

substâncias vaso-ativas (bradicinina, etc.). Já há tempo descreveram como uma “vasoneurose central” (expressão hoje em dia meio obsoleta) o eritema pudoris et iracundiae, que aparece especialmente no rosto, na testa e nas orelhas. Tal reação, naturalmente, pertence à ruborização fisiológica, mas há certas formas exageradas em que já estímulos comuns, por exemplo o aparecimento de uma pessoa que apenas solicita informação ou orientação elicia um corar intenso cuja duração ultrapassa a das reações costumeiras (rubor angioneurótico) e é acompanhado por sensação de calor, ardor e até por elevação da temperatura. Alguns autores apontam que o simples corar seria o resultado de um momento emocional (vergonha, perplexidade, alegria) e o enrubescer repentino (flush) ocorre em função de estresse (tensão, aborrecimento) coplado a hiperidrose e pilo-ereção. Especialmente mulheres (muitas vezes também homens efeminados) reagem, em conexão com emoções ou num recinto quente (banho!), com eritema no rosto, no pescoço, e na parte superior do tórax. Mas pode aparecer mesmo sem estímulo prévio. A ruborização durante a menopausa e depois dela, ocorre provavelmente pela escassez de estrogênios e subsequente aumento de gonadotropinas, mas depois de uma ovariectomia bilateral ou devido a extensas doenças dos ovários esse sintoma pode antecipar-se.

20.7. Podemos constatar, então, que a pele não é um “órgão” passivo mas – por causa de sua origem em parte ectodermal – está em conexão íntima tanto com o sistema nervoso central como com os órgãos, “refletindo” a atividade destes em condições normais ou patológicas. Essas funções mais complicadas e sutís atuam nas suas ligações com os sistemas nervosos, com os hormônios e neuro-hormônios e com o sistema imunológico. Os anátomos e fisiólogos já várias vezes tentaram encontrar as bases morfológicas e os diversos mecanismos pelos quais essas funções são estabelecidas, mantidas e reguladas, mas com resultados apenas parciais. Acontece que não é fácil levantar uma divisão entre as anatomias normais e patológicas e além disso deve ser recordado o fato de que desde a fecundação até a morte, as estruturas e as funções do corpo estão se alterando constantemente – em vários níveis por causa das reações dos sistemas neuro-imuno-endocrinológicos frente aos estímulos dos meios externo e interno (condições psíquicas, metanoia, individuação, revezamento dos dinamismos e símbolos arquetípicos, atitudes frente à Sombra, ao Animus ou à Anima, desmontagens e remontagens da Persona, etc.).

20.8. Assim, é para constatar o fato de que a anatomia e a fisiologia não estão de uma vez e para sempre fixadas, mas encontram-se num fluxo constante, condicionadas, modificadas e acompanhadas pela efetividade reguladora dos sistemas acima apontados – e também sujeitos a constantes alterações – em um funcionamento conjugado. Naturalmente, se tal “conjugado” sofrer falhas ou defasagens em qualquer “ponto de articulação” podem aparecer as mais diversas perturbações, no início talvez “apenas funcionais” mas, mais tarde, sob a forma de processos patentemente patológicos, em determinados ou em vários órgãos, em grau maior ou menor.

20.9. Nos itens subseqüentes descrevemos diversas observações em relação com a ruborização do rosto ou das áreas próximas a este.

- Durante operação esterotáctica do cérebro, ao estimular com freqüência baixa o fórmix e a amígdala ocorrem a diminuição da respiração com sensação de aperto no peito juntamente com outras sensações peculiares pouco definidas, vivências diversas de despersonalização e uma ruborização do rosto. A causa devem ser certas alterações no funcionamento do sistema límbico. Tais reações não raramente são consideradas como equivalentes de ou manifestações concomitantes de acessos epilépticos “frustrâneos”.

- Vasodilatação ou alterações na termo-regulação acompanham, com relativa freqüência, as estimulações – com freqüência alta ou baixa – de diversas áreas sub-corticais. Mais nitidamente manifesta-se a ruborização do rosto com sudorese, ou menos freqüentemente, observou-se

vasoconstrição com palidez, mas essa última pode ser o sinal de um “colapso vegetativo” por estímulos demais intensos que já ultrapassam a faixa fisiológica.

- Foi descrita por vários autores a hipertermia funcional em crianças. Provavelmente trata-se de perturbação constitucional da termorregulação a que se juntam outros fenômenos “funcionais”. Pode-se observar vasolabilidade, arritmias, tontura, alterações rápidas da cor do rosto, cansaço e, muitas vezes, dor de cabeça.

- Na síndrome “carcinóide” aparecem dispnéia, diarreia, alterações cardíacas e um enrubescer que pode ocorrer de modo espontâneo ou por consumo de álcool, comer excessivo, durante a evacuação ou por simples ingestão de água. Persistindo tal fenômeno, pode ocorrer a “hiperplasia” dos tecidos com feições marcantes (“face de leão”). O tumor muitas vezes encontra-se no apêndice, nos pulmões ou nos ovários, produzindo serotonina. Há autores que não atribuem a ruborização a essa substância mas o efeito de determinados peptídeos “vaso-ativos”. A histamina pode causar efeito semelhante – sem tumor! – juntamente com dor de cabeça.

- No eritema causado por Raio-X, trata-se de uma hiperemia como conseqüência da dilatação dos capilares (vagotonia?), com a diminuição da excitabilidade dos (supostos) dispositivos vasodilatadores.

- Já conhecemos as síndromes aurículo-temporal e a da neuralgia do nervo trigêmeo, ou a que ocorre depois das intervenções no gânglio desse nervo e as reações nos casos de herpes zoster e epilepsia.

- Quando os trajetos parassimpáticos são afetados, manifesta-se a “máscara vegetativa” da face, nos casos de tumor, esclerose tuberosa, encefalite, doença de CUSHING, etc., assim como nos casos de insuficiência hepática, infiltrações de leucemia na pele, plasmocitoma, poiquiloderma congênito, displasia octodermal, dermatomiosite, etc. Em doenças infecciosas com febre, a ruborização do rosto é causada pela irritação ou lesão do centro vasomotor.

20.10. Além do rosto, pescoço e tórax, também o nariz reage de modo sensível (Ler: nariz). Sua mucosa e sua organização interna possuem um mecanismo neurovascular altamente complexo que reage intensamente a estímulos internos e externos. A polaridade simpático-parassimpático refere-se aqui não apenas a vasoconstrição e vasodilatação, a tumescência e destumescência das mucosas e do tecido esponjoso das conchas, mas também às alterações da secreção de suas glândulas e modificação da permeabilidade das membranas. Por seus reflexos reage às oscilações da temperatura do corpo, do meio e à humidade do ar. A regulação da inervação nasal é bastante complicada; por isso, se nesse ponto ocorrem perturbações, o reflexo vaso-pulmonar, ainda não adequadamente apreciado e investigado, não funcionará de modo satisfatório. Assim, o interior do nariz com sua rica irrigação sanguínea e linfática e com sua complexa inervação vegetativa, pode ser encarado como verdadeiro “canteiro” ou uma “arena” para a manifestação de “transtornos vegetativos”. Nesse caso, a expressão “rinite” nem seria adequada porque não se trata de uma verdadeira inflamação; mesmo assim, fala-se de “rinite vasomotora”, em que figuram tanto a alergia como reflexos nervosos. Além disso, já que a organização neurovegetativa do nariz está sendo influenciada também pelos centros vegetativos do cérebro, todo este complexo não raramente representa uma esfera de influência de dinamismos emotivo-afetivos.

20.11. Apresentamos também algumas síndromes em que a rinite aparece de modo acentuado. É para observar a diversidade dos sintomas paralelos. (Ler: Alergia).

- Na síndrome uretro-oculo-sinovial (LEROY- REITER) trata-se provavelmente de uma extensa reação alérgica, talvez em conexão com uma virose de origem intestinal ou genital. Aparecem uretrite, conjuntivite e poliartrite, depois de disenteria ou enterite, com abatimento geral, náusea, inapetência e emagrecimento. Da parte das diversas mucosas, em proporções diferentes, manifestam-se sinais de irritação: rinite, estomatite, faringite, bronquite, balanite, vulvite, cistite, pielite, enterite, colite e, muitas vezes, também as “membranas serosas” estão envolvidas: pleuresia, endocardite, meningite, tendovaginite, bem como órgãos glandulares ou parenquimatosos: nefrite, hepatite, parotite, orquite e linfadenopatia. Na pele observam-se exantemas pustulosos, dermatoses com urticária, herpes labial e distrofia das unhas. Tal síndrome pode ser constatada exclusivamente em homens.

- Rinite atrófica ocorre nas extensas anomalias do ectoderma: rinite sífilítica infantil, rinite hemorrágica no escorbuto infantil (avitaminose C), rinite crônica na toxoplasmose.

- Nos operários que trabalham com bauxita (aluminose) para fabricar refratários aluminosos ou cimento aluminoso, desenvolve-se uma espécie de silicose, com rinite, bronquite e enfisema pulmonar com alteração da estrutura pulmonar. Existe o perigo de pneumotórax espontâneo.

- Há uma forma maligna de periartrite nodosa, com rinite e hemorragia nasal; mais tarde a parte cartilaginosa do nariz está sendo destruída, e a causa seria uma rickettsiose (tifoexantemático).

20.12. O eczema essa dermatose inflamatória (vesículas, crostas, exsudato), ora isolado, ora confluyente, pode ter as mais variadas causas, desde componentes hereditários recessivos até alérgicos, perturbações do trato digestivo (hipocloridria, colite mucosa, doenças do fígado) e do trato respiratório (asma), enzimopatias (metabolismo de aminoácidos perturbado, associado a oligofrenia), infecção viral ou bacteriana (herpes) que pode atacar as articulações criando também sérias artropatias trofoneuróticas (mielodisplasia – anomalias inatas por causa do desenvolvimento falho da medula espinal), reticulose maligna, fluorose (intoxicação com água contendo fluor em excesso, na fase pré-menstrual), etc.

20.13. Os quadros: rinite, eczema e outras manifestações alérgicas pertencem à área da medicina; no entanto, sua íntima concatenação com os componentes psíquicos abrem entradas para as outras áreas profissionais também. Tratando-se de efeitos psíquicos, sempre existentes, a aplicação das técnicas da psicoterapia organísmica é, em todo caso, justificada. Visamos, naturalmente, não os quadros clínicos, mas as tensões psico-vegetativas subjacentes, nas mais diversas extensões, incluindo, como já sabemos, os simbolismos e suas sinalizações. Por isso é importante, mesmo nos casos de manifestações somáticas as mais dramáticas (eczema generalizado, rinite hemorrágica, alergias “perniciosas”), a exploração verbal juntamente com as associações dos pacientes quanto a seus sonhos, fantasias e imagens surgidas durante a aplicação das intervenções corpóreas.

20.14. Por trás da multiformidade dos sintomas, existem então, na maioria dos casos, diversas reações vasomotoras, isoladas ou combinadas. Muitas vezes é questão de tempo e de paciência, obter-se resultados positivos, já que tais reações cutâneas já são “facilitadas”, i.e., “treinadas” ou até “inveteradas”. É importante observar, mesmo, durante e depois da aplicação de uma técnica condizente – que nem precisa ser “logicamente” condizente – as alterações do estado de ânimo dos pacientes, porque nessas manifestações o inconsciente, com frequência, está expressando ou até apontando certos pontos “nevrálgicos” ou “sensitivos”, propondo um aprofundamento psicoterápico – mas sempre com prudência e tato. MEFISTÓFELES diz a FAUSTO, quando o faz assinar seu contrato sinistro com sangue em vez de tinta “O sangue é uma seiva interessante”....

20.15. É interessante e até instrutivo observar a resistência que surge em profissionais, mesmo na área da psicologia, em adotar o modo de ver da psicoterapia organísmica. Certamente não é fácil quando alguém quer estender sua mira além de tabelas, siglas, dados estatísticos, resultados de laboratório, manuais de testes e horários “flexíveis”. JUNG apontou que há muitos que não querem de modo algum saber mais sobre si mesmos e também que cada paciente novo traz uma mensagem sobre determinados pontos cegos do terapeuta; assim, temos que estar dispostos a “reaprender violentamente”, e é certo que isto deve ocorrer a cada dia, em cada sessão terapêutica. De outro modo não estaremos em condições de ajudar a libertar e “re-urdir” os dinamismos esfacelados e travados daqueles que procuram o nosso auxílio.

21. Meu corpo só raramente relaxa os pés e as mãos são inquietos minhas mãos estão freqüentemente trêmulas (ao segurar xícara, acender cigarro, etc.)...

21.1. JUNG aponta que a libido na criança atua, no início, na zona da alimentação, quando pelo mamar, o leite está sendo ingerido por movimentos rítmicos. Depois aparece, na área motora, uma prazerosa movimentação rítmica dos braços e das pernas. Com o crescimento e o desenvolvimento dos órgãos, a libido cria no indivíduo novos trajetos de atuação.

21.2. O modelo primário da atividade rítmica, prazenteira, que cria satisfação, é depois transferido para áreas de outras funções, por exemplo, a área do temporário e parcial propósito final da sexualidade. Assim, uma quota notável da energia da nutrição e do crescimento transforma-se em libido sexual, mas também assume outras formas. Tal transição, porém, não ocorre de repente, só na fase da puberdade, mas propõe-se paulatinamente, no decorrer da parte maior da vida infantil, revezando-se as fases de sugar e de atividade rítmica. O sugar pertence ainda à área da função nutritiva, mas estende-se além dessa, porque pode ser uma atividade rítmica sem ingestão de alimento que se pode encarar também como uma espécie de modalidade urobórica; e desta vez, a mão está acentuada (chupar o dedo!), e eventualmente desloca-se da zona oral para explorar diversas áreas do corpo, especialmente outros orifícios e determinadas áreas da pele: esfregar, “furar” (dedo no nariz!), beliscar, arrancar. A fase de atividade rítmica coincide, em geral, com o desenvolvimento mental e da linguagem.

21.3. Na idade adulta, em certos momentos de conflito, pode surgir uma regressão a uma escala anterior do desenvolvimento, i.e., as fases precoces da libido podem ser reavivadas. Um dos preponderantes fatores causais, em termos energéticos, seria o “desvio” da libido do seu trajeto natural, e tal fato bem pode criar aquilo que experimentamos como “angústia”, indicando algo inadequado e bloqueado atuando com especial limitação na área das pulsões originais. A confrontação com situações “apertadas” ou com qualquer necessidade por enquanto sem solução, faz com que a libido congestionada pelo bloqueio recorra a várias possibilidades existentes no indivíduo. Mesmo um cavalo bate com as patas, um gato movimenta seu rabo num ritmo diferente, um cachorro arranha a porta fechada até ser atendido.... Assim, uma pessoa que não encontra a resposta adequada, eventualmente esfrega o nariz ou os olhos, coça a orelha ou dá tapinhas atrás dela, puxa seu lábio inferior, tamborila com os dedos, sapateia, afasta e aproxima os joelhos repetidas vezes, dá batidinhas sobre os órgãos genitais ou os puxa ritmicamente. Embora sejam patentes certas analogias sexuais nessas atividades, a regressão da libido congestionada não abrange apenas modelos sexuais, mas inclui outras rítmicas atividades infantís. JUNG postula que talvez dessa maneira chegaram a inventar modos de fazer fogo.... E sabemos como a dança cria estados alterados de consciência ou até estados semi-inconscientes, fazendo aproximarmo-nos dos diversos aspectos da Grande Mãe ou do Grande Pai.

21.4. JUNG aponta também que o fator “ritmizante” constitui ainda o caráter peculiar de todos os processos emocionais. Cada estímulo, em qualquer fase da existência, mostra a tendência para suscitar manifestações rítmicas, i.e., repetições contínuas; tal fato manifestou-se nas experiências de associação pelas respostas que carregavam dinamismos de complexos, em forma de assonâncias e aliterações, sem levar à conclusão de que tudo tenha origem sexual. O caráter arquetípico, até “numinoso”, é bem perceptível, mesmo observando-se manifestações as mais diversas.

21.5. Em seguida a essa recordação de certos aspectos da psicologia jungueana, podemos logo salientar que os sintomas deste ítem não sinalizam “apenas” nervosismo, neurastenia, cansaço, tensão ou pouca capacidade de carregar conflitos externos, porque apontam também as tentativas meio regressivas da organização fisio-psíquica para tentar lidar com os assuntos não resolvidos, mesmo sem prometer uma solução imediata. Especialmente a fase atual em que vivemos não assegura muita quietude e nem promete recorrer a fixos modelos costumeiros, mas exige uma re-estruturação e re-formação constantes de nós mesmos. Não é para admirar, então, que a agitação pessoal, familiar e coletiva, repercute sob as mais diversas formas nas áreas da coordenação neuro-muscular, tanto da motricidade como da viscerosensibilidade. Muito mais do que antes, emergem encruzilhadas e momentos em que precisamos escolher e decidir. E tal pressão, inevitavelmente, mobiliza a contribuição do inconsciente, queiramos ou não. E isto, certamente, é uma grande ajuda, conquanto que possamos perceber-la e utilizá-la; mas, na maioria dos casos, a situação não é essa e exige-se um esforço ainda maior para estabelecer uma concordância dinâmica entre tais contribuições internas e as tarefas externas, especialmente relacionamentos.

21.6. Naturalmente, do lado neurológico pode-se também considerar o fato de que só uma porcentagem pequena dos movimentos executados origina-se de atos volitivos, consistindo a maior parte em movimentos involuntários. Trata-se, aqui, da conhecida coordenação do trato piramidal e do sistema extrapiramidal pelo sistema cerebelar. Como se sabe, o cerebelo tem três funções principais: mantém o equilíbrio, participa na regulação do tônus muscular e coordena todos os movimentos voluntários e involuntários; equaciona também os efeitos da gravidade e da inércia em todas as alterações (voluntárias e involuntárias) da postura e da posição da cabeça, do tronco e das extremidades; regula a interação de agonistas e antagonistas quanto à seqüência temporal dos movimentos. O sistema extrapiramidal influencia o tônus dos músculos estriados, determina a extensão e decorrência da inteira atividade motora espontânea, fornece impulsos para todos os movimentos de reação, expressão e sincinesia, i.e., para o todo da conduta motora individual; ao mesmo tempo está em condições de assumir complexos de atividades aprendidas mas depois automatizadas, como andar, nadar, dirigir carro ou bicicleta e outras habilidades, mais simples ou mais complicadas. Participa ainda em todos os movimentos voluntários, modificando-os de uma ou de outra maneira, e com isso outorga às atividades voluntárias cunho e colorido individuais.

21.7. Em relação com o trato piramidal temos que recapitular de modo conciso o sistema motor: a mais inferior escala de integração são os aparatos dos reflexos da medula. Entram em ação quando há alteração no estiramento muscular, i.e., praticamente em todos os movimentos do corpo e das extremidades. Mobilizam também reflexos de defesa e de encurtamento, e por isso causam reflexos patológicos no caso de lesão do trato piramidal (Babinski!) e também “automatismos espinais” em forma de sinergias de flexão e extensão. Em caso de necessidade, regulam também o reflexo de evacuar e de urinar, e as funções sexuais.

- A escala seguinte está representada pelo centro motor na substância reticular da medula oblonga. Aqui ocorre a tonização do todo da musculatura do corpo e a alteração do tônus muscular dependendo da posição, da postura e da colocação do corpo. Nesse contexto ocorrem as alterações da posição dos olhos, da cabeça e das extremidades, causadas pelos estímulos do labirinto. Atuam aqui reflexos tônicos (miostáticos). A substância reticular influencia a sensibilidade dos fusos musculares

através de específicos neurônios intercalados e de células do corno anterior cujas extensões são chamadas “fibras-gama”. Tal sistema de neurônios determina e faz variar o tônus dos músculos estriados e a intensidade dos reflexos de estiramento. A substância reticular, em dependência de estímulos externos e pelas ligações ascendentes está em condições de influenciar o estado estimulado do cérebro inteiro, mas também está submetida às influências dos centros motores superiores no tronco cerebral e no cerebelo.

- Os centros motores do metencéfalo, mesencéfalo e diencéfalo (ao redor do 3º ventrículo, no infundíbulo, no hipotálamo e no tálamo) trabalham de modo independente (também de estímulos externos). Determinam o ritmo do sono e da vigília e a produtividade motora. Quando o sistema piramidal sobreordenado cessa de atuar (lesão!) tais estruturas mesencefálicas, como uma espécie de centro motor arcáico, possibilitam a mobilização de atuações simples e esquemáticas, recorrendo a modelos de movimentos sinérgicos.

