

Das neuroses atuais à psicossomática¹

Flávio Carvalho Ferraz

Publicado em Volich R.M., Ferraz F.C. e Arantes M.A.A.C. (orgs.) *Psicossoma II - Psicossomática Psicanalítica*, S. Paulo, Casa do Psicólogo, 1998 (3ª Edição, 2007), pp 121-136.

Os estudos iniciais de Freud sobre as neuroses ficaram marcados pela distinção que ele fazia entre as chamadas *neuroses atuais* e as *psiconeuroses*. Ocorre que, aos poucos, o conceito de neurose atual foi deixando de aparecer em seus trabalhos, como que sendo colocado à parte do campo propriamente psicanalítico. No entanto, é interessante observar-se, hoje em dia, como muitos dos aspectos por ele descritos como peculiares às neuroses atuais podem se articular com aquilo que se compreende atualmente como campo da psicossomática.

A expressão “neurose atual” apareceu na obra de Freud, pela primeira vez, no artigo *A sexualidade na etiologia das neuroses*, de 1898. Neste trabalho, ele afirmava que a principal causa atuante na origem de toda neurose repousa sobre a vida sexual do paciente, afirmação que viria a constituir-se como pedra fundamental para toda a estruturação da psicanálise. Mas Freud alertava para o fato de que o papel desempenhado pela sexualidade pode ser bastante diferente de acordo com o caso. Deste modo, aparecia, neste artigo, a necessidade de se classificarem os casos de neurose - a partir do diagnóstico feito com base em um cuidadoso exame da sintomatologia - em dois grandes grupos: o da *neurastenia* e o da *psiconeurose* (histeria e obsessões), existindo ainda a ocorrência, muito frequente, de casos em que os sintomas de ambos os grupos aparecem combinados.

Nos casos de neurastenia, era possível, segundo Freud, chegar-se, a partir da anamnese, à descoberta do fator etiológico, presente na vida sexual do paciente, que teria dado origem à doença. Isto porque este fato deveria fazer parte de sua vida atual ou do período posterior à maturidade sexual. Já nas psiconeuroses, constatou Freud, uma anamnese deste tipo não traria resultados. Embora o fator etiológico certamente se encontrasse vinculado à vida sexual, o paciente não seria capaz de conhecer tal vinculação:

¹ Este capítulo originou-se de uma comunicação lida no *I Simpósio de Psicanálise e Psicossomática*, promovido pelo Departamento de Psicossomática do Instituto Sedes Sapientiae e pela Casa do Psicólogo, em São Paulo, nos dias 24 e 25 de novembro de 1995, e posteriormente publicada em *Percurso* (nº 16, 1996) e no livro *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*, organizado por Flávio Carvalho Ferraz & Rubens Marcelo Volich (São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997).

“Por um curioso trajeto circular (...) é possível chegar a um conhecimento dessa etiologia e compreender porque o paciente foi incapaz de falar-nos qualquer coisa a respeito. Pois os eventos e influências que estão na raiz de toda psicose pertencem não ao momento presente, mas a uma época de vida há muito passada, que é como se fosse uma época pré histórica - à época da infância inicial; e eis porque o paciente nada sabe deles. Ele os esqueceu - embora apenas em um certo sentido.” (Freud, 1898, p.293-4).

Esta passagem deixa nítido o fato de que Freud já condensava aí toda uma teoria das psicoses que ainda estava por ser desenvolvida em detalhes, mas cujos pilares - a sexualidade infantil e o recalque - estavam construídos.

