

### 3.

## O campo da psicossomática

No campo psicanalítico muito já se discutiu sobre o corpo no âmbito dos quadros histéricos. Contudo, a reflexão sobre sintomas corporais que estão fora do registro da representação ainda é um domínio a ser explorado. Durante boa parte do tempo, uma série de psicanalistas que vieram na esteira dos primeiros trabalhos freudianos insistiu em circunscrever o processo analítico numa leitura da representação e elaboração dos processos psíquicos, o que teria excluído da reflexão teórico-clínica tudo aquilo que não fosse passível de ser dito pelo discurso. O imperativo da palavra, para além do afeto e da dimensão corpórea nos parece desconsiderar os avanços teóricos que se descortinaram a partir da virada teórica de 1920.

Neste tipo de leitura, o corpo pré-verbal, ainda *em vias de elaboração psíquica*, manteve-se “silenciado”, ignorando que pode haver algo a ser construído no processo analítico. Fernandes (2011) aponta para um duplo movimento em relação ao corpo: por um lado, as evidências das implicações da subjetividade no corpo são relegadas a uma espécie de esquecimento; por outro, são identificadas exclusivamente com o discurso psicossomático, cuja ênfase é no corpo doente e nas falhas dos mecanismos psíquicos.

Interessada na dimensão pré-verbal e na discussão teórico-clínica sobre os processos psíquicos em jogo no sintoma psicossomático, a psicanalista Joyce McDougall (2000) chama atenção para o silêncio que pesava sobre as dores somáticas. Segundo afirma, tal “silêncio” é compreensível quando verificamos como as origens das manifestações somáticas na maioria das vezes têm raízes muito precoces.

Joel Birman (2003) também compartilha da visão de que há um corpo silenciado. Como observa, na tradição ocidental podemos perceber um silêncio do somático, no qual o mal estar se materializa pela demanda de cuidados e alívio. Segundo argumenta, na cena clínica nos depararmos com um corpo ao mesmo

tempo ruidoso e silencioso, perante o qual a medicina se vê impotente e a psiquiatria não pode regular pela via dos remédios. Fazendo uma crítica a alguns manejos clínicos que foram sendo adotados para lidar com as problemáticas corporais, o autor aponta para os limites de uma psicanálise ligada estritamente ao campo da fala e da linguagem, que parece ter sempre a expectativa de que o inaudível do corpo se transforme em verbo para que possa, então, dar forma aos cuidados. Tal situação é geradora de impasses clínicos e perplexidade.

Fernandes (2003) ressalta que o fato da psicanálise usar fundamentalmente a linguagem como material de trabalho levou alguns críticos a insistir que ela teria negligenciado o corpo, privilegiando apenas a palavra. Entretanto, como vimos em Freud, toda a sua teoria indicou que havia diversos elementos corporais a serem investigados, pois o corpo seja enquanto cenário de uma sexualidade infantil fragmentada ou já unificado pelo narcisismo – como fica evidente na primeira teoria pulsional – seja na interseção entre o transbordamento pulsional e o Eu-corporal, pode vir a fazer parte de uma cadeia narrativa.

Mesmo se uma ambiguidade entre a dimensão erótica e orgânica se manteve presente ao longo de sua obra, de maneira que diversas vezes Freud lançou mão o de explicações biologicistas ou filogenéticas de carga lamarckista (LAPLANCHE, 1988), tal opção nos faz pensar que o autor nunca deixou de considerar a relevância de elementos para além do psiquismo. Esta compreensão nos permite avançar na hipótese de há um corpo que precisa ser problematizado teoricamente, que desde a origem da vida psíquica está marcado pela relação com um outro.

### 3.1

#### **Entre o biológico e o somático: um corpo para além do organismo**

Ao longo da construção de seu aparato teórico, Freud se valeu algumas vezes de figuras da biologia e neurologia para ilustrar os processos psíquicos que vinha observando e procurando descrever. Esta perseverança revela uma busca por um aspecto que fundamentasse o psíquico em termos biológicos. Enquanto no *Projeto para uma psicologia científica* (1895) o autor buscava um embasamento

neuroológico para os processos psíquico, em 1920 o conceito de pulsão de morte revela a compreensão freudiana de uma ordem implícita à vida, da qual a constituição biológica e a psíquica são derivadas (ZUCCHI, 1991). Contudo, mesmo lançando mão de algumas figuras metafóricas da biologia, o autor não deixou de buscar estabelecer distinções claras entre a perspectiva psicanalítica do sintoma e a visão biomédica.

Entre a visão médica da época e a preocupação com os processos psíquicos, o discurso freudiano desde seus primórdios lançou o olhar sobre a realidade somática e suas diversas formas de expressão. Tal fato fez com que a psicanálise não pertencesse, como ressalta Fernandes (1997), a nenhuma disciplina, mas se situasse numa extraterritorialidade “entre” duas fronteiras, mas sem pertencer verdadeiramente a nenhum território definido. Como esclarece a autora, a “psicologia do inconsciente” só poderia estar num “entre” a psique consciente e a biologia, mas sem pertencer verdadeiramente a nenhum destes dois campos.

Freud, em seu movimento fundador, critica o saber médico e sua leitura objetivante do adoecimento. Um dos representantes desta visão é P. Janet, citado pelo próprio autor e que, seguindo a visão corrente na França da virada do século XIX para o XX, defende uma etiologia orgânica nos sintomas histéricos. Além de um aspecto hereditário, tal visão adota a noção de degenerescência, bastante popular na época, de forma que a histeria é concebida como “alteração degenerativa do sistema nervoso, que se manifesta por uma fraqueza congênita [na capacidade] de síntese psíquica” (FREUD, 2013 [1910]: 238).

A teoria da degenerescência tem lugar de destaque no campo médico-psiquiátrico, retratando um processo de atomização da enfermidade (BORGES, 1996). O modelo que passa a vigorar visa estabelecer a localização precisa da doença, cuja prática da clínica médica passa a se centrar na observação interventiva e no exame clínico. O método de conhecimento baseado em sinais físicos e no conjunto de sintomas verificáveis considera apenas aspetos puramente biológicos (op. cit), desconsiderando qualquer outro elemento que possa influenciar o desenvolvimento da doença.