- A seguinte escala do sistema de integração motora são os gânglios basais do tronco cerebral com suas conexões variadas, denominadas em conjunto como sistema extrapiramidal, anteriormente já apresentado.

- O cortex motor representa a superior escala de integração. Influencia todos os centros motores inferiores, estimulando ou inibindo. Regula especialmente o tônus dos músculos estriados (economia!). Dele originam-se todos os impulsos para movimentos voluntários, capacitando o ser humano para executar os mais variados e adequados movimentos isolados com propósito (falar, escrever, desenhar, usar instrumentos, atuar abstratamente, etc.). No caso de estado intato dos centros motores inferiores, a parte mais importante do cérebro para o cortex motor é o giro central anterior, mas está organizado somatotopicamente, de modo que o lado esquerdo do corpo está representado no giro central anterior direito e vice-versa, a cabeça em baixo e os pés e pernas em cima. O polo cranial está representado pela boca e pela faringe e o polo caudal pela bexiga, pelas genitais e pelo ânus. As áreas de representação não seguem o tamanho das partes do corpo mas seu significado biológico. Por isso, a área cortical da mão é maior do que a do pé, e a do polegar é mais extensa do que a da mão inteira; assim também as áreas de projeção para a boca, língua, faringe e laringe são notavelmente extensas. Mesmo assim é possível, pela estimulação de áreas condizentes do cortex, causar contrações em músculos isolados e até em feixes musculares. É necessário realizarmos que entre determinados pontos no cortex e determinadas unidades musculares não existe uma conexão fixa e indissolúvel, como ocorre com isoladas células motoras do corno anterior da medula e fibras musculares a elas pertencentes. Assim, de diversos pontos estimulados no cortex é possível eliciar os mesmos efeitos nos músculos, mas também vale o contrário: do mesmo ponto estimulado fenômenos musculares diversos podem ser obtidos. Percebe-se que de um grande número de combinações no cortex motor será mobilizado aquilo que fornece o efeito motor desejado. A organização do cortex motor, então “visa” propósitos de movimento.

21.8. Todas essas “escalas” pertencem ao sistema nervoso cérebro-espinhal, que capacita o indivíduo a perceber, sentir e, consciente ou inconscientemente (voluntariamente ou por reflexos), a colocar-se em posturas e posições e executar atos que servirão para conservar sua vida e a da sua espécie, satisfazer suas pulsões, realizar seus desejos e atingir seus objetivos. O sistema nervoso vegetativo – trabalhando extensamente de modo autônomo – cria condições para tais objetivos do sistema nervoso cerebro-espinhal, pela regulação da irrigação sangüínea e do metabolismo, para que os órgãos possam adaptar-se às mais variadas e alteradas necessidades, assegurando a homeostase, i.e., um estado de equilíbrio fluido e flexível do organismo vivo em relação às suas várias funções e à composição de seus fluídos e tecidos. O sistema vegetativo executa essas tarefas em colaboração estreita com as glândulas endócrinas e com o sistema imunológico, não apenas em termos

sobreordenados, subordinados ou interdependentes, mais ainda pela coligação de tais sistemas em circuitos funcionais, com influências recíprocas em todos os níveis de funcionamento. Através das conexões cortico-diencefálicas e tálamo-diencefálicas, dinamismos volitivos, afetivos e inconscientes atuam também sobre esses processos coligados de regulações recíprocas. (Rever o ponto 7!).

21.9. Pela apresentação muito concisa da visão jungueana nos primeiros cinco parágrafos e pela exposição neurológica também concisa nos parágrafos 6. e 7. das “escalas” da motricidade, podemos ver que queixas como “só raramente relaxo meu corpo” ou “meus pés e minhas mãos são inquietos”, não são apenas sintomas superficiais de uma pessoa “nervosa”, mas que se trata de sensíveis desencontros ou defasagens dos respectivos circuitos funcionais, de natureza muito mais complexa do que se pensaria à primeira vista. Só no sistema imunológico podem ocorrer desde as reações maiores ou menores de hipersensibilidade, ou o aparecimento de defeitos das específicas imuno-reações humorais ou celulares, até as chamadas “doenças imunológicas” (alergias, isoantígenos, quadros de auto-imunologia, etc.). Tais anomalias afetam tanto os sintomas endocrinológico e nervoso como a condição psíquica.

21.10. As manifestações de queixas psicossomáticas nas últimas décadas aparecem mais amplamente também em pessoas tidas como isentas de enfermidades patentes. A intensificação dessas queixas em diversos grupos da população – minoria política, socialmente discriminados, presidiários, parentes de pessoas falecidas, pertencentes a determinadas classes sociais – foi constatada e discutida num congresso internacional de medicina psicossomática (1979, Jerusalem). Mesmo a respeito de culturas “primitivas” consideradas “sadias” e sem neuroses surgiram informações surpreendentes, por exemplo: os homens em Ghana e na Índia sofrem mais de prisão de ventre do que os da Europa Central. Queixas vegetativas aparecem em número sempre mais crescente na Argélia, na Indonésia e no Peru, e na Nigéria, 84% da população “normal” apresenta sintomas psicossomáticos. Hoje em dia já é considerado como indiscutível o postulado de que momentos psíquicos podem ser constatados também em quadros patentemente somáticos e não apenas naqueles originalmente encarados como especificamente “psicossomáticos”. Já há 30 anos atrás constataram que, em uma certa população, os mais atingidos por esses sintomas eram pessoas insatisfeitas, infelizes, inseguras, sofrendo uma série de problemas pessoais, e o número de enfermidades somáticas cresceu paralelamente às perturbações emocionais e adaptação dificultada, com a apresentação das mais diversas queixas, e não especificamente “psicossomáticas” – como reação à situação existencial e aos relacionamentos com o meio. Alguns autores já afirmam que cada doença é psicossomática.

21.11. De outro lado, pode ser observada a tendência maciça para tentar recorrer aos “ritmos perdidos” ou reestabelecer a ritmicidade perturbada, o interesse despertado pelas danças folclóricas, pela cerâmica, artesanato popular, arte “primitiva” ou trabalhos manuais (tecelagem, bordado, renda, receitas de tricô ou crochê) e condicionamentos físicos (artes marciais, T'ai chi, massagens dos mais diversos tipos). A unilateralidade que durante certo tempo toma conta da consciência, será inevitavelmente compensada por emendas, correções e equacionamentos inconscientes. Parece que aquele processo que em termos jungueanos denominamos individuação, irrompe com extensão e aceleração sempre mais amplas, e os terapeutas devem estar adequadamente preparados tanto para atender as manifestações inconscientes e conscientes, como a área somática, porque por uma concatenação prudente dessas categorias, podem lidar mais efetivamente com as necessidades humanas e ajudar a cumprir as exigências mais abrangentes, às quais a coletividade terá que corresponder.

21.12. A aparente superficialidade dos sintomas desse ítem indica, então, extensões maiores, e aqui a psicoterapia orgâsmica poderá lançar seus recursos com bastante proveito – mas sempre com escolha criteriosa e visão sintética. Já que a psique humana possui uma arquetípica tendência

concretizante para manifestar idéias, emoções e propósitos maiores através de sensações corpóreas e imagens oníricas, tomando o caminho inverso, por adequados estímulos corpóreos podemos efetuar alterações justas e condizentes na organização psíquica, observando tais reajustamentos pelo acompanhamento de séries de sonhos e fantasias.

22. Tenho muitas vezes contrações involuntárias no rosto ao redor dos olhos na cabeça nos ombros...

22.1. Trata-se de determinadas perturbações da motricidade independentes da vontade. Podemos perceber, em geral, que em condição quieta ou durante a relaxação muscular ou mesmo durante movimentações intencionadas – eventualmente também durante o sono – aparecem nos pacientes movimentos de índole e intensidade as mais variadas e não pretendidos, de modo cíclico ou contínuo, prejudicando ou impedindo os movimentos voluntários. As formas são bem diversas: contrações singulares (trancos), tremores, torsões ou balismo das extremidades ou do tronco, etc. Em termos globais, os movimentos independentes da vontade expressam a função perturbada dos centros motores extrapiramidais e suas conexões. Está prejudicado, então, o equilíbrio harmonioso da integração motora; os diversos centros subcorticais não participam de modo desimpedido na execução dos movimentos voluntários e na organizada função motora emergem os estímulos inerentes de estruturas filogeneticamente mais remotas e de ordem inferior – formas motoras primitivas que, em condições normais, não aparecem no ser humano. Num sono bem profundo tais movimentos cessam, embora em condição consciente mais aquietada, possam permanecer.

22.2. De acordo com suas manifestações clínicas, tais formas motoras patológicas podem ser: tremor, coréia, balismo, atetose e distonias (lordótica, espástica, torcicolo), a fasciculação ou fibrilação de um grupo muscular: a mioclonia. O que nos interessa, especialmente, nesse ponto, são os tiques uma manifestação motora em geral mais complexa, imitando movimentos expressivos, de base emocional. Nos músculos da mímica aparecem como “cacoetes” nas mais diversas maneiras ou extensões, desde befarospasmo até tremores do platisma. A mioclonia é sempre consequência da lesão de estruturas orgânicas, mas o tique pode ser a expressão de uma hipercinesia funcional (neurose!). A mioclonia pode ocorrer em qualquer músculo estriado, muitas vezes de modo localizado, ou abrangendo vários músculos. Pode aparecer nos músculos do tronco ou das extremidades, mas também nos músculos do palato. O sistema palido-olivar deve estar especialmente envolvido nesses quadros. Já sabemos que as organizações dos movimentos estão sendo assegurados por conexões e circuitos de reverberação intra e internucleares, i.e., sua coordenação fisiológica é complicada. Diversos processos enfermos de pontos de lesão os mais variados, criam, muitas vezes, o mesmo quadro extrapiramidal, e a lesão de estruturas idênticas pode causar diversas perturbações dos movimentos, justamente pela diferença quanto à lesão das associações internucleares. Já não se trata apenas de uma suposição que determinadas facilitações de movimentos podem ser obstaculizadas ou “descarriladas” não só por inespecíficas influências afetivas, mas ainda por específicos fatores psíquicos ou situacionais, atuando sobre o processo.

22.3. Na formação de sintomas é possível constatar o funcionamento regular ou irregular dos sistemas piramidal e extrapiramidal. Não devemos pensar logo em “histeria”, cuja sintomatologia segue as conscientes e inconscientes fantasias e necessidades de expressão performada. Nas perturbações extrapiramidais, no início bem como no seu trajeto de evolução, tanto lesões periféricas ou centrais, como efeitos situacionais e de cunho pessoal, coligam-se numa expressividade variada. Em todo caso, os movimentos voluntários ou involuntários, adquiridos e firmemente assimilados, sempre dependem também das condições afetivas e situacionais, especialmente observáveis no escrever, na postura da cabeça e em outras decorrências motoras.

22.4. Voltando aos tiques, podemos descrevê-los como contrações musculares estereotipadas e circunscritas, que de repente se manifestam sem servir qualquer propósito constatável. Em parte parecem expressar no rosto certa mímica, mas destacada da sua conexão, embora possam contribuir em certos movimentos do rosto transmitindo “defesa” e em certas características sinalizações musculares no ombro e no pescoço. O tique pode aparecer – como a mioclonia – em qualquer músculo estriado, até no diafragma, mas os músculos predispostos mesmo são os músculos da face, e aqueles que estão em relação com sugar, mastigar e falar. Para FERENCZI o tique seria a expressão muscular de obscenidades retidas ou palavras reprimidos. Mesmo que tais movimentos – de manifestação irregular – apareçam bem nitidamente na testa, no pescoço e nos ombros, eventualmente suscitam uma impressão de que podem ser compreendidos como que carregando algum sentido ou propósito. Embora apareça em qualquer faixa etária, pode ser observado predominantemente em crianças entre 5 e 10 anos, e em meninos duas ou três vezes mais do que em meninas.

22.5. Em termos psicofisiológicos é possível constatar a co-actuação de “cargas” ou traumatismos prévios periféricos ou centrais (encefalite!), mesmo inexistindo achados orgânicos na maioria dos casos. Às vezes ouvem-se estórias bem peculiares aludindo a determinados eventos precedentes, como o caso de um professor de direito que durante um transitório regime ditatorial (depois da primeira guerra mundial) foi obrigado a redigir uma série de leis em favor do operariado, com um revolver encostado na testa; ainda décadas depois, ouvindo a palavra “operariado” sua cabeça executava movimentos de evitação e seus ombros encolhiam-se. Mas figuram também, em grande número, acontecimentos pouco específicos.

22.6. Podemos estudar as diversas formas e as origens desta sintomatologia pelas síndromes:

- Na síndrome de TOURETTE trata-se de uma forma singular “generalizada” que já CHARCOT separava das manifestações histéricas. Suas causas podem ser bem diferentes: neurose, psicopatia, enfermidades orgânicas que atingem centros estriados ou uma perturbação inata nessa área. Aparecem tiques no rosto, piscadas, distorções na boca, fungadas, rotações de cabeça “aos arrancos”, ofegações, suspiros ruidosos, estalidos com a língua, curtas tossidas pigarrentas, cuspidadas. Em outras áreas observam-se trancos no ombro, nas costas, movimentos de “pinçar” ou prender nas mãos, pulinhos estereotipados, desvios saltitantes, trepidações com os pés, emissões de sons, de obscenidades, de palavras (coprolalia), ecolalia. Os tiques podem intensificar-se no caso de agitação emocional até uma “tempestade coreática”, mas é possível dominar parte dessas movimentações com uma ação volitiva. Trata-se, em geral, de personalidades pré-mórbidas com feições patológicas (vontade inativa, inconsistência, insegurança, labilidade emocional, infantilismo). Correspondentemente podem interromper imotivados acessos de ira com gritos, cusparadas, socos, quebrando ou esmagando objetos, etc.

- “Tiques dolorosos” ocorrem em nevralgia dos nn. trigêmeo e glossofaríngeo ou depois da paralisia e restituição incompleta do n. facial.

- A policlonia (FRIEDREICH) pode aparecer como paramioclonia de origem hereditária ou pode acompanhar a encefalite, mas supõe-se que tem formas “funcionais” também, i.e., acompanha uma enfermidade endócrina ou tóxico-infecciosa. Descreveram-na também em psicopatas como “neurose mioclônica”, denominação bastante inadequada. Aparecem contrações bilaterais – às vezes em acessos – dos músculos em diversas áreas do corpo, mas especialmente na cintura escapular. A pessoa não perde a consciência. Os reflexos parecem normais ou aumentados (simetria!). A agitação psíquica intensifica tais fenômenos que não se manifestam durante o sono.

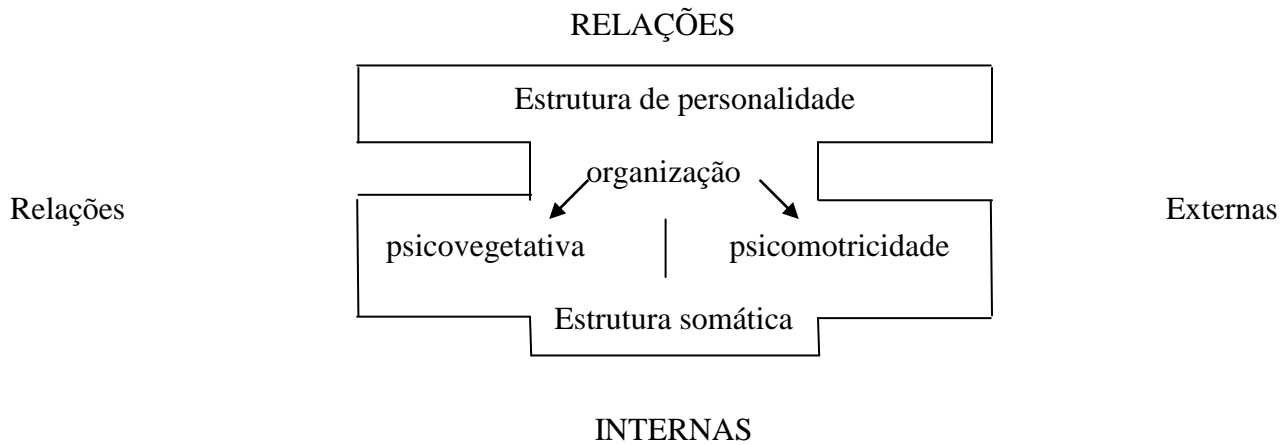
22.7. No caso de crianças, observam-se exigências tanto da parte dos pais como da escola, existindo, ao mesmo tempo, rivalidade da parte dos irmãos, impedimentos no desenvolvimento motor e agressividade. Em muitos casos não encontramos tanto “nervosismo” mas uma neurotização paulatina em dependência do próprio quadro. É importante, por isso, orientar os pais, parentes e empregados para terem uma atitude equacionada a respeito. Um capítulo à parte é a tentativa de convencer professores e o orientador educacional, e ao menos os colegas de classe para que tenham uma atitude adequada e tolerante, especialmente no início de um eventual tratamento. Nesse sentido, tudo que diminui o nível de excitação pode ajudar. No caso de já existentes conflitos de personalidade e do seu desenvolvimento ou em patentes fixações em certas situações, a psicoterapia verbal é indispensável.

22.8. As técnicas da psicoterapia orgânica podem ser empregadas em diversas formas de diversos ângulos. É melhor, no início, não tentar eliminar o sintoma, mas observar sua manifestação antes e depois da aplicação das técnicas escolhidas. Mas além dos achados resultantes dessas observações, é aconselhável observar cuidadosamente os fatores psíquicos “impessoais” embora a cabeça simbolize os aspectos conscientes do indivíduo, sua vontade, sua função superior, etc., entre outras correspondências. O quê estaria irrompendo, por exemplo, em forma de tique, justamente nessa área? O bem estar moral e mental de um indivíduo e de muitos outros a ele coligados, exigem conhecimentos da existência de fatores e dinâmismos além da psicologia pessoal. Tal questão pode ser bem tratada e conduzida mesmo no caso de crianças. Mas é mister que o terapeuta tenha algumas idéias claras a respeito, e nem é necessário que tais idéias tenham um expressado cunho metafísico, já que existem como fatores psíquicos no inconsciente coletivo. E tanto faz se as manifestações se dão através do sistema piramidal ou extrapiramidal; a sintomatologia transmite a sensação de que alguma coisa permaneceu não conscientizada – ou até negada – e nesse caso, em vez de dimensões arrasadoras, surge uma sinalização inicial em forma de tique. Houve já muitos casos em crianças, em que o sintoma aludia a pressões que as teriam levado para fora do trajeto da individuação pré-programada. O passado histórico e a destinação ou vocação individual devem participar proporcionalmente, nos diversos momentos do processo de um vir-a-ser.

23. Estremeço se alguém se movimenta, de repente, na minha direção ou se dirige a mim, especialmente em momentos de agitação....

24. Perante um público fico inquieto(a) ou com “febre de ribalta”....

1. Sabe-se que as correlações fisio-psíquicas são efetivas tanto nos dispositivos interiores (Eu, inconsciente) como nos exteriores (meio, mundo). Dessa correlação, por enquanto, a relação básica não foi ainda definida por uma análise causal, talvez nem será conseguida em tempo breve, embora existam dados bastante convincentes para levantar hipóteses parciais. Naturalmente houve esforços notáveis para construir modelos cognitivos e funcionais que possibilitariam, ou ao menos tentariam entender a índole das coligações dessas áreas, apesar das diferenças de categorias. Por enquanto, podemos postular um sistema de ordem biopsíquica que abrange em uma unidade a vivência, a conduta, e funcionamentos somáticos decorrentes nos diversos processos vitais, por fórmulas cognitivas. Tal sistema pode ser investigado por metodologias diversas nos seus componentes, quando se procuram correlações. A organização psico-vegetativa serve não apenas um inconsciente automatismo interno, mas participa intensamente no vivenciar do meio, na percepção deste, na conduta, bem como na apresentação e atuação através dos movimentos (sistema gama da motricidade). Ao mesmo tempo, a organização psicomotora, sensível e sensorial do sistema nervoso comunica-se com numerosos processos no funcionar psicovegetativo. Dessa maneira, ao menos em parte os processos vivenciais e somáticos podem ser “condensados”, apresentando uma articulação dinâmica.



