

# Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática

Rubens Marcelo Volich

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 17 – 31.

Seria a Psicossomática mais uma especialização na abordagem do adoecer humano ?

A considerar nosso panorama cultural e científico imediato, a resposta é sem dúvida positiva. No Brasil, e em São Paulo em particular, podemos constatar uma oferta crescente de cursos de Psicossomática dos mais diversos níveis - introdutórios, de extensão, especialização, pós-graduação, etc. - que ao mesmo tempo que respondem a uma demanda existente, acabam também por intensificar esta mesma demanda.

O discurso cultural há muito incorporou o verbo “ somatizar ”. As diferentes entonações com que suas conjugações são pronunciadas podem revelar desde o desprezo pela queixa daquele que sofre, até uma tentativa de sugerir uma explicação salvadora para uma doença cujas etiologia e desenvolvimento teimam em permanecer refratários à todos os procedimentos médicos.

No meio médico, constatamos um movimento progressivo no sentido de reconhecer os componentes emocionais presentes na dinâmica de algumas doenças, componentes estes que justificariam a indicação de uma terapêutica “ específica ” de cunho psicossomático, geralmente exercida por um outro profissional, “ especialista ” neste campo.

No meio psicológico e psiquiátrico, podemos observar um aumento significativo do número de profissionais destas áreas que trabalham nas mais variadas instituições de saúde, desde naquelas que prestam assistência primária à população - como os Centros de Saúde, Unidades de Base, etc. - até nos hospitais terciários, e centros de pesquisa que tratam de patologias mais complexas. Nessas instituições, esses profissionais participam geralmente de uma divisão de trabalho que os torna responsáveis pelo “ acompanhamento psicológico ” do doente, acompanhamento este que os médicos não se consideram “ competentes ”, ou alegam “ não terem tempo ” para realizar.

Sem deixar de reconhecer o progresso representado pelo reconhecimento crescente dos aspectos emocionais implícitos na etiologia de uma patologia somática, e também decorrentes desta, não podemos evitar de nos perguntarmos sobre os pressupostos e as implicações de tais procedimentos, e se estes procedimentos são suficientes para sustentar a Psicossomática como uma “ especialidade ”.

Sem dúvida, este questionamento é um convite fascinante para algumas viagens que nos conduziriam ao campo da filosofia, da epistemologia, da crítica social, da ideologia determinante da ordem médica e de sua história, bem como de nossas concepções sobre o adoecer e a cura. Nosso enquadre de discussão impõe sem dúvida alguns limites para um projeto tão ambicioso, que por si justificaria a realização de todo um simpósio. Entretanto, após sobrevoar rapidamente o campo da psicossomática, tal como geralmente ele se apresenta, gostaria de questionar a natureza deste campo a partir da

perspectiva psicanalítica, em particular aquela desenvolvida desde os anos '50 por Pierre Marty e seus colaboradores, mais conhecidos como constituindo a “ Escola de Psicossomática de Paris ”.

O acréscimo do adjetivo “ psicanalítica ” já evidencia a necessidade de reconhecermos que a psicossomática está longe de ser um campo homogêneo. Constatamos que o simples fato de admitir a existência de relações entre a Psique e o Corpo parece ser suficiente para que um profissional, um grupo, ou mesmo uma teoria se auto-denomine “ psicossomática ”. Encontramos assim teorias psicossomáticas cognitivistas, comportamentais, yoga, relaxamento e hipnose psicossomáticas. Se o sobrenome define uma filiação, ele não é suficiente para definir a identidade do sujeito. O mesmo ocorre com as teorias. O acréscimo de um adjetivo pode contribuir para situá-las dentro de um panorama científico, mas é absolutamente insuficiente para informar sobre sua estrutura interna, seus postulados, seus fundamentos.

Para responder a nossa questão inicial, é necessário investigar a própria natureza do campo psicossomático, o que implica, como sugere o psicanalista Pierre Fédida, examinar as condições de “ intercientificidade ” deste campo<sup>1</sup> : seus modelos teóricos, sua relação com a clínica, seus “ limites de operatividade ”, e, sobretudo suas possibilidades de troca com outros campos de conhecimento.

