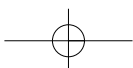
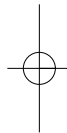
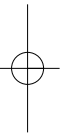
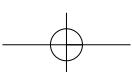
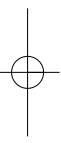




Curar

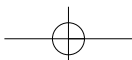
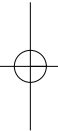
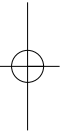






David Servan-Schreiber
Curar
o *stress*, a ansiedade e a depressão
sem medicamentos nem psicanálise

Tradução de
Magda Bigotte de Figueiredo





Leya, SA

Rua Cidade de Córdova, n.º 2
2610-038 Alfragide • Portugal

Reservados todos os direitos
de acordo com a legislação em vigor

© 2003, Editions Robert Laffont
© 2003, Publicações Dom Quixote
© 2009, Editions Robert Laffont e LeYa, SA

Capa: Panóplia®

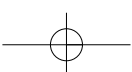
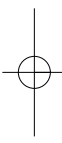
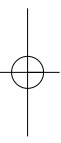
Revisão: Eulália Pyrrait
1.ª edição BIS: Julho de 2009
Paginação: Júlio de Carvalho, Artes Gráficas
Depósito legal n.º 293 820/09
Impressão e acabamento: Litografia Rosés, Barcelona, Espanha

ISBN: 978-989-660-020-4

<http://bisleya.blogs.sapo.pt>

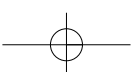
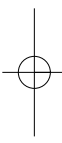
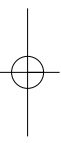
Índice

<i>Advertência</i>	9
1. Uma nova medicina das emoções	11
2. Mal-estar na neurobiologia: o difícil casamento de dois cérebros	23
3. O coração e a razão	45
4. Viver a coerência cardíaca	65
5. A autocura das grandes dores: a integração neuro-emocional através dos movimentos oculares (EMDR)	82
6. O EMDR em acção	100
7. A energia da luz: regular o relógio biológico	114
8. O controlo do Qi: a acupunctura manipula directamente o cérebro emocional	126
9. A revolução dos ómega-3: como alimentar o cérebro emocional	141
10. Prozac ou adidas?	164
11. O amor é uma necessidade biológica	180
12. A comunicação emocional	197
13. Escutar com o coração	214
14. A relação com os outros	227
15. Por onde começar?	235
<i>Agradecimentos</i>	245
<i>Bibliografia</i>	253
<i>Algumas moradas úteis</i>	275



*Aos internos do Hospital Shadyside
da Universidade de Pittsburgh.*

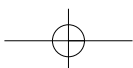
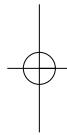
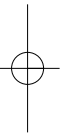
*Para os ensinar, tive de reaprender.
Por intermédio deles,
é àqueles que, no mundo inteiro,
são habitados pela paixão de
compreender e de tratar que desejo
dedicar este trabalho.*



Advertência

As ideias apresentadas neste livro devem muito aos trabalhos de António Damásio, Daniel Goleman, Tom Lewis, Dean Ornish, Boris Cyrulnik, Judith Hermann, Bessel Van der Kolk, Joseph LeDoux, Mihaly Csikszentmihalyi, Scott Shannon, e de muitos outros médicos e investigadores. Participámos nas mesmas conferências, demos-nos com os mesmos colegas, e lemos a mesma literatura científica. É claro que existem numerosas conclusões, referências e ideias comuns entre os seus diferentes livros e o meu. Vindo depois deles, pude tirar partido da sua maneira de expor os trabalhos científicos a que se referiam. A minha gratidão por tudo quanto este livro pode conter de bom. Quanto às ideias com que não estejam forçosamente de acordo, elas são, como é óbvio, da minha responsabilidade.

Todos os casos clínicos expostos nas páginas que se seguem provêm da minha experiência (à excepção de alguns casos descritos na literatura médica por colegas psiquiatras, e que são indicados como tal). Por razões evidentes, os nomes e todas as informações que permitissem identificar as pessoas foram alterados. Nalguns casos excepcionais, decidi reunir elementos clínicos de doentes diferentes por motivos literários ou de clareza de exposição.



1. Uma nova medicina das emoções

Duvidar de tudo ou acreditar em tudo, são as duas soluções normalmente cómodas que tanto num caso como noutro nos dispensam de reflectir.

HENRI POINCARÉ, *La Science et l'hypothèse*.