2. Assim ocorrem as integrações de emoções, cognições, da mesma forma como as das aferências e eferências, apresentando feições características de vitalidade, reagibilidade, afetividade e estados de ânimo individuais, decorrentes do intercâmbio entre consciência e inconsciente, o que permite estudarmos com mais ou menos clareza, os complexos, as condições do inconsciente pessoal, os processos arquetípicos com sua fenomenologia (amplificação!) e assim entender melhor as manifestações da Sombra, da Anima ou do Animus e também as da Persona. Tomemos um exemplo: não raramente encontramos um complexo materno em função da perda da mãe já na tenra infância. JUNG aponta (cartas, vol.III, pg.71) que a influência exagerada de uma mãe viva tem as mesmas conseqüências que a sua falta. E uma das feições principais do complexo materno é fato de que a pessoa está demais influenciada pelo inconsciente. Já que o inconsciente, no homem, se manifesta com dinamismo feminino, alegoricamente é como se o jovem fosse tragado pela mãe. Isto causa o subdesenvolvimento do lado feminino do caráter masculino, o que pode manifestar-se como feminilidade escassa ou demais patente. Tal situação psíquica acarreta angústia e sentimentos de culpa, sintomas de uma adaptação insuficiente, apresentando sempre ou escassez ou exageros. Além disso, há uma sensação de tarefa a ser cumprida e ainda não empreendida... É necessário, então, examinar as fantasias e sonhos, porque indicam os “pontos” onde deve ser iniciado um trabalho. As nossas fantasias rodeiam sempre o ponto da nossa insuficiência, onde qualquer falha poderia ser compensada. JUNG, nesse contexto, não menciona a situação da mulher, mas podemos imaginar a importância da figura paterna, tanto em manifestações demais potente, como na circunstância de sua inatividade ou falta na vida de uma menina. O público, nesse caso, pode aparecer como um “macho” subjugador ou, na vida cotidiana, o espaço psíquico e físico não preenchido pelo pai, pode ser povoado por “fantasmas” das mais diversas espécies.

3. Uma organização físeo-psíquica pode ser perturbada e, em parte desintegrada, também naturalmente, pelos meios mais diversos. Muitas vezes, no início, nem aparecem sintomas. A pessoa, apenas, “não se sente bem”; percebem-se alterações na sua conduta geral e no funcionamento dos diversos circuitos orgânicos. Aqui, naturalmente, não falamos ainda de processos “patológicos”. Tal área seria dos médicos e suas especialidades. Organização e harmonia perturbadas podem atingir, evidentemente, a psique e a soma em proporções iguais ou desiguais (sobre isso já falávamos em outras ocasiões). Assim, sofrem tanto a coordenação individual nas suas várias disposições como também o entrosamento social. JUNG aponta em uma carta (Ed.al,II, 404) que a apresentação pública e um eventual sucesso extraordinário de uma criança super-dotada acarretam sérios perigos, por exemplo, um desenvolvimento irregular. Não raramente uma parte da personalidade permanece subdesenvolvida (infantil) e tais aspectos devem ser protegidos de uma exaustão física e psíquica, especialmente se essa criança demais cedo envolve-se com a agitação do mundo exterior. Até pode perder, dessa maneira, os seus dotes.

4. Nas síndromes psicovegetativas constituem provavelmente uma disposição essencial também, as particularidades genéticas, quanto ao decorrer do efeito dos estímulos e respostas (afetividade-afetividade) pelos trajetos possíveis ou “preferidos” do sistema nervoso. Além das conexões e manifestações dessa “herança neuropsíquica” figuram, com importância não desprezível, certas “estampas” pré- ou pós-natais quanto à condição física e a maneira como a pessoa as incorpora, suporta, e, psiquicamente, as elabora e assimila. Podem existir pontos ou circuitos funcionais de menor resistência, mais “frágeis”; traumas, influências nocivas e mecanismos de ajustamento desviantes, constituem determinantes “potenciais” nas falhas de organização na área psicovegetativa. Assim, cada sintomatologia (eventualmente aparecendo como “síndrome”) exige a procura de correlatos simultâneos. Um exemplo simples seria: no caso de “neuroses” observar as manifestações somáticas existentes, e no caso de perturbações vegetativas fazer o levantamento do estado psíquico, incluindo a fenomenologia do inconsciente (fantasias, sonhos, símbolos, complexos, etc.).

5. Cada síndrome psicovegetativa tem que ser investigada por profissionais competentes afim de se precisar eventuais envoltórios orgânicos já em forma de processo patológico. Aqui as opiniões podem ser bem diferentes. Não é aconselhável entrar em discussão, especialmente se o profissional da medicina patentemente carece de conhecimentos psicológicos. Mas temos que apontar a nossa visão diferente e propor técnicas correspondentes em termos de “recondicionamento físiopsíquico”. Sempre podemos esperar pontos de vista condicionados pela especialidade ou pela “linha” adotada. É apenas para apontar que as hipóteses diferentes não excluem a efetividade das técnicas aplicadas. Também é melhor não discutir a validade ou não validade dessas técnicas com um profissional que não as conhece e levanta críticas partindo apenas da sua visão ou da sua formação diferente, querendo talvez “testar” ou exigir “provas”. Propomos, antes, ver os resultados, e não aceitamos “testes” ou “provas”, nem “demonstrações”. A aplicação da técnica deve ocorrer em situação terapêutica “limpa”, isto é, sem “observadores participantes”, já de antemão com prevenções subjetivas.

6. Acentuadamente temos que investigar – além da situação físiopsíquica – as condições familiares, raciais e sociais e os conflitos que possam originar-se dessas áreas (“taras, destinos, envoltórios políticos, ideológicos, religiosos”) para avaliar o significado existencial e a conduta externa e interna do indivíduo em função dessas conexões. JUNG aponta (Cartas, III, 124), em relação com o papel do barulho na civilização, que ele está sendo bem-vindo pelas massas porque é experimentado como um feitiço apotrópico. A poluição das águas, a radioatividade crescente e a ameaça sinistra de superpopulação com suas tendências genocidas, já criaram uma angústia que não se tornou consciente em todas as áreas da Terra, e para abafá-la preferem o barulho, já que este abafa também a instintiva advertência interior. Quem está com medo procura populações barulhentas e agitações ruidosas que espantam os “demônios”. Os recursos primitivos correspondentes eram gritaria, música, tamborilados, crepitantes fogos de artifício, o tocar dos sinos, etc. O barulho é tão imediato, tão excessivamente real que qualquer outra coisa se torna apenas um pálido simulacro comparada com ele... Assim, constitui um inconfessado e incompreendido meio para o propósito de compensar a angústia... que, no silêncio, levaria as pessoas a re-pensar muita coisa, e nem se poderia prever tudo que emergiria na consciência. A maioria das pessoas tem medo do silêncio, por isso ocorre que, se um barulho constante, por exemplo uma conversa, pára, algo tem que ser dito, feito, assobiado, cantarolado, tossido ou murmurado... sempre está sendo temido aquilo que possa emergir do próprio íntimo... ZOLA mencionou uma vez que as grandes cidades são os “holocaustos da humanidade”, porque justamente representam o aniquilamento de um propósito não conscientizado do inconsciente atual..... Tudo isso é deletério para a capacidade de concentração, justamente aquilo que as nossas máquinas e aparatos altamente diferenciados exigem; estes, sendo indispensáveis para a vida das massas, exatamente por isso representam perigo nos casos de superficialidade, falta de atenção e

conscienciosidade. A debilitação nervosa produzida pela inquietude geral, leva ao alcoolismo, ao uso de entorpecentes e “tranquilizantes” e com isso a uma intensificada opressão da vitalidade e a um desgaste precoce – meio muito efetivo para a degradação da humanidade de modo menos perceptível... Tal preocupação, patentemente atual, de JUNG, permite continuar extensamente suas colocações nas mais diversas direções. Uma das tarefas terapêuticas seria, então, levar o paciente a conscientizar tanto os aspectos somáticos como os psíquicos-existenciais.

7. O tratamento simultâneo ou complementar – isto é, uma terapia que observe tanto a indisposição psíquica (subjéctiva e objectiva) como a labilidade neurovegetativa e a perturbada regulação somática – tem que figurar sempre na visão da psicoterapia organísmica (abordagem multidimensional). Assim, com uma mira sinóptica, poderemos considerar tanto os aspectos psíco-dinâmicos como os fisiológicos-operantes nos casos de uma maior ou menor desintegração do equilíbrio fisio-psíquico. Há uma tendência para tudo isso apenas do ângulo de uma descoordenação “bio-técnica” (biofísica, bioquímica, imunológica, etc.), mas isto certamente não contenta aqueles que consideram o imenso campo vivencial com seus diversos processos conscientes e inconscientes, vendo nele, na realidade, a origem de qualquer equilíbrio vital, inclusive as falhas genéticas. O papel das inconscientes forças pulsionais e arquetípicas-existenciais não pode ser negligenciado. Quanto mais está sendo alimentada a síndrome de um dinamismo neurótico, tanto mais figuram processos inconscientes na origem e no estabelecimento de estimulações nervosas “espúrias” nos órgãos internos. Também já foi mencionada a importância dos motivos da atuação individual na esfera social, já que influenciam patentemente a conduta. Várias vezes foi observado e descrito como anomalias funcionais na área somática derivam de uma integração insatisfatória ou escassa no campo social, causando cronificadas ou inveteradas tensões afetivas, com a consequência de alterações no tônus muscular e visceral. Assim, processos sócio-somáticos são componentes essenciais da condição psicossomática. O terapeuta que trabalha na área da psicoterapia organísmica deve possuir, então, conhecimentos, capacidade e experiência para avaliar a situação sócio-psicológica e sociológica na exploração e no tratamento das perturbações psico-vegetativas.

8. As falhas de integração na organização psico-vegetativa podem ser ressaltadas individualmente em graus diferentes. Mesmo a manifestação de um determinado sintoma ou quadro pode apresentar acentuações as mais variadas, mas não apenas na base constitucional; os “acidentes” biográfico-situacionais também tendem a participar, às vezes proeminentemente, nos afastamentos funcionais do trajeto normal. De novo temos que apontar que a dependência demais rígida do terapeuta em relação à sua “escola” ou “linha” pode também salientar desnecessariamente pontos menos marcantes ou passar por cima de evidências mais significativas. Na realidade, a psicoterapia organísmica, na sua forma atualizada, deveria estar aberta a todas as “linhas”, teorias e considerações quanto ao entendimento da organização psicomotora e psicovegetativa, já que nenhuma delas – como já foi apontado – abrange inteiramente a complexidade dessa temática. Hoje em dia emergem, sempre mais, modos de ver metafísicos-sobrepessoais e transcendentes que colidem sensivelmente com várias ideologias materialistas, cosmovisões filosóficas confessionais as mais diversas. Necessita-se um período nem tão curto até que possa surgir uma sintética nova visão – para todos acessível, abrangendo na sua totalidade as áreas da existência e da experiência humana – inclusive a da “ciência”....

9. Assim podemos ter uma idéia mais abrangente quanto à variedade de quadros entre os quais figuram os sintomas apontados nos dois itens – 23 e 24 – já que podem aparecer tanto uma transitória sensibilidade aumentada, não raramente hipocondríaca, nas reações neurovegetativas, como manifestações fóbicas mais duradouras. Na literatura encontramos denominações como “incontinência afetiva”, “labilidade afetiva”, “anancasma”, etc. Apresentamos três síndromes de “incontinência afetiva” de origens bem diferentes:

- O “quadro cerebral” pós traumático com rebaixamento geral do rendimento, falta de concentração, perturbação da memória e da atenção, tolerância reduzida a sobrecargas físicas e psíquicas, pensar lento, limitações na capacidade associativa, labilidade afetiva, irritabilidade e não raramente reações primitivas. Piora no caso de calor, pequenas infecções, sacudidas ao viajar com trem ou automóvel, após algum abuso de nicotina ou álcool. Os primeiros sintomas são dores de cabeça, tontura e vômito. Em psicoses, na fase inicial e nas reações histeriformes é possível observar quadros semelhantes...

- A “síndrome de angústia” também chamada neurose de angústia ou psicose de angústia. Aparece em intensidades diferentes, como que em “acessos de angústia”. Trata-se de uma sensação difusa, ao contrário do “medo” que está ligado a assuntos, imagens ou fantasias específicos. Sintomas na circulação: ansiedade pré-cordial, i.e., sensação de palpitação, tontura, inclinação para desfalecimentos, aumento da pressão sanguínea. Sintomas na área gastro-intestinal: opressões (sensação!) na faringe, disfasia, diarreia ou prisão de ventre. Aparecem também perturbações na área sexual. O rosto expressa também a angústia, é pálido, pode haver sudorese generalizada, tremores, o paciente é inquieto e com frequência bate os dentes. A angústia pode acompanhar perturbações somáticas: respiração dificultada, angina no peito, circulação perturbada, hipoglicemia, afecções do labirinto, intoxicações com antihistamínicos – e psíquicas: por exemplo, a angústia de ser desmascarado nos histéricos, a angústia da realidade nos anancásticos (compulsivos), a angústia da vida em depressivos agitados, a angústia do “torpor interior” nos esquizofrênicos, a angústia catafímica como expressão de desejos reprimidos, a angústia universal nos fóbicos.

Para estas reações deve haver uma disposição em função de fatores constitucionais ou educativo-sociais. A idade tem que ser considerada sempre, já que pode ocorrer a “troca” de síndromes (influências genético-constitucionais, cérebro-neurogênicas, psico-sociogênicas).

- A “síndrome pseudo-neurastênica”, onde há ou uma perturbação vascular vegetativa ou uma falta de irrigação sanguínea do cérebro; os sintomas precedem, muitas vezes, um acidente vascular. Aparece dor de cabeça difusa ou localizada, com tontura (lugares altos), zumbido nos ouvidos, visão fraca, alterações no ritmo normal do sono, redução das capacidades mentais, labilidade afetiva, irritabilidade, hipocondria, estado de ânimo oscilante, crises centrais de metabolismo, sinais frequentes de desfalecimento que nem sempre ocorre, difusas parestesias nas extremidades, crises abdominais (distonia vegetativa na área do nervo esplâncnico maior). Tais manifestações intensificam-se um pouco antes do acidente vascular, reforçadas por ânsia de vômito e náusea, e “aperto” no peito.

10. Na primeira e na terceira síndromes, especialmente pela afecção do sistema nervoso central aparecem os sintomas; na segunda síndrome a psicogênese parece ser mais acentuada. Mas trata-se de sintomatologias “encaminhadas”; as afecções de origens diferentes encontraram canais orgânicos para suas sinalizações. O corpo fornece um “palco” para o configurar dos sintomas psicovegetativos, em termos de uma organização fisis-psíquica para as diversas formas de reações. Anomalias no funcionamento (e no rendimento) podem manifestar-se tanto na área inteira do corpo como apenas em determinadas regiões ou circuitos orgânicos. As diferenças nos modos de reagir dependem igualmente das condições individualmente específicas e das influências ou “estampas” sócio-culturais.

11. Mas existem condições em que certas alterações psico-dinâmicas não se canalizam logo através dos dispositivos somáticos, mas permanecem em uma “área de tensão” limítrofe, com escassas sinalizações somáticas. Observando os conteúdos dos dois itens em questão (23-24), inevitavelmente surgem diagnósticos como “hipocondria”, “histeria”, “fobia” ou quadros semelhantes. Parece que os

introvertidos têm mais tendência para essas reações. No caso do item 23 a “área de tensão” está sendo tocada, causando antes reação motora, e só depois vegetativa. O item 24 é um caso bastante claro da sócio-gênese da sintomatologia; até poderíamos nos referir a ele como “crise da Persona”, i.e., há uma defasagem – às vezes transitória, às vezes duradoura – entre a dinâmica da suposta expectativa “pesada” da psique coletiva (público) e a intensidade da réplica proposta pelo indivíduo no seu desempenho.

12. Sempre há, certamente, algumas diferenças entre as proposições conscientes da Persona e a orientação antes inconsciente do Eu, através do SELF. Levaria muito longe pormenorizar tal questão, não tanto pela complexidade do assunto mas pelas concatenações constantes dos campos somático e psíquico, exigindo certa “acrobacia” não só da função cogitativa mas praticamente de ambas as disposições (extra- e introvertida) e das quatro funções, considerando paralelamente a decorrência hormonal, imunológica e neurológica. O passo seguinte seria a observação dos emergentes conteúdos inconscientes, e assim adiante. Tal trabalho – que deveria ocorrer em conjunto – já ultrapassa os limites e proposições do curso.

13. A psicoterapia organísmica encontra aqui um campo muito “gratificante”. Trabalha-se sempre da periferia para o centro das manifestações, e sempre considerando as limitações impostas pela origem da sintomatologia, idade da pessoa em tratamento, e sua colocação sócio-existencial. É aconselhável, como já foi tantas vezes dito, iniciar com as técnicas básicas e só depois aplicar seqüências mais sutis. Diagnósticos de outros profissionais podem ser encarados como contribuições de valor mas nem sempre servem diretamente para uma orientação terapêutica. Isto vale especialmente para aquelas prescrições em que o profissional propõe “Schultz”, “Jacobson” ou “Calatonia”, etc., sem ter informações mais patentes – salvo por enquanto poucas exceções – quanto às reais indicações desses procedimentos.

25. Em certos momentos lacrimejo com facilidade...

25.1. O centro do reflexo de lacrimejar encontra-se no tronco cerebral entre outros centros de reflexo como bocejar e tossir. Emoções patentemente intensificam sua ativação. As representações corticais também existem, mas essas, em geral, não podem ser tão nitidamente localizadas como as das outras funções somáticas. Mas o fato de que todas as reações condicionadas e adquiridas estão coligadas com processos somáticos permitem supor que devem ser também organizadas no córtex cerebral. Por exemplo: o estímulo de uma determinada região do cérebro (área 8) que regula os movimentos dos olhos, causa também a dilatação da pupila e a secreção de lágrimas. O estímulo daquela área cortical de que resulta o movimento da língua e dos músculos da face causa também a secreção da saliva. É sabido que já há 35 anos comprovaram a existência de representações corticais das funções viscerais. Mas parece que o neo-córtex só participa em processos viscerais se ao mesmo tempo ocorrem ações voluntárias na parte somática. Isto pode ser comprovado durante a aplicação das técnicas corporais, como também em conexão com a dança, T'ai Chi, artes marciais, etc. A contribuição psíquica afirma-se também de modo patente nesse sentido.

25.2. As representações autônomas (vegetativas) no cérebro estão sendo evidenciadas, antes, por experimentos fisiológicos em animais e não tanto por correspondentes dados anatômicos. Supõe-se que existem conexões entre o cerebelo e o tálamo ou através dos centros autônomos do tronco cerebral. A esse ponto voltaremos ainda. Uma atividade visceral, depois de se estimular o cerebelo, assemelha-se às reações obtidas depois de estimular o parassimpático. Aqui seria possível postular a ativação dos circuitos funcionais do parassimpático, como também a inibição dos circuitos funcionais do simpático, como já foi visto em relação com o eritema, no item 20. As representações viscerais no tronco cerebral e na medula existem em forma de “colunas” de células nervosas de onde alguns

neurônios emitem fibras pré-ganglionares acompanhando aqueles nervos cranianos e medulares que inervam as vísceras, glândulas, vasos e, em geral, os músculos lisos. Outros neurônios próximos à formação reticular entram nos trajetos hipotalâmicos descendentes. Os neurônios autônomos do tronco cerebral são partes daqueles núcleos dos quais se originam os nervos oculomotor, trigêmeo, facial, glossofaríngeo, vago e acessório. Os correspondentes órgãos efetores são as pupilas, as glândulas lacrimais e salivares, as áreas cardiovasculares, as vias respiratórias e as vísceras abdominais. Mesmo na formação reticular existe representação vegetativa. A localização desses centros vitais na área estreita da medula oblonga explica as conseqüências deletérias do seu traumatismo. Devemos apontar ainda que a denominação “centro” não deve ser concebida em termos anatômicos demais estreitos.