### *O campo da Psicossomática*

Tentemos então percorrer brevemente o campo da psicossomática. Apesar de todos os seus desenvolvimentos, ela foi desde suas origens marcada pelas descobertas freudianas. Não esqueçamos que Freud iniciou sua carreira como um brilhante neurologista, tendo também se interessado pela oftalmologia, pesquisando os efeitos anestésicos da cocaína. Porém, o desafio lançado pela histeria de conversão o colocou diante dos limites de suas concepções neurológicas, determinando seu interesse por aquela patologia cuja sintomatologia orgânica não apresentava nenhuma correspondência com a estrutura anatômica dos órgãos afetados. Questionando as vias que levam o conflito psíquico a se manifestar na esfera somática, aceitando acolher aquilo que a ciência de sua época rejeitava - os sonhos, os lapsos, a histeria e, inclusive, uma outra anatomia, imaginária - Freud descobre o Inconsciente, e funda a Psicanálise.

De ponta a ponta - nas suas descobertas sobre os sonhos e sobre a sexualidade, nos modelos do aparelho psíquico e das pulsões, sua obra apresenta uma reflexão sobre as relações entre o psíquico e o somático. O modelo etiológico da histeria e da neurose atual se constituíram como as primeiras referências da Psicanálise para pensar a participação dos fatores psíquicos nas doenças orgânicas.

Todos os pioneiros da psicossomática tiveram um contato pessoal ou através do movimento psicanalítico com as formulações freudianas, reconhecendo inclusive as contribuições destas para suas teorias. Autores como Georg Groddeck, Félix Deutch, e Franz Alexander, fundador da Escola de Chicago, empenharam-se desde a década de 1920 em aplicar os conceitos psicanalíticos para desenvolver uma abordagem psicossomática da patologia orgânica.

---

<sup>1</sup> Fédida Pierre, D'une psychopathologie générale à une psychopathologie fondamentale. Note sur la notion de paradigme, in *Crise et Contre-Transfert*, PUF, 1992, Paris, p. 295.

A Escola de Chicago imprimiu à Psicossomática marcas que persistem até os nossos dias influenciando a maneira de trabalhar e de pensar de algumas gerações de terapeutas. Flanders Dunbar, O. English, Ruesch e Alexander, principalmente, dirigiam seus trabalhos no sentido de buscar estabelecer relações entre conflitos emocionais específicos e estruturas de personalidade com alguns tipos de doenças somáticas, como a úlcera, alergias, enxaquecas, asma e distúrbios digestivos. Além da especificidade de certos tipos de personalidade e as manifestações somáticas, este grupo também se preocupou em compreender as relações entre as reações emocionais e respostas do sistema vegetativo e do Sistema Nervoso Central<sup>2</sup>.

Partindo da fisiologia, H. Selye descreve em 1936 a Síndrome Geral de Adaptação como sendo um conjunto de reações fisiológicas não específicas que visa preparar o organismo para defender-se das agressões. Esta síndrome comporta três fases : alarme diante da ameaça, resistência à mesma e esgotamento. A patologia orgânica pode decorrer tanto da incapacidade do organismo em desencadear essas reações de defesa, como da persistência destas reações, além do necessário. Tendo também celebrado a noção de “ stress ”, Selye caracteriza este fator como sendo o elemento, real ou imaginado, que desencadearia de forma aguda ou crônica a Síndrome Geral de Adaptação<sup>3</sup>.

Desde os anos '40, tem sido constatado do ponto de vista epidemiológico, o aumento da incidência de patologias somáticas entre as pessoas que apresentam estados depressivos. Estas observações conduziram a um incremento das pesquisas buscando compreender as relações entre as emoções e o sistema imunológico e detectar estruturas e mecanismos de natureza celular, fisiológica e anatômica que poderiam mediatizar a percepção de eventos internos e externos, sua elaboração e as reações do organismo. Principalmente a partir dos anos '70, definiu-se um novo campo de pesquisa, denominado, Neuropsicoimunologia<sup>4</sup>. V. Riley descreve em 1981 o desenvolvimento dos tumores malignos transplantados em camundongos colocados em situações de stress. R. Ader e seu grupo em 1981, e Y. Shavit em 1984 relatam os efeitos do stress inevitável sobre os sistema imunológico. A descoberta de rede neurobiológicas complexas, ao mesmo tempo que os resultados de alguns estudos epidemiológicos bem conduzidos reforçaram a hipótese que fatores psicológicos podem intervir na gênese de doenças graves como o câncer.

Algumas teorias psicossomáticas de orientação psicanalítica permaneceram fortemente marcadas pelo modelo da histeria, considerando o sintoma somático como resultante de um conflito inconsciente, possuindo uma significação simbólica. Assim, Angel Garma, por exemplo, considera os distúrbios gástricos apresentados por certos pacientes como resultantes dos conflitos suscitados “ pela impossibilidade de elaboração da introjeção maciça da mãe má ”<sup>5</sup>.