Na contracorrente desta visão puramente anatômica sobre o adoecimento, Freud procura enfatizar a posição estratégica que o enfermo tinha na produção da própria enfermidade e a relevância da dimensão psíquica nesse processo. Em

oposição ao pensamento organicista de sua época, a teoria psicanalítica se constitui como uma experiência clínica, na qual o corpo da histórica, como um corpo falante, é o primeiro paradigma de uma lógica para além das regras anatômicas e fisiológicas da medicina (BIRMAN, 2003). Ao destacar perspectiva de corpo-escritura (FERNANDES, 2003) para traduzir os sintomas históricos, a psicanálise, em seus primórdios, revela como o corpo pode se expressar por meio de uma sintomatologia multiforme, seguindo uma lei e uma ordem que lhe são próprios.

A psicanálise perante a medicina traz uma “ruptura das bases sobre as quais se assenta o modelo fundamental de relação entre aquele que trata e aquele que é tratado” já que o “tratamento médico consiste em oferecer ao doente auxílio em alguma forma de tratamento que elimine a dor, anule as manifestações dos sintomas da doença, e faça o possível para afastar a morte” (ÁVILA, 2002:18).

Tradicionalmente, a medicina é compreendida como uma prática social, regulada institucionalmente, cujo papel fundamental é o de assistência ao paciente cuja queixa gira em torno de questões de um ideal de saúde e de doença. A última entendida a partir de um estado negativo, de ausência de saúde. Do ponto de vista da medicina, indivíduo doente é aquele que não possui o que ele próprio considera definidor de seu bem estar (op. cit). O indivíduo, considerado puramente como um corpo biológico, fica restrito à perspectiva anatomo-fisiológica da medicina, visão cuja lógica do funcionamento somático é fixa e imutável (BORGES, 1996).

Já no campo psicanalítico o corpo, atravessado pelo erotismo, implica um trabalho incessante de elaboração, nomeação e significação das experiências corporais. Estas têm um caráter transitório, “alimentadas” por investimentos libidinais. O trabalho analítico, de fato, é propiciador de um processo de exploração do psiquismo via uma narrativa construída ou reconstruída no *setting* analítico. Essa abertura para a narração das experiências subjetivas para um outro permite um alargamento das possibilidades do sujeito de compreensão de si mesmo.

O método freudiano consiste em “saber do próprio doente algo que se ignora e que também ele não sabia” (FREUD, 2013[1910]: 239). Se no modelo médico o indivíduo deve se colocar como paciente, isto é, passivo perante o “doutor”, no modelo psicanalítico este precisa se apropriar de sua história, contando-a através palavras.

É possível avançar nesta discussão ao levarmos em consideração que na relação entre analista e paciente, o corpo de um e do outro pode tomar às vezes de uma moeda de troca que vai mediar esta relação (FERNANDES, 1997) e produzir, entre o par analítico, a constituição de uma narração co-construída. Neste contexto, a palavra circula por meio do encontro com o outro, que testemunha o sujeito em sofrimento.

Quando abordamos os quadros de adoecimento psicossomático, as fronteiras entre um corpo biológico e um corpo erótico ficam menos evidentes, de forma que este quadro situa-se no campo de interseção entre a intervenção médica e a escuta analítica. Conceito híbrido, construído na imbricação entre outros dois, o psique e soma, a psicossomática retrata duas disposições distintas que revelam os limites ainda abstratos, mantendo viva a questão entre o monismo e o dualismo da relação corpo/mente (ZUCCHI, 1991). Cabe, então, evidenciar a distinção entre o corpo biológico, objeto da intervenção médica e o corpo pela relação com um outro, isto é, um corpo erótico. Esta distinção é fundamental para que possamos avançar na compreensão sobre o fenômeno psicossomático.

Assim, cabe lembrar que o médico, atravessado por uma visão organicista, ocupa o lugar de portador de um saber sobre seu paciente. Ele é aquele que orienta, toca, indica e direciona ações visando acima de tudo a saúde e o bem-estar, ou seja, um ideal de funcionamento orgânico. Já o psicanalista se propõe, através de seu manejo clínico, pôr o psiquismo a trabalho, visando a (re)construção de uma narrativa sobre o sujeito.

Naturalmente, o objeto de intervenção da medicina é o corpo anatômico, a doença em sua concretude. No caso da psicanálise, é o sujeito em seu sofrimento. No processo analítico, as questões subjetivas são consideradas, a “cura” localizada muito mais no sentido que é dado/ construído por meio de uma narrativa sobre si do que os fatos propriamente ditos.

Freud, tomando o sintoma conversivo histérico como paradigma, evidencia como o sofrimento psíquico se revela por meio de sua teatralização somática. Este é um corpo com valor simbólico no qual a realidade biológica encontra-se inserida num sistema de significação e narrativa. Entretanto, ao final de sua obra verificamos que diferentes aspectos corporais podem estar em jogo no processo analítico, inclusive aqueles que dizem respeito ao adoecimento corporal.

Por conseguinte, faz sentido afirmar que a origem da psicanálise testemunha um retorno à experiência de adoecimento e sua reflexão. A partir desse movimento, ela desmonta a cartografia corporal estabelecida pela racionalidade médica, enunciando uma nova cartografia na qual a linguagem e o fantasma são fundantes (BIRMAN, 2003). Propondo um olhar e um sentido original para as manifestações somáticas, a psicanálise rompe com a concepção de uma medicina mecanicista e intervencionista.

Para esclarecer a importante ruptura entre o saber psicanalítico e o saber normativo médico, Ávila ressalta a relevância do dualismo cartesiano na concepção moderna sobre o corpo e a psique. A partir deste modelo, segundo o autor, o corpo ganha um estatuto de “máquina” dando origem ao pensamento mecanicista na medicina. O sintoma histérico, como o sintoma funcional, marca uma abertura para uma nova forma de investigação clínica, que busca explorar o lugar do psiquismo na produção do sintoma. De fato, nos primórdios de sua teorização, Freud já antecipava que seu método partiria “não do exame do corpo, mas dos conteúdos da mente, fazendo da análise do Eu [...] o seu objeto” (2013 [1910]: 67).

Sobre esse ponto, Birman (op. cit) entende a ruptura com a tradição cartesiana promovida pela psicanálise como um movimento marcado por diversos obstáculos e caminhos tortuosos, exigindo que o discurso freudiano ultrapassasse o paralelismo psicofísico presente na psicologia científica e na racionalidade médica. Logo, pela ênfase atribuída à linguagem, podemos traçar uma articulação entre os polos psíquico e somático, estabelecendo outro nível de complexidade. A formulação da noção de aparelho da linguagem vem nessa direção, promovendo uma amarração entre as substâncias corpórea e pensante.