25.3. Algumas síndromes instrutivas:

- A lesão do nervo facial em determinados pontos causa a perturbação da secreção de lágrimas e na restituição defeituosa da paralisia desse nervo, no lado traumatizado, ao comer não ocorre apenas salivagem mas também lacrimação. Trata-se de uma anormal inervação secretora ou regeneração “errada”, criando sinapses não “autênticas” (efapses) por um processo ainda não esclarecido.
- Na miastenia, no caso de dosagem demais alta de prostigmina, pode ocorrer “crise colinérgica” por acúmulo excessivo de acetilcolina na placa motora, causando fraqueza e fasciculação muscular (perigo de paralisia respiratória!) e ainda sintomas vegetativos como miose, náusea, vômito, sudorese, lacrimação, secreção intensificada nos brônquios, cólicas intestinais e diarreia.
- Pela lesão da cadeia simpática cervical ou torácica aparecem miose, ptose, enoftalmo e secreção aumentada do suor e de lágrimas.
- Também nas nevralgias descritas por HUNT (gânglio pterigopalatino) e por SLUDER (gânglio genicular), além das dores ocorre ainda perturbação da secreção da saliva e das lágrimas.
- Observa-se lacrimação mais intensa no caso de irritação do nervo trigêmeo.
- Na hipertireose há secreção aumentada de lágrimas (irritação do simpático!). Pode ocorrer também pela perturbação da hipófise, com função exagerada do princípio tireotrópico (mas nesse caso a função da glândula tireóide não costuma estar sempre alterada).
- Na síndrome do hipotálamo (causando perturbações vegetativas centrais) observa-se a produção aumentada de lágrimas.

Mas também existem síndromes com manifestações opostas:

- Nos casos de paralisia congênita, especialmente dos nervos cranianos (agenesia) com muitas malformações e defeitos, está faltando a secreção de lágrimas.
- Na disautonomia familiar (falhas extensas na função do sistema vegetativo) a secreção de lágrimas é perturbada.
- A síndrome de SJOGREN já foi concisamente apresentada: secura e queratose das mucosas e polineurite por causa desconhecida.

25.4. Naturalmente, a lacrimação mais freqüente ocorre ao chorar, e temos que nos deter um pouco nesse processo peculiarmente autônomo. É característico que, manifestando-se, tal processo não se

deixa abafar com facilidade e nem mesmo regular, ocorrendo uma perda de auto-domínio e uma alteração sensível no equacionamento entre o indivíduo e sua postura física. Tal intenso e brusco irromper do sentimento pode levar a atitudes mais espontâneas e a um estado mais “animado” ou mobilizado. A expressividade pode chegar a um ponto alto de soltura e auto-libertação. Essa peculiar “emancipação” com frequência está sendo malentendida, levando alguns indivíduos – e não poucos profissionais – a forçar exteriorizações menos autênticas ou até espúrias, sem a concomitante ou subsequente reorganização fisio-psíquica. Os efeitos – no caso de uma espontaneidade – podem ser bem amplos, não se tratando apenas de uma “capitulação”, como alguns autores propõem que se deva entender o choro.

25.5. ROHRACHER aponta aqui o papel do tronco cerebral como dispositivo de alívio. Quando, durante uma excitação cortical, ocorrem tensões entre tendências de índole contrária, num certo grau de acúmulo de estímulos, pode ocorrer uma “descarga” por exemplo, reações explosivas, gritos e gestos agitados. Mas além desses recursos mais “grossos” existem também alguns mais amenos, quando a excitação está sendo conduzida a centros inferiores para que a energia acumulada possa ser empregada, pondo em ação os órgãos periféricos. Um dos trajetos mais freqüentemente utilizados para isso é o lacrimejar, o chorar. Como já foi apontado, postula-se que o centro da lacrimação se encontra na proximidade do núcleo do sétimo nervo craniano (nervo facial) de onde o estímulo chega ao gânglio esfenopalatino e daí ao nervo lacrimal cujas fibras terminam nas glândulas lacrimais. Já que esse último gânglio mencionado participa também na inervação da mucosa nasal, as glândulas mucosas desta começam a produzir. Também estão sendo estimulados os nervos trigêmeo e facial (próximos do centro de lacrimação), pondo em ação os músculos do rosto. Assim, o chorar é precedido por características contrações e distorções dos músculos na área da boca e do nariz. Mas também o centro respiratório encontra-se na proximidade, e pela sua participação surgem aquelas peculiares alterações da respiração durante o choro que produzem os soluços acompanhados por variadas emissões sonoras. Com o correr das lágrimas a excitação cortical logo se descarrega. Também o rir pode aliviar, mas os mecanismos aqui atuantes que fazem emitir aquelas singulares sonoridades rítmicas, parecem ser mais complicados do que aqueles do chorar. Ao mesmo tempo, já que podemos rir também voluntariamente, a função do tronco cerebral não é tão explícita.

25.6. PORTMANN salienta que não temos evidências asseguradas quanto à questão: porque é necessário que chorar e rir decorram por tais peculiares meios de expressão em momentos que não podem ser organizados pelos meios adquiridos de atuação ponderada ou contida. Ele tenta explicar isso pelo fato de que a concentração inicial de todas as respostas e ao redor da zona oral é de importância vital na primeira infância (mamar!), e mesmo nos anos posteriores da existência a pessoa pode recorrer a essa expressão em situações que corresponderiam àqueles momentos da idade tenra em que ainda não haviam sido conseguidas respostas adequadas ou condizentes. A desorganização da conduta, muitas vezes apresentada por certos “rebaixamentos” em vários níveis, faz emergir feições ou modelos de comportamentos regressivos que são como que reativados, fazendo abandonar ou dispensar inibições e atitudes que corresponderiam a uma compostura mais comedida. Ocorre, patentemente, um estado alterado de consciência, com indícios arcáicos, infantis ou primitivos, sinalizando a interferência de dinamismos inconscientes. É evidente que qualquer desorganização pode ser acompanhada por uma reorganização; daí o efeito terapêutico de determinadas formas de psicoterapia (grito primal, biodança, psicossíntese, gestalt, etc.) que mobilizam ou fomentam em diversos níveis, tais estados, conquanto que haja acompanhamento e controle sadios da evolução dos processos individuais ou grupais.

25.7. JUNG várias vezes assinala que a psique é um grande sistema de adaptação e a “realidade psíquica” existe ainda na sua unidade primordial, esperando o progresso da consciência humana que lhe permita apreciar a diversidade dos fenômenos psíquicos através da visão integrada de um

SENTIDO. De outro modo, uma parte da psique será sempre violentada por explanações unilaterais, demais racionais, sem considerar aqueles aspectos que se manifestam tanto pela mitologia, costumes e hábitos folclóricos, como pelas observâncias sincréticas ou até supersticiosas ou pelas religiões e elocubrações filosóficas. Certamente existe o impulso inato no ser humano para buscar através de metas, propósitos e objetivos os mais variados e alternantes, ao menos um vislumbre de integração, como que uma consumação total, a qual porém, acena para nós, por enquanto, através de diversas sinalizações instintivas, pulsionais, intuitivas e inspirativas, apontando aquele SENTIDO maior e mais abrangente. E quando essa plenitude nos toca e atinge, deixando-nos às vezes por ela quase “tomados”, mesmo que por alguns segundos, tal percepção, visão ou intuição pode peculiarmente expressar-se por um “marejar” dos olhos – e aqui aparece o símbolo do MAR -, por um encher-se de lágrimas... É como se cada um de nós carregasse dentro de si fragmentos de recordações soterradas, dessa realidade original que, como os dinamismos arquetípicos em geral, manifesta-se por momentos afetivo-emotivos sem causa patente ou aparente. Às vezes basta uma modulação do timbre de voz, o balbuciar de um recém-nascido, o olhar de uma velhinha que implora por tenra acolhida, o pairar de um pássaro nas alturas, o verdejar de um broto na moita ou/e muitos outros sinais maiores e menores, para que o fluxo dinâmico do inconsciente mobilize sentimentos que se manifestam por evidências psico-vegetativas.

25.8. Naturalmente, “para” ou “contra” o lacrimejar em si não se utilizam técnicas especiais, mas sim, levando em conta a possibilidade das mais variadas causas subjacentes, encontráveis nessa sintomatologia com certa frequência na área de confluência dos dinamismos conscientes e inconscientes. E nesses casos é adequado “redistribuir” ou “reencaminhar”... Mas podem haver momentos quando das profundezas da nossa totalidade psíquica emerge algo, e mesmo que não saibamos do que se trata, de onde veio, o que pretende e para onde aponta, e se nem a visão externa nem a interna fornece dados “consistentes” a respeito, ao menos as lágrimas – às vezes discretas – acusam o recebimento da mensagem...

26. Fico cansado mais depressa do que os outros... Com frequência sinto-me fatigado, exausto ou “mole”... Se fico agitado por alguma coisa, sinto isto no corpo inteiro...

26.1. Começamos com um relato da Clínica MAYO (USA) de 1949 em que os pesquisadores investigaram catamnesticamente 235 pacientes nos quais, nos últimos 6 anos, foi diagnosticada “exaustão crônica nervosa”. A investigação tentou esclarecer se tal quadro não seria o início de um processo orgânico ainda não reconhecido. O resultado era: 94% não apresentou lesão orgânica, mas durante o período de 6 anos em 200 pacientes foram feitas 289 diferentes operações. SYDENHEIM já em 1681 aponta que esses quadros imitam lesões orgânicas pelo seu caráter “proteico” ou “camaleônico”.

26.2. As queixas, nesse ponto, representam aspectos daquilo que, em geral, se chama “quadro funcional”, i.e., onde não houve evidência de lesão orgânica; o problema aqui é a avaliação adequada e acertada dos achados, mesmo “negativos”. Isto, no entanto, muitas vezes não ocorre assim, infelizmente.

- No paciente haverá a tendência para “cronificar” ou “inveterar” suas queixas, as quais no decorrer do tempo passarão por diversas alterações em várias direções.

- O médico que atende tal paciente terá, naturalmente, uma série de dificuldades quanto à diagnose e à terapia acertadas, apesar da série de exames e mandará o paciente para o - especialista que exigirá mais uma série de exames e tentará várias terapias; no fim este paciente será internado no - hospital, onde farão ainda mais exames, tratamentos com outros remédios e talvez diversos tipos de intervenções (sem muito resultado). No fim, - o paciente conhecerá muitos remédios, muita

terminologia médica, saberá enumerar todos os tipos de diagnoses levantadas no seu caso, até certas classificações pelo código internacional, mas a maior parte de suas queixas permanecerão, uma parte passará, o que já foi mencionado, por certas alterações e, eventualmente, surgirão novos sintomas propondo novas tentativas para tratar e melhorar.

26.3. Tais sintomas “funcionais” têm as mais diversas denominações, em parte já apresentadas nos pontos anteriores (estigmatização vegetativa, distonia vegetativa, neurose vegetativa, ataxia vegetativa, síndrome vegetativo-endócrina, doença funcional, síndrome psicogênica, neurose orgânica, depressão larvada). Na denominação “síndrome funcional” fica apontado por UEXKUELL que, para o paciente, tais sintomas somáticos têm uma “função”, i.e., para ele têm um sentido e apontam algo que para o paciente não é claro, mas o terapeuta deve tentar descobrir do que se trata. Parece que realmente não basta explicar tal sintomatologia apenas pelo sistema vegetativo ou endocrinológico ou imunológico, ou propor causa psicógena, porque, como já foi salientado, todos esses sintomas participam em proporções diferentes no decorrer do tempo.

26.4. A noção síndrome funcional aponta três pressupostos:

- O quadro ou queixa é resultado de funções perturbadas.
- Tais perturbações não ocorrem por causa de alterações orgânicas.
- Tais quadros são consequência de processos psíquicos – na maioria dos casos, emocionais – com patente fundo inconsciente.

Os três pressupostos, naturalmente, levantam questões que em muitos casos não podem ser – ou só o podem de modo insatisfatório – respondidos, já que a discrepância entre os achados objetivos e as queixas subjetivas é patente. Foi proposto, então, encarar os sintomas como “tentativas de equacionamento” dentro da situação psico-social do paciente. Ainda: existe sempre o perigo de não perceber uma enfermidade orgânica na sua fase inicial e perder o momento de iniciar o tratamento. Além disso, por exames demais prolongados podemos “fixar” o paciente na idéia de uma doença orgânica em vez de ajudá-lo a ver seu problema, por exemplo, do ângulo do seu aspecto neurótico. E de médicos não preparados para essa visão não podemos esperar tais considerações. Já foi apontado que a diagnose “perturbação psíquica” ou “conflito emocional” feita por eles não pode ser aceita imediatamente para o nosso trabalho, mas também não devemos discutir nem argumentar nesse sentido.

26.5. Apresentamos agora a clássica “síndrome de lassidão” como DELIUS a descreve:

É uma forma de síndrome elementar psicovegetativa; um quadro que se produz mais ou menos espontaneamente, sem anterior esforço físico ou, psíquico, em que predomina uma lassidão sem tensões naturais, com estado de ânimo lasso e falta de energia para agir. Percebe-se logo o estado “alquebrado”. O paciente sente-se “frouxo”, desenergetizado, “atacado” sem uma causa constatável. Desanimado e abatido, sempre “chumbado”, em qualquer período do dia adormece (hipnófilo). Ao mesmo tempo predomina uma resignada e desencorajada disposição básica, uma falta de confiança interior em relação consigo mesmo e com o meio, muitas vezes semi-inconsciente... uma labilidade psíquica no sentido de ser subjugado, de não estar em condições de se manter, de falta de recursos, de esmorecimento.

- Os sintomas, ao contrário do que ocorre nas outras formas de perturbações psicovegetativas gerais e orgânicas, são antes, monótonas. Os “cansados” apresentam uma postura frouxa, “caída”. Já sua mímica indica uma disposição “desvivida”; a pessoa dá a impressão de “apertada”, tímida, com fala arrastada e abafada. As olheiras são acentuadas. Na maioria dos casos não se apresenta uma labilidade vasomotora e nenhuma perturbação visível quanto à irrigação sangüínea. A cor da pele, apesar disso, é pálida. Apresenta-se uma mais ou menos nítida adinamia. O tônus muscular é frouxo e

os reflexos são, às vezes, difíceis de eliciar. A pressão sanguínea e a glicemia podem apresentar valores baixos. Indagando os pacientes, raramente confirmam perturbações quanto à potência e libido. A excitabilidade, na área somática ao menos, é reduzida, mas também psiquicamente podem ser observadas rigidez e obtusidade. Jogos, esporte, trabalho e movimentação não atraem; o apetite e a tolerância a bebidas estão diminuídas; relata-se susceptibilidade às mudanças atmosféricas e pode haver uma redução do peso. Certas “labilidades orgânicas”, por exemplo tendência para taquicardia ou para atonia gastro-intestinal pode outorgar ao quadro geral, antes vagotônico, uma sintomatologia em parte contrária.

- Naturalmente, são raros todos esses sintomas em uma única pessoa. Aparecem depois dos 30 anos ou mais adiante, e talvez com mais frequência em homens do que em mulheres. Dura alguns meses, sem início ou fim muito perceptível e volta depois ainda algumas vezes. Em certos casos inicia-se já na juventude e com intervalos menos regulares permanece até a idade avançada, como estados de lassidão ou de frustrações, especialmente nos chamados “psicastênicos”.

- A origem desta síndrome é constitucional-hereditária. Em certas famílias aparecem em vários membros e em outros podem ser constatados sinais somáticos e psíquicos já não dentro da normalidade. Temos que pensar, naturalmente, nas bastante comuns imitações de indentificações inconscientes. Há formas endógenas em que a manifestação da sintomatologia acima descrita é apenas transitória, mas inexplicável quanto ao desenvolvimento. Em determinados pacientes parece que traumas físicos ou psíquicos menores – desilusões e vazio nas áreas familiar ou profissional, acidentes ou doenças decorridos sem problema, medicação com soporíferos ou diuréticos – já bastam para fazer manifestar-se o cansaço ou ao menos, maior necessidade de dormir. Há opiniões de que aqui figuram formas menos expressivas e perturbações da função da glândula supra-renal, ou hipotireose ou anomalias no metabolismo de minerais. Outros apontam como causa o tédio ao vivenciar o mundo ou o estado psíquico sentido como “espaço vazio” ou uma neurotizante “atitude de se poupar”, um quadro hoje em dia mais ou menos freqüente. Existem passividade habitual, regressão social ou empobrecimento de estímulos que devem ser percebidos e considerados na terapia.

26.6. Em crianças, mulheres e velhos, no entanto, é importante sempre controlar especialmente o quadro hematológico (anemia!).

26.6.1. Confrontaremos agora a tal síndrome com aquela forma de fraqueza muscular que é a adinamia. Nesses casos também não é possível (por enquanto) encontrar perturbação nem no sistema nervoso nem no sistema muscular. Sua forma característica é a fraqueza que aparece durante intensa atividade física, junto com o cansaço. Estende-se a diversos grupos musculares ou, às vezes, ao corpo inteiro. O descanso reorganiza a condição física.

26.6.2. Algo semelhante pode ser observado quando o cansaço ocorre por condicionamentos psicogênicos (depois de um espanto, fraqueza) ou durante enfermidades que causam exaustão (descompensação cardíaca, anemia, processos pulmonares, subnutrição, inanição). Aqui já entramos nos processos enfermos.

26.6.3. A causa da adinamia pode ser local, quando aparece em uma extremidade ou apenas num grupo muscular circunscrito, por causa de um processo patológico (flebite!), que cria limitações ou reduções na movimentação ativa sem que possa ser constatada concomitante lesão neurológica ou doença muscular. De fato, nesses casos, além das limitações da movimentação ativa, o músculo nada apresenta de patológico durante o exame clínico. Isto, naturalmente, não significa que por exames mais acurados (aparelhagem moderna) não seria possível encontrar algo.

26.7. Apresentamos também outras síndromes de adinamia em que podemos comparar as manifestações – em proporções e acentuações diferentes – de diversos fatores, em parte já conhecidos.

- Em geral aparece adinamia nos casos de degeneração muscular, malabsorção, insuficiência renal, hipokalemia.

- Na forma crônica de insuficiência da glândula suprarrenal por causa de tuberculose, tumores ou traumas na área lombar, lesão infecciosa tóxica, insuficiência da hipófise, adinamia e “astenia” física e psíquica (ADDISON).

- Perturbação primária do potássio, com osteomalácia, adinamia e “regulares” paralisias paroxismais, arreflexia e hipo-reflexia, e múltiplos sintomas indicando extensas perturbações bioquímicas. Deve atuar aqui, entre outras causas, uma parcial insuficiência tubular nos rins com hipoplasia secundária das glândulas paratiróides.

- Os vários hiper-aldosteronismos (livro!) ou síndrome de CONN por tumores ou hiperplasia do cortex suprarrenal, em que o paciente fica tão fraco que nem sabe levantar a cabeça ou abduzir o braço (perda de potássio).

- Anemia: uma forma especial que leva a auto-intoxicação intestinal no caso de estrituras ou fechamentos do intestino delgado com alteração da flora intestinal.

- Perturbação familiar do metabolismo da colesterina (heredo-ataxias, retardamento do desenvolvimento físico e psíquico). É uma “colesterinose”, onde essa substância precipita-se em forma amorfa ou cristalina no cerebelo e no tecido conjuntivo.

- Uma das síndromes descritas por CUSHING: superprodução do hormônio do cortex suprarrenal, por causa da perturbada função do hipotálamo, adenoma do lobo anterior da hipófise que produz demais adrenotropina, tumores do cortex suprarrenal ou hiperplasia deste, com muitas formas mistas.

- “Adiposidade dolorosa” (fibrolipomatose, neurolipomatose) em senhoras de idade: formações dolorosas de tecido gorduroso na pele das extremidades e do tronco, mas não no rosto (Menopausa? Reumatismo? Alergia?) com adinamia, astenia, apatia e às vezes depressão reativa e prurido.

- Síndrome de insuficiência pluri-glandular (FALTA, GOUGEROT, SCHMIDT). Em termos anatomopatológicos trata-se da atrofia das glândulas endócrinas em proporções diferentes. Observa-se a insuficiência do lobo anterior da hipófise, combinada eventualmete com mixedema e sintomatologia da doença de ADDISON. Há formas “bi-glandulares” (por exemplo: tíreo-suprarrenal, tíreo-genital, tíreo-hipofisária) ou “tri-glandulares” (tíreo-suprarrenal-hipofisária). Os sintomas principais são fraqueza, adinamia, envelhecimento precoce. A síndrome desenvolve-se especialmente na meia-idade em mulheres, muitas vezes depois de um parto. Não se trata de uma “doença” mas da síntese de muitos complexos quadros endocrinológicos, em parte ainda pouco esclarecidos (pan-hipopituitarismo?) e muitas vezes depois de doenças infecciosas ou lues.

- Síndrome hepato-adrenal (combinação de insuficiência hepática e suprarrenal).