Uma vida é uma vida única – e essa vida é difícil. Muitas vezes, damos por nós a invejar a de outrem: «Ah, se eu fosse bonita como a Marilyn Monroe», «Ah, se eu tivesse o talento da Marguerite Duras», «Ah, se eu tivesse uma vida de aventuras como o Hemingway»... É verdade: não teríamos os mesmos problemas, ou pelo menos não os nossos. Mas teríamos outros: os deles.

Marilyn Monroe, a mais *sexy*, a mais célebre, a mais livre das mulheres, desejada até pelo presidente do seu país, afogava o seu desespero no álcool e morreu de uma *overdose* de barbitúricos. Kurt Cobain, o cantor dos Nirvana, vedeta planetária de um dia para o outro, suicidou-se quando ainda não tinha trinta anos. Suicídio também no caso de Hemingway, a quem nem o Prémio Nobel nem uma vida fora do comum pouparam um sentimento profundo de vazio existencial. Quanto a Marguerite Duras, talentosa, comovente, adulada pelos seus amantes, destruiu-se através do álcool. Nem o talento, nem a glória, nem o poder, nem o dinheiro, nem a adoração das mulheres ou dos homens tornam a vida fundamentalmente mais fácil.

Contudo, existem pessoas felizes que levam uma vida equilibrada. A maior parte das vezes, elas têm a sensação de que a vida é generosa. Sabem apreciar o mundo que as

rodeia e saborear os pequenos prazeres do dia-a-dia: as refeições, o sono, a serenidade da natureza, a beleza da cidade. Gostam de criar e de construir, quer se trate de objectos, de projectos, de relações. Estas pessoas não fazem parte de nenhuma seita nem de nenhuma religião particular. Encontramo-las em qualquer parte do mundo. Uma são ricas, outras não, algumas são casadas, outras vivem sozinhas, algumas têm talentos especiais, outras são completamente banais. Todas conheceram fracassos, decepções, momentos difíceis. Ninguém escapa a isso. Mas, no conjunto, parecem lidar melhor com os obstáculos: dir-se-ia que têm uma aptidão particular para fazer face à adversidade, para dar um sentido à existência, como se tivessem uma relação mais íntima consigo próprias, com os outros, e com o que escolheram fazer da sua vida.

O que é que permite alcançar este estágio? Após vinte anos passados a estudar e a praticar medicina, sobretudo nas grandes universidades ocidentais mas também junto de médicos tibetanos ou de xamãs ameríndios, descobri algumas chaves que se revelaram úteis tanto para os meus doentes como para mim mesmo. Para minha grande surpresa, não aquelas que me foram ensinadas na universidade. Não se trata nem de medicamentos nem de psicanálise.

A viragem

Nada me preparara para esta descoberta. Principiei a minha carreira em medicina pela via da ciência e da investigação. No final do curso, abandonei o mundo da prática clínica durante cinco anos para me interessar pela maneira como as redes de neurónios geram pensamentos e emoções. Fiz um doutoramento em ciências neurocognitivas sob a orientação dos professores Herbert Simon, um dos raríssimos psicólogos a ter recebido o Prémio Nobel, e de James McClelland, um dos fundadores da teoria das redes de neurónios. O principal resultado da minha tese foi publicado na

Science, a revista de referência na qual todo o cientista espera ver um dia figurarem os seus trabalhos.

Após essa formação científica rigorosa, tive dificuldade em voltar à prática clínica para terminar a minha especialização em psiquiatria. Os médicos junto de quem era suposto aprender a minha profissão pareciam-me demasiado imprecisos nos seus métodos, demasiado empíricos. Estavam muito mais interessados na prática do que na base científica daquilo que ensinavam. Tinha a impressão de só aprender receitas (para esta doença, fazer este e aquele teste, e utilizar os medicamentos A, B e C em doses tais e tais durante tantos dias...). Achava aquilo demasiado afastado do espírito de questionação permanente e da precisão matemática que se me havia tornado familiar. Todavia, tranquilizava-me repetindo para comigo que estava a aprender a cuidar dos doentes no departamento de psiquiatria mais rigoroso e mais orientado para a investigação dos Estados Unidos. Na Faculdade de Medicina da Universidade de Pittsburgh, o nosso departamento recebia mais fundos de investigação do governo do que todos os outros, incluindo o prestigiado departamento de transplantação cardíaca e hepática do nosso hospital. Com uma certa arrogância, considerávamo-nos «cientistas clínicos» e não simples psiquiatras.