Igualmente importante era a observação da distinção entre a psicose e a neurastenia (aqui no caso, protótipo de toda neurose atual). Nesta última, a etiologia seria contemporânea, e não infantil; ou seja, haveria uma outra relação de temporalidade entre causa e sintoma. O termo *atual*, conforme observaram Laplanche & Pontalis (1967), “*deve pois ser tomado em primeiro lugar no sentido de uma ‘atualidade’ no tempo*” (p.382). Ainda na distinção com relação à psicose, lembram estes autores que o termo *atual* “*vem a exprimir aqui a ausência daquela mediação que encontramos na formação dos sintomas da psicose (deslocamento, condensação, etc.)*” (p.382). Freud já alertara - antecipando a importância que isso viria a ter no futuro para as expansões da teoria e da clínica psicanalíticas - para o fato de que havia duas formas bastante diferentes de se processar a excitação psíquica: transformando-a diretamente em angústia - donde resultariam sintomas predominantemente somáticos ou não simbólicos - ou então procedendo-se à mediatização simbólica, donde resultariam sintomas eminentemente psíquicos.

Deste modo, o que delimitaria o domínio das chamadas neuroses atuais não seria apenas esta peculiar relação de temporalidade. Seriam também as características *somáticas* da sintomatologia. É assim que, na neurastenia, podiam ser encontrados sintomas tais como: “*pressão intracraniana, inclinação à fadiga, dispepsia, constipação, irritação espinhal, etc.*”. Em um outro sub-grupo das neuroses atuais, o das chamadas *neuroses de angústia*, este tipo de sintomatologia teria menos importância; os traços sintomatológicos proeminentes estariam todos gravitando em torno do “sintoma nuclear” da angústia, e seriam: “*sobressalto, inquietude, ansiedade expectante, ataques de angústia completos, rudimentares ou suplementares, vertigem locomotora, agorafobia, insônia, maior sensibilidade à dor, etc.*”

A distinção entre estas duas modalidades da neurose atual - a neurastenia e a neurose de angústia - já fora feita por Freud antes mesmo do aparecimento do próprio termo *neurose atual*. Já no ano de 1894, quando em seus trabalhos anteriores constava somente a figura da neurastenia, Freud publicou o artigo *Sobre os critérios para destacar*

da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia', no qual descrevia esta nova possibilidade diagnóstica, caracterizando seus sintomas como "*manifestações imediatas da angústia ou como rudimentos equivalentes dela*" (Freud, 1897, p.277). Assim, a neurose de angústia seria resultado de uma transformação direta do fator quantitativo do representante pulsional em angústia. Verifica-se neste quadro, conforme observação de Laplanche & Pontalis (1967),

"a ausência ou insuficiência de 'elaboração psíquica' da excitação sexual somática, pelo que esta não pode transformar-se em 'libido psíquica', a não ser entrando em conexão com grupos pré-estabelecidos de representações sexuais. Quando a excitação não é assim dominada, é diretamente derivada no plano somático sob a forma de angústia."(p.385).

É por isso que, nesta neurose, predomina um tipo de angústia sem objeto nítido, tendo os fatores atuais um papel relevante na sua etiologia, tal como se dá nos casos hoje em dia classificados como síndrome do *pânico*. Para Dejours (1988), a somatização é um processo que está na continuidade da neurose de angústia: "*para os especialistas em psicossomática também é hábito dar muita atenção à descompensação que representa a neurose de angústia, pelo que ameaça prefigurar para o futuro na ordem das somatizações*" (p.126).

De acordo com Freud, a diferença entre neurastenia e neurose de angústia não residia apenas na sintomatologia, mas seria resultante de uma etiologia diversa:

"a neurastenia pode ser sempre reportada a um estado do sistema nervoso, tal como adquirido por masturbação excessiva ou tal como procedente espontaneamente de emissões frequentes; a neurose de angústia revela influências sexuais que têm em comum o fator da continência ou da satisfação incompleta - tal como o coito interrompido, a abstinência juntamente a uma libido viva, a chamada excitação não consumada e outros." (Freud, 1898, p.294).

