



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO: PSICOLOGIA

## **A ASMA SEGUNDO A PSICOSSOMÁTICA**

PRISCILA ESTRELA HIMMEN

BRASÍLIA  
Novembro/2003

PRISCILA ESTRELA HIMMEN

## **A ASMA SEGUNDO A PSICOSSOMÁTICA**

Monografia apresentada como requisito para a conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB - Centro Universitário de Brasília.

Professor(a) e orientador(a): Tânia Inessa Martins de Resende.

Brasília/DF, Novembro de 2003

Aos meus pais, pelo amor demonstrado através de compreensão, apoio e incentivo, não só durante o período acadêmico, mas por toda a vida.

## AGRADECIMENTO

Agradeço e dedico este trabalho a minha orientadora, Professora Tânia Inessa, que me indicou os caminhos que eu deveria seguir na elaboração desta monografia.

Agradeço também à psicóloga Andréia Moscoso e à minha prima Renata Estrela pela orientação, essencial para a conclusão deste trabalho.

Agradeço às minhas amigas por todo o carinho, paciência e companheirismo.

Agradeço também, a todas as pessoas que contribuíram para que este trabalho não se resumisse a uma monografia, mas que representasse todo o crescimento pessoal e profissional obtido ao longo do período acadêmico. São elas a minha família, meu irmão Cristiano, minhas madrinhas Amélia e Jacira, meu padrinho Luciano, meu tio Marcos e todos aqueles que, de alguma forma, se fizeram presentes.

Finalmente, dedico este trabalho à Prada, companhia constante na realização deste trabalho.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PSICOSSOMÁTICA</b>	<b>3</b>
1.1 Unidade soma-psique	3
1.2 História da medicina psicossomática	4
1.3 Concepções psicanalíticas da psicossomática	6
1.4 Concepções psicofisiológicas	11
1.5 Concepção atual da psicossomática	13
<b>2. A VISÃO FISIOLÓGICA E PSICOLÓGICA DO APARELHO RESPIRATÓRIO E DA ASMA</b>	<b>16</b>
2.1 Aspectos psicológicos da respiração	17
2.2 Aspectos fisiológicos da asma	22
2.3 Aspectos psicológicos da asma	26
<b>3. A PERSONALIDADE DO ASMÁTICO</b>	<b>29</b>
3.1 Função materna primária	30
3.2 Personalidade asmática	34
3.3 Aspectos gerais da personalidade asmática	37
3.4 Aspectos da respiração e a personalidade asmática	39
<b>4. ESTUDO DE CASO</b>	<b>44</b>
4.1 Considerações	45
4.2 Releitura do Caso	47
4.3 Tratamento Psicoterápico	51
4.4 Tratamento Médico	52
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>55</b>



## RESUMO

O presente trabalho aborda a asma segundo uma visão psicossomática, que entende o ser humano como resultado da interação mente-corpo. Dessa forma, a asma foi apresentada como sendo uma expressão somática de um conteúdo psíquico. Para tanto, faz uma análise da evolução histórica da psicossomática, mostrando o desenvolvimento do pensamento acerca do adoecer humano e as contribuições de vários estudiosos. Em seguida, é apresentada a estrutura e o funcionamento fisiológico do aparelho respiratório e da asma que será, posteriormente, associada a uma perspectiva psicológica. A partir daí, são apresentadas as características da personalidade do indivíduo asmático para, então, ser feita uma releitura de um estudo de caso de Grünspun (1980). Concluiu-se que a personalidade asmática pode ter sua origem intimamente ligada a dinâmica materna de rejeição-superproteção e se desenvolve a partir de duas características básicas, o sentimento de inferioridade e a insegurança.

## INTRODUÇÃO

A asma é um termo genérico que engloba uma condição caracterizada pela ocorrência de falta de ar causada pelo estreitamento dos brônquios, o que ocasiona a obstrução dessas vias aéreas. A patologia é reversível total ou parcialmente, seja por uma reação espontânea ou com uso de medicamentos. A este conceito tem sido associada a visão da psicossomática, que aborda a patologia como uma interação entre processos somáticos e psíquicos. O indivíduo, ao receber estímulos externos oriundos de situações vivenciadas, não conseguiria canalizá-los para uma elaboração psíquica. Dessa forma, os mesmos passam a ser extravasados em nível somático ou comportamental.

Baseando-se nesse conceito, o presente trabalho procura apresentar a asma segundo a visão da psicossomática. Assim, busca entender a pessoa como resultado dessa interação corpo/mente e a doença como uma expressão psíquica através de um sistema orgânico predisposto, ou seja, o organismo tenderia, devido a fatores genéticos, sociais e ambientais, a apresentar determinados tipos de patologias, no entanto, o conteúdo psíquico de uma pessoa poderia agir como facilitador para o desencadeamento destas.

A personalidade de um indivíduo é considerada como sendo o resultado de sua adaptação ao ambiente em transformações a que está inserido, sendo que, quando esta adaptação não é bem elaborada em nível psíquico ela é desviada para o nível somático (Grünspun, 1980). Dessa forma, qual seria o ambiente social que propiciaria o desenvolvimento desta adaptação e qual a personalidade desencadeada por esta?

Dessa forma, o presente estudo pretende solucionar este problema através de uma análise da estrutura familiar em que o indivíduo asmático está inserido, avaliando a personalidade materna e a repercussão desta no desenvolvimento da estrutura psíquica típica de um asmático. Pretende-se ainda, partindo da avaliação do contexto social de um indivíduo asmático e de sua interação com ele, identificar os traços da estrutura psíquica que aparecem com frequência significativa.

Para tanto, será apresentado no primeiro capítulo a evolução histórica da psicossomática, partindo das primeiras citações acerca do estudo do homem como produto da relação corpo/mente e do contexto em que foram levantadas, até a atual concepção do adoecer humano. Serão apresentadas as contribuições de filósofos como Platão, Hipócrates e Descartes, e de grandes estudiosos e profissionais das áreas de medicina e de psicologia como J. C. Heinroth, Sigmund Freud, Georg Groddeck, Frans Alexander e Pierre Marty.

No segundo capítulo, será exposta a fisiologia do aparelho respiratório, apresentando sua estrutura e funcionamento, além de uma visão psicológica dessa função orgânica. Ainda neste capítulo, a asma será analisada segundo uma perspectiva biológica, onde pretende-se identificar a epidemiologia, a fisiologia, as causas, os sintomas e algumas formas de tratamento medicamentoso, e segundo uma perspectiva psicológica, buscando reconhecer o conteúdo psíquico pertencente a esta estrutura somática.

No terceiro capítulo, serão apresentadas as características da personalidade materna enquanto ambiente social influente no desencadeamento da estrutura asmática, além das características da personalidade de um indivíduo asmático. Também neste capítulo será feita uma correlação entre os aspectos da respiração e a personalidade asmática.

Para finalizar, no capítulo quatro, será apresentado um estudo de caso buscando identificar os aspectos da personalidade do indivíduo com asma, previamente estudados no capítulo anterior. Baseando-se neste estudo, serão levantadas possibilidades dentro do tratamento terapêutico para que o conteúdo psíquico envolvido neste tipo de expressão somática possa ser adequadamente elaborado de forma a evitar o desvio para o nível somático.

# 1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PSICOSSOMÁTICA

Montaigne, em meados do século XVI, buscando uma análise concreta da condição humana através de uma concepção existencialista, já dizia: “Não é um corpo, não é uma alma, é um homem”. Constata-se, portanto, que a noção do ser humano como algo além de um corpo é uma idéia que vem associada a toda investida do homem em busca do conhecimento acerca de si mesmo.

Volich (2000), reconhecendo a necessidade de caracterizar o campo da psicossomática e explicar seus fundamentos, elaborou um resgate histórico cujo conteúdo revelava que a preocupação com uma visão ampla e integrada do adoecer humano existe desde a Antigüidade, como parte do esforço de entendimento do homem diante dos enigmas da saúde e da doença, da vida e da morte. Para se chegar a atual concepção da psicossomática e do processo de adoecer, faz-se necessário regressar às origens das idéias a respeito do assunto e orientar-se pelo desenvolvimento do pensamento elementar segundo a visão mística-religiosa até a filosófica-científica.

## 1.1 Unidade soma-psique

A hipótese de base da medicina psicossomática é a unidade funcional soma-psique. O termo psicossomática é formado pelas expressões gregas *soma* e *psique*, que foram primeiramente citadas por Anaxágoras, em torno de 500-428 A.C.. Segundo o filósofo, as expressões designariam o que entende-se por corpo e alma, sendo consideradas como partes distintas. O conceito de Anaxágoras introduziu uma concepção dualista do ser humano. A visão dualista do homem foi mantida por Platão (427-347 A.C.) e reelaborada no hilemorfismo de Aristóteles (384-322 A.C.), segundo o qual corpo e alma formam uma única substância, sendo a alma princípio vital do corpo (Haynal, Pasini & Archinard, 2001).

Já na Idade Média, São Tomás de Aquino defendeu a filosofia aristotélica através de seu sistema, o tomismo. Descartes, com seu interacionismo, em nada renovou a idéia dualista, ao contrário, cristalizou-a. Para ele, o corpo e a alma seriam duas substâncias diferentes e separadas, mas com uma influência

recíproca. Ainda defendendo a visão dualista, surgiram duas outras vertentes. O paralelismo de Leibnitz defendia o corpo e a alma como sendo duas substâncias diferentes e separadas, que não têm influência recíproca, mas que têm suas atividades corporais e mentais em correlação perfeita. Já para o paralelismo psicofísico de Wundt, corpo e alma são dois aspectos diferentes do homem (Haynal, Pasini & Archinard, 2001).

Em contradição ao dualismo, alguns filósofos instituíram a teoria monista do ser humano, segundo a qual haveria a existência de um único princípio no homem, o corpo ou a alma. Dentro desta teoria destacam-se duas vertentes. Segundo o idealismo, defendido por Berkeley, pelos idealistas do século XX e por Hegel, a alma espiritual é a única realidade, constituindo a forma idealista. Já para o materialismo, sustentado por Hobbes, La Mettrie, Cabanis, Moleschott e Haeckel, o corpo material seria a única realidade (Haynal, Pasini & Archinard, 2001).

A concepção do ser humano como uma unidade corpo-alma, soma-mente, é hoje a que carrega o maior número de adeptos, ainda que vista de ângulos filosóficos diferentes. Segundo Haynal, Pasini e Archinard (2001, p.7), “esse reconhecimento, em nível filosófico e científico, de uma unidade funcional psique-soma, foi certamente uma das condições prévias para a introdução no domínio da ciência dos problemas que iriam dar nascimento à medicina psicossomática”.

## **1.2 História da medicina psicossomática**

Na história da medicina, a hipótese de uma ligação entre os estados da alma e as doenças apareceu inicialmente como uma suposição intuitiva, depois, como um enunciado especulativo filosófico. A feitiçaria, as curas miraculosas, em todas as épocas e culturas, parecem, com efeito, mostrar a influência do psicológico sobre a doença, sem contudo, prová-la cientificamente (Haynal, Pasini & Archinard, 2001). Buscava-se algo consistente para explicar os inúmeros questionamentos acerca da existência humana e da dinâmica da vida, ao contrário do que propunha o obscurantismo da magia.

Com o alvorecer das grandes civilizações, mas em especial com o desenvolvimento da cultura grega, são dados passos fundamentais para desvincular

a doença do pensamento místico-religioso e propiciar a evolução de uma dimensão ética e cultural da medicina. A filosofia e a ciência recém surgidas começam a se interessar pelas relações entre as dimensões corporal e anímica do homem, formulando os primeiros princípios que permitem compreender a doença como fenômeno natural e dando origem a diferentes vertentes de interpretação da natureza humana, do adoecer e da função terapêutica. A expressão maior deste movimento inaugural é Hipócrates. Segundo o filósofo grego, o homem é uma unidade organizada, sendo o corpo sua dimensão funcional, a alma sua dimensão reguladora e a doença o efeito da desorganização desta unidade (Volich, 2000).

O sistema teórico hipocrático fundamentava-se em uma visão que entendia o homem como ser dotado de corpo e espírito. Essa perspectiva levava a compreender que as doenças não poderiam ser consideradas isoladamente, elas deveriam ser compreendidas no modo de vida e de estar do enfermo, valorizando a história da doença e a singularidade de cada caso. Dentro dessa concepção de adoecimento, o médico deveria ser em sua essência, um humanista, considerando na formulação de seu diagnóstico, os aspectos ambientais, culturais, sociológicos, familiares, psicológicos e espirituais no processo do adoecimento, sem deixar o rigor científico de lado.

Os ensinamentos de Hipócrates, transmitidos à prática médica clássica, perduraram por alguns séculos. Na Idade Média, o pensamento religioso passou a dominar as cenas social, filosófica e científica. A crença na imortalidade da alma e o desprezo pelo corpo levaram ao desaparecimento do exame clínico e de praticamente todos os conhecimentos da Antigüidade (Volich, 2000).

No Renascimento, muitos dos postulados clássicos começaram a ser revistos, voltando a se difundir e se desenvolver pela Europa, através da criação das primeiras escolas de medicina. Os novos ideais surgidos no Renascimento tornaram possíveis a crítica dos conhecimentos tradicionais e o desenvolvimento de novas visões acerca do posicionamento médico, como as pesquisas anatômicas. Com a influência do pensamento cartesiano, houve uma tendência em priorizar a pesquisa do corpo e de suas funções através da sistematização do conhecimento médico, que recorreu a métodos cada vez mais rigorosos, à mensuração e à criação de parâmetros objetivos, sem minimizar a importância em se levar em conta a singularidade do paciente (Volich,2000).

Ao final do período renascentista, mencionou-se pela primeira vez o termo psicossomática. O especialista em medicina interna e psiquiatra alemão, J. C. Heinroth, introduziu os termos “psicossomática” em 1818 e “somatopsíquico” em 1828. O primeiro referia-se à influência das paixões sexuais na evolução da tuberculose, da epilepsia e do câncer e o segundo se aplicava às doenças em que o fator somático modifica o estado psíquico. Com esta explicação, Heinroth ressaltou a importância da integração dos aspectos físicos e anímicos do adoecer (Haynal, Pasini & Archinard, 2001).

No século XIX, devido ao empenho de Pinel, as perturbações mentais passaram a ser vistas como doenças. Com isso, reconheceu-se a importância do sofrimento psíquico, não estando este, necessariamente, vinculado a uma doença ou lesão corporal. Ao final do século XIX passaram a investigar as doenças nervosas, em particular a histeria, por intermédio da hipnose, permitindo, assim, “a constatação e a investigação das dimensões subjetivas e relacionais presentes nas manifestações orgânicas” (Volich, 2000, p.51).

Contudo, ao longo do tempo, a instrumentalização da prática médica teve como efeito um distanciamento corporal entre o médico e o doente, diminuindo o valor da fala e da escuta na relação clínica. Viu-se a pesquisa microscópica atingir o nível celular, ampliando os conhecimentos sobre os agentes das doenças e possibilitando o desenvolvimento da medicina preventiva e da imunologia (Volich, 2000).

### **1.3 Concepções psicanalíticas da psicossomática**

Com Freud (1895), nova luz veio despertar o interesse mente-corpo, caracterizando a evolução da psicossomática como fundamentalmente psicanalítica. Freud voltou seu interesse para essa questão quando, ao introduzir-se à prática clínica, percebeu que as manifestações corporais da histeria não correspondiam à organização anatômica, mas a uma anatomia imaginária (Volich, 2000). Passou então a questionar como uma doença de causa essencialmente psíquica vem a manifestar-se na esfera somática.