Pouco tempo depois, obtive do National Institute of Health e de diversas fundações privadas financiamentos que me permitiram montar um laboratório de investigação sobre as doenças mentais. O futuro não podia ser mais promissor: dispunha dos meios para alargar a minha sede de factos e de conhecimentos. Ora, muito rapidamente, algumas experiências viriam alterar completamente a minha visão da medicina e transformar a minha vida profissional.

Houve primeiro uma viagem à Índia, para ali trabalhar com refugiados tibetanos em Dharamsala, a cidade onde reside o dalai-lama. Ali, vi a utilização da medicina tradicional tibetana, que estabelece um diagnóstico dos «desequilíbrios» graças à longa medição do pulso nos dois pulsos, e à inspecção da língua e das urinas. Estes médicos só tratavam as pessoas por meio da acupunctura e de plantas. Pareciam

no entanto ter tanto êxito com toda uma gama de doenças crónicas como a medicina ocidental. Mas com duas diferenças de monta: os tratamentos tinham menos efeitos secundários e eram muito mais baratos. Reflectindo na minha prática de psiquiatra, percebi então que os meus próprios doentes sofriam sobretudo, também eles, de doenças crónicas: depressão, ansiedade, perturbação maníaco-depressiva, *stress*... Pela primeira vez, comecei a interrogar-me sobre o desprezo pelas medicinas tradicionais que me haviam inculcado durante o curso. O desprezo era baseado em factos – como eu sempre acreditara – ou simplesmente na ignorância? O palmarés da medicina ocidental é inigualável no que respeita a doenças agudas, como a pneumonia, a apendicite, e as fracturas. Mas está longe de ser exemplar no que se refere às doenças crónicas, incluindo a ansiedade e a depressão...

Outra experiência, mais pessoal, forçou-me a enfrentar os meus próprios preconceitos. Por ocasião de uma ida a Paris, uma amiga de infância contou-me como tinha recuperado de um episódio depressivo suficientemente grave para lhe ter conseguido destruir o casamento. Recusara os medicamentos do médico e acabara por recorrer a uma espécie de curandeira que a havia tratado mediante uma técnica de relaxação próxima da hipnose que permite reviver antigas emoções recalçadas. Alguns meses deste tratamento haviam-lhe permitido ficar «mais do que normal». Não só já não estava deprimida, mas sentia-se finalmente liberta do peso de trinta anos passados sem conseguir fazer o luto do pai desaparecido quando ela tinha seis anos. Tinha encontrado uma energia, uma leveza e uma clareza de acção como nunca conhecera até então. Fiquei contente por ela mas simultaneamente chocado e desiludido. Durante todos aqueles anos a estudar o cérebro, o pensamento e as emoções, a especializar-me em psicologia científica, em neurociência, em psiquiatria e em psicoterapia, nem uma só vez eu tinha visto resultados tão espectaculares. E nem uma única vez me haviam falado daquele tipo de método. Mais: o mundo científico no qual me movimentava desencorajava todo e qualquer interesse por essas técnicas «heréticas». Eram apanágio

de charlatães e como tal não mereciam a atenção de médicos verdadeiros, e ainda menos a sua curiosidade científica.

Contudo, era inegável que a minha amiga obtivera em poucos meses muito mais do que alguém podia esperar da utilização de medicamentos ou de uma psicoterapia convencional. De facto, se ela me tivesse consultado na minha qualidade de psiquiatra, eu mais não teria feito do que restringir as hipóteses de ela viver uma transformação daquelas. Era para mim uma grande decepção e, ao mesmo tempo, uma chamada à ordem. Se, depois de tantos anos de estudo e de formação, eu era incapaz de ajudar uma pessoa de quem era tão amigo, para que serviam todos aqueles conhecimentos? Ao longo dos meses e dos anos seguintes, aprendi a abrir o espírito a diversas outras maneiras de tratar, e descobri, com grande espanto, que estas eram não só mais naturais e mais suaves, como também frequentemente mais eficazes.

