

Aspectos Psíquicos das Cefaléias Primárias

Selma Rumiko Tsuji*

Deusvenir de Souza Carvalho**

RESUMO

Houve aumento importante no conhecimento da neurociência quanto aos componentes neuroanômicos, químicos e fisiológicos das cefaléias, com possibilidades diagnósticas e terapêuticas padronizadas. Do ponto de vista neuroquímico, preconiza-se o uso de medicações, entre outros, com mecanismos de atuação nos diferentes neurotransmissores: inibidores de recaptção de noradrenalina e serotonina, agonistas gabaérgicos, e antagonistas dopaminérgicos atípicos. Ao mesmo tempo, é vasto o número de estudos na literatura que detectam variáveis psíquicas de ansiedade, depressão, raiva e agressividade com abordagens quantitativas e qualitativas, e estudos clínicos científicos que associam o estresse e seus mecanismos na alteração da homeostase que alertam sobre a evolução crônica, caso não sejam manejadas adequadamente. Como o médico clínico ou o especialista em neurologia e especialmente o cefaliatra utilizarão estes conhecimentos de forma holística? Neste estudo, é enfocada a controvérsia na classificação diagnóstica das cefaléias primárias ao longo dos anos; a história do dualismo corpo e alma na história da medicina e que herdamos no ensino médico tradicional; a teoria do estresse no desencadeamento de sintomas físicos e psíquicos e a teoria psicanalítica correlacionada à formação dos sintomas de cefaléia. É abordada a necessidade de temas de psicologia no ensino médico desde o início da graduação e com prosseguimento na vida pós-acadêmica do médico em suas diferentes especialidades, por cursos de educação continuada, simpósios, congressos, etc. O objetivo é o acesso do médico ao psiquismo do paciente e desenvolvimento de sua função de ouvir, captar, entender e conter as angústias do paciente de forma global. Unitermos: Cefaléia primária, aspectos psíquicos, estresse, homeostase, biopsicossocial.

Introdução

A cefaléia ou dor de cabeça acompanha o homem desde os primórdios, sendo motivo de estudo e pesquisas pelas repercussões na vida do sofredor e controvérsias na caracterização clínica, diagnóstica e terapêutica.

Estudos epidemiológicos recentes apontam para prevalência de cefaléia, ao longo da vida, de aproximadamente 84% para mulheres e de 70% para homens^{1,2}. A incidência é de aproximadamente 5% para a cefaléia diária crônica (CDH) e destes, 90% são mulheres e 10,1%, homens; 47,2% da população com CDH apresenta cefaléia tipo tensional crônica (CTTH), com incidência de 2,2%; a população com CDH 2,2% apresenta cefaléia diária nova persistente

(NDPH) com incidência de 0,1%; 50,6% de toda população com CDH apresenta migrânea transformada (TM), com incidência de 2,4% e, destes, 89%, do sexo feminino². A incidência de cefaléia para todas as idades é de 8,7% para mulheres e 1% para homens, sendo que entre os 30-40 anos de idade aumenta para 10%².

Quanto à escolaridade, 6,5% freqüentaram menos que o ensino médio; 31,4%, o ensino médio; 25,4%, mais que o ensino médio; 22,9%, o nível universitário e 13,9%, a pós-graduação³.

A maioria dos sofredores não procura tratamento, assim, o número real de indivíduos com cefaléia é muito mais alto. Dado a freqüência de cefaléias recorrentes ser elevada, elas representam um problema de saúde significativo.

* Pós-graduanda de Doutorado do Departamento de Medicina Interna e Terapêutica da Unifesp-EPM. Médica Psiquiatra do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital de Clínicas I da Faculdade de Medicina de Marília.

** Médico Neurologista. Docente e Chefe do Setor de Investigação e Tratamento das Cefaléias da Disciplina de Neurologia do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Escola Paulista de Medicina – Unifesp-EPM.

Na prática médica, à medida que os conhecimentos e descobertas físico-químicas e bacteriológicas evoluíram, os temas relacionados às condições de vida dos doentes e os fatores emocionais permaneceram fora do campo científico⁴. Na neurologia, com a explosão de conhecimentos em neurociências, a neuroquímica e a neurofisiologia ficaram mais relevantes. Entretanto, persiste controvérsia quanto ao papel dos aspectos psíquicos nas cefaléias, sendo evidente pelo uso de diferentes terminologias, classificações diagnósticas, estudos para detecção de variáveis psíquicas e orientações terapêuticas medicamentosas com uso de psicofármacos. Nesses estudos geralmente não são abordados o processo do adoecer do indivíduo, a interação mente e corpo na situação de estresse e o significado dos sintomas para o paciente. Não existem questionamentos por que o médico não consegue entender o paciente holisticamente. Talvez seja necessário o entendimento prévio sobre a história da medicina para a localização de onde se encontra a atual medicina moderna, como se dá a formação do sintoma clínico e a postura na relação médico-paciente, para então possibilitar o entendimento e atendimento do paciente segundo o modelo biopsicossocial.