Buscando bases sólidas em que pudesse sustentar as explicações para tais questionamentos, Freud priorizou em suas pesquisas pontos que a ciência de sua época rejeitava, como os sonhos, os lapsos, a histeria, e a já mencionada, anatomia imaginária. Um dos resultados destas pesquisas, e talvez o de maior destaque pelo alcance que obteve, foi o conceito de inconsciente, que proporcionou a Freud a base para a criação da Psicanálise. A obra freudiana apresenta, em toda a sua extensão, partindo das suas descobertas sobre os sonhos e sobre a sexualidade, até os modelos do aparelho psíquico e das pulsões, uma reflexão sobre as relações entre o psíquico e o somático (Volich, Ferraz & Arrantes, 1998).

Segundo Volich, Ferraz e Arantes (1998, p.19), “o modelo etiológico da histeria e da neurose atual se constituiu como as primeiras referências da Psicanálise para pensar a participação dos fatores psíquicos nas doenças orgânicas”. Pela perspectiva freudiana, a experiência humana é atravessada por conflitos de múltiplas naturezas, cujos efeitos integram a personalidade. A psicanálise se volta para a investigação da singularidade destes processos, procurando esclarecer as circunstâncias em que diferentes formas de sofrimento se consolidam em manifestações psíquicas ou somáticas (Volich, 2000).

As descobertas de Freud possibilitaram que se considerasse com mais atenção a função do psiquismo na vida humana e suas relações com o funcionamento orgânico, tornando-se uma referência para o desenvolvimento das teorias psicossomáticas modernas. Os pioneiros do campo psicossomático fizeram parte dos primeiros momentos do movimento psicanalítico com as formulações freudianas, sendo que suas teorias refletem os debates e as tendências que foram marcando a evolução da psicanálise (Volich, Ferraz & Arantes, 1998).

Ferenczi foi o primeiro a enfatizar a importância da distinção entre os distúrbios funcionais das neuroses atuais e os da psiconeuroses e chamar a atenção para o valor da perspectiva econômica na compreensão das doenças orgânicas, interessando-se pelas manifestações neuróticas consecutivas às mesmas. Introduziu o termo *neurose de órgão* para descrever manifestações funcionais específicas, como a asma, que possuíam uma estrutura diferente das neuroses clássicas. A neurose de órgão corresponderia a uma concepção do órgão que reage simbolicamente como se fosse possível estar animado por uma vida espiritual.

Ferenczi insistiu na dimensão psíquica em todas as patologias e defendeu a inclusão das descobertas psicanalíticas em seu tratamento (Volich, 2000).

A atual concepção da psicossomática teve sua origem na obra do médico Georg Groddeck, para quem as doenças orgânicas podem ser compreendidas e tratadas pela psicanálise, pois a essência do ser humano é psicossomática. Groddeck sustentava que a doença pode ser entendida como uma criação carregada de finalidade, sentido e função expressiva. Logo, todo tratamento é ao mesmo tempo do ser humano e dos seus sintomas (Volich, 2000).

A psicanálise afirma que a constituição do sintoma ultrapassa o desenvolvimento biológico e anatômico, referindo-se a uma representação imaginária do corpo e vinculando-se a uma ordem cultural e lingüística. Baseando-se nestas concepções, muitos são os autores que, sublinhando a natureza somática das fontes das pulsões, investigam os mecanismos de mediação pelos quais a energia pulsional se integra no psiquismo e também no corpo, considerando que tanto os distúrbios psíquicos quanto os orgânicos resultam de falhas nestes processos (Volich, 2000).

Entre estes autores está Joyce McDougall, que assinala que, nas doenças ditas psicossomáticas, a impossibilidade de integração entre o corpo e a psique faz com que o primeiro produza seu próprio “pensamento somático”, sem mediações, expresso por funcionamentos arcaicos da natureza de sinais e não de símbolos. Já Piera Aulagnier sustenta que a atividade de representação toma como referência inicial as funções corporais, em particular a atividade sensorial. Paradoxalmente, embora forneça o substrato da vida psíquica, o corpo também pode ser alvo de modos de funcionamento que levam à sua destruição, pela ruptura ou insuficiência de suas defesas, quer psíquicas, quer imunológicas (Volich, 2000).

O interesse na relação mente-corpo teve que superar as dificuldades impostas pela situação de guerra que passava a Europa, levando muitos analistas a imigração, em especial para os Estados Unidos. Fundava-se então a Escola Psicossomática de Chicago. Formada em grande parte por psicanalistas vindos de Viena, Berlim e Budapeste, e estando sob a direção de Franz Alexander, a Escola de Chicago procurou aprofundar a investigação das relações entre certas doenças somáticas e estruturas de personalidade ou conflitos emocionais específicos.

Segundo Volich (2000), Félix Deutsch, que era um dos integrantes do grupo de psicanalistas da Escola de Chicago, resgatou o termo psicossomática estabelecido por Heinroth. Deutsch, além de criticar o uso indiscriminado da noção psicanalítica de conversão por parte dos médicos, promoveu o debate sobre a relação médico-paciente, as atitudes identificatórias e a contratransferência do médico em sua atividade. Também introduziu à atividade clínica a anamnese associativa livre (Haynal, Pasini & Archinard, 2001).

O pesquisador e também diretor da Escola de Chicago, Franz Alexander, enfatizou que a doença não deve ser entendida como efeito de processos locais isolados (Haynal, Pasini & Archinard, 2001). Fazendo um paralelo da noção de *neurose de órgão*, introduzida por Ferenczi, com os perfis de personalidade estabelecidos por H. F. Dunbar, Alexander tentou, através de reações emocionais e respostas do sistema vegetativo e do Sistema Nervoso Central, delinear o perfil da personalidade específica que predisporia a determinado tipo de patologia (Ferraz & Volich, 1997).

Para Alexander, a doença psíquica se manifestaria em uma dimensão orgânica e a etiologia da doença é determinada pela combinação entre uma vulnerabilidade somática específica, a psicodinâmica própria do paciente e a situação exterior que mobiliza seus conflitos e atinge suas defesas. Logo, não cabe a distinção entre estados de natureza especificamente psicossomática, em contraste com outros puramente psicológicos ou puramente somáticos, e sim procurar estabelecer uma terapêutica que englobe a individualidade dos pacientes (Volich, 2000).

Partindo deste princípio, Alexander estabeleceu um modelo de como as doenças psicossomáticas se manifestariam em nível mente-corpo, fazendo uma associação entre conflitos específicos, no sentido psicanalítico do termo, e determinadas modificações fisiológicas. A musculatura de inervação voluntária seria o suporte de sintomas de conversão do tipo histérica, enquanto que, as neuroses do sistema visceral neurovegetativo seriam concomitantes fisiológicos de algumas emoções crônicas. Alexander considerava que as doenças psicossomáticas se estabeleceriam como consequência das excitações nervosas inadequadas ligadas ao sistema neurovegetativo que prepara para a luta ou para a fuga em situações de

conflitos, ou refaz as reservas durante o repouso ou recolhimento (Haynal, Pasini & Archinard, 2001).

Partindo dessas considerações, Alexander concluiu existir dois gêneros de respostas viscerais aos estados emocionais, ou seja, dois tipos de doenças psicossomáticas. Em um dos gêneros, estão os distúrbios que poderiam se desenvolver quando a expressão das tendências hostis, a luta e a fuga, é bloqueada e não se traduz em comportamento manifesto. Seriam doenças como enxaqueca, hipertensão, hipertireoidismo, artrite e diabetes. No outro gênero, estão os distúrbios que se desenvolveriam quando as tendências à dependência e à busca de apoio são bloqueadas (Haynal, Pasini & Archinard, 2001).

Para Alexander (Haynal, Pasini & Archinard, 2001, p.):

“... um paciente vulnerável no plano de um órgão específico ou de um sistema somático, no qual identificamos uma constelação psicodinâmica característica, apresentará a doença correspondente se ele encontrar-se em presença de uma situação exterior que mobilize seus conflitos primitivos e invista contra as defesas que ele elaborou contra eles”.

Alegando que o modelo de Franz Alexander, construído sobre uma visão psicofisiológica, tinha caráter dualista, não podendo, assim, explicar as ligações orgânicas que fazem do homem um ser psicossomático, Pierre Marty procurou desenvolver suas pesquisas fundamentadas na concepção do homem como uma unidade soma-psique. A obra de P. Marty deu origem a chamada Escola de Psicossomática de Paris (Ferraz & Volich, 1997).

A abordagem teórica da Escola de Psicossomática de Paris, baseada na obra de P. Marty, toma como ponto de partida a metapsicologia, procurando formular hipóteses sobre o funcionamento do aparelho psíquico que se estendam às manifestações psicossomáticas, ultrapassando as neuroses. Segundo Volich (2000), Marty considerava que a via orgânica, o comportamento e o pensamento constituem uma hierarquia de recursos que se desenvolvem para dar conta de excitações internas e externas. No entanto, admitiu-se que, em certas situações, mecanismos mais rudimentares do que a regressão podem ser acionados. Logo, em lugar de processos de mentalização, que regulam a economia psíquica por meio de representações e da simbolização, podem ocorrer processos de desorganização progressiva. A conversão característica da histeria inclui-se no primeiro modelo, que

opera com recursos simbólicos, enquanto que as manifestações psicossomáticas caracterizam o segundo modelo, no qual fracassa a elaboração psíquica (Ferraz & Volich, 1997).

Os processos de mentalização dependem da disponibilidade e da qualidade das representações pré-conscientes para sustentar ligações e elaborar as demandas pulsionais. Por falhas do seu desenvolvimento ou pela desorganização resultante das intensidades de excitação, a função mediadora do pré-consciente pode ser deficitária, dando lugar a soluções mais primitivas e descargas pelo comportamento ou por vias somáticas. A esta alternativa corresponde um funcionamento empobrecido do aparelho psíquico que P. Marty descreve como pensamento operatório, excessivamente voltado para o presente, para a realidade material e a adaptação, com pouca ou nenhuma produção de sonhos, sintomas e outras expressões da fantasia. Este estado de profundo desamparo e de funcionamento utilitário com um mínimo de atividade psíquica caracteriza a depressão essencial, geralmente não reconhecida pelo próprio sujeito e particularmente vulnerável à afecção somática (Volich, Ferraz & Arantes, 1998).

#### **1.4 Concepções psicofisiológicas**

Pesquisas psicofisiológicas também contribuíram para a construção de novas hipóteses sobre o funcionamento psicossomático. A incidência de patologias em pessoas que se encontram em estados depressivos foi a que primeiro chamou atenção para as relações entre as emoções e o sistema imunológico, incitando a busca por mecanismos de natureza celular e fisiológica que poderiam operar como mediadores entre a percepção de eventos internos e externos, produzindo efeitos no organismo. Descobriu-se então, células altamente especializadas que atuam nas interfaces entre os sistemas nervoso, hormonal e de defesa, o que trouxe à luz a existência de redes neurobiológicas complexas que incluem também os órgãos e o sistema neuroendócrino. Por meio delas, qualquer estado emocional pode se refletir em um funcionamento particular do sistema imunológico, marcando e modificando a história somática de cada um e dando a este sistema uma dimensão relacional (Volich, 2000).

Estas pesquisas deram origem a área chamada de neuroimunomodulação, que visa investigar os enigmas da mediação psicossomática, da relação entre a doença e as emoções. Contudo, ela não permite compreender a especificidade do choque emocional na produção das alterações orgânicas, nem o papel das predisposições individuais (Volich, 2000).

Vários estudos serviram de base para o desenvolvimento de diversas pesquisas psicofisiológicas, entre eles, os de Claude Bernard, que afirmava que o ser humano tinha a habilidade de manter constância de seu meio interno, e os de Walter Cannon que, partindo das idéias de Bernard, lançou o conceito de *homeostase*. Esses dois estudiosos e suas concepções, influenciaram Selye na construção do conceito da Síndrome de Adaptação Geral. Segundo Rossi (1997, p.83), Selye teria partido do princípio de que “qualquer que seja a fonte do stress biológico intrometendo-se no organismo, ela reagiria com o mesmo padrão de resposta para restaurar sua homeostase interna”.

A Síndrome Geral de Adaptação é um conjunto de reações fisiológicas e eminentemente somáticas, de cunho sobretudo emocional, que surge quando o organismo é compelido a adaptar-se à alguma situação alarmante (Rossi, 1997). O modelo de Selye, evoluiria em três fases: reação de alarme, aguda (estado de choque ou de contrachoque); reação de adaptação, durável, que também se chama fase de resistência ou de defesa (ou de compensação); e a fase de esgotamento (descompensação), no curso da qual cedem os mecanismos de adaptação (Haynal, Pasini & Archinard, 2001). A partir dos experimentos psicofisiológicos de Selye, constatou-se que, na patologia humana, há a influência de diferentes estímulos, incluindo os estímulos psicossociais sobre o sistema de resistência imunológica.

A síndrome de adaptação provocaria o estresse, podendo-se conceituá-lo como sendo uma mudança temporária ou permanente, resultante de uma força externa. O estímulo causador do estresse ganha significado pela percepção do indivíduo, não tendo o mesmo impacto para todo mundo. As diferentes situações, como, por exemplo, as mudanças no meio psicossocial, podem ser percebidas como um estresse. Através de pesquisas realizadas sobre os “acontecimentos da vida” (“*life events*”), classificou-se os acontecimentos biográficos pelo nível de adaptação necessária, estando a morte do cônjuge, a separação e o

divórcio, entre os que exigem maior capacidade de adaptação (Haynal, Pasini & Archinard, 2001).

### **1.5 Concepção atual da psicossomática**

A partir das contribuições de diversos autores, surgiram inúmeras abordagens psicossomáticas, algumas mais próximas das especialidades médicas, difundem as contribuições da psicologia médica, e outras, centradas predominantemente na psicanálise, incorporam os desenvolvimentos psicanalíticos ao tratamento dos pacientes orgânicos. No entanto, pode-se dizer que a concepção atual de psicossomática, que serve de base para o desenvolvimento da maioria destas abordagens, é a de que toda doença, seja ela mental, somática ou comportamental, “apesar de seu caráter desviante e regressivo, é ainda uma tentativa de estabelecimento de um equilíbrio do organismo, que não consegue enfrentar as tensões internas ou externas às quais está submetido por intermédio de recursos evoluídos” (Volich, 2000, p. 141).

Hoje, a saúde e a doença são concebidas segundo uma perspectiva multifatorial, resultantes de fatores somáticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. Sobre essa perspectiva, pode-se considerar todas as doenças como sendo psicossomáticas, uma vez que este conceito está modulado segundo um processo entre o ser humano e sua elaboração social e cultural (Haynal, Pasini & Archinard, 2001).

Os fenômenos somáticos e psicológicos ocorrem no mesmo organismo e são aspectos de um mesmo processo, tanto o processo da saúde quanto o do adoecer. O processo do adoecer representa um desequilíbrio interno em um organismo biopsicossocial em constante inter-relacionamento com os meios interno e externo. Toda mudança exterior, situação de estresse, coloca em questão o equilíbrio interno, *homeostase*, e exige um ajuste pessoal, síndrome da adaptação geral, confrontando o indivíduo com a dimensão de perda. Sabe-se da maior frequência de doenças psicossomáticas por ocasião de situações significativas da vida, tais como: desmame, entrada na escola, adolescência, independência,

casamento, nascimento de filho, divórcio, crise da idade adulta, aposentadoria, morte, etc... (Haynal, Pasini & Archinard, 2001).

As possibilidades que o indivíduo tem como forma de escoamento das excitações, acumuladas ao vivenciar uma situação de estresse, seriam o pensamento, a motricidade e o corpo, no entanto, estes também são os caminhos potenciais para a patologia. A deficiência na estrutura do aparelho psíquico impossibilita o indivíduo de reagir a uma situação através de elaborações mentais, o que faz com que o mesmo passe a utilizar a motricidade ou as vias orgânicas como forma de expelir as excitações acumuladas, resultando, assim, em desvios de comportamento, como as reações psicopáticas ou em perturbações funcionais orgânicas (Volich, 2000).