No artigo *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna* (Freud, 1908), esta distinção voltou a aparecer. Fazendo, de modo bastante veemente, uma crítica ao papel repressor da civilização sobre a vida sexual, e responsabilizando-a pela causação das neuroses e da infelicidade em geral do homem, Freud reiterou a incidência do sintoma sobre o plano somático nas neuroses atuais e comparou-o aos sintomas de natureza tóxica que resultariam do excesso ou da escassez de certos "tóxicos nervosos". Em contraposição, os sintomas da psiconeurose seriam psicogênicos e estariam na dependência da "*atuação de complexos ideativos inconscientes*" (p.191), isto é, *recalcados*. Podemos verificar, assim, que a concepção diferencial da neurose atual e da psiconeurose estava mantida. Aliás, este ponto de vista nunca foi abandonado por Freud. Em outras oportunidades ele apontou que, nas neuroses atuais, "*o mecanismo de*

formação de sintomas devia ser procurado no domínio da química (intoxicação por produtos do metabolismo das substâncias sexuais)”, como mostram Laplanche & Pontalis (1967, p.383).

Mais tarde, no artigo sobre o narcisismo, Freud (1914) dá mostras de que não havia sepultado o conceito de neurose atual, que já então passara a ser pouco mencionado, visto que seu interesse dirigia-se à investigação das psiconeuroses ou, já nesta época, *neuroses de transferência*. Neste artigo, ele introduziu uma terceira modalidade da neurose atual, a saber, a *hipocondria*. A partir de uma correspondência termo a termo entre as duas primeiras modalidades das neuroses atuais (neurastenia e neurose de angústia) com as neuroses de transferência, a hipocondria veio a se corresponder com a parafrenia (ou *psiconeurose narcísica*, designação inicial para a psicose). Assim, a hipocondria seria uma “neurose atual da parafrenia”; ou, dito de outra forma, a hipocondria estaria para a parafrenia assim como a neurastenia e a neurose de angústia estavam para a psiconeurose.

II

Pois bem. Ainda que mantida por Freud a distinção entre as psiconeuroses e as neuroses atuais, o que se verificou no desenvolvimento ulterior da psicanálise foi um progressivo abandono desta nosografia, devido à ênfase que se deu sobre o papel do recalque e da sexualidade infantil na constituição do campo propriamente psicanalítico. A idéia de *neurose atual*, sobre a qual Freud dispendeu tantos esforços, foi, silenciosamente, perdendo sua importância e caindo, pouco a pouco, no abandono. Ocorre, porém, que alguns dos *insights* freudianos a respeito das peculiaridades das neuroses atuais podem, hoje em dia, ser considerados de alta importância teórica. Entre elas, destaca-se a afirmação da sintomatologia somática - em oposição à sintomatologia psíquica das psiconeuroses - e a especificidade da relação de temporalidade entre sintoma e causa precipitante. Laplanche & Pontalis (1967), tratando da perda de força do conceito de neurose atual dentro do sistema psicanalítico de Freud, apontam para o fato de que esta antiga noção “*leva diretamente às concepções modernas sobre as afecções psicossomáticas*” (p.384). Estes autores criticam ainda aquilo que pode ter sido uma espécie de ponto de opacidade na visão de Freud sobre as neuroses atuais: ele teria insistido sobremaneira no fator etiológico da não-satisfação das pulsões sexuais. De fato, esta foi uma tecla na qual Freud bateu insistentemente em todos os trabalhos mencionados acima. Isto limitou o alcance de seu conceito, contrastando com uma intuição extremamente aguçada que o fez, por outro lado, enfatizar a sintomatologia somática correlata a uma outra relação de temporalidade, não mediatizada pelo mecanismo do

recalcamento. O que Freud entreviu foi o fato de que o sintoma psicossomático não se constituía como um retorno do recalcado - da sexualidade infantil recalcada - nos moldes da psicose. Aí encontramos um ponto de partida na teoria freudiana para todo o campo de estudos da psicossomática que veio a se consolidar posteriormente na França, a partir dos anos 70, dentro da Escola Psicossomática de Paris, que teve na figura de P. Marty seu grande expoente, ao lado M. de M'Uzan e M. Fain, entre outros.