Dados de literatura

Existem diferentes tipos de estudos, com qualidade metodológica variável, quanto a aspectos psíquicos relacionados às cefaléias no banco de dados Medline no período de 1991 a 2002. São estudos que abordam a prevalência e incidência das cefaléias e aspectos demográficos^{1,3}; estudos quantitativos para correlacionar o estresse da vida diária com as cefaléias, em laboratório e no meio ambiente natural, por meio de aplicações de questionários⁵; estudos transversais para detecção de aspectos demográficos e fatores etiológicos⁶; estudos para detectar a relação de situações menores de estresse diário com características de personalidade para aparecimento, manutenção e agravamento de cefaléias⁷; estudos transversais com aplicações de questionários estruturados para detecção das variáveis psíquicas como ansiedade – depressão – raiva, expressas ou reprimidas, em pacientes com cefaléia, mas sem definição clara como estas variáveis interagem na causa e nos mecanismos psicofisiopatológicos⁸⁻¹⁰; estudo de revisão sobre a importância da autocrítica pessoal do indivíduo na manifestação da cefaléia, nos sintomas psicológicos, na participação ativa nas opções de tratamento e os recursos para manejo e

elaboração^{10,11}; orientações práticas de diagnóstico clínico e terapêutico com conduta de manejo situacional e medicamentoso¹².

Classificação das cefaléias primárias

Dentro das diferentes etiologias das cefaléias, a denominação Cefaléia Psicogênica evidencia a controvérsia tanto para os pacientes como para os profissionais, sendo usada incorretamente como fator etiológico. Esse termo aparece na classificação de 1962, para definir a cefaléia de pacientes com acompanhamento de aspectos psicológicos anormais. Na sistematização de 1987 era classificada como cefaléia psicogênica, cefaléia conversiva e cefaléia paranóide, sendo retirada da classificação por consenso de cefaliatras presentes no III Congresso da Sociedade Internacional de Cefaléia¹³. Em 1988, na classificação da International Headache Society – IHS (Tabela 1), a cefaléia acompanhada de aspectos psicogênicos é classificada no item 2, e compreende as várias terminologias encontradas na literatura: cefaléia de contração muscular, cefaléia de tensão, cefaléia psicomiogênica, cefaléia de estresse, cefaléia comum, cefaléia essencial, cefaléia idiopática^{13,14}.

Tabela 1 Principais itens e subitens das cefaléias na classificação da International Headache Society de 1988 (cefaléias primárias)

Cefaléias primárias
1 - Enxaqueca (ou migrânea)
2 - Cefaléia tipo tensional
2.1 - Cefaléia tipo tensional episódica
2.1.1 - Cefaléia tipo tensional episódica associada a distúrbio muscular pericraniano
2.1.2 - Cefaléia tipo tensional episódica não associada a distúrbio muscular pericraniano
2.2 - Cefaléia tipo tensional crônica
2.2.1 - Cefaléia tipo tensional crônica associada a distúrbio muscular pericraniano
2.2.2 - Cefaléia tipo tensional crônica não associada a distúrbio muscular pericraniano
3 - Cefaléias em salvas e hemicrânia paroxística crônica
4 - Cefaléias diversas não associadas a lesões estruturais

História do dualismo mente e corpo

Para o entendimento holístico do indivíduo que adoecer, é necessário o conhecimento prévio de conceituações da interação mente e corpo que a medicina herdou ao longo de sua existência⁴.

O conceito dualista desaparece e psique ou corpo e alma aparece desde aproximadamente 500 anos a.C., quando, no campo da filosofia, Anaxágoras fez a

distinção. Esse conceito manteve-se até 384-322 anos a.C. quando Aristóteles retomou a idéia de que a alma dá forma ao corpo, e com estreita unidade com o psiquismo. Neste pensamento, a alma era o próprio corpo manifestado na sua potência de autonutrição, crescimento e até decadência. Não era entidade adicionada ao corpo, mas coexistente com ele⁴.