O organismo tentará utilizar-se dos seus meios mais evoluídos para elucidar o desconforto. No entanto, na falha das tentativas, poderá apelar retroativamente para recursos mais primitivos até que se estabeleça uma situação de equilíbrio. A conservação dos estados de equilíbrio regressivos dependerá da capacidade que o organismo terá para se reorganizar e, assim, responder de maneira mais elaborada as situações estressoras (Volich, Ferraz & Arantes, 1998).

Os fenômenos somáticos que acompanham as diferentes emoções ou afetos e que são mais freqüentemente identificados foram agrupados em duas grandes categorias, a da angústia e a da depressão. A categoria da angústia aparece para assinalar o perigo, enquanto que a da depressão, vem para assinalar a perda, a mudança, tendo uma denotação negativa para o indivíduo. Os fenômenos psicossomáticos normalmente eclodem em circunstâncias que mobilizam as emoções do indivíduo. A incapacidade do paciente em lidar com emoções muito fortes, como ódio, separações e perdas, culminam na doença que servirá de “saída” como solução encontrada pelo conflito psíquico (Haynal, Pasini & Archinard, 2001).

Segundo a atual concepção da doença psicossomática, o profissional de saúde, podendo ser tanto o profissional da medicina psicossomática quanto o da psicologia, deve, em primeiro lugar, compreender o homem como unidade biopsicossocial, percebendo a importância da história de vida e da personalidade do indivíduo em seu modo de adoecer e na forma como irá lidar com a doença. O trabalho do profissional consiste ainda em identificar a atuação de fatores psicossociais na gênese e evolução das doenças, atuando de forma a tentar

neutralizar seus efeitos, e conhecer o funcionamento básico da personalidade humana, e assim, poder identificar seus processos adaptativos e seus modos mais comuns de adoecer. Para atingir tais objetivos, o profissional de saúde deve atentar para a importância em se colher uma história que leve a um entendimento global do ser humano. Através da história da pessoa, e não da história da doença, será possível determinar o estar doente para aquela pessoa (Mello Filho, 1992).

O trabalho do profissional de medicina psicossomática ou de psicologia psicossomática deve levar em conta os sintomas como sendo a expressão de um conteúdo psíquico na linguagem do corpo (Haynal, Pasini & Archinard, 2001).

## **2. A VISÃO FISIOLÓGICA E PSICOLÓGICA DO APARELHO RESPIRATÓRIO E DA ASMA**

A respiração, como fenômeno fisiológico do aparelho respiratório, é a função mediante a qual as células vivas do corpo absorvem oxigênio (O<sub>2</sub>) e eliminam o gás carbônico (CO<sub>2</sub>). Por meio da respiração é que se realiza a troca entre o sangue e o ar. O ar cede ao sangue o oxigênio e o sangue, por sua vez, através dos pulmões, abandona o gás carbônico, substância de rejeição da respiração das células. O sangue circula por diminutos vasos adjacentes a cada célula corporal e são os glóbulos vermelhos do sangue que levam oxigênio aos tecidos e extraem o gás carbônico. Nos pulmões, os glóbulos vermelhos descarregam o gás carbônico no ar e dele retiram sua nova carga de oxigênio. Este processo caracteriza a hematose (Guyton, 1988).

A dinâmica da respiração pode ser dividida em três processos distintos: o processo de inspiração; o de difusão e transporte do sangue aos tecidos; e o da expiração. No processo de inspiração, o oxigênio ingressa pela narina e atravessa a faringe, a laringe e a traquéia. A traquéia se ramifica em dois brônquios que se dirigem cada um a um pulmão. No pulmão, os brônquios vão se dividindo e, ao mesmo tempo, diminuem seu calibre até formar os bronquíolos. Esses continuam se dividindo em condutos ainda menores até o bronquíolo terminal ou respiratório, que formam finalmente os sacos aéreos ou alvéolos pulmonares. O processo de inspiração termina com a chegada do ar aos alvéolos (Guyton, 1988).

Em seguida, ocorre o processo de difusão. Nos pulmões, o oxigênio passa por difusão dos alvéolos aos capilares sangüíneos e o gás carbônico dos capilares para os alvéolos, ocorrendo o intercâmbio de oxigênio e gás carbônico entre os alvéolos pulmonares e o sangue. Nos tecidos corporais, o oxigênio passa do sangue e dos líquidos corporais às células, já o gás carbônico realiza o trajeto oposto, passa das células para o sangue e para os líquidos corporais, sendo então transportado para os pulmões, ainda pelo processo de difusão. As funções metabólicas normais das células requerem um fornecimento constante de oxigênio e, por sua vez, produzem gás carbônico como resíduo, portanto a carga de gás carbônico nas células é maior e a de oxigênio é menor em relação à dos capilares, o

que produz a difusão de uma zona de maior concentração a outra de menor (Guyton, 1988).

Ao fim da mecânica da respiração, ocorre a expiração. Após a chegada do gás carbônico nos pulmões, ele é expelido, realizando o trajeto inverso ao realizado na inspiração: alvéolos pulmonares, bronquíolos, brônquios, traquéia, laringe, faringe, para então ser eliminado pelas narinas. O oxigênio, a esta altura, estará desempenhando sua função essencial, garantir a excelência do funcionamento das milhões de células do organismo humano (Guyton, 1988).

## **2.1 Aspectos Psicológicos da Respiração**

Nos seres humanos a respiração é o único processo fisiológico básico totalmente realizado por musculatura estriada, ou seja, voluntária, controlada pelo Sistema Nervoso Central, diferentemente de todas as outras vísceras que têm movimentos dependentes do Sistema Nervoso Autônomo, consistindo em movimentos involuntários realizados por fibras musculares lisas. Logo, não pode-se controlar batimentos cardíacos ou a digestão conscientemente, entretanto, o movimento respiratório pode ser retardado ou acelerado quando submetido à vontade consciente (Amorim, 2000).

Em contrapartida, por ser a respiração uma função essencial e que ocorre ininterruptamente, sob quaisquer circunstâncias da vida, passou-se a também caracterizá-la como um processo inconsciente. Segundo Gaiarsa (1994, p. 64), "... a respiração é a única das funções vitais que é simultaneamente consciente e inconsciente". A respiração não é necessariamente automática, ela pode ser continuamente voluntária, se assim a modelar. Contudo, na maior parte do tempo, respira-se automaticamente. Sendo a respiração uma necessidade básica onde não há mecanismos que supram uma eventual privação como, por exemplo, reservas de oxigênio. Qualquer ameaça ao bom funcionamento desta função é sempre vivenciada com muita ansiedade, logo, a respiração inconsciente não se torna um perigo, já que o organismo é perceptível a qualquer mudança que prejudique a sua plena realização.

Por ser um processo simultaneamente voluntário e involuntário, é através da respiração que uma pessoa estabelece a íntima e profunda ligação entre os seus aspectos conscientes e inconscientes, desde o seu nascimento. Assim, a respiração torna-se uma ponte entre a vivência subjetiva, interna e psicológica (inconsciente) e a vivência corporal, objetiva (consciente). Segundo Blay (1986), a pessoa se expressa biologicamente através da respiração. A respiração passa a ser um dos processos biológicos que o ser humano dispõe para externar o seu conteúdo psíquico. É o espelho das percepções que uma pessoa tem de suas experiências, retratando o estado psíquico inconsciente no momento.

Cada estado de consciência tem seu quadro completo de ritmos de todas as funções, entre elas está a dinâmica respiratória. O ritmo respiratório de uma pessoa acompanha o seu estado emocional, podendo-se caracterizar a emoção como uma alteração visceral e motora, muito rápida, frente a uma ameaça ou a uma promessa de ameaça, a um estímulo adverso de natureza exterior. Em uma situação que desperta medo em uma pessoa, a mesma experienciará uma alteração em seu ritmo respiratório, como também em suas outras funções. Os batimentos cardíacos disparam, as mãos começam a suar e a respiração torna-se ofegante. Essas reações passam quando o indivíduo pode agir coerentemente com o padrão emocional evocado, canalizando a emoção desperta pela situação experienciada (Blay, 1986).

Nessas situações de “estresse”, após a reação de alarme em que as sensações orgânicas afloram, ocorre a reação de adaptação, ou seja, a pessoa tentará compensar o sentimento despertado com uma ação de defesa ou resistência, buscando restabelecer seu equilíbrio entre a psique e o corpo. Voltando a situação de medo, a pessoa conseguirá livrar-se desse sentimento, quando puder, por exemplo, fugir, que seria um dos comportamentos coerentes com o padrão emocional suscitado pela situação. O mesmo acontecerá em uma situação de raiva, a pessoa sente raiva e briga, logo a emoção se integra a ação e flui com ela (Amorim, 2000).

No entanto, quando o indivíduo não consegue compensar o sentimento que foi vivenciado de maneira negativa, surge a angústia. Segundo Gaiarsa (1994), a angústia pode ser definida como um desejo ou uma necessidade reprimida, ou seja, sente-se vontade de fazer alguma coisa, que não se faz; tomar uma decisão, que não se toma; ou assumir uma atitude, que não se assume. Seria

essa a terceira fase, ou reação, a uma situação de “estresse”, a fase de esgotamento, onde o indivíduo não consegue mais achar mecanismos de adaptação.

Nessa fase, as reações orgânicas são vivenciadas intensa e continuamente. Com relação a respiração, enquanto o indivíduo permanecer sem reação, o tórax também o fará. A respiração pára e, dependendo das circunstâncias, pode ficar parada muitos e muitos segundos. Durante a vivência da fase da angústia, a pessoa irá respirar através de uma área pulmonar cada vez menor, liberando toxinas cada vez menos profundamente. A sensação da respiração contida é percebida de maneira geral, como um conjunto de reações englobando todas as funções, tornando-se, assim, insuportável. Gaiarsa (1994, p. 59-60) explica essa situação pelo fato de que “(...) a angústia respiratória é a angústia fundamental, aquela que mais desata defesas. (...) É aquela que põe o indivíduo alerta, aquela que mais agudamente o chama para si ou o faz consciente.”

No entanto, nem sempre a pessoa toma consciência que seu padrão respiratório está alterado. Para Gaiarsa (1994), as pessoas não percebem, ou mal percebem, que a angústia tem origem na contenção respiratória. A pessoa tem por hábito buscar em primeiro lugar a causa ou o motivo da aflição. Entretanto, se antes de procurar denominar causas e motivos, a pessoa buscar regularizar a sua relação com a atmosfera através do controle voluntário da respiração, a ansiedade e a angústia diminuem, permitindo que se pense tranqüilamente sobre o assunto. É importante frisar que o distúrbio respiratório não é a causa da angústia, seria apenas um sintoma imediato, um sinalizador. A angústia tem suas causas, causas estas que só serão descobertas através de uma análise profunda da dinâmica psicológica do indivíduo e uma conscientização desta por parte do mesmo. A regularização do ritmo respiratório será apenas um alívio imediato, que garantirá ao indivíduo a calma necessária para entrar em contato com os reais motivos da angústia.

A regularização da respiração é feita através de um controle voluntário e consciente, permitindo, além do alívio imediato, alterar padrões respiratórios ansiosos, adotando padrões associados a tranqüilidade. Não apenas os padrões respiratórios, mas os de todas as funções orgânicas. Logo, ao mudar o ritmo da respiração, produz-se automaticamente a correspondente mudança nas demais funções. Seria como um conjunto de padrões associados a um determinado estado de consciência. Estando consciente deste processo, seria possível alterar estados

psíquicos por meio da alteração de padrões respiratórios. Essa acessibilidade ao psíquico pode aliviar tensões e potencializar a geração de alternativas comportamentais mais saudáveis. Assim, pode-se dizer que a respiração não só expressa vivências, como também pode alterá-las (Amorim, 2000).

A vantagem advinda do processo de modelagem das reações emocionais indesejáveis ou inadequadas naquelas circunstâncias é que o indivíduo pode ir ampliando sua consciência por meio da incorporação de aspectos anteriormente inconscientes. A retenção de ar no tórax pode estar associada a uma angústia, assim, retém-se o ar com o objetivo de afastar o sentimento ruim através de uma respiração superficial. A diminuição da respiração busca diminuir também a vulnerabilidade, reduzir o contato com essa angústia. No entanto, a dor é reprimida apenas momentaneamente, não está sendo resolvida. Ela irá permanecer sob forma de padrões respiratórios e/ou estereótipos comportamentais. É possível desfazer o estereótipo comportamental, o padrão de respiração superficial e sentimentos envolvidos, pela tomada de consciência do ar aprisionado e do sentimento reprimido. Através de uma seqüência respiratória satisfatória, pode-se libertar, não apenas o ar aprisionado, como também o indivíduo por si mesmo (Amorim, 2000).

Através do reconhecimento dos padrões de respiração e de suas respectivas particularidades psicológicas, a pessoa poderá fazer uma análise de seu conteúdo psíquico e suas conseqüências no estado somático, atuando conscientemente como modificadora desses padrões. A partir deste reconhecimento é possível decidir qual a melhor atitude a se tomar, levando-se sempre em consideração o momento interno e as condições externas. Mesmo não sendo uma verdade absoluta e não constituindo um modelo rígido e fixo, aplicável para todos em todos os momentos, a relação entre os estados psíquicos e os estados corporais é capaz de dar uma noção de como os processos psicológicos influem no processo respiratório (Blay, 1986).

Blay (1986) estabeleceu alguns modelos de respiração e seus respectivos estados psicológicos, cabendo salientar que não são padrões fixos. A inspiração tensa e ativa pode revelar a necessidade de reforçar a confiança, de preparar-se para enfrentar uma atividade exterior desafiante. Quando esta é superficial e tímida, pode revelar a dificuldade em afirmar-se, o temor de colher, pedir

ou aceitar. Se a inspiração é violenta, pode demonstrar ânsia de ter ou receber por carência profunda ou uma preparação para um ataque depois de uma ameaça grave.

A expiração forçada pode revelar uma atitude de manter-se a distância de pessoas e coisas, individualismo, personalismo ou profundo cansaço e desesperança final. Quando é insuficiente, pode caracterizar a vontade de reter e guardar pelo fato de sentir-se despojado, entregue, combalido. A expiração violenta revela protesto, repulsa ou agressividade (Blay, 1986).

Blay (1986) também classificou o processo de retenção de ar, que ocorre entre uma inspiração e a próxima expiração. Quando compulsiva, a retenção pode exprimir uma atitude neurótica ligada a conservação, retenção, temor de expressão, acanhamento. Já a suspensão do movimento respiratório entre a expiração e a próxima inspiração, de forma compulsiva, pode caracterizar a apatia, isolamento, negação em dar e receber.

Blay (1986) ainda estabelece o que poderia ser a respiração satisfatória, completa e natural, caracterizando-a por determinado tipo de inspiração, expiração, suspensão e retenção. A inspiração representa uma atitude aberta para receber e aceitar as pessoas e coisas tais como elas são, expressa também uma participação e compenetração do indivíduo com o seu ambiente. A retenção seria um aproveitamento total da energia, reforço, vitalização, concentração e aprofundamento da mente sobre conteúdos do eu, e consciência da própria realidade. A expiração expressaria a entrega e expansão total de si mesmo, generosidade e abnegação. A suspensão representa uma atitude receptiva, expectante de algo novo, consciência da própria relatividade. Na respiração satisfatória produz-se uma circulação total da energia, com seus conseqüentes efeitos: uma revitalização física geral, um circuito completo da vida afetiva e um processo completo de renovação mental.

A compreensão dessa relação entre os estados psicológicos de consciência e os estados corporais poderia evitar muito desperdício de energia vital em sofrimentos marcantes e inconscientemente repetidos até tornarem-se, em alguns casos, padrões respiratórios insuficientes e patogênicos, o que explicaria o estabelecimento da asma segundo a psicossomática, tema deste estudo. Segundo Haynal, Pasini e Archinard (2001, p.105), “essas alterações patológicas das funções do corpo são induzidas por estados psíquicos particulares, angústias patológicas em qualidade ou em quantidade”.