Consequentemente, como adverte Birman, no pensamento freudiano não há como dissociar a reflexão sobre o corpo dos movimentos pulsionais e de suas intensidades. A dimensão corporal arcaica, forjada no encontro com outro, carrega marcas do que pôde ser metabolizado das intensidades pulsionais. A partir da experiência de satisfação das necessidades corporais, uma dimensão de prazer pode se estabelecer, viabilizando a possibilidade de elaboração psíquica. A pulsão como força constante está sempre colocando o psiquismo a trabalho, mas se não existisse um outro capaz de regular a tendência à descarga total de excitação,

transformando-a em experiência de satisfação, o caminho seria a morte, adverte Birman.

Para este autor, o corpo teórico psicanalítico se estrutura a partir do entendimento de que há, efetivamente, uma impossibilidade biológica do organismo de realizar a autorregulação automática. No bebê humano, o acolhimento e a transformação da força pulsional em prazer são condições de possibilidade para o nascimento do aparelho psíquico e a aquisição da capacidade de pensar. Indo além, podemos supor que a capacidade narrativa também nasce do acolhimento do outro.

O autor defende, ainda, que no interior do discurso freudiano encontramos “uma outra leitura sobre o psiquismo, no qual esse se fundaria sempre no corpo” (2003: 14 [grifo nosso]). Segundo ele, o corpo é da ordem do artifício, da criação através da relação com um outro fundamental, não se identificando nem com o somático, nem com organismo. Diferenciando-se da ordem vital, o corpo se constitui por meio de diferentes territórios, regulados por diversas modalidades de funcionamento. Com efeito, podemos falar de diferentes formas de subjetivação, forjadas a partir destes territórios corporais e a partir de, podemos pensar, diversas apropriações que cada um pôde fazer de tais territórios. Em última instância, o discurso freudiano se funda numa íntima articulação entre o corpo e formas de subjetivação.

O corpo em Freud não se confunde com organismo biológico, pois ele emerge como espaço de inscrição do psíquico com o somático (FERNANDES, 2003b). Percebemos, então, a importância do corte epistemológico introduzido pela visão freudiana sobre os sintomas somáticos. A autora ressalta que encontramos em Freud uma abordagem própria do corpo que se situa no centro de construção teórica, fazendo com que haja uma dupla racionalidade do corpo: uma psíquica, outra somática. Vale ressaltar que a primeira está fundamentada na segunda, isto é, no encontro do indivíduo com a trama de relações parentais que se fazem presentes nos cuidados corporais cotidianos. Em suas palavras:

“[...] se o corpo que a construção teórica de Freud anuncia não se confunde com o organismo biológico, objeto de estudo e intervenção da medicina, ele se apresenta, ao mesmo tempo, como palco onde se desenrola o complexo jogo das relações entre o psíquico e o somático, e como personagem integrante da trama dessas relações. Como se verá mais adiante, essa dupla inscrição se evidenciaria no conceito de pulsão, o conceito-limite entre o psíquico e o somático, ao colocar

o corpo ao mesmo tempo como fonte da pulsão e como finalidade, lugar ou meio de satisfação pulsional. Assim, a teoria freudiana permitiria colocar em evidência que o somático, isto é, o conjunto das funções orgânicas em movimento, habita um corpo que é também o lugar da realização de um desejo inconsciente” (FERNANDES, 2003b: 33-34).

Avançando neste debate, o psicanalista francês Christophe Dejours (2003) acentua que o campo de investigação psicanalítica é distinto do campo da biologia, pois que aquilo que é considerado como deficitário da memória, por exemplo, é para a psicanálise uma das principais formas de materialização da subjetividade. Revisitando quinze anos depois alguns conceitos apresentados em seu trabalho anterior, intitulado “Corpo: Entre a biologia e a psicanálise”, o autor retoma a discussão da distinção entre estes dois campos do saber, considerando que a psicanálise estabelece seu estudo no ponto preciso no qual a biologia silencia, a saber, os sonhos, os fantasmas, o sofrimento e os afetos. Estes passam pelo corpo, mobilizando-o.

Se num primeiro momento o autor chega a propor uma “terceira tópica” para dar conta dos processos psíquicos subjacentes à somatização, posteriormente ele retoma o debate apontando para o fato de que há uma condição de descompensação psicossomática que pode acometer qualquer estrutura psíquica. De fato, para o autor, “nós vivemos simultaneamente dois corpos, respectivamente o corpo biológico e o corpo erótico” (2003: 10 [tradução própria]).

Ainda segundo Dejours (op. cit), não há um paralelismo entre as dimensões psíquica – atravessada pelo erotismo – e a biológica. Há sim uma relação na qual o corpo erótico emerge a partir do biológico, num processo denominado pelo autor de *subversão libidinal*. Ambos correspondem a realidades distintas. Entretanto, o corpo erótico vai sendo conquistado progressivamente, a partir dos primeiros cuidados voltados ao corpo biológico. Podemos falar de um processo no qual progressivamente o corpo erótico vai se desconectando de sua dimensão biológica, intensificado pelas trocas e jogos corporais que ocorrem entre o bebê e seu adulto cuidador.

Nesse sentido, a psicossomática, como um campo que emerge na interseção entre o saber médico e psicanalítico permanece sendo um grande desafio para a clínica. A discussão sobre que tipo de escuta pode ser oferecido para este corpo que padece é enriquecida a partir do trabalho de psicanalistas que

se dedicaram a aprofundar a compreensão sobre os processos psíquicos subjacentes aos quadros de adoecimento orgânico.

### 3.2

#### **Psicossomática Psicanalítica**

No que diz respeito ao adoecimento psicossomático e sua etiologia, o corpo permanece como território impreciso, que inspirou, ao longo das últimas décadas, calorosos debates que visam elucidar os casos nos quais as funções mentais se veem apagadas por uma gritante presença de corpo doente. Dentre as diferenças de perspectivas debatidas, observamos a predominância de um olhar que privilegia a compreensão dos mecanismos intrapsíquicos em jogo nestes quadros, além de uma tendência à demarcação da especificidade dos sintomas psicossomáticos, destacando-os das defesas neuróticas e psicóticas.

Freud, em toda a extensão de sua obra, levou em consideração as relações entre o psíquico e o somático, sendo o modelo da histeria e o da neurose atual os primeiros modelos a problematizar a participação dos fatores psíquicos nas doenças orgânicas (FERRAZ & VOLICH 1997). Contudo, mesmo intuindo que com frequência poderíamos encontrar razões inconscientes para as doenças orgânicas, Freud preferiu não chegar a se deter sobre essa problemática, seja no campo da pesquisa, seja no campo clínico (MCDUGALL, 2000). Certamente são os autores pós freudianos que aprofundaram esse debate, ao levarem em conta a especificidade do funcionamento psíquico característico dos pacientes que apresentaram somatização (FERENCZI, 1926; GRODDECK, 1923; MARTY, 1998).