Mas, voltando à crítica de Laplanche & Pontalis (1967), faltou, para Freud, “*tomar em conta, na gênese dos sintomas neuróticos atuais e psicossomáticos, a repressão da agressividade.*” (p.384). A psicossomática contemporânea, no entanto, tem procurado preencher esta lacuna teórica, ao apontar para o papel da “violência instintiva” (Dejours, 1988) dirigida ao soma nos quadros de descompensação, de modo que, ao produzir um sintoma somático, o sujeito pode manter-se particularmente “normal” do ponto de vista psíquico. É deste modo que, ao traçar um quadro nosográfico para a neurose, incorporando as variações históricas que foram se processando, Laplanche e Pontalis (1967) chegaram mesmo a propor que as *neuroses atuais* fossem classificadas contemporaneamente com *afecções psicossomáticas*.

Em um breve levantamento, pode-se dizer que Freud enfatizou, no caso das neuroses atuais, aspectos tais como: a sintomatologia somática; o caráter atual do fator etiológico; a não-satisfação da libido como causa precipitante do sintoma; e a transformação direta da causa em sintoma, sem a mediatização simbólica do recalque.

Todos estes fatores, pode-se dizer, merecem ser levados em consideração à luz de uma teoria psicossomática contemporânea, desde que cuidadosamente submetidos a uma nova leitura e rearranjados os rumos que assumiram dentro do sistema psicanalítico exclusivamente freudiano. Vejamos um a um os fatores levantados.

III

1. A sintomatologia somática, indubitavelmente, mantém-se como ponto de destaque na estrutura psíquica que diverge essencialmente da formação neurótica. A impossibilidade da elaboração psíquica deixaria livre o acesso da excitação não representável para o plano somático. Freud já apontara, para o caso das neuroses atuais, um mecanismo em ação divergente do recalque, isto é, da existência de uma área de formação do sintoma não abrangida pela simbolização. A elaboração psíquica - processo através do qual a simbolização se exerce - seria, segundo Laplanche & Pontalis (1967),

“o trabalho realizado pelo aparelho psíquico com o fim de dominar as excitações que chegam até ele e cuja acumulação ameaça ser

patogênica. Este trabalho consiste em integrar as excitações no psiquismo e em estabelecer entre elas conexões associativas” (p.196).

Ora, isto é exatamente o que acontece de forma deficiente nos processos que conduzem à somatização. Vejamos como dois psicanalistas atentos à questão da psicossomática - Pierre Marty e Joyce McDougall - procuraram dar conta desta impossibilidade de elaboração psíquica.

Marty (1991) utilizou o conceito de *mentalização* como sendo uma espécie de medida das dimensões do aparelho psíquico, que concernem “à *quantidade e à qualidade das representações psíquicas dos indivíduos*” (p.11). Pode-se dizer, grosso modo, que, para ele, uma boa mentalização protege o corpo das descargas de excitação, à medida que esta encontra abrigo nas representações existentes no pré-consciente. Um grau pobre de mentalização, ao contrário, deixa o corpo biológico desprotegido, entregue a uma linguagem primitiva basicamente somática. As representações psíquicas, bases da vida mental, são responsáveis pela existência das fantasias e dos sonhos, longas vias associativas que permitem o escoamento das excitações, dando-lhes um substrato propriamente psíquico. Nos processos de somatização pode-se falar, então, em *insuficiência* ou *indisponibilidade* das representações pré-conscientes.

McDougall (1991) utiliza o conceito de *desafetação* para falar de algo semelhante. Os pacientes mais propensos a somatizar seriam aqueles “*incapazes de recalcar as idéias ligadas à dor emocional e igualmente incapazes de projetar esses sentimentos, de maneira delirante, sobre as representações das outras pessoas*” (p.105). Delineia-se, assim, uma estrutura psíquica diferente da neurose, por um lado, e da psicose, por outro. Para McDougall, tais pacientes “ejetam brutalmente” do campo consciente as representações carregadas de afeto; não podem conter o excesso da experiência afetiva e nem refletir sobre ela. As palavras deixam de ter a função de ligação pulsional, e tornam-se “*estruturas congeladas, esvaziadas de substância e de significação*” e o discurso mantém-se inteligível, porém totalmente destituído de afetos. A palavra, neste caso não oferece mais proteção contra a excitação². Trata-se, aqui, de algo que vai na mesma linha do que Marty & M'Uzan (1994) designaram como *pensamento operatório*, para eles um pensamento consciente que “*manifesta-se sem vínculo orgânico com uma atividade fantasmática de nível apreciável e reproduz e ilustra a ação, por vezes a precede ou sucede, mas dentro de um campo temporal limitado*” (p.165-6).

