

INSTITUTO SEDES SAPIENTAE

DULCE REGINA BARBOSA LOUREIRO CONTE

CALATONIA NA PSICO-ONCOLOGIA

**Monografia de aproveitamento do Curso de Especialização
em Psico-oncologia do Instituto Sedes Sapientae**

SÃO PAULO – agosto de 2002

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

AS ORIGENS DA PSICO-ONCOLOGIA

UMA VISÃO DEMONÍACA DA DOENÇA

O MODELO BIOMÉDICO

UM CAMINHO MAIS CLARO COM FREUD

O DIAGNÓSTICO PRECOCE

O MODELO BIOPSISSOCIAL

A MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

A MEDICINA COMPORTAMENTAL

A PSICOLOGIA DA SAÚDE

A ATUAÇÃO DA PSICO-ONCOLOGIA

A DOENÇA CÂNCER

PSICO-ONCOLOGIA

ESTRESSE CAUSADO PELA DOENÇA – ATUAÇÃO DA PSICO-ONCOLOGIA

RELAÇÃO MENTE-CORPO-NEUROPEPTÍDEOS

TEORIA DO ENFRENTAMENTO

MÉTODO CALATÔNICO

SOBRE A PELE

MODELO DO HOMEM SEGUNDO A CONCEPÇÃO JUNGUIANA

CONSIDERAÇÕES FINAIS

BIBLIOGRAFIA

CONCEITOS – Teoria Analítica de Jung

ANEXOS – Figuras, Quadros e Tabelas

INTRODUÇÃO

A Psico-oncologia não se limita a uma única linha teórica. O trabalho com o paciente de câncer exige uma certa dinâmica e aptidão pessoal do profissional, ao fazer uso dos vários recursos teóricos e técnicos disponíveis, no sentido de alcançar o objetivo de promover alívio ao paciente de câncer.

A minha experiência prática em enfermagem e nos atendimentos individuais, dependendo do contexto do paciente, mostrou-me que quanto mais recursos teóricos e técnicos forem utilizados, maiores possibilidades de ajuda poderão ser oferecidas ao paciente.

Portanto, entendo ser de fundamental importância que o profissional passe por um aprendizado sistemático que pode ser adquirido através do Curso de Psico-oncologia.

A Psico-oncologia proporcionou-me recursos adicionais que, somados à minha experiência terapêutica prática e teórica anterior, inclusive no tratamento de pessoas com câncer, acabaram motivando-me a organizar e apresentar o trabalho descrito na presente monografia.

O objetivo da presente monografia é relatar minha experiência com o **Método Calatônico**, desenvolvido pelo Prof. Petho Sándor, que é embasado na Teoria Analítica de Jung, desenvolvido com base psicofisiológica (hoje mente-corpo). O método possibilita o surgimento do potencial de recursos próprios do paciente – *coping* –, devido ao intercâmbio compensador e complementar, entre consciente e inconsciente, juntamente com as alterações correspondentes ou análogas no esquema corporal.

Como o toque calatônico costuma induzir um estado de conforto e tranquilidade, pode levar o paciente ao relaxamento e possibilitar a redução do “estresse” físico, podendo assim promover a reorganização psíquica no paciente de câncer.

Assim, entendo que o Método Calatônico pode ser um recurso eficaz a ser utilizado na Psico-oncologia.

AS ORIGENS DA PSICO-ONCOLOGIA

Entre os séculos VI e IV antes de Cristo, período em que o conhecimento humano alcançou grande desenvolvimento na Grécia Antiga, os filósofos gregos ainda não haviam estabelecido uma estreita divisão entre o corpo e a mente.

Entretanto, a atenção já começava a se voltar para a experimentação, e práticas médicas com algum fundo científico vinham aos poucos substituindo conceitos impregnados por visões mágicas. Ao mesmo tempo, os filósofos pré-socráticos começavam a se ocupar de temas que constituiriam, séculos depois, alguns dos fundamentos da psicologia moderna e da psicanálise.

Foi nesse contexto favorável que surgiu e viveu Hipócrates, tendo por contemporâneos os maiores pensadores gregos desse florescer do período helênico. Considerado o pai da medicina por seu apurado senso crítico e espírito humanista, que o aproximavam de seus doentes para ouvi-los e sentir suas queixas, Hipócrates procurava ser o médico com visão global, preocupado com a solução dos problemas físicos e mentais de seus pacientes. Contudo, as linhas gerais da filosofia grega que estabelecia como de seu domínio exclusivo a compreensão da mente humana, não seriam contestadas por muitos séculos.

Segundo Zilboorg (s/d) *in* Mello, coube a Hipócrates escrever a primeira página da psicologia médica e esta assim permaneceu por muitos anos sem que se alterasse uma linha sequer, embora outros grandes nomes da medicina e da filosofia gregas tenham contribuído para a expansão dessas idéias. Seu interesse por quadros psicológicos, classificados por ele como maníacos, paranóicos, melancólicos, provocou reações em sua época e, estendendo-se ao longo dos tempos, ainda causam controvérsias nos dias de hoje.

UMA VISÃO DEMONÍACA DA DOENÇA

As crenças religiosas de modo geral contribuíram fortemente para que a doença, na Idade Média, fosse vista como uma punição divina. Sendo assim, era natural que a Igreja assumisse o controle da prática médica e um grande número de religiosos, envolvidos com os tratamentos, procurassem curar os doentes por meio da tortura física e rituais de exorcismo, para que os espíritos malignos pudessem ser expulsos.

Mesmo durante o Renascimento essa concepção se manteve, embora o filósofo italiano, que viria a ser Santo Tomás de Aquino, já no século XIII, houvesse manifestado sua rejeição à dicotomia mente-corpo. Para ele, o indivíduo constituía um todo indivisível, havendo uma inter-relação direta entre esses dois aspectos do ser humano. Sua posição, mesmo não causando na época qualquer impacto, serviu para influenciar o pensamento de filósofos surgidos séculos depois.

O MODELO BIOMÉDICO

O conhecimento científico passou a receber um grande impulso nos séculos XVIII e XIX, com a invenção do microscópio. Descobriu-se, então, que certas doenças seriam provocadas por microrganismos e isso transformou a visão da medicina quanto às origens dos males orgânicos, causando um grande impacto na área médica. Ao mesmo tempo, possibilitou o desenvolvimento de técnicas anti-sépticas, anestésicas e de dissecação, contribuindo decisivamente para a evolução da cirurgia e, conseqüentemente, da fisiologia.

O funcionamento do corpo humano começava, então, a ser desvendado. Distúrbios nos processos fisiológicos passam a explicar a etiologia das doenças; a partir de desequilíbrios bioquímicos e infecções viróticas ou bacterianas, o que ensejava o surgimento de um novo padrão conceitual das patologias: o chamado modelo biomédico que, mantendo a separação entre o físico e o mental, circunscrevia a doença como um mal do corpo, sem qualquer relação com os processos psicossociais.

O dualismo cartesiano, reforçando a divisão do homem em corpo e alma, restringia a doença, fosse ela física ou mental, ao campo da física e das ciências naturais. A medicina, e com ela a psiquiatria, entrariam no âmbito dessas ciências, e a doença, vista como uma anomalia exterior ao homem, continuaria a ser estudada separadamente. Tal conceito, amplamente observado durante os séculos XIX e XX, constitui a visão dominante nos dias atuais.

UM CAMINHO MAIS CLARO COM FREUD

Segundo Perestrello (s/d) *in* Mello, coube ao historiador Dilthey (s/d) *in* Mello, o importante papel de definir, ao lado das ciências exatas e naturais, regidas pelas relações de causa e efeito, as ciências que denominou de histórico-culturais ou ciências do homem. Essas, porém, regidas pelas relações de sentido e significação, davam aos fenômenos psíquicos uma nova dimensão, permitindo compreendê-los em vez de apenas explicá-los.

No campo da medicina, essa percepção começou a adquirir maior nitidez no início do século XX, com os trabalhos clínicos e os estudos de Freud. Suas observações em relação à histeria começaram a delinear uma possível interação entre os aspectos físico e mental, através das reações de pacientes, da interpretação dos sonhos, das conclusões sobre o inconsciente, que o levaram a explicar as fobias e muitas das causas do adoecer psicossomático e marcaram a entrada da Psicologia na área da saúde.

O DIAGNÓSTICO PRECOCE

Um estudo incipiente da relação entre características psíquicas e a origem das doenças físicas já tivera início séculos atrás, na Medicina e na Filosofia pré-cartesianas, mas é recente a investigação psicológica visando explicar a ligação entre personalidade, padrão de comportamento e doença crônica.

A cura de doenças crônicas, como o câncer, por exemplo, depende primordialmente do diagnóstico precoce. Isso significa que um aumento no índice de sobrevivência dos doentes,

como se tem verificado, relaciona-se principalmente com o comportamento individual de quem busca reconhecer, mais rapidamente do que os outros, os sintomas da doença que levam ao diagnóstico precoce. Portanto, é essa percepção que possibilita a cura, mais do que os avanços médicos e farmacológicos, ainda bastante modestos.

A auto-observação, no entanto, prende-se a características psicológicas e sociais do indivíduo, o que sugere um novo modelo de abordagem, que leve em conta a relação dos aspectos da personalidade e estilos de vida com a etiologia de doenças crônicas, de caráter muitas vezes degenerativo. Essa ligação aponta para a Psicologia como a área mais adequada à organização de conhecimentos que permitam uma constatação dessa natureza e também uma intervenção junto aos pacientes, oferecendo suporte psíquico e ajudando a lidar melhor com o impacto do diagnóstico e o tratamento subsequente de doenças graves.

O MODELO BIOPSIKOSSOCIAL

A observação de que muitos pacientes apresentam sintomas de doenças físicas sem qualquer causa orgânica levou médicos e pesquisadores a investigarem as eventuais ligações entre os processos emocionais e os biológicos. A relação saúde-doença passou a ser vista sob uma ótica mais abrangente, com o reconhecimento da interação de fatores diversos, como personalidade, relações sociais, processos mentais e afins, com os processos biológicos.

Admite-se que uma conceituação rigorosa de saúde e doença pressupõe a integração dos processos biológicos e das características peculiares a cada paciente. Essa visão teve como resultado o desenvolvimento do modelo biopsicossocial, uma alternativa teórica ao modelo biomédico até então amplamente aceito. Estava, assim, aberto o caminho para a implantação de três campos de atuação e pesquisa: Medicina Psicossomática, Medicina Comportamental e Psicologia da Saúde.

A MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

Vindas a público, as pesquisas de Freud despertaram a atenção de Ferenczi, Jelyfe, Rodeck e outros, interessados na problemática dessa relação mente-corpo e nas raízes emocionais das doenças orgânicas.

Seguidores de suas teorias, como Alexander e French, em Chicago, estenderam suas observações para além da histeria, ocupando-se com a hipertensão, úlceras, câncer, enxaqueca, asma, colites e outras afecções crônicas. Essa corrente juntou-se à de Dunbar, dando impulso a novas investigações e resultando na fundação da Associação Americana de Medicina Psicossomática, em 1943, com ênfase nas interpretações psicanalíticas de problemas específicos de saúde.

Mais um conceito do que uma especialidade médica, as idéias e conclusões da Medicina Psicossomática tendem a ser absorvidas gradativamente no dia-a-dia dos profissionais de saúde. Hoje já está disseminado o conceito de que toda doença é psicossomática, já que acomete indivíduos providos de soma e psique, uma unidade inseparável tanto anatômica quanto funcional.

Dando um novo desdobramento ao estudo dos efeitos fisiológicos das emoções, e considerando os mecanismos de estímulos neuro-hormonais com que o homem responde às ações e agressões ambientais, a visão psicossomática possibilitou uma melhor compreensão da etiologia das doenças. Sua divisão em orgânicas e mentais representa principalmente uma forma de classificação clínica, já que todas as doenças orgânicas estão sujeitas à influência da mente de quem as apresenta; por outro lado, as doenças mentais resultam, em última análise, da atividade bioquímica, comum a todos os processos vitais. Portanto, os processos biológicos, mentais ou físicos são simultâneos e se manifestam preferencialmente numa área ou noutra, conforme sua natureza ou a ótica pela qual são vistos.

A MEDICINA COMPORTAMENTAL

A partir de 1970, organizou-se uma nova área dentro da Psicologia para estudo das doenças decorrentes de problemas de comportamento. Aí entraram os distúrbios emocionais relacionados à obesidade e ao fumo, entre outros, além do medo, ansiedade, angústia. No final da década de 70 surgiu a Sociedade de Medicina Comportamental que enfatizava o estudo e a pesquisa na área de saúde com vistas à prevenção, ao diagnóstico, tratamento e reabilitação, tendo recebido influências de Canon e outros. Anos antes, esses mesmos pesquisadores já haviam abordado o fenômeno do estresse e suas conseqüências para a saúde, típico do século XX.

A PSICOLOGIA DA SAÚDE

Ainda no final dos anos 70 emergia uma terceira área, essa especificamente dentro da Psicologia, por isso denominada Psicologia da Saúde e incorporada em 1978 à Associação Americana de Psicologia. Apesar de algumas divergências conceituais, a Medicina Comportamental e a Psicologia da Saúde têm pontos em comum: ambas defendem o rompimento com o modelo médico tradicional, no qual o paciente não tem papel ativo. Além disso, estimulam a interdisciplinaridade, com a aceitação de membros pertencentes a diferentes áreas, como as Ciências Sociais e as Biomédicas. Enquanto isso, a Medicina Psicossomática mantém ligação mais estreita com as disciplinas médicas e, particularmente, com a Psiquiatria.

A ATUAÇÃO DA PSICO-ONCOLOGIA

Os diferentes tipos de abordagem têm fornecido subsídios para a realização de pesquisas visando a prevenção, a adaptação emocional e social nas diferentes etapas do tratamento oncológico e a reabilitação do paciente com câncer. Mais do que isso, há hoje uma preocupação bem definida com a qualidade de vida do doente. Esses procedimentos integram o conjunto de ações preventivas e terapêuticas da Psico-oncologia, considerada

uma área emergente em nosso país, mas já reunindo conhecimentos de áreas consolidadas, como a Oncologia e a Psicologia, entre outras.

A DOENÇA CÂNCER

Tudo o que se relaciona ao câncer pertence à área da oncologia – da palavra grega *onkos* – que significa *caroço*. O câncer não é uma doença única, são vários os tipos conhecidos. Alguns desses diferentes tipos de câncer podem permanecer quase inalterados por muitos anos e não têm impacto na expectativa de vida. Também existem tipos raros que podem ser fatais logo após serem descobertos. Da mesma forma que o termo *infecção* engloba doenças tão diferentes como a gripe comum, furúnculo, malária e tuberculose, o espectro da doença maligna varia, tanto no comportamento como na gravidade.

No Brasil, a incidência de câncer vem aumentando a cada ano. As descobertas de tratamento acompanham esse aumento de incidência. Calcula-se que, em 1997, surgiram perto de 250 mil novos casos de câncer e cerca de 100 mil pessoas morreram, naquele ano, vitimadas pela doença (dados da Sociedade Brasileira de Cancerologia).

O câncer tornou-se mais comum a partir do século XX. Isso porque o número de pessoas idosas aumentou, e o câncer tende a ser uma doença de idosos. A outra causa principal é o fumo. Embora o câncer tenha se tornado mais comum, as possibilidades de cura têm aumentado constantemente. As pessoas portadoras de um tipo de câncer para o qual ainda não há cura, já vivem mais e têm melhor qualidade de vida. Isso é resultado do diagnóstico precoce, de tratamentos mais eficazes e de um melhor atendimento. O doente de câncer pode receber apoio e tratamento adequado através do Sistema Único de Saúde (SUS), além de organizações beneficentes e voluntárias.

Um caroço de tecido humano do tamanho de um cubo de açúcar pode conter um bilhão de células. É surpreendente que bilhões de células do corpo humano normalmente funcionem em perfeita harmonia, cada qual “sabendo” o seu lugar e executando o trabalho que lhe cabe. A maioria das células tem um tempo de vida limitado: milhões de novas células são produzidas todos os dias para substituir aquelas desgastadas pelo envelhecimento.

Novas células são produzidas, quando as existentes dividem-se em duas, no processo conhecido como mitose. Exceto em crianças em fase de crescimento, normalmente existe um equilíbrio perfeito entre o número de células que vão morrendo e as que estão se dividindo. Normalmente, mecanismos de controle complexos determinam a quantidade exata de novas células a serem produzidas em substituição àquelas inutilizadas. A perda de controle pode levar a um excesso de células, daí resultando um tumor.

Contudo, somente uma pequena parte dos tumores são cancerosos. O desenvolvimento do câncer corresponde também a uma mudança na qualidade das células, pois assim como aumentam em quantidade, elas também sofrem alterações na aparência e no comportamento, tornando-se agressivas, destrutivas e independentes das células normais. E adquirem a propriedade de infiltrar-se e invadir os tecidos vizinhos. Em alguns casos, as células podem invadir vasos linfáticos e a corrente sangüínea, separando-se do crescimento “primário” e encaminhando-se para outros locais. Causam, assim, o aparecimento de crescimentos secundários, conhecidos como metástases que se instalam nas glândulas linfáticas, nos ossos e em órgãos como pulmões, fígado e outros.

O ser humano desenvolve-se no útero a partir de uma única célula. Essa primeira célula é formada pela fertilização de um ovo (vindo de um dos ovários da mãe) pelo espermatozóide contido no esperma produzido por um dos testículos do pai. Divide-se então para produzir duas células-filhas que, por sua vez, subdividem-se, resultando em quatro células. Divisões e sub-divisões sucessivas levam a um rápido crescimento. A mitose, nome pelo qual se designa o processo de divisão celular, envolve replicação de toda a informação genética para que cada uma das células do microscópico organismo em desenvolvimento, o embrião, tenha seu complemento total. Esse processo de replicação e divisão continua à medida que o embrião se transforma em feto e, depois, em um bebê recém-nascido.

A informação genética nessa primeira célula é que determina as características físicas do ser humano que se desenvolve a partir dela. Entretanto, uma vez que o organismo está inteiramente formado, a maioria dessa informação genética não é mais necessária para qualquer célula em particular. Tudo o que é necessário é a informação exigida para habilitá-la a desempenhar sua função.

Existem genes específicos, conhecidos como “oncogenes” (genes do câncer), presentes em células normais onde podem ser tanto dominantes quanto desempenhar uma função no controle do comportamento e da divisão celular.

Danos no DNA, por exemplo, causados por fumo, luz ultra-violeta e alguns vírus, podem desencadear certas anomalias e mutações nesses genes, resultando em atividade aumentada e anormal. Isso pode levar a célula a comportar-se de maneira anti-social e tornar-se maligna (cancerosa).

Além dos oncogenes, cada célula contém genes supressores de tumor, cuja função normal é frear a divisão. Muitos tipos de câncer são causados por danos que reduzem a atividade do gene supressor do tumor.

Genes são cruciais, não somente para o desenvolvimento da malignidade, mas também para o comportamento subsequente de um câncer e sua resposta ao tratamento. Alguns genes são responsáveis pela fabricação de proteínas importantes que habilitam o câncer a invadir tecidos adjacentes e se espalhar para partes distantes do organismo, desencadeando o desenvolvimento de metástases. Outros genes podem levar a célula a produzir “fatores de crescimento” auto-estimulantes ou eliminar drogas anti-câncer.

Até o processo de morte celular está sob controle genético. Um dano genético pode resultar em células que não morrem, o que pode ser um fator importante para o desenvolvimento do câncer quanto a sua resistência ao tratamento com radioterapia ou drogas.

O desenvolvimento do câncer envolve o acúmulo de sucessivas anormalidades genéticas ao longo dos anos, tanto antes quanto depois de as células começarem a se comportar de maneira diferente das outras. Isso pode levar o crescimento “a mudar de lugar” em algum estágio.