Campo de crítica ao modelo biomédico, a psicossomática psicanalítica entende a doença no contexto subjetivo. É interessante observar que não há uma uniformidade entre os diferentes autores nesta compreensão. O médico alemão Georg Groddeck, por exemplo, clinicamente compreende o sujeito em sua totalidade, jogando os holofotes sobre o corpo orgânico como palco de expressões emocionais. Indo na contracorrente de uma medicina exclusivamente centrada no

diagnóstico, ele radicaliza a dimensão psíquica, de maneira que o corpo biológico é tomado de forma absoluta pela linguagem, abstraindo-o da ordem anatomopatológica. Tal perspectiva acaba criando um novo reducionismo que, por sua vez, se contrapõe ao reducionismo biomédico (RANNÃ, 2003).

Já Franz Alexander, um dos fundadores da Escola de Psicossomática de Chicago, trabalha com o conceito de organoneuroses e “coloca os mecanismos de somatização na mesma perspectiva que o recalque” (op. cit: 106). Esta escola pauta sua pesquisa médica pela teoria psicanalítica, tendo como principais autores, além de Alexander, F. Deutsch, H. F. Dunbar. A partir da noção de “neurose de órgão”, este grupo formulou uma teoria norteadá pelos perfis de personalidade associados a quadros específicos de adoecimento psicossomático. Numa perspectiva psicogênica, eles procuram instaurar correlações entre determinadas reações emocionais e as respostas do sistema vegetativo (FERRAZ e VOLICH, 1997).

Os psicanalistas de tradição francesa, como Marty, McDougall e Dejours, por outro lado, têm em comum a distinção entre “fenômeno psicossomático”, as neuroses e as psicoses. Para estes autores, a psicossomática é uma ampliação da psicanálise com eco na clínica e na metapsicologia.

Mesmo dentro deste grupo, a visão que cada um tem do adoecimento psicossomático não é homogênea. Pierre Marty, um dos autores de referência da Escola de Psicossomática de Paris, entende o adoecimento psicossomático como um movimento contra evolutivo, marcado pelo primado da pulsão de morte (MARTY, 1998). Herdeiro de uma perspectiva que considera o sintoma em termos econômicos, seus conceitos de mentalização e pensamento operatório remetem à ideia de que há formas de funcionamento psíquico características dos pacientes que somatizam.

Marty, na esteira do pensamento freudiano sobre a representação, o autor entende que as experiências que vivemos nos atingem afetivamente, provocando excitações que precisam ser escoadas. As que permanecem acumuladas produzem cedo ou tarde sintomas somáticos. O autor defende duas principais formas de escoamento: o trabalho mental de elaboração ou representação das experiências e as descargas motoras e sensoriais ligadas ou não ao trabalho mental. Ele vai se

interessar particularmente pela via de escoamento que o aparelho mental pode oferecer, numa tarefa constante de elaboração das experiências. Este trabalho é denominado de *mentalização*.

Esta noção, elaborada nos anos 70, refere-se à problemática da quantidade e qualidade de representação psíquica do sujeito. Estas são, para o autor, bases da vida mental. Nesse sentido, o autor parece manter a tradição da psicanálise clássica do primado da representação, porém se afasta de Freud no que se refere a sua compreensão sobre a pulsão de morte que, segundo ele, só se manifesta quando Eros é inativado por um traumatismo ou se esgota por meio do envelhecimento. Ou seja, o autor parece não considerar os intrincamentos pulsionais entre a pulsão de vida e de morte. De concepção evolucionista, Marty sustenta que há elementos vitais formando grupos funcionais hierarquizados das funções somáticas às mentais, que vão se complexificando ao longo do desenvolvimento (VIEIRA, 1998).

Outra característica do adoecimento psicossomático é o pensamento operatório, descrito como uma forma utilitarista de lidar com a vida, comportando um certo grau de empobrecimento simbólico (MARTY & M'UZAN 1994 [1962]). Trata-se de um modo extremamente pragmático e “deslibidinizado”, que se reflete na maneira com que o sujeito lida consigo mesmo, com os outros e como expressa suas emoções.

Como aponta Cassetto (2006: 129), esta forma, até então inédita de pensar o adoecimento psicossomático enquanto um modelo de funcionamento psíquico distinto da neurose e da psicose, descreve um “modo de pensamento consciente que parecia despojado de qualquer espessura, de duplos sentidos, de metáforas, de atos falhos, enfim, de atravessamentos pela fantasia”. De fato, esta perspectiva considera o fenômeno psicossomático pela ótica da ausência de certos mecanismos psíquicos, tais como o recalque e as representações.

Assim, classicamente, retomando o que foi apontado por Freud sobre as neuroses atuais, a escola francesa de psicossomática pautou suas concepções nos impasses de simbolização e na visão de que nesse tipo de subjetividade a excitação se transmutaria em somatização, sem a mediação simbólica e um sentido subjacente que encontramos nos quadros neuróticos.

Dessa forma, poderíamos concluir que um bom funcionamento psíquico, isto é, um psiquismo rico em fantasias, sonhos e repleto de associações protegeria o sujeito das doenças somáticas. Segundo esta perspectiva, há um tipo de organização psíquica propensa a estas descompensações. A noção de *mentalização*, desenvolvida pela Escola de Psicossomática de Paris, vem sendo pensada no campo do adoecimento e aponta para as falhas na elaboração psíquica, levando à regressão psicossomática.

Segundo este ponto de vista, as somatizações não têm um significado, pois se referem a distúrbios do corpo biológico. São fruto de uma falha do aparelho psíquico numa função primordial, a saber, “a de transformar as excitações, que têm origem no corpo ou nas interações do corpo com o mundo externo em representações psíquicas” (RANNÃ, 2004: 107).

Segundo Rannã (op. cit), numa tentativa de superar o modelo do recalque e trazer o fenômeno psicossomático para o centro da metapsicologia freudiana, esta perspectiva elege a teoria das pulsões para refletir sobre os movimentos psíquicos envolvidos no processo de adoecimento. Esse olhar para os fenômenos psicossomáticos vai repercutir na psicopatologia, que, segundo o autor, começa a considerar as “estruturas psicossomáticas” como um quadro separado das estruturas neuróticas e psicóticas, estas últimas implicando em “mecanismos que não interferem no processo de ‘mentalização’, pelo contrário, ricas em processos mentais” (: 107).