Nessa fase, paralelamente na área médica, Heracleitus foi o primeiro a sugerir que um estado corporal estático e imutável não era condição natural, mas que a capacidade de realizar mudanças constantes era intrínseca a todas as coisas. Aproximadamente em 400 a.C., Hipócrates equacionou a saúde a um equilíbrio harmonioso de elementos e qualidade de vida, e a doença a uma desarmonia sistemática desses elementos. Hipócrates sugeriu também que os fatores que levavam à desarmonia da doença eram originárias de forças naturais ao invés de sobrenaturais e que as forças de reação ou adaptativas também eram naturais^{15,16}.

Na Idade Média Cristã, a igreja proibia a dissecação de cadáveres ao considerar o corpo do homem o vaso de seu espírito e sagrado. O corpo era símbolo da divindade encarnada⁴. No Renascimento e Idade Moderna, o corpo era visto como degradado, mas ainda considerado criação divina^{4,16}. Paralelamente, Thomas Sydenham ampliou os conceitos de doença de Hipócrates, quando sugeriu que a resposta adaptativa de um indivíduo às forças poderiam por si só produzir alterações patológicas¹⁵.

No século II, Galeno, um médico belga, alterou as concepções tradicionais de anatomia ao desafiar os preconceitos e estudar cadáveres. A partir do século XVII, ocorre a profanação do corpo pelo olhar, culminando com Galileu que estabeleceu métodos clássicos experimentais com a retirada gradativa do componente religioso. O corpo passa a ser objeto da ciência^{4,16}.

René Descartes posiciona-se no ponto intermediário entre os unicistas e dualistas, onde o corpo e alma se unificam na glândula pineal. Considerava a hipófise o intérprete da alma que recebe todas as informações que provêm do corpo, ao mesmo tempo que transmite ao corpo todas as ordens da alma. Descartes expõe as diferenças e interações entre corpo e alma. As diferenças fundamentais seriam a natureza divisível do corpo (membros, órgãos, ossos, nervos, veias, sangue, pele), com possibilidade de existência e mobilidade independente, e a indivisibilidade da alma. Essa forma de conceber o homem permeou e permeia a fundamentação

doutrinária da medicina, psicologia e psiquiatria modernas. Descartes tentou demonstrar pela razão a existência da alma e legitimou o estudo da psicologia sem embasamento biológico. Esta visão “dualista psicofísica interacionista” de Descartes possibilitou a visão das doenças como desarranjos da máquina corporal. Possibilitou o crescimento dos conhecimentos científicos nas áreas de anatomia patológica, fisiologia, fisiopatologia, reprodução, locomoção e conceito reflexo. Para Descartes a função da alma seria o pensamento e responsabilizou o cérebro como fonte das emoções^{4,16}.

Foi na psiquiatria que as conseqüências ideológicas do dualismo psicofísico foi mais notado, ora observando mais o “psicologismo”, ora o “organicismo”, com reflexo em todas as áreas da medicina. Para superar esse dualismo, criaram-se termos como biopsicossocial ou psicobiossocial. Observaram-se inicialmente o corpo e alma, e posteriormente mente e cérebro⁴.

No século XIX, Claude Bernard ampliou a noção de harmonia ou estado de equilíbrio quando introduziu o conceito de meio interno, ou o princípio de um equilíbrio fisiológico dinâmico interno¹⁵.

Freud, de 1856 a 1939, nas conceituações de Séries Complementares, mostrava claramente idéias interacionistas. Em 1881, rompe abertamente com a medicina oficial centrada nas idéias de que as enfermidades mentais eram decorrentes basicamente de causas físicas e alterações cerebrais para fundar uma Psiquiatria Dinâmica. Em 1917, Groddeck define: “corpo e alma são algo em comum, onde se encontra um *Id*, uma forma pela qual somos vividos, enquanto cremos viver. O *Id* se mantém em misteriosa conexão com a sexualidade, o *Eros*, ou qualquer outro nome que se queira dar, forma tanto o nariz como a mão do ser humano, assim como seus pensamentos e sentimentos. Manifesta-se tanto na pneumonia ou no câncer, como na neurose obsessiva ou na histeria. Tanto a histeria ou doença cardíaca ou o câncer são objetos de tratamento psicanalítico”¹⁶.