O comportamento do câncer e o resultado do tratamento prolongado dependem basicamente daquelas células que têm o caráter mais anti-social e daquelas mais habilitadas a resistir ao tratamento com o objetivo de destruí-las.

Visto que quase todos os tipos de câncer começam como resultado da anormalidade de uma única célula e que deve haver bilhões de células em um caroço do tamanho de um cubo de açúcar, a maioria dos cânceres começa muito tempo antes de se tornarem aparentes. Muitos cânceres são maiores do que um caroço quando são descobertos e muitos já estarão presentes, crescendo lentamente, por dez a vinte anos. Entretanto, há uma grande variação no tempo que o tumor leva para dobrar de tamanho. Esse “tempo de duplicação” pode variar de alguns dias a muitos anos, embora para a maior parte dos cânceres mais comuns, a média seja de dois a três meses.

Os efeitos graves da doença maligna ocorrem como resultado da infiltração e destruição progressiva dos tecidos vizinhos normais e/ou de outras partes do organismo para onde o câncer se espalhou, tais como fígado, ossos e pulmões. Não é comum os cânceres localizados serem fatais. A maioria dos que morrem de câncer apresenta doença espalhada ou metastática. Porém, além desses processos físicos, o câncer pode causar uma debilidade progressiva por produzir uma ampla variedade de substâncias químicas tóxicas que agem tanto localmente quanto por todo o organismo, através da corrente sanguínea. Nós não compreendemos completamente esse processo, mas são essas substâncias químicas que são responsáveis por sintomas como perda de peso nos pacientes.

O câncer é classificado de acordo com o tipo de célula normal que o originou e não de acordo com os tecidos para os quais se espalhou. Quase todos os tipos de câncer podem ser alocados em um dos seguintes grupos:

- Carcinomas: são os tipos mais comuns de câncer. Originam-se de células que revestem as superfícies do corpo, incluindo a pele e uma série de revestimentos internos. São os da boca, garganta, brônquios, esôfago, estômago, intestino, bexiga, útero e ovários e os revestimentos dos ductos mamários, próstata e pâncreas;
- Sarcomas: originam-se de tecidos de suporte em vez dos de revestimento, tais como ossos, tecido gorduroso, músculo e tecido fibroso de reforço, encontrado na maior parte do corpo;
- Linfomas: originam-se de células conhecidas como linfócitos, encontradas em todo o organismo, particularmente em glândulas linfáticas e sangue;

- Leucemia: originam-se de células da medula óssea que produzem as células sanguíneas brancas. Essas células são cruciais para o sistema de defesa do organismo contra infecções;
- Mielomas: são malignidades plasmáticas da medula óssea que produzem os anti-corpos, as proteínas que ajudam a combater as infecções;
- Tumores das células germinativas: desenvolvem-se a partir de células dos testículos e dos ovários, responsáveis pela produção de ovos e esperma. Incluem os teratomas e seminomas;
- Melanomas: câncer de pele; origina-se da pele produz pigmento, os melanócitos;
- Gliomas: desenvolvem-se a partir de células do tecido de suporte cerebral ou da medula espinhal; raramente ocorre metástase.

A presença do câncer tendo sido confirmada pela biópsia, é comum colocá-lo em um certo estágio que descreve o seu tamanho e indica se há evidência ou não de invasão dos tecidos adjacentes ou de que tenha se espalhado pelos vasos linfáticos ou através da circulação, para locais mais distantes.

Vários sistemas de estadiamento estão em uso, mas o mais usado é o TNM. “T” refere-se ao tumor primário; “N” aos módulos linfáticos e “M” à dispersão distante (metástase). O estadiamento pode ser útil na avaliação do prognóstico para fazer recomendações de tratamento e para avaliar e comparar resultados do tratamento.

Quando o diagnóstico de câncer é confirmado, o médico colocará o paciente a par dos próximos passos. É mais provável que ele dê prioridade ao tratamento contra o câncer, mas é importante que o plano geral de cuidados inclua os sintomas físicos, bem-estar psicológico e outras circunstâncias familiares e sociais.

Existem três tipos principais de tratamento para o câncer: cirurgia, radioterapia e drogas. Em geral, a cirurgia é o tratamento mais efetivo para curar o câncer, mas diferentes tipos de câncer são tratados de maneiras muito diversas.

Quando o objetivo é a cura, um alto risco para efeitos colaterais incômodos pode ser aceitável. Porém, quando a cura não é possível, há pouca justificativa para um tratamento

mais agressivo se existe uma probabilidade significativa de que os efeitos colaterais sejam, pelo menos, tão incômodos quanto os sintomas.

É importante que se lide com os sintomas também, enquanto o tratamento anti-câncer de uma maneira ou de outra está sendo considerado ou administrado. Esses tratamentos podem não funcionar bem com alguns sintomas ou podem demorar a surtir efeito. Medidas muito simples serão suficientes, mas alguns pacientes necessitam de mais ajuda e apoio que podem ser fornecidos, em muitos casos, pelo clínico geral, pelos médicos do hospital que tratam do câncer e pelas enfermeiras que os ajudam.

Todos os tratamentos para câncer têm efeitos colaterais. Podem ser mínimos como aqueles originados por pequenas cirurgias, regime de baixas doses de radioterapia e algumas drogas que podem não causar qualquer desconforto. Pode-se continuar trabalhando e levar uma vida quase normal enquanto se está fazendo sessões de rádio e quimioterapia. Por outro lado, as grandes cirurgias ou radioterapias e tratamentos com drogas muito intensivos, podem deixar as pessoas muito doentes e podem representar um pequeno risco de morte.

O tratamento recomendado pode depender em grande parte da natureza, posição e extensão do câncer, mas deve-se levar em consideração os riscos e benefícios potenciais do tratamento para cada indivíduo.

Enfrentar um diagnóstico de câncer não é fácil para ninguém e muitas pessoas não utilizam todas as formas de apoio que são oferecidas. É importante falar sobre as preocupações antes, durante e após o tratamento. Receber o tipo certo de apoio também pode ajudar a persistir em um tratamento difícil.

PSICO-ONCOLOGIA

Segundo o doutor José Schavelson (s/d) *in* Carvalho, médico-cirurgião e psicanalista argentino, em seu livro “*Shock Quirúrgico*”, publicado em 1961, assim define Psico-oncologia:

- “Ramo da Medicina que se ocupa da assistência ao paciente com câncer, do seu contexto (familiar e social) e dos aspectos médico-administrativos presentes no contexto desse paciente.”

Por sua vez, a doutora Jimmy Holland (s/d) *in* Carvalho, médica psiquiatra e fundadora da Associação Internacional de Psico-oncologia, define Psico-oncologia como uma sub-especialidade da Oncologia que procura estudar duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico do câncer:

- O impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, de sua família e dos profissionais envolvidos com seu tratamento.
- O papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência do câncer.

Já o doutor Ramon Bayés (s/d) *in* Carvalho, psicólogo e pesquisador do referencial comportamental, usa o termo *Psicologia Oncológica* (em vez de Psico-oncologia), afirmando que esta constituiu um ramo especializado da Medicina Comportamental, sem apresentar uma definição específica para essa área de atuação.

No Brasil, apesar de não haver uma definição formal para a área, começam a surgir, de forma sistematizada, tentativas de delinear seu campo de estudo e intervenção, a partir do *I Encontro Brasileiro de Psico-oncologia*, presidido pelo doutor Luiz Pedro Pizzato, em Curitiba, PR (1989) e do *II Encontro Brasileiro*, realizado em Brasília, DF (1992), presidido por Maria Margarida M.J. de Carvalho.

Deve-se registrar, entretanto, que há notícias de atendimento psicológico a pacientes portadores de câncer, no Brasil, ainda que de forma não sistemática, desde 15 anos atrás. Atendimentos esses prestados durante a fase de internação, pré e pós-cirúrgico, em hospitais públicos e privados em todo o país.

Baseando-se na análise dos conteúdos apresentados no dois primeiros encontros brasileiros, poder-se-ia propor a definição seguinte:

“A Psico-oncologia representa a área de interface entre a Psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico, proveniente da Psicologia da Saúde para aplicá-lo:

1º - Na assistência ao paciente oncológico, a sua família e aos profissionais de Saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença;

2º - Na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, da recuperação e do tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer;

3º - Na organização de serviços oncológicos que visem o atendimento integral do paciente (físico e psicológico), enfatizando de modo especial a formação e o aprimoramento dos profissionais de saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento (“Problemas psíquicos do paciente com câncer”, Gimenes, 1994).

A Psico-oncologia não tem uma única linha teórica. O profissional deve aliar sua formação às técnicas da Psico-oncologia. A Psico-oncologia *“é temática – nós temos o paciente com câncer – o tema é o câncer”* (Magui, em sala de aula no Curso de Psico-oncologia, em 2001).

ESTRESSE CAUSADO PELA DOENÇA – ATUAÇÃO DA PSICO-ONCOLOGIA

A demanda física psíquica–emocional causada pela doença leva o doente ao estresse. O câncer, pelo efeito das toxinas espalhadas pela corrente sanguínea e por outros fatores do tratamento como efeitos colaterais, perdas, interferência na vida profissional, sexual, afetiva leva o doente de câncer ao estresse.

As primeiras referências à palavra ESTRESSE datam do século XIV – vocábulo que tem origem no Latim (*Lazarus e Lazarus 1994 – LIPP*) significando “aflição” e “adversidade”. No século XVII passou a ser utilizado em inglês designando “opressão”, “desconforto”, “adversidade” (*Spielberger, 1979- LIPP*).

No paciente de câncer, Estresse é seu estado físico e emocional. Os trabalhos de Selye (Fig. 7.3, Anexos, pg. 55) foram de vital importância para entender a atuação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal como um dos principais mecanismos fisiológicos de regulação neuro humoral, podendo, sob certas circunstâncias, funcionar patologicamente e produzir distúrbios funcionais ou orgânicos. Cabendo a Groot e Harris a comprovação da participação hipotalâmica. Papez (1937) demonstra que a experiência mental traduzida em resposta fisiológica, características de emoções em um circuito de estruturas cerebrais (Fig. 7.2, Anexos, pg. 56) constituíam muito do que é hoje chamado de sistema límbico-hipotalâmico. O Sistema Límbico “é uma construção comumente usada para denotar a sede de interconexão de estruturas as quais têm conexões íntimas, multissinápticas com o hipotálamo em partes do mesencéfalo”.(Brodal).

Funcionalmente, de modo geral se diz que o sistema límbico “está relacionado a processos viscerais, particularmente àqueles associados com o estado emocional do indivíduo (o termo cérebro visceral tem sido usado quase como sinônimo do termo sistema límbico)” (Brodal).

O Sistema Límbico (Fig. 7.4, Anexos, pg. 57) é influenciado, diz Mac Lean,(2002) *in* Mello, pela repetição de experiências – compulsão à repetição, condicionamento reflexológico – adequando com os atuais conhecimentos da neurofisiologia da memória, seja em relação à forma como esta é elaborada e armazenada no cérebro, seja na inter-relação sempre presente entre memória e afeto.

A emoção caracteriza-se por uma configuração integrada de expressão emocional, respostas hormonais e fisiológicas e ações motoras. Segundo Everly (1989), a reação do estresse envolve um ou mais dos três eixos psicossomáticos do estresse: o neural, o neuro-endócrino e o endócrino.

O eixo neural, atuando através do hipotálamo, é o mais direto dos caminhos do estresse. Ele ativa somaticamente os ramos simpáticos e parassimpático (Fig. 7, Anexos, pg. 58) do sistema nervoso autônomo que passa pela medula espinhal e atinge o órgão final.

Quando a ativação é feita via sistema simpático, ela tem como efeito generalizada estimulação no órgão final; por sua vez, a ativação via parassimpático é relacionada à

inibição. O estresse atua dos dois modos. Os efeitos da ativação desse eixo são imediatas, porém passageiros.

No caso da situação de estresse perdurar por um período longo, outro eixo psicofisiológico é ativado: o neuroendócrino que gera a reação de “luta e fuga” que ativa a medula adrenal, produzindo catecolaminas, adrenalina e noradrenalina. Seus efeitos duram mais do que os do eixo neural.

O terceiro eixo responsável por uma fase mais crônica do estresse é o endócrino, subdividido em eixos: adrenal-cortical, somatotrópico, tireóide e pituitário-posterior. Para ativar esse eixo, o estresse deve ser intenso ou muito prolongado. Sua ação origina-se no hipocampo, desce para o hipotálamo onde corticotropina é liberada para a glândula pituitária, produzindo vários hormônios estimulando determinados órgãos-alvo (Everly, 1989).

Propondo ainda Everly um modelo de estresse-doença, de acordo com o qual a ação dos eixos que formam as respostas do estresse (neural, neuroendócrino e endócrino) manifestam-se no órgão-alvo, ativando, aumentando ou inibindo seu funcionamento normal. Órgão-alvo pode ser o sistema cardiovascular, gastrointestinal, a pele, o sistema imunológico entre outros.

A liberação de adreno-corticosteróides induzida pelo estresse provoca uma supressão do sistema natural de vigilância imunológica (Amlsraut e Solomon, 1975; Shavit et al., 1985 e Stein, Keller e Schleifer, 1985) – basta uma leve depressão desse sistema para diminuir a suscetibilidade da pessoa aos patógenos, particularmente aqueles que estão constantemente presentes e desafiando a integridade do corpo, tais como as células cancerígenas espontaneamente formadas. O sistema imunológico tem uma variedade de recursos contra a formação de tumores: os macrófagos e os linfócitos-T (responsáveis pela imunidade celular) e os linfócitos-B produtores de anticorpos (Amkraut Solomon, 1975, SolomonAmkraut, 1981), bem como as células-K (Killer exterminadoras), as células NK natural Killer (exterminadoras naturais) e as células T (Hokama e Nkamura, 1982).

As células K, sendo de linhagem imunológica incerta, são dependentes de anticorpos para sua atividade, também chamadas de células citotóxicas. As células NK, sendo também de origem incerta, têm sua atividade contra as células cancerígenas, aumentada pelo *interferon*.

Interferon (Fig. 10, Anexos, pg. 59) é um fator imunológico que é liberado pelas células T e pelos macrófagos. A principal teoria sobre a oncogênese é de que a formação de tumor ocorre quando os componentes do sistema de vigilância imunológicos estão deprimidos ou hipoativos. Trabalhos na Divisão Bioquímica do Cérebro, do Instituto Nacional de Saúde Mental, Pert e colegas propõem que os neuropeptídeos e seus receptores funcionam como rede psicossomática.

A neurociência constatou que a função cerebral é modulada por numerosas substâncias químicas em adição aos neurotransmissores clássicos. Os neuropeptídeos e seus receptores, pois, agregam-se ao cérebro, glândulas e sistema imunológico, numa rede de comunicação entre o cérebro e o corpo provavelmente representando o substrato bioquímico da emoção.

Há muita pesquisa (Rossi) sugerindo que os sistemas nervosos central e autônomo, bem como os sistemas endócrino e imunológico, são todos canais condutores ou veículos para as moléculas mensageiras do sistema neuropeptídeo.

O sistema neuropeptídeo adere-se, sobrepõe-se e integra-se a todos os sistemas de comunicação mente-corpo.

Ronald Glaser e Janice Kiecolt-Glaser (1991) *in* Rossi e seus colegas, na Escola de Medicina da Universidade de Ohio, pesquisaram sobre os danos causados pelo estresse psicossocial no sistema imunológico. Em uma série de estudos inovadores, exploraram os mecanismos reais dessa dominância no nível genético-molecular. Descobriram que, quando estudantes de medicina experimentavam mais estresse acadêmico durante semanas de exame (Fig.10, Anexos, pg. 59), seu sistema imunológico era dominado, porque sua expressão do gene recepto IL-2 era cortada e, conseqüentemente, a produção de suas moléculas mensageiras IL-2 ficava deprimida: a constatação de que uma molécula mensageira, como a IL-2, é um denominador comum do nível molecular-genético entre a

medicina biológica e a psicoterapia tem implicações teóricas. Isso nos leva à hipótese de que mente e corpo são unidos por moléculas mensageiras (Fig. 5, Anexos, pg. 60), a comunicação comum entre as emoções, pensamentos e imagens da consciência e os mecanismos moleculares e genéticos do corpo. Se nós preenchemos todos os elos de comunicação entre palavras e idéias com os mecanismos genético-moleculares de cada célula do cérebro e do corpo, então não deve existir nenhuma lacuna cartesiana entre mente e corpo.

A ampla distribuição do sistema neuropeptídeo e sua aparente habilidade de transdução de informação entre os canais de comunicação mente corpo pode agir como trampolim para uma série de novas abordagens à comunicação e cura mente e corpo. Rossi refere-se ao exemplo de um problema vital acompanhado por sentimentos de desesperança e de depressão.

Southam aborda os mecanismos sobre os quais a psique teria influência nos processos da doença, cita a contração dos músculos lisos, sobretudo na disseminação das neoplasias digestiva e a estase da corrente sanguínea – também por via autonômica – facilitando a passagem das células malignas pelo endotélio e a formação de metástases, processo que também pode ser acelerado pela hiper-coagulabilidade que costuma acompanhar os estados de estresse. Refere-se à importância das ações hormonais sob a influência hipotálamo hipofisiária. A maior parte desses trabalhos apontam na direção entre crescimento neoplásico e sistema imunológico (Fig. 5, Anexos, pg. 60).

Portanto, as pessoas lidam com situações estressantes, como o câncer, de maneira muito pessoal, em função dos recursos e dinâmicas da sua personalidade total. Dependendo da Disposição – na Teoria Analítica – é a preparação do psiquismo para “acionar ou reacionar” em determinada direção.

A Psico-oncologia utiliza-se da Disposição, das características e do potencial da própria personalidade do doente. A Psico-oncologia não quebra os mecanismos de defesa. Procura, através dos recursos da própria personalidade, desenvolver o Enfrentamento diante da doença. Atua também na demanda física causadora de estresse. Principalmente pelo cuidado que tem a Psico-oncologia com as conseqüências da imunodepressão (Fig. 10, pg. 59).

Os recursos técnicos da Psico-oncologia possibilitam interferir positivamente nas conseqüências psico-físicas ativando a Esperança ou promovendo melhor Qualidade de Vida na doença. O relaxamento é um dos recursos, sendo que o Método Calatônico tem uma ampla atuação – considerando a atuação dos neuropeptídeos.

RELAÇÃO MENTE-CORPO-NEUROPEPTÍDEOS

Antigamente pensava-se que a comunicação entre o cérebro e outros sistemas corporais acontecesse via mão única, do cérebro para o corpo. As recentes descobertas anatômicas e bioquímicas esclarecem que essa comunicação é de mão dupla. Informações são conduzidas pelos transmissores químicos conhecidos por peptídeos. Os peptídeos são os mensageiros, as moléculas que conduzem a informação de um plano a outro. O lugar onde o corpo e mente se encontram e transformam-se um no outro, pela ação dos peptídeos, é a área límbico-hipotalâmica do cérebro. Os peptídeos encaixam-se nesses receptores como chaves em suas fechaduras para ativar a dinâmica interna das células onde os receptores se situam. Outras áreas ricas em peptídeos são os tecidos de revestimento dos intestinos e do estômago – “emoções viscerais”.

Segundo Candace Pert (s/d) *in* Siegel, “os mesmos neuropeptídeos (Tab. 6, Anexos, pgs. 63 a 65) secretados pelo cérebro também podem facilitar a locomoção dos glóbulos brancos do sistema imunológico até o local de uma lesão.” Para J. Edwin Blalock (s/d) *in* Siegel, vírus e bactérias são invasores; o sistema imunológico produz peptídeos, informando ao cérebro de que algo está errado no organismo, mesmo antes de as pessoas caírem doentes.