Entretanto, entendemos que não é apenas aqueles que teriam um empobrecimento do uso da linguagem que adoecem. Podemos perceber no nosso cotidiano, e na literatura encontramos vários exemplos, que poetas e psicanalistas também adoecem. A linguagem pode estar tanto a serviço da cura, quanto da doença (ÁVILA, 2002).

Fernandes (2003b) ressalta que, sobretudo com os trabalhos da Escola de Paris, foi possível uma ampliação da discussão teórica e do manejo clínico psicanalítico a partir da inclusão de novos conceitos, abrindo o olhar para a reflexão sobre as semelhanças e diferenças entre os quadros de somatização e as neuroses clássicas, as toxicomanias ou transtornos alimentares, entre outros.

Esta tradição de pensamento, apesar de promover uma nova visão no campo da psicossomática, restringe o fenômeno psicossomático a um tipo de organização ou funcionamento psíquico característico ou mais propício para tais manifestações. Tal compreensão parece desconsiderar que organizações psíquicas de tipo psicótico e neurótico também podem apresentar descompensações psicossomáticas.

Buscando ampliar esta reflexão, cabe lembrar que mesmo dentro do pensamento francês sobre psicossomática há diferentes olhares, dentre eles os que aproximam os quadros psicossomáticos dos casos-limite. Esta compreensão dá mais um passo em direção ao debate sobre o manejo clínico dos pacientes que apresentam somatizações como recurso defensivo perante ao seu sofrimento.

### 3.3

#### **Transtornos psicossomáticos: uma questão de limites?**

“Outrora, o mistério era a histeria. Hoje, a histeria continua existindo, não desapareceu, mas não se pode dizer que a histeria seja o pão cotidiano dos analistas. Hoje em dia as manifestações somáticas de nossos analisandos [...] são o pão cotidiano do analista” (GREEN, 1990: 28).

A problemática dos limites vem sendo tema de debates cada vez mais frequentes no cenário psicanalítico contemporâneo, seja devido aos impasses clínicos das chamadas novas configurações psicopatológicas - que incluem perturbações na constituição dos limites internos e externos do aparelho psíquico (CARDOSO, 2005) -, seja por meio das reflexões teóricas promovidas pelo movimento definido por Luiz Claudio Figueiredo (2009) - como *reabilitação dos ‘analistas marginais’* que se propuseram trabalhar pacientes “não analisáveis”.

Em termos clínicos, os conhecidos pacientes difíceis ou, no limite do analisável, nos convocam a repensar nossa prática e a buscar novos fundamentos

teóricos. Como argumenta Green (1990), a discussão dos casos-limite<sup>1</sup> surge como uma demanda, já que o modelo clínico apresentado por Freud não estava dando conta de algumas problemáticas que se manifestavam no consultório.

Green opta por discutir a questão dos limites em termos metapsicológicos, sustentando que estes quadros possuem uma organização própria e estável: são organizações-limite com uma estrutura autônoma. Segundo defende, é uma problemática que não se restringe aos limites do eu, mas se situa na ordem de uma desorganização das fronteiras no interior do aparelho psíquico. O autor julga que a reflexão sobre a psicossomática e dos quadros psicóticos são dois dos maiores avanços da psicanálise pós-freudiana, já que a primeira, por mais controvertida que seja, propiciou uma base de reflexão de um funcionamento psíquico distinto das estruturas clássicas da psicanálise (VIEIRA, 1998).

Para os brasileiros Damous e Souza (2005), estes quadros conhecidos como fronteiros incluem distúrbios psicossomáticos, transtornos alimentares e adições. Em seu trabalho sobre a dor nos casos-limite, os autores consideram que a questão nuclear desses quadros está associada a dificuldades nas experiências precoces. Sob esse aspecto, entendem que as angústias básicas e as defesas arcaicas mobilizadas são fruto de uma não adequação do ambiente às “necessidades psicossomáticas iniciais do indivíduo” (DAMOUS & SOUZA, 2005: 186).

A aproximação feita por estes autores entre os quadros psicossomáticos e casos-limite nos coloca algumas questões pertinentes. Diversos autores contemporâneos defendem que os quadros psicossomáticos estão inseridos nas chamadas problemáticas narcísico-identitárias (ROUSSILLON, 1991) ou organizações-limite (1990), cujas características marcantes são as dificuldades nos processos de simbolização.

Em termos clínicos, a narrativa é factual, monótona, desafetada, prevalecendo o mecanismo de neutralização dos afetos. A descrição dos sintomas

---

<sup>1</sup> Ao longo da nossa leitura nos deparamos com diversas denominações utilizadas na literatura psicanalítica para falar dos casos-limite: borderlines, estados-limite, estados fronteiros, organizações-limite. Apesar de alguns autores fazerem uma distinção dos termos de acordo com a maneira que entendem estes quadros, neste trabalho optamos por não discutir esta distinção, preferindo usar os termos tal como citados pelos autores trabalhados.

é impessoal, vaga, dificultando a atenção flutuante do analista, podendo provocar confusão. O discurso é construído como se o analista já conhecesse a história do paciente, como se ele tivesse vivido uma parte desta, indicando uma falha na constituição de barreiras psíquicas (FERRANT, 2014).

A psicanalista Joyce McDougall, ao apontar para a problemática dos limites nos casos de somatizações, entende-a como *expressões-através-do-ato* que utilizam o corpo como espaço de descarga. Em suas palavras:

“Quando um adulto representa inconscientemente seus limites corporais como estando mal definidos ou não separados dos outros, as experiências afetivas com um outro que tem importância para ele [...] a consequência pode ser uma explosão psicossomática, como se, em tais circunstâncias, não existisse senão um corpo para dois” (MCDUGALL, 2000: 11)

Logo, cabe refletir em que medida o adoecimento psicossomático se encontra inserido no grupo mais extenso de quadros psicopatológicos denominados comumente de casos-limite também nomeados de patologias narcísico-identitárias, ou se trata de um fenômeno próprio, com uma particularidade própria e etiologia distinta dos quadros descritos.

Sabemos que assim como os casos-limite, os pacientes psicossomáticos têm despertado interesse dos psicanalistas contemporâneos. Não apenas por uma desconexão entre o afeto e o adoecimento, mas, sobretudo, por uma provável pobreza simbólica, expressa pela dificuldade associativa e uma maneira de estar no mundo extremamente funcional.

Em análise, esses pacientes têm dificuldades em correlacionar seus sintomas com os afetos subjacentes, sua narrativa é árida, predominando a angústia automática como excitação não manejável. Eles apresentam, para o psicanalista argentino Rodolfo D’Alvia (1994), um discurso pobre, catártico e literal, com tendência a um planejamento antecipatório instrumental. Segundo seu ponto de vista, o pensar, ao invés de conter funções elaborativas ou integrativas, tem por objetivo agir sobre a realidade, desconhecendo os desejos e as reais possibilidades.