Cabe ressaltar que as patologias não são resultado único e exclusivo do estado psíquico de um indivíduo, o organismo deve ser entendido como uma associação de inúmeros fatores, como os biológicos, os sociais e os psicológicos. Sendo assim, não é correto estabelecer padrões de respiração e associá-los a estados psíquicos. Dessa forma, o conceito base da psicossomática, onde as doenças são concebidas como uma expressão em nível somático de um conteúdo psíquico único e individual, uma vez que deriva de uma história de vida singular, estaria sendo negado.

## **2.2 Aspectos Fisiológicos da Asma**

A asma é uma palavra que vem do grego *asthma* que quer dizer sufocante. É usada como um termo genérico que engloba uma condição caracterizada pela ocorrência de falta de ar causada pelo estreitamento dos brônquios (vias aéreas dos pulmões), ocasionando a obstrução dessas vias aéreas, sendo reversível, total ou parcialmente, seja espontaneamente ou com uso de medicamentos. Existem referências que remontam que a asma já era conhecida desde o ano 5000 A.C.. Nos últimos anos, a asma vem aumentando a morbidade e mortalidade por esta doença. Entre a década de 70 a 90 houve um aumento de cinco vezes no número de pacientes com crise de asma que procuraram um médico, principalmente crianças. Houve também um aumento de internações hospitalares e/ou atendimento em consultas de emergências (Cochrane e Rees, 1995).

Segundo a Sociedade Britânica de Tórax (Telles Filho, 2003) a asma é uma condição inflamatória das vias aéreas, na maioria das vezes crônica, cuja causa não está completamente elucidada. Em consequência da inflamação as vias aéreas tornam-se hiper-responsivas e se estreitam facilmente em resposta a inúmeros estímulos, reduzindo o fluxo de ar que passa por elas, o que faz com que a pessoa sinta falta de ar. Esses estímulos podem ser caracterizados como específicos e inespecíficos. Os fatores específicos englobam uma variedade de substâncias, como os alérgenos domésticos, pólenes, corantes e alergias alimentares. Os fatores inespecíficos podem ser desde uma doença do refluxo gastroesofágico, exercícios físicos, infecções respiratórias (gripe), drogas, medicamentos, poluição atmosférica,

ar frio, fatores psicossociais, até a asma ocupacional. Alguns autores classificam os fatores como ambientais, climáticos e biológicos. Todos esses agentes são chamados de desencadeadores ou gatilhos da crise asmática (Cochrane e Rees, 1995).

A obstrução das vias aéreas resulta em episódios de sibilância, dispnéia, tosse e sensação de opressão torácica, sendo estes sintomas mais comuns à noite. Alguns estudiosos defendem a presença desses sintomas não só pela noite, mas também pela manhã. O estreitamento das vias aéreas é geralmente reversível. Essa reversibilidade pode ser espontânea ou farmacológica, porém, em pacientes com asma crônica, a inflamação pode determinar obstrução irreversível ao fluxo aéreo. O tratamento farmacológico conta com dois tipos de medicamentos: o profilático e o sintomático. O primeiro busca evitar o aparecimento de crises, combatendo a inflamação dos brônquios. Os medicamentos mais eficazes deste tipo são os corticosteroides por via inalatória, já que são desprovidos dos graves efeitos que acontecem quando se utiliza a via oral ou injetável. O segundo tipo, o sintomático, é utilizado para as crises e são chamados de broncodilatadores, dando-se novamente preferência ao de via inalatória (Cochrane e Rees, 1995).

Outra opção tem sido a imunoterapia, que consiste em um tratamento a base de vacinas que se destina a modificar a resposta imunológica do doente ao agente desencadeador das crises, por isso, é identificado como o único procedimento que trata a causa da asma. O tratamento se resume na introdução do próprio alérgeno no organismo do paciente alérgico em doses progressivamente crescentes, e tem por objetivo estimular o sistema imunológico e conseqüentemente diminuir a sensibilidade alérgica, através da formação de anticorpos bloqueadores e imunomoduladores. A imunoterapia é indicada para o indivíduo que é comprovadamente alérgico a um determinado alérgeno e não pode evitar o contato com o mesmo, e em situações onde a asma continua a ser mal controlada com os medicamentos comuns. Ambos os tratamentos, tanto o farmacológico quanto o imunoterápico, devem ser prescritos por um imunologista (Cochrane e Rees, 1995).

Várias são as características patológicas resultantes da doença. Entre elas estão a presença de células inflamatórias nas vias aéreas, exsudação de plasma, edema da mucosa e submucosa, hipertrofia da musculatura lisa, formação

de rolas de muco, hipertrofia e hiper atividade de glândulas submucosa que podem estar infiltradas por eosinófilo, descamação do epitélio e infiltração por eosinófilo, neutrófilo, plasmócito, macrófago e linfócito. A inflamação das vias aéreas recebem especial atenção por ser o principal mecanismo de hiper-responsividade brônquica na asma alérgica e não alérgica. A inflamação pode ser entendida, não somente como um aumento no número de células inflamatórias, mas também como um aumento do fluxo sanguíneo bronquial e da permeabilidade vascular, levando ao edema de mucosa e perda epitelial. Apesar de ser tema de inúmeros estudos, a seqüência e a severidade do processo inflamatório na patogênese da asma não são bem conhecidos (Cochrane e Rees, 1995).

A asma pode ser classificada quanto a gravidade dos sintomas em asma leve, moderada e severa. A leve apresenta sintomas discretos e esporádicos, permitindo que a pessoa permaneça bem no intervalo entre as crises, não sendo necessário faltas ao trabalho e à escola, não atrapalhando o sono e não prejudicando a prática de esportes. A pessoa com asma leve tem função pulmonar, medida através de um exame médico, a espirometria, classificada como normal ou muito próxima dos valores normais (Cochrane e Rees, 1995).

Os sintomas da asma moderada tornam-se mais importantes, aparecendo os chiados, a tosse e o cansaço. Nesse caso, há o prejuízo do sono, com aparecimento de sintomas durante a noite e a madrugada. A doença incomoda nas atividades diárias, atrapalhando o estudo, o trabalho e a prática de exercícios físicos. A função pulmonar do paciente com asma moderada apresenta-se alterada, mesmo quando fora das crises (Cochrane e Rees, 1995).

Na asma severa os sintomas são intensos e freqüentes, podendo se apresentar até diariamente. Com isso, a doença acaba por se tornar um grande reflexo na vida da pessoa, alterando seus hábitos e provocando ansiedade e medo. Ocorre o prejuízo de forma importante na escola e no trabalho, há limitação marcante nas atividades físicas e total interferência da doença no sono. A função pulmonar está bastante alterada em qualquer momento, dentro ou fora das crises (Cochrane e Rees, 1995).

O ataque de asma pode começar de repente, ou pode ser paulatina, levando dias para desenvolver-se totalmente. Levando em consideração esta e outras características, classificou-se também as crises de asma em leves,

moderadas e severas. A crise leve apresenta sensação de aperto no peito, cansaço leve, pigarro persistente, chiado ou tosse quando a pessoa ri ou faz pequenos esforços e alteração discreta no valor do pico de fluxo expiratório ou fluxo aéreo, com o valor ficando acima de 80% do valor esperado (Cochrane e Rees, 1995).

Na crise moderada o desconforto na respiração torna-se perceptível, o cansaço passa a aparecer facilmente e a respiração se torna mais rápida que o normal, aparecem falta de ar e chiados, e o fluxo aéreo fica entre 50 a 80% do valor normal da pessoa. Já na crise severa, o desconforto na respiração torna-se intenso. A respiração se torna difícil, entrecortada e ofegante. Além disso, há falta de ar intensa, aparecem suores e a pele torna-se fria. O paciente já apresenta dificuldade para falar, caminhar ou mesmo comer, e a tosse é muito intensa e freqüente, incomodando bastante. Observa-se batimento das asas do nariz, estando o nariz bem aberto para tentar respirar. A pessoa passa a usar músculos acessórios da respiração, contraindo o pescoço e o tórax para tentar respirar. Os lábios e as unhas podem se tornar roxos ou azulados. A medida do fluxo aéreo está abaixo da metade do valor normal da pessoa (Cochrane e Rees, 1995).

Além dessas três tipos de crises, pode ocorrer o que se chama de mal asmático. O estado de mal asmático é definido como crise grave de asma que não responde ao tratamento broncodilatador. Os termos descritivos do estado de mal asmático incluem “asma com risco de vida” ou asma “quase letal”, no entanto, não há uma definição fisiológica mais específica com parâmetros de troca de gases. Pessoas em estado de mal asmático estão à beira de insuficiência respiratória aguda, com risco de parada respiratória e tratamento com ventilação mecânica. Todos os asmáticos têm risco potencial de desenvolver estado de mal asmático, o que acontecerá caso os sinais de deteriorização da função pulmonar não forem tratados imediatamente (Cochrane e Rees, 1995).

O valor do pico de fluxo expiratório ou o fluxo aéreo da pessoa asmática é medido por um aparelho chamado Pico de Fluxo Expiratório ou PFE. Deste modo, o paciente pode medir o grau de obstrução das vias aéreas e, assim, analisar objetivamente o grau de seus sintomas, auxiliando o médico no tratamento. O PFE busca determinar a severidade da asma, verificar a resposta ao tratamento durante um episódio agudo de asma, monitorizar o progresso no tratamento da asma crônica e fornecer informações para qualquer possível ajuste necessário, detectar a

piora na função pulmonar e evitar uma possível crise severa com uma internação precoce, além de diagnosticar asma induzida por exercício. Existe uma tabela com os valores considerados normais para a idade e altura do paciente, mas o ideal é descobrir o valor normal de cada um. Para tanto, recomenda-se medir o valor do pico de fluxo expiratório, através do uso do PFE, por 20 dias, de manhã e à noite, com a obtenção de uma média (Cochrane e Rees, 1995).

Entre os fatores que predispõem uma pessoa a ter asma estão a hereditariedade, estando presente no histórico familiar casos de alergia; história pessoal de rinite ou dermatite atópica; exposição aos principais alérgenos ambientais e presença de teste cutâneo alérgico positivo, além dos fatores emocionais (Cochrane e Rees, 1995).

### **2.3 Aspectos Psicológicos da Asma**

A asma é um dos quadros mais associados ao conceito que se tem da psicossomática (Kreisler, 1999). Desde o tempo de Hipócrates comentava-se que existia a associação entre problemas emocionais e a precipitação de ataques asmáticos. A relação dos fatores emocionais como agravantes de alguns casos de crises asmáticas é facilmente verificada. Hoje, há inúmeros registros de ataques que foram iniciados mais por acontecimentos do que pela presença de antígeno específico. Logo, pode-se confirmar os fatores emocionais como desencadeadores de crises (Valcapelli & Gasparetto, 2000).

Uma característica do indivíduo asmático é a suscetibilidade. Existem relatos de crises que se desenvolveram por um estímulo visual, como quando a pessoa vê a fumaça de longe e já tem bronco-espasmo. Um relato bastante conhecido é chamado de “asma de rosas”. O paciente que sempre entra em crise quando está diante de rosas, vivencia uma crise que se desenvolveu quando lhe apresentaram uma flor artificial passando-se por uma natural. Há também relatos de precipitação dos ataques asmáticos ocorridos em uma hora regular do dia, quando a pessoa ouve uma certa música ou fala de um determinado assunto (Valcapelli & Gasparetto, 2000). Neste caso, pode-se dizer que a música ou o assunto suscitam sentimentos não resolvidos e que não são de acesso consciente da pessoa, que

apenas vivencia a angústia que eles geram, sem identificar sua origem. A falta de ar viria como uma manifestação orgânica de um sentimento interno, onde a pessoa busca se libertar dessa angústia que a deixa sufocada.

Por se caracterizar como uma doença pulmonar, pode-se fazer algumas associações com a visão psicossomática a respeito dos pulmões. Segundo Valcapelli & Gasparetto (2000), os pulmões são os principais órgãos da respiração e são, juntamente com a pele, considerados órgãos de contato com a vida e relacionamento interpessoais. Pode-se associar esta idéia à de Dethlefsen e Dahlke (1997) que diz que a respiração é o que nos liga continuamente a tudo e a todos. Logo, a respiração seria uma forma de contato e de relacionamento. Esse contato através da respiração e, conseqüentemente, através dos pulmões, é indireto, apesar de compulsório. Independe da vontade do indivíduo, mesmo que ele não possa suportar alguém, uma situação ou qualquer outra forma que mantenha esse contato, ele terá de fazê-lo. A falta de ar pode ser uma tentativa de evitar esse contato com o incômodo, com a dor. O mal estar da falta de ar ainda é menor que o mal estar gerado pelo contato com o “problema não resolvido”.

Valcapelli e Gasparetto (2000, p.80) acrescentam que os pulmões “... refletem nossa capacidade de absorver o que existe ao redor, bem como nossa exteriorização. Refere-se ao processo de troca, ao ato de dar e receber.” Os autores associam ainda a saúde pulmonar ao firme propósito de existir, de entrar em contato com o ambiente e interagir com tudo aquilo que a ele pertence. A não aceitação dessa interação com o ambiente, estende-se a uma não aceitação da vida, já que este relacionamento é inevitável no processo vital do ser humano, com isso, ocorre a dificuldade do processo de absorção de oxigênio, comprometendo o satisfatório funcionamento dos pulmões.

A principal característica da pessoa que sofre de uma patologia pulmonar é o receio de se envolver com as situações da vida e de dar os primeiros passos rumo à liberdade e à independência, já que o primeiro contato que uma pessoa tem com o mundo como um ser único e individual é a sua primeira respiração. Antes disso, ela está ligada a sua mãe pelo cordão umbilical e pela condição intra-uterina, sendo vista como parte dessa mãe, já que é através dela que a criança respira, se alimenta e recebe a vida. A respiração se caracteriza como o primeiro ato do ser como indivíduo independente, que passará a assumir

responsabilidades por si mesmo. Segundo Bégoïn (apud Haynal, Pasini e Archinard, 2001), “o pulmão representa o órgão que estabelece a primeira ligação entre a criança e o mundo exterior, o ar, necessário para sua vida extra-uterina (...)”.

Apenas o tratamento medicamentoso, focando os sintomas fisiológicos, não é suficiente. Pode-se chegar a essa conclusão observando casos onde o sucesso no tratamento farmacológico da asma, doença de cunho pulmonar, não impediu a manifestação dessa dificuldade de entrar em contato com as circunstâncias em que um indivíduo se encontra, as situações angustiantes e, assim, difíceis de serem encaradas. Os pacientes continuaram manifestando essa dificuldade de relacionar-se com o externo através do aparecimento de sintomas patológicos da pele, órgão também considerado de contato, entretanto, no caso da pele, este contato se dá de forma direta, palpável e depende da vontade do indivíduo. Ocorre, nestes casos, uma transferência de sintomas e não a elucidação do problema, que pode gerar um processo de alternância de sintomas, a alergia respiratória é tratada e então passa a se manifestar em uma alergia na pele, que tratada, volta a aparecer como uma alergia respiratória, criando, assim, um ciclo vicioso que só terá fim, com a descoberta do “real problema”.

Torna-se necessário a utilização de um tratamento medicamentoso, uma vez que, na presença das manifestações orgânicas como a falta de ar, a tosse, a dispnéia e os sibilos, o indivíduo será incapaz de voltar sua atenção para os fatores emocionais que estão por trás dos sintomas corporais, uma vez que esses sintomas trazem uma ameaça real e aparente à vida. No entanto, estando o paciente assintomático, deve-se buscar a conscientização dos fatores emocionais, mostrando a necessidade dessa pessoa admitir os próprios receios e parar de evitar as áreas que a assustam e enfrentá-las, entrando em contato com tudo aquilo que a incomoda, que gera angústia (Dethlefsen e Dahlke, 1997). Viver consiste em respirar totalmente, inteiramente, sem receios, sem temores, restrições ou reservas, entrando em contato com o mundo e com tudo que dele faz parte, angústias e alegrias.