Na medicina moderna, o pensamento do filósofo Xavier Zubiri, provavelmente definiria melhor como compreender humanisticamente o ser humano, em que o homem não tem psique e organismo, porque é psicoorgânico. A psicologia médica integra as atividades somáticas e psíquicas mediante o conceito de personalidade. Isso facilitará ao médico a compreensão da problemática que o homem enfermo lhe proporciona diariamente na clínica, já que ele é o autor e o ator da própria vida. O psiquismo não se restringe somente ao cérebro nem somente ao sistema nervoso.

Não se trata de que aconteçam fenômenos puramente biofísicos e bioquímicos no sistema nervoso, e que ao chegar a determinadas regiões “superiores” do cérebro aconteça o fenômeno psíquico. A função do sentir psíquico envolve todas as funções e estruturas bioquímicas e biofísicas do organismo. O homem cujo corpo adocece tem o psiquismo alterado de alguma forma. Por outro lado, o homem que tem conflitos intrapsíquicos, leva repercussões para seu corpo⁴.

Dualismo corpo e mente nos dias atuais

Na prática de ambulatórios e enfermarias, o conceito cartesiano ainda permeia as atividades com uma medicina “divisionista”. Pensa-se muito na patologia dos órgãos, que leva o médico à especialização excessiva e precoce, chegando-se a conhecer cada vez mais sobre um aparelho ou determinado órgão⁴. Ocorre perda do geral, com dificuldade de compreender que uma pessoa possa exprimir sua doença mais no corpo do que em palavras e que pela biografia do paciente é possível compreender a história dessa pessoa e a relação entre o estresse (emoções vivenciadas) e o adoecer¹⁶.

Estresse e formação de sintomas

No contexto da discussão das relações mente e corpo⁴, a psiconeuroimunologia estabelece as relações entre o sistema nervoso, endócrino e imunitário. Na conceituação de homeostase de Claude Bernard, a constância fisiológica do meio interno compreendia o equilíbrio biofísico, bioquímico, tônico e psíquico e demonstrava a normalidade sincrônica da pessoa^{15,16}. A perturbação no equilíbrio dos processos de excitação e inibição, na dinâmica das relações córtico-subcorticais e no equilíbrio harmonioso dos reflexos pode levar a uma fissura patológica no conjunto da personalidade, com aparecimento de sintomas de desequilíbrio psicossocial, antropológico e cultural.

O hipotálamo é o local do sistema nervoso central que influi mais diretamente na regulação neural da homeostase, controlando a endocrinia pelo eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA). Com os conhecimentos e técnicas em neurociências evidenciou-se a presença de receptores para hormônios, neurotransmissores e peptídeos com papel na função imune e hipotalâmica¹⁷. O sistema límbico e o circuito de Papez trás à doença todo o componente do meio social agressivo onde vive e trabalha esse doente. A enfermidade não é mais puro acontecimento físico

e químico nem somente biológico, mas um acontecimento pessoal¹⁷.

Os fatores psicossociais estressantes influenciam diretamente a saúde, assim como os eventos de vida: viuvez, morte de uma pessoa querida, sentimento de perda, divórcio, luta, separações, perda de emprego, perda do *status* socioeconômico, angústia das dúvidas, desmorações de projetos de vida, competitividade, etc.¹⁷.

Os estresse é sentido por respostas centrais e periféricas para aumentar a capacidade de o organismo equilibrar a homeostase e aumentar as chances de sobrevivência. No aspecto central, há facilitação das sinapses neurais originando vigilância, aumento da cognição, atenção e agressividade com conseqüente inibição das funções vegetativas como fome e sexualidade. As alterações periféricas ocorrem para promover um redirecionamento adaptativo de energia, com maior aporte de oxigênio e nutrientes para o sistema nervoso central e partes do organismo sob estresse – ocorre aumento do tônus vascular com aumento na pressão arterial e frequência cardíaca e respiratória, gliconeogênese, e lipólise para aumentar a disponibilidade de substâncias vitais^{15,18}.