Este autor defende a ideia de uma estrutura mental específica nesses casos: a Estrutura Psicossomática, definida pela presença de transtorno de manifestação somática que se apresenta como uma perturbação predominante. A Estrutura Psicossomática está inserida no corpo das psicopatologias narcísicas cujas estruturas nosográficas contêm na sua identidade nuclear alterações do narcisismo, tal como na depressão e nas personalidades narcísicas.

O autor observa, contudo, que a depressão psicossomática é bem distinta da depressão mentalizada da melancolia. A primeira está no registro da depressão essencial, tal como entende Pierre Marty, de forma que há um estado de indiferença, uma dificuldade de sustentar vínculos afetivos e, em termos econômicos, aponta para a descategorização da representação.

Outra característica marcante nos pacientes psicossomáticos, como já mencionamos, é a prevalência do pensamento operatório, cuja relação com o outro é regulada em função da satisfação das próprias necessidades que, ao não serem satisfeitas, geram hostilidade. Os casos-limite, por sua vez, chamam atenção por uma precariedade simbólica e pela utilização de defesas arcaicas, além de intensas oscilações afetivas que indicam a presença de angústias básicas.

Conhecidos como fronteirizos, esses quadros chamam a atenção pela visível fragilidade das fronteiras entre o interno e o externo, que comprometem a relação do sujeito com a alteridade. São caracterizados por um tipo de dinâmica psíquica bem peculiar, determinado por um quadro clínico que existe por si só. São quadros cuja característica central se refere a falhas de envelopes psíquicos, que remetem a falhas na constituição de sistemas de ligação, assim como nos sistemas de desligamento. Há, ainda, falhas nos processos de transformação. A maioria delas é definida como patologias do narcisismo, do originário e da simbolização primárias.

Segundo a visão do psicanalista erradicado nos EUA, Otto Kernberg, esta é uma organização específica relativamente estável entre a neurose e a psicose. Este autor define como uma das especificidades psicopatológicas dos chamados *borderlines* a cisão como mecanismo de defesa, além da predominância de uma agressividade pré-genital. Para ele, a cisão tem como consequência a fraqueza dos limites corporais. São pacientes que têm uma “insegurança onipotente”

(KERNBERG, 1967), visível através do controle dos próprios afetos como tentativa de controle do outro, numa relação de “super dependência”.

Um segundo eixo de argumentação sobre as patologias-limite prevalente na literatura psicanalítica de língua francesa visa não apenas definir as especificidades psicopatológicas dos casos-limite, mas discuti-los em termos metapsicológicos e clínicos. André Green, como um dos expoentes desta vertente, ao falar dos estados fronteiricos, traz a oscilação verificada nesses casos entre, por um lado, uma “normalidade” social e, na clínica, uma transferência natimorta, onde o analista se vê “apanhado na rede de objetos mumificados do paciente” (1988:44). Ele também pode se ver capturado por uma regressão fusional, testemunhando uma confusão entre sujeito e objeto. Entre esses dois extremos há uma multiplicidade de mecanismos de defesa contra a regressão que o autor reagrupa em quatro categorias fundamentais, nas quais as duas primeiras constituem mecanismos de curto-circuito psíquico e as duas últimas são mecanismos psíquicos básicos. São elas: a exclusão psicossomática, a expulsão via ação, a cisão e a descatexia.

Interessa-nos focar na primeira categoria, a exclusão psicossomática, na qual, segundo o autor, o conflito fica restrito ao soma mediante a separação deste da psique. O resultado desta operação é uma formação assimbólica. Nesse processo, ocorre a transformação da energia libidinal em energia neutralizada, puramente somática. Como afirma:

“O ego defende-se de uma possível desintegração em um confronto fantasiado que poderia destruir tanto o próprio ego como o objeto, mediante uma exclusão que se assemelha a uma atuação-fora [*acting out*], mas que está dirigida para o ego corporal não libidinal” (GREEN, 1988: 45)

Podemos pensar que segundo este entendimento as manifestações psicossomáticas frequentes – ou como define D’Alvia, as estruturas psicossomáticas – estão inseridas no conjunto de mecanismos de defesa contra a regressão utilizados pelos casos-limite. Nesse sentido, parece-nos uma releitura de uma perspectiva evolucionista que observamos em Marty, considerando que há

uma ausência ou falha de funções psíquicas estando no cerne destes quadros clínicos. Para Green (1988) as estruturas psicossomáticas são um subgrupo das ditas organizações limite.

Ao fazer uma comparação entre o modelo da neurose e o modelo dos estados fronteiros, o autor afirma que, se a neurose remete à angústia de castração, no que se refere aos casos-limite nos deparamos com a contradição formada pela dualidade de ansiedade de separação/intrusão. Esta dupla ansiedade parece relacionar-se, para o autor, à problemática da formação do pensamento. Há, nestes casos, um núcleo psicótico fundamental, ou psicose em branco, que se caracteriza por um bloqueio nos processos de pensamento, pela inibição das funções de representação e pela “bi-triangulação”. São dois aspectos da libido que não estão bem separados. Como a diferença dos sexos que separa dois objetos acaba disfarçando a divisão de um objeto simples – bom ou mau – o paciente, então, sofre com os “efeitos combinados de um objeto intrusivo persecutório e de uma depressão consequente à perda do objeto” (1988: 46).

A presença intrusiva desperta um sentimento delirante de influência e inacessibilidade à depressão, o que torna impossível constituir a experiência de ausência. Desse modo, o objeto não se deixa esquecer, ocupando permanentemente o espaço psíquico. Não se ausentando, não pode ser pensado, não podendo tornar-se presença imaginária ou metáfora. O resultado disso, para Green, é a paralisia do pensamento, expressa por “um sentimento de se ter a cabeça oca, de um buraco na atividade mental, incapacidade de se concentrar, de recordar” (op. cit:48).

O autor traz a noção de limite sob o ângulo do tempo, que pode ser contraído, como na contemporaneidade, ou suspenso, “fora do tempo” como ultrapassagem de um limite. O último está fora do campo da consciência. Green trabalha a noção de limite enquanto fronteira tanto intersubjetiva como intrapsíquica. Com efeito, nos casos-limite esta fronteira é falha, porosa ou pouco definida.

Em suas *Conferências Brasileiras*, cuja temática gira em torno da metapsicologia dos limites, Green articula a noção de limite à de territorialidade.