2. O caráter atual do fator etiológico é um ponto bastante complexo, que introduz algumas dificuldades na articulação entre as neuroses atuais e as afecções

psicossomáticas. Lembremos que, para Freud, a etiologia da neurose atual reside na vida sexual presente, em oposição à sexualidade infantil da psiconeurose. Talvez seja necessário, aqui, para que tenhamos uma maior clareza sobre este intrincado paralelo, uma separação entre temporalidade e sexualidade. De fato, no caso da psiconeurose, trata-se do sexual infantil, ou, de outra forma, do sexual e infantil, atualizados no sintoma por uma especial relação que Laplanche (1992) explorou em seus estudos sobre a re-significação *a posteriori* do trauma, recapitulando um pressuposto básico da teoria das neuroses de Freud já claramente exposta no artigo “Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa” (Freud, 1896).

Para Laplanche (1992), a teoria do *a posteriori* ou do trauma em dois tempos postula que

“nada se inscreve no inconsciente humano, a não ser na relação de ao menos dois acontecimentos, separados, no tempo, por um momento de mutação que permite ao sujeito reagir de outra forma do que na primeira experiência, ou, melhor, reagir à lembrança da primeira experiência de outra forma do que ragiu à própria experiência” (p.119-20).

Mas como poderíamos pensar na relação de temporalidade tendo o fenômeno psicossomático em questão? Freud simplesmente descartou o infantil, ao postular uma etiologia sexual contemporânea. Já vimos como Laplanche & Pontalis (1967) criticaram a insistência de Freud sobre a não-satisfação das pulsões sexuais na etiologia das neuroses atuais. Aqui, acredito, devemos recorrer a uma distinção, possível apenas na psicanálise pós-freudiana, sobre a gênese sexual da neurose em contraposição à gênese não sexual de outras patologias mais regressivas, quando se colocam em relevo experiências primordiais relativas à sobrevivência, tal como Winnicott (1954) demonstrou existirem na origem das perturbações não neuróticas graves, como é o caso dos pacientes limítrofes, dos psicóticos e dos somatizadores.

Deste modo, a pesquisa em psicossomática acabou por dirigir-se para o campo das relações mãe-bebê, aí encontrando o solo de perturbações que teriam decorrências sobre a estruturação das defesas específicas que colocariam o somatizador em um terreno bastante diferente daquele do neurótico. Trata-se de um vastíssimo campo de investigação, que não caberia detalhar neste espaço. Apenas como demonstração, poderíamos nos remeter a McDougall (1991) e sua idéia de que, no caso do somatizador, a experiência clínica conduz à hipótese de uma falha da mãe como função de pára-excitação do bebê, o que constitui um traumatismo vivenciado na primeira infância, antes mesmo da aquisição da palavra. O bebê, assolado por sua angústia, não encontra

² McDougall (1991), fazendo uma consideração sobre a etiologia da desafetação, afirma ter encontrado na anamnese destes pacientes referências a um “discurso familiar que preconizava um ideal de inafetividade e

encorajamento para, pouco a pouco, poder vivenciá-la psiquicamente, e com isto caminhar no sentido de uma elaboração progressiva. Neste caso sobrevém, de partida, uma *insuficiência constitutiva* das representações mentais. Provavelmente, o contato da mãe com este bebê encontra-se marcado por uma desarmonia afetiva - no sentido da carência ou do excesso - muitas vezes verificadas em casos onde a própria mãe sofra de um doença somática ou se encontre deprimida ou excitada, indiferente ou excessivamente diretiva; enfim, quando se encontra, por algum motivo, impossibilidade de exercer seu papel materno satisfatoriamente. Em casos mais favoráveis, a mãe desempenharia o papel de pára-excitação nestes tempos primordiais, dando ensejo à fantasia de “um corpo para dois”, sendo esta função, aos poucos, assumida pela *palavra*; no caso, *palavra afetada*.