- Síndrome de hiperkalemia: acompanha diversas doenças que produzem alterações dos eletrólitos, perda de audição, zumbido e ruídos no ouvido, alucinações, estados confusos, fraqueza e sensação de

peso nas pernas, eventualmente com parestias, fibrilações musculares, bradicardia, arritmia, às vezes parada cardíaca, colapso periférico da circulação.

- A adinamia ocorre também na síndrome de hipokalemia, por causas enterais, renais, e em consequência de “transmineralização” (diabete!).
- A síndrome de hipercalcemia já conhecemos do ítem 11.
- Perda de Kálio (potássio) sempre ocorre em caso de vômito e diarreia!
- No caso de falta crônica de carboidratos nos alimentos.
- Na hipoplasia congênita, generalizada, dos músculos com motricidade retardada; a causa é desconhecida.

- Na vasoneurose ortostática: depois de ficar em pé mais do que 20 minutos: queda de pressão, tontura, vômito, adinamia, dor de cabeça, sensação de opressão. As causas são diversas: crescimento rápido ou particularidades constitucionais (desregulação vegetativa da circulação).

- Em diversas formas de polineurite.

- Na síndrome de hiponatriemia, que inclui as mais diversas perturbações sérias do equilíbrio eletrolítico pela perda de cloreto de sódio. As causas podem ser: vômito, diarreia, diabete, degeneração do tecido renal, punções de ascites ou exsudatos, perdas pós-operatórias por fístulas, intoxicações com lesão renal, insuficiência suprarrenal, caquexia hipofisária, determinadas formas de nefrite, perda “interna” por operações, escarlatina, difteria, pneumonia, etc. A sintomatologia corresponde à da desidratação, manifestando-se em graus diferentes.

(Ler: função renal, glândulas suprarrenais, metabolismo do potássio de sódio!).

26.8. Quanto ao futuro dessas pessoas que apresentam síndromes funcionais dos mais diversos circuitos orgânicos (trato digestivo, funções respiratória, cardiovascular, urogenital, cutânea, além de dor de cabeça ou daquela sintomatologia difusa que não se localiza permanentemente em um órgão), as opiniões são diferentes. Para alguns clínicos, com a idade avançada as perturbações regularizam-se; outros apontam que, com tais manifestações, os doentes morrem cedo. Observaram também que várias vezes uma perturbação funcional passa para uma enfermidade orgânica e nesses casos a síndrome funcional “apaga”. Também foi constatado que depois dos 65 anos já aparecem doenças degenerativas e insuficiências orgânicas, e que tais quadros “encobrem” os sintomas das síndromes funcionais.

26.9. Evidentemente, além do “cansaço” podem existir outros sintomas por nós já conhecidos, por exemplo, enumerando os mais freqüentes: dor de cabeça, tontura, tremor, sudação, palpitação, dores pré-cordiais, inquietude “interna” e queixas digestivas. Também temos que cuidar com a rotulagem “psicovegetativa” porque em vários casos em que a psicoterapia efetuou uma notável melhora, mais tarde, às vezes “por acaso”, encontraram uma bem patente lesão orgânica (na polidipsia: tumor cerebral, nas diarreias: carcinoma do cólon, etc.). Mas não raramente patentes problemas psíquicos estão sendo “passados por cima” por causa da procura exagerada e insistente de comprometimentos orgânicos. Já levantaram a pergunta tida ainda como aberta: porque e quando chegam a ser copladas tais queixas com a vivência de enfermidade, especialmente nos casos em que a intensidade das queixas nem se manifesta de modo acentuado.

26.10. E nesse ponto temos que sublinhar a importância de uma adequada e cuidadosa exploração psicológica, tanto fazendo o que reza o diagnóstico e a composição do quadro clínico em questão. Isto já foi e será salientado com ênfase. JUNG menciona que no caso de cansaço psicogênico sempre

existem proposições inconscientes por várias razões não adequadamente atendidas. Sabemos ainda pouco do papel mais explícito dos fatores genéticos. É certo que relacionamentos perturbados e patológicos experimentados na infância atuam de modo debilitante, especialmente em estruturas familiares rígidas e demais “coesivas”, em que a angústia não tem espaço ou oportunidade para ser trabalhada, ou quando há excessivas expectativas inconscientes (!) dos pais em relação com a criança. Nesses casos estão sendo empregadas determinadas formas de educação, criando uma constelação familiar limitante e opressiva que bloqueia e exaure tanto as energias físicas como “desencaminha” a energia psíquica, especialmente nos casos em que ocorre uma violentação ou deturpação patente do tipo psicológico original. Hoje em dia temos que considerar o compasso sempre mais acelerado das alterações ou transições psico-sociais exigindo adaptações maiores e mais penosas. Por exemplo: na investigação da saúde de mulheres separadas, em 85% aparecem perturbações somáticas e 75% procurava ajuda de médico. A maioria teve 4-5 diferentes sintomas, como dor de cabeça, tontura, “exaustão”, abscessos, erupções cutâneas, queda de cabelo, anorexia e queixas em relação com o coração e o estômago. Só uma parte dessas pacientes foi encaminhada para psicoterapia ou orientação social; a maioria recebeu sedativos ou psicotrópicos (25% durante 2 anos). Em muitos casos desenvolveu-se uma dependência das drogas. Ao mesmo tempo temos que investigar cuidadosa e ponderadamente as eventuais perturbações psico-sociais, não nos contentando com expressões em moda, como “estafa”, “stress”, “sobrecarga”, “pressão do sistema”, etc.

26.11. Mas quem terá o tempo e a paciência para, nas diversas instituições, empenhar-se em uma anamnese biográfica com propósito de conseguir uma visão global sobre os fatores que mobilizavam predisposições já existentes e os problemas agudos e crônicos dos pacientes? Ao mesmo tempo, na realidade, cada enfermo necessita uma especial forma de contato, diálogo e exploração. Isto pode ocorrer, antes, dentro de uma psicoterapia. Daí a importância de uma sadia colaboração interdisciplinar, em que o médico co-determina e não impõe suas idéias quanto aos necessários procedimentos terapêuticos, já que nesses quadros podem existir fatores praticamente desconhecidos para ele, nem falando sobre a forma do tratamento psicoterápico concomitante.

26.12. Em relação com os pacientes é útil diferenciarmos entre:

- “Quadros reativos” em consequência de agudos problemas psíquicos, que reagem bem tanto ao tratamento psicoterápico como aos procedimentos dos médicos.

- Perturbações neuróticas “escondidas” atrás de uma sintomatologia somática, com resistência, da parte do paciente, em aceitar tal fato e propor-se para uma psicoterapia condizente, além de um eventual tratamento medicamentoso.

- O grupo grande de pacientes que constantemente somatizam e “re-somatizam”, sem poder aceitar ou compreender a conexão das suas queixas somáticas com os problemas psíquicos subjacentes. Tal condição exige dos médicos muita paciência e mesmo assim cria muitas frustrações. Os psicólogos já estão mais familiarizados com tais condições e sabem lidar com empatia com esses quadros que, não raramente, assemelham-se a uma verdadeira “dança macabra”. O médico pode sentir-se sufocado nessa sintomatologia em constante alteração, já que suas observações e empenhos, diagnósticos e terapêuticos, várias vezes têm que mudar de rumo. Ao mesmo tempo é sabido que o caráter “protéico” de muitas queixas funcionais pode ser uma indicação notável quanto ao tipo do quadro. É conhecido também que quanto maior o número das queixas, tanto mais impossível a existência de lesão orgânica. Há pacientes que têm um verdadeiro diário sobre a variação das queixas. Além disso, no quadro “funcional” levanta-se uma anamnese extensa e muitas vezes os pacientes nem podem apontar quando se iniciou verdadeiramente a série de sintomas. Uma anamnese curta, sem informação quanto a um agudo problema psíquico, permite pensar antes, em uma doença orgânica. Mas não se trata de dogmas nessas considerações, apenas de observações empíricas, com alusões e

probabilidades. Sempre devemos tentar ver se a exacerbação de queixas está em conexão com acontecimentos familiares (doença, acidente, morte), profissionais (demissão, promoção) e sócio-econômicos.

26.13. Como já era possível perceber, também em relação com este ítem podemos empregar as técnicas da psicoterapia organísmica com bons resultados. Apesar da diversidade de quadros e considerações, é patente a inadequada distribuição da energia psíquica, ainda que tal conceito represente, mesmo para JUNG, uma evidente abstração. Nos casos acima descritos ocorrem também acréscimos secundários de tensões as mais variadas, que complicam a situação. As intervenções da psicoterapia organísmica em boa parte eliminam essas tensões secundárias e, ao mesmo tempo, reorientam os pontos de apoio deslocados ou bloqueados, com amplas conseqüências já experimentadas por aqueles que aplicam conscienciosa e prudentemente essas técnicas. Tanto o cansaço como a agitação “no corpo inteiro” indicam processos inadequados quanto ao emprego ou movimentação dos dinamismos fisio-psíquicos. E com essa consciência temos que aplicar aquelas seqüências que em cada caso individual seriam necessárias, naturalmente com o preparo, a exercitação e o “amacramento” adequados.

26.14. Assegurar e manter o bem-estar psíquico e somático tanto do indivíduo como daqueles que a ele estão ligados exige conhecimento sólido dos fatores e dinamismos que atuam também fora da psicologia pessoal, mesmo que neles não acreditemos; existem e atuam, sim, como dispositivos do inconsciente coletivo. Mas se essa existência não está sendo reconhecida ou é até negada, então o Ego é insuflado até dimensões para as quais não está adequadamente preparado e crescido, propondo a idéia de uma evolução ou involução, com o resultado, em ambos os casos, de perturbações psíquicas ou somáticas, ou ambas, e conseqüências sérias. Se os fatores inconscientes não estão sendo reconhecidos e são apartados da psicologia pessoal do indivíduo, o Eu será esfacelado, debilitado ou até quase extinto. Este ponto, como também os outros, tem muitas extensões, mas sua base é a mesma: uma individuação bloqueada.

27. Necessito, ao menos, 8 horas de sono...Tenho/não tenho dificuldades para adormecer ou dormir sem interrupção.....

27.1. Cada ser vivo, mesmo o mais primitivo, passa uma parte da sua vida numa certa condição de repouso ou descanso à qual se segue, depois, uma fase de atividade. Tais fases de repouso e atividade nos animais superiores e nos seres humanos caracterizam-se pelo revezamento dos estados de vigília e sono. O ser humano adulto passa 1/3 do seu período de 24 horas, i.e., 1/3 de sua vida, dormindo. Mas sono e vigília constituem uma unidade inseparável e têm que ser estudados simultaneamente. O sono é uma das funções mais importantes do sistema neuro-vegetativo. Em tempos antigos, aparentemente, não se preocupavam em fazer diferença entre o sono e outros estados inconscientes, como também não entre o sonho e outros estados oniróides. ARISTÓTELES, por exemplo, afirmava que o “sono apodera-se de alguém como a epilepsia, e a epilepsia como um sono...”. Há mais ou menos 100 anos começaram a medir a profundidade do sono, construindo uma curva a esse respeito; depois tentaram obter o limiar do despertar com os mais diversos estímulos. Os métodos fisiológicos e outros não conseguiram – apesar de fornecer dados notáveis – abranger todos os processos psicossomato-vegetativos durante o sono. O descobrimento do EEG (1921) permitiu fazerem-se medições sem perturbar ou super-estimular as pessoas que participavam na experiência. Assim, desenvolveu-se já uma nomenclatura mais fixa e a pesquisa do sono afirmou-se nos últimos 30 anos como uma disciplina independente. Foram criadas várias associações internacionais representando uma área inter-disciplinar em constante expansão. Formação reticular, sistema límbico, tálamo e outras “estruturas hipnagênicas” foram investigadas com os métodos da clínica, microneurofisiologia, psicofarmacologia, neurofarmacologia, neurobioquímica, neurobiologia,

eletroencefalografia clínica, neuroanatomia, privação experimental, etc.... Ao mesmo tempo FREUD, JUNG, BOSS, HEYER, SCHULTZ-HENCKE, BJERRE, GARMA, e outros investigavam uma boa parte dos componentes psíquicos do sono e do sonho.

27.2. A duração do sono varia, mesmo em condições normais, dependendo da idade, das circunstâncias, dos hábitos e da índole da pessoa. Há pessoas que tem que dormir ao menos 10 horas para poder trabalhar com atenção durante o dia e outras, adotando certo estilo de vida, contenta-se com 6-7 horas sem qualquer consequência. Em todo caso, os jovens necessitam mais horas do que os idosos. Há indivíduos que durante o dia dormem cerca de 20 a 30 minutos e com isso substituem umas horas do sono noturno. Até uma relaxação suave serve para essa finalidade. É muito maior o número de pessoas que se queixam de insônia do que o número dos que realmente não dormem. Acordando algumas vezes durante a noite têm a impressão, com frequência, de que durante a noite inteira ficaram sem dormir. Outras, no entanto, que por causa de uma descompensação cardíaca ou hipertrofia da próstata têm que levantar 4-5 vezes para esvaziar a bexiga, podem levantar-se pela manhã como se houvessem tido um sono reparador. Existem muitas considerações individuais a esse respeito e, por isso, a alegação de insônia tem que ser encarada e avaliada como uma queixa subjetiva.

27.3. De modo conciso mencionaremos alguns quadros patológicos da área da medicina que impedem um sono quieto:

- Entre aqueles sintomas que não causam insônia, mas não permitem adormecer ou continuar a dormir, estão as diversas dores, como por exemplo, pirose (ardume) por causa de úlcera do estômago, espasmo do estômago, inflamação da vesícula de bile, estufamento por pancreatite ou tumor, vasoconstrição na perna por neurite ou arteriosclerose, dor de cabeça durante meningite ou outro processo que cause aumento da pressão intra-craniana e muitas outras dores que acordam o paciente e dificultam que adormeça novamente.

- A dispnéia, no caso de afecção do ventrículo esquerdo do coração, nos acessos de asma cardíaca, na hipertonia, na trombose da coronária e na descompensação cardíaca, mantém a pessoa acordada. Muitas vezes, tendo uma dispnéia leve, a pessoa nem menciona isso, mas queixa-se de insônia, que é a consequência da respiração dificultada pela posição horizontal.

- Interferem com bastante intensidade no sono, a leucemia e doenças semelhantes, a icterícia, a cirrose hepática (biliar) e o prurido que tantas vezes atormenta o diabético.

- Diarréia e cistite podem interromper freqüentemente o sono.

- Certos remédios como anfetamina, usada para emagrecer, por exemplo, eufilina e semelhantes que estimulam o centro respiratório, e aqueles administrados contra depressão que patentemente causam insônia. Devemos aqui acrescentar que, em pessoas idosas, especialmente arterioscleróticos, os barbitúricos antes estimulam do que acalmam e podem ser a causa da falta de sono.

- Pessoas com doença febril aguda muitas vezes ficam semi-adormecidas e acham que realmente não dormiram nada.

- Há doenças abdominais que causam soluços, arroto, tosse, que acordam o doente, como também ocorre nos casos de bronquite crônica ou enfisema pulmonar.

- Aqui devemos mencionar o sintoma de ansiedade tibial (“restless legs”): uma compulsão para movimentar constantemente as pernas (“inquietação cansada”) como para aliviar e descarregar uma tensão vaga e indefinida. Em muitos casos a atuação de conteúdos inconscientes é bem evidente.

- Um dos primeiros sinais de arterioesclerose é a perturbação do sono que começa com dificuldade de adormecer; e se isto é conseguido com soporíferos, pouco depois o paciente acorda. Especialmente o acordar ao alvorecer é característico desse quadro, junto com o fato de que tendo insônia durante a noite, a pessoa dorme bem e bastante durante o dia.

- No caso de hipersonia, a alteração da irrigação sangüínea do cérebro provavelmente perturba o sono também.

- Às vezes é difícil distinguir a arteriosclerose cerebral da condição neurastênica que também é caracterizada pela falta de sono. Nesses casos é especialmente importante a anamnese. As queixas do neurastênico remontam à juventude, enquanto as do arteriosclerótico iniciam-se na idade avançada, apresentando fundo de olho característico, elasticidade diminuída das artérias periféricas juntamente com outros sintomas cardíacos e vasomotores. Uma pessoa neurastênica já levanta a idéia dessa condição pela sua aparência e pela multiplicidade das suas queixas características.

- As “pessoas nervosas” com atividade mental intensa e constante, com a vida emotiva rica e diversificada, apresentam também uma labilidade psíquica maior e poder de imaginação mais extenso. Há muitos introvertidos entre elas, lutando com problemas, disposições e inibições internas, mas devido à sua natureza menos aberta, não podem reparti-los com outros. Nesse caso com freqüência pode ocorrer insônia, especialmente em períodos de mais atividade mental.

27.4. Acrescenta-se a tudo isso o consumo freqüente de café, cafeína ou álcool; o fumar excessivo junto com o deitar tarde, ler ainda na cama ou eventualmente trabalhar nas horas da noite, sobrecarregam a memória e levam, por fim, a uma estafa mental. O organismo, naturalmente, “reclama” com sintomatologia cardíaca (extrassístole, nicotina!), tremor das mãos, hiperacidez e prisão de ventre, além de perturbação do sono.

- Há um grupo de indivíduos que, por causa de insônia, tomam soporíferos, alternando uns e outros; no fim esse hábito já não ajuda, pois os remédios passam a ter menos e menos efeito, antes intoxicando do que ajudando.

- A “aceleração” somática e psíquica em consequência de hipertireose, causa insônia ou sono leve e faz acordar diversas vezes durante a noite e este constitui com freqüência o primeiro sintoma de tal disfunção hormonal. O diagnóstico, para o médico experiente não é difícil (taquicardia, bócio, diarreia, sinais oculares).

- Em várias doenças neurológicas e psiquiátricas é comum também a perturbação do sono, por exemplo em certas formas de encefalite (depois do decorrer da doença!), em psicoses maníaco-depressivas (forma melancólica! na fase maníaca ou hipomaníaca), na psicose involutiva, na esquizofrenia, etc.

27.5. Quanto à perturbação do sono queremos mais uma vez salientar o fato de que nem todos os pacientes que apresentam esta queixa sofrem, na realidade, de insônia ou ela não existe na medida em que está sendo relatada. Durante uma investigação de laboratório sobre a duração do sono, alguns sujeitos afirmaram, no decorrer da experiência com polígrafo, que estiveram acordados “durante horas”, embora os traçados indicassem que as “horas” haviam sido apenas 2-3 minutos.

JOVANOVIC divide as perturbações do sono em dois grupos maiores:

27.5.1. Sensação subjetiva de sono perturbado (não verificável), chamada pseudo-hiposônia ou pseudo-insônia. Os pacientes desse grupo não simulam; trata-se antes de uma peculiar condição de cansaço (lassidão) durante o dia que desencadeia durante a noite a sensação de sono inquieto ou insuficiente, com a idéia de não ter dormido bem, ou no caso de pseudo-hipersonia, de ter dormido demais. Observam-se tais formas de sono perturbado em psicastênicos, neuróticos, ou em pacientes com depressão reativa ou endógena. A sensação durante o dia, de não ter dormido o bastante durante a noite, permite concluirmos que sono e cansaço não precisam sempre depender um do outro. O cansaço durante o dia pode estar em conexão com outros sintomas clínicos e ser mobilizado por causas e mecanismos diferentes.

27.5.2. O sono perturbado objetivo (fatural, efetivo) verificável por registros eletrofisiológicos, inclui a hipo-sônia, a insônia e a hiper-sônia efetivas. O paciente dorme durante a noite, sem a comutação da fase (normo-sônia).

- Na hipo-sonia a duração do sono é mais do que 30 minutos. Suas formas mais comuns:
- Sono contínuo perturbado (sono leve e interrompido): ocorre em diversos grupos de pacientes (psicose endógena, psicose exógena ou orgânica, sono perturbado “funcional”, em gerentes, “managers”, etc.).
- Adormecer perturbado por causas exógenas ou “funcionais”.
- Acordar “prematureo” em geral observável em psicoses endógenas e processos depressivos.
- Sono contínuo perturbado com acordar perturbado, pode ocorrer em psicoses agudas e perturbações “sintomáticas” do sono.
- Perturbações nas fases do sonho (chamado “sono paradoxal”), podem ocorrer em qualquer enfermidade, mas predominantemente em psicoses.
- Combinação de adormecer, acordar, sono contínuo e sono paradoxal (sonho) perturbados. Observa-se em psicoses endógenas, enfermidades exógenas, em algumas síndromes e no sono perturbado por causas externas diretas.