---

<sup>2</sup> Alexander Franz, La Médecine Psychosomatique, 1968, Payot, Paris.

<sup>3</sup> Selye H., The General Adaptation Syndrome and the Disease of Adaptation, *Journal of Clinical Endocrinology*, 6, 1946, p. 117.

<sup>4</sup> Bartrop R.L., Luckhurt E., Lazarus L., Depressed Lymphocyte function after Bereavement., *Lancet*, 1, 1977, pp. 834-836.  
Schleifer S.J., Keller S.E., Siris S.G. , Depression and Immunity lymphocyte Fuction, *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985, pp. 129-133.

<sup>5</sup> Garma Angel, Les Images Inconscientes dans la Genèse de l'Ulçère Peptique, *Revue Française de Psychanalyse*, 25, 1961, pp. 843-852.

## *As concepções do Instituto de Psicossomática de Paris*

Na França, desde os anos '50 um grupo de psicanalistas, liderados por Pierre Marty, ampliou de maneira significativa a teoria e a clínica psicossomáticas, introduzindo uma continuidade conceitual e clínica entre a abordagem médica e psicanalítica da sintomatologia, tanto psíquica como somática.

Os trabalhos dos clínicos e dos pesquisadores do Instituto de Psicossomática de Paris continuam trazendo contribuições importantes não apenas para os grupos de patologias com relação às quais classicamente se reconhece a participação dos fatores psicoemocionais como as alergias, as lombalgias, as cefaléias e enxaquecas, a hipertensão e os distúrbios gastrointestinais, mas também no tratamento de doenças graves como o câncer, e mesmo os efeitos da soropositividade do HIV.

A contribuição da Psicossomática Psicanalítica para a compreensão das patologias somáticas se manifesta essencialmente nos seguintes campos :

- . Na dimensão etiológica da patologia,
- . Na atenção às relações precoces da criança com seus pais,
- . No âmbito terapêutico.

## *A economia Psicossomática*

A teoria freudiana apresenta essencialmente dois modelos para compreender a sintomatologia somática : o da conversão histérica e o da neurose atual. A *conversão histérica* se caracteriza como uma conversão somática da energia psíquica. O sintoma corporal tem, do ponto de vista etiológico, uma relação com os conflitos sexuais infantis, e se constitui como uma formação de compromisso simbólica, resultante do conflito entre o infantil, a pulsão e o recalque<sup>6</sup>. É seu caráter simbólico que o torna suscetível à terapêutica psicanalítica. Segundo Freud, na *neurose atual* encontramos manifestações de uma angústia difusa e uma sintomatologia funcional (vertigem, taquicardia, cefaléia, etc.). Tais sintomas, entretanto, não possuem sentido simbólico, nem relação com o infantil. Eles seriam apenas reações à estase libidinal, à impossibilidade de descarga de excitações do presente que se acumulam em função do bloqueio das satisfações libidinais<sup>7</sup>. O sintoma somático possui uma função econômica de gestão das excitações e da angústia, sem possuir uma significação simbólica, o que o torna refratário à cura analítica.

Estes modelos constituíram o ponto de partida para os trabalhos de Pierre Marty, Michel Fain, Christian David, Michel de M'Uzan e Léon Kreisler, entre outros. Seu objetivo inicial foi melhor compreender as patologias somáticas cuja dinâmica não correspondiam ao modelo da conversão histérica, utilizando o conceito psicanalítico de *neurose atual*.

Gradualmente, foi se desenvolvendo um corpo clínico e teórico que considera a sintomatologia somática a partir de uma concepção essencialmente metapsicológica, e sobretudo econômica. Tenta-se assim de

<sup>6</sup> Freud S. e Breuer J., Estudos sobre a histeria (1895), *Standard .Edition Brasileira, II*, Imago, p. 13-376.

<sup>7</sup> Freud S., Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada de " neurose de angústia " (1895), *Standard .Edition Brasileira III*, Imago, p. 109-142.

compreender os destinos da excitação pulsional no organismo e suas possibilidades de descarga. A patologia somática não conversiva é o resultado da impossibilidade de elaboração da excitação através dos recursos psíquicos do indivíduo, em função de uma estruturação deficiente, no plano representativo e emocional, do aparelho mental<sup>8</sup>.