A modalidade das experiências precoces, de acordo com o que se disse acima, coloca a somatização grave em uma vasta área nosológica que abriga diferentes diagnósticos psíquicos tais como a psicose, as adicções mais diversas e as neuroses de comportamento, todos situados em um campo diverso do da psicose³.

Sob um outro ângulo, pode-se verificar uma relação interessante entre sintoma e temporalidade em psicossomática: trata-se do papel preponderante dos fatos atuais sobre o desencadeamento das crises. Como lembra Santos Filho (1994),

“desde Franz Alexander aos modernos autores norte-americanos e franceses está presente na manifestação psicossomática um acontecimento, uma cena da realidade, um fato, uma mudança nas relações com as pessoas e/ou com o ambiente, mais que uma representação ou cena imaginária, ou fantasia, como fator gerador ou desencadeante. Há uma outra via, que parte da “realidade” para o corpo. Esta a via biológica, na qual o próprio funcionamento humoral e nervoso autônomo impõe-se ao sujeito, sem expectativa ou pedido de decodificação” (p.115).

Portanto, é possível pensar que Freud deu-se conta da importância do fator atual nas neuroses atuais, mas circunscreveu-o à insatisfação da libido na vida pós-puberal. Já a pesquisa contemporânea pôs em relevo o infantil, ainda que não o sexual.

condenava qualquer experiência imaginativa” (p.116).

³ Aqui se coloca a complexa questão da distinção etiológica entre a psicose e a psicossomatose. Se ambas repousam sobre uma perturbação precoce na relação entre a mãe e seu bebê, o que determinaria o rumo a ser tomado pela estruturação psíquica? Qual seria o mecanismo específico de cada saída possível, e como ele seria determinado? McDougall (1991) afirma que, tanto na psicose como na psicossomatose, a relação primitiva entre mãe e criança revela-nos a “violência da interpretação” (conceito de Piera Aulagnier). E supõe que a “escolha” entre psicose e psicossomatose seja devida à constelação familiar e ao papel representado pelo pai na organização psíquica. Bollas (1992), por sua vez, propõe uma teoria genética mais consistente para tal diferenciação (para ele, entre a psicose e *doença normótica*), lançando mão dos conceitos de *identificação projetiva* e de *introjeção extrativa*. Se o pai e a mãe identificam projetivamente na criança elementos cindidos e indesejados de seu próprio *self*, então sobrecarregam-na com um mundo interno complexo e caótico, como se dá no caso da personalidade limítrofe. Se, de modo diferente, os pais extraem (roubam) o conteúdo e a estrutura mental de uma criança, despojando-a dos elementos necessários para o processamento do conflito mental, então ela pode tornar-se empobrecida, como ocorre com o indivíduo normótico, propenso à somatização.

3. A não-satisfação da libido como causa precipitante da neurose atual, como Freud apontava, já foi objeto de discussão acima. Vista de modo estrito, esta forma de causalidade parece frágil, como já observaram Laplanche & Pontalis (1967), ao apontarem a omissão, por parte de Freud, do papel da repressão da agressividade.

De acordo com Marty (1991), a repressão da agressividade, face a situações em que esta encontra uma fonte que a excite - apoia-se em interdições sociais ou parentais *interiorizadas*, mas não *elaboradas*. Neste caso, o sujeito pode suprimir a descarga motora substituindo-a por comportamentos que fazem parte de seu acervo de hábitos: de modo geral, seriam atividades físicas ou então sublimadas. Dejours (1988), por seu turno, chamou a atenção para a “violência da pulsão”, que seria um dado a ela inerente, tendendo a ser descarregada a partir do inconsciente primário ou não representado.