Isso ocorre quando o indivíduo percebe uma situação como ameaçadora (por ex: situação perigosa, uma infecção, viver em local populoso e desagradável, ou falar em público), desencadeando a ativação do sistema nervoso simpático e o eixo HHA. A ativação libera catecolaminas e leva à secreção de hormônio liberador de corticotropina que, por sua vez, estimula a secreção de cortisol pelo córtex da adrenal. Se a situação de estresse é contida, ocorre inativação desses sistemas e retorno da secreção de catecolaminas e cortisol para os níveis de base. Se houver exposição prolongada (semanas, meses ou anos) aos hormônios do estresse, ocorre inativação ineficiente com sobrecarga: aumento da pressão arterial, infarto de miocárdio em pessoas susceptíveis, aceleração de aterosclerose, ansiedade constante, perda da capacidade de inativar o sistema de estresse quando este cessar, alteração na densidade óssea por inibição da formação óssea pela exposição crônica ao cortisol elevado, perda de peso, amenorréia¹⁹. Em algumas situações de sobrecarga ao estresse, ocorre a perda da responsividade do eixo HHA e conseqüente desencadeamento de ativação de outros sistemas como o aumento das citocinas inflamatórias levando a maior susceptibilidade a distúrbios auto-imunes e inflamatórios, provavelmente por alteração na tradução do RNA mensageiro. Esta alteração dar-se-ia por mutações gênicas no receptor e também nos genes envolvidos na tradução de proteínas, enzimas

metabolisadoras de glicocorticóides, co-ativadores, co-repressores^{19,20}. Essa situação ocorre por exemplo na fibromialgia, síndrome de astenia crônica, crianças com dermatite atópica, transtorno do estresse pós-traumático¹⁹. A perda de auto regulação do eixo HHA e sistema simpático é evidente em idosos, com dificuldades cognitivas após vivências de estresse físico e/ou psíquico¹⁹.

No indivíduo com o eixo HHA e sistema simpático sem estresse, a variação circadiana é ampla com prolongamento do bem estar matinal e atenuação da percepção do anoitecer, um pequeno pico de cortisol após o almoço e uma supressão adequada dos níveis de cortisol pela manhã em resposta a uma pequena dose de dexametasona. No indivíduo com o eixo HHA e sistema simpático cronicamente sob estresse, a variação circadiana é diminuída com prolongamento da percepção do anoitecer e diminuição do bem estar matinal com uma resposta aumentada de cortisol e uma supressão de cortisol inadequada por dexametasona noturna^{15,18,19}.

No contexto do estudo e compreensão das cefaléias, é importante conhecer o mecanismo de estresse e suas conseqüências especificamente para os sistemas:

- Sistema metabólico e cardiovascular – nas situações de estresse crônico, depressão e hostilidade existe o aumento do risco de cardiopatia coronariana, hipertensão arterial crônica e aumento do índice da musculatura do ventrículo esquerdo e progresso da aterosclerose, aumento da reatividade do sistema plaquetário e de fibrinogênio com aumento do risco para o infarto de miocárdio.
- Cérebro – o estresse repetido afeta a função cerebral especialmente no hipocampo que tem alta concentração de receptores de cortisol. Essa região é responsável por funções de memória de evocação e fixação quanto contexto, época e local do evento, e conseqüente prejuízo na confiabilidade e acurácia da memória, e refletindo na alta regulação do eixo HHA ao estresse com inibição. Inicialmente, o estresse aumenta a secreção de cortisol que suprime o mecanismo de memória recente no hipocampo e lobo temporal, sendo reversível e de curta duração. Posteriormente, o estresse repetido causa a atrofia dos dendritos dos neurônios piramidais por um mecanismo envolvendo neurotransmissores excitatórios tipo glicocorticóides e aminoácidos tipo glutamato liberados durante o estresse com maior aporte de cálcio. Essa atrofia é reversível se o estresse for por curto período, mas se a duração for de meses, ou anos, pode destruir os neurônios hipocampais.
- Sistema imune – o aumento dos efeitos imunes ao estresse agudo dependerá da secreção adrenal e dura de três a cinco dias. Ocorre mobilização de células de defesa para os locais de estresse, com formação de memória imunológica. Se a memória imunológica for para patógenos ou células tumorais, o resultado é benéfico, mas se a memória imunológica levar a uma resposta auto-imune ou alérgica, o estresse provavelmente exacerbará o estado patológico. Quando o estresse é cronicamente repetido o desfecho é diferente, com inibição da resposta de hipersensibilidade causando acentuação da gravidade de doenças comuns, por exemplo o resfriado.
- Sociedade humana – as graduações de saúde entre as faixas socioeconômicas se relacionam a vários fatores de risco distribuídos heterogeneamente na sociedade. Em sociedades mais instáveis, a instabilidade social e conflito aceleram o processo patofisiológico com aumento da morbidade e mortalidade.