O autor argumenta que a pulsão é uma “excitação que se põe em movimento e transpõe um espaço” (1990: 17). Segundo sua compreensão os casos-limite são:

“[...] uma estrutura geral que é indeterminada, mas que pode se voltar tanto para o lado da depressão como para o lado da perversão, toxicomania, da psicose [...] é como se no interior da estrutura psíquica os núcleos psicopáticos, perversos, toxicomaniacos, depressivos, delirantes, travassem uma luta uns contra os outros, para saber qual deles conseguirá apoderar-se da totalidade da estrutura psíquica no interior do “continente”” (GREEN, 1990: 20).

O autor se apoia em Bion para defender que há diferentes núcleos que se apresentam na relação transferencial, obrigando o analista a restabelecer os vínculos atacados pelos processos de pensamento dos pacientes, exigindo dele a abolição dos próprios limites da atividade racional. A situação analítica, nestes casos, é de difícil manejo, porquanto que em termos de transferência, há nesses pacientes uma impossibilidade de lidar com enquadre, de forma que observamos ou uma aderência excessiva ou um ataque. A comunicação, então, ocorre por meio do que o paciente produz no analista.

O autor, ao resgatar Bion, recoloca em pauta a dimensão da contratransferência na clínica e o efeito que o paciente causa no analista. Em outras palavras, o autor parece apontar para o trabalho de filtragem do analista de comunicações recebidas em “bruto”, isto é, de estados afetivos e sensoriais que invadem o campo analítico (FERRO, 1998).

Tal observação nos remonta aos primórdios da constituição do psiquismo, quando os afetos e a sensorialidade têm um papel central na relação do bebê com o mundo. Assim, consideramos pertinente fazer um recuo em direção às relações precoces para aprofundarmos nossa compreensão sobre o adoecimento psicossomático.

### 3.4

#### **Experiências precoces: o papel do corpo na constituição de defesas precoces**

Retomando a noção de apoio/desvio freudiana, lembramos que o bebê tem no seio sua primeira fonte de satisfação. No encontro primordial com o outro – que neste momento ainda não pode ser reconhecido em sua alteridade – a amamentação associa-se não apenas ao fato de saciar a fome, mas também de obter prazer por meio do contato da mucosa da boca com o seio. A partir deste encontro, como vimos, opera-se um desvio do instintivo para o pulsional. Os primeiros cuidados corporais propiciam esse desvio, funcionando como possibilidade de integração e formação de uma imagem corporal. Logo, a pulsão se apoia, primeiramente, na satisfação das necessidades vitais, para logo se desviar das funções biológicas e buscar o prazer. O objetivo principal da pulsão passa a ser reviver essa primeira experiência de satisfação para sempre perdida. O prazer no contato do bebê com o outro adulto é essencial para o estabelecimento de um corpo fantasiado, integrado, representado psiquicamente.

O psicanalista francês, Christophe Dejours prefere chamar esse processo de subversão libidinal, já que entende que a noção de apoio de Freud (1905) trata de uma emancipação da ordem fisiológica. O autor argumenta que há um jogo entre a mãe e seu bebê durante os cuidados cotidianos. Esse jogo mobilizaria vários órgãos. Na amamentação, por exemplo, estão incluídos a boca, a língua, o estômago, o intestino, o ânus... Trata-se de uma brincadeira na qual ocorre uma subversão da função original, geradora de intenso prazer. Para que ela ocorra é necessária a presença de um outro que também queira jogar. Como esclarece:

“Devagarinho, a criança pode solicitar à sua mãe brincar com diferentes partes de seu corpo, brincadeiras durante as quais, não somente ela brinca, mas também adquire o controle com relação as exigências de autoconservação, a urgência de satisfazer suas necessidades. Devagarinho, todo corpo vai sendo colonizado, até que se constitua o que se chama de segundo corpo, ao qual damos o nome de corpo erógeno. [...] O segundo corpo é o corpo que habitamos; não é mais o corpo fisiológico, é um corpo que foi arrancado ao corpo biológico, mas é um corpo que nos faz verdadeiramente humanos” (DEJOURS,1998:44)

Para Dejours, a origem da vida psíquica se encontra no corpo erógeno. Ele é primordial e, de fato, o fracasso na subversão libidinal acaba se traduzindo num desenvolvimento psíquico que não se completa. Mas a colonização subversiva do corpo fisiológico tem, sempre, um caráter inacabado, pois há algo a ser conquistado, num processo constante que não cessa de se impor ao sujeito.

O autor sustenta que a sexualidade psíquica e a economia erótica estão sempre sob ameaça, de se “desapoiar”, levando a um movimento que o autor denomina de contraevolutivo. Por outro lado, a conquista do corpo erótico é resultado do diálogo entre o corpo e suas funções que se apoiam nos primeiros cuidados. Por meio do brincar com o corpo uma troca prazerosa entre o bebê e o adulto poderá ocorrer. Nesse processo, o funcionamento psíquico materno, convocado nesse cuidar, trará para a relação, não apenas sua história precoce, mas também sua sexualidade, marcando de maneira singular o diálogo que se instaura entre ela e seu filho. Um diálogo fantasmático, fundamental para a economia psíquica do bebê. Assim, os afetos que perpassam o corpo, através dos encontros, rupturas e lutos vividos, vão marcar a economia erótica ao longo de toda a vida.

No que tange à clínica psicossomática, o autor sugere que a desintração da pulsão de sua função seria capaz de facilitar a somatização, pois que as perturbações do funcionamento psíquico alteram a economia erótica.

Assim, no caso dos pacientes psicossomáticos, parece não ter havido uma completa representação corporal. Como argumenta D’Alvia, a relação destes pacientes com seu próprio corpo vem marcada por exigências externas e uma tendência a ignorar os sinais interceptivos. As sensações corporais, não tendo contenção psíquica, tomam a via da descarga corporal direta.

Aprofundando esta discussão, Joyce McDougall (2000) amplia a noção de pensamento operatório, propondo uma visão bastante particular sobre o adoecimento psicossomático. Integrando sua experiência clínica tanto no seio da escola inglesa quanto francesa de psicanálise, a autora opõe a neurose e a psicose de uma parte e os pacientes psicossomáticos de outra, e avança dando sua contribuição à discussão.

A psicanalista, ao introduzir a problemática psicossomática na clínica psicanalítica, inicia sua reflexão a partir da ideia de que cada um de nós cria “peças de teatro interno” ainda na primeira infância e estas têm um efeito duradouro sobre a sexualidade do adulto. Ampliando esta ideia, a autora propõe que há “teatros somáticos” que se apresentam no palco psicanalítico.