Assim, as teorias do IPSO partem das concepções psicanalíticas “ clássicas ” para desenvolver um corpo teórico que busca definir a função do aparelho psíquico e suas funções como reguladores do funcionamento psicossomático, e sobretudo dos destinos da excitação no organismo. A perturbação deste funcionamento pode, segundo as características do desenvolvimento e o momento de vida de cada indivíduo, resultar tanto em patologias “ psíquicas ” como “ somáticas ”. Essas teorias ressaltam a dialética contínua existente entre soma e psique, entre as diversas etapas do desenvolvimento individual, e sobretudo nas relações inter-pessoais.

### *A perspectiva evolucionista*

Para compreendermos esta essência dialética, é importante considerarmos um dos eixos centrais desta teoria, sua perspectiva evolucionista.

Do ponto de vista filogenético, a evolução dos seres vivos permite perceber nos seres mais complexos e mais tardios do ponto de vista evolutivo, características que são a repetição dos seres mais simples e primitivos. Da mesma forma, a ontogênese mostra que o desenvolvimento do ser humano parte de seu elemento mais essencial, a reprodução celular, para atingir níveis evolutivos cada vez mais complexos. Durante a gestação, percebemos que a partir de uma única célula indiferenciada, desenvolvem-se gradativamente estruturas distintas como os tecidos, os órgãos, o feto como um todo.

Seria o caso de considerarmos que as estruturas mais complexas do embrião, e posteriormente do homem talvez guardem uma espécie de “ memória fisiológica ” destas origens. Grupos de órgãos que se desenvolvem a partir de uma mesma camada do zigoto poderiam guardar entre si uma relação “ funcional ”, que se manifestaria por ocasião de uma perturbação do organismo.

Ao nascer, o bebê é um ser completo do ponto de vista biológico, mas imaturo e desamparado do ponto de vista de sua sobrevivência. Para continuar vivo, e mesmo para desenvolver-se, ele necessita da presença de outro ser humano. Esta presença, geralmente assegurada pela mãe, lhe garante não apenas a satisfação de suas necessidades vitais, mas funciona também como uma “ película ” que o envolve, assegurando ao mesmo tempo uma proteção contra os estímulos que o bebê ainda não é capaz de assimilar. Esta presença protetora é também uma fonte de estímulos necessários à maturação e ao desenvolvimento do bebê, inclusive do ponto de vista fisiológico. Sabemos por exemplo que tanto a Epiderme como o Sistema Nervoso se originam do Ectoderme. A pele é, desde a vida intra-uterina um órgão sensorial, um dos principais órgãos que são estimulados no contato entre a mãe e o bebê. Neste sentido, como resalta A. Montagu, esta estimulação epidérmica exerce uma função importante no processo de mielinização do sistema nervoso<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Marty P., *A Psicossomática do Adulto*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

<sup>9</sup> Montagu Ashley, *Tocar*, 1986, Summus Editorial, São Paulo.

É esta relação com um outro que propicia, após o nascimento, o processo de maturação do bebê, o desenvolvimento da motricidade, das relações com os demais humanos, da linguagem até o desenvolvimento do aparelho psíquico, a criação mais elaborada do desenvolvimento. Neste sentido, o aparelho psíquico não é um acessório de luxo do desenvolvimento humano, mas ele exerce uma função essencial de assimilação e elaboração dos estímulos provenientes da realidade externa e do meio interior.

Se o curso normal do desenvolvimento humano aponta para a formação de estruturas, de dinâmicas e de funções cada vez mais complexas, é necessário considerar que o objetivo deste desenvolvimento é sobretudo assegurar o equilíbrio de um organismo permanentemente solicitado por estímulos internos e externos. Entretanto para atingir tal equilíbrio, algumas vezes podemos constatar que o organismo responde a essas solicitações através de respostas anacrônicas, primitivas, menos elaboradas do que é ou já foi capaz. Percebemos assim que o ser vivo não é apenas objeto de organizações, de hierarquizações e de associações, mas também objeto de movimentos regressivos e destruição e de desorganização. A patologia também faz parte dos meios do indivíduo para regular sua homeostase, ou suas relações com o meio<sup>10</sup>.

### *A noção de mentalização*

Dentro de uma perspectiva econômica, o organismo se confronta permanentemente entre a emergência e o afluxo de excitações e a necessidade de descarregá-las. Para isso, ele conta essencialmente com três vias : a *via orgânica*, a *ação* e o *pensamento*, que representam, nesta ordem, o grau hierárquico progressivo da evolução das respostas do indivíduo.

