

SINTOMAS SEM DOENÇA

DISTÚRBIOS DA HOMEOSTASE E SURGIMENTO DE SINTOMAS PREFERENCIAIS

NELSON PIRES *

1 — Sentido dos sintomas é expressão do próprio Freud e capítulo de um de seus livros¹, referindo-se a conteúdo significativo incluso no sintoma. Pleno de sentido (Sinnvoll, dos alemães) é aquilo que é compreensível. O sentido psicológico é compreensível quando a apreensão do significado desperta, no agente que compreende, sentimento de evidência. Este sentimento de evidência é o acontecimento que ratifica a certeza do significado aventado. O compreender, aqui, refere-se à intuição apriorística, aos “dados imediatos da consciência”. É um compreender pelo sentimento, pela penetração empática, pela ressonância afetiva. Não se trata de compreender com apoio nos conhecimentos.

Se alguém que furtou assusta-se à vista de um policial, mesmo desatento, compreendemos que a consciência de haver furtado relaciona-se causalmente com o susto; a relação compreendida acende-nos sentimento de evidência; compreendemos por intuição, empatia, afetivamente que o sentimento de culpa ou simples medo às conseqüências do furto estarão em causa. Mas, quando vemos, do fundo de uma loja, que todos na rua abrem seus guarda-chuvas, deduzimos que começou a chover. E essa “compreensão” é de outra espécie: é uma explicação mediante os conhecimentos que temos da utilidade dos guarda-chuvas. É uma compreensão racional.

Jaspers, Neisser, Gruhle, Schneider e muitos outros ligaram seu nome às questões do compreender. As atuais psicologia e psiquiatria dinâmica devem tudo a essa metodologia que fundamenta a “psicologia compreensiva”. Não há dúvida que a psicanálise incursiona por ela, às vezes para comprometê-la, outras para enriquecê-la. Também a analítica existencial utiliza a evidência vivenciada para confirmar sua *apreensão de essências* naquilo que contempla extrassensorialmente. Outrossim a crítica ao processo que quer tudo compreender, movimenta-se atualmente com certa desconfiança quanto à exatidão, valor e limites dessa “compreensão”.

Mas na clínica psicossomática as dificuldades aumentaram e os equívocos se ramificaram e complicaram. Crises *psicógenas* de angina de peito, de eczema, de hipertireoidismo, por exemplo, encerram, ao lado da causa-

* Catedrático da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia.

lidade psicossomática, um sentido, um significado, uma intenção, uma vantagem. Sentido, intenção e vantagem dos sintomas ou da doença assegurariam a presença, o “estar aqui e agora” do sintoma. Trata-se de duas coisas: o sintoma é psiquicamente gerado e tem um significado claro ou oculto com importância patogênica intrínseca.

As duas coisas podem ser separadas: *a*) quando comparece a exames o estudante empalidece ou enrubesce — é reação somática psicógena e *cega de sentido*; *b*) o chofer-funcionário sinistrado que sofreu pesado trauma de crânio e teve alta indesejada, apresenta desordens do sentido espacial, tonteiras e suores manifestos e exagerados sempre que se dirige para seu automóvel; há aqui uma reação somática tendenciosa *plena de sentido*, cuja ocorrência não seria ensejada sem a prévia contusão cerebral facilitadora. Neste segundo caso, o contusionado, desde a convalescença, apresentava suores e tonteiras que eram, então, reações tão cegas de sentido quanto a palidez ou rubor do estudante face ao examinador; meses depois os sintomas acentuavam-se no final dos períodos de licença, quando se avizinhava a alta e o temido reassumir do trabalho. Os sintomas haviam ganho duas propriedades: a motivação psicógena desencadeava-os e o doente proclamava-os e exibia-os com ostentação. Enfim, o que fôra somatógeno e cego de sentido (o trauma craniano causou a desregulação vegetativa), tornou-se psicogênico (mais exatamente exopsicogênico) e pleno de sentido, sobretudo as desordens do sentido espacial e os tremores, agravados intencionalmente. O papel causal da contusão e suas seqüelas tornou-se de trans-fundo (Hintergrund-reaktionen, de K. Schneider).