As pesquisas de Pert e seu marido, o imunologista Machael Ruff (s/d) *in* Siegel, proporcionam base fisiológica para o conceito de inconsciente de Freud e Jung. Segundo eles, o constructo hipotético do inconsciente seria visto como “níveis psicobiológicos”. Processos inconscientes muito profundos expressam-se em todos os níveis fisiológicos, inclusive em órgãos individuais como o coração, pulmões, pâncreas. Pert e Ruff tentam demonstrar nos seus trabalhos que todas as células do sistema nervoso e do sistema endócrino funcionam de maneira integrada por meio de rede de peptídeos e seus receptores.

Hoje o contexto científico reconhece a relação mente-corpo. A unidade físico e psíquico é considerada. Ernest Lawrence Rossi em *A Psicobiologia da Cura Mente Corpo*: “... as mudanças que vemos ao nosso redor e as experiências que sentimos podem ser todas compreendidas como as transformações nas organizações de informação. As transformações entre mente e corpo são denominadas *Transdução de Informação*. Transdução significa conversão ou transformação de matéria, energia e informação de uma compleição à outra”. Scharres (1940) e Harris (1948) descobriram que “células de secreção dentro do hipotálamo podiam funcionar como transdutores de informação molecular, convertendo os impulsos neurais que codificam a mente nas células mensageiras hormonais do sistema endócrino que regulam o corpo. A conversão desses sinais neuronais da mente em moléculas mensageiras do corpo foi chamada “transdução neuro-endócrina” por Wurtman e Anton-Tay (1969). Outro avanço do papel do sistema límbico-hipotalâmico na comunicação mente-corpo e o comportamento veio com a descoberta dos Centros de Prazer (recompensa) e dor (punição). As pesquisas psiconeuroimunológicas (Ader, 1981) demonstram como o sistema imunológico pode diretamente comunicar-se com o hipotálamo, via suas próprias “moléculas mensageiras” chamadas “imunotransmissores”. Outra linha de entendimento de informação mente-corpo veio com a pesquisa de Moruzzi e Magoun (1949). Descobriram que o sistema ativador reticular ascendente (Fig. 9.1, Anexos, pg. 61) no tronco cerebral que projeta suas conexões nervosas para o sistema límbico-hipotalâmico, tálamo e pelo córtex, para estimular o cérebro em vigília, sendo descrita por (Bloom, Lazerson & Hofstadter, 1985) desempenha importante papel na transdução de informação mente-corpo, recebendo informações sensoriais de todos os caminhos neurais do corpo e atua como um filtro, passando para o cérebro apenas a informação que é nova e persistente. A habilidade da mente para atender ao novo tem sua base psicobiológica na atividade de um feixe de neurônios contendo norepinefrina, no lóculo cerúleo da areada ponte, do troncocerebral. O lóculo cerúleo, ao receber os estímulos, instalam estados breves de reagentes intensificados nas áreas corticais superiores do cérebro e no centro límbico-hipotalâmico que integra a memória e abriga os mecanismos de recompensa ou prazer. Situações grosseiras, repetitivas, diminuem a atividade do lóculo cerúleo. O que é novo e fascinante intensifica a atividade cerebral é uma precondição importante, não totalmente apreciada, de todas as formas de psicoterapia criativamente orientada e de experiências de cura mente – corpo.

O córtex frontal possui conexões, com a formação reticular (ARAS) como com o sistema límbico-hipotalâmico. De acordo com Lúria, o fato de que a região frontal é intimamente ligada com as estruturas subjacentes do lóbulo límbico e por meio delas com outros aparatos nervosos, relacionados com a intercepção, dá margem a supor que ela recebe sinais das várias mudanças ocorrendo no organismo e de que está envolvida na regulação dos estados corporais. Há fundamentos para crer que os lóbulos frontais sintetizam a informação sobre o mundo externo, recebido por meio dos exteroceptores e da informação sobre os estados internos do corpo e de que eles são os meios pelos quais o comportamento do organismo é regulado, em conformidade com o efeito produzido por suas ações. O Córtex Cerebral Frontal: mente organizadora e planejadora.

Rossi descreve a relação mente e corpo e as moléculas mensageiras pelo conceito de transdução, quando a informação é transduzida dos impulsos nervosos da mente em hormônios do corpo (informação neuroendócrina). Sendo o hipotálamo o eixo central da atividade dos neuropeptídeos, são utilizados pelos sistemas autônomo, endócrino e imunológicos como “moléculas mensageiras” (Fig. 12, Anexos, pg. 62) para comunicação em si mesmo uns com os outros. Viajando pelo corpo todo de variadas maneiras, tendo padrões universais e flexíveis de comunicação, sendo hoje possível especular sobre seu papel na imagem corporal, sexualidade, emoção, meditação no relaxamento, na hipnose.

As moléculas mensageiras são parte da transdução da informação entre mente corpo célula e gene (Fig. 8, Anexos, pg. 67) quanto são as palavras, emoções, imagens e sensações (Rossi).

Siegel compara os peptídeos à superinteligência mensageira entre psique e soma, como chave da própria vida. Para Siegel, “os pacientes excepcionais não procuram evitar a morte. Procuram viver até chegar a sua hora. É por isso que são um sucesso, seja qual for o resultado de sua doença, pois recuperam a própria vida, mesmo que não se recuperem da doença”. Sándor mencionava integração mente–corpo–psique como base de seu trabalho com o Método Calatônico desenvolvido com referencial psicofisiológico associado aos princípios da teoria de Carl Gustav Jung.

A Psicologia Analítica de Jung contém, nos seus pressupostos teóricos e no seu método psicoterápico, a base necessária para uma abordagem do fenómeno mente-corpo e sua relação com a saúde e a doença (Fig. 11, Anexos, pg. 68). O modelo analítico em psicossomática, de Ramos, tem, na sua estrutura, o conceito do complexo. Foi com base nos seus estudos sobre o complexo que Jung descobriu a correlação fisiológica da emoção. Sendo os complexos manifestações simbólicas de sintomas físicos e psíquicos. Todo complexo, inclusive o complexo do ego, tem na sua formação uma base psíquica e outra somática. A base somática refere-se a impressões sinestésicas, sensações, que através delas o corpo é percebido. A parte psíquica é constituída de uma parte consciente e outra inconsciente. As alterações causadas pela doença no físico e no psíquico são percebidas com carga emocional possibilitando o emergir do complexo definido por: “agrupamento de idéias carregadas por forte acento emocional que em consequência de sua autonomia é relativamente independente do controle da consciência, podendo interferir na vontade do Ego e muitas vezes suplantá-lo” (Jung).

Os conteúdos do complexo não reconhecidos pelo Ego não são assimilados pela consciência, são reprimidos. Na visão da psicossomática com base analítica, a doença é indicação de complexos cujos conteúdos devem ser reconhecidos pelo Ego. Reconhecida nos seus aspectos somático e psíquico “desatando o nó” do complexo sendo então, o seu conteúdo assimilado pela consciência. Uma posição unilateral do Ego não permite a elaboração dos conteúdos do inconsciente identificado com uma persona rígida, a exacerbação do conteúdo simbólico pode manifestar no pólo oposto o somático. A doença é então a “representação” dos aspectos sombrios a ser integrados à consciência. Sándor, na década de 80, em sala de aula no *Instituto Sedes Sapientiae*, muitas vezes fazia paralelos entre o soma e o psíquico como pólo opostos, dentro da visão Analítica. O psíquico estando sobrecarregado, mas o físico em estado de equilíbrio, os conteúdos são de alguma forma contidos. Quando o físico e o psíquico, dizia Sándor, estão “debilitados”, o material do inconsciente é facilmente despejado ou no soma ou no psíquico ou em ambos. Surgem assim os aspectos obscuros da personalidade, tudo que o sujeito julga como mal, defeituoso – a Sombra .

A doença mobiliza ou pode ser a expressão de aspectos do inconsciente. Essa projeção dos conteúdos não assimilados pelo consciente pode explicar a crença de religiosos da Idade

Média sobre o Demônio estar na alma dos doentes. Essa é uma expressão da visão de cisão entre o Bem e o Mal. Hoje, Aids, Dependência Química, Lepra, Transtornos Psiquiátricos entre outras e o Câncer são doenças carregadas de estigmas que são conteúdos da Sombra Coletiva. No próprio paciente de câncer esses conteúdos negativos podem manifestar na imagem corporal pelas consequências da quimioterapia (queda de cabelo, outras manifestações), ou as mutilações causadas (retirada de membros etc). No paciente de câncer são comuns os questionamentos, dificuldades com essas questões entre outras, o que favorecem constelar aspectos da sombra. A demanda psíquica também provoca Estresse no Soma. O Método Calatônico de Sándor, associado à Teoria Analítica de Jung, atua nesses dois pólos. O Método Calatônico, ao utilizar a sensibilidade cutânea no toque terapêutico, está proporcionando uma vivência multisensorial, possibilitando o estímulo tátil uma síntese de várias particularidades perceptivas e aperceptivas sintonizadas e sincronizadas numa singular configuração individual. Os receptores periféricos informam ao SN o estímulo do toque.

O terapeuta, preparado numa visão Integrada do Homem, como propõe a Psicologia Analítica de Jung, encontra na Metodologia e nas Teorias que dão substrato à Psico-oncologia e no Método Calatônico recursos peculiares para o trabalho com o paciente de câncer. A Teoria do Enfrentamento é uma das que fundamentam o trabalho em Psico-oncologia.

A música, arte terapia, relaxamento, meditação, hipnoterapia são recursos dos quais a Psico-oncologia lança mão para o Enfrentamento – coping – do paciente de câncer. São facilitadores na atuação dos peptídeos exatamente pelo uso dos órgãos dos sentidos, atingindo o Sistema Límbico – alcançando áreas superiores de elaboração voltando para o corpo – caminho de mão dupla – dos transmissores químicos.

O Método Calatônico utiliza o toque sutil que através da sensibilidade cutânea faz o caminho da subida do estímulo, possibilitando o emergir das imagens calatônicas. Se no momento isso for necessário ao paciente. Essas imagens contém conteúdos conscientes ou inconscientes, a visão integrada do Homem que tem a Psicologia Analítica de Jung, respalda o terapeuta experiente nesse trabalho, possibilitando ao paciente um contato com aspectos mais profundos. A função criadora da dinâmica psíquica formadora de símbolos ou

o pólo oposto do instinto o espírito. Ampliando, portanto, o potencial de Enfrentamento ao paciente de câncer. Pois ele pode, em determinados momentos, atingir além do relaxamento uma conexão entre consciente e inconsciente, vivenciada no plano fisio-psíquico, facilitando sentimentos e percepções associadas com espiritualidade.

TEORIA DO ENFRENTAMENTO

Ainda há falta de clareza, na Psicologia, no que se refere à definição, à função e à mensuração do conceito de *Enfrentamento* – coping.

Lazarus (1966) afirma que o enfrentamento é primordialmente um conceito psicológico, o que justifica as diversas tentativas de definição do conceito na literatura da área. Define o Enfrentamento como um conjunto de estratégias para lidar com uma ameaça iminente.

Mechanic (1976) refere-se a Enfrentamento como um comportamento instrumental que demonstra a capacidade da pessoa para resolver problemas decorrentes das exigências e dos objetivos de sua vida, envolvendo o uso de habilidades diversas, técnicas e conhecimentos que a pessoa vem adquirindo ao longo da vida.

Lipowski (1970), referindo-se a pessoas portadoras de doenças graves, define o Enfrentamento como todas as atividades cognitivas e motoras que uma pessoa doente usa para preservar sua integridade física e psíquica; numa tentativa de restabelecer-se de alguma deficiência funcional reversível e/ou compensar as limitações impostas por quaisquer deficiências irreversíveis.

White (1974) afirma que o Enfrentamento refere-se à adaptação sob condições muito difíceis, como ansiedade, desespero, culpa, vergonha, luto.

Weisman e Worden (1976, 1977), como White, afirmam que o Enfrentamento pode ser entendido como o que a pessoa faz diante de um problema percebido para proporcionar alívio, gratificação, tranquilidade ou equilíbrio.

Para Menninger (1963), Ilaan (1977) e Vaillant, (1977), implicam numa hierarquia de esforços adaptativos sendo que o Enfrentamento representa processos de um ego amadurecido ou evoluído enquanto as “defesas” representam variações imaturas e menos eficientes de processos cognitivos semelhantes.

Focando a perspectiva mais geral do conceito, Pearlin e Schooler (1978) propõem que o *Enfrentamento* seja entendido como qualquer resposta dada pela pessoa, diante de eventos estressantes externos, presentes em sua vida diária, que serve para prevenir, evitar ou controlar o estresse emocional.

Ainda para Pearlin e Schooler (1978), numa perspectiva sociológica assumida por eles, definem o *Enfrentamento* como tipo de comportamento que protege as pessoas de sofrerem danos psicológicos decorrentes de experiências sociais problemáticas. Nesse sentido, o Enfrentamento é entendido como um comportamento que faz a mediação do impacto que as sociedades têm sobre o bem-estar psicossocial de seus membros.

Sob um nível de análise psicológica, Lazarus e seus colaboradores definem o enfrentamento como “o processo para lidar com exigências externas ou internas que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa “ (Lazarus e Folkman, 1984).

Essa definição “assume”, de acordo com o próprio Lazarus, alguns aspectos conceituais. O primeiro refere-se à ênfase dada à noção de Enfrentamento como processo. Assim, o Enfrentamento é conceituado como uma série de transações entre a pessoa que possui um conjunto de recursos disponíveis, valores e compromissos e um contexto ambiental com seus recursos, exigências e restrições particulares (Lazarus e Launier, 1978). Segundo essa definição, o Enfrentamento não pode ser visto como uma única ação ou resposta dada por uma pessoa, num determinado momento; ao contrário, este deve ser compreendido como um conjunto de respostas recíprocas, ocorrendo ao longo de um período, durante o qual o ambiente e a pessoa influenciam-se mutuamente. O segundo aspecto é o uso da palavra “lidar” no lugar de “dominar” ou “superar”, o que parece ser mais adequado, uma vez que muitos problemas, tais como doença terminal, deficiência física e ou mental, envelhecimento e outros não podem ser superados, mas apenas redefinidos, tolerados ou

aceitos para facilitar a adaptação da pessoa. O terceiro aspecto refere-se ao uso do termo “avaliação”, indicando o papel central da mediação psicológica no processo de *Enfrentamento*.

Lazarus e seus colaboradores entendem que o Enfrentamento exige mobilização de esforços e apontam para o fato de que ações ou comportamentos que se tornam automáticos não podem mais ser considerados como estratégias de Enfrentamento.

“ O Enfrentamento consiste em esforços tanto orientados para a ação quanto intrapsíquicos, para lidar com exigências internas e externas e os conflitos entre estas.” (Lazarus e Launier, 1978).

Postula-se, atualmente, que Enfrentamento e Adaptação são conceitos distintos. Vários autores, (Lazarus, Averill e Opton , 1974; Murphy 1974, White, 1974), assumem a posição de que adaptação é um conceito mais amplo que abrange rotinas, formas automáticas de comportamento, enquanto o Enfrentamento sempre supõe algum nível de estresse. White refere-se ao Enfrentamento como subcategoria de adaptação que ocorre apenas em condições de relativa dificuldade, enquanto Murphy enfatiza a ocorrência de eventos novos que exigem respostas delineadas a partir de recursos ainda não utilizados.

Todas essas definições propõem que apenas ações não automáticas e não utilizadas rotineiramente sejam mencionadas sob o termo Enfrentamento: caso contrário, essas deveriam ser utilizadas sob o termo genérico adaptação. Assim sendo Enfrentamento ocorre apenas quando a pessoa não pode se comportar diante das exigências da sua vida da mesma forma como vinha fazendo anteriormente, precisando apresentar novos comportamentos que representam estratégias de Enfrentamento.

Numa análise global das definições de Enfrentamento podemos concluir que:

- A maioria das definições de Enfrentamento concorda com a idéia de que as pessoas respondem ativamente às exigências impostas a elas;

- Todas também compartilham a noção de que o Enfrentamento corresponde à ação ou ao comportamento que as pessoas apresentam para lidar com situações difíceis ou estressantes;
- A maioria das definições entendem o Enfrentamento como inseparável tanto do estresse experienciado pela pessoa no seu contexto de vida, ou seja, demanda externa, quanto dos estados emocionais relacionados a sua vida emocional, ou seja, demandas internas;
- Todas as definições implicam na compreensão da natureza do Enfrentamento, isto é, do referencial teórico que oferece subsídio para a sua compreensão.

A partir dessas conclusões, podemos dizer que a compreensão dos processos de enfrentamento e de seu significado para o bem-estar psicossocial da pessoa representa um dos aspectos centrais da Psicologia contemporânea. Isso nos parece um conceito bastante útil para ampliar nosso entendimento acerca da qualidade de vida de pacientes oncológicos.

NATUREZA DO ENFRENTAMENTO: ESTILO VERSUS PROCESSO

Enfrentamento como Estilo

Duas formas centrais de abordar o Enfrentamento vêm sendo consistentemente mencionadas na literatura psicológica. Uma enfatiza e apresenta o Enfrentamento como um estilo, isto é, entende o Enfrentamento como uma característica da personalidade.

A outra apresenta o Enfrentamento como processo, isto é, esforços para lidar com situações estressantes que mudam ao longo do tempo e são delineadas a partir de contextos particulares que exigem adaptação.

O modelo psicanalítico da psicologia do eu considera o Enfrentamento como um estilo ou um traço mais do que um processo dinâmico do eu (Lazarus e Folkman, 1986). Um “Traço de Enfrentamento” é uma tendência estável, possibilitando prever como a pessoa enfrentará alguns ou todos os tipos de situações estressantes. O termo “estilo” implica uma ampliação compreendendo diversas “disposições”, enquanto “traço” apresenta uma noção mais limitada. Portanto, a distinção entre estilo de Enfrentamento e traço de Enfrentamento

é apenas uma questão de grau, formulado para explicitar o conceito de Enfrentamento dentro da tradição psicanalítica do Eu – interessada em estudar o papel das defesas na psicopatologia.

Cabe ressaltar que, quando a concepção de traço e hierarquia de estilo é assumida está sendo privilegiada uma formulação teórica particular- a psicanalítica- cujo sistema de idéias gira, principalmente, em torno da noção da psicopatologia e processos intrapsíquicos e defesas.

Estes são apenas parte de um conceito de Enfrentamento mais amplo, enfatiza o contexto ambiental, suas exigências, recursos e limitações.

Enfrentamento como Processo

No final dos anos setenta, com o desenvolvimento da Teoria de Enfrentamento e pesquisa acumulada na área, a perspectiva hierárquica de Enfrentamento com ênfase em estilo e traço foi abandonada em favor de uma outra perspectiva contrastante que tratava o Enfrentamento como processo.

Enfrentamento como processo apresenta as seguintes características (Lazarus e Folkman, 1984, Lazarus, 1993):

- Leva em consideração o que o indivíduo realmente pensa e o que faz.
- Analisa o contexto específico em que a transação entre indivíduos e ambiente ocorre. Quanto mais exata é a descrição do contexto, mais fácil e mais precisamente será feita a associação de um determinado pensamento e comportamento de enfrentamento com uma exigência do contexto situacional.
- Reconhece que os pensamentos e comportamento modificam-se no transcorrer do desenvolvimento da interação indivíduo-contexto.
- Atribui as modificações nos pensamentos e comportamentos de Enfrentamento às mudanças no contexto ou à modificação nas avaliações cognitivo-afetivas efetuadas pelo indivíduo diante do contexto situacional.