Cada uma das sete abordagens que uso normalmente na minha prática explora, à sua maneira, mecanismos de auto-cura presentes no espírito e no cérebro humano. Estas sete abordagens foram todas submetidas a avaliações científicas rigorosas que demonstram a sua eficácia, e foram objecto de vários artigos em revistas científicas internacionais de referência. Mas nem por isso passaram a fazer parte do arsenal médico ocidental, nem sequer da psiquiatria ou da psicoterapia. A razão principal deste atraso prende-se com o facto de ainda não se compreenderem bem os mecanismos que são responsáveis pelos seus efeitos. É um obstáculo importante, talvez até legítimo, para uma prática da medicina que se quer científica. Todavia, a procura de métodos de tratamento naturais e eficazes não deixa de aumentar. E há boas razões para isso.

A constatação

A importância nas sociedades ocidentais das perturbações ligadas ao *stress* – entre elas a depressão e a ansiedade – é bem conhecida. Os números são alarmantes:

- Os estudos clínicos sugerem que 50% a 75% de todas as idas ao médico são motivadas antes de mais pelo *stress*¹, e que, em termos de mortalidade, o *stress* é um factor de risco mais grave do que o tabaco².
- De facto, entre os medicamentos mais utilizados nos países ocidentais, a maioria visa tratar dos problemas directamente ligados ao *stress*: são antidepressivos, ansiolíticos e soníferos, anti-ácidos para as queimaduras e úlceras de estômago, anti-hipertensores e anticolesterol³.
- Segundo um relatório do Observatório Nacional do Medicamento, os franceses estão há vários anos entre os maiores consumidores mundiais de antidepressivos e de tranquilizantes⁴. Com um francês em cada sete a consumir regularmente um medicamento psicotrópico, a França está largamente à cabeça de todos os países ocidentais. O consumo chega mesmo a ser 40% superior ao dos Estados Unidos. Em França, a utilização de antidepressivos duplicou nos últimos dez anos⁵. Os fran-

¹ Cummings, N. A. e N. Van den Bos (1981), «The Twenty year kaiser permanent experience with psychotherapy and medical utilization: Implications for national health policy and national health insurance», *Health Policy Quarterly*, n.º 1 (2), pp. 159-175; Kessler, L. G., P. D. Cleary *et al.* (1985), «Psychiatric disorders in primary care», *Archives of General Psychiatry*, n.º 42, pp. 583-590; MacFarland, B. H., D. K. Freeborn *et al.* (1985), «Utilization patterns among long-term enrollees in a prepaid group practice health maintenance organization», *Medical care*, vol. 23, pp. 1121-1233.

² Grossarth-Maticek, R. e H. J. Eysenck (1995), «Self-regulation and mortality from cancer, coronary heart disease and other causes: A prospective study», *Personality and individual differences*, vol. 19 (6), pp. 781-795.

³ Blanchard, S., «Les Français dépensent toujours plus pour les médicaments», *Le Monde*, 16 de Julho de 2002; *Pharmacy Times* (2002), «Top 10 Drugs 2001», vol. 68 (4), pp. 10, 12, 15.

⁴ Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments (1998). Étude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire, Paris, Agence du médicament-Directions des études et de l'information pharmaco-économiques; Rédaction du *Monde* (2002); «Le Grand Dossier Exception française», *Le Monde* (14-15 de Abril), p. 17.

⁵ Zarifian, E. (2002), «En France, le recours aux drogues a de quoi inquiéter», *Le Figaro*, p. 23.

ceses são também os maiores consumidores de álcool do mundo¹; ora, a maior parte das vezes, o consumo de álcool é uma maneira, também ela, de gerar problemas de *stress* e de depressão.

Ao mesmo tempo que os problemas de *stress*, de ansiedade e de depressão não param de aumentar, aqueles que deles padecem dos dois lados do Atlântico põem em causa os pilares tradicionais da medicina das emoções: a psicanálise por um lado, e os medicamentos por outro. A partir de 1997, um estudo de Harvard mostrou que a *maioria* dos americanos prefere métodos ditos «alternativos e complementares» para aliviar o sofrimento a medicamentos ou a uma psicoterapia convencional².