2 — No caso acima citado, tratava-se de uma perícia médico-legal, sendo contestado nosso laudo que apoiava a provisória incapacidade profissional do paciente. A parte contestante invocava exclusivamente os dados psicológicos, segundo os quais a conduta do funcionário denunciava que ele não queria (consciente ou inconscientemente) reassumir sua função de chofer; a contestação insistia na ilegitimidade dos sintomas psicógenos e na nitidez dos sentidos dos sintomas (aceito mas dito “ilegítimo”) e excluía a fisiopatogênese autêntica. Ou, dito de outra maneira: se há sentido nos sintomas eles são psicógenos; se são fisiopatogênicos não devem ter sentido.

A repetição onímoda e correntia de tais postulados incorretos ou equívocos exige revisão. Nuclearmente a questão é: quais as implicações físico e psicodinâmicas dos sintomas cegos de sentido e quais as dos plenos de sentido?

Apresentamos recentemente fatos que parecem comprovar o que chamamos “memória organísmica”², isto é, a propriedade que tem o organismo de, sob determinado estímulo, *aprender* e depois exteriorizar reações físico e fisiopatodinâmicas idênticas, até mesmo sem o exato estímulo original. A reação organísmica em causa fica gravada e, com o exercício repetido, tem o surpimento facilitado cada vez mais. Memória organísmica é uma aptidão da matéria viva e funciona sob o signo daquela propriedade geral que se chama “irritabilidade” em Biologia.

As relações desta memória organísmica com o “psíquico inconsciente” assumem enorme importância prática, sobretudo no problema das perícias médico-legais dos sinistrados e em psicoterapia. Recentes capítulos da psicofarmacologia e as inovações trazidas pela neurofisiologia deram decisivas contribuições, solucionando enigmas controvertidos há muito tempo.

R. Jung fez experimentos humanos: condicionou pacientes a estímulos como frio, alfinetadas e tiros de pistola. As respostas — registradas com EEG, ECG, reflexos psicogalvânicos da pele e curva pletismográfica digital — surgiam também durante o sono, desde que se aplicassem sempre os mesmos estímulos condicionadores ao mesmo homem. As reações vegetativas eram involuntárias e *inconscientes*, mas também *psíquicas* porque só aqueles reconhecidos estímulos condicionadores desencadeavam aquelas respostas. Na verdade: respostas psíquicas, emocionais, vegetativas automáticas e inconscientes derivadas da memória organísmica e sem memória psicológica, pois que o dormidor de nada lembrava, conquanto houvesse respondido com memória fisiológico-emocional aos estímulos reconhecidos. O nexos fisiológico entre as sensações auditiva (tiro de pistola) ou dolorosa (alfinetada) ou térmica (frio) reconhecidas e as manifestações emocionais ficara gravado e, desde que aquelas determinadas sensações se ativassem, ativava-se o circuito vegetativo conexionado com elas desde o aprendizado de vigília. As respostas, conquanto automáticas e inconscientes, eram explicadas como repetição de reações aprendidas e fixadas experimentalmente em vigília. A memória organísmica, sob estímulo específico *reconhecido*, executava, na vigília com e no sono sem consciência, respostas vegetativas integrantes do conjunto aprendido em vigília graças aos experimentos.

A realização de eventos funcionais involuntários, automáticos, explicados por essa memória extrapsicológica (com ou sem consciência) se deve ao que chamamos *gravação*. Trata-se de nexos fisiológicos que, uma vez ocorridos, ficam fixados ou gravados por tempo maior ou menor, ou definitivamente.

3 — Nos casos de Jung o fenômeno inteiro compõe indiscutível reflexo condicionado: reflexo emocional (vegetativo) condicionado ao frio, a alfinetadas, a tiros de pistola. Pareceria desnecessário propor a nova nomenclatura de *gravação*. Porém a congêrie de casos clínicos relatados a seguir mostra a presença da gravação em sintomas que surgem fora da modelagem dos reflexos condicionados. Ademais, a nomenclatura nova parece-nos necessária porque a gravação — cadeia de eventos fixados em quase estereotípia — comporta fenômeno de ordem físico e psicológica. Todavia, nem a clínica somática nem a psicologia e psicopatologia dinâmica abordaram essa noção que propomos. Certo fenômeno semelhante ou idêntico já é de conhecimento corrente em neurofisiologia experimental, com a cunhagem de “imprinting”, estudado sobretudo a propósito do aprendizado (“learning” dos experimentalistas). Cuidamos de fenômeno vizinho, senão idêntico. Em outro trabalho² tratamos da gravação neural, ainda mais concreta e acessível aos experimentos biofísicos e neurofisiológicos. Neste, estendemos o

conceito de gravação à medicina psicossomática, convencidos que estamos de tratar-se de fenômeno que se verifica em qualquer setor da Medicina.