Naturalmente, quando solicitado, o organismo buscará responder com seus recursos mais evoluídos. O ideal consiste em esperar que os recursos psíquicos sejam aqueles que orientem as reações do sujeito, mesmo quando, em última instância, a resposta necessária implique uma resposta orgânica. Consideremos por exemplo uma situação extrema, onde em uma estrada de duas mãos, o motorista percebe um veículo desgovernado aproximando-se do seu em sentido contrário. Logicamente, sua reação instintiva será desviar-se do veículo que o ameaça. Entretanto, ele pode simplesmente jogar seu carro de forma automática, irrefletida, para qualquer direção diferente da do outro veículo, ou, apesar do tempo ínfimo que ele talvez disponha para realizar esta manobra, tentar considerar, na ação de desviar-se, qual a direção mais propícia a causar o menor dano possível aos passageiros que viajam consigo, ou aos demais veículos à sua volta. As duas respostas evitam a colisão com o veículo desgovernado, mas a segunda, além desta, pode também diminuir outros danos pessoais ou materiais.

Este exemplo angustiante talvez pareça caricato, uma vez que sem dúvida tal situação exige principalmente o melhor desempenho reflexo possível. Mas apesar de aparentemente ser um refinamento, a possibilidade de pensar e “escolher” entre diferentes direções possíveis traz algo a mais, demonstra o ganho e o interesse da intervenção do raciocínio, de operações mentais para além dos nossos comportamentos automáticos.

---

<sup>10</sup>Marty P., *A Psicossomática do Adulto*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

Compreendemos assim a função e a importância atribuída pela Psicossomática Psicanalítica ao aparelho mental, à *mentalização* do sujeito como reguladores da economia psicossomática. A mentalização consiste em operações simbólicas através das quais o aparelho psíquico garante a regulação das energias instintivas e pulsionais, libidinais e agressivas. A atividade fantasmática, o sonho, a criatividade são atividades essenciais ao equilíbrio psicossomático. A estruturação ou o funcionamento deficiente do aparelho psíquico traz como conseqüência a utilização de recursos mais rudimentares, da ordem da motricidade ou mesmo de reações orgânicas como meios de regulação da energia do indivíduo.

### *O Pensamento Operatório e a Depressão Essencial*

Com efeito, podemos constatar em um grande número de pacientes que apresentam uma sintomatologia somática não conversiva um empobrecimento de sua capacidade de simbolização das demandas pulsionais e de sua elaboração através da fantasia<sup>11</sup>. Notamos também uma ausência quase absoluta de sonhos, de sintomas neuróticos, de lapsos, de devaneios, ou de atividade criativa, pouco contato com seus desejos, uma utilização empobrecida da linguagem, com uma aderência extrema ao fatural e à realidade material<sup>12</sup>. Tais características, reforçadas por um pensamento extremamente pragmático, favorecem uma adaptação extrema ao seu meio social, o que leva M. Sami Ali a denominar tais dinâmicas Patologias da Adaptação<sup>13</sup>. No lugar de manifestações psíquicas ou emocionais, encontramos freqüentemente expressões corporais, mímicas faciais, manifestações senso-motoras e dores físicas. As relações interpessoais são caracterizadas pela indiferenciação, por um rebaixamento dos investimentos objetivos, inclusive na transferência terapêutica.

Este conjunto de manifestações, caracterizadas essencialmente pelo excesso de importância ao fatural e ao presente, por comportamentos automáticos e adaptativos, por uma ruptura com o Inconsciente e com a sexualidade, por uma alienação da própria história, pela negligência do passado e incapacidade de projeção para o futuro, foi descrito por Pierre Marty sob a denominação de *Pensamento Operatório*<sup>14</sup>.

As dinâmicas afetivas específicas de tais pacientes foram conceitualizadas por P. Marty sob o nome de *Depressão Essencial*<sup>15</sup>. Diferentemente da depressão neurótica, do luto ou da melancolia, a Depressão Essencial não denota nenhum trabalho de elaboração. Ela se apresenta como uma “depressão sem objeto”, constituindo a essência mesma da depressão caracterizada principalmente por um rebaixamento do tônus libidinal e por um desamparo profundo, freqüentemente desconhecido do próprio sujeito. Este não apresenta nenhuma queixa, quanto muito uma profunda fadiga e a perda de interesse por tudo que o rodeia.