A psicanálise perde terreno. Depois de ter dominado a psiquiatria durante trinta anos, o seu crédito diminui tanto junto do público como dos especialistas, porque ela não se preocupou o suficiente em dar provas da sua eficácia³. Conhecemos todos alguém que beneficiou grandemente de uma cura analítica, mas também conhecemos muitas outras pessoas às voltas no divã há muitos anos. Na ausência de avaliações científicas e quantificáveis, é muito difícil dizer com precisão a um doente que sofre de depressão ou de crises de ansiedade quais são as hipóteses de ele melhorar através da psicanálise. Como os psicanalistas convencionais apresentam muitas vezes o tratamento como podendo durar mais de seis meses, se não anos, e este custa frequentemente mais do que um automóvel novo, percebem-se as reticências dos doentes potenciais. Mesmo que os grandes princípios desta

¹ Rédaction du *Monde* (2002), «Le Grand Dossier Exception française», *Le Monde* (14-15 de Abril), p. 17.

² Kessler, R. J. Soukup *et al.* (2001), «The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States», *American Journal of Psychiatry*, vol. 158 (2 de Fevereiro), pp. 289-294.

³ Gabbard, G. O., J. G. Gunderson *et al.* (2002), «The place of psychoanalytic treatments within psychiatry», *Archives of General Psychiatry*, vol. 59, pp. 505-510.

«cura pela palavra» não sejam verdadeiramente postos em causa, é normal, numa situação como esta, que cada um procure conhecer alternativas.

A outra via, e de longe a mais praticada, é a da nova psiquiatria dita *biológica*, que trata principalmente através de medicamentos psicotrópicos como o Prozac, o Zoloft, o Deroxat, o Xanax, o lítio, o Zyprexa, etc. Nos *media* e no mundo literário, a psicanálise continua a ser o sistema de referência dominante porque oferece uma grelha de interpretação que se adapta a todos os fenómenos humanos, quer se adira a ela quer não. Mas, nas fileiras da prática médica quotidiana, são os medicamentos psicotrópicos que dominam quase em absoluto, como demonstra o relatório do Observatório Nacional do Medicamento. O reflexo de receitar generalizou-se de tal forma que, se uma doente se puser a chorar diante do médico, tem praticamente a certeza de lhe ser passada a receita de um antidepressivo.

Estes medicamentos são importantes e prodigiosamente úteis. São às vezes tão eficazes que certos autores falaram de uma transformação da personalidade mais do que de um alívio de sintomas¹. Como todos os médicos da minha geração, utilizo-os frequentemente. Mas, ao contrário dos antibióticos que curam as infecções, os benefícios dos medicamentos psiquiátricos cessam assim que se interrompe o tratamento, como demonstram estudos cada vez mais numerosos. É por isso que a maioria das pessoas que os tomam segue o tratamento durante mais de um ano². Os medicamentos, mesmo os mais úteis, estão pois longe de ser uma panaceia para a saúde emocional. Os doentes, no fundo, sabem isso perfeitamente, e refilam muitas vezes em relação a tomá-los por causa de problemas que fazem parte da vida de cada

¹ Kramer, P. (1993), *Listening to Prozac*, Nova Iorque, Viking, trad. francesa, *Le Bonheur sur ordonnance*, 1994, First Editions.

² Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments (1998). Étude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire, Paris, Agence du médicament-Directions des études et de l'informations pharmaco-économiques.

um, quer se trate de um luto doloroso ou de *stress* no trabalho.

Outra abordagem

Ora uma nova medicina das emoções está a nascer hoje um pouco por todo o mundo: uma medicina sem psicanálise nem Prozac. Assim, há cinco anos, no Hospital de Shadyside da Universidade de Pittsburgh, nos Estados Unidos, explorámos como tratar a depressão, a ansiedade e o *stress* com um conjunto de métodos que fazem sobretudo apelo ao corpo mais do que à linguagem. Este livro descreve as diferentes componentes desse programa, por que razão as escolhemos, e como as utilizámos.

Os grandes princípios podem ser resumidos assim:

- No interior do cérebro existe um cérebro emocional, um verdadeiro «cérebro dentro do cérebro». Este tem uma arquitectura diferente, uma organização celular diferente, e até propriedades bioquímicas diferentes do resto do «neocórtex» – isto é, a parte mais «evoluída» do cérebro, que é a sede da linguagem e do pensamento. De facto, o cérebro emocional funciona muitas vezes independentemente do neocórtex. A linguagem e a cognição têm sobre ele uma influência bastante limitada: não se pode ordenar a uma emoção que aumente ou desapareça, do mesmo modo que não se pode ordenar ao espírito que fale ou que se cale.
- O cérebro emocional, por seu turno, controla tudo quanto rege o bem-estar psicológico e uma grande parte da fisiologia do corpo: o funcionamento do coração, a tensão arterial, as hormonas, o sistema digestivo e mesmo o sistema imunitário.
- As desordens emocionais são consequência de disfuncionamentos do cérebro emocional. Para muitos, esses disfuncionamentos têm como origem experiências dolorosas vividas no passado, sem relação com o presente,