a) Um oficial do Exército, de 25 anos, atleta, excedeu-se em exercícios acrobáticos e apresentou síndrome de esforço, sobrelevando taquicardia de ocorrência cada vez mais fácil. Apavorou-se e passou a apresentar nítida "neurose de espera" da taquicardia, destacada em distonia neurovegetativa ampla e intensa. Os exames clínicos nada evidenciaram. No curso de eletrocardiografia, a compressão dos globos oculares desencadeou perigosa bradicardia que o levou à inconsciência fugaz. O paciente, cada vez mais temeroso de sua "doença do coração", desejava agora ser transferido para sua cidade natal; tornou-se praticamente inválido e infenso à psicoterapia. Transferido, tudo cedeu lentamente.

b) Um marinheiro foi hospitalizado com rinite alérgica com várias crises esternutatórias por dia, durando cada uma 20 a 30 minutos; as crises eram provocadas pelo frio e umidade, pela poeira, por contrariedades, ocorrendo, mesmo, sem causa aparente. Todos os tratamentos antialérgicos foram inúteis. Eternizando-se as crises já acompanhadas de depressão resistente a terapêuticas várias, inclusive eletrochoque, foi julgado incapaz para o serviço da Marinha. Depois, sempre doente, perdeu a espósa, que o abandonou; hoje vive retirado num lugarejo do interior.

c) Um jovem excedeu-se em libações alcoólicas e alimentos pesados. Pela madrugada recolheu-se à casa, sentiu-se mal e vomitou; sentiu-se "fraco" e tornou a ingerir alimentos, voltando a vomitar; dormiu e, pela manhã, nova ingestão de alimentos e, pouco depois, nova sensação de fraqueza; alimentou-se de novo e, mais adiante, nova "fraqueza". A sucessão de alimentar-se e pouco depois sentir "fraqueza" não mais o abandonou. Meses depois de contraída a "hiperfagia" êle aumentara brutalmente de peso e só saía à rua com uma maleta cheia de bananas e pão; a cada quinze ou vinte minutos impunha-se comer. Foi hospitalizado e examinado, nada sendo encontrado, especialmente quanto a distúrbios endócrinos. Na anamnese foram relatados alguns conflitos efetivos sem grande importância. Tratado pela sonoterapia e eletrochoque, remetindo por quatro meses. Enquanto sob medicação tranqüilizadora, melhorava; suprimindo-a, ocorria recidiva. Não quis mais internar-se e não podia mais comprar medicação. Persistiu hiperfágico durante os meses em que tivemos contato com êle.

d) Mulher com 21 anos, solteira, portadora de hipertireoidismo laboratorialmente comprovado, rebelde a tratamento clínico; foi operada e remitiu. Mais tarde voltou a apresentar a sintomatologia do hipertireoidismo, sem confirmação laboratorial, por três vêzes e por três motivos diversos: mudança de residência para lugar ermo, conflitos amorosos e doença grave paterna. Remitiu sempre, embora cada vez mais dificilmente, com tranqüilizadores. Nas épocas pré-menstruais ou quando se extenua em seus plantões noturnos, os sintomas reaparecem.

e) Mulher hipoplástica, solteira, de 25 anos, trabalhando na lavoura. Por apresentar distúrbios gastrintestinais procurou Serviço de Gastreterologia, onde foi feito o diagnóstico de esquistossomose. Durante o tratamento empregou-se como doméstica, executando serviços mais leves que os de lavoura. Remitiu. Dois anos mais tarde, ao saber que seu noivo tinha uma amante, instantaneamente voltou tôda a sintomatologia. Procurou novamente o Serviço de Gastreterologia, onde nada foi encontrado. Remetida à Psiquiatria, foi hospitalizada e fêz sonoterapia, remetindo.