### 3. A PERSONALIDADE DO ASMÁTICO

A personalidade de um indivíduo é considerada como sendo o resultado de sua adaptação ao ambiente em transformações a que está inserido. O distúrbio psicossomático seria o resultado da interação entre os aspectos somáticos e psicológicos da personalidade (Grünspun, 1980). Quando a adaptação não é bem elaborada em nível psíquico ela é desviada para o nível somático. Segundo John Ball (1990), as razões pelas quais o mecanismo de adaptação falha podem ser inerentes à sua estrutura, ou devidas a um desafio exagerado, que chega por meio de um ou outro estímulo.

A adaptação da personalidade através dos distúrbios psicossomáticos pode ser classificada em três tipos: a adaptação imatura, a regressiva e a defensiva. A adaptação imatura consiste no prejuízo da autonomia da criança em ajustar quantitativa ou qualitativamente sua personalidade à realidade. Esta inadequação pode advir de condições internas da própria criança, como por exemplo, problemas de diferenciação dos órgãos (Grünspun, 1980).

A criança na adaptação regressiva já obtém um ajustamento satisfatório. No entanto, essa mesma criança pode vir a buscar novamente padrões imaturos por descompensação atual, principalmente quando existem condições de órgãos favoráveis, passando a usá-los em resposta às pressões externas sociais ou atitudes familiares desfavoráveis (Grünspun, 1980).

Já na adaptação defensiva ocorre uma tentativa de suprimir qualquer modificação que se torne ameaça e, assim, manter fora de perigo a integração da personalidade. Como as respostas dadas são bem estruturadas, alguns distúrbios psicossomáticos tendem a se fixar, passando o indivíduo a não desenvolver outros tipos de distúrbios (Grünspun, 1980, p.15).

Por intermédio da correlação entre os níveis de intervenção clínica e os graus de adaptação, Grünspun (1980) levantou a hipótese de que a adaptação por imaturidade estaria mais ligada ao nível dos órgãos; a adaptação regressiva estaria relacionada com o nível do sistema límbico até o nível da integração emocional, logo, em área subcortical; enquanto, que a adaptação defensiva estaria

correlacionada com compreensão e simbolização, com áreas corticais, de níveis de integração mais complexos. A asma seria um caso de adaptação imatura, já que se trata de um distúrbio psicossomático expresso através de um órgão, no caso, o pulmão.

Este capítulo visa apresentar as características do ambiente que propicia o desenvolvimento da asma, enquanto distúrbio psicossomático, além das características da personalidade que é desencadeada por este tipo de adaptação.

### **3.1 Função materna primária**

Segundo Spitz (1988), as patologias precoces devem ser compreendidas a partir de dois fatores igualmente importantes: as capacidades inatas do bebê e a capacidade psíquica materna de ajustar-se da melhor maneira possível ao filho. Logo, tanto a carga genética quanto as habilidades maternas em exercer a função materna primária seriam de igual importância no desenvolvimento de patologias infantis.

Entende-se por função materna primária um conjunto de habilidades que devem ser desempenhadas pela mãe, como a de possibilitar uma coesão interfuncional, auxiliando o bebê a ligar comportamentos, afetos e funções somáticas. Além disso, deve proteger, regular e travar as excitações do bebê, sendo que, a partir desta função pode-se justificar a separação de influências etiológicas em orientações opostas, onde prevalece, de uma parte, o excesso de excitação, e de outra, o da insuficiência e carência. Deve ainda captar e interpretar os comportamentos de competência e responder, por sua vez, estabelecendo, assim, a base das interações; e satisfazer às necessidades de bases fisiológicas e instintuais (Spitz, 1988).

Segundo Spitz (1988), ao longo dos períodos críticos da vida da criança, ocorre uma integração entre as correntes do desenvolvimento que operam nos diferentes setores da personalidade e, posteriormente, entre estas mesmas correntes e os processos de maturação. O resultado desta integração é a formação de uma estrutura psíquica nova a um nível mais elevado. Dessa forma, Spitz conclui que o processo de integração já finalizada seria um organizador. A efetivação deste

processo pela criança propicia o desenvolvimento dos sistemas de sua personalidade. Caso a criança não consiga estabelecer essa integração, permanece em um sistema difuso que precede a formação dos organizadores, possibilitando a formação de desvios e falsos desenvolvimentos.

Os pontos organizadores consistem em três. O primeiro ponto é a resposta social do sorriso ao rosto humano visto de frente, que ocorre em torno dos três primeiros meses do bebê. O bebê nessa idade não diferencia pessoas nem um objeto, distingue apenas um sinal. O bebê não sorrirá para o rosto da pessoa em sua totalidade, mas em resposta a um sinal gestáltico, que consiste no conjunto da testa, olhos, nariz, desde que estejam em movimento. Esse sinal pertence ao rosto da mãe e está vinculado a situações de alimento e proteção, criando um sentido de segurança. Mais tarde esse sinal irá se desenvolver e assim, estabelecerá um objeto verdadeiro da mãe em sua pessoa inteira (Ferraz e Volich, 1997).

O segundo ponto organizador ocorreria por volta do oitavo mês e está marcado pela angústia trazida pela visão do rosto estranho. Entre o sexto e o oitavo mês, a criança começa a diferenciar um rosto amigo de um estranho, não respondendo com um sorriso a qualquer rosto. Ela passará a vivenciar uma sensação de desprazer quando uma pessoa que ela não reconhece se aproximar e reagirá demonstrando esse desconforto através de choros e gritos, ou até mesmo, apenas virando o rosto, essa reação variará de criança para criança. Explica-se essa reação como sendo uma resposta a chegada de um rosto estranho, que é sentida como a ausência da mãe (Kreiser, Fain e Soulé, 1981).

Dessa forma, o segundo ponto consistiria na projeção sobre a figura do estranho de todas as tensões nascidas em consequência de frustração experimentadas durante o convívio com a mãe, logo, o estranho passaria a representar tudo aquilo que é vivido como negativo na interação com a mãe. Através da expulsão do percebido como estranho do que é percebido como familiar, ocorre a difusão e a distinção de um objeto e permite o aparecimento de um importante mecanismo mental. Logo, deslocando e condensando todas as experiências desagradáveis em uma representação visual, a criança consegue perceber o familiar como algo que o conforta e traz segurança (Kreiser, Fain e Soulé, 1981).

O terceiro ponto organizador ocorre quando a criança estabelece o símbolo de negação e da palavra “não”. Este processo consiste na separação,

através de um deslocamento de energia agressiva, de certos elementos. A partir deles, há formação de uma síntese que servirá de base para a estruturação de signos ou conceitos. Segundo Ferraz e Volich (1997, p.135), “é na conexão entre a relação mãe/filho e o desenvolvimento dos três pontos organizadores que a psicossomática da criança centrou, inicialmente, muitos de seus conceitos teóricos”.

Kreisler, Fain e Soulé (1981) destacam duas circunstâncias relacionais no processo do asmático. A primeira refere-se às condições de vida do bebê. Nela ocorre a introdução prematura de uma terceira pessoa na relação mãe/filho. Por ocasião de uma instabilidade da guarda ou uma situação de rivalidade entre os adultos que cuidam da criança e acabam por disputar o amor e os cuidados da criança entre eles, ocorre a exposição da criança a uma situação triangular. Essa disputa pelo amor do bebê acaba por forçá-lo a optar por uma das pessoas, exigindo que a criança utilize uma função de diferenciação em uma fase do desenvolvimento em que a diferenciação ainda não foi estabelecida. Como resultado ocorre uma sobrecarga no primeiro ponto organizador, o extrapola e acaba por dificultar o acesso ao segundo ponto.

A segunda corresponde à personalidade da mãe, no caso, a superproteção materna. Nesse tipo de relação, as mães toleram apenas as satisfações vivenciadas pela criança em sua presença. As mães não suportam dividir seus filhos com mais ninguém e também não encontram nada que lhes dê maior prazer do que o contato com eles. Trata-se de um sobreinvestimento contínuo, ligado à fantasia de que a criança retornará ao útero. Nesse tipo de relacionamento estabelecido com o bebê, onde a prisão da superproteção é camuflada como amor materno, a criança é sempre tratada como um bebezinho indefeso, sem projeto futuro e de progresso (Kreisler, 1999).

A superproteção materna acaba por não permitir à criança sentir a falta da mãe em consequência do excesso de cuidados. Estando a mãe presente em tempo integral, seja física ou mentalmente, o bebê será impossibilitado de projetar no estranho as tensões advindas de experiências negativas no contato com a mãe. Se essas experiências negativas são vividas pelas frustrações em situações de alimento ou proteção, uma criança com uma mãe superprotetora não as vivenciará, com isso não poderá projetá-las. Como resultado, ocorre uma fixação também no primeiro ponto organizador, só que por razões distintas da anterior (Ferraz e Volich, 1997).

Essa é a mais comum entre as duas circunstâncias relacionais citadas. Verifica-se ser a asma um tipo de distúrbio onde há um excesso de cuidados ou, então, conflitos advindos destes.

A fixação no primeiro ponto organizador gerado pela vivência das duas circunstâncias relacionais é base para a explicação de muitas características da personalidade do indivíduo asmático. Apesar de serem diferentes, essas condições confluem para bloquear a economia funcional afetiva na raiz da autonomização. Kreisler (1999) aponta todo esse processo na relação mãe/filho como sendo premissa para o estabelecimento das demais características na personalidade do asmático, destacando a ausência de angústia diante do estranho como sendo a “resultante de um fenômeno de deslocamento para evitar a angústia da separação” (p.299). Ainda caracteriza a asma como sendo “uma doença de crescimento afetivo que sugere a persistência de um funcionamento arcaico e um bloqueio dos processos de separação-individuação” (*ibidem* p.300).

Baseado na idéia de que os cuidados maternos terão impacto em nível somático e psíquico, Kreisler (apud Ferraz e Volich, 1997) desenvolveu o conceito da existência de dois fenômenos que podem gerar o rompimento de um equilíbrio psíquico ou marcar uma estrutura de personalidade. Seria o excesso de excitações ou a falta delas. Nos dois casos, a mãe não exerceria seu papel de pára-excitação, ou seja, ela deve proteger, regular e travar as excitações do bebê.

O primeiro mecanismo é a depressão branca. Esse mecanismo caracteriza-se pela perda de um tipo de vínculo com a mãe. Ela pode até continuar presente fisicamente no contato com o filho, no entanto, encontra-se afastada mentalmente, em um processo de elaboração de alguma situação traumática, podendo ser luto, depressões, ou outras situações. A mudança na forma como a mãe trata seu bebê gera um ressentimento por parte deste. Dentro desse mecanismo, pode acontecer um rompimento de um equilíbrio psicossomático que até o momento estava sem problemas. Quando a duração dessa depressão é prolongada poderá marcar uma estrutura de personalidade. No entanto, quando é curta, predispõe às somatizações passageiras. O segundo mecanismo é o excesso de excitações que, como já foi dito, consiste em uma falha nos processos de maternagem, quando a mãe não desempenha seu papel de pára-excitação.

Partindo dos conceitos a respeito da relação mãe/filho, foram desenvolvidos inúmeros estudos que buscavam especificar a personalidade do indivíduo asmático e, a partir deles, várias idéias foram lançadas.

### **3.2 Personalidade asmática**

Em uma tentativa de estabelecer a estrutura de personalidade asmática, chegou-se a conclusão de que ocorre, nesse caso, uma grande diversidade, sendo errada a descrição de um perfil específico do indivíduo asmático. Ao contrário disso, verificou-se que a asma pode se desenvolver nas mais diferentes estruturas de personalidade, seja nas neuroses mentais, nas neuroses de comportamento, ou nas graves inorganizações estruturais (Ferraz e Volich, 1997).

Segundo Kreisler (1999), é possível identificar três quadros psicoclínicos, sendo os três classificados como distúrbios psicossomáticos. No entanto, apenas um destes quadros ocorre com significativa freqüência e tem aspectos melhor delimitados e definidos para se constituir como uma estrutura em particular. Neste caso, trata-se da estrutura alérgica clássica ou essencial. Um terço dos casos de asma estudados são classificados como pertencentes a essa estrutura, além disso, nesses casos é possível observar a permanência da estrutura asmática desde a infância até a idade adulta. Os outros dois quadros, o de estrutura neurótica e o de estrutura comportamental, não são quadros específicos da asma, podendo ser encontrados em várias outras desordens psicossomáticas.

Na personalidade dita alérgica essencial ocorre “a persistência de um funcionamento psico-afetivo primitivo e um bloqueio dos processos de separação-individuação” (Kreisler, 1999, p.298). Esse tipo de personalidade tem na qualidade da relação com o outro, na relação objetal, seu foco e sua base de contestações. Pode-se citar ainda características como a necessidade constante de se prender às pessoas e ao meio, a evitação em se defrontar com situações conflituosas, a anulação de sua agressividade e a negação desta nos outros, e substituição de um objeto de vínculo por outro.

Esse tipo de pessoa adquire laços afetivos quase que instantaneamente caracterizados por uma proximidade e familiaridade excessivas.

No entanto, permanecem sempre esquivos, logo, apesar de possuírem uma grande quantidade de amigos, são poucas as ligações estáveis, revelando que o indivíduo asmático faz uma substituição rápida e instantânea de um objeto de apego por outro. Esses traços revelam uma necessidade incessante e urgente de se ligar de forma fusional às pessoas e ao meio, buscando suprir sua necessidade de afeto. Dentro de seus relacionamentos com as pessoas procuram evitar conflitos, buscando abafar todos os desentendimentos, com o intuito de atingir um tipo de relacionamento interpessoal por ele idealizado. Com isso, passam a imagem de serem pessoas de fácil adaptação, entretanto, suas atitudes o introduzem a “neurose da criança boazinha demais” (Kreiser, 1999).

Outra característica do indivíduo asmático é a riqueza de sua vida interior, tornando-se uma pessoa de grande sensibilidade e com capacidade intuitiva apurada, geralmente desenvolvidas por seu constante contato fusional com os outros. Possuem grande capacidade para captar as intenções e os pensamentos alheios, resultando em pessoas com escolaridade fácil e brilhante, sendo que alguns se destacam por sua enorme desenvoltura no meio artístico ou literário (Kreiser, 1999).

Ainda na personalidade alérgica essencial, observa-se a utilização demasiada do deslocamento como modalidade defensiva. No entanto, o uso desse processo acaba por gerar grande vulnerabilidade à pessoa, pois se depara com acontecimentos reais, ou vividos como tais, esta estrutura de defesa é superada, já que são situações correntes e inevitáveis da vida. Entre elas estão as situações de rivalidade, separações e o luto. Nessas horas acontecem as crises, que acabam por vincular ainda mais a pessoa a esse processo de defesa (Kreiser, 1999).

Kreiser (1999) aponta que a premissa para essa estrutura é a ausência de angústia diante do estranho, que já pode ser classificado como uma forma de defesa, um deslocamento para evitar a angústia da separação. Nesse contexto podem ocorrer as situações relacionais acima mencionadas sobre a relação mãe/filho, a rivalidade na guarda da criança e a mãe superprotetora, e a conseqüente fixação no primeiro ponto organizador. Como resultado dessa fixação, a pessoa asmática possui uma falta de diferenciação no tipo de apego, sendo anônima e igual para todos, uma vez que não diferencia o familiar do estranho.