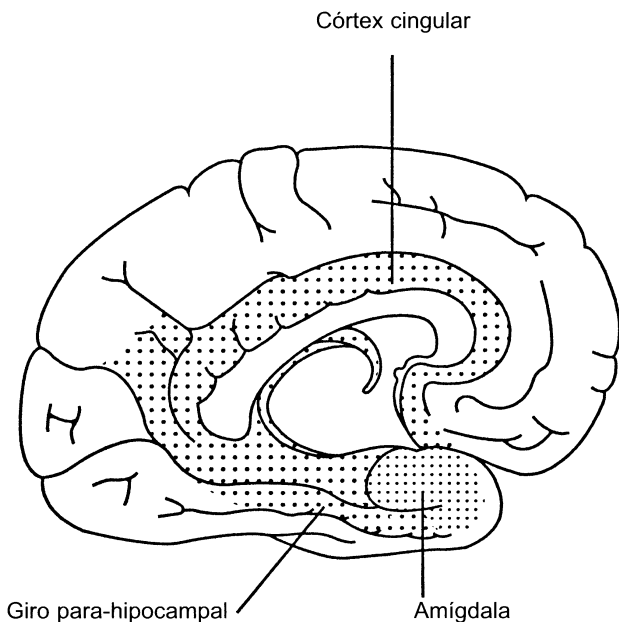


Figura 1: *O cérebro límbico* – No interior do cérebro humano encontra-se o cérebro emocional. Estas estruturas, chamadas «límbicas», são as mesmas em todos os mamíferos. São compostas de um tecido neuronal diferente do tecido do cérebro cortical responsável, esse, pela linguagem e pelo pensamento. As estruturas límbicas, essas, têm a seu cargo as emoções e as reacções de sobrevivência. No mais fundo do cérebro situa-se a amígdala, um núcleo de neurónios que está na origem de todas as reacções de medo.

mas que se imprimiram de forma indelével no cérebro emocional. São estas experiências que continuam muitas vezes a controlar a nossa maneira de sentir e o nosso comportamento, por vezes várias dezenas de anos mais tarde.

- A tarefa principal do psicoterapeuta é «reprogramar» o cérebro emocional de forma a que este se adapte ao presente em vez de continuar a reagir a situações do passado. Para este fim, é muitas vezes mais eficaz utilizar métodos que passam pelo corpo e influenciam directamente o cérebro emocional em lugar de contar com a linguagem e a razão às quais ele é muito pouco permeável.
- O cérebro emocional possui mecanismos naturais de autocura: trata-se de capacidades inatas para encontrar o equilíbrio e o bem-estar comparáveis a outros mecanismos de autocura do corpo, como a cicatrização de uma ferida ou a eliminação de uma infecção. Os métodos que passam pelo corpo beneficiam destes mecanismos.

Os métodos de tratamento que vou apresentar nas páginas que se seguem dizem respeito directamente ao cérebro emocional. Eles curto-circuitam quase por completo a linguagem. E produzem os seus efeitos através do corpo mais do que através do pensamento. Há um grande número destes métodos. Na minha prática clínica, privilegio os métodos que foram validados cientificamente mediante estudos que dão garantias de rigor e de credibilidade.

Os capítulos seguintes apresentam pois cada uma dessas abordagens, ilustradas por relatos de doentes cuja vida foi transformada pela experiência. Tento igualmente mostrar como cada um dos métodos foi avaliado cientificamente e os bons resultados obtidos. Alguns deles são muito recentes e fazem apelo a tecnologias de ponta, como por exemplo o método dito de «dessensibilização e de retratamento pelos movimentos oculares» (mais conhecido pelas iniciais americanas, EMDR), ou o método da «coerência do ritmo cardíaco» ou ainda o da «sincronização dos ritmos cronobiológicos pela aurora artificial». Outras técnicas, como a



acupunctura, a nutrição, a comunicação afectiva e os métodos de integração social, são oriundas de tradições médicas plurimilenares. Mas, sejam quais forem as suas origens, tudo começa com as emoções. É preciso explicar em primeiro lugar de que forma, com precisão, elas funcionam.