f) Mulher de 26 anos, teve disenteria amebiana e espoliação severa; foi tratada no Serviço de Gastreterologia e remitiu. Quatro anos depois, já casada, teve sérios conflitos com o marido, voltando a sintomatologia da disenteria amebiana; entretanto, os exames de fezes, a retossigmoidoscopia e biopsia resultaram negativos e a paciente foi enviada à Clínica Psiquiátrica. Conversamos com o marido e

obtivemos d'ele algumas concessões à doente; usamos apenas medicação tranqüilizadora e a paciente remitiu. Ulteriormente a síndrome disenteriforme reapareceu quando a mãe da paciente foi operada e ela que "temia e gostava" do hospital de cirurgia, ali teve que pernoitar várias vezes. E pela morte do irmão recidivou outra vez. Também volta a diarréia quando se estafa em trabalhos de costura, nos períodos pré-menstruais e quando é contrariada. A sintomatologia regride sempre com os mesmos tranqüilizadores.

g) Homem de 38 anos, portador de úlcera duodenal; suas dores se agravavam por excesso de fumo e de álcool, excessos sexuais, noites mais dormidas, jejum prolongado, exercícios físicos intensos, ingestão de frituras, expectativa e tensão emocional, concentração intelectual. Sedativos, alcalinos, antispasmódicos, barbitúricos, dieta e repouso, ora juntos ora de per si, aliviam-no, dependendo de certos fatores aqui não detalhados.

h) Mulher de 23 anos, solteira, excessivamente magra (1,58 m e 39 kg), queixa-se de enxaquecas desde a puberdade, chorando nos períodos pré-menstruais, com preocupações, alterações dietéticas, excessos físicos, concentração intelectual. Extremamente sensível, tudo a molesta, tendo conflitos constantes com a família. Seu pai é 50 anos mais velho, pobre e "retrógrado". Ambições de ascensão social levam a môça a uma vida sofisticada e insustentável. Pioras nítidas quando contraiu um amor proibido mas desejado por ela e que durou 5 anos, sob conflito permanente. Melhora com psicoterapia, tranqüilizadores, regimes de vida de poupança psíquica e somática. Esses cuidados trazem melhoras temporárias.

A casuística resumida é bastante para nossos objetivos. Poderia ser muito aumentada mas não é necessário. Configuram-se *síndromes de predileção pessoal tôda vez que pequenos agravos, totalmente inespecíficos e diversos, desequilibram a homeostase*. Isso se deve à *gravação* de nexos ou ciclos funcionais ou disfuncionais *sem que ocorra doença qualquer*. Poderíamos dizer: sintomas sem doença.

Qualquer alteração da homeostase basta para o surgimento da crise, seja ela de ordem física ou psíquica, geral ou local; até o mínimo "stress" é capaz de fazê-lo. O detonar das crises diversas d'esses doentes era realmente inespecífico quanto às causas desencadeadoras: a mesma paciente que explodia em diarréias pela estafa e esquistossomose também as manifestava com abalos emocionais; tal como nos demais, seus sintomas psicossomáticos tinham desencadeamento inespecífico. Maiores ou menores alterações da homeostase d'esses pacientes eram seguidas dos sintomas de "predileção pessoal". Não se trata, pois, de reflexos condicionados "strictu sensu".

4 — Buscamos nesses doentes tanto o inconsciente dinâmico quanto o "sentido dos sintomas". Eis o que encontramos com os meios de investigação de que dispusemos: em todos havia conflitos, agravos conscientes; mesmo que a doença oferecesse alguma vantagem aos pacientes, eles sempre procuraram espontaneamente o médico e desejavam libertar-se, esforçando-se para isso conquanto nem sempre remitissem (casos *b* e *c*); nenhum obteve remissão somente com psicoterapia e embora o desencadeamento fôsse, às vezes, manifestamente psicógeno (casos *d*, *e*, *f*), o tratamento somático sempre deu ótimos ou melhores resultados que o psicoterápico; é

possível que nossa exumação dos fatores inconscientes fôsse insuficiente, mas a estável remissão em alguns casos foi obtida por meios somáticos mais econômicos e em prazos muito mais curtos que os habituais em psicoterapia; muito mais evidente era a aparição *consciente* e *involuntária* quer dos conflitos ou traumas desencadeadores quer dos sintomas sempre bem explícitos e atentados.

A explicação da detonação psicógena, a interpretação verossímil ou a evidência real do “sentido” dos sintomas foi inútil do ponto de vista terapêutico, sempre que foi lembrado. O desencadeamento dos sintomas era relacionado com traumas e conflitos, mas tal compreensão era inoperante quanto ao efeito terapêutico.