<sup>11</sup> Marty P., *A Psicossomática do Adulto*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

<sup>12</sup> Vários autores descrevem características semelhantes apresentadas por esses pacientes, como Joyce McDougall que os descreve como pacientes “desafetados”, Sífnos que os denomina alexitímicos.

Cf. McDougall J., *Teatros do Eu - Ilusão e Verdade no Palco Psicanalítico* (1982), 1992, Francisco Alves, Rio de Janeiro.

Sífnos E., The Prevalence of 'alexithymic' Characteristics in Psychosomatics Patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 1973.

<sup>13</sup> Sami Ali M., *Pensar o Somático - Imaginário e Patologia*, 1995, Casa do Psicólogo, São Paulo.

<sup>14</sup> Marty P. et de M'Uzan M., La Pensée Opératoire, *Revue Française de Psychanalyse*, 1963, 27, pp. 345-356.

<sup>15</sup> Marty P., La Dépression Essentielle, *Revue Française de Psychanalyse*, 1966, 32 (3), pp. 595-598.

O Pensamento Operatório e a Depressão Essencial são os aspectos mais visíveis das deficiências de funcionamento das dinâmicas psíquicas, que, persistindo, podem evoluir para um quadro de patologia somática. A Depressão Essencial é freqüentemente precedida por angústias difusas, angústias arcaicas e automáticas que indicam as deficiências do funcionamento defensivo do Eu. A vida operatória é uma tentativa de colmatar esses acessos de angústia instalando um equilíbrio frágil através de atividades utilitárias que visam garantir as operações mínimas necessárias à sobrevivência do indivíduo. Entretanto, estes dispositivos podem tornar o sujeito vulnerável às afeções somáticas, aos riscos de acidente por atos impulsivos e comportamentos perigosos como uma resultado da incapacidade do Eu de encontrar vias mentais para lidar com o afluxo de excitações.

### *Patologia da normalidade, normalidade da patologia*

As três vias possíveis de escoamento das excitações - orgânica, motora e pensamento - são também os caminhos potenciais da patologia. Um indivíduo bem estruturado no plano mental poderá desenvolver a partir de uma situação conflitual uma perturbação psíquica, da ordem das neuroses ou das psicoses. Um outro indivíduo, com uma estruturação deficiente de seu aparelho psíquico, poderá ficar impedido de reagir a uma situação traumática através de produções mentais como sonhos, delírios ou mecanismos de defesa psíquicos, utilizando então a motricidade ou as vias orgânicas como canais de descarga do excitação acumulada. Assistiremos então à manifestação de desvios do comportamento, como as reações psicopáticas, ou ainda, como último recurso, ao aparecimento de perturbações funcionais somáticas. É importante considerar, como dissemos, que toda patologia - mental, somática ou comportamental - apesar de seu caráter desviante e regressivo, é *ainda* uma tentativa de estabelecimento de um equilíbrio do organismo, que não consegue enfrentar as tensões internas ou externas às quais está submetido através de recursos mais evoluídos.

A gravidade de uma patologia é função tanto dos recursos do indivíduo para enfrentar tais tensões como da duração e da intensidade destas tensões. O organismo tentará enfrentar essas situações através de seus recursos mais evoluídos, mas diante dos insucessos de suas iniciativas ele poderá recorrer regressivamente a recursos cada vez mais primitivos até conseguir uma situação de equilíbrio. A manutenção destes equilíbrios regressivos dependerá da duração da tensão ou da capacidade do organismo de reorganizar-se para responder de maneira mais elaborada a tais situações.

A perspectiva psicanalítica da psicossomática permite assim compreender tanto o desenvolvimento como a patologia segundo uma relação dialética contínua entre psique e soma, duas dimensões de um *funcionamento único* do organismo. Ela permite romper com os modelos dualistas que privilegiam uma ou outra dessas dimensões. Torna-se então impossível sustentar a existência de limites rígidos entre o normal e o patológico, uma vez que ambos se mesclam com vistas a assegurar a vida do indivíduo. Em toda reação "normal" encontramos componentes desviantes ou desorganizados, assim como a patologia é por sua vez composta de um mínimo de organização para que a sobrevivência do sujeito seja ainda possível.

Da mesma forma, perde o sentido a tentativa de estabelecer uma causalidade unívoca, emocional ou orgânica, para a compreensão da etiologia, bem como a distinção entre distúrbio funcional e lesional,



critérios freqüentemente utilizados para discriminar entre sintomas conversivos, distúrbios orgânicos “ verdadeiros ” e as doenças ditas “ psicossomáticas ”. Assim como fatores emocionais e fisiológicos interagem na dinâmica etiológica, esta mesma dinâmica pode desencadear um sintoma funcional em um dado momento e, mais tarde, produzir uma verdadeira lesão.