Teoria psicanalítica do estresse

As flutuações históricas entre a valoração diferenciada de corpo e alma dependem da luta e interesses conflitantes de uma sociedade que só poderá ser entendida quando estudada especificamente. Nesse aspecto, a psicanálise representa um avanço claro no sentido de atingir o pensamento científico. Freud colaborou na resolução da contradição corpo e alma quando se opôs à idéia de que a mente é cérebro. Isso quer dizer que fenômenos psíquicos estão ocorrendo dentro de um organismo biológico. Existem autores que, em seu pensamento biológico, negligenciam o papel das frustrações externas na gênese dos sintomas psíquicos e traços característicos, raciocinando de maneira somente endógena²¹.

O método para estudo das funções mentais deve ser observado pelo mesmo ângulo que as funções do sistema nervoso em geral, pois são manifestações da mesma função básica do organismo vivo – a irritabilidade do arco-reflexo. Os estímulos externos iniciam um estado de tensão que exige descarga motora ou secretória para propiciar o relaxamento. Entre o estímulo e a descarga existem forças que se opõem à tendência de descarga. No plano psíquico, a tarefa imediata é o estudo dessas forças inibidoras, a origem e o efeito sobre a tendência de descarga²¹.

O pensamento psicanalítico busca mais do que a descrição, ou seja, explica os fenômenos mentais como resultado da interação e da contra ação de forças de

forma dinâmica ou homeostática, semelhante à formulação de cânon sobre o princípio da homeostase. Para a psicanálise seria o “Princípio do Nirvana”²² – em que os impulsos instintivos mobilizados por estímulos excitantes solicitam a descarga desta tensão, porém sendo impedidos por contraforças, dando origem a conflitos que criam a base dos fenômenos mentais. Não se procura a descarga de todas as tensões, mas se aspira conservar determinado nível de excitação. A psicanálise objetiva estudar as contraforças vindas do meio externo que se opõem às forças internas biológicas primárias que solicitam descarga²².

Essa luta interna para controlar a necessidade de descarga consome energia, pois os impulsos fortes que exigem descarga são mais difíceis de serem reprimidos. O problema é saber a quantidade de tensão que pode ser suportada e que conseqüências acarreta em diferentes áreas do funcionamento psíquico e comportamental do indivíduo. Quando a quantidade de tensão não descarregada aumenta, as contraforças já não bastam, necessitando energia extra para contenção dessa tensão e, como conseqüência, restando pouca energia para outras funções^{21,22}.

Freud vê o aparelho psíquico como se fosse modelado em um organismo que flutua na água. A superfície capta os estímulos, leva-os ao fundo e impulsos reativos o empurram à superfície. Essa superfície tem a função de selecionar a recepção de estímulos e autorizar que os estímulos ganhem motilidade para descarga. Em outras palavras, o *Ego* bloqueia a tendência à descarga de impulsos primitivos do *Id* diante dos estímulos externos, transformando o processo primário de prazer imediato em processo secundário mais elaborado e postergado. O que é reprimido busca a consciência e mobilidade em todo momento, mas permanecendo no inconsciente devido ao *Ego* contar com recursos do *Superego* de levar em consideração a realidade. Essa busca por descarga provoca estresse e ansiedade, com impressão de que alguma coisa quer irromper na personalidade partindo de fonte ignorada. À medida que essa tensão vai sendo acumulada, os estímulos externos passam a ser vividos como traumáticos e ameaçadores, com perda do controle e surgimento de ataques afetivos sem consentimento, e até contra a vontade do indivíduo. Os ataques afetivos são movimentos e descargas fisiológicas, geralmente de funções musculares e glandulares e sentimentos emocionais^{21,22}.

Esses ataques afetivos podem aparecer como sintoma físico, sem que a pessoa perceba a significação afetiva. Essa maneira de expressão tem menor valor de descarga em comparação com os afetos que se experimentam em sua plenitude, de forma que se

tornam crônicas e alteram as funções físicas e até os próprios tecidos. O que ficou reprimido permanece em estado de latência (raiva, ansiedade) e só aparecendo como reação exagerada perante estímulos que não justificariam a intensidade²³. Por influência desses afetos, é provável que interfiram na secreção de hormônios qualitativa e quantitativamente^{18,23}. As alterações não são diretamente psicogênicas, mas o comportamento da pessoa que iniciou as alterações foi psicogênica, e estes transtornos se dão por vias vegetativo-hormonais.

Nos indivíduos com cefaléia, a conseqüente tensão muscular pelo espasmo teria a finalidade de manter reprimida a pressão interna dos impulsos que procuram descarga motora. O que diferencia um indivíduo para outro é a intensidade da repressão, a escolha da musculatura lisa ou estriada, e isso se dá pela constituição e ambiente dos primeiros anos de vida. A localização dos sintomas depende de fatores fisiológicos e psicológicos, o qual é determinado pelo mecanismo de defesa utilizado²³.