A existência de um distúrbio somático consciente e involuntário “psíquica” êsse distúrbio, isto é, estabelecem-se relações íntimas entre êsse distúrbio e o equilíbrio psíquico; rompido êsse equilíbrio, surge o sintoma que chega a *conduzir o curso da vida psíquica individual*, subordinando-a. O doente concentra-se sobre o distúrbio. Nem por isso os distúrbios são desejados, não são *psicógenos* e não têm mesmo *sentido* psicológico algum, apesar dos vínculos evidentíssimos com a vida mental. São desencadeados por via psíquica ou somática, apenas no sentido de quebra da homeostase. Já haviam sido aprendidos e *gravados* fisiopatologicamente, contraindo múltiplas e íntimas relações com a dinâmica dos afetos.

A psicologia dinâmica fala na “somatização” das emoções e conflitos, no que tem razão. A “psiquização” de sintomas somáticos é também importante, sobretudo se êles são de curso protraído, porque quaisquer agravos à homeostase desencadeiam crises fisiodinâmicas, surgindo os sintomas pré-formados “*de predileção pessoal*”. Porque a homeostase é rompida por via psíquica ou somática, o desencadeamento das crises é psicógeno ou somatógeno.

Mas dois fatos de suma importância ocorrem: 1) a etiologia dessas síndromes (colite, rinite alérgica, síndrome de esforço, hiperfagia, nervosismo constitucional ou hiperemotividade, colopatia ou “côlon irritável”, úlcera péptica, enxaqueca) é desconhecida; o manifesto *desencadeamento* psicógeno (mas na verdade não só psicógeno) facilmente induz a admitir a total psicogênese da doença e não apenas o evidente e simples desencadeamento de crises; 2) para isso contribui a voga da psicologia dinâmica e a real possibilidade de melhorar o curso da doença por via psicoterápica, porque a profunda e extensa “psiquização” da doença tornou-a múltiplamente relacionada com a vida afetiva que tem o nítido poder de agravá-la, ou de melhorá-la.

5 — Nos casos mencionados a execução fisiopatológica do sintoma foi *gravada* e repete-se indefinidamente, ocorrendo sintomatologia psicossomática consciente e involuntária (automática) com ou sem sentido, com desencadeamento inespecífico psico ou somatógeno e o portador do distúrbio *é ou não um neurótico; isso também é inespecífico*. E a melhor terapêutica, ora é a somática ora é a psíquica, ora a soma das duas.

Não é sempre procedente fixar patogenia e terapêutica preferentemente psíquicas. Se há algum distúrbio primário, geralmente êle não é psicogênico. Será antes a facilidade com que sobrevem a *gravação fisiopatológica* que depende da memória organísmica; talvez haja uma propriedade constitucional, básica para a gravação. O futuro dirá se êsse fenômeno é avaliável como doença, tal como a concebemos hoje. Atualmente apenas sabemos que múltiplos fatores desencadeam as crises que dizemos mórbidas. Como nada sabemos da etiologia, aprofundamos o estudo dos fatores patogênicos e, entre êles, os constitucionais e os psíquicos. Para grande parte dos clínicos são êstes últimos não apenas patogênicos, mas *etiológicos*. Discordamos disso porque vimos recrudescências tanto por fatores psicógenos como somatógenos. E sempre vimos o que chamamos "psiquização" (em sentido contrário é apregoada "somatização").

Isto, para nós, explica a cadeia de equívocos: as múltiplas relações que a doença somática contrai com a vida psíquica, coloca-as em interdependência. Qualquer quebra da homeostase detona os *sintomas de predileção pessoal*. A interdependência entre êles exercita-se como fator de eclosão de sintomas e não como causa de doença. Em suma, sintomas sem doença.