A Psicossomática Psicanalítica nos permite também perceber as limitações das teorias agressológicas que imputam a um certo acontecimento traumático ou ao stress a etiologia de uma patologia. O adoecer deixa de ser considerado como a conseqüência de um evento único, para ser compreendido como a resultante dinâmica de um conjunto vetorial composto tanto por forças do sujeito, como do meio no qual ele vive. Uma pessoa bem estruturada no seu funcionamento, com recursos suficientes para elaborar e escoar a excitação acumulada, pode suportar altos níveis de tensão e acontecimentos traumáticos sem perturbações mais graves para seu equilíbrio, enquanto que uma outra, de estrutura mais frágil, pode adoecer diante de acontecimentos ou vivências aparentemente insignificantes.

### *A essência psicanalítica da psicossomática*

É na atitude diante deste panorama, talvez perturbador para alguns, onde se desvanecem os limites entre normal e patológico, entre causa e efeito, entre as categorias nosográficas, entre corpo e alma que é questionada a essência da psicossomática. É aqui que se afirma a exigência da clínica psicanalítica.

Aferrar-se à manutenção incondicional desses limites, negligenciar a observação clínica ou fenomenológica, instituir a rigidez de fronteiras entre diferentes campos de conhecimento, por razões ideológicas ou de mercado, pode ser uma maneira de tentar garantir uma certa tranqüilidade - ilusória, sem dúvida - diante das intensas e permanentes transformações de nosso mundo e de nossa época. É segundo esta perspectiva que se justifica tanto a visão Taylorista da divisão de trabalho, como as visões corporativas ou classistas de organização social, e também a “ independência ” das categorias profissionais. Dentro desta visão, estaria justificada a psicossomática como uma “ especialidade ”, com um campo de trabalho bem delimitado, com suas Associações que velam pelo respeito destes limites - se possível por uma ampliação de seu “ mercado ” - tentando legiferar e regulamentar o exercício profissional<sup>16</sup>.

Uma outra postura é introduzida, como vimos, pela perspectiva psicanalítica. Se S. Freud se empenha, em 1914 e em 1927, em refletir sobre as implicações de nosso narcisismo individual e coletivo, e sobre o significado e a função do pensamento científico e religioso, foi para demonstrar o caráter ilusório e efêmero destas estratégias para lidar com o nosso desamparo fundamental<sup>17</sup>. A fluidez dos limites e a

---

<sup>16</sup> De uma maneira mais ampla, fica evidente, dentro desta perspectiva, o caráter antinômico de qualquer tentativa de “ especialização ” dentro do campo da psicanálise. O que caracteriza a clínica psicanalítica é uma posição privilegiada de escuta, observação e descoberta do inconsciente. “ O sintoma, seja ele psíquico, somático ou social, é um momento de “ crise ” (crítico), condensando em si ruptura e continuidade da continuidade (subjativa, orgânica, social) rompida ”. O sintoma, a patologia, o contexto individual, institucional ou etário no qual o psicanalista exerce seu ofício são *dimensões contingentes* de uma prática que necessita de algumas referências para se situar e acontecer. O campo de trabalho do psicanalista (com psicóticos, neuróticos, drogaditos, pacientes que ‘somatizam’, crianças, adolescentes ou adultos) é apenas “ um recorte entre muitos do campo de “ acontecimentos ” possíveis da vida de um sujeito, partir do qual a dimensão *pática* se oferece à sua experiência. Parte de um todo da existência humana que traz em si condensadas tanto a estrutura como a essência desse todo ”.

Cf. Volich R. M., O que há de fundamental nas (psico)patologias da mama ?, outubro de 1997. Texto inédito.

<sup>17</sup> Freud S., Sobre o Narcisismo : Uma Introdução (1914), *Standard .Edition Brasileira XIV*, Imago, p. 85-122.

Freud S., O futuro de uma ilusão (1927), *Standard .Edition Brasileira XXI*, Imago, p. 13-74.

interrelação de fatores e de campos revelada pela perspectiva psicanalítica da psicossomática é nesse sentido uma oportunidade de abertura para o conhecimento e para uma verdadeira comunhão entre pesquisadores de diferentes campos de saber.