Podemos afirmar, contudo, que Freud percebia um evento contemporâneo que marcava o desencadeamento da neurose atual, colocando a não-satisfação da libido neste lugar etiológico. Hoje em dia, no entanto, é possível ampliar esta noção - que em Freud se restringia a uma única espécie de evento - e pensar na especial suscetibilidade ao acontecimento (fato) verificada no somatizador, como já foi dito acima.

4. Por fim, a ausência da metabolização simbólica da excitação proveniente da pulsão - que Freud entreviu na neurose atual em contraste com as intrincadas formações produzidas pelo recalque no neurótico - pode ser considerada como figura de proa da psicossomática.

O mecanismo de repressão a que se faz alusão na psicossomática diz respeito à barreira que se instala entre o sistema pré-consciente e o consciente. Trata-se, aqui, de uma repressão psíquica no sentido da evitação de uma representação adquirida, que pode se alastrar de modo a atingir mais e mais representações ligadas afetivamente às precedentes. Marty (1991) frisa que não está em questão, na gênese do sintoma somático, o mecanismo do recalque, pois tal espécie de sintoma não tem a característica de *retorno do recalado*: no caso da repressão, a representação pode aparecer intacta em alguns momentos - sem a deformação sofrida pelo recalado quando este retorna - para desaparecer novamente em seguida. O recalque, se por um lado torna inconsciente o conflito, por outro produz formações - o sonho, por excelência - que “*permitem colocar progressivamente em dia a história infantil do sujeito, deixando aparecer os complexos que dele resultaram (castração e Édipo, por exemplo)*” (p.37).

De fato, o mecanismo de defesa que originalmente deve ter sido estabelecido no caso da propensão à somatização em tudo diverge do recalque. Como já se viu, não é possível de se encontrar uma via de escoamento da excitação através da palavra, visto

que o discurso se apresenta *desafetado* ou *operatório*. A descarga só pode se dar mediante o *ato*. Esta idéia, aliás, parece já presente em Freud (1913), que, embora tratando de uma situação diferente da que tratamos aqui, finalizou seu livro *Totem e tabu* fazendo uma comparação entre os povos primitivos e os neuróticos, para concluir que, nos neuróticos, “*o pensamento constitui um substituto completo do ato*”. E dá um fecho solene a seu trabalho proclamando que “*no princípio foi o ato*” (p.191).

O ato do somatizador recai sobre o soma. Ao contrário da conversão histórica, quando o corpo afetado é o corpo erógeno - portanto, corpo simbólico - na somatização o corpo é mesmo o corpo biológico; daí a existência de uma lesão orgânica, muitas vezes extremamente grave. Freud já dizia que o aparelho psíquico tem por função receber e processar os estímulos externos e as manifestações pulsionais, fazendo, para tanto, uso de suas vias associativas. Quando isto não é completamente possível, outras defesas, que não o recalçamento, entram em cena, passando ao largo da mediatização pelo símbolo.

IV

Como um assinalamento final, cabe fazer uma observação a respeito das relações entre a psicanálise e a psicossomática. Ao chamar a atenção para o papel de mecanismos diversos do recalque na determinação de um sintoma psicossomático, funda-se um novo campo de estudo e de trabalho psicoterapêutico que se assenta, contudo, sobre as bases metapsicológicas psicanalíticas. A noção de *mentalização* não pertence, obviamente, à metapsicologia freudiana, tendo surgido apenas no início da década de 70. No entanto, este conceito não poderia ter existido jamais se não fosse a partir do modelo de funcionamento mental proposto por Freud, particularmente na chamada primeira tópica. Além disso, como procurei demonstrar neste artigo, a articulação entre as neuroses atuais e as afecções psicossomáticas salta aos olhos: a oposição percebida por Freud entre os sintomas somático e psíquico corresponde, em grande parte, ao que diferenciamos hoje como sintoma neurótico e sintoma psicossomático.