Com o presente trabalho queremos destacar:

a) A possibilidade da presença de sintomas sem que uma verdadeira doença esteja em causa. Pequenos agravos à homeostase não costumam detonar sintomas e não se constituem conceitualmente como doenças. O frágil equilíbrio dêsses pacientes é facilmente vulnerável; claudica nêles a regulação que já claudicara uma ou mais vêzes ainda que nos moldes da patologia clássica. O "modelo" funcional anômalo imprimiu-se e executa-se agora como puro automatismo, tal como no aprendizado que a neurofisiologia conhece. A Medicina atual tão tecnológica costuma buscar etiologia e exaltar os exames de laboratório como capazes de explicar sintomas e diagnósticos. Como vimos, essa tecnologia pode estar completamente equivocada. O resultado "objetivo" pode apenas afirmar a presença de um ciclo funcional anômalo que corre por conta de puro aprendizado de sintomas, memória organísmica, gravação de sintomas.

b) A invocação da psicogênese dêsses distúrbios confirma-se na acepção de fator desencadeante, não como etiológico. E a somatogênese freqüente é menos atentada. A física moderna destaca os fatores e a antiga o determinismo causal. O trabalho presente opera em rumo moderno.

c) O subentendido rotineiro de psicogênese dos distúrbios atrai o outro: o distúrbio tem um "sentido" e a psicoterapia empenhar-se-á em desvendá-lo. Para nós, apesar do evidente relacionamento dos sintomas com a homeostase (psíquica também), o abalo desta detona o sintoma. Mas o "sentido" do sintoma, como Freud e inúmeros psicanalistas o entendem, pode simplesmente não existir: o sintoma tem detonadores psicogênicos, mas é "cego de sentido" (o abalo emocional desencadeia a enxaqueca, por exemplo).

d) Apesar de cega de sentido, mas relacionada com o equilíbrio emocional, a irrupção de sintomas assume o aspecto de “reação predileta pessoal”. Desde então é difícil a “psiquização” cada vez mais elaborada dos sintomas até a especificidade finalista. Aparece então o “sentido” límpido, mas secundariamente.

e) O famoso e obscuro problema da “escolha do órgão ou do sintoma” ganha mais uma abordagem — a gravação — variante ad memória orgânica, a nosso ver, incontestável.

f) Explica-se aquêle fato que intriga a todos os que estudam patologia psicossomática: busca-se nas colopatias, enxaquecas, rinite alérgica, úlcera péptica, etc., *causas* específicas. Encontram-se fatores inespecíficos e numerosos, às vezes tão contrastantes entre si que parecem inconciliáveis. Assim se deu, por exemplo, com a desintéria amebiana e bacilar como possível prólogo da colite ulcerativa: cada uma delas, e contraditoriamente, foi apresentada como preparatória específica para a colopatia ulcerativa ulteriormente desenvolvida. Fundamentalmente, houve um “modelo” disfuncional — a diarreia — que por gravação executiva, repete-se iterativamente. É provável que a gravação cega de sentido da discinesia intestinal tenha sido a constante e a preliminar reflexa inespecífica que se organizaria, depois, mais extensa e complicadamente.

g) O velho problema da legitimidade ou ilegitimidade das “neuroses traumáticas” também recebe nova abordagem. Casos como o do chofér sinistrado, mencionado nos itens 1 e 2 dêste trabalho, constituem não raro enigmas e objeto de litígio: discute-se a autenticidade e inautenticidade dêles. Se há um “sentido” (o funcionário exprime nos sintomas aversão pela volta ao trabalho) pensa-se mais na inautenticidade ou, mesmo, na simulação; nessas circunstâncias facilmente a perícia descamba para o incomprovável e enseja polêmica tendenciosa.

Mas, levando em conta a gravação de sintomas, novas aferições enriquecem o julgamento: o sintoma gravado (automatizado e consciente) não implica em ilegitimidade, mesmo que tenha adquirido o sentido finalista de fugir ao dever. Se fôr primária e autóctone a gravação é legítima, ainda que o “sentido” tendencioso sobrevenha depois. Sômente a presença do “sentido” não indica que o sintoma seja psicógeno e ilegítimo. Psicógeno é o desencadeamento. A gravação é legítima, embora não se consiga mais despistar a doença originária, já extinta, que lhe deu origem. Esta conclusão pode ser recebida com reservas, mas é constantemente verdadeira.

RESUMO

Discute-se a aparição de sintomas “aprendidos” com certas doenças e que, depois da extinção destas, perduram ou reaparecem facilmente, já agora “sem causa”. Pequenos agravos à homeostase ensinam a reaparição dos sintomas aprendidos e gravados.

Não se trata de reflexos condicionados, pois que, nestes, o estímulo condicionador é específico, ao passo que nos casos aqui comentados (síndrome de esforço, rinite alérgica, hiperfagia, falso hipertireoidismo, cólon irritable, úlcera péptica, enxaqueca) os agravos à homeostase eram inespecíficos, sempre diversos entre si, ora psíquicos ora somáticos.

O desencadeamento psicógeno evidente tem ocasionado equívocos e permitido pensar em etiologia psicógena, quando há apenas fatores desencadeadores não só psicógenos, mas também somatógenos. Destacamos *fatores* inespecíficos das crises e não *causas* psicógenas específicas da doença. Estuda-se a presença do *sentido dos sintomas*, hoje tão buscada pelos psicoterapeutas. O sentido finalista dos sintomas pode ser adicional secundário e não torna ilegítima a avaliação médico-legal do sintoma. A ocorrência cada vez mais fácil desses sintomas acaba por ser uma contingência singular a que chamamos “reação predileta pessoal” porque toda alteração da homeostase, desencadeia, invariavelmente, os mesmos sintomas. É então fácil a sua “psiquização”, isto é, os sintomas somáticos contraem relações profundas com o equilíbrio psíquico, de modo que, a toda alteração deste equilíbrio, irrompem os sintomas preferenciais. Apesar desses vínculos evidentes entre sintomas e equilíbrio emocional, eles são cegos de sentido, pelo menos no início, antes da “psiquização”. A gravação de ciclos funcionais preferenciais é um conhecimento registrado em Neurofisiologia, aqui aplicado à clínica e que vai enriquecer o capítulo da “escolha do sintoma”.

Velhos problemas que sempre intrigaram os estudiosos da psicossomática — porque, por exemplo, em vez de *causas específicas* para enxaqueca, úlcera péptica, colopatias, etc., só se encontram *fatores inespecíficos* — são abordados e respondidos: a gravação de ciclos funcionais preferenciais é ativada por qualquer desequilíbrio da homeostase e o organismo tem uma “resposta predileta pessoal”, sempre a mesma. Estudou-se, enfim, a autenticidade, ou não, de sintomas nas “neuroses de renda”.

SUMMARY

Symptoms without disease.

The author discusses symptoms which are “learned” from certain somatic diseases. When the disease is extinguished such symptoms persist “without a cause”, or they may easily recur. Small insults to the homeostasis bring back the “learned” or “engraved” symptoms. They are not conditioned reflexes since in these there is a specific conditioning stimulus while in the cases here mentioned the insults to the homeostasis are not specific and of a varied nature, either psychical or somatic. The cases reported presented several different clinical pictures: effort syndrome, allergic rhinitis, hyperphagia, pseudo-hyperthyroidism, irritable colon, peptic ulcer, migraine.

A very clear psychogenic triggering mechanism has produced mistakes and induced the thought of a psychogenic etiology when there are not only a psychogenic but also somatogenic triggering mechanisms and not "causes". Special emphasis was given to the inespecific *factors* of the crises and not to "specific psychogenic causes" of the disease.

The presence of a sense of symptoms so hardly looked for by psychotherapists nowadays was studied. The finality value of the sense of the symptoms may be secondary and does not invalidate the medico-legal legitimacy of them. The gradual facilitation of the symptoms comes to the point of constituting a very peculiar state which the author calls "personal preferential reaction" since any alteration of the homeostasis will invariably produce the same symptoms.

As a consequence, their "psychicalization" becomes very easy, that is, the somatic symptoms develop deep bonds with the mental equilibrium and any alteration in this will bring out preferential symptoms. Despite the bonds between them and emotional stability, the symptoms have no finality at least in the beginning, before "psychicalization". The engraving of preferential functional pathways is a notion which has been registered by neurophysiologists; in the present paper it was applied to clinical problems, widening the chapter of the "choice of symptoms".

Old problems which have puzzled those interested in psychosomatic aspects of disease were alluded to. An example of such problem is the fact that only *inespecific factors* are found in migraine, peptic ulcer, colitis, etc. instead of *specific causes*. An answer was provided: the imprinting of preferential functional pathways is activated by any alteration in the homeostasis and the organism has a "personal preferential reaction" which is always the same.

REFERÊNCIAS

1. FREUD — Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In *Gesammelte Werke*, vol. XI, Imago Publishing Co., Londres, 1940, pág. 264.
2. PIRES, N. — Memória organísmica. *Arq. Neuro-Psiquiat.*, 20:111 (julho) 1962.

Clínica Psiquiátrica — Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina — Salvador, Bahia — Brasil.