Estudos de literatura sobre variáveis psíquicas apontam a raiva, hostilidade, ansiedade e depressão como presente em indivíduos sofredores de cefaléia^{7,9}. Essas características manifestam-se fisiologicamente em alterações circulatórias funcionais: o coração bate rápido na raiva e no medo, dá a impressão de pesado quando a pessoa está triste. A essência dos aspectos afetivos representa-se em reações vagotônicas e simpaticotônicas, e manifesta-se como aceleração do pulso. A facilitação somática não reside no coração, e sim no sistema nervoso vegetativo e os respectivos sistemas de controle químicos e centrais²³. O conteúdo dos conflitos mais importantes dessas personalidades com irritabilidade crônica do coração e do aparelho circulatório é mais tipicamente conseqüência da agressividade consciente e medo da retaliação (perda, abandono). Há correspondência no fato de as pessoas que bloqueiam a descarga externa de suas emoções serem predispostas à reação dentro do aparelho circulatório e ao fato de este ser um sistema fechado e sem possibilidade de introjeção ou descarga. As reações vasomotoras gerais (enrubescimento, empalidecimento, desmaio, tonturas), associadas a certos fenômenos musculares distônicos também são comuns a quase todas as cefaléias com mecanismos psíquicos²³.

Associação corpo e mente na prática e ensino médico

A relação médico-paciente é a forma como o estudante de medicina, futuro médico, entra em

contato com o ser humano que se apresenta para o tratamento. Essa relação lhe permite ver o sofrimento humano, o adoecer, a morte, os recursos existentes para o tratamento daquela pessoa e conhecer a equipe hospitalar e de saúde. A relação médico-paciente existe desde a Antiguidade e falar em saúde e profilaxia é ter essa compreensão¹⁶.

Se por um lado existem terapêuticas padronizadas e desencadeadas pelo grande conhecimento de uma anormalidade biológica, por outro lado tenta-se aprofundar uma abordagem holística levando em conta as interações de fatores patogênicos somáticos, psíquicos, sociais e culturais, mas de maneira ineficiente. Não se considera a doença como algo íntimo à personalidade do doente diretamente associado à natureza especial e única da pessoa que adoeceu. Não se considera que os sintomas traduzem nada mais do que uma não adaptação das funções de relação de uma personalidade que ficou frágil em confronto com o estresse psicossocial e cultural com rompimento da homeostase física e psíquica^{4,16}.

A questão é como estabelecer conexões de estresse com o mecanismo de saúde. A doença sempre supõe uma redução de autonomia psicológica e biológica do homem, mas deixa a liberdade intacta para tomar uma atitude diante dela. Desde o início da formação médica, seria necessário um trabalho de psicologia concomitante com a fisiologia, microbiologia, anatomia e demais disciplinas, que despertasse no aluno a curiosidade de pesquisar a história da vida individual. Isto possibilitaria o desenvolvimento da função de ouvir, captar e entender a história do adoecer do paciente e comunicar-lhe não apenas o diagnóstico e tratamento medicamentoso, mas buscar com a pessoa o seu lado sadio. Para atuação como bom médico clínico, não é necessário o uso de técnicas especializadas de psicoterapia, mas o desenvolvimento de recursos de servir como continente para o paciente, suas angústias e fantasias para sua doença¹⁶.

Além da carga afetiva que cada aluno de medicina e profissional médico trazem de sua vida e experiência pessoais, é função das academias prosseguir trabalhando essa interação mente e corpo no decorrer da graduação e pós-graduação por cursos, palestras, educação continuada, congressos, etc.

SUMMARY

Psychological features in primary headaches.

Scientific advances of the anatomical, chemical and physiological knowledge of the central nervous system

brought up new standard for diagnostic and therapeutic possibilities in the headache field. The choice of drug therapy driven by their neurochemical mechanisms of action such as noradrenergic and serotonergic reuptake inhibition, gabaergic agonism, dopamine atypically antagonism urged. At the same time, a vast literature pointing out quantitative and qualitative parameters for anxiety, depression, anger and aggressive behavior summed to several clinically and scientifically well conducted studies of homeostatic alterations yielded alert to chronic evaluation resulting of inadequate management of stress. The question is, how neurologists and headache specialists are dealing with all these knowledge INA holistically. Present study perusal the controversies between the diagnostic classification for primary headache along the years, the medical history of body and soul dualism traditionally transmitted from generation to generation, the stress theory for triggering physic and psychological symptoms and the psychoanalytic theory related to headache symptoms. An approach to psychological subjects needed to be taught during medical graduation, specialization, continued education programs, symposiums, congresses etc. The development of physicians skills to access to psychological aspects of patients by hearing, understanding and containing the afflictions of patients globally.