Deste modo, pode-se compreender o campo da psicossomática como uma extensão da pesquisa psicanalítica, assim como o foram os estudos sobre a psicose feitos pelos ingleses. Se Freud considerava o tratamento da psicose como tarefa que não se incluía no horizonte psicanalítico, com o desenvolvimento ulterior da psicanálise esta limitação deixou de fazer sentido. Do mesmo modo, Winnicott procurou demonstrar como a psicanálise poderia ser enriquecida pela experiência do trabalho com delinquentes. Maud Mannoni tem trabalhado com crianças portadoras de retardo mental a partir da utilização de um referencial psicanalítico. Ferenczi, contemporaneamente a Freud, já ousava experimentar

tratamentos de pacientes “difíceis”, isto é, psicóticos, somatizadores e criminosos. Outros exemplos poderiam ser dados aqui, mas não é o caso. O que importa é marcar que conceitos não freudianos - como, por exemplo, os de *posição depressiva*, *identificação projetiva*, *objeto transicional*, entre muitos outros criados por diversos autores - têm passado a fazer parte do campo psicanalítico desde, praticamente, o nascimento da psicanálise. Igualmente, a noção de *mentalização* já entrou para este elenco.

Se o leitor estranha estas colocações tão óbvias, cabe justificá-las dizendo que se percebem, algumas vezes, resistências no seio da psicanálise contra certas idéias nascidas na pesquisa em psicossomática. O mesmo é válido para alguns “psicossomaticistas” que enxergam nas descobertas e postulações de seu campo uma incompatibilidade com a psicanálise. A meu ver, trata-se, em ambos os casos, apenas de exacerbações idiossincráticas, pois, quando se examinam as construções teóricas da psicossomática psicanalítica, ficam evidentes os fatos de que aí se encontra uma importante ampliação para nosso horizonte, bem como de que o solo metapsicológico onde repousam seus alicerces é eminentemente freudiano⁴.

⁴ Gurfinkel (1996) discute esta questão das relações entre psicanálise e psicossomática, criticando a visão que procura apartar os dois campos. Diz ele: “O estudo dos fatores psíquicos presentes no adoecer somático nos coloca diante da tarefa de rever a dissociação entre mente e corpo presente na nossa tradição filosófica e científica, inclusive na psicanálise; ora, o que muitas vezes se observa é uma tendência a reproduzir esta dissociação através do estabelecimento de uma oposição estrita entre psicanálise e psicossomática, tomadas como campos rigorosamente distintos e inconciliáveis” (p.70).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLLAS, C. *A sombra do objeto*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- DEJOURS, C. *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- FREUD, S. (1894) Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome intitulada “neurose de angústia”. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v.3.
- (1896) Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa. *Op.cit.*, v.3.
- (1897) Sinopses dos escritos científicos do Dr. Sigm. Freud. *Op.cit.*, v.3.
- (1898) A sexualidade na etiologia das neuroses. *Op.cit.*, v.3.
- (1908) Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna. *Op.cit.*, v.9.
- (1913) Totem e tabu. *Op.cit.*, v.13.
- (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. *Op.cit.*, v.14.
- GURFINKEL, D. Psicanálise, regressão e psicossomática: nas bordas do sonhar. *Percurso*, 8(16):69-80, 1996.
- LAPLANCHE, J. *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. (1967) *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- MARTY, P. *Mentalisation et psychosomatique*. Paris: Delagrangue, 1991.
- MARTY, P. & M'UZAN, M. O pensamento operatório. *Rev. Bras. Psicanal.*, 28(1):165-74, 1994.
- McDOUGALL, J. *Teatros do corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- SANTOS Fo., O.C. Psicanálise do “paciente psicossomático”. *Rev. Bras. Psicanal.*, 28(1):111-28, 1994.
- WINNICOTT, D.W. (1954) Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.