Discutindo sobre o papel das somatizações na economia libidinal, McDougall (op.cit) afirma que certas formas de funcionamento mental são adquiridas nos primeiros meses de vida e podem predispor mais às manifestações psicossomáticas, do que às soluções neuróticas, por exemplo. São quadros nos quais prevalece o pensamento operatório com maneiras “desafetadas” de pensar e relacionar-se. A autora sustenta que inicialmente o infans é “alexímico”, na medida em que “as mensagens enviadas pelo corpo ao psiquismo, ou inversamente, eram inscritas sem representação de palavras” (: 26-27). O conceito de aleximia, na obra da autora, diz respeito à dificuldade que o sujeito encontra de entrar em contato, bem como expressar suas emoções. Além disso, há uma dificuldade patente de distinguir os afetos entre si. Nesse contexto, o pensamento operatório e a alexitimia são entendidos pela autora em sua dimensão defensiva, remetendo a um período precoce, anterior à aquisição da linguagem verbal.

Como a autora defende, há nos quadros psicossomáticos uma outra forma de lidar com o conflito. Seja nas organizações neuróticas e ou psicótica, a dimensão do conflito está colocada em termos psíquicos, podendo envolver a vida interior ou a realidade externa. Trata-se de um drama, cuja cena é imaginária.

Nos quadros psicossomáticos há, pelo contrário, um teatro do corpo. ela comenta que primeiramente entendia que os estados psicossomáticos eram consequência de uma reação do corpo a uma ameaça psicológica como se esta fosse fisiológica, perspectiva esta que leva em conta uma separação nítida entre o psiquismo e o corpo. Porém, a autora observa em seus pacientes um esmagamento dos estados afetivos, como se, em suas palavras:

“A cortina estava, de alguma forma, hermeticamente fechada sobre o palco psíquico; nenhum som alcançava os ouvidos daqueles que se encontravam fora dele e, no entanto, um drama estava sendo representado no palco interno daquele cuja própria vida corria perigo” (MCDUGALL, 2000: 2).

Para ela, estes pacientes têm uma recusa por parte do psiquismo, de lidar com o conflito pulsional, que se expressa, então, no corpo. As palavras ficam sufocadas, num drama silencioso encenado internamente. Contudo, ela não deixa de apontar para uma parte psicossomática mesmo em outros quadros:

“Todos temos tendência a somatizar toda vez que as circunstâncias internas ou externas ultrapassam os nossos modos psicológicos de resistência habituais. Ocorre frequentemente também que desaparecem como certos fenômenos psicossomáticos, assim como certas tendências recorrentes a adoecer fisicamente, desaparecem como efeito secundário inesperado do tratamento psicanalítico, às vezes sem ter sido feita a investigação específica da significação subjacente de tais doenças na economia psíquica” (op. cit: 3).

McDougall acredita que uma parte significativa de pacientes que expõe sua problemática psicossomática não tem consciência de sua dor mental, chegando a negar a relação entre o a dor física e seu sofrimento psicológico. Para ela, devemos nos manter atentos às solicitações de liberação de sintomas psicológicos, pois se trata de um paradoxo, já que “esses sintomas constituem tentativas infantis de cura de si mesmo e foram inventados como solução para a dor mental insuportável [...] os sintomas desta natureza constituem técnicas de sobrevivência psíquica” (op. cit: 9)

Essas defesas, constituídas num período extremamente precoce, visam criar um espaço de separação entre o indivíduo e a mãe que, por dificuldades internas, não consegue entrar em contato com aquilo que o bebê comunica em termos sensório-afetivos. Os cuidados maternos iniciais funcionam como tela protetora contra estímulos transbordantes. As perturbações na relação mãe-bebê podem levar a rupturas nos fenômenos transicionais, fundamentais para a internalização da função maternante.

Quando, por alguma razão inconsciente, a mãe não consegue escutar as necessidades do bebê, “este é freado em sua tentativa de construir lentamente dentro de si mesmo a representação de um ambiente maternante que cuida e alivia” (MCDUGALL, 2000: 67). O *holding* materno inicialmente deve funcionar como um continente, tornando propícia a atividade de pensar, viável

quando o continente se transforma em conteúdo (ZORNIG, 2009: 35), sustentação fundamental para que o sujeito possa futuramente cuidar de si. Sem a internalização dessa função há, para McDougall (op. cit), um risco de explosões somáticas.

D’Alvia, por sua vez, sustenta que esses pacientes estão no campo da problemática narcísica. Suas desordens orgânicas são prevalentes, devido a relações precoces disfuncionais, tendendo para o excesso. Segundo argumenta, houve uma alteração da função parental fundada numa hiper presença da função materna, não permitindo a instauração da ausência, fundamental para a estruturação da capacidade representativa. Como afirma D’Alvia (1994:145):

“ O vínculo primário foi realizado como um exercício intelectual desconectado e carente de empatia para decodificar as necessidades da criança. Foi lidando-se com o bebê, com ações baseadas num “trabalho de mãe”; cuidados ritualizados segundo o ritmo materno, sem poder levar em conta as necessidades e as características próprias da criança. Foi estabelecendo-se um desencontro entre o ritmo pulsional do lactante e a freqüência super exigente de uma conduta materna que ultrapassa as possibilidades adaptativas da criança. Estas exigências elevadas teriam um valor traumatizante, isto é, superariam a capacidade defensiva do bebê, gerando-se um transbordamento tensional, com alterações na distribuição de cargas no psiquismo (alterações na economia narcisista).”

Os acontecimentos traumáticos precoces, assim, acabam por desorganizar o psiquismo, determinando a presença de um vazio psíquico, tendo como consequência as alterações nos processos de pensamento, na atividade fantasmática e dos afetos.

Nestes quadros, as relações parentais acontecem quase que de maneira exclusiva com o filho, visando realimentar as exigências de satisfação grandiosas, segundo a perfeição de ideais narcisistas. Há uma “superpresença sobre-adaptadora”, atuando de modo extremamente exigente e controlador e com visível déficit na decodificação das necessidades tanto físicas como emocionais da criança. Observamos ainda com D’Alvia que, nestes casos, há uma contradição entre um excesso de cuidado manifesto e uma intolerância e hostilidade latente. São pais que têm dificuldades de discriminar seus filhos como sujeitos separados, de forma que há falhas na diferenciação e na distância do objeto, visíveis através

da pouca capacidade para investir em objetos discriminados. Eles “necessitam imperiosamente que seus filhos respondam com uma excessiva adaptação ao meio e cumpram à perfeição o que deles se espera”.

Neste tipo de conformação familiar há pouco espaço para a dor mental, gerando na criança uma pobreza