Rechaçando a “*linha cuidadosa*” do paralelismo, “*uma falsa doutrina da desconfiança epistemológica que na verdade dissuade de ir mais longe*”<sup>18</sup>, esta perspectiva é também sintônica ao projeto de psicopatologia fundamental, definido por P. Fédida :

“*Conviria pensar o projeto de uma psicopatologia fundamental como um projeto de natureza intercientífica, onde a epistemologia comparativa dos modelos e seu funcionamento teórico crítico exerceria o papel determinante de uma consciência de seus limites de operatividade e de sua capacidade de se transformar uns pelos outros. Neste caso, o fundamental seria aqui um ideal de comunicação mais que o objeto de uma esperança de “ciência unificada”*”<sup>19</sup>

A perspectiva psicanalítica configura assim a psicossomática como um campo operador para refletir sobre alguns avatares da existência do Homem : suas origens, seu desenvolvimento, seus males, suas produções individuais, sociais e culturais, frutos de seu desenvolvimento através do embate permanente entre as instâncias pulsionais de vida e de morte.

A visão da Psicossomática Psicanalítica pode alimentar a reflexão de outros campos de conhecimento, ampliando sua compreensão de seus objetos de estudo, e introduzindo uma perspectiva de interlocução entre esses campos. Ela pode alimentar a medicina ampliando sua compreensão da etiologia, do papel do infantil, das primeiras relações entre a mãe e o bebê, da sexualidade no desenvolvimento e na patologia, e ainda conceber de outra forma a função terapêutica da relação médico-paciente. Ela pode alimentar a Psicanálise oferecendo outras perspectivas para se pensar o sintoma somático, as indicações de análise, a técnica analítica, bem como contribuindo com a ampliação da teoria, da metapsicologia e mesmo da nosografia psicanalíticas. Ela pode também alimentar as ciências sociais oferecendo um modelo que permite compreender como as dinâmicas internas do sujeito determinam suas produções sociais e culturais, e como estas mesmas produções determinam as direções do desenvolvimento e do adoecer do sujeito.

Mas, naturalmente, a Psicossomática Psicanalítica também se enriquece e se transforma se considerar em seus desenvolvimentos as descobertas produzidas em todos esses campos. No campo médico, principalmente, é necessário elaborar e assimilar na teoria psicossomática as descobertas mais recentes da biologia molecular, da neuroimunologia, e das mudanças algumas vezes radicais constatadas nos últimos anos em todas as técnicas terapêuticas.

Em função de tudo isso, a prática da psicossomática não pode se restringir a uma atividade de consultório particular. Para que estas trocas e a função de interlocução sejam possíveis, é necessário que ela seja exercida em conjunto com outros profissionais, em um contexto institucional - de saúde, de educação, e mesmo empresarial - em enquadres inter-disciplinares<sup>20</sup>.

<sup>18</sup> Cf. Fédida, Pierre, *D'une psychopathologie générale à une psychopathologie fondamentale. Note sur la notion de paradigme, in Crise et Contre-Transfert*, PUF, 1992, Paris.

“*Quando nos referimos às interrogações sobre as relações psique-soma ou alma e cérebro ou psíquico -biológico, permanecemos sobre a linha cuidadosa das preliminares paralelistas. O paralelismo é uma falsa doutrina da desconfiança epistemológica, que na verdade, dissuade de ir mais longe*” (p. 299). Grifado pelo autor.

<sup>19</sup> Fédida Pierre, *ibid.*, p. 295. Grifado pelo autor.

<sup>20</sup> Volich R. M., *A técnica por um fio... - Reflexões sobre a terapêutica psicossomática*. In : Ferraz F. C. & Volich R. M. (orgs.), *Psicossoma - Psicossomática psicanalítica*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

Em se fazendo presente nesses contextos, insistindo sobre a importância da mentalização, do pensamento e dos afetos, como elementos reguladores fundamentais do funcionamento individual, a Psicossomática Psicanalítica pode se constituir não apenas como uma abordagem terapêutica para a preservação da saúde de cada ser. Ela pode também promover outros modos de relação pessoais e profissionais, questionando desta forma as implicações de um modelo social determinado pelo ritmo frenético e excitante da produção, do consumo e das quinquilharias materiais. Ela pode nos permitir sonhar com uma sociedade que reconheça a função do conhecimento, da cultura, da arte como verdadeiras criações profiláticas que aquém do prazer, são sobretudo vitais para o Homem, como ser e como espécie.