Desses processos também resulta um detrimento na economia funcional afetiva na raiz da autonomização, destacando o fato de que a mãe superprotetora sempre trata o asmático como um eterno bebê, sem perspectiva de progresso. A partir disso, defini-se a asma alérgica como “...a persistência de um funcionamento arcaico e um bloqueio dos processos de separação-individuação” (Kreisler, 1999, p.300). Esse bloqueio acarreta dependência do indivíduo em relação ao meio e às pessoas, gerando nele alta necessidade de afeto, mas que, por sua falta de autonomia, não busca resolvê-la (Ferraz e Volich, 1997).

Kreisler (1999) ainda salienta a importância em se entender a doença não como apenas de cunho genético, através de uma predisposição genética, ou pela exposição da criança às condições tanto físicas quanto psicológicas durante a gravidez, ou mesmo por meio de experiências precoces na relação dual primitiva. Ele ressalta uma dupla tendência inata, tanto imunológica quanto psicológica, “onde os dados biológicos e mentais cooperam para a constituição da estrutura alérgica essencial” (Kreisler, 1999, p.300).

O segundo quadro psicoclínico definido por Kreisler (1999) é o dos casos de asma com uma estrutura neurótica, cabendo salientar que não se trata de neuroses mentalizadas bem constituídas, como a neurose fóbica, histérica ou obsessiva. Os casos de asma com uma estrutura neurótica destacam-se pelo desencadeamento das crises em razão, principalmente, de fatores emocionais. Dentro do caso neurótico, destaca-se a qualidade das produções imaginárias em detrimento de sua intensidade, com isso ocorre um prejuízo na capacidade psicoafetiva de elaboração. As crises, geralmente instigadas por um fator emocional, ressaltam a ação conjunta da hiper-reatividade respiratória e da hipersensibilidade afetiva do indivíduo, destacando o aspecto quantitativo – econômico – do processo.

Já nos casos em que determina uma estrutura comportamental, destacam-se características como a incapacidade de elaboração fantasística, expressão verbal pobre e insuficiente, produções oníricas raras ou ausentes. Sua atividade é monótona, pobre e vazia, com privações de impulsos imaginários, sendo suscitada pelo imediato do meio material das coisas, das situações e das pessoas, dando atenção apenas ao concreto. Pode-se identificar algumas pessoas com um comportamento difícil, opositivo, colérico, impulsivo, e em outras uma aparência normal ou até hiper-adaptada, como as com a dita “neurose de comportamento da

criança boazinha”, sempre perfeita e enchendo de satisfação a todos (Kreisler, 1999). A aparente tranquilidade encobre um conformismo desolador e possível escoamento das emergências agressivas.

Kreisler (1999) ainda ressalta que as circunstâncias psicológicas geradoras de formas de asma grave, são as condições de carência afetiva, carência relacional precoce, situações de conflitos familiares, as separações ocorrentes na primeira infância e as situações desfavoráveis acompanhadas de frustrações. Outro ponto desencadeante é a sobrecarga opressiva das coerções, principalmente as exercidas sobre a função respiratória, geralmente por pais que procuram evitar as crises de seus filhos, afastando-os de atividades que exijam esforço respiratório, e assim os sufocam com um controle sobre a inspiração e expectoração dos mesmos. Essas circunstâncias tendem a coincidir com estruturas e descompensações do tipo da depressão na criança (Kreisler, 1999).

### **3.3 Aspectos gerais da personalidade asmática**

A personalidade do indivíduo asmático é de grande diversidade, não sendo possível, nem adequado, encaixá-lo dentro de um perfil psicológico específico. No entanto, vários estudiosos, entre eles Kreisler (1999), destacaram alguns traços estruturais que são identificados com significativa freqüência na maioria dos casos asmáticos.

Segundo Grünspun (1980), pode-se descrever a personalidade do asmático por três traços que estariam sempre presentes, sendo estes a insegurança afetiva, a dependência e a dificuldade em expressar sentimentos de agressividade. Grünspun (1980) ainda descreve a personalidade da mãe do asmático também a partir de três traços característicos, a superproteção, a dominação e o impedimento das manifestações agressivas por parte do indivíduo asmático. A personalidade psicossomática da asma se estabeleceria na interação entre os traços maternos e os do asmático.

Para Grünspun (1980), é possível estabelecer uma combinação entre os traços de cada um, em uma relação de interdependência. A mãe reforça a insegurança afetiva da criança através de sua superproteção, desse modo ela não

precisa adquirir independência. Assim, a mãe passa a exercer o domínio sobre a criança, que reage criando um vínculo de dependência com a mesma. Quando uma dessas interações é interrompida, a asma viria como uma forma de restabelecer essa ligação, no entanto, em um nível psicossomático.

A dificuldade de expressar a agressividade obterá reforço na personalidade da mãe, que buscará impedir a manifestação desse sentimento. Dessa maneira, a mãe novamente exercerá domínio sobre a criança que, por sua vez, sublimará sua agressividade, buscando, dessa forma, atender ao impedimento da mãe e ao seu domínio. Não conseguindo exteriorizar seu sentimento de agressividade, a criança passa a vivê-la interiormente, tornando-se passiva diante das situações. As crises de asma seriam uma válvula de escape para as substâncias que não foram liberadas em virtude da agressividade contida. No entanto, as crianças asmáticas não são passivas e nem dependentes fora dos momentos de crise, pelo contrário, caracterizam-se como instáveis e irritadas, sem nunca desafiar a agressividade da mãe e sem competir com sua própria agressividade (Grünspun, 1980).

Kreisler (1999) também apontou traços freqüentes que poderiam caracterizar a personalidade do indivíduo asmático. Um deles seria a grande fragilidade emocional, que é comprovada pelo desencadeamento de crises em função de vivências traumáticas, podendo ser tanto conscientes quanto inconscientes, mas que atingem proporções enormes quando perturbam as necessidades particulares do asmático, como a dependência e a separação.

Outra característica é a intensidade das necessidades afetivas seguida de uma fragilidade dos meios autônomos para satisfazê-la, gerando uma grande necessidade de se ligar às pessoas e ao meio de forma fusional. Ocorre também a intolerância frente a situações conflituosas. Por não ser capaz de enfrentá-las, o asmático busca anulá-las através da utilização de outros processos, como o deslocamento e a anulação da agressividade. Essas características podem ser resumidas como sendo mecanismos de defesa frágeis que são facilmente abalados quando o asmático vivencia acontecimentos dolorosos da vida que lhe fogem ao controle (Kreisler, 1999).

Através de estudos com crianças asmáticas, observando os prelúdios da estrutura asmática e os principais tipos de interação patogênica na

relação do bebê com sua mãe e com seu pai, Kreisler (1999) estabeleceu a falha fundamental nessa estrutura. Seria ela, a falta de personalização do vínculo, resultando em relações facilmente estabelecidas, mas sempre superficiais e instáveis. Há também um bloqueio dos processos de “separação-individuação”, que alimenta o processo de dependência do indivíduo asmático. Além disso, ocorre “a persistência de um foco psicoafetivo primitivo cristalizado num núcleo essencial da personalidade psicológica, paralela à constituição da personalidade imunológica” (Kreisler, 1999, p.305).

### **3.4 Aspectos da respiração e a personalidade asmática**

A respiração consiste em um fenômeno rítmico, composto por duas fases, a inspiração e a expiração, onde ambas funcionam em um processo de interdependência, uma vez que não se pode anular uma das fases sem se anular a outra, a existência de uma depende da existência da outra. Assemelha-se ao mecanismo inspiração e expiração, o de contração e descontração, simbolizando as fases de tensão e relaxamento da respiração (Dethlefsen e Dahlke, 1997).

Esse fenômeno rítmico é também um fenômeno de troca. Troca entre o organismo e o mundo a sua volta, onde o indivíduo oferece o ar rico em gás carbônico e recebe o ar com oxigênio. Através da respiração o ser humano se encontra em constante troca com o meio, não permitindo o seu isolamento e obrigando o contato com o não-eu. A respiração pode ser relacionada com processos de troca e de relacionamento.

A respiração também simboliza a liberdade e a restrição. A liberdade está relacionada à primeira respiração. Conforme fora discutido no segundo capítulo, é por meio da respiração que a pessoa dá seu primeiro passo como ser independente e único. Nesse caso, a dificuldade respiratória simbolizaria o medo dessa independência, de dar o primeiro passo, provocando a falta de ar diante de situações em que a pessoa se depara com essa liberdade. Por outro lado, a dificuldade respiratória também pode representar a restrição. Um indivíduo que vive em circunstâncias opressoras, quando adquire a liberdade, sente como se finalmente pudesse respirar (Dethlefsen e Dahlke, 1997).

Através desses aspectos da respiração, pode-se explicar algumas características do indivíduo asmático. A dificuldade respiratória significaria deficiência no processo de troca e relacionamento, acarretando dificuldades em dar e necessidade de receber. Dethlefsen e Dahlke (1997) fazem um paralelo da respiração com o processo de dar e receber. Na respiração, a pessoa deve inspirar oxigênio e expirar gás carbônico, no entanto, tentando reter em demasia, o asmático acaba por se envenenar, já que não expeliu o ar usado, levando à asfixia. Na vida do asmático ocorre um processo semelhante, já que o mesmo busca estar sempre recebendo, e nunca disposto a oferecer. Seja por dinheiro, atenção, amor. O indivíduo asmático pode ser caracterizado como aquele que não gosta de muito contato ou toque, não favorecendo a troca, essencial em um relacionamento. Além disso, o asmático pode oferecer algo sabendo que vai receber o que lhe interessa ou que vai aumentar a demanda recebida, passando a dar mais afeto e atenção quando sente que está recebendo menos, perdendo a fonte.

Valcapelli e Gasparetto (2000) relatam que muitas crises sobrevêm nos momentos em que o asmático experimenta fortes sentimentos, como alegria. Para eles, isso ocorre porque uma das problemáticas do asmático consiste em exteriorizar seus sentimentos, já que ele não se expõe abertamente e, se o faz, imediatamente se reprime. Esse mecanismo pode ser associado a dificuldade em dar, em estabelecer uma relação de troca com outra pessoa ou com o meio.

A essa característica pode-se associar ainda a intensidade das relações afetivas estabelecidas. São pessoas com grande necessidade de afeto, daí a busca incessante em receber. As relações dos asmáticos são estabelecidas facilmente, no entanto são superficiais e instáveis, já que se torna complicado estabelecer um relacionamento onde não há a troca, onde um deseja apenas receber sem se doar. Segundo Valcapelli e Gasparetto (2000), em um relacionamento saudável é preciso haver a troca, por isso o asmático tem dificuldades em manter uma relação. Ele deseja receber esse afeto, mas não se dispõe a estabelecer um vínculo.

Dethlefsen e Dahlke (1983) associaram também um fenômeno reflexo ocorrido no aparelho respiratório e o desejo do asmático em isolar-se. Esse fenômeno consiste em um fechamento e isolamento, com o objetivo de que algo de fora não possa entrar no aparelho e desequilibrar o seu funcionamento, um ato de

preservação da vida. Nos asmáticos ocorre em outro nível. Consciente ou inconscientemente, os asmáticos julgam determinadas situações como sendo ameaçadoras à sua vida e reagem, isolando-se delas, acabando com qualquer forma de contato com elas. Metaforicamente, o aperto no peito, vivenciado pelo asmático, poderia ser uma expressão de seu receio em lidar com determinados dinamismos da vida e a angústia em perceber essa possibilidade.

Pode-se estabelecer uma relação entre os aspectos gerais da personalidade asmática citados por Grünspun (1980) e por Kreisler (1999) e o desejo em isolar-se. Neste último, o indivíduo asmático busca afastar as situações que ele julga ameaçadoras, o que assemelha-se a negação de possíveis conflitos, recorrendo a processos como o deslocamento e a não aceitação de sua agressividade. Em ambas as situações, o indivíduo asmático percebe as situações como estando fora de seu controle e foge. Quando os processos de isolamento e deslocamento não conseguem exercer seu papel, já que as situações “ameaçadoras” facilmente os superam, sobrevêm as crises.

Valcapelli e Gasparetto (2000) associam essa característica a anterior, a necessidade em receber afeto e a dificuldade de troca. Segundo eles, sempre que um indivíduo asmático achar que não está recebendo atenção ou amor (ou o que ele acha que deve receber), ele se isola. Esse processo ocorre com constância, já que, por mais que as pessoas ofereçam o que eles querem, nunca será suficiente, eles querem sempre mais.

Outra correlação estabelecida foi entre o desejo de poder e a “hiperinflamação dos brônquios” que ocorre nos asmáticos. Como não admitem essa necessidade, a mesma é transferida para o âmbito do corpo sob a forma de “hiperinflamação”. Segundo Dethlefsen e Dahlke (1983), os asmáticos utilizam seus sintomas para dominar o meio e as pessoas. Recebem atenção demasiada e são, geralmente, abstraídos de muitas responsabilidades. Em contradição a esta característica está a sensação de inferioridade, que acaba por criar uma relação ambivalente. Os autores relacionam essas condições ao indivíduo que sofre da doença por longa data, ocorrendo uma ampliação e uma consolidação do tórax, formando o que se conhece como tórax em forma de barril. Apesar de sua aparência ser saudável, o peito largo permite apenas um restrito volume respiratório, já que não há elasticidade dos tecidos. Nesse ponto a ambivalência é visível, a expressão

saudável, equiparando-se ao desejo de poder, contesta a realidade física, que seria o sentimento de inferioridade e impotência.

Dentro dessa dinâmica, observa-se ainda que os músculos peitorais estão hipertrofiados, sendo assim associados a agressividade que é reprimida pelos asmáticos. Eles não exprimem verbalmente sua agressividade, com isso, têm a sensação constante de que estão prestes a explodir. As investidas em expressá-la através de gritos ou queixas, acabam ficando “presas na garganta”, manifestando-se somaticamente por meio de tosse e expectoração (Dethlefsen e Dahlke, 1983).

Valcapelli e Gasparetto (2000) também defendem a idéia de que o asmático tem uma sensação de inferioridade, apesar de mostrar o contrário. Costuma mostrar ser uma pessoa comunicativa e sentimental, buscando conquistar o outro e, assim, receber a atenção desejada. Não deixa transparecer seus pontos fracos para ninguém, demonstrando apenas a sua “superioridade”. Com o intuito de conquistar as outras pessoas, acaba por conduzir sua vida em função da dinâmica do ambiente em que se encontra, adotando valores e comportamento reconhecidos pelos outros como adequados. Com isso desconsidera seus princípios e sua moral, passando por cima de seus sentimentos para estar adequado às necessidades dos outros. Partindo desse processo, caracteriza-se a asma como um conflito entre o sentimento de inferioridade e o desejo em demonstrar superioridade. O indivíduo asmático sente-se inferior e deseja ser o centro das atenções. “O sentimento de inferioridade seguido do egocentrismo atrai para si pessoas dominadoras, que passam a controlar sua vida” (Valcapelli e Gasparetto, 2000, p.79). Esse mecanismo reforça a dependência do asmático por outras pessoas.

Para finalizar, Dethlefsen e Dahlke (1983) falam da recusa a enfrentar o lado sombrio da vida. Segundo ele, os asmáticos desejam juntar-se ao nível superior, sem ter contato com o inferior. Por isso, são, geralmente, pessoas bastante intelectualizadas, pois, segundo a teoria dos elementos, o pensamento corresponde ao ar. A sexualidade também é vista como um algo inferior, logo, é mobilizada para cima, na direção do peito, ocasionando a formação excessiva de muco, que é expelida pela boca.

A tendência em recusar o contato com o que percebe como inferior pode estar relacionado ao fato do asmático não querer entrar em contato com suas próprias misérias, demonstrando, assim, sua superioridade. O mesmo acontece

quando se trata da necessidade em estar sempre recebendo. Já que existe um sentimento de inferioridade, o asmático se recusa a dar para o outro aquilo que ele julga ou sente como inferior, pois assim, os outros o julgaram como não merecedor de receber o que eles têm para dar. E, coexistindo ao sentimento de inferioridade, o sentimento de impotência, o asmático perceberia a superproteção materna como uma saída para não ter que assumir responsabilidades e realizar coisas que ele achou não ser capaz, criando a dependência aos outros e a falta de autonomia (Dethlefsen e Dahlke, 1983).