Em todos esses casos de hipo-sonia existe um “deficit” de sono.

27.5.3. Na insônia o sono fatural em uma noite é de menos do que 30 minutos; ocorre em psicoses agudas e intensas de qualquer origem e por quaisquer causas, mas raramente.

Na hiper-sonia a duração do sono é mais do que 100% e resulta de sono longo ou muito profundo ou da combinação de ambos. Aparece em certas enfermidades agudas do cérebro, por exemplo, na encefalite letárgica. Mas devemos aqui lembrar que não se trata de hiper-sonia patológica quando, nos primeiros dias de férias, em lugares silenciosos, em altitudes diferentes da costumeira, junto à natureza, dormimos 10 horas ou mais. É também conhecido o fenômeno que ocorre quando pacientes no início de uma psicoterapia organísmica (de qualquer tipo, mas especialmente naquelas que aplicam técnicas de regulação do tônus) relatam ter dormido “excessivamente”, isto é, às vezes até 16 horas ou mais, sem interrupção.

Nas comutações da fase vigília-sono (para-sonia) encontramos as modalidades de:

- hipnofilia, isto é, tendência para dormir, especialmente em pessoas idosas (esclerose cerebral, narcolepsia).
- Hipo-sonia, em que apesar de dormir durante o dia, a duração normal não está sendo atingida. Por isso existe um “deficit” de sono que eventualmente pode ser compensado por um sono adicional durante a noite.
- Na normo-sonia a pessoa dorme durante o dia atingindo a duração normal. A única anormalidade é a comutação da fase.

- Na hiper-sonia (encefalite hiper-cinética) o enfermo dorme bastante durante o dia conseguindo até um “superavit” de sono.

27.5.4. Existem diversas síndromes em que o sono aparece como sintoma central:

- narcolepsia: adormecer imperativo durante o dia. Não tem nada com a epilepsia! Na realidade pode aparecer em várias formas, por exemplo, como “acesso de sono”, mesmo em pacientes descansados, especialmente em situações que promovem o sono (posição confortável, calor agradável, fome e sede satisfeitas e eventualmente em momentos fastidiosos).

- Paresia no sono (“acesso de acordar”), quando o paciente, embora já acordado, é incapaz de se movimentar, mas falando com ele ou tocando-o, logo recupera sua motricidade.

- Acesso cataplético, é uma “afetiva” perda de tônus. Alguns grupos musculares ou todos os músculos do corpo perdem seu tônus; o paciente cai e durante alguns minutos está incapacitado de se movimentar, embora sua consciência se mantenha. Tais “acessos” ocorrem em momentos de afetos surpreendentes, às vezes desencadeados por uma gostosa gargalhada.

- Sintomas mais raros são alucinações hipnagógicas, verdadeiros estados psicóticos, sonambulismo, diplopia, etc.

A causa da narcolepsia é desconhecida. Há algumas raras formas “sintomáticas” depois da encefalite, mas a maioria dos casos são “criptogênicos”, isto é, a origem não se revela. Em certas famílias é mais comum. O exame neurológico, em geral, apresenta dados normais, exceto em certos casos “sintomáticos”. Apontam que a maioria dos pacientes são picnicos, com freqüência adiposos, com metabolismo basal baixo, vasolabilidade, linfocitose e hipogenitalismo. No EEG aparecem sinais de “sono paradoxo” com movimentos dos olhos em proporção maior do que em pessoas normais.

27.5.5. Além daqueles acima descritos existem estados – de gêneses diferentes – semelhantes ao sono; são antes estados alterados da consciência em histéricos, neuróticos e epiléticos. A perturbação do sono é, em geral, secundária. A característica desses estados, que os distingue dos outros quadros, é a dificuldade de acordar ou ser acordado.

27.6. As perturbações do adormecer podem ser quantitativamente classificadas; por exemplo, com base no tempo:

- Uma perturbação leve (1º grau) pode fazer demorar 1 hora até adormecer; mas em casos mais sérios isso pode durar até 4 horas, mas não mais. Fala-se também ainda da perturbação do sono contínuo.

- Se os pacientes acordam depois de 4 horas de sono sem conseguir adormecer de novo, trata-se de despertar perturbado.

- Acordar depois de 3 horas de sono é uma combinação de perturbação do sono contínuo e despertar perturbado. Essa terminologia é relativamente nova e, eventualmente, poderá ser substituída por outra mais adequada.

27.7. Quanto à classificação causal-genética, JOVANOVIC estabeleceu 8 grandes grupos, em parte heterógenos, e cada grupo teria 4-4 sub-grupos. O resultado seriam 32 grupos que poderiam ser ainda sub-divididos em 100 variantes homogêneas e assim adiante. Aqui apresentamos os 8 grandes grupos, mencionando apenas os sub-grupos e as propostas de JOVANOVIC quanto à terapia. Não se trata de algo saliente, apenas uma proposição bem pensada.

27.7.1. As perturbações exógenas do sono podem ser: barulho, condições desfavoráveis de trabalho, tempo livre inadequadamente aproveitado e outros fatores os mais variados, oriundos do meio (incluindo insetos e doenças da pele). Quanto à terapia, as causas externas que perturbam o sono contínuo têm que ser eliminadas. Medidas de higiene, remédios e psicoterapia devem ser empregados quando necessários.

27.7.2. As perturbações constitucionais –funcionais diferem do primeiro ponto apenas pelo fato de que as causas externas produzem uma sintomatologia mais variada, mas as pessoas que pertencem a este segundo grupo têm tendência para reações mais intensas; encontramos aqui psicastênicos, indivíduos com desregulação vegetativa ou depressão reativa e neuróticos. Na maioria dos casos é perturbado o adormecer e o sono contínuo. Calmantes e psicoterapia seriam os indicados em primeiro lugar, acrescentando-se o que fosse necessário nos casos concretos. Soporíferos devem ser administrados apenas por tempo curto (2-4 semanas).

27.7.3. Perturbações psicóticas do sono ocorrem em surtos ou fases psicóticas, como em pacientes com depressão endógena, mania, esquizofrenia ou outros quadros. As pessoas acordam antes do tempo normal, e muitas vezes nem conseguem adormecer. Devem ser utilizados os costumeiros anti-depressivos, tranquilizantes e soporíferos; em certos casos, eletro-choque. Em perturbações agudas muitas vezes nem é possível evitar a internação.

27.7.4. Os quadros psico-orgânicos são um tanto complicados porque não se sabe exatamente o que é neles “psíquico” e o que é “orgânico”. Aqui encontramos pessoas com enurese noturna, sonâmbulas, ou com um pavor noturno e com psicose exógena. No tratamento devem ser utilizados psicoterapia, treinamento autógeno, tranquilizantes e soporíferos.

27.7.5. As causas orgânicas abrangem as perturbações do metabolismo do cérebro, infecções e alterações tóxicas no sistema nervoso central, tumores intracranianos e traumatismos. Em todos esses casos há muitos outros sintomas também (epilepsia!). Aqui ocorrem os quadros mais variados e por isso, eliminando-se a causa, em geral desaparece também o sono perturbado.

27.7.6. A esse grupo pertencem os conhecidos “acessos de sono”, por exemplo:

- Síndrome de “Pickwick”, observa-se em pessoas pequenas ou “socadas”, com hipertensão e adiposidade, e com cianose (policitemia), que de repente adormecem irresistivelmente, apresentando respiração acelerada-superficial e fibrilações musculares descoordenadas. As excursões respiratórias do torax são impedidas pela adiposidade mas existe também uma perturbação central da respiração.

- Síndrome de KLEINE-LEWIN (hiper-sonia periódica com bulimia): ocorre especialmente em moços depois de uma infecção febril (encefalite pós-infecciosa com distonia vagotônica na convalescença), com polifagia, hiper-sonia irregular-intermitente, bradicardia periódica e disforia (esquecimentos, estado de ânimo irritado, falta de iniciativa em alto grau). Não se sabe se o processo está localizado no lobo frontal ou no diencéfalo.

Além dos estimulantes (de manhã e ao meio-dia) e leves soporíferos (à noite), devem ser eliminadas as causas, na medida do possível; propõe-se ainda psicoterapia e medidas condizentes para perder peso.

27.7.7. Em enfermidades neurológicas, cirúrgicas, ortopédicas ou de clínica geral, as perturbações do sono são apenas sintomáticas. Antes de tudo, as causas devem ser eliminadas. Às vezes não é possível evitar a administração de sedativos e soporíferos.

27.7.8. Causas combinadas são numerosas ao se juntarem três ou mais fatores. Por exemplo: um epilético com leves perturbações do sono pode entrar num episódio psicótico e apresentar insônia total. Em pessoas com enurese noturna pode ocorrer ainda uma neurose ou epilepsia adicional que também perturbam o sono. A terapia aqui deve ser também combinada, dependendo do desenvolvimento e da complicação do quadro.

27.8.1. As funções do sono – em termos fisiológicos e biológicos – são, na realidade, desconhecidas, isto é, não se sabe por que existe, concretamente, tal estado. KLEITMAN, um dos pesquisadores mais conhecidos, afirma – provavelmente parafraseando uma antiga anedota chinesa – que não podemos considerar o estado de vigília como condição básica que está sendo interrompida cíclica e ritmicamente pelo sono, nem podemos afirmar que o sono seja a condição básica interrompida com certa regularidade pela vigília para que possamos ingerir alimentos, comunicar, co-actuar e nos proteger e ao nosso meio. Em todo caso, no sono ocorre um isolamento do meio, a constatação reduzida das impressões sensoriais e da atividade motora.

27.8.2. Teorias que postulam que durante o sono ocorre uma redução da irrigação sanguínea do cérebro inteiro não foram confirmadas por vários grupos de pesquisadores. Há muitos achados ainda não controlados e muito menos sistematizados. Em seres humanos determinados métodos não podem ser aplicados, do ponto de vista ético. A bioquímica do sono, por enquanto, não está totalmente esclarecida. Não se sabe ainda, com certeza, o que corresponde às alterações no EEG quanto à função metabólica-restituidora do sono.

27.8.3. O completo levantamento e o esclarecimento exato das regulações neurovegetativas no/do cérebro, ainda são uma meta futura. Talvez de uma pesquisa mais extensa das funções da “glia” possa-se esperar certo progresso no conhecimento das regras dos processos metabólicos vegetativos intra-cerebrais. Há muito tempo levantaram-se hipóteses – em parte já confirmadas – de que as células que se encontram entre vasos e neurônios devem ter um papel saliente na regulação do metabolismo do cérebro, e pela sua colocação em relação com os vasos, parecem contribuir para a manutenção controlada da circulação sanguínea do mesmo. Descreveram até certa movimentação amebóide nelas. As hipóteses mais antigas, segundo as quais o sono é produzido pela ação de várias “toxinas” (químicas) da fadiga ou do sono que se acumulam durante o dia, não foram comprovadas por evidências satisfatórias; por exemplo, bebês “siameses” com circulação de sangue comum, têm diferentes ritmos de estado acordado e de sono.

27.8.4. Há tempo observaram em crianças e adultos a movimentação lenta dos olhos durante o sono. Examinando as alterações periódicas no sono de crianças, alguns investigadores perceberam movimentos oculares rápidos (REM= rapid eye movements) simétricos e bilaterais que surgiam ao cessar as movimentações maiores do corpo e voltavam periodicamente no decorrer da noite, sendo também os primeiros sinais do despertar. Tais movimentos oculares podem ser muito bem observados e filmados (também em animais), mesmo com pálpebras cerradas. Pareceram ser melhores indicadores da ativação fisiológica durante o sono do que os movimentos mais extensos do corpo. Alguns autores acham, hoje em dia, a expressão “REM” inconveniente por diversas razões, preferindo antes a denominação “sono dessincronizado”.

27.8.5. Podem ser registrados pelo eletrooculograma (EOG) movimentos oculares lentos, isto é, desvios muitas vezes não sincronicamente bilaterais dos olhos da sua posição normal, aparecendo em geral no início do sono, e também concomitantes a maiores movimentações do corpo durante o sono.

27.8.6. As fases REM duram em média 20 minutos (3-60); aparecem cada noite, em geral 3-6 vezes; perto do amanhecer a duração é mais longa. No sono de meio-dia e nos períodos curtos do sono da

tarde também aparecem, mostrando correlações inversas com as alterações periódicas da temperatura do corpo. Os registros do EEG e do EOG permitem apenas uma determinação da curva do sono imperturbado, e querendo investigar os sonhos ocorridos tem-se que acordar a pessoa, o que naturalmente, exerce influência sobre o sono. O tipo de despertar altera também a recordação; mais sonhos são relatados depois do despertar repentino do que de um paulatino.

27.8.7. Sabe-se que o sono é uma periódica condição fisiológica reversível com a alteração do “biotonus”, já que a atividade em certos níveis pára de funcionar. Observa-se, em geral, uma inatividade psíquica consciente e uma predominância parassimpática (sistema trofotrópico), com a diminuição da pressão sanguínea, o ritmo da pulsação, do muscular e da excitabilidade dos reflexos; a respiração torna-se mais profunda e mais espaçada. Parece que a quietude, o descanso durante o sono, são uma necessidade indispensável sendo a privação prejudicial (restituição falha!) e o seu prolongamento “terapêutico”. Trata-se, então, de uma regulação vegetativa no sentido mais amplo, influenciando a condição e o rendimento do organismo. O sono, externamente, é reconhecível pelo desligamento do meio. As regulações do sono – como o demonstram as investigações – são altamente complicadas. A suposta zona “hipnógena” do tálamo medial não é a única região no cérebro cuja estimulação causa sono; além da parte superior do sistema tálamo-reticular, participam ainda estruturas límbicas pré-ópticas e medulares.

27.8.8. Nas últimas décadas a fisiologia do sono tem sido fomentada pelas investigações experimentais em animais, pela observação do sono noturno em seres humanos (objetivação!), pelo registro dos processos elétricos do cérebro (EEG) que acompanham o sono e pela especificação das alterações de diversas funções fisiológicas paralelamente aos estados variados da consciência e aos mecanismos da memória. Assim, a pesquisa moderna do sono fornece dados interessantes quanto à coordenação das funções vegetativas, somáticas e psíquicas. Aqui foram apontados apenas alguns aspectos da questão que, hoje em dia, já toma vulto extenso.

27.8.9. Recapitulando: dois tipos diferentes de sono foram observados em seres humanos e animais:
- Sono integrado de restituição (“reparador”) com ondas lentas no EEG, caracterizado por pupilas estreitas e ventilação respiratória reduzida (“sono sincronizado”).

- Sono onírico “dissociado” com ondas baixas no EEG, caracterizado por pupilas alternadamente estreitas e dilatadas, movimentos oculares rápidos (REM) e diminuição do tônus muscular (“sono paradoxal”, “sono dessincronizado”, “estado REM”). Nesse caso observam-se maiores dissociações entre funções vegetativas e funções somáticas. Com frequência observam-se respiração e função cardíaca intensificadas.

27.8.10. Já que na fase onírica também outras funções vegetativas estão sendo desinibidas (por exemplo: observou-se ereção nos homens e alteração da temperatura pélvica nas mulheres), propunha-se uma interpretação psicossomática do estado onírico, de acordo com a qual, os sonhos seriam abreações inconscientes e afetivas de tensões pulsionais “amnesiadas”. Essas podem tornar-se efetivas antes no sistema nervoso “vegetativo” do que no “animal”, já que estão impedidas as descargas motoras pela perda do tônus muscular e também os posteriores efeitos psíquicos, pela amnésia.

No ítem 28, veremos algumas idéias de JUNG a respeito.

27.9. Em todos esses grupos é possível aplicar amplamente as técnicas da psicoterapia organísmica sem nos impressionarmos com as classificações, denominações, diagnoses e prognoses. Naturalmente, devemos conhecê-las, para sabermos do que se trata e os eventuais quadros ou síndromes devem ser recapitulados com atenção. Depois poderemos perceber em que extensão

aliviam ou até eliminam queixas as técnicas prudentemente escolhidas e consistentemente aplicadas, considerando sempre a eventual “necessidade do momento fisio-psíquico”. E não podemos esquecer: não existe toque para “dormir”, para “acalmar”, para “neurose”, para “psicose”, contra “dor de cabeça”, contra “cólica” ou contra “vesícula preguiçosa”. Lidamos sempre com as tensões espúrias, inadequadas ou mal distribuídas, sabendo que atrás delas mobilizamos toda a “orquestra” psico-vegetativa.

28. Sonho relativamente muito.....

28.1. JUNG aponta que sonhar muito não é, em si, anormal. Há muitas pessoas que têm essa intensa vida onírica, e não seria justo dizer que tal fato é, de certo modo, extraordinário ou até patológico. Mas, ao contrário, as pessoas que sonham pouco entram, de repente, numa fase em que sonham muito. Isto indica, com certeza, que emergiu uma carga do inconsciente – eventualmente de vulto ou de categoria menos comum. Nesses casos, via de regra, existe uma situação problemática não dominada ou resolvida adequadamente pela pessoa que se omitiu em relação a ela.

28.2. Aqui é lícito dizer que o inconsciente poderia ter contribuído com muita coisa para a vida consciente, conquanto que a consciência estivesse em condições de compreendê-las. Mesmo uma tal mobilização do inconsciente não é para ser considerada, em si, como algo patológico, a não ser que a pessoa fique bastante perturbada por seus sonhos, sentindo-se ainda nos dias subsequentes, nervosa, inquieta, irritada ou abatida. Nesse caso já podemos falar de um equilíbrio psíquico perturbado. Mas nem isso precisa ser um fato inquietante, porque esse equilíbrio psíquico pode muitas vezes ser perturbado temporariamente sem que isso signifique um traumatismo psíquico mais profundo.

28.3. Um determinado grau de despertar corresponde a um determinado distanciamento do evento onírico. Tendo-se um sonho no momento de acordar, há uma espécie de deslocamento da vivência onírica, o que dá muitas vezes a impressão de que “um outro” sonhava... Assim, existem diversos graus de intensidade e diminuição da vivência onírica. Mas também pode ocorrer e até com frequência, que o início do sonho apareça apenas como um filme, ou apenas “sabe-se” que algo “foi dito” anteriormente ou que uma opinião foi transmitida, e só depois, com o “aprofundar” do sonho entra-se patentemente na ação, como pessoa atuante, isto é, de repente percebendo-se no meio do sonho. Mas, tendendo entender os nossos próprios sonhos, sempre nos deparamos com os nossos “pontos cegos”. Atrás dos sonhos há sempre muita coisa de que sabemos muito pouco, e há determinantes nos conteúdos oníricos que só podem ser develados pelo mais cuidadoso levantamento do contexto inteiro do sonho.

28.4. Há muitos sonhos inteiramente abstratos. A imagética onírica é uma função da intensidade do resto da consciência que ainda permanece durante o sonho. Mas o fato de que recordamos nossos sonhos indica que algo permanece da consciência mesmo durante o sono. No Oriente descrevem o sono profundo sem sonhos, indicando que a consciência encontra-se num estado “superior”. JUNG tem certas objeções a respeito. Ele acha que no sono possuímos uma consciência de uma “outra vida”, que em primeiro lugar, consiste de todas aquelas coisas que ainda não experimentamos na realidade ou que ainda não foram vividas por nós. Percebemos ainda coisas das quais, de modo concreto, nunca poderemos saber nada nesta vida. São assuntos que pertencem ao passado da humanidade e talvez também ao seu futuro. Só raramente podemos reconhecê-los em conexão com eventos vindouros, porque não temos meios (ou apenas escassamente os temos) para registrá-los e indentificar eventos antes de ocorrerem. (JUNG até afirma que não vale a pena examinar os sonhos quanto ao seu significado premonitório, porque em geral falhamos, sendo o sonho um fenômeno natural que não pode ser interpretado por estereótipos racionais).

28.5. Assim durante o sono e no sonho, todas as coisas não compreendidas pela nossa “consciência diurna” encontram-se numa condição peculiar, manifestam-se como figuras viventes autônomas; às vezes aparecem como fantasmas de mortos, às vezes como figuras desconhecidas e às vezes como “encarnações anteriores”. Tais formas são provavelmente, meios auxiliares criados pelo nosso inconsciente para expressar disposições ou meios de existência psíquica; deles pouco entendemos realmente. Há também símbolos (árvore, pedra, etc.) que, independentemente de tradições, voltam nos sonhos hodiernos, sendo expressões de arquétipos latentes, desde tempos imemoriais existentes, possuindo uma numinosidade com carga emocional que sempre atua sobre a consciência quando emerge como imagem ou se manifesta numa situação, produzindo intensa impressão.