Alguns investigadores vêm procurando organizar a diversidade de estratégias que compõe o processo de Enfrentamento, introduzindo a noção de etapas. Shontz (1975) propõe a idéia de que quando o indivíduo enfrenta uma enfermidade física importante ou uma incapacidade,

procederia de acordo com uma série de etapas de enfrentamento, iniciadas a partir do momento em que seu estado de saúde é informado. O processo de enfrentamento inclui um contínuo ir e vir, desde a confrontação e o esforço para a retirada da negação do diagnóstico e suas conseqüências. Quando o processo de Enfrentamento se completa satisfatoriamente, esses ciclos se dão com menos frequência e praticamente desaparecem, o que indicará que o indivíduo lidou adequadamente com a situação.

Talvez uma das tentativas mais conhecidas de compreender o processo de Enfrentamento como etapas, seja de Kubler-Ross (1969), proposto para explicar como as pessoas lidam com sua própria perspectiva de morte iminente. No entanto, para entender a importância pessoal da doença é preciso situá-la no contexto da biografia do sujeito (Mendelsohn, 1997, Gimenez, Fávero e Silva, 1992, Spink e Gimenez, 1994).

Silver e Wortman (1980) investigaram a teoria das etapas do Enfrentamento e observaram a falta de estudos observacionais adequados para resolver a questão. A plasticidade do processo de Enfrentamento deve ser ressaltada, possibilitando adaptações perante a diversidade.

Processos Cognitivos e Enfrentamento

Se abordamos o Enfrentamento como processo, é mister explicitarmos sua relação com o conceito de mediação cognitiva. O Enfrentamento é entendido como uma resposta à percepção da pessoa diante de um contexto ameaçador ao seu bem estar, ou como resposta perante uma possibilidade de recompensa, ou seja, de desafio (Lazarus, Averill e Opton, 1970). A avaliação que a pessoa faz de sua interação com o contexto em que está inserida passa a ser fundamental tanto para compreendermos as respostas de Enfrentamento que a pessoa apresentará como também o nível de estresse em que esta se encontra.

Lazarus (1966,1981) usou o termo “avaliação cognitiva” para referir-se a esse processo avaliativo.

Três tipos de avaliação podem ser identificadas: aquelas que se referem ao dano, à ameaça ou ao desafio.

As Respostas de Enfrentamento

Há um número ilimitado de estratégias de Enfrentamento que poderão ser utilizadas pela pessoas para lidarem com eventos estressantes. Para Lazarus e colaboradores são duas as principais modalidades de Enfrentamento que devem ser diferenciadas: aquelas que fundamentalmente permitem ação direta sobre o eu ou sobre o ambiente e aquelas que funcionam primordialmente por meio de processos intrapsíquicos.

Perrez e Reicherts (1992), considerando também o foco central das respostas de Enfrentamento, propõem três tipos de categorias: o Enfrentamento orientado para a situação; o Enfrentamento orientado para a representação-ações – realizadas para alterar a representação cognitiva da situação que pode implicar em busca ou supressão de informações e o Enfrentamento orientado para a avaliação cuja ênfase são as metas ou a avaliação e conseqüente valorização subjetiva da situação. Aparecem também categorias cuja ênfase está no método que a pessoa utiliza para lidar com a situação.

Segundo o método de Enfrentamento, Marin (1995) propõe duas formas gerais de Enfrentamento – enfrentamento aproximativo e enfrentamento evitativo.

Ainda quanto ao método deve-se acrescentar uma terceira categoria de Enfrentamento passivo (Perrez e Reicherts -1992), quando toda a ação é omitida e a pessoa permanece na situação de dúvida, ambigüidade ou espera .

Uma outra forma de classificar as estratégias de Enfrentamento pode ser segundo o tipo de processo utilizado pela pessoa, que são: o Enfrentamento comportamental e o Enfrentamento cognitivo.

Wills e Shiffman (1985) distinguem uma categoria denominada aceitação ou resignação – não se pode fazer nada a respeito do problema senão aceitar a situação até que venham tempos melhores.

Estratégias de Enfrentamento

As estratégias classificadas na categoria de Enfrentamento comportamental implicam numa tentativa de tomar uma decisão e mudar a situação problemática, assumindo condutas que a pessoa considera efetivas.

A estratégia denominada “solução de problemas”, supõe busca de informações, avaliação das alternativas, a relaxação, que se refere à prática de vários métodos de relaxamento muscular, meditação e outros que visem o controle do estresse e “a busca do prazer”.

As estratégias de Enfrentamento podem ser classificadas como “antecipatórias” ou “restaurativas”. Podemos também classificar a resposta de Enfrentamento quanto a sua amplitude ou nível de generalização das estratégias apresentadas. Também podem ser categorizadas como “gerais” ou “globais” e “específicas”.

Funções do Enfrentamento

Para Cohen e Lazarus (1979) existem cinco funções principais:

- reduzir as condições ambientais que causam dano e aumentar as possibilidades de recuperação.
- tolerar ou adaptar-se a eventos ou realidades negativas.
- manter uma auto-imagem positiva diante da adversidade.
- manter o equilíbrio emocional.
- a pessoa continuar relacionamentos satisfatórios com os outros.

Essas funções podem ser reduzidas a duas funções centrais : alterar a situação problemática e se possível e/ou avaliá-la de tal forma que esta se torne menos assustadora para permitir um controle emocional adequado, perante o contexto estressante.

O resultado esperado de um processo de Enfrentamento é, em linhas gerais, a adaptação psicossocial da pessoa e, conseqüentemente, um nível satisfatório de qualidade de

vida. Sendo assim, o processo de Enfrentamento visa permitir à pessoa um bom funcionamento psicológico, reassumir, na comunidade, atividades que exercia antes de o evento estressor surgir e minimizar seu estresse psicológico.

“... Enfrentamento é um processo complexo que deve ser avaliado de acordo com critérios distintos, tendo claramente em vista cada um dos resultados que se quer alcançar, sejam estes de natureza física, psicológica ou social...” (1979) in Gimenez

MÉTODO CALATÔNICO

O Método Calatônico foi desenvolvido por Pethő Sándor (1916-1992), médico húngaro radicado no Brasil após a Segunda Guerra Mundial. Idealizou o Método durante a Segunda Guerra, a partir de observações em hospitais da Cruz Vermelha da Europa e no período posterior à retirada da Rússia. Em consequência de numerosas queixas em razão dos casos de amputação de feridos e congelados, o pós-operatório, membros fantasmas, depressões, reações compulsivas, abalamentos nervosos, percebeu Sándor uma reação positiva por parte dessas pessoas frente à estímulos táteis da Calatonia. As primeiras experiências aconteceram durante seu trabalho como médico ginecologista e obstetra em enfermaria hospitalar, onde casos de distúrbios circulatórios, abalamentos nervosos do pós-parto e falta de medicamentos, levaram-no a utilizar o toque e manipulações suaves na área dos pés, tendo observado resultados positivos. Na Alemanha, por um período de três anos, a técnica foi utilizada em pessoas que se preparavam para a emigração, na população abalada e em pacientes das áreas psicológicas ou neuropsiquiátricas. Foi, no Brasil, que seu Método foi solidificado, quando foi possível estudar as pesquisas sobre: Formação Reticular, Representações Vegetativas no Córtex e sobre Proprioceptivos Periféricos acumulando aqui, no Brasil, material de ordem psicológica com o uso da técnica por profissionais da área, por volta da década de setenta.

O Método Calatônico propicia estímulos não habituais à estrutura psicofísica do paciente, possibilitando sua reorganização, favorecendo a reorganização da imagem corporal. No original grego o verbo *khalaó* indica relaxação, alimentação, afastar-se do estado de ira,

fúria, violência, abrir uma porta, desatar as amarras de um odre, deixar ir, perdoar aos pais, retirar todos os véus dos olhos, etc.

A qualidade do contato corporal do toque Calatônico que é diferenciado e controlado pelo terapeuta, desenvolve efetiva ressonância bipessoal, favorecendo surgir material para diálogos terapêuticos com os relatos sobre as sensações vividas no toque ou emoções, idéias, intuições. A comunicação pode ser verbal ou averbal sendo a interpretação restrita ao fato em si ou amplificada. A Calatonia aproxima conteúdos conscientes ou aqueles que nunca o foram antes. O relaxamento, em geral, ajuda na formação adequada da imagem corporal melhorando a integração do próprio esquema corporal. A regulação tônica e todas as outras funções neurológicas, como coordenação motora e ritmo se desenvolvem em conjunto.

O sistema nervoso é capaz de perceber variações do meio interno ou externo no organismo, analisar essas variações quanto à sua qualidade, intensidade e localização e organizar comportamentos que representem resposta adequada diante do estímulo. Esse ciclo é referido como arco reflexo (Fig. 2.1, Anexos, pg. 69). As variações são os estímulos que são percebidas por estruturas especializadas do sistema nervoso as células sensitivas ou os receptores sensitivos. Às vezes, as células sensitivas formam parte ou constituem a totalidade de um órgão, denominado órgão sensorial (o olho, por exemplo). Os receptores sensitivos funcionam como transdutores de energia, isto é, transformam os vários estímulos por eles captados em uma descarga codificada de impulsos nervosos. Os sinais captados pelos órgãos receptores são transmitidos pelos nervos aos centros superiores do cérebro, principalmente o córtex, onde são analisados, resultando desse processo as experiências conscientes da visão, temperatura, tato, por exemplo, com a conseqüente resposta ao estímulo. Hoje relação mente-corpo.

A diferença básica entre a Calatonia e outras técnicas é quanto seu ponto de partida, a Calatonia usa a sensibilidade cutânea pela qual a mesma área pode servir para a percepção e condução das mais diversas qualidades (pressão, calor, frio, dor), proporcionando uma vivência multisensorial ao mesmo tempo. Por sua vez, o estímulo tátil possibilita síntese de inúmeras particularidades perceptivas e aperceptivas, dependendo das particularidades e singularidades individuais.

A sensibilidade cutânea apresenta “aspectos entrelaçados de categorias protopáticas (componentes com acentuação vital-afetiva) e epicríticas (representação lógico-conceituais), numa intensidade que ultrapassa aquela manifestada em outras áreas de percepção sensorial.”

O Prof. Sándor, quando citava palavras incomuns, sempre nos lembrava: “...*consta no Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa*:...”

- *Epicrítico*: refere-se à *Epicrise* e que *Epicrise* significa apreciação crítica das causas, andamentos e conseqüências de uma doença após o seu término. Qualquer fenômeno mórbido importante que isoladamente sobrevém a uma crise e de certo modo o corrobora. Crise suplementar.
- *Protopáticos*: relativo à Protopatia.
- *Protopatia*: a doença primeira inicial.

Lembrando ter sido a Calatonia desenvolvida em razão das conseqüências da amputação de feridos e congelados, pós-operatório, depressão, abalamento nervoso.

A Calatonia foi já na sua origem uma técnica para o Enfrentamento. A Calatonia foi desenvolvida por um Cuidador – o Professor Sándor – autenticamente dedicado à visão integrada do Homem nos seus aspectos Biológicos, Psíquicos, Sociais e Espirituais que possuía um conhecimento adiantado para a época sobre psico-neuro-endocrino-imunologia. (Relação Mente-Corpo).

As imagens, surgidas no processo calatônico, são espontâneas, apresentando os problemas do paciente em forma de imagens, seqüências delas. Devem ser olhadas pelo terapeuta, como informações, conceituações, fantasias ou sonhos. O Método Calatônico propõe, no seu procedimento, ter livre acesso à formação reticular (Ver Anexos, Texto da pg. 70). O cérebro utiliza-se da formação reticular para comparar o mundo interno com o mundo externo e servir de canal para mecanismos reguladores, particularmente aqueles ligados à atenção promovendo uma economia entre o cérebro e meio ambiente. A formação reticular é normalmente ativada por impulsos sensoriais somáticos, recebendo colaterais de

praticamente todas as vias sensoriais do corpo, fibras das vias neurais da dor, temperatura, tato, pressão, terminais sensoriais de vias visuais da retina, olfatórias, auditivas e vestibulares. O Método Calatônico perpassa por todas essas vias, despertando possibilidades físicas e psíquicas, recursos ao paciente, principalmente no de câncer por todos os fatores de estresse provocados pela doença.

O relaxamento, proporcionado pelo Método Calatônico, constela efeitos fisiológicos específicos, pois esse estado é provocado porque o ritmo dos batimentos cardíacos, o metabolismo e o consumo de oxigênio diminuem, a pressão sangüínea e a tensão muscular e atividade do cérebro ficam reduzidas. A mente consciente incessantemente ocupada com todas as situações causadoras de estresse, no paciente de câncer, quando esse controle é interrompido a percepção que a pessoa tem é de um estado de tranqüilidade e bem estar comparados por muitos pacientes a sentimentos de comunhão com Deus, estado de Meditação, Paz, Esperança....

Essas observações dizem respeito ao estado que hoje com as pesquisas sobre mente corpo, alguns desses pesquisadores acreditam que esses estados são alterados no sentido de inverterem nossa confiança habitual no pensamento lógico, do lado esquerdo do cérebro, em prol das imagens e instantaneidade do lado direito (Fig. 10.1, Anexos, pg. 71). Sua teoria diz que essa passagem para o outro lado facilita a comunicação das mensagens de cura enviadas por nosso eu consciente ao interno do nosso organismo. Jeanne Achterberg (s/d) *in* Siegel explica: “as funções específicas atribuídas ao hemisfério direito e suas conexões com o outro hemisfério do cérebro e os componentes do corpo confirmam a hipótese de que as imagens podem conduzir informações do plano consciente para as mais remotas profundezas das células.”

O estado de bem estar, enfim possibilitado pelo Método Calatônico, pode ser pareado aos benefícios de outras técnicas comprovadas através de pesquisas tais como: pacientes cardíacos do Dr. Dean Ornish reduzindo o nível de colesterol. Os grupos Corpo-Mente de Joan Borysenko mostra como diabéticos – reduzem a insulina. Técnicas de relaxamento ajudam asmáticos Dr. George Fuller-vonBozzay, assim como pessoas que sofrem de dores crônicas.

Benson escreve sobre a meditação transcendental que pode gerar um estado mental e fisiológico específico que ele chama de relaxamento, como também certos tipos de oração, respiração abdominal.

Das comprovações, através de pesquisas com o Método Calatônico, sobre os seus benefícios fisiológicos, não se têm notícias. No entanto, quanto à manifestação da espiritualidade é muito comum, principalmente no paciente de câncer; mesmo que essa comprovação não tenha sido feita através de pesquisas, os relatos estão sempre presentes.

A pesquisa sobre os neuropeptídeos hoje comprova a comunicação entre a pele e o neo córtex, através do estímulo do toque. Levam-me a pensar que essas reações ou efeitos físicos que propiciam o relaxamento no psíquico, aquietam o fluxo de pensamentos contaminados por conteúdos emocionais, efeitos do processo do Método Calatônico que caminham para a integração dos opostos. Integrando, nesse momento, aspectos da mente e do corpo, possibilitando ao paciente entrar em contato com os recursos de sua dinâmica pessoal.

Na visão de Jung, estamos falando da manifestação do *self* que se expressa, simbolicamente, através de Deus, Divindade, Luz, etc. Manifesta a espiritualidade do paciente, ou, dito pelo próprio Jung “realizações e experiências espirituais criativas ligadas à emoção com cargas específicas – arquétipos”. (Vázquez).

SOBRE A PELE

“Tanto a pele quanto o sistema nervoso originam-se da mais externa das três camadas embriônicas, a ectoderme. A ectoderme constitui uma superfície geral que envolve todo o corpo embriônico. A ectoderme também se diferencia em cabelo, dentes e nos órgãos dos sentidos do olfato, paladar, audição, visão e tato, ou seja, em tudo o que acontece fora do organismo. O sistema nervoso central, cuja principal função é manter o organismo informado do que está se passando fora dele, desenvolve-se como a porção da superfície geral do corpo embriônico que se vira para dentro. O restante do revestimento de superfície, após a diferenciação do cérebro da medula espinhal e de todas as demais partes do sistema

nervoso central, torna-se pele ou, ao contrário, a pele pode ser considerada como a porção exposta do sistema nervoso. Dessa forma, aprimoramos nossa compreensão dessas questões, se pensarmos na pele e nos referirmos a ela como o sistema nervoso externo, como um sistema orgânico que, desde suas primeiras diferenciações, permanece em íntima conexão com o sistema nervoso central ou interno.” (Montagu)

Características Estruturais da Pele

- O corpo todo é recoberto pela pele.
- Também a córnea transparente de nossos olhos é recoberta por uma camada modificada de pele.
- O primeiro sentido que se desenvolve no embrião é o do tato: as primeiras respostas aos estímulos táteis já são observados antes de sua sexta semana de vida.
- O tecido da pele renova-se continuamente durante toda a vida do ser humano: a pele forma duas novas camadas de células a cada quatro horas.
- A camada mais externa da pele – a epiderme – abriga o sistema tátil. Os diferentes estímulos oriundos do meio são registrados e transmitidos ao sistema nervoso central, por intermédios das terminações nervosas de numerosos plexos, altamente especializados. Número médio dos corpúsculos de Meissner por milímetro quadrado: cerca de 80 em crianças, 20 em adultos e 4 em idosos.
- Um pedaço de pele, de mais ou menos 3 cm de diâmetro contém: mais de 3 milhões de células; entre 100 e 340 glândulas sudoríparas; 50 terminações nervosas; 90 centímetros de vasos sanguíneos.
- Calcula-se que existam cerca de 50 receptores por 100 milímetros quadrados num total de 640.000 receptores sensoriais. Variam de 7 a 135 por centímetro quadrado, os pontos táteis.
- É muito superior a meio milhão o número de fibras sensoriais provenientes da pele que entram na medula espinhal por via das raízes posteriores.
- A pele representa cerca de 12% do peso total do corpo. No recém-nascido corresponde a aproximadamente 2.500 centímetros quadrados e no homem adulto a aproximadamente 19.000.

Funções da Pele

Segundo Montagu, as funções físicas da pele são:

- Fornece a base dos receptores sensoriais, constituindo-se na localização do sentido do tato.
- É ao mesmo tempo fonte organizadora e processadora de informações; é mediadora de sensações.
- Forma barreira entre o organismo e o meio externo
- É fonte imunológica de hormônios para a diferenciação de células protetoras.
- Forma camada protetora às partes situadas abaixo dela, contra materiais tóxicos e organismos estranhos.
- É responsável por um papel de destaque na regulação da pressão e do fluxo de sangue.
- É órgão reparador e regenerador.
- É produtora de queratina.
- É órgão de absorção de substâncias nocivas e outras que possam ser excretadas junto com os resíduos corporais eliminados.
- É reguladora da temperatura do corpo.
- É órgão implicado no metabolismo e armazenamento de gordura e no metabolismo de água e sal, pela transpiração.
- É reservatório de alimento de água.
- Como parte dos órgãos da respiração, é facilitadora da entrada e saída de gases através da sua superfície.
- É sintetizadora de vários compostos importantes, inclusive a vitamina D, responsável pelo controle do raquitismo.
- Forma barreira ácida protetora contra muitas bactérias; a secreção produzida pelas glândulas sebáceas lubrifica a pele e os pelos, isolando o corpo contra a chuva e o frio; provavelmente atua também no combate a certas bactérias.
- É auto-purificadora.

Ainda, para Montagu, há correlações fisiopsíquicas envolvidas no contato, ou seja, a questão do toque e suas implicações para o desenvolvimento do ser humano.

Sendo o estudo da sensibilidade cutânea relevante para a compreensão dos processos fisiopsíquicos, a Psicologia começou a interessar-se por essa questão.

Didier Anzieu, em sua obra “Lê Moi-Peau”, 1985, propõe o conceito de “Eu-pele”:

“Por Eu-pele, designa uma representação de que se serve o Eu da criança durante fases precoces do seu desenvolvimento para se representar a si mesma como Eu que contém os conteúdos psíquicos, a partir de sua experiência da superfície do corpo. Isso corresponde ao momento em que o *Eu psíquico* se diferencia do *Eu corporal*, no plano operativo e permanece confundido com ele no plano figurativo”.

MODELO DO HOMEM SEGUNDO A CONCEPÇÃO JUNGUIANA

EVOLUTIVO-VITALISTA: o desenvolvimento da personalidade humana está calcado sobre o modelo da planta e do animal homem semente, tudo programado e já germinado-esperando as condições de desenvolvimento vital. Retoma, de algum modo e a outro nível, a Lei Hacleliana na qual a ontogênese recapitula a filogênese, individual e coletiva.

É importante notar que o impulso vital que conduz a hominização e tomada de consciência progressiva e diferenciadora é bipolar e bidimensional, outro novo tipo de “bidimensionalidade”, enquanto formada por um duplo princípio instintivo espiritual, daí que o ser humano não só viva para comer, dominar e engendrar, senão que ademais crie valores culturais que lhes são vitais.

ENERGÉTICO – FINALISTA: a personalidade humana forma um sistema energético de caráter auto-regulador por sua capacidade retroativa ou de feed-back e prospectiva ou finalista : a energia instintiva espiritual postula-se como neutra antes de toda qualificação é capaz de ilimitadas transformações simbólicas, mas necessita para isso a oposição de um pólo contrário.

Trata-se, pois, de um modelo finalista e não causal ao serviço da vida do indivíduo e da espécie, isto é, do nível pessoal e arquetípico-cultural: é um modelo de dupla adaptação, pois o sujeito não só tem que “adaptar-se” às condições exteriores pela progressão da energia e a extraverson, mas também às exigências do universo interior e arquetípico, pela regressão evolutiva e a introversão.

DUAL-IMANENTISTA: centrado na figura materna. Todo processo de antropogênese representado pelo processo de individuação acontece dentro de “si – mesmo”, entre o inconsciente e a consciência, entre o centro da personalidade total e sua diferenciação consciente e delegado seu que é o Eu com suas funções.

O processo de individuação simbolicamente e empiricamente está apoiado na relação Mãe–Filho, no intercâmbio de Separações – Uniões ou Simbólicos Retorno ao Seio Materno que são também Sacrifícios ou Mortes e Separações, Renascimentos ou Ressurreições tanto do *Eu–Filho* como *Self-Mãe*.

O processo de individuação, quando bem compreendido, é uma preparação para a Morte segundo Jaffé (1980), discípula de Jung. Do ponto de vista psicológico, a Morte é desaparego total, anulação do Eu e do mundo consciente no interior de um não Eu.

INCONSCIENTE COLETIVO E ARQUÊTIPO: Sugere Jung que foram formados no transcorrer do próprio processo de Evolução da Humanidade – correspondendo à estruturação do organismo corporal, localizado na estrutura cerebral – como uma espécie de arquivo secreto, no qual são guardadas as repetidas fórmulas, utilizadas pelos primitivos desde o primeiro ser unicelular, milhões de vezes em experiências típicas de sua relação com o mundo, consigo mesmo, com os outros e com o outro absoluto, quando sua consciência estava apenas diferenciada.

A VISÃO DE JUNG SOBRE A MORTE: Ela está contida na psicologia da individuação; formulado, indiretamente, o processo de individuação não é uma mera escola da vida – quando bem compreendido é uma preparação para a morte.

“Do meio da vida em diante só aquele que se dispõe a morrer conserva vitalidade, porque, na hora secreta, do meio-dia da vida, inverte-se a parábola e nasce a morte. A segunda metade da vida não significa subida, mas morte, porque o seu alvo é o seu término. A recusa em aceitar a plenitude da vida equivale a não aceitar o seu fim. Significa não querer viver. E não querer viver é sinônimo de não querer morrer” (Vázquez).

Parece que diante da morte, o implacável confronto com o Si-mesmo força o homem a completar sua parcela de individuação que ainda lhe é possível antes de morrer. A tomada de consciência da própria Sombra parece ter extraordinário significado para o moribundo.

A idéia do reencontro com os mortos queridos, ligada ao espiritismo, no sentido psicológico, faz parte do simbolismo da individuação, indicando a recomposição das unidades da alma que até então haviam sido projetadas nas pessoas amadas e essa composição aproxima o homem da meta da individuação (Jaffé, 1980).

Em suas profundezas, a psique faz parte de uma forma de ser independente no tempo e no espaço, integrando, então, aquilo que é insuficiente e simbolicamente denominado eternidade (Jung, 1934).

Dessa qualidade de eternidade parcial da alma não surgirá, de fato, a certeza, mas sim a possibilidade da continuação de uma vida igualmente organizada após a morte (Jaffé, 1980).

EMOÇÕES: Todos os acessos instintivos mais fortes e todas as realizações e experiências espirituais criativas estão ligadas à emoções – E – motio. Os arquétipos têm uma “carga específica”, desenvolvem efeitos numinosos, expressam-se como afetos, elevando um conteúdo trazido para a consciência, provocando diminuição da orientação do mundo exterior, revitalizando tempo e espaço (Von Franz, 1988).

FUNÇÃO TRANSCENDENTE: Função psíquica que tem sua origem na tensão entre o consciente e o inconsciente e que mantém sua união. As tendências do consciente e do inconsciente são os dois fatores que, juntos compõem a Função Transcendente. É assim chamada porque torna organicamente possível a transição de uma atitude para outra em uma situação de conflito, ou em um estado de depressão para o qual não existe nenhuma razão

aparente. O desenvolvimento da Função Transcendente depende de nos tornarmos cientes do material inconsciente.

A Função Transcendente é, em sua essência, um aspecto da auto-regulação da psique; manifesta-se, tipicamente, de modo simbólico, e é experimentada como uma nova atitude em face de si mesmo e da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No paciente de câncer as dificuldades fazem parte da rotina cotidiana. É no “passo a passo” que a Psico-oncologia organiza essa rotina, buscando minimizar as dificuldades ou eliminá-las, possibilitando ou desenvolvendo no paciente de câncer as potencialidades individuais para Enfrentamento no seu aspecto físico, psíquico ou social.

A teoria analítica de Jung admite íntima relação energético-funcional entre soma e psique. Na concepção atual a visão mente-corpo realiza pesquisas que nos dão a direção cientificamente comprovada. Na prática psicoterápica, o Método Calatônico de Sándor corrobora . Sendo que o conceito de energia Vital serve de continuo entre os dois extremos, o instinto que se perde no fisiológico e o arquétipo que participa do espiritual.

Ambos, em si mesmo, incognoscíveis. Reconhecidos no âmbito psíquico por suas produções simbólicas.

Sándor refere-se ao Relaxamento como um método de recondicionamento psico-físico. Com comutações nos processos fisiológicos, auto-regulação, ritmos, memória, reagibilidade e coordenação. Retroage sobre a afetividade, resultando o relaxamento no “descanso”, no “desatar interno”, introspecção, reprodução construtiva das antigas vivências atingindo-se novas “coordenações e estruturas psicológicas”.

Com o Método Calatônico, o paciente de câncer, além do relaxamento, produz material simbólico que, com habilidade terapêutica, o profissional pode fazer uso dele com foco no momento atual, dirigido só para as questões do câncer, dentro dos referenciais da Terapia

Breve. Ou ainda amplificando: atinge camadas mais profundas da personalidade, sempre tendo como referência à doença, no caso, o câncer.

O estado de conforto físico e psíquico proporcionado pelo Método Calatônico (só é possível ser descrito por quem já se submeteu à técnica), tem particular eficácia no desconforto do corpo doente. O estado fisio-psíquico atingido pela Calatonia transcende a um “descanso”. Sabe-se hoje que o toque é um estímulo que atua nos neurotransmissores, passa pelo Sistema Límbico, atingindo áreas superiores do SN, sendo identificado e organizado, voltando para, o corpo (pela via de duas mãos). Nesse estado limiar entre consciente e inconsciente existe a produção de imagens. O símbolo, na teoria de Jung, agrega, em uma única imagem as várias dimensões da realidade: dimensões conscientes (conhecidas) e dimensões inconscientes (desconhecidas). Com a calatonia, o estímulo vem através da sensibilidade cutânea produzindo a imagem necessária para o momento atual do paciente, unindo os opostos. Jung chama de Função Transcendente a possibilidade orgânica da passagem de uma atitude para a outra sem perda do inconsciente. Na formação do símbolo, o aspecto objetivo e visível é fruto das experiências pessoais e dos recursos à disposição da consciência e do ego; o aspecto oculto, indivisível, é expressão de sua raiz arquetípica da matriz criadora do inconsciente .

O inconsciente, quando confrontado pela consciência, promove integração dos conteúdos reprimidos tanto dos novos como dos desconhecidos necessários para a ampliação da personalidade. Resultando da ampliação da personalidade no paciente de câncer a possibilidade de melhora psico-física, bem estar emocional facilitando o processo de Enfrentamento, minimizando efeitos estressores nos aspectos epicrítico e protopático.

Ao término do Curso de Psico-oncologia foi gratificante, para mim, confirmar a eficiência da técnica do Relaxamento que é um dos recursos indispensáveis ao próprio paciente de câncer no sentido de mobilizá-lo para que ele tenha consciência de que ele – paciente –, também é responsável pela sua própria cura, respaldando-se nos adequados e necessários cuidados consigo mesmo, uma vez que o câncer é uma doença crônica e como tantas outras doenças crônicas, cobra a adesão consciente do doente.

Minhas observações, principalmente com doentes que estão em enfermaria e também com os que estão recebendo quimioterapia, levaram-me a refletir sobre o Método Calatônico e sua atuação.

Há momentos em que devido ao estado físico, psíquico e social do paciente torna-se difícil para ele comunicar-se verbalmente com o seu terapeuta. Nesses momentos, devido a minha experiência pessoal, observei que o Método Calatônico mobiliza, no interno do paciente, recursos de Enfrentamento.

Hoje com os estudos e pesquisas sobre peptídeos não mais se questiona a qualidade da eficácia das várias técnicas de Relaxamento como também da Hipnoterapia.

O Método Calatônico do Professor Sandor como técnica de Relaxamento tem profunda penetração no fisio-psíquico. Como está embasado nos princípios da Teoria Analítica de Jung, o profissional é preparado, ele próprio, para o Enfrentamento, isso porque trabalha sempre com tensões entre os opostos e com ambigüidades. Na presença da doença vivenciam-se os opostos: Saúde-Doença e os arquétipos: Vida-Morte.

O Método Calatônico foi desenvolvido em decorrência das condições materiais e morais mínimas para a qualidade de vida do doente – com feridos na Segunda Guerra Mundial. Momento no qual o doente necessitava recorrer aos seus cuidados internos- o Cuidador Interno-diante das limitações impostas pela realidade da época.

Considero o Método Calatônico facilitador psico-social. O “desatar” interno, acalma o desconforto, facilitando os relacionamentos e auxiliando no desempenho de tarefas ao doente.

O Prof. Sándor, como médico, trazia na sua bagagem uma linguagem voltada para o alívio do físico, impelindo, com isso, à cura ou, no mínimo, restabelecer a dignidade ao corpo doente. Minha afinidade com o Método Calatônico se dá por ter sido aluna e paciente do Professor Sándor, tendo, portanto, sido preparada na vivência técnica do Método.

Pude observar, pela minha experiência, com o paciente de câncer, que a Calatonia tem uma atuação muito mais significativa no corpo doente. As respostas “das comutações fisiopsíquicas e integração de conteúdos” são observadas.

A Calatonia foi um trabalho desenvolvido por um imigrante húngaro “que adotou o Brasil como sua própria Terra” (fala de Sándor, em sala de aula no Sedes, na década de oitenta).

Como profissionais da Psico-oncologia, somos preparados para mobilizar os recursos internos do paciente para o Enfrentamento da doença. Por essa razão, evidenciar os nossos próprios instrumentos de trabalho, como profissionais, parece-me congruente com a proposta da Psico-oncologia.

BIBLIOGRAFIA

Anzieu, Didier, *O Eu-pele*, Casa do Psicólogo, São Paulo, 1989.

Benson, H. e Stark, M., *Medicina Espiritual – Poder da Cura*, Editora Campos, Rio de Janeiro, 1998.

Borysenko, J., *Cuidando do Corpo, Curando a Mente*, Editora Nova Era, Rio de Janeiro, 1999.

Brandão, M.L., *Psicofisiologia*, Editora Atheneu, Rio de Janeiro, 1995.

Brodal, A., *Anatomia Neurológica com Correlações Clínicas*, Editora Roca Ltda., 1979.

Carvalho, M.M.M.J., *Resgatando o Viver*, Summus Editorial, São Paulo, 1998.

Carvalho, M.M.M.J., *Introdução à Psico-oncologia*, Editorial Psi, Campinas, 1994.

Carvalho, M.M.M.J., *Dor, um Estudo Multidisciplinar*, Summus Editorial, São Paulo, 1999.

Dahlke, R., *A Doença como Linguagem da Alma*, Editora Cultrix, São Paulo, 1992.

Downing, C. (Org.), *Espelhos do Self*, Editora Cultrix, São Paulo, 1998.

Farah., R.M., *Integração Psicofísica – O Trabalho Corporal e a Psicologia de C.G.Jung*, Robel Editorial, São Paulo, 1995.

Fernandez, S.V., *Freud y Jung: Exploradores Del Inconsciente*, Editorial Cincel, Madrid, 1986.

Gimenez, M.G.G., *A Mulher e o Câncer*, Editorial Psi, Campinas, 1997.

Gimenez, M.G.G., *Passagem – Um Desafio para o Amor*, Editora Portallis, São Paulo, 2001.

Jaffé, A., Frey-Rohn, L. e Von Franz, Marie-Louise, *A Morte à Luz da Psicologia*, Editora Cultrix, São Paulo, 1995.

Jung, C.G., *A Dinâmica do Inconsciente*, Editora Cortez, São Paulo, 1984.

Jung, C.G., *Estudos sobre Psicologia Analítica*, Vol. 7, Editora Vozes, Petrópolis, 1981.

Jung, C.G., *Tipos Psicológicos*, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1981.

Keleman, S., *Viver o seu Morrer*, Summus Editorial, São Paulo, 1997.

LeShan, L., *Brigando pela Vida – Aspectos Emocionais do Câncer*, Summus Editorial, São Paulo, 1977.

LeShan, L., *Câncer como Ponto de Mutação*, Summus Editorial, São Paulo, 1992.

Lipp, Marilda (Org.), *Pesquisas sobre Stress no Brasil*, Papirus Editora, São Paulo, 1996.

Marino Jr., R., *Fisiologia das Emoções*, Editora Sarvier, São Paulo, 1975.

McNeely, Deldon Anne, *Tocar – Terapia do Corpo e Psicologia Profunda*, Editora Cultrix, São Paulo, 1995.

Mello Filho, J., *Concepção Psicossomática – Visão Atual*, Casa do Psicólogo, São Paulo, 2002.

Montagu, A., *Tocar – O Significado Humano da Pele*, Summus Editorial, São Paulo, 1988.

Ornish, D., *Amor e Sobrevivência*, Editora Rocco, Rio de Janeiro, 1998.

Ramos, Denise G., *A Psique do Coração – Uma Leitura Analítica do seu Simbolismo*, Editora Cultrix, São Paulo, 1995.

Rossi, E.L., *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo*, Editorial Psi, Campinas, 1997.

Sandor, Pethö, *Técnicas de Relaxamento*, Vetor Editora, São Paulo, 1974.

Sharp, D., *Léxico Junguiano*, Editora Cultrix, São Paulo, 1991.

Siegel, B., *Paz, Amor e Cura*, Editora Summus Editorial, São Paulo, 1996.

Siegel, B., *Amor, Medicina e Milagres*, Editora Best Seller, São Paulo, 1989.

Simonton, O.C., Simonton, S.M. e Creighton, J.L., *Com a Vida de Novo*, Summus Editorial, São Paulo, 1987,

União Internacional contra o Câncer, *Manual de Oncologia Clínica*, Fundação Onocentro de São Paulo, 1999.

Von Franz, Marie-Louise, *C.G. Jung - Seu Mito em nossa Época*, Editora Cultrix, São Paulo, 1997.

Von Franz, Marie-Louise, *Reflexos da Alma*, Editora Pensamento, São Paulo, 1997.

Wheelwright, J.H., *Em Busca da Vida*, Editora Siciliano, São Paulo, 1994.

CONCEITOS – Teoria Analítica de Jung

Arquétipo: São elementos primordiais e estruturais da psique humana; são sistemas de prontidão para a ação e, ao mesmo tempo, imagens e emoções. São herdados junto com estruturas cerebral – constituem, de fato, o seu aspecto psíquico. Representam, de um lado, um poderoso conservadorismo instintivo e são, por outro lado, os meios mais eficazes que se pode de adaptação instintiva, são pois, essencialmente, a parte *ctônica* da psique ... aquela pela qual a psique se liga à natureza. Não se trata de idéias herdadas, mas de possibilidades herdadas das idéias. Não são aquisições individuais, mas, em geral, são comuns a todos os seres humanos.

Inconsciente Coletivo: Camada estrutural da psique humana que contém elementos herdados, distintos do inconsciente pessoal. O inconsciente coletivo contém toda a herança espiritual da evolução da humanidade, nascida novamente na estrutura cerebral de cada indivíduo.

Numinoso: Como numinosidade, deriva do latim *numinosun* e refere-se a um elemento ou efeito dinâmico, independente da vontade consciente. O ensinamento religioso, bem como o *consensus gentium*, sempre e em todo lugar, explica essa experiência atribuindo-a a causas externas ao indivíduo. O *numinosum* é ou uma qualidade que pertence a um objeto visível ou a influência de uma presença invisível que causa uma alteração peculiar da consciência.

Persona: O “eu” (freqüentemente os aspectos ideais de nós mesmos) que apresentamos ao mundo exterior. A persona é aquilo que na realidade não somos, mas aquilo que tanto nós como os outros pensamos que somos. A palavra persona significava a máscara usada pelos atores para indicar o papel que desempenhavam. Nesse nível, é tanto uma capa que protege, quanto uma vantagem no envolvimento com as outras pessoas. As sociedades civilizadas dependem das interações entre pessoas feitas através da persona.

Self: O arquétipo da totalidade e o centro regulador da psique; poder transpessoal que transcende o ego. Como conceito empírico, o *Self* designa toda gama de fenômenos psíquicos do homem. Expressa a unidade da personalidade como um todo, mas na medida

que a personalidade total, devido a seu componente inconsciente, pode apenas em parte tornar-se consciente, o conceito do *Self* é, em parte, só potencialmente empírico, e é, nessa medida, um postulado. Em outras palavras, abrange tanto aquilo que é passível de experiência, quanto aquilo que não o é (ou aquilo que não foi ainda objeto de experiência). É um conceito transcendente, pois pressupõe a existência de fatores inconscientes com bases empíricas, caracterizando, assim, uma entidade que pode ser descrita apenas em parte. O *Self* não é somente o centro, mas também a circunferência total, que abarca tanto o consciente quanto o inconsciente; é o centro dessa totalidade, assim como o ego é o centro da consciência.

Símbolo: A melhor expressão possível para algo desconhecido. Toda expressão psicológica é um símbolo se pressupormos que declara ou significa algo mais e algo diferente dela própria e que escapa ao nosso conhecimento atual. A formação de símbolos está continuamente ocorrendo dentro da psique, manifestando-se nas fantasias e nos sonhos. Na análise, depois de se esgotarem as explicações redutivas, reforça-se a formação do símbolo através da abordagem construtiva. O que se pretende é tornar a energia instintiva disponível para um trabalho significativo e para uma vida produtiva.

Sincronicidade: Fenômeno no qual um evento do mundo exterior coincide, significativamente, com um estado mental psicológico. A sincronicidade consiste em dois fatores: uma imagem inconsciente vem à consciência diretamente (literalmente) ou indiretamente (simbolizada ou sugerida), sob forma de um sonho, idéia ou premonição. Uma situação objetiva coincide com esse conteúdo. Uma é tão enigmática quanto a outra. A sincronicidade foi definida por Jung como um “princípio de conexão acausal, uma conexão essencialmente misteriosa entre psique pessoal e o mundo material, baseada no fato de que, no fundo, são apenas diferentes formas de energia.” (1991) Daryl .

ANEXOS

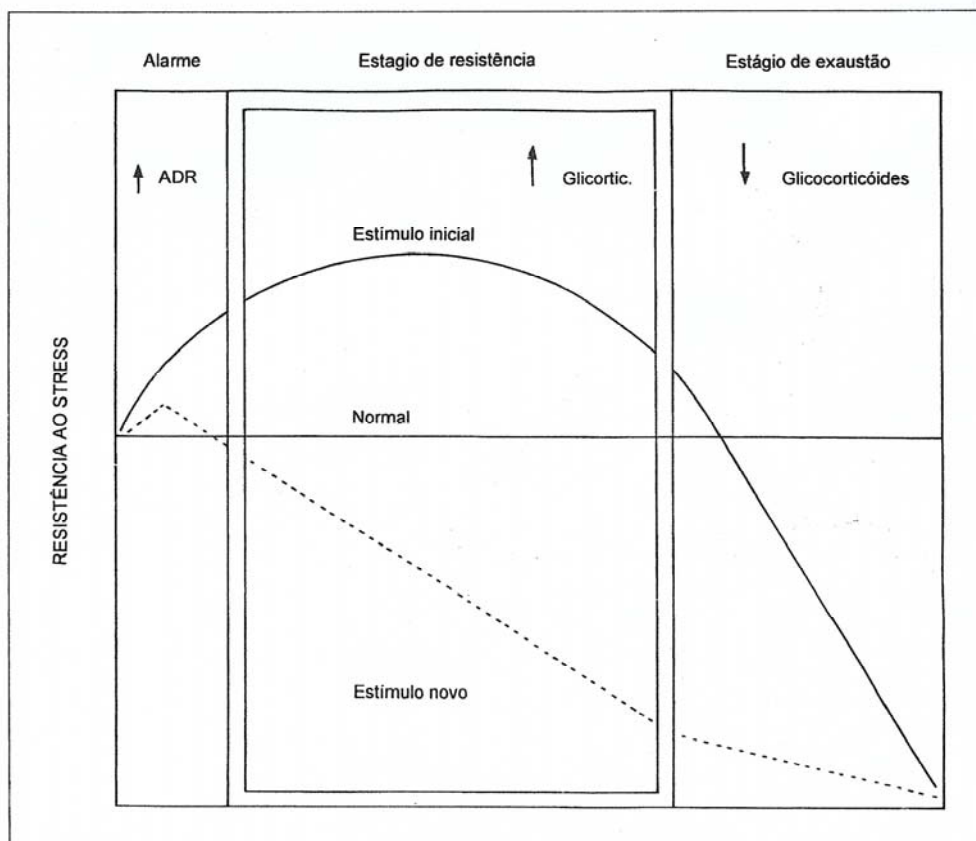


Fig. 7.3 — Síndrome da adaptação geral de Selye. Durante o estágio de resistência, a oposição aos efeitos do estímulo que desencadeou o estresse provoca uma queda da resistência a qualquer outro estímulo estressante que venha a ocorrer. A exposição prolongada ao estresse resulta, numa fase tardia, na queda da resistência a todo e qualquer estímulo. (Redesenhado de Gray, 1987.)

(Extraído do Livro *Psicofisiologia*, M.L. Brandão, 1995)

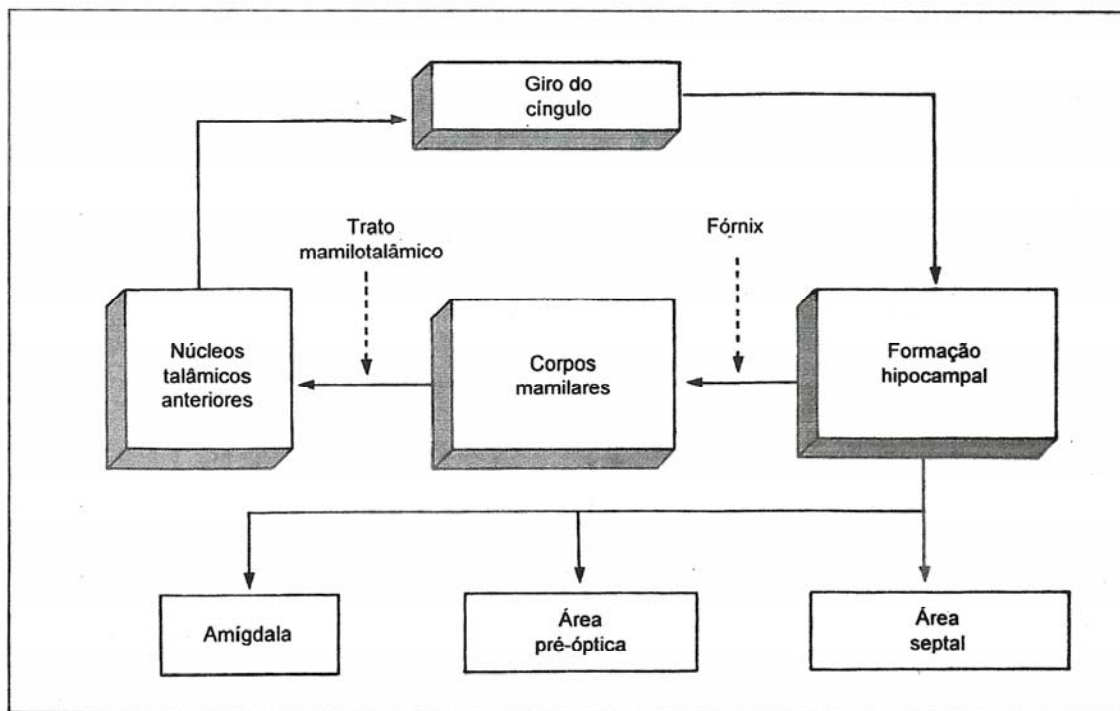


Fig. 7.2 — Circuito de Papez. As influências corticais são dirigidas para o hipotálamo através de conexões do giro do cíngulo à formação hipocampal. A informação processada pelo hipocampo desce pelo fórnix aos corpos mamilares do hipotálamo. O hipotálamo informa o giro do cíngulo da integração do comportamento emocional através de projeções que formam sinapses nos núcleos talâmicos anteriores. Conhecidas conexões anatomofuncionais com o septo, amígdala e área pré-óptica estão também representadas.

(Extraído do Livro *Psicofisiologia*, M.L. Brandão, 1995)

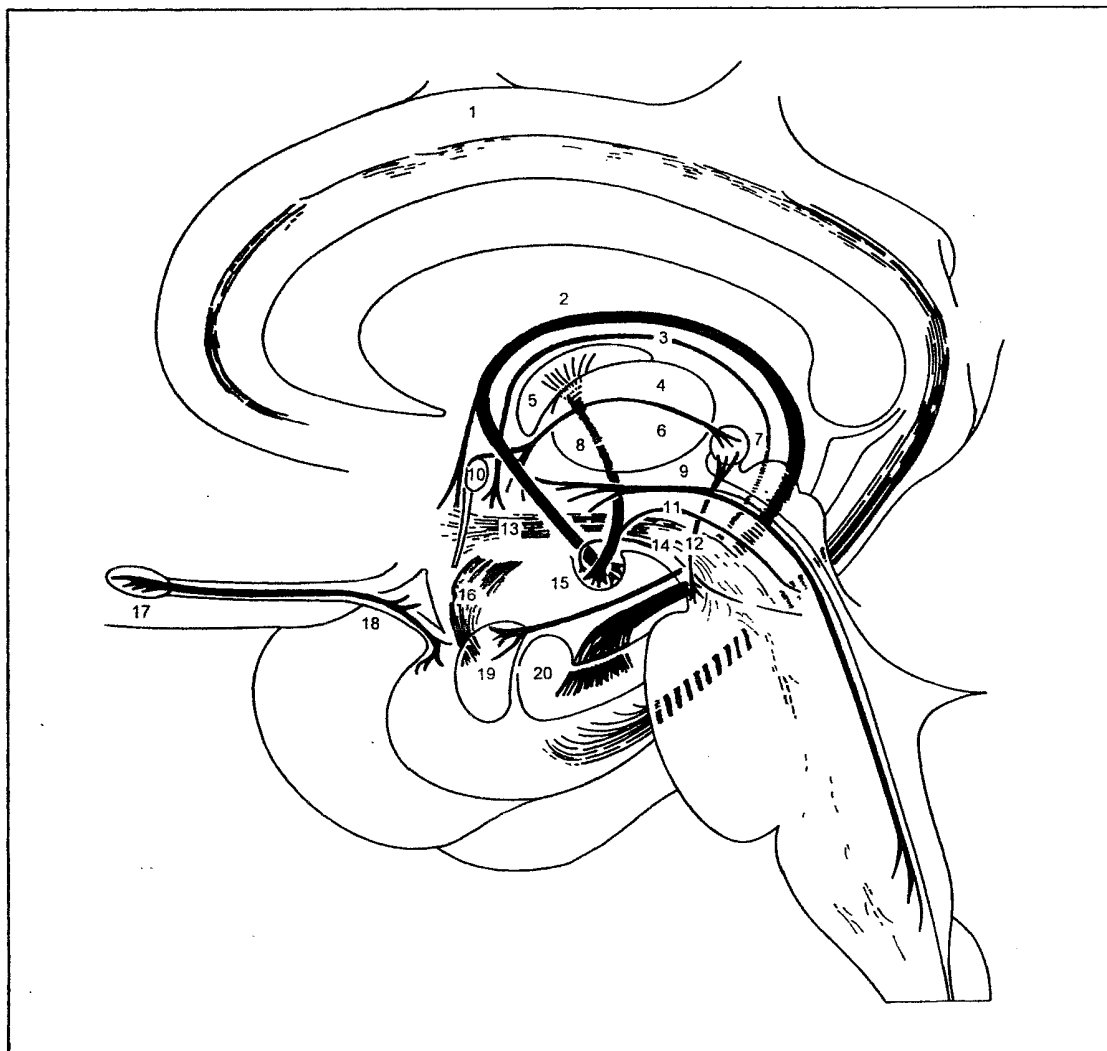


Fig. 7.4 — As múltiplas conexões entre as estruturas que compõem o sistema límbico. Notar o feixe prosencefálico medial (13) que liga o tronco cerebral, o sistema límbico e o neocórtex. 1 — Giro do cíngulo. 2 — Fórnix. 3 — Estria terminal. 4 — Estria medular do tálamo. 5 e 6 — Núcleos anterior e medial do tálamo. 7 — Habênula. 8 — Trato mamilotalâmico. 9 — Fascículo longitudinal dorsal. 10 — Comissura anterior. 11 — Trato mamilotegmental. 12 — Trato habênulo-interpeduncular. 13 — Feixe prosencefálico medial. 14 — Pedúnculo mamilar. 15 — Corpo mamilar. 16 — Ansa peduncularis. 17 — Bulbo olfatório. 18 — Estria olfatória. 19 — Amígdala. 20 — Hipocampo. (Reproduzido com permissão de Nieuwenhuys e colaboradores, 1988).

(Extraído do Livro *Psicofisiologia*, M.L. Brandão, 1995)

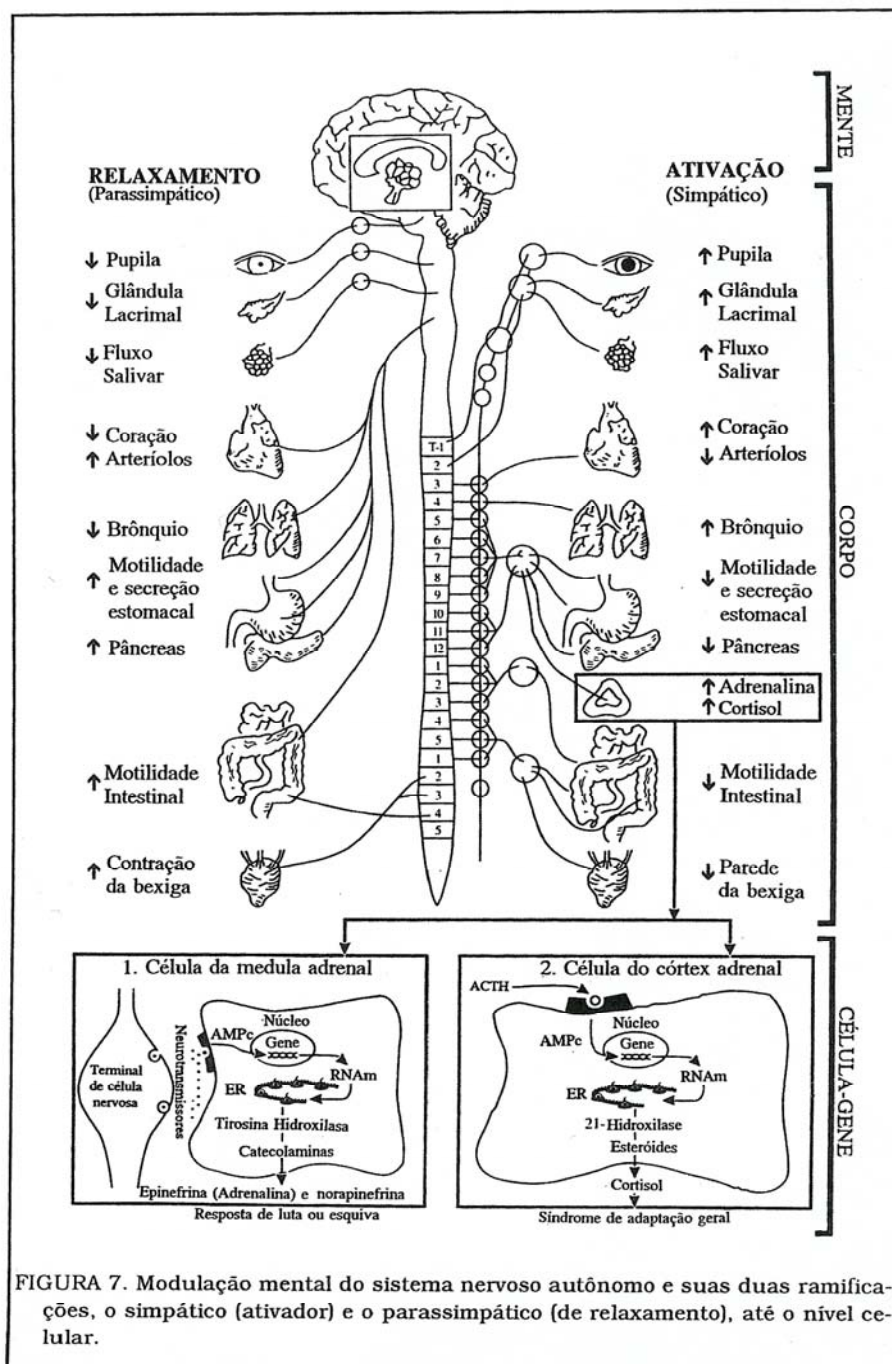
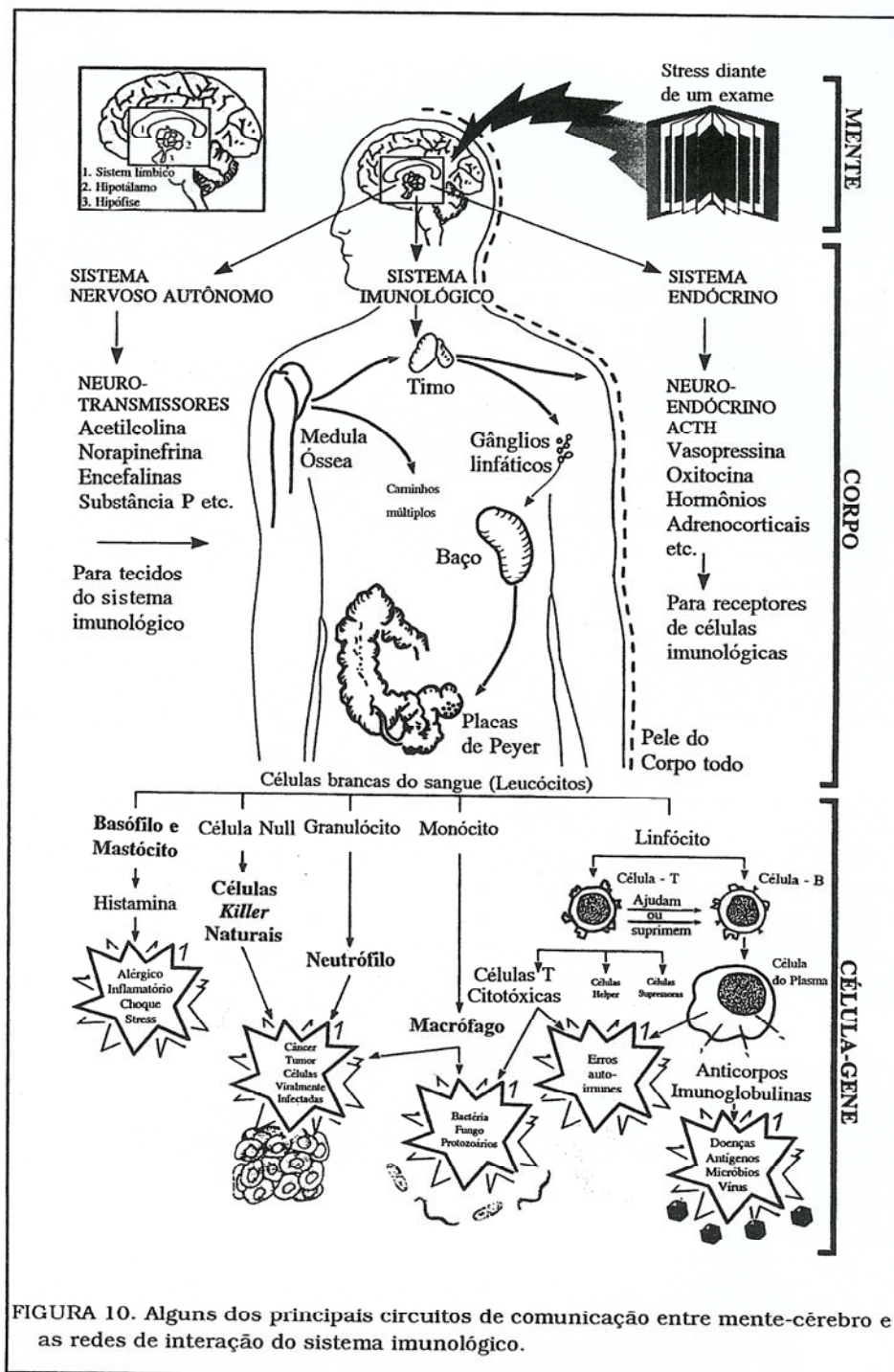


FIGURA 7. Modulação mental do sistema nervoso autônomo e suas duas ramificações, o simpático (ativador) e o parassimpático (de relaxamento), até o nível celular.

(Extraído do Livro *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo*, E.L.Rossi, 1997)



(Extraído do Livro *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo*, E.L.Rossi, 1997)

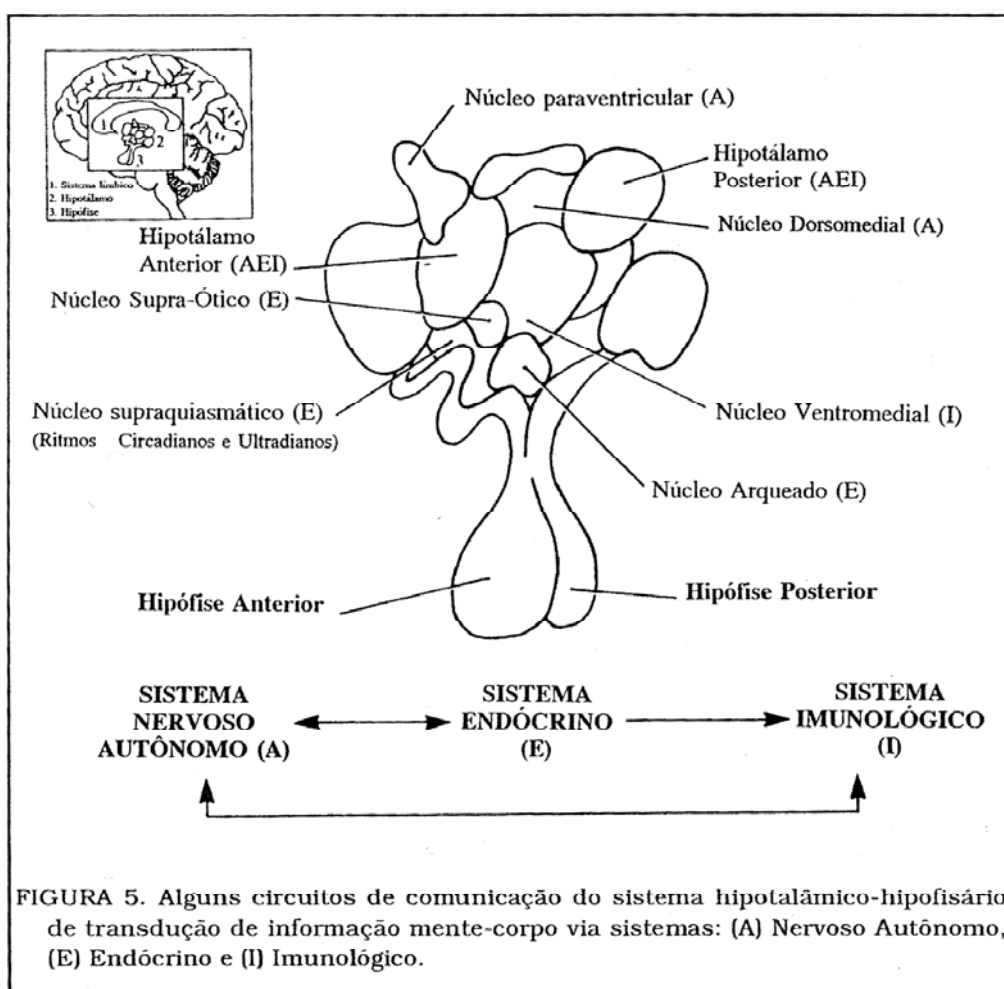


FIGURA 5. Alguns circuitos de comunicação do sistema hipotalâmico-hipofisário de transdução de informação mente-corpo via sistemas: (A) Nervoso Autônomo, (E) Endócrino e (I) Imunológico.

(Extraído do Livro *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo*, E.L.Rossi, 1997)

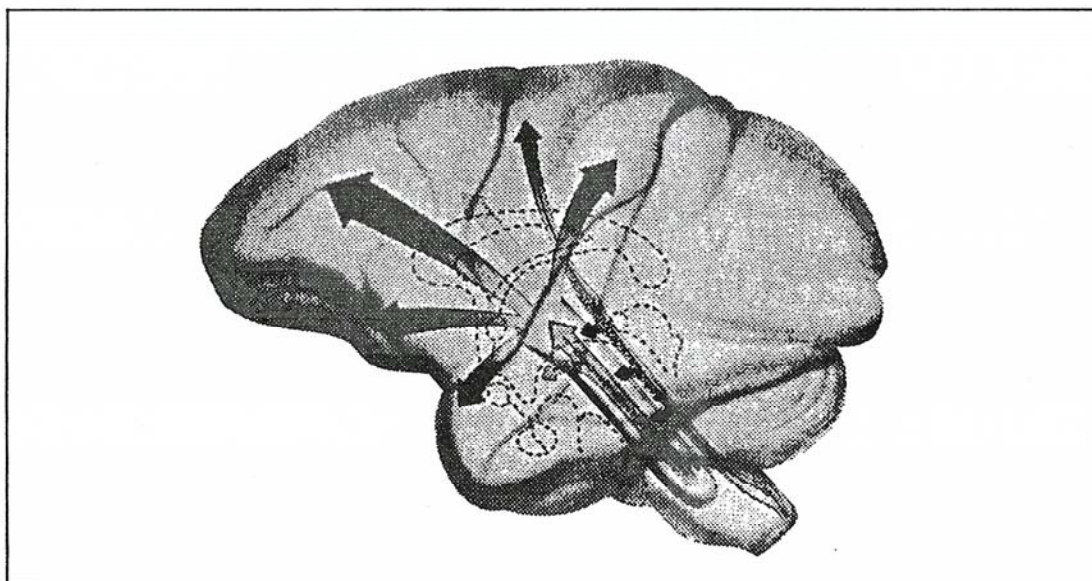


Fig. 9.1 — Diagrama da substância ativadora reticular ascendente (SARA) e suas principais conexões. Vias aferentes que ascendem a áreas corticais específicas enviam colaterais para a formação reticular. As eferências da formação reticular (SARA) são distribuídas difusamente para todas as áreas corticais (segundo Magoun, 1954). A partir de evidências obtidas desde esta data, sabemos que no seio da formação reticular estão imersos diversos núcleos contendo neurotransmissores específicos (dopamina, serotonina, noradrenalina) que não estão representados na figura. (Reproduzido de Magoun, 1954, com permissão.)

(Extraído do Livro *Psicofisiologia*, M.L. Brandão, 1995)

TABELA 6. Transdução de informação em comunicação mente-corpo. Algumas das maiores moléculas mensageiras dos sistemas nervoso autônomo, endócrino, imunológico e neuropeptídeo estão listadas na coluna "Canal".

Emissor	Canal	Receptor	Referências
AUTÔNOMO Sistema límbico-hipotalâmico tronco-medular, nervos espinais.	VIA CANAL NEURONAL NEUROTRANSMISSORES Aminoácidos: Aspártico Glutâmico etc. Monoaminas: Acetilcolina Catecolaminas Dopamina Norepinefrina Serotonina Neuropeptídeos: Endorfinas Somatostatina Substância P Óxido Nítrico Monóxido de carbono	Receptores Nos neurônios para todos os órgãos-alvo em ANS, coração, trato GI, pulmões, pupilas etc.	Bibliografia sobre hipnose Barber, 1984; Black, 1969; Braun, 1983a, b; Crasileck & Hall, 1985; Dunbar, 1954; Erickson, 1943a, b, 1977; Hudgins, 1933; Lewis & Sarbin, 1943; Olness & Conroy, 1985; Sternbach, 1982.
	VIA CANAL SANGÜÍNEO HORMÔNIOS Hormônio Liberador de Tireotropina (TRH) Hormônio Liberador de Gonadotropina (GnRH) Somatostatina Fator Liberador de Corticotropina (CRF) Hormônio Liberador do Hormônio do Crescimento (GHRH)	Receptores Hipófise	Bibliografia sobre hipnose Crasileck & Hall, 1985; Del-houngue & Hansen, 1927; Dunbar, 1954; Erickson, 1943a, b, c; Gorton, 1958; Kroger & Fezler, 1976; Wolberg, 1947.
ENDÓCRINO Hipotálamo			

(Extraído do Livro *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo*, E.L.Rossi, 1997)

TABELA 6 (Cont.)

Emissor	Canal	Receptor	Referências
ENDÓCRINO	VIA CANAL SANGÜÍNEO HORMÔNIOS	Receptores	Bibliografia sobre psicobiologia
Hipófise Anterior	Hormônio Adrenocorticotrófico - (ACTH) β -endorfina Hormônio Estimulante do Melanócito Prolactina Hormônio do Crescimento (GH) Hormônio Luteinizante (LH)	Glândulas no sistema endócrino: supra-renais, pâncreas, testículos, ovários, tireóide etc.	Besedovsky et al., 1985; Bulloch, 1985; Domangue et al., 1985; Pert et al., 1985; Rosenblatt, 1983; Stewart, 1981; Weiner, 1977.
Hipófise Posterior	Vasopressina Oxitocina Neurofina		
Entérico-Gastrintes- tinal	Polipeptídeo Vaso-ativo Intestinal (VIP) Colecistocina (CCK) Encefalinas Endorfinas Substância P Neurotensina Bombesina Secretina Glucagon Insulina Gastrina		

(Cont.)

(Extraído do Livro *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo*, E.L.Rossi, 1997)

TABELA 6 (Cont.)

Emissor	Canal	Receptor	Referências
IMUNOLÓGICO Órgãos como medula óssea, linfa, timo, baço, amígdalas etc.; linfócitos, células B e T, macrófagos, células exterminadoras naturais, neutrófilos etc.	VIA SANGUE E CANAIS LINFÁTICOS ACTH, TSH Endorfina Timosinas Linfocinas Interleucinas Interferon	Receptores Nos neurônios do hipotálamo e em outras áreas do cérebro, leucócitos no sangue, baço, timo, linfa, pele, trato GI: veias sanguíneas; glândulas endócrinas.	Bibliografia sobre hipnose Achterberg, 1985; Black, 1969; Ewin, 1974, 1992; Gould & Tisler, 1984; Gravit, 1981; Hall, 1982-83; Ikemi & Nakagawa, 1962; Mason, 1963; Schneider <i>et al.</i> , 1983; Spanos <i>et al.</i> , 1988, 1990; Ullman, 1947, 1959.
NEUROPEPTÍDEO DNA $\Rightarrow$ RNA $\Rightarrow$ Peptídeo no sistema límbico-hipotalâmico; trato GI e outros centros nodais	VIA NEURÔNIO, SANGUE, CANAL LINFÁTICO PEPTÍDEOS Hormônios Liberadores Hipotalâmicos P. ex., Somatostatina (crescimento) <i>Peptídeos da Hipófise</i> P. ex., ACTH (stress) β -endorfina (emoções) Vasopressina (memória) <i>Peptídeos Intestino-Cérebro</i> P. ex., Substância P (dor) Outros P. ex., Bradicinina (choque) Angiotensina II (pressão sanguínea)	Receptores Centros nodais nos sistemas límbico-hipotalâmico dorso-espinhal, periaqueduto cinza, testículos, ovários, gastrintestinal, imunológico e endócrino.	Bibliografia sobre hipnose e placebo Achterberg, 1985; Barber & Meyer, 1977; Domangue <i>et al.</i> , 1985; Goldstein & Hilgard, 1975; Hilgard, 1975; Hilgard, 1977; Hilgard & Hilgard, 1975; Olness, Wain & Ng, 1980; Rosenblatt, 1983; Rossi & Lippincott, 1992; Spruiell <i>et al.</i> , 1983.

(Extraído do Livro *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo*, E.L.Rossi, 1997)

TABELA 7. Transdução de informação dependente-de-estado do nível sociocultural ao genético-celular e algumas citações da bibliografia de pesquisa que epitomiza o foco básico em cada nível. (Adaptado de Rossi, 1990b)

SOCIOCULTURAL: "Esta dependência de contexto/estado tem também outros aspectos atraentes. Ela cria uma ponte entre um corpo crescente de trabalho; laboratorial em neurofisiologia e psicofarmacologia, por um lado, e estudos de campo etnológicos, por outro lado. Ela oferece uma solução melhor ao problema de racionalidade. Não é muito enfraquecida, pelo fato de que os relatos dos participantes de experiências rituais estão, geralmente, em confronto uns com os outros, e isso facilmente acomoda evidência de que as formas de alguns rituais mudam dramaticamente ao longo do tempo." (Kiefer & Cowan, 1979, p. 55)	Frank, 1963; Kiefer & Cowan, 1979; Reus <i>et al.</i>, 1979; Wallace, 1966.
MENTE-CORPO: "Uma vez que a experiência significativa emerge do comprometimento ou da união de (1) um estado ou nível particular de <i>aflorescimento</i> com (2) uma <i>interpretação</i> particular simbólica desse aflorescimento, a experiência é <i>ligada-ao-estado</i> e pode, pois, ser evocada ou por induzir — "naturalmente", hipnoticamente ou com o auxílio de drogas — o nível particular de aflorescimento, ou por apresentar algum símbolo de sua interpretação, tal como uma imagem, melodia ou sabor" (Fischer & Landon, 1972, p. 159). "É interessante notar que os hormônios que se sabe representarem papéis importantes na regulação homeostática podem também desempenhar um papel importante na regulação da memória. Talvez isso não seja surpreendente em vista do papel central de memória em adaptação. (McGaugh <i>et al.</i>, 1984, p. 349)	Fischer, 1971a-c; Gold, Weinberger & Sternberg, 1985; Izquierdo, 1984, 1989; Izquierdo <i>et al.</i>, 1984, 1989a, b; McGaugh, 1983, 1989; McGaugh <i>et al.</i>, 1984; Rígter & Crabbe, 1979; Zornetzer, 1978.
CÉREBRO-CORPO: "Os estudos de fisiologia dependente-de-estado não são meramente descritivos; eles são essenciais para uma completa caracterização dos mecanismos celular e molecular, subjacentes à fisiologia regulatória" (Lydic, 1987, p. 6). "Um grande esquema conceitual em neurociência tem sido elaborado pela compreensão de que a função cerebral é modulada por numerosos elementos químicos em adição aos neurotransmissores clássicos. Muitas dessas substâncias informacionais são neuropeptídeos, originalmente estudados em outros contextos como hormônios, 'peptídeos viscerais', ou fatores de crescimento. Seu número, hoje, passa de 50 e mais, se não todos, alteram o comportamento e os estados de ânimo... Os neuropeptídeos e seus receptores, pois, unem cérebro, glândulas e sistema imunológico em uma rede de comunicação entre cérebro e corpo, provavelmente representando os substratos bioquímicos da emoção." (Pert <i>et al.</i>, 1985, p. 820s)	Bergland, 1985; Brush & Levine, 1989; Fackelmann, 1991; Lydic, 1987; Pert <i>et al.</i>, 1985; Schmidt, 1984, 1986; Weingartner, 1978, 1986.
GENÉTICO-CELULAR: "A expressão transitória dos genes foi observada em respostas fisiológicas ao estímulo, tal como choque térmico e hormônios... Essas observações sugerem que aprendizagem e memória, como outros processos de diferenciação celular, podem envolver um fluxo de informação de receptores da membrana ao genoma... Identificando esses genes modulados pela aprendizagem, deveria ser possível caracterizar o sistema de sinalização citoplasmático e, talvez, nuclear que induzem esses eventos." (Goelet & Kandel, 1986, pp. 496-498)	Barinaga, 1992a, b; Goelet & Kandel, 1986; Kandel, 1976, 1989; Kandel & Schwartz, 1985.

(Extraído do Livro *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo*, E.L.Rossi, 1997)

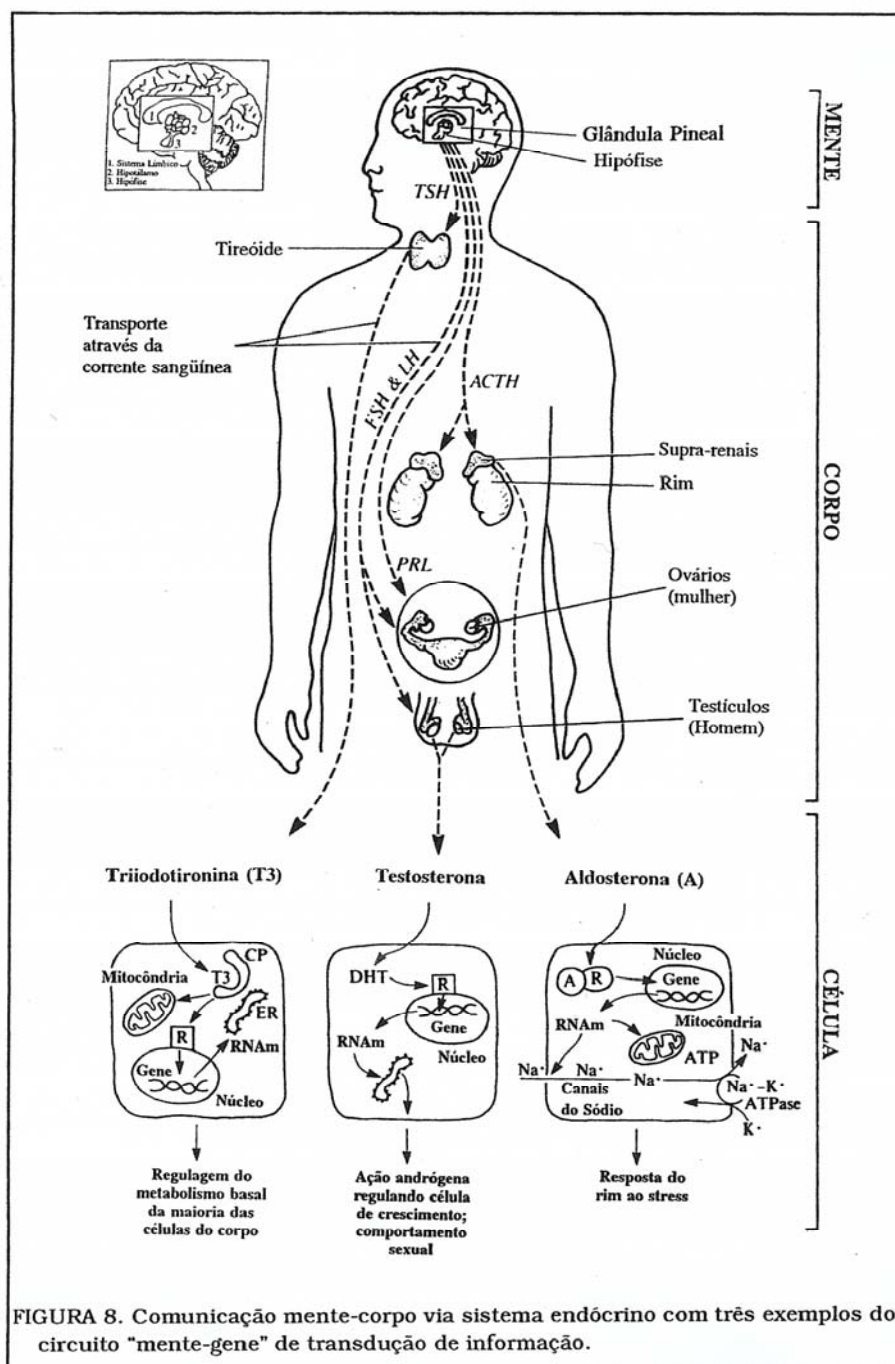


FIGURA 8. Comunicação mente-corpo via sistema endócrino com três exemplos do circuito "mente-gene" de transdução de informação.

(Extraído do Livro *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo*, E.L.Rossi, 1997)

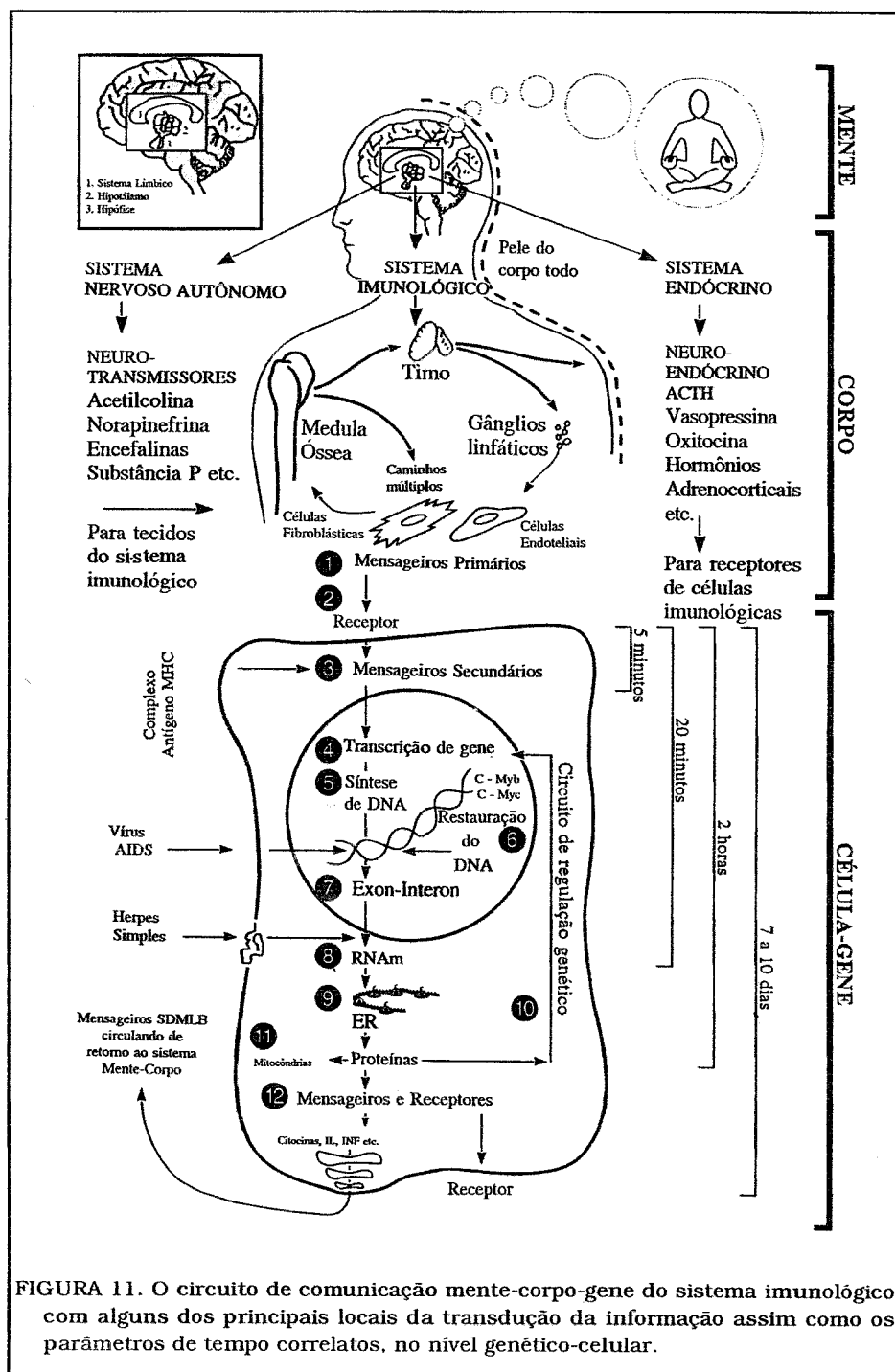


FIGURA 11. O circuito de comunicação mente-corpo-gene do sistema imunológico com alguns dos principais locais da transdução da informação assim como os parâmetros de tempo correlatos, no nível genético-celular.

(Extraído do Livro *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo*, E.L.Rossi, 1997)

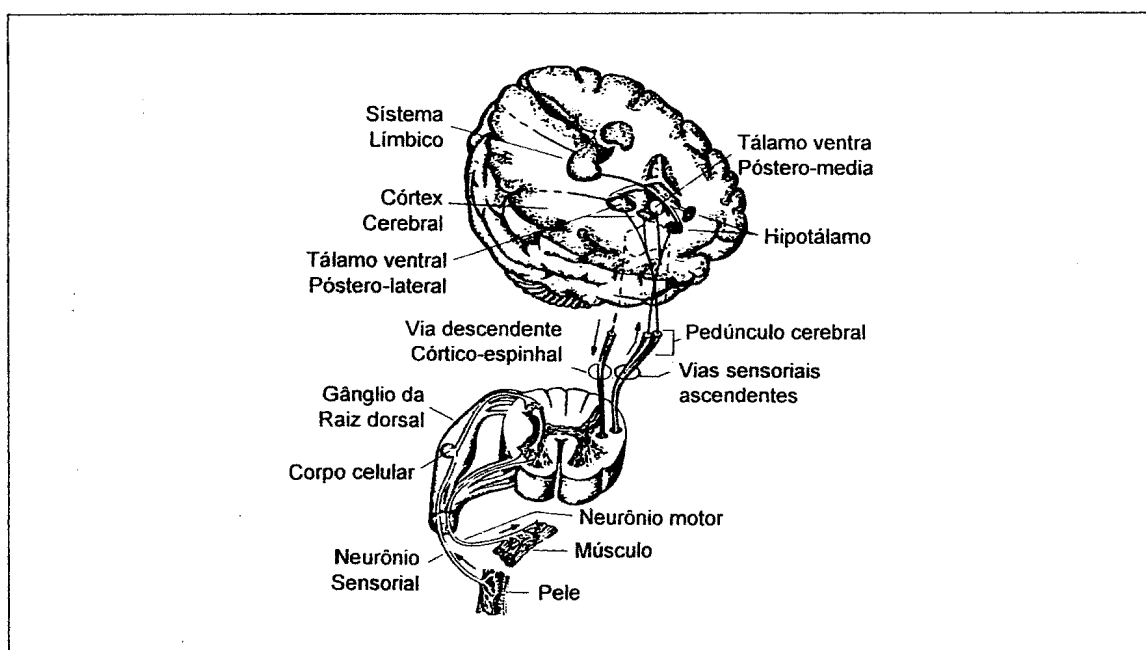


Fig. 2.1 — Esquema de um arco reflexo complexo envolvendo o córtex cerebral. Um estímulo na pele é captado por receptores sensitivos, levando à produção de potenciais de ação que irão trafegar até a medula espinhal via neurônio sensitivo. A seguir serão transmitidos ao tálamo pelas vias sensoriais ascendentes. Do tálamo, os estímulos são distribuídos para diferentes regiões do córtex, onde serão analisados com relação à sua localização, intensidade e qualidade. A resposta trafegará até o neurônio motor medular através de vias descendentes. A contração muscular será produzida pela descarga do neurônio motor nas junções neuromusculares. As setas indicam o sentido de propagação do potencial de ação. Acrescente-se que o reflexo de retirada prescinde do córtex cerebral, embora possa ser modulado por ele.

(Extraído do Livro *Psicofisiologia*, M.L. Brandão, 1995)

(Extraído do Livro *Fisiologia das Emoções*, Raul Marino Jr., Editora Sarvier, 1995)

FORMAÇÃO RETICULAR

É bastante primitiva filogeneticamente, originando-se da substância cinzenta circunjacente ao canal central. Divide-se nas seguintes regiões: bulbar, pontina, mesencefálica e talâmica. No tálamo é representada pelos núcleos intralaminares e da linha média (incluindo o núcleo reticular). A região septal, às vezes, é também considerada como a extremidade distal da formação reticular.

A formação reticular é o agente coordenador central do encéfalo, sendo responsável pelas comutações, modulando o despertar, o condicionamento e o controle geral de todas as funções cerebrais. Essa formação tem outras funções além da integração do sistema límbico, como :

1. Controle do sono e despertar
2. Controle motor tônico e fásico
3. Modificação da recepção, condução e integração de todos os impulsos sensitivos.
4. Controle direto das funções viscerais.

ÁREAS LÍMBICAS DO NEOCÓRTEX

I. NEOCÓRTEX TEMPORAL: Além de suas conexões auditivas específicas, estabelece conexões com:

1. Hipocampo e amígdala, e a partir destes com o septo, hipotálamo e substância reticular.
2. Núcleos talâmicos: lateralis posterior, intralaminaris e grupo intralaminar .
3. Sistema extrapiramidal.
4. Tegmento mesencefálico.
5. Lobo frontal, através do fascículo uncinado.

II. CÓRTEX ÓRBITO FRONTAL: Estabelece conexões principalmente com o núcleo dorsomedial do tálamo e com o hipotálamo e formação reticular através do fascículo longitudinal do telencéfalo, o qual se inicia nesta região, dirigindo-se caudalmente à substância reticular. O córtex medial frontal se projeta volumosamente via feixe cíngulo em direção ao hipocampo.

III. CÓRTEX do GIRO CÍNGULO: Compõe-se de uma parte anterior ou agranular (tipo motor, área 24 ou LA) e uma posterior ou granular (tipo sensitivo, área 23 ou LC). Suas conexões se fazem através do feixe cíngulo. Recebe aferentes dos núcleos anteriores do tálamo (AM, AV, e AO), do núcleo dorsal lateral (OL) e do córtex límbico e neocórtex adjacente.

Projeta-se aos núcleos talâmicos anteriores e a outros núcleos talâmicos. Projeta-se também ao hipocampo via feixe cíngulo, ao hipotálamo, ao núcleo caudado, globo pálido, ao neocórtex adjacente e através de uma via difusa alcança o tronco encefálico.

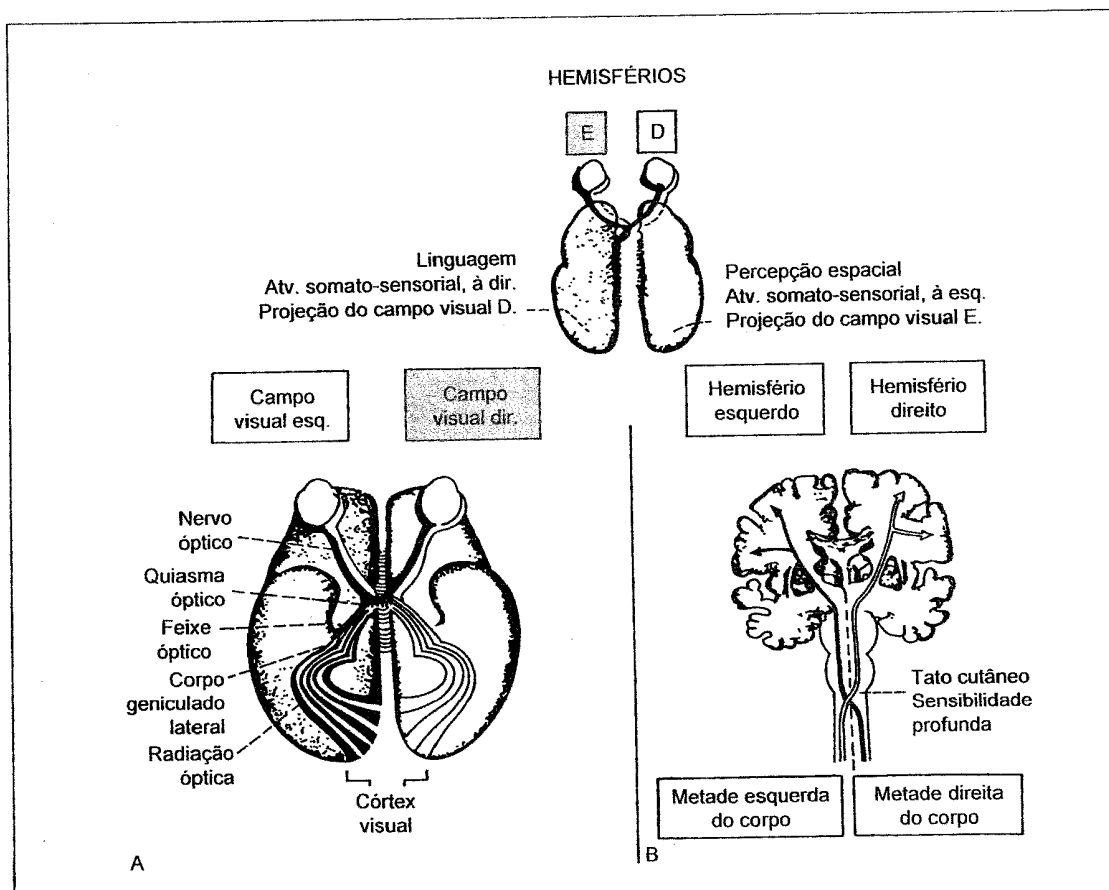


Fig. 10.1 — Na parte de cima, alguns aspectos da lateralização hemisférica de funções. Informações visuais do campo de visão esquerdo (E) são projetadas no hemisfério direito e informações do campo visual direito (D) são projetadas no hemisfério esquerdo. O hemisfério esquerdo (sombreado) é especializado na linguagem, recebe informações e processa as atividades (atu.) somatossensoriais do lado direito do corpo. O hemisfério direito é especializado na percepção espacial, recebe informações e processa as atividades somatossensoriais do lado esquerdo do corpo. **A** — Percurso das informações visuais nos hemisférios esquerdo e direito a partir da retina. As projeções da retina temporal de cada olho atingem o hemisfério do mesmo lado, e as projeções da retina nasal alancam o córtex visual contralateral, uma vez que suas fibras nervosas cruzam de hemisfério pelo quiasma ótico. Assim, os estímulos apresentados no campo visual esquerdo de cada olho projetam-se no hemisfério direito, e os estímulos apresentados no campo visual direito de cada olho projetam-se no córtex visual esquerdo. **B** — As vias que levam as informações táteis para o cérebro cruzam para o lado oposto, ao nível do tronco cerebral, ou seja, o hemisfério esquerdo recebe informações do lado direito do corpo e o hemisfério direito recebe aquelas aplicadas ao lado esquerdo. Se o corpo caloso está intacto, a imagem de um único campo visual ou a sensação tátil aplicada a um lado do corpo pode alcançar secundariamente o hemisfério ipsilateral.

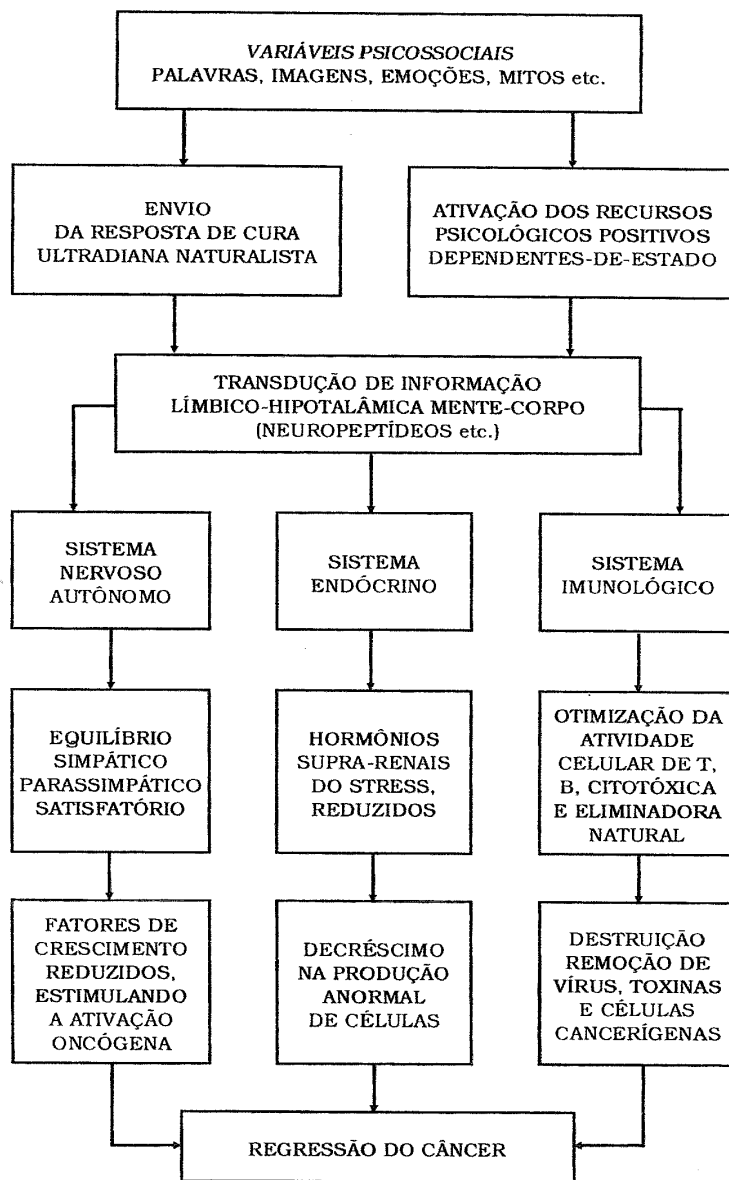
(Extraído do Livro *Psicofisiologia*, M.L. Brandão, 1995)

TABELA 4 . As múltiplas funções de alguns hormônios que possuem ações correlativas na mente e no corpo

1. Como descrito antes, Selye descobriu que o *fator de liberação de corticotropina* (CRF) é um hormônio hipotalâmico, que medeia a liberação de ACTH pela hipófise, o que, em troca, ordena ao córtex supra-renal do corpo para liberar cortisol na corrente sanguínea. Este é o papel tradicional dos hormônios agindo como receptores nas células dos órgãos do corpo, como descrito pela endocrinologia clássica. Entretanto, recentemente se descobriu que há receptores para CRF e para ACTH nas células do cérebro, que podem mediar o comportamento tipo stress e as variáveis psicológicas, tais como atenção, memória e aprendizado (Izquierdo, 1984; McGaugh, 1983; Rigter & Crabbe, 1979).
2. A *colecistocinina* (CCK) é um hormônio que é ativado no esôfago, na boca do intestino delgado. Ela modula a contração da vesícula biliar, a enzima do pâncreas e motilidade do trato gastrointestinal. Os receptores para CCK também existem nas células do cérebro, entretanto, quando controla a saciedade (provavelmente por sua ação nos centros de controle do hipotálamo). Assim, ela pode vir a ser importante no tratamento da obesidade (Kissilef *et al.*, 1981). Isso, com certeza, sugere também uma rota psicobiológica pela qual a mente pode modular o apetite. Candace Pert (1986), Chefe de Bioquímica Cerebral no Instituto Nacional de Saúde Mental, questiona que o CCK também pode mediar o que as pessoas querem dizer, quando falam de "sensações viscerais".
3. A *insulina* era antes conhecida como uma secreção normal do pâncreas, envolvida no metabolismo dos carboidratos por aumentar a assimilação de glicose pelo coração, músculo, fígado, tecido adiposo etc. Novos estudos fisiológicos de seus receptores no cérebro, bem como estudos de comportamento, indicam que ela modula o comportamento alimentar com efeitos diretos nos capilares cerebrais (Pert *et al.*, 1985).
4. O *hormônio liberador de gonadotrofina* (GnRH), do hipotálamo, estimula a liberação dos hormônios da hipófise como a gonadotropifina, hormônio luteinizante (LH) e hormônio foliculo-estimulante (FSH), que, por sua vez, estimulam o crescimento e regulam os processos de fisiologia sexual. Quando os receptores em cérebro de ratos são ativados pelo GnRH, eles apresentam comportamento e postura sexuais.
5. A *vasopressina*, ou *hormônio antidiurético* (ADH), é liberada da hipófise posterior, quando ela recebe sinais posteriores do hipotálamo. Em endocrinologia clássica, a vasopressina foi estudada por regular a ação dos rins, equilíbrio dos líquidos e fluxo da urina. Hoje, ela é reconhecida por seus efeitos como vasoconstritor, regulando o fluxo sanguíneo. Quando os receptores celulares do cérebro são ativados, entretanto, a vasopressina tem o papel de fortalecer a memória e o aprendizado (McGaugh, 1983). Há também uma ligação entre os ritmos circadianos e os níveis de ADH no fluido cerebrospinal. Todas essas pesquisas sugerem que os diferentes níveis de aprendizagem e memória, que ocorrem no ciclo de 24 horas, podem estar ligados às flutuações do ADH em seu acesso a muitos tecidos diferentes do cérebro.

(Extraído do Livro *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo*, E.L.Rossi, 1997)

QUADRO 3. Um modelo psicobiológico para facilitar a terapia do câncer



(Extraído do Livro *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo*, E.L.Rossi, 1997)