Através da análise dos aspectos da personalidade do indivíduo asmático, vê-se que eles retratam um fator interno de desequilíbrio, muito mais do que apenas o sintomas físicos da patologia, não anulando o sofrimento trazido por estes sintomas. Por isso, o terapeuta deve adaptar sua atuação a um tratamento de ordem somática. O psicólogo deve levar em conta que "...trata-se um modo de ser...A finalidade desse modo de ser é afastar todo e qualquer conflito intrapsíquico... a eficácia e a originalidade dos meios utilizados é que irão assegurar essa tarefa" (Kreisler, Fain e Soulé, 1981, p.). A atuação do psicólogo será a descrição e ordenação, quando necessária, desses meios.

Segundo John Ball (1990), a saúde seria um ambiente interno de estabilidade mantido em face de alterações externas às quais o ser humano aprende a se adaptar no curso da evolução. Cabe ao psicólogo facilitar esse processo de adaptação ou, quando já em situação de adaptação inadequada, redirecionar o processo.

## 4. ESTUDO DE CASO

O seguinte estudo de caso foi extraído do livro “Distúrbios Psicossomáticos da Criança”, de Haim Grünspun (1980).

O paciente, Carlos, foi introduzido à terapia quando tinha dez anos e cinco meses. Foi levado pela mãe em razão de recomendação médica. Sofre de asma desde os sete meses. Inicialmente, consistia em acessos de tosse e expectoração. Depois, passou a ter falta de ar, chiado, ficar roxeado, esbranquiçado nos lábios, mão fria e pé gelado, sendo pior em tempos quentes do que nos frios. O paciente já foi levado a tentar diversos tipos de tratamentos, até mesmo ginástica respiratória e, mesmo assim, continua com as crises diárias. Faz uso de medicamentos, no caso a “bomba”, mas já experimentou todas as espécies de remédios indicadas. Durante as atividades do dia, como brincar, tem que parar, bombear, para poder continuar. A mãe acredita que “pôs qualquer coisa na cabeça por que não é possível, deve ser mesmo psicológico” (Grünspun, 1980, p.165). Ocorrem outros sintomas como sair sangue do nariz, vomitar, ter dor de cabeça duas ou três vezes por mês, isso, quando está para ter crise ou durante ela.

A mãe, que é professora, relata que Carlos fica o dia inteiro atrás dela, está sempre por perto, mesmo enquanto dá aulas, chega a chamá-lo de obsessivo. Diz que o menino está sempre a chamar atenção, que recebe amor demais e que, quando isso acontece, reage com nervosismo. No entanto, confessa que trata-o melhor do que os outros cinco filhos, fazendo tudo o que ele pede, justifica alegando que “tem que ser assim”. Às vezes pensa que o menino não dá conta de fazer nada sozinho, não funciona. A criança briga muito com os irmãos, é revoltado, nervoso, embora não admita que falem mal deles, sempre defendendo-os. O pai não toma nenhuma atitude rígida diante dos comportamentos errados do filho, pois tem dó do menino por sofrer com as crises. Continuamente diz que é preciso “tratar deste menino, ele sofre muito” ( *idem* p.166). Não costuma fazer carinho nos outros filhos, Carlos é o único.

O paciente é inteligente, passa de ano sem freqüentar com assiduidade o colégio em decorrência das crises. Na escola tem comportamento

adequado, mas inicialmente era constantemente castigado por ser levado, falar alto, não obedecer ou entender a professora. A mãe considera-o muito distraído e esquecido, já que este nunca entende o que os outros falam com ele e se esquece de tudo com facilidade.

A mãe também diz que o menino é muito sentimental, que gosta de música e desenho. Demonstra bastante interesse pelo lado espiritual, indo sempre à igreja, inclusive já incitou o desejo em se tornar padre. Não gosta de brincadeiras de meninos, prefere o serviço de casa pois é mais delicado.

#### **4.1 Considerações**

A seguir serão apresentadas mais algumas considerações que o autor julgou necessárias e pertinentes para o entendimento do caso e, em seguida, será feita uma releitura do mesmo tendo como base os aspectos trabalhados nos capítulos anteriores.

Carlos é o quinto na ordem de nascimento em uma família de seis filhos. Antes dele os pais perderam uma menina com cinco meses por desidratação e, depois dele ter nascido, a mãe teve um aborto natural aos três meses de gestação. A mesma diz que Carlos foi desejado mas que, em dias de raiva, acaba dizendo “não sei porque você veio” ou “cabelo de fogo, você não é meu filho” (*idem*, p.166). Depois, em seus relatos, acaba por relatar que o filho que ela realmente queria era o primeiro, os demais vieram por acaso, sendo que Carlos teria sido uma forma de apagar a dor da perda da menina. Como a criança falecida tinha cabelo de fogo, os pais pediram para que viesse outra assim, mas alegam que, em compensação, ela teria vindo doente.

Durante todas as gestações, a mãe passou mal, vomitando nos três primeiros meses. Também costumava ficar muito nervosa, chorar e revoltar-se por estar pondo um filho no mundo, mas diz que depois tudo passava. Diz ainda que só se sentiu bem quando soube da gestação do primeiro filho, aos demais, reagiu com normalidade. Não fez pré-natal, mas procurava os médicos para tratar de seus

enjôos ou qualquer eventual problema, com exceção do período de gestação de Carlos, onde sofreu os nove meses com um resfriado tipo alergia, com característica semelhantes aos sintomas que Carlos apresenta em decorrência da asma. Só que, como estava em época de teste escolares em seu trabalho, não procurou um médico. “Pensei mais na parte dos alunos do que no meu filho” (*idem*, p.167).

Dorme em um sofá, juntamente com a irmã de seis anos, mas corre para a cama dos pais assim que acorda, a mãe ressalta que, apesar de todos os filhos fazerem isso, ele é o que dá mais trabalho. Dormiu com os pais até os quatro a cinco anos. A mãe começou a introduzir a mamadeira quando o menino tinha três meses, “gostou mais da mamadeira e depois não quis saber mais de mim” (*idem*, p.168). Mamou até os cinco a seis anos. Quando está em crise, nega-se a comer e a mãe força. Costuma ter preguiça de comer, o que a mãe atribui ao fato de ter sempre ajudado o menino a comer, ter dado tudo na boca.

Na escola, tem um bom desempenho. Não estuda sozinho, geralmente a mãe estuda com ele e, eventualmente, o pai. Quando estuda sozinho, costuma rasgar o caderno e entornar o tinteiro. “É muito irresponsável” (*idem*, p.170). Quer ser o primeiro da turma em conversa, o que a mãe associa com uma vontade de agradá-los. É castigado quando não tira notas boas e quando não presta atenção nas aulas.

O paciente tem mais amigas, demonstrando preferência em brincar com crianças do sexo feminino. Não gosta de brincar sozinho. Faz amizades com facilidade, dando-se bem com todos porque se submete à vontade deles. Gosta de fazer visitas. Adapta-se facilmente ao meio, sendo sempre muito simpático e desembaraçado. Não alimenta rivalidades com nenhum amigo.

Há casos de asma na família. A irmã, duas sobrinhas e um sobrinho da mãe sofreram de asma. Também há casos de alergia, a irmã da mãe tem eczema, o pai e a irmã de Carlos possuem eczema “seco” no pé, e a sobrinha da mãe tem furunculose.

Mora com a família em um apartamento de três quartos, sala, cozinha, banheiro e terraço. Costuma brincar em toda a casa, porque os meninos

brincam no parque do prédio e ele os considera muito brutos. A mãe insiste para que desça, mas logo ele volta.

O relacionamento entre os pais é bom. A mãe se refere ao marido como uma pessoa muito boa e calma “demais”. Os pais e a avó também nutrem uma boa relação. O pai demonstra predileção por Carlos, adora brincar e fazer carinho, mas só com ele. A mãe se diz muito nervosa com o paciente. A família costuma receber muitas visitas em sua casa, principalmente familiares e mães de alunos da mãe. A mãe não gosta de fazer muitas visitas.

Grünspun (1980) diagnosticou o paciente como sofrendo de distúrbio psicossomático com indícios de depressão nos testes realizados com o mesmo. Indica tratamento com medicação sintomática e antidepressiva, associado a um acompanhamento em psicoterapia individual. Para atenuar os sintomas físicos, aconselhou, além dos remédios, a ginástica respiratória e a natação. Sugere também que o paciente faça relaxamento juntamente com sua mãe. Indica que a mesma se submeta a psicoterapia e que a família faça entrevistas terapêuticas.

## **4.2 Releitura Do Caso**

A partir das considerações levantadas por Grünspun (1980) acerca do caso apresentado, será feita uma releitura do mesmo baseando-se na revisão bibliográfica exposta nos capítulos anteriores.

Foi possível reconhecer neste estudo de caso, os traços da personalidade do alérgico essencial, descrito por Kreisler (1999).

O paciente asmático estabelece uma relação de dependência com sua mãe. Essa estrutura se fundamenta na superproteção materna, que não seria sinônimo de amor. Por baixo da superproteção da mãe, pode haver uma história de rejeição. Por não conseguir amar de fato o filho, em decorrência de situações diversas, a mãe cerca-o de cuidados excessivos que se traduzem em controle. A criança que ainda necessita do cuidado materno naturalmente responde à rejeição

com o aumento do sentimento de insegurança e um maior apego à essa mãe (Hisada, 2003).

A mãe, por não conseguir lidar com o fato de não amar seu filho como acha que deveria, enche-o de cuidados, em um mecanismo de defesa. O filho, por sua vez, que se sente inseguro e inferiorizado diante da percepção de uma mãe rejeitadora, cria um vínculo de dependência com a mesma em uma tentativa de suprir sua carência afetiva. Dessa forma, o processo de um fortalece o processo do outro (Hisada, 2003).

A mãe fantasia o retorno de seu filho ao útero, buscando não enfrentar o sentimento de “culpa” que se impôs por não ter amado seu filho como deveria. Mantendo a criança sob seus cuidados e controle, a mãe pode continuar seu processo, dando amor como uma forma de compensar a falta de amor anteriormente negada, aliviando a culpa que sente (Hisada, 2003).

O filho busca a autonomia, mas depara-se com a impossibilidade de tê-la, mediante seu sentimento de insegurança e inferioridade. Esses sentimentos o levam a ter dificuldade em separar-se dessa mãe, já que essa passa a suprir uma carência afetiva através de sua proteção excessiva. Como consequência, passa a perceber, não apenas a mãe como também outras pessoas, incluindo estranhos, como uma possibilidade de receber afeto. O outro é percebido como bom, pois é comparado a mãe que lhe dá tudo que precisa. A partir dessa estrutura segue-se um bloqueio dos processos de separação-individação e ausência de angústia diante do estranho. Essas duas características podem ser identificadas no caso de Carlos.

Segundo os relatos da mãe do paciente, Carlos seria o quinto em uma família de seis filhos, sendo que apenas o primeiro teria sido desejado e festejado, os demais foram recebidos com naturalidade. Além disso, houve a perda de uma menina, aos cinco meses de idade, antes do nascimento de Carlos. Em decorrência desse fato, a mãe diz que esse teria vindo para apagar a dor da morte de sua outra filha e que, quando ficou sabendo que estava grávida, pediu a Deus que viesse uma criança de cabelo de fogo, assim como a que havia falecido. Como Carlos ficara doente, a mãe entendeu que a doença do filho seria o preço a ser pago

uma vez que seu pedido fora atendido, “... não se pode ir contra a lei de Deus” (p.166).

Pode-se inferir que a mãe sente-se culpada por ter desejado que seu filho viesse com cabelo de fogo e, como compensação pelo pedido atendido, fora acometido pela doença. Além disso, Carlos teria nascido com o objetivo de apagar a dor da perda da irmã. Não tendo conseguido corresponder às expectativas de seus pais, já que uma dor não pode ser apagada, poderia ter nascido daí uma rejeição inconsciente ao filho por parte destes.

Outro episódio que pode fundamentar essa hipótese também foi relatado pela mãe. Segundo esta, durante a gravidez de seus outros filhos, apesar de não ter feito pré-natal, sempre recorria a um médico quando se sentia mal. Na gravidez de Carlos, a mesma relatou ter sido acometida por um resfriado de origem alérgica, que se assemelha aos sintomas que o filho apresenta em decorrência da asma. No entanto, não procurou o médico para uma consulta, pois estava atordoada no trabalho com os testes de seus alunos. Diz ter pensado “mais na parte dos alunos do que do meu filho” (p.167).

Nesta situação, a mãe também pode se sentir culpada por não ter tomado os cuidados necessários ao longo da gravidez de seu filho. O fato dela fazer referência aos sintomas de seu resfriado como sendo iguais aos da doença de Carlos, pode sinalizar para um possível entendimento de que a doença teria sido passada para ele em consequência de seu descuido. A rejeição ao filho esteve na forma de uma falta de cuidado durante sua gravidez, que hoje é compensada com o excesso de zelo.

Carlos teria estabelecido com sua mãe uma relação de dependência. Segundo a mãe, o filho fica atrás dela o dia inteiro. Ele não estuda sozinho porque faz bagunça. Tem preguiça de comer, pois sempre recebeu comida na boca. Enquanto está brincando, sua mãe fica por perto segurando a bombinha, pois, caso venha a sentir falta de ar, ela pode socorrê-lo. Ao mesmo tempo em que Carlos busca suprir sua carência se apegando à mãe, a mesma o superprotege com cuidados e controle excessivos na tentativa de aliviar o peso de uma suposta

rejeição. A superproteção materna alimenta essa dependência. “O que ele pede eu dou, tenho que tratar melhor do que os outros” (p.165).

Ao mesmo tempo em que a mãe deseja ver seu filho independente, brigando para que saia de trás dela ou para que tenha responsabilidades com os estudos, passando a estudar sozinho, também alimenta a dependência deste, já que qualquer atitude da criança é desculpa para que ela intervenha e administre a situação, como os estudos, por exemplo. Paralelo a isso, a mesma criança que busca autonomia, tem atitudes que dão a deixa para a intervenção de sua mãe, como se estivesse mostrando que precisa da ajuda da mesma e ainda é incapaz de resolver as situações sozinha, como, por exemplo, urinar na cama.

Este processo de rejeição-superproteção atribui aspectos singulares à personalidade do asmático. O sentimento de inferioridade e de insegurança, desencadeados pela percepção de uma suposta rejeição, pode ser responsável pela carência afetiva, resultando em uma necessidade permanente do indivíduo asmático em se ligar às pessoas e ao meio. Esses relacionamentos são estabelecidos facilmente, mas são instáveis e superficiais, pois o asmático, ao mesmo tempo em que busca excessivamente afeto, também se retrai por ter medo de uma outra rejeição. Outra característica desencadeada por este aspecto é a substituição rápida, quase instantânea, de um objeto de vínculo por outro.

No caso de Carlos, esses aspectos também são identificáveis. O paciente faz amigos e adapta-se ao meio facilmente. Também gosta de fazer visitas. A mãe atribui a essa característica o fato do menino estar sempre se submetendo à vontade dos amigos, além de ser sempre muito simpático e desembaraçado. Por ter grande carência afetiva, o indivíduo asmático costuma evitar rixas e abafar conflitos, idealiza um tipo de relacionamento, buscando ser sempre o que o outro espera, já que, assim, receberá a atenção que necessita. Pode-se dizer que dessa estrutura resulta a negação de sua agressividade e da de outras pessoas.