Keywords

Headache, psychological aspects, stress, homeostasis, biopsychosocial.

Referências

1. Ulrich V, Russel MB, Jensen R, Olesen J. A comparison of tension-type headache in migraineurs: a population-based study. *Pain*, 67:501-6, 1996.
2. Castillo J, Muñoz P, Guitera V, Pascual J. Epidemiology of Chronic Daily Headache in the General Population – Kaplan Award 1998. *Headache*, 39:190-6, 1999.
3. Scher AI, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB. Prevalence of Frequent Headache in a Population Sample – Wolff Award 1998. *Headache*, 38:497-506, 1998.
4. Moreira MS. Psiconeuroimunologia: a superação do dualismo cartesiano. *Inform Psiq*, 18(3):90-5, 1999.
5. Ficek SK, Wittrock DA. Subjective stress and coping in recurrent tension-type headache. *Headache*, 35:455-60, 1995.
6. Karpouzis KM, Egilius BS, Spierings LH. Circumstances of onset of chronic headache in patients attending a specialty practice. *Headache*, 39:317-20, 1999.
7. De Benedittis G, Lorenzetti A. Minor stressful life events (daily hassles) in chronic primary headache: relationship with MMPI personality patterns. *Headache*, 32:330-32, 1992.

8. Hatch JP, Schoenfeld LS, Boutros NN, Seleshi E, Moore PJ, Cyr-Provost M. Anger and hostility in tension-type headache. *Headache*, 31:302-4, 1991.
9. Venable VL, Carlson CR, Wilson J. The role of anger and depression in recurrent headache. *Headache*, 41:21-30, 2001.
10. Materazzo F, Cathcart S, Pritchard D. Anger, depression and coping interactions in headache activity and adjustment: a controlled study. *J Psychosom Res*, 49:69-75, 2000.
11. Jensen VL, Turner JA, Romano JM, Karoly P. Coping with chronic pain: a critical review of the literature – Review article. *Pain*, 47:249-83, 1991.
12. Spira PJ. Tension headache. *Austr Fam Physician*, 27(7):597-600, 1998.
13. Souza Carvalho D. O mito da cefaléia psicogênica. *Psiquiatr Med*, 34(1):18-20, 2001.
14. Headache Classification Committee. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*, 8(Suppl 7):1-96, 1988.
15. Chrousos GP, Gold PW. The concepts of stress and stress system disorders. *JAMA*, 67(9):1244-52, 1992.
16. Belmonte TSA. Psicanálise, psicossomática, psicologia médica. *Inform Psiquiatr*, 15(1):16-21, 1966.
17. Moreira MS. Psiconeuroimunologia: considerações conceituais. *Inform Psiquiatr*, 18(2):40-2, 1999.
18. Chrousos GP, Gold PW. Editorial: A healthy body in a healthy mind and vice-versa – The damaging power of “uncontrollable” stress. *JCE & M*, 83(6):1842-5, 1998.
19. Mc Ewen BS. Protective and damaging effects of stress mediators – Review article. *N Engl J Med*, 338(3):171-9, 1998.
20. Del Bel EA. Bases moleculares. In: *Fundamentos da psicofarmacologia*. Graeff FG, Guimarães FS (eds.). São Paulo, Editora Atheneu, 1999, pp. 29-42.
21. Fenichel O. Os pontos de vista dinâmico, econômico e estrutural. In: *Teoria psicanalítica das neuroses*. Rio de Janeiro/São Paulo, Livraria Atheneu, 1981, pp. 9-19.
22. Freud S. Além do princípio do prazer. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1976; VI.XVIII (1920-1922), pp. 17-22.
23. Fenichel O. Distúrbios psicossomáticos. In: *Teoria psicanalítica das neuroses*. Rio de Janeiro/São Paulo, Livraria Atheneu, 1981, pp. 221-49.

Endereço para correspondência:

Selma Rumiko Tsuji
Rua Atílio Gomes de Mello, 55 – Bairro Fragata
CEP 17501-210 – Marília, SP