28.6. As imagens oníricas são respostas “naturais” da psique frente a fatos e condições do mundo exterior, em termos de auto-regulações inconscientes (compensações) com o efeito de equacionamento energético. Os conteúdos e tendências propostos pelo inconsciente, como se sabe, compensam os eventuais posicionamentos unilaterais da consciência, solicitando uma colocação e observância até contrárias, se for o caso. Com freqüência imagens oníricas banais quanto ao seu fundo arquetípico, são bem mais instrutivas, demonstrando maior poder convincente do que sonhos ostensivamente “mitologizantes”, já que a respeito destes pode ser levantada a suspeita de que se originam de leituras e são “manipulados”. O dinamismo psíquico tem a sua própria meta, seus próprios objetivos e suas próprias hipóteses de trabalho que consistem na observação dos fatos e que bem podem ser reproduções espontâneas de estruturas arquetípicas, aparecendo tanto nos sonhos como nas diversas perturbações psíquicas. Não conhecendo tais fatos, não se entende, na verdade o que é a autonomia ou realidade psíquica. JUNG salienta que, no sonho, tudo está “no seu lugar”, apenas nós não entendemos, na maioria dos casos, como e de que modo deve ser encarado e compreendido esse “todo”. O inconsciente reage instintivamente e o instinto nunca imita, mas configura sua dinâmica sem modelo consciente, seguindo seu trajeto biológico.

28.7. Assim, o inconsciente repete o evento como uma espécie de ato compensador, com o propósito de re-evocá-lo na memória, e torná-lo mais prontamente enquadrável na consciência, especialmente tratando-se de eventos traumatizantes, os quais a consciência em parte exprime, em parte afasta de si mesma. E um conteúdo que – por várias razões – não pode ser assimilado, está sendo proposto de novo e de novo, mesmo por “encenações” diferentes e até historicamente variadas. Se, eventualmente, o sonho não fornece o material necessário – ou não percebemos que está fazendo isso, o que ocorre com freqüência – com a imaginação ativa podem ser evocadas fantasias inconscientes que provavelmente apontarão o trajeto a ser seguido. JUNG várias vezes salienta que a “associação livre” (FREUD) não é confiável para trazer o verdadeiramente necessário material onírico; por isso usa a “circum-ambulação” na análise dos sonhos. Já o TALMUD afirma que o “sonho tem seu próprio sentido”. Com a associação livre bem podemos chegar aos nossos complexos mas não ao significado dos conteúdos oníricos em questão. Temos que nos adaptar sempre à faixa de compreensão do paciente, sabendo que seus sonhos mostram também a medida que lhe cabe. Por isso é aconselhável progredir “tateando” e evitar elaborar muitas idéias próprias na explanação dos conteúdos; o importante é que o paciente entenda do que se trata.

28.8. Motivos arquetípicos aparecem não apenas nos sonhos mas também na linguagem falada, escrita e sinalizada, e nas obras artísticas... Um arquétipo está se expressando quando conseguimos – pela pesquisa comparativa – encontrar formações iguais, semelhantes ou análogas em outras culturas ou mesmo quando aparece como experiência primordial pessoal – naturalmente comprovada – em indivíduos “modernos”. Por isso devemos tentar a explicação histórica, primeiro na própria esfera cultural, e só depois verificar a existência de iguais ou semelhantes formações simbólicas em outras esferas culturais, para fundamentar a afirmação de que se trata realmente de um arquétipo. Mas tal afirmação só será inteiramente comprovada se a formação simbólica ou imagem onírica em questão

puder ser encontrada também num sonho “moderno” e justamente só no caso em que o indivíduo não tenha estado de algum modo em contato com tradições correspondentes.

28.9. A falta de sonhos pode ter diferentes causas. Ocorre em geral que, se a pessoa não se interessa pela vida psíquica, sua atenção não vai se fixar em nada a respeito. Pode também ocorrer, ao contrário, que o indivíduo não se depara adequadamente com seus problemas conscientes e espera sonhos, i.e., a interferência do inconsciente. É mais raro quando os sonhos de alguém “migram” para uma pessoa do meio, cujos sonhos, então, tomam uma direção peculiar (crianças sonham os problemas dos pais). Pode também existir uma condição psíquica em que não há necessidade de sonhar, i.e., a disposição do consciente não precisa ser compensada. Na realidade, o processo onírico ocorre durante o dia inteiro, mas suas manifestações fisiológicas estão encobertas pela “rotina” psicofisiológica do dia...

28.10. Apesar do rádio, da televisão e de outros meios de comunicação, as crianças têm seus instintos próprios dos quais emergem suas fantasias. Às vezes fala-se demais e sem razão, da imitação dos adultos. O instinto tem uma identidade mais ou menos universal e não se propaga – como tentam argumentar – apenas por tradição, migração, imitação ou doutrinação. As crianças podem ter sonhos arquetípicos sem qualquer influência externa.

28.11. As cores faltam quando a consciência perceptiva está reduzida. Tal fenômeno, em geral, está sempre em conexão com o momentâneo relacionamento entre a consciência e o inconsciente. Se houver uma situação existencial em que se faz necessária uma aproximação do inconsciente, este recebe uma acentuação específica que se manifesta no colorido das imagens nos sonhos, visões e fantasias, ou em outras qualidades impressionantes ou salientes (beleza, intensidade, sentido profundo, etc.). Os sonhos permanecem antes sem colorido se a consciência está numa condição “indiferente” ou “angustia” em relação ao inconsciente, ou se não há uma necessidade expressa da consciência estabelecer contato mais intenso com o inconsciente. Mas onde há “angústia” lá existe uma tarefa, e os sonhos e fantasias mostram o que deve ser feito para executá-la. As nossas fantasias permanecem sempre no ponto das nossas insuficiências, indicando algo que falta e que deveria ser compensado. A participação mais intensa do inconsciente pode ser eliciada pelo uso de cores intensas (“bárbaras”, como JUNG diz) nos desenhos, pinturas ou em outras projeções ou formações.

28.12. São conhecidas as quatro funções (perceber, sentir, pensar, intuir), servindo para a orientação da consciência. Pela experiência sabemos que essas funções não são, em cada indivíduo, igualmente diferenciadas. No simbolismo do sonho é possível observar que três das quatro funções podem ser conscientizadas, mas uma quarta (dependendo da organização da consciência, qual) permanece no “escuro” e retrai-se da diferenciação da consciência ou cria bastante dificuldade para esta. Correspondendo ao seu estado inconsciente, está “contaminada” pelo inconsciente coletivo; quando tentamos recorrer a ela, fazendo-a sair deste estado para empregá-la conscientemente, emerge junto com ela, por assim dizer, o inteiro fundo arcáico da psique, de que ela não se deixa destacar. Com o quarto vai sempre o todo... Na mitologia esse fato é referido quando HERACLES tenta desprender TESEU emuralhado entre rochas no sub-mundo, e a terra inteira treme nessa tentativa de libertá-lo. (A situação atual do mundo...).

28.13. Certamente os sonhos apontam inconscientes envolvimentos internos, e é aconselhável observá-los, não os deixando escoar no inconsciente, porque emergirão na esfera fisiológica ou ao menos naquela correspondente área inconsciente onde se compõem formações patológicas. É instrutivo observar isto nos artistas. A grande maioria deles ainda não aprendeu a distinguir entre a sua própria vontade e a objetiva manifestação psíquica, i.e., entre aquilo que fazem e aquilo que “ocorre” com eles. Nós estamos ainda numa terrificantemente primitiva condição espiritual e por isso

não sabemos permanecer objetivos nas questões da psique. Se o artista moderno pudesse reconhecer – diz JUNG – o que está ocorrendo espontaneamente na psique e distingui-lo do que ele inventa na sua consciência, poderia encarar – através da sua própria psique – o objeto do sonho revelador de uma realidade da qual ele nunca mais se afastaria. “O que o sonho diz é como é” porque não nós o estamos fazendo... O sonho nos contará muita coisa e por isto o estamos desprezando e continuamos a dissolve-lo “ad infinitum”... E o que é um grande sonho? Consiste de muitos pequenos sonhos e de muitos atos de humildade e submissão entre suas indicações. É o futuro e a imagem do Novo Mundo, o que ainda não compreendemos.... E nele existe a chave para encontrar aquilo que buscamos em vão no nosso mundo consciente... (Todos esses excertos de JUNG foram tirados de suas Cartas e não de suas publicações).

28.14. Observou-se várias vezes que durante as aplicações das técnicas da psicoterapia organísmica – e também de outras técnicas – parte dos pacientes adormece e até sonha. Em geral e aconselhável continuar mesmo assim as seqüências iniciadas. Com o material onírico assim surgido lidamos do mesmo modo com os sonhos em geral. Já tem ocorrido que pacientes, ao iniciar a psicoterapia organísmica passaram a dormir muito mais, até excessivamente (12-15 horas por dia), durante certo tempo. Trata-se sempre de sobrecargas psíquicas, frustrações, desilusões e, às vezes, de um preparo para impulsos mais intensos em futuro próximo. Em vários casos o número e a intensidade dos sonhos aumentou também sensivelmente, como conseqüência natural das estimulações recebidas (relaxação, descontração fracionada, solturas) em termos somáticos, e também pelo efeito da psicoterapia verbal e suas extensões (investigação de sonhos, fantasias, percepções, desenhos, associações, etc.). Aqui é necessário apontar com ênfase que os pacientes devem ser instruídos para não falar sobre seus sonhos e, em geral, sobre sua terapia com familiares, amigos, subalternos e em reuniões sociais (ou cabeleireiros!) porque ocorrerá um “vazamento” no dinamismo terapêutico pela introdução, no processo, de elementos que deveriam ser tratados de outra maneira no decorrer da terapia; isso constitui uma verdadeira “delapidação” ou “desvio de verba” psíquica. É aconselhável também atentar para o fato, de que entre o sono e a vigília podem existir, em diversas gradações, estados alterados da consciência, especialmente promovidos e fomentados, sem querer, pelo emprego das técnicas corpóreas. Fica bem aumentada a sugestibilidade e por isso é importante cuidarmos com as nossas palavras, com os gestos, a postura, o olhar, a modulação de voz, etc., para não criar impressões subliminares ou concretas que poderão influenciar a conduta, a colocação, as fantasias e a auto-percepção do paciente de modo unilateral ou desnecessariamente acentuado ou “abafado”. Passar por uma psicoterapia conscienciosamente conduzida – qualquer que seja a linha a que pertença – já em si representa uma notável sobrecarga para o paciente (agora estamos falando só dele!), no todo da sua organização bio-psíquica, existencial e espiritual, com séries de readaptações e reajustamentos multidimensionais, uma vez que o inconsciente coletivo está também constelado. E para isso não é imperativo passar por uma psicoterapia exclusivamente “jungueana”.

A psique é uma grandeza subjetiva e não apenas um produto da vontade da consciência e em qualquer psicoterapia produtiva temos que contar com a muitas vezes incompreensível atuação da Natureza... E é uma lei psíquica que o indivíduo, pelo seu destino, terá que confrontar-se sempre com aquilo que gostaria de evitar, o que teme, o que o “ameaça”, mas de modo inconsciente. E temos que estar conscientes do fato de que, nos sonhos intensos trata-se antes de tudo de compensações. Mas aquilo que penosamente esbarra conosco, que cria angústia e nos faz sofrer, salienta também os nossos pontos fracos e vulneráveis, mas talvez também o germe de uma colocação radicalmente modificada, como programa para meses, ou anos. Também temos que nos lembrar que a nossa força reside naquela disposição psicológica em que o Eu sabe discenir, decidir e atuar com liberdade, onde se baseia sobre si mesmo, de onde sabe comunicar-se com seu meio maior ou menor, com sinceridade independente. Se permanece fraco, continuará dependente, confuso, indiferenciado e sujeito a variações impostas, influenciado inevitavelmente por fatores interiores e exteriores.

Mas a fraqueza e a força compõem o homem inteiro – ainda não total – como ele é e existe. Tal força e fraqueza apresentam-se nas séries de sonhos, de um lado como instinto – esse poder original e necessário para assegurar o adquirido e confirmado e defende-lo contra os desfalecimentos – e do outro como poder criativo da vida psíquica que se esforça para manifestar-se e concretizar, exigindo sempre novas movimentações e transmutações. E os sonhos mostram, ora de modo claro, ora de forma demais condensada e quase incompreensível ou indecifrável, tudo isso. Diz-se que da representação desigual desses dois fatores compõe-se o temperamento individual, mas sua mescla nem sempre pode ser observada. Sabe-se também que uma solidificação excessiva conduz à petrificação e muita alteração não permite criar algo duradouro. Essa regra psíquica vale não apenas para o indivíduo mas constitui um fenômeno sócio-histórico, já que estamos todos, sabendo isto ou não, querendo isto ou não, encamados nos problemas da nossa época. E tal condição não somente se espalha nos indivíduos, mas também cria neles incentivos os mais diversos. O sonho então, mostra também a quota e a rota dessa participação “obrigatória”...

29. Sou sensível às mudanças atmosféricas, ou de clima...

29.1. A bioclimatologia examina os efeitos das condições atmosféricas (físico-químicas) e das suas alterações sobre o organismo vivo. Já em tempos antigos foram observados tais efeitos e aplicadas diversas medidas, dependendo da cultura, da religião, da filosofia e dos conhecimentos específicos, às populações humanas em diversas áreas. Hoje em dia já existem ramificações desta ciência, como:

- a meteorobiologia, que estuda o papel biológico das alterações atmosféricas mais rápidas, por exemplo, de uma hora para outra, de um dia para o outro.

- a climatobiologia, que estuda as condições atmosféricas de uma determinada área geográfica, i.e., as influências do clima sobre os seres vivos (“inclinação”).

29.2. Os diversos efeitos do clima, do ponto de vista do ser humano, podem ser divididos em dois grupos. Há sintomas que representam respostas normais do organismo humano frente às alterações climáticas ou atmosféricas em termos de reações de uma adaptação natural, pertencendo à área da meteorofisiologia ou climatofisiologia. No entanto, muitas vezes podem emergir sintomas que indicam uma desadaptação frente às alterações climáticas ou atmosféricas; tais fenômenos pertencem à meteoropatologia ou climatopatologia.

29.3. Os conhecimentos, há milênios existentes, sobre os efeitos das condições atmosféricas ou climáticas sobre os processos biológicos, fisiológicos, patológicos e psíquicos e fisio-psicopatológicos, utilizaram, naturalmente, conceitos e terminologia condizentes com o estado da consciência da população. É sabido, por exemplo, como o I Ching lida amplamente, nos seus trigramas e hexagramas, com as condições atmosféricas em relação com a conduta humana, tanto em termos somáticos como psíquicos, muitas vezes demonstrando uma desenvolvida visão social, encontrada também nos ensinamentos de LAO-TSÉ, KUNG-TSÉ e outros. Além disso, em muitas culturas estão documentadas buscas específicas de pontos “energéticos” onde pudessem ser erguidos templos, santuários, pirâmides, paços reais, mosteiros, etc., em áreas onde as condições atmosféricas e climáticas correspondessem aos objetivos cômicos, metafísicos ou administrativos. A ciência moderna buscando dados “exatos”, começou a estudar os efeitos da temperatura, da umidade do ar e das diversas radiações. Mais adiante, o desenvolvimento da biologia e a física da atmosfera possibilitaram revisões radicais quanto aos conhecimentos bioclimatológicos.

29.4. O clima, numa concepção moderna, é um processo dinâmico que decorre desde a formação da Terra e, através da situação presente, estende-se até o futuro mais longínquo. Parece ser uma seqüência dos efeitos recíprocos de condições energéticas oriundas, ora do Universo (em primeiro

lugar da energia solar), ora da atmosfera e da matéria da Terra (em termos físico-químicos), em alterações rítmicas e periódicas. Assim, cada fator climático transmite alguma energia, por exemplo, a radiação solar, como se sabe, traz a energia da luz e do calor, a umidade carrega energia térmica latente, o vento, e em certo sentido a pressão atmosférica, carregam energia cinética. Tal visão energética refere-se também aos fatores elétricos e químicos da atmosfera. Os componentes materiais do ar atuam como transmissores ou transformadores de energia. O meio climático, então, influencia os organismos pelo fornecimento ou pela retirada de energia. Nesses termos, já de antemão apontamos que a susceptibilidade aumentada nos momentos de alteração das condições meteorológicas ou na percepção da iminência de tais alterações, i.e., a coincidência de queixas e a exacerbação de certos sintomas por influências meteorológicas em pacientes com síndromes psicovegetativas, muitas vezes significa uma patente intensificação dos seus sofrimentos.

29.5. De acordo com o sentido da visão moderna da concepção de clima, devem ser encarados os fatores climáticos biologicamente efetivos de determinados lugares de climaterapia. Nesses casos, não apenas as condições atmosféricas tradicionais (temperatura, umidade, radiações) mas também a periodicidade da manifestação dos diversos elementos juntamente com a condição geográfica, são consideradas. A intensidade do efeito de um meio físico está sendo determinada pelas variações dos componentes elementares de seu clima local. As alterações do clima, como já sabemos, podem representar uma sobrecarga para o organismo, mudando as condições e os processos vitais básicos. Isto pode acontecer por diferentes meios. Em primeiro lugar ocorre a modificação dos processos bioquímicos que servem para fornecer energia. A alteração do equilíbrio térmico pode acelerar ou desacelerar o metabolismo, e o mesmo efeito aparecerá se no ar alteram-se as concentrações de certas substâncias que atuam em termos de oxidação e redução. A entrada no organismo de substâncias oxidantes, em quantidade maior ou menor, altera o equilíbrio ácido-básico. A mudança das reações bioquímicas no sangue influencia a dispersão de calóides, a atividade enzimática e a condição imunobiológica. A alteração do pH do sangue (acidose, alcalose) tem efeito sobre a circulação e a respiração. Os íons positivos e negativos afetam, em parte, o equilíbrio ácido-básico e, em parte, o metabolismo da serotonina (mediador da transmissão de estímulos nervosos). As radiações alteram as proteínas que assimilam ou produzem a formação de diversas substâncias que, chegando a outras partes do organismo, atuam distantes da “entrada” original.

29.6. Em geral, as alterações no meio – no nosso caso, nas condições atmosféricas – mobilizam o mecanismo de adaptação. As formas de perturbações fisiológicas dependem da carga que os órgãos recebem durante a modificação maior ou menor dos seus processos. Na coordenação das adaptações orgânicas tem papel decisivo o sistema vegetativo. Mas suas alterações (tônus!) dificilmente podem ser expressadas de modo exato em termos clínicos, porque de acordo com os conhecimentos atuais, como já foi salientado em alguns pontos anteriores, não podemos falar simplesmente de “simpaticotonia” ou “parassimpaticotonia”, i.e., da predominância exclusiva desta ou da outra disposição vegetativa. Simpático e parassimpático (antagonismo) participam, na inervação vegetativa, sempre de modo simultâneo; apenas a proporção das participações é diferente num determinado momento. Mesmo assim, recorremos às expressões tradicionais, falando de tônus vegetativo ergotrópico, quando a atividade do simpático é mais acentuada visando mobilizar energia para certas atividades, e entendemos que na fase acentuadamente trofotrópica externamente “inativa” (parassimpático), ocorre a síntese da energia (metabolismo, assimilação).

29.7. Essas duas formas principais da regulação vegetativa promovem alterações profundas em determinadas funções biológicas parciais, envolvendo também o equilíbrio ácido-básico, os eletrólitos e outros fatores humorais (endocrinológicos, imunológicos, neuro-secretores, etc.). Por isso, em conexão com as reações de adaptação, usamos a expressão “sistema vegetativo” e não as delimitamos apenas ao “sistema neuro-vegetativo”.

29.8. Apesar das dificuldades para determinar o “tônus vegetativo” rapidamente por meios clínicos (a obtenção dos parâmetros de laboratório – diaferometria, testes de respiração, teor de potássio, cálcio e colesterolina no sangue – exige muito tempo, equipamento adequado e profissionais bem formados), existe no entanto, o “índice vegetativo” com que podemos obter dados confiáveis medindo a decorrência de reações rápidas em intervalos curtos, recorrendo aos dados facilmente obtidos da circulação: pressão diastólica (“d”) e número das batidas cardíacas por minuto (“m”): I.V. = $(1-d/m.100)$. Em adultos o valor normal é 0 e o deslocamento “positivo” indica um tônus mais intenso em termos ergotropo-simpático, e valores “negativos” apontam a intensificação do tônus vegetativo trofotropo-parassimpático. O teste psicológico de LUSCHER (chapas de cores) também pode ser usado para obter dados quanto ao tônus vegetativo em casos isolados ou para levantamentos industriais, empresariais, bancários, etc., em grupos maiores ou menores.

29.9. É uma observação geral que o efeito biológico dos fatores meteorológicos e climáticos não depende apenas da intensidade e da qualidade. Como se sabe, os diversos indivíduos reagem de modo diferente frente aos mesmos estímulos, por causa da diferença quanto à constituição. Inicialmente classificaram os diversos tipos constitucionais de pontos de vista morfológicos, acentuando especialmente as disposições genéticas e inatas. Mais tarde esclareceu-se que algumas características de um indivíduo podem também passar por modificações em função de condições externas e ainda, a mesma pessoa em conexão com o mesmo estímulo pode dar respostas diferentes e até variadas, devido à periodicidade das funções dos órgãos. Há investigadores que afirmam que, para um indivíduo, é mais característica uma certa decorrência biológica do que marcas morfológicas. Por isso, em vez de tipos constitucionais, preferem falar de “tipos de reação”.

29.10. Temos que acrescentar ainda que as alterações rítmicas ou periódicas do nosso meio físico, i.e., o revezamento dos dias e das noites, as estações, as fases lunares e os períodos de manchas solares (11 el/2 anos), podem criar reações nas funções fisiológicas e nos efeitos meteorológicos e climáticos que se manifestam nas mudanças cíclicas das condições atmosféricas.

29.11. As condições de temperatura criam reações locais, em geral através dos vasos e dos reflexos mobilizados por eles. Mas a nossa “economia térmica” é influenciada, além da temperatura, também pela umidade do ar, pelo vento e pela radiação. A umidade relativa alta, no caso de temperatura elevada, produz congestionamento térmico. O frio úmido aumenta o esfriamento do corpo. Com ar seco, a perda de água é grande, com efeito exsiccativo. Vento forte aumenta o esfriamento. A pressão do vento exige esforço físico, o que no caso de cardíacos pode ser perigoso. As rápidas oscilações da pressão atmosférica produzem nos vasos, alterações do calibre, com a conseqüência de crises vasais, alterações indesejáveis da pressão sangüínea, ou até obliteração de um vaso sangüíneo por um êmbolo. Em lugares com pressão atmosférica mais baixa também fica diminuída a pressão parcial do oxigênio, e por isso, a hemoglobina e os glóbulos vermelhos têm menos capacidade de se ligar. Assim, o número dos glóbulos vermelhos aumenta, o que no caso de anemia pode ser vantajoso, mas em cardíacos, a hipóxia e o aumento da viscosidade do sangue podem causar uma aguda insuficiência circulatória.

29.12. A função intra-vermelha da radiação do sol, em primeiro lugar tem efeito térmico e pode ter seu papel no “ar abafado” em certas fases do dia. Os raios da fração ultra-violeta estimulam a formação da vitamina D na pele com função bactericida. Mas expor-se demasiadamente à radiação solar sem adaptação gradativa causa inflamação da pele, e embora aumente o metabolismo, em pessoas com inclinação específica, pode eliciar a intensificação de sintomas neuróticos. A luz visível tem também efeito biológico; sustenta o ritmo circadiano do organismo e, através da retina, atinge o lóbulo anterior da hipófise mobilizando ACTH (ver o glossário no livro). O espaço com eletricidade

positiva e os iônios positivos estimulam o organismo; o espaço negativo e os iônios negativos têm efeito sedativo.

29.13. Resumindo: fatores atmosféricos simpático-ergotrópicos são: volumes de ar quente (frente quente), ar de origem sub-tropical, diminuição das substâncias oxidantes no ar, preponderância de iônios positivos, radiação na faixa 9-10khz e a radiação corpuscular depois de erupções solares. Elementos meteorológicos com efeito trofotrópico-parassimpático são: volumes de ar frio (frente fria), volumes de ar frio vindos dos polos ou de continentes, o aumento de substâncias oxidantes (ozônio), preponderância de iônios negativos, radiação na faixa 2-3 khz e a radiação de natureza ultra-violeta depois de erupções solares.

29.14. Percebendo-nos como seres humanos, unidades dentro de unidades maiores e, além destas, dentro de uma unidade maior, é natural que a nossa capacidade de adaptação tenha que estar em condição suficientemente elástica para corresponder às constantes exigências psico-neuro-imuno-endocrinológicas. Nas descrições acima foram salientados os aspectos biológicos e fisiológicos. Mas cada um que estuda estes pontos já deve estar suficientemente preparado para não apenas imaginar mas também realizar as implicações e conseqüências em termos psicológicos, tanto nos aspectos conscientes como nos aspectos inconscientes, com reações, disposições, fenomenologia e energetismo múltiplos.

29.15. Parece atuar um “conluio sinistro” que tenta solapar a adaptabilidade sadia da organização fisio-psíquica do ser humano, abordando tudo “do avesso”, levando-o a reagir de modo negativo e insuficiente. Os entorpecentes, o fumo, o sem número de operações propostas sem critério rigoroso, a pílula, o ultra-som, os sedativos, os calmantes, os psicotrópicos e outros compostos administrados apenas para efeito sintomatológico, certas aplicações e receitas superficiais mesmo na homeopatia e acupuntura, o aproveitamento e o abuso da credulidade e da credence, as poluições sonora, visual, tátil, gustativa e olfativa, debilitam profundamente a capacidade do ser humano para reagir de modo adequado aos inúmeros estímulos, hoje em dia com patente aceleração, oriundos do planeta, do sistema solar e dos diversos pontos do Universo.

29.16. Tratando-se, em boa parte, de reações do sistema vegetativo, as técnicas da terapia organísmica podem ter um emprego diversificado e amplo também nas condições acima delineadas. Apenas exortamos, de novo, que não queiram ter técnica “para isso” ou “para aquilo” já que, de todas as modalidades, podem ser escolhidas as intervenções necessárias e acertadas, dependendo do quadro.

30. Não aguento responsabilidade... engajamento obrigatório... exigências... fardos... cargas profissionais... sociais... religiosas... ideológicas... familiares...

30.1. Os psico-somáticos propõem que o nosso corpo está circundado pela nossa realidade individual, que seria um invólucro firme, mas invisível para um observador. Sendo o corpo e a realidade individual como que dois compartimentos, por assim dizer, dois órgãos de um organismo maior, executando funções específicas um para o outro e para o sistema total, a constante desmontagem e remontagem do “orgão” realidade individual poderia ser comparada ao metabolismo do “orgão” pele, cujas células são submetidas a uma renovação constante. Pele e realidade individual têm a função como que de uma membrana limitante, com as tarefas de seleção e comunicação no intercâmbio com o meio. As doenças da pele que obstaculizam a execução das tarefas de seleção e comunicação com o meio e suas efetividades recíprocas com as outras partes do organismo, estão sendo tratadas na dermatologia. As “doenças” da realidade individual – i.e., aquela “casca” invisível em que o indivíduo vivencia seu meio ao interpretar as programações da sua fantasia (o palco interno) e que,

sempre e de novo, é desmontada e remontada em cada situação, e seus efeitos recíprocos em relação ao corpo – é o assunto da visão psico-somática. Nós talvez falaríamos de perda e reajuste dos pontos de apoio físico-psíquicos.

30.2. Já que as alterações desse “órgão” não podem ser observadas de modo direto, é muito mais difícil entender e descrever seus processos, embora o indivíduo as vivencie de modo mais intenso do que os processos na área cutânea. Já JUNG apontava que não devemos pressupor a nossa própria psicologia como existente nos outros. Mesmo assim, há na maioria das pessoas a convicção de que a realidade, como a experimentam, é a mesma para todos os outros indivíduos. A crença enraizada de que todos nós vivemos a mesma e uma realidade nem permite emergir a idéia de que a realidade dos outros pode ser bem diferente da nossa e de que todos nós, dos mesmos fatos neutros construímos realidades diferentes com significados diferentes. Por isso são importantes as descrições de casos que mostram: como os pacientes experimentam a sua realidade. O conhecimento das realidades individuais de pessoas doentes, neuróticas, etc., é uma tarefa delicada porque já nas primeiras tentativas começam os modelos abstratos a serem imbuídos com dinamismo vivente. É importante que a estrutura espaço-temporal da realidade individual permaneça intacta. Mas ocorre com frequência que ela “desmorona” quando a intensidade de uma situação se eleva além de uma medida suportável e nem o auto-domínio nem considerações sóbrias fornecem uma saída tolerável. Em termos biológicos tal regressão – porque se trata disto – para uma condição indiferenciada tem certo sentido porque pode mobilizar forças nunca imaginadas que ajudarão a resolver uma condição emperrada. A respeito disso são notáveis as explicações de JUNG (especialmente no início dos “Seminários das Visões”) sobre os momentos em que a “função inferior” assume a orientação. Naturalmente, tal condição de supremo esforço ou de suprema apatia, durante muito tempo não é condizente com a vida; exemplos são as mortes repentinas em situações de extrema carga psíquica. Formas menos ameaçadoras de dissolução da realidade individual são o “reflexo de cadáver” (estudado e descrito especialmente por KRETZSCHMER) e a síncope.

30.3. Queixas de “peso” excessivo em relação a responsabilidades, compromissos, cargas (profissionais, familiares, existenciais) apontam nitidamente certas imposições e concomitantes alterações da realidade individual, levando, na maioria dos casos, a reações físico-psíquicas ou psico-somáticas, dependendo da participação maior ou menor de um ou outro “lado”. Em relação com isso lembremo-nos do desenho de FRANKL (ver figura). Tal condição, em pessoas com síndromes funcionais e hipocondria é notável quanto à possibilidade de uma regressão e um possível reavivamento de certas fases do passado. Há pessoas com sensibilidade vegetativa em que todo dinamismo se reduz, no fim, a resignação amargurada e desesperançosa, “não querem lutar”, “perderam”, “não aguentam mais”, e com isso secam as fontes da atividade espontânea. É como se o corpo perdesse, com a desativação da realidade individual, uma importante função protetora, abrindo-se com uma entrega passiva e silenciosa a uma doença orgânica, em geral irreversível. Emergem, de vez em quando, sentimentos de culpa que muitas vezes são interpretados como agressões retiradas do meio e dirigidas contra si mesmos. Mas a questão é muito mais complexa porque – é possível observar – atuam também os dinamismos arquetípicos, programados mas não aproveitados, não assimilados, não postos na prática cotidiana e não transmitidos aos outros com abertura adequada.

30.4. Em termos jungueanos pensemos também, neste contexto, nos inúmeros tropeços e tombos possíveis no trajeto da individuação que é, como processo, a realização empírica da totalidade psíquica, a conscientização da unidade estrutural do indivíduo (individualidade). Isto acarreta o enquadramento do Eu na totalidade das condições psíquicas, constelada sempre por cada atual momento psicológico. Assim, a meta da individualização é o desenvolvimento da personalidade individual em termos de uma singularidade estrutural. Esta constitui, de um lado, uma condição apriorística e de outro modo, é uma disposição ou um especial estilo ou modo com que o indivíduo

reage perante os componentes coletivo-psíquicos externos e internos (TONI WOLFF). Em cada faixa etária poder-se-ia falar de uma determinada individuação mas, como um fundamental processo psicológico, ocorre na segunda metade da vida. Assim, a individuação pode ser traduzida como vir-a-ser-Si-Mesmo. É natural que o Si Mesmo (Self) presente, no entanto, de acordo com a idade e com a situação existencial, sempre outros aspectos a serem necessariamente realizados, já que a psicologia do indivíduo é diferente nas subseqüentes faixas etárias. O cerne individual pode ser visível, entretanto, em todos. Naturalmente, cada faixa etária tem a sua determinada problemática, de modo que é sempre possível uma variação individual, mas não um desvio ou evitação arbitrários, sem decisivas perturbações, isto é, sem a desunião com as fundamentais leis psíquicas. O TODO-psíquico constelado mas deixado em estado inconsciente por inércia, desatenção ou temor, possui uma efetividade e intensidade energética e transfere-se, quando o sujeito se dissocia dele, para o meio e para aqueles objetos com os quais está mais fortemente coligado. Em consequência disso, também os outros serão afetados por ele, e em certas condições, obrigados a assumir a quota psíquica a eles delegada. Um outro sofre, então, os efeitos dos quais o indivíduo se esquiva. O processo de individuação não cria uma falta de relacionamento ou isolamento intocável, mas, ao contrário, é a base de uma conexão incondicional com a condição humana, uma participação mais consciente e mais vivenciada...

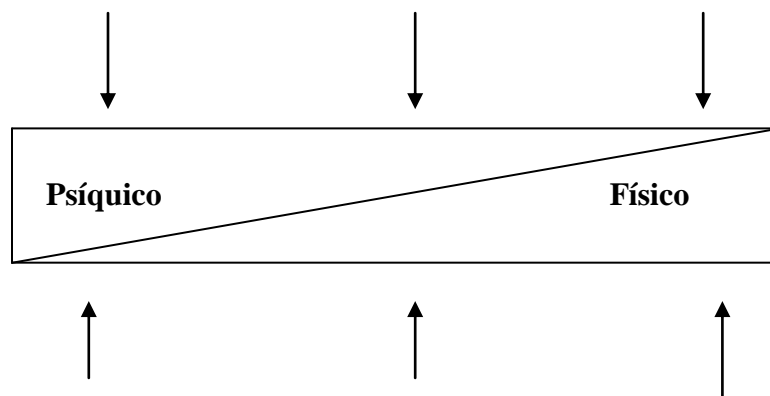


Figura 1. O desenho de FRANKL representando o organismo. As setas indicam a maior ou menor participação dos aspectos psíquicos e somáticos, dependendo da síndrome apresentada pelo indivíduo.

30.5. Mas na prática, tudo isso não ocorre sem obstáculos externos e internos, e nem precisa ser alguém “esquizofrênico” ou “esquizóide” para ver de modo estreito as atuações e pretensões dos outros e o significado do próprio Eu. JUNG aponta que o modo de ver normal, na medida em que é possível, consiste na premissa filosófica de uma “simpatia de todas as coisas” ou algo semelhante. (A “correspondência” ou “simpatia de todas as coisas” é uma antiga doutrina filosófica sobre o relacionamento e dependência empíricos dos conteúdos do cosmo. Baseia-se na crença de que um princípio divino universal encontra-se também na parte mais minúscula, que por isso está em concordância – “simpatia”, “correspondência” – com todas as outras partes e com o TODO. JUNG encarava tal idéia como precursora da noção de sincronicidade.) . E justamente essa “simpatia” cessa naqueles que não se empenhavam, no tempo adequado, em pagar seus “tributos” à Natureza ou não “sacrificavam” aquilo que teria sido necessário para sair de determinadas “amarras” e poder dar o passo seguinte no trajeto da individuação. Tais “amarras” sempre são indicadas pelos sonhos, e não são apresentadas – juntamente com a forma de solução – concretamente. Por isso temos que acertar o que propõe o inconsciente para ajustar a conduta de modo correspondente. Sincronicidades podem apontar situações arquetípicas e onde ocorre isto há sempre uma alusão à original unidade integrada, que até pode ser indicada por fenômenos somato-psíquicos condizentes. No nosso ítem em questão, a

incapacidade de assumir responsabilidade, engajamentos, atender exigências, suportar fardos e encargos dos mais diversos tipos, está sempre em relação com a falta da “observância” necessária, i.e., a situação psíquica não foi compreendida e, por isso, chegou a ser reprimida. Então – como JUNG aponta – aquilo que deveria expressar-se como a “simpatia de todas as coisas” emergirá como uma tentativa pseudo-racionalista para explicar a falta da “simpatia”, i.e., em vez do EROS inclusivo aparecerá seu oposto, o ódio ou angústia separatistas. A condição pode começar a se “patologizar” quando a participação mais abrangente original comuta-se em negações na base de argumentos intelectuais-plausíveis, que até podem convencer as mentes massificadas. Mas foi esquecido, reprimido e “desconversado” o significado interno da “simpatia”, uma atitude “religiosa” (religio = observação atenta) que acerta os meios adequados e evita as soluções espúrias (Cartas III, pp.148, ed.al.). JUNG salienta que tais assuntos nem podem ser explicados para pessoas de pouca inteligência, porque serão mal entendidos. Também não adianta tentar esclarecer o assunto para indivíduos de condição acadêmica mas com colocação “científica”, já que formação científica nem sempre está paralelada com inteligência superior. Em outro lugar (Cartas III, pp.367-369) JUNG aponta que para a nossa consciência não é possível encontrar um contato com o Si-Mesmo natural (ANTHROPOS), porque isto significaria a ampliação da consciência do Eu no “transcendente”, o que, por definição, ultrapassa a capacidade de conscientizar... já que se trata da totalidade da VIDA, que com os meios da nossa consciência não podemos apresentar. Necessitam-se não apenas as nossas possibilidades vivenciais e representativas, mas também uma participação vivente de um “influxus divinus” que se apodera do nosso inteiro existir e também não só as nossas assim chamadas forças espirituais, amarradas nas limitações do nosso intelecto, da nossa intuição e do nosso sentimento. Os alquimistas afirmavam com acerto: “Ars requirit totum hominem” (A arte requer o homem todo). A nossa consciência nunca é “toda”. Só esse apoderar da consciência pelo influxo divino pode ser encarado como uma aproximação do TODO. O pensar abstrato não pode conduzir-nos mais adiante, a não ser até noções excogitadas, utilizadas sempre como escudo e vias de escape, possuindo por isso a característica de impedir a realização do TODO. E onde não podemos proceder ativamente, lá sofremos a atuação, e então não somos mais a mão que brande o malho mas sim o malho brandido ou qualquer ferramenta que não se dispôs de si mesma. Já que o ser humano tem a liberdade de escolher sua direção, está livre também para meter-se em meandros e, em vez de deparar com a realidade do seu inconsciente, matutar acerca deste e afastar-se da verdade da Natureza... A primeira metade da verdade jaz mesmo nas mãos do homem, mas a segunda metade, nas mãos DAQUELE que é maior do que nós. No primeiro caso podemos ser ativos, mas no segundo somos inevitavelmente passivos, isto é, passamos por ela. E nisto, nenhuma filosofia saberá nos ajudar, mas poderá apenas enganar, e aquele lamentável vazio espiritual em que vivemos hoje em dia não pode ser preenchido com palavras, mas somente pela nossa participação total, quer dizer – mitologicamente falando – pelo nosso voluntário auto-sacrifício ou ao menos pela nossa prontidão para executá-lo. Mas nós nem estamos em condições de determinar por nós mesmos a natureza deste auto-sacrifício. Tal condição depende do “outro lado”. O processo de individuação, i.e., o vir-a-ser um TODO, abrange por definição, o todo do fenômeno humano e o todo do enigma da Natureza, cuja separação em aspectos físicos e espirituais representa apenas uma discriminação, servindo o conhecimento humano...

30.6. E nesses casos, valem alguma coisa as técnicas da psicoterapia organísmica? Muito mais do que se supõe. As frustrações, as paradas, as desesperanças, as desativações, indicam, independentemente do – necessário – rotulamento socio-psicológico profissional, o inadequado encaminhamento da energia psíquica (libido), i.e., a falta de um condizente relacionamento dinâmico entre os conteúdos conscientes e inconscientes dentro das variações individuais. Aqui não devemos cogitar, antecipadamente, sobre as possibilidades ou probabilidades de uma eventual atuação. Mesmo em casos de enfermidade patente, se o paciente solicitar, temos que fornecer aqueles estímulos, executar aquelas seqüências que aparecem como mais condizentes com a situação atual da pessoa. O planejamento deve ser elástico, propondo sempre aquelas modalidades de intervenção que

correspondem mais à necessidade do momento. Sabendo que se trata de uma pessoa em certo grau psíquica e fisicamente desativada ou desvitalizada, o início da atividade profissional deve ser suave e prudente, sem prometer nada e sem salientar os achados nem pronunciar juízos prognósticos, criando expectativas e esperanças prematuras. E se o terapeuta está prestes a ficar confuso perante as mais variadas queixas, resistências, anelos e desânimos, tudo isso despejado sobre ele, sempre pode, por um momento, olhar para dentro de si mesmo e dizer: “Essa pessoa perdeu seus pontos de apoio. Tentemos reconduzi-la para eles e reajustá-la”.Nessa formulação concisa reside a diagnose do quadro apresentado e o trajeto da terapia.