A necessidade em se ligar às pessoas e ao meio de forma fusional acaba por gerar uma sensibilidade e uma percepção intuitiva dos sentimentos do outro. Daí resultam pessoas de escolaridade fácil e com grandes aptidões artísticas. Pode-se observar essa sensibilidade em Carlos. O paciente tem um bom

desempenho escolar e é muito sentimental, demonstrando grande interesse pela música e por desenho. Seu lado espiritual também é bastante desenvolvido, destacando sua vontade de ser padre.

A evitação de situações conflituosas também é um aspecto cujo desencadeamento pode ser atribuído ao sentimento de insegurança e de inferioridade do indivíduo asmático. A pessoa que se sente incapaz e insegura acabaria por evitar lidar com situações que julga não ser capaz de administrar. Dessa forma, a pessoa asmática cria, primeiramente, um vínculo de dependência com sua mãe e, depois, com outras pessoas, que passam a exercer o controle de sua vida. Como a maior parte dos problemas na vida da pessoa asmática é resolvida pela mãe protetora, ou por sua substituta, ela foge de qualquer conflito que exija dela uma atitude. Como resultado da ocorrência dessas situações, que são inevitáveis, o paciente é geralmente acometido pelas crises. Carlos, quando é instigado a ir brincar com os meninos, que são descritos pelo paciente como sendo muito brutos, sempre volta correndo, em crise, para sua mãe.

#### **4.4 Tratamento Psicoterápico**

A apresentação das possíveis características recorrentes em um indivíduo asmático permite levantar as possibilidades de intervenção práticas nos casos de asma enquanto um distúrbio psicossomático. Segundo R. Debray (1998), o bebê asmático deve ser tratado juntamente com sua mãe, em psicoterapias conjuntas. Como já foi ressaltado por Kreisler (2000) e Spitz (1988), o desenvolvimento do funcionamento psíquico da criança deve ser compreendido a partir da relação mãe/bebê, dessa forma, torna-se necessário analisar a dinâmica psíquica da mãe.

Portanto, partindo das conclusões de Debray (1988), a psicoterapia com a criança deve focar o processo de separação-indivuação, utilizando-se de técnicas que visem à diferenciação eu-outro. A mãe deverá ser engajada em um

tratamento de adultos, buscando esclarecer os motivos que a levaram a criar o vínculo simbiótico com a criança.

A criança mais velha deve ser tratada através de terapia comparada a uma análise. Visando reduzir as possíveis somatizações posteriores, deve-se procurar restabelecer o equilíbrio nos diferentes níveis de atividades e do funcionamento mental (Ferraz e Volich, 1997).

Estando a dinâmica psíquica do paciente asmático fundamentada no processo rejeição-superproteção materna, a ação terapêutica deve estar voltada para a dinâmica familiar. Como conseqüência a criança passa a sentir-se frágil, insegura, tímida e sem condições para suprir sozinha as necessidades sempre providas pelos pais. A medida que a criança cresce e percebe a redoma de proteção em que vive, geralmente passa a expressar agressividade e ressentimento para com seus pais, além de se sentir culpada ao ver a preocupação e a aflição deles.

A ação terapêutica deve agir buscando oferecer possibilidades da criança reformular essa estrutura, através de um trabalho focado no bloqueio no processo de separação-individuação. O objetivo é romper o vínculo de dependência da criança com sua mãe, reestruturando crenças formuladas a partir da percepção de uma mãe rejeitadora e superprotetora. Deve-se procurar aumentar a auto-estima da criança, o que refletirá em aquisição de segurança e autoconfiança para que a mesma passe a coordenar sua vida, suprir suas próprias necessidades e se responsabilizar por suas decisões, não tendo medo de uma possível rejeição ou decepção ao expressar suas convicções.

#### **4.5 Tratamento Médico**

O paciente geralmente procura um profissional da área médica para tratar do problema que o incomoda e que, para ele, é unicamente de ordem médica. Ele buscará amenizar o sofrimento físico que o acomete, uma vez que não tem consciência do que está por trás dessa expressão somática. O médico deverá tentar compreender o problema de saúde a partir dos relatos do paciente a respeito dos

sinais e sintomas que o afligem e, depois de ter um diagnóstico, dar uma primeira resposta ao mesmo. A ida ao médico, profissional capaz de dar um diagnóstico correto e receitar o tratamento adequado, possui efeito terapêutico, já que, através dela, o paciente receberá uma explicação em termos simples sobre o que o tem feito sofrer, trazendo um certo conforto e tranquilidade (Haynal, Pasini e Archinard, 2001).

Em um segundo momento, o médico irá traçar um diagnóstico global contendo, além de um diagnóstico fisiopatológico, que envolve uma análise dos distúrbios da função do órgão, conterá também uma avaliação das dimensões psicológicas, sociais ou humanas do problema do paciente, bem como, sobre as repercussões em sua vida. O caráter psicológico do diagnóstico auxilia, em primeiro lugar, na manutenção da relação médico-paciente. A partir desta análise, o médico poderá influenciar na qualidade de vida do seu paciente, que se encontra vulnerável devido ao conturbado momento que está vivendo, assumindo um papel de dependência para com o médico, já que busca ajuda para um problema que não pode resolver sozinho. Caberá ao profissional comandar essa relação, levando em consideração o tratamento a ser seguido e as necessidades do paciente, como qual a postura assumida por este na relação terapêutica, se será passiva, cooperativa ou conflituosa (Haynal, Pasini e Archinard, 2001).

A partir da análise psicológica, o médico também poderá identificar se a problemática tem caráter psicológico preponderante, necessitando, nesses casos, de um encaminhamento para um psicoterapeuta. Trata-se de casos em que um distúrbio se apresenta através de sintomas somáticos, mas representa um sofrimento psíquico, constituindo as doenças psicossomáticas.

A maior parte das tentativas de encaminhamento de um paciente para atendimento terapêutico, ocorre com resistência e, em geral, sem êxito. Isso por que o paciente se recusa a reconhecer a angústia psíquica que se esconde por trás do sofrimento físico. O papel do médico é de grande importância no engajamento do paciente ao tratamento terapêutico. Em primeiro lugar, o médico não deve menosprezar o sofrimento de seu paciente, ressaltando que o mal de que padece é real e concreto, mas que o acompanhamento de um psicólogo se faz necessário, uma vez que o caso se encontra além dos limites da medicina somática. Dessa forma, o trabalho terapêutico entraria apenas como um suplemento. Em segundo lugar, o médico não deve apresentar o psicólogo como um detentor de soluções

mágicas, criando grande possibilidade de frustrar as expectativas do paciente. Em terceiro lugar, o médico deve ser capaz de descrever as inúmeras possibilidades terapêuticas disponíveis e as indicadas para o caso específico (Haynal, Pasini e Archinard, 2001).

A associação do tratamento médico ao psicológico é considerado o mais adequado quando se trata de doenças psicossomáticas, já que o sofrimento físico geralmente faz com que o paciente desvie toda a sua atenção para a dor que o aflige naquele momento, colocando o trabalho terapêutico em segundo plano. A partir do momento em que os sintomas somáticos são controlados, o paciente consegue se engajar no tratamento psicológico. No decorrer desse trabalho conjunto, os profissionais devem se preocupar em não negligenciar o tratamento físico, pois o paciente somático tende a apresentar ou aumentar a ocorrência dos sintomas quando percebe que não recebe assistência para o que ele reconhece como seu “real” sofrimento (Caldeira e Martins, 2001).

Sendo o médico o primeiro profissional a ser procurado devido a urgência do sofrimento que acomete o paciente, o mesmo deverá ter uma atitude acima de tudo humana, para que seja possível estabelecer um diagnóstico correto, percebendo a real origem do sofrimento do paciente e, assim, ser capaz de encaminhá-lo a um tratamento adequado que produza um resultado satisfatório.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho versou sobre a asma segundo a perspectiva da psicossomática, que compreende o ser humano como uma totalidade do processo de interação corpo-mente. Desse modo, a asma poderia ser entendida como uma expressão em nível somático de um conteúdo psíquico. No entanto, cabe salientar que fatores genéticos, biológicos e ambientais também influem nesta manifestação somática, logo, o órgão tende a desenvolver determinada patologia e a não elaboração das excitações externas em nível psíquico, que serão canalizadas na esfera somática, facilitaria este processo.

Tomando como base a premissa de que a personalidade de um indivíduo é o resultado de sua adaptação ao ambiente em transformações a que está inserido e de que quando esta adaptação não é bem elaborada em nível psíquico, ela é desviada para o nível somático, o trabalho procurou identificar quais seriam as características do ambiente social, como a estrutura familiar, que desencadeariam a asma, enquanto uma manifestação somática, como forma de adaptação, e quais os traços de personalidade que se apresentariam com freqüência significativa no asmático.

Para tanto, foi apresentada inicialmente a evolução histórica da psicossomática, fazendo-se um breve apanhado sobre o desenvolvimento desta vertente, iniciando-se por suas origens na prática médica até seu encontro com a psicanálise e sua atual concepção. Dessa forma, procurou-se mostrar a importância das descobertas e dos estudos de cada profissional, tanto da área médica quanto da psicológica, para a formação da atual concepção da psicossomática e do adoecer humano.

Em seguida, reconhecendo-se a importância em estudar a estrutura e o funcionamento fisiológico do aparelho respiratório e da asma para que fosse possível compreender a interação entre esta função e o conteúdo psíquico do indivíduo asmático, foi apresentada uma visão biológica da função respiratória e da patologia em questão. Partindo do que foi discorrido, associou-se à respiração e à

asma uma perspectiva psicológica, e assim, foi possível levantar algumas hipóteses sobre o conteúdo psíquico por trás da manifestação somática.

Passou-se então, para uma análise acerca do conteúdo psíquico envolvido no desenvolvimento da asma. Para tanto, buscando solucionar o problema levantado sobre o tipo de ambiente social que favoreceria a manifestação asmática, foi apresentada a dinâmica materna como sendo este fator influente que estaria diretamente ligado a esta forma de adaptação. Chegou-se a conclusão de que a personalidade asmática teria origem na percepção de uma mãe rejeitadora e ao mesmo tempo superprotetora. A rejeição materna pode ser considerada como um processo inconsciente que está vinculado a uma situação traumática e desagradável vivenciada pela mãe e associada, também inconscientemente, à gravidez. Em decorrência dessa rejeição, a mãe passa a sentir-se culpada por não amar seu filho da maneira que julga ser correto, com isso, esta mãe começa a cercar o filho com um cuidado excessivo em um mecanismo de compensação.

Após a apresentação da dinâmica materna foi exposta a visão de vários autores sobre a personalidade materna e sua associação com a estrutura da relação mãe/filho.

Para finalizar foi exposto um estudo de caso retirado do livro “Distúrbio Psicossomático da Criança” de Grünspun (1980), seguido da apresentação das considerações e do diagnóstico do autor, e de uma releitura do caso baseada nos aspectos trabalhados ao longo do trabalho.

Baseando-se nas características da personalidade materna e nos traços do perfil do indivíduo asmático, foi possível concluir que a asma enquanto manifestação somática de um conteúdo psíquico, estaria diretamente relacionada à dinâmica materna, não caracterizando a causa do desenvolvimento da patologia, mas um fator influente. O processo vivenciado pela mãe de rejeição-superproteção abre possibilidades para o desenvolvimento da personalidade asmática.

O indivíduo asmático, partindo de uma percepção de sua mãe como rejeitadora e superprotetora, tende a desenvolver traços como sentimento de inferioridade e insegurança, criando um vínculo de dependência com a mãe. A partir desses aspectos, identificou-se a carência afetiva, necessidade e grande facilidade

em estabelecer vínculos com as pessoas e com o meio, porém, são ligações instáveis e superficiais, rápida substituição de um objeto de vínculo por outro, evitação de situações conflituosas, utilizando o mecanismo de deslocamento para não enfrentá-las, alta sensibilidade, e negação de sua agressividade, bem como a dos outros. Pode-se concluir que a maior parte das características da personalidade do indivíduo asmático teriam se desenvolvido do sentimento de inferioridade e de insegurança.

Baseando-se nessas conclusões, pode-se dizer que o tratamento do asmático deve ser uma associação entre a terapêutica médica e a psicológica. A primeira serviria para elucidar os sintomas e, assim, permitir o trabalho do psicólogo que, por sua vez, buscará reelaborar o conteúdo psíquico canalizado na esfera somática, de forma a evitar possíveis futuras somatizações. O trabalho psicoterapêutico deve focar o bloqueio no processo de separação-individuação, buscando oferecer subsídios para o indivíduo quebrar o vínculo de dependência com a mãe, com as pessoas e com o meio, em busca de afeto. Com isso, o asmático deixará de entrar em crise toda a vez que se deparar com uma situação em que se sinta inferior ou inseguro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALL, John. Compreendendo as Doenças: Pequeno Manual do Profissional de Saúde. São Paulo: Agora, 1990.

BALLONE, G. J., NETO, E. P. & ORTOLANI, I. V. Da Emoção à Lesão: Um Guia de Medicina Psicossomática. Barueri, São Paulo: Editora Manole, 2002.

CALDEIRA, G. & MARTINS, J. D. Fundamentos em Psicossomática. Belo Horizonte: Postgraduate Brasil, 1998.

----- Psicossomática: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

COCHRANE, G. M. & REES, P. J. Atlas Colorido da Asma 1. Barcelona: Edifarma, 1995.

----- Atlas Colorido da Asma 2. Barcelona: Edifarma, 1995.

DAHLKE, R. A Doença como Linguagem da Alma: Os Sintomas como Oportunidades de Desenvolvimento. São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix, 1992.

DEBRAY, R. Bebês/Mães em Revolta. Porto Alegre: Artmed Editora, 1988.

DETHLEFSEN, T. & DAHLKE, R. A Doença Como Caminho. São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix, 1997.

DIAS DA SILVA, M. A. Quem Ama Não Adoece: O Papel das Emoções na Prevenção e Cura das Doenças. São Paulo: Editora Best Seller, 1994.

FERRAZ, F. C. & VOLICH, R. M. Psicossoma: Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

GRODDECK, G. Estudos Psicanalíticos sobre Psicossomática. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992.

GRÜNSPUN, H. Distúrbios Psicossomático da Criança. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1980.

GUYTON, A. C. Fisiologia Humana. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1988.

GUYTON, A. C. Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1992.

HAY, L. C. Você Pode Curar a sua Vida. São Paulo: Editora Best Seller,

HAYNAL, A., PASINI, W. & ARCHINARD, M. Medicina Psicossomática: Abordagens Psicossociais. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

HISADA, S. Conversando sobre Psicossomática. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2003.

KELEMAN, S. Realidade Somática: Experiência Corporal e Verdade Emocional. São Paulo: Summus Editorial, 1994.

KREISLER, L. A Criança Psicossomática. Lisboa, Portugal: Editorial Estampa, 1978.

KREISLER, L. A Nova Desordem da Criança Psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

KREISLER, L., FAIN, M. & SOULÉ, M. A Criança e seu Corpo: Psicossomática da Primeira Infância. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

MELO FILHO, J. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artmed Editora, 1992.

PAIVA, L. M. de Medicina Psicossomática. São Paulo: Artmed, 1994.

RAMOS, D. G. A Psique do Corpo: Uma Compreensão Simbólica da Doença. São Paulo: Summus Editorial, 1994.

ROSSI, E. L. A Psicologia da Cura Mente-Corpo: Novos Conceitos de Hipnose Terapêutica. São Paulo: Editorial Psy, 1997.

SPITZ, R. O Primeiro Ano de Vida. Porto Alegre: Artmed Editora, 1988.

VALCAPELLI, ----- & GASPARETTO, ----- Metafísica da Saúde: Sistemas Respiratório e Digestivo. Volume II. São Paulo: Editora Gráfica, 2000.

VOLICH, R. M. Psicossomática – de Hipócrates à Psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

VOLICH, R. M., FERRAZ, F. C. & ARANTES, ----- Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

YUM, J. S. Doenças: Causas e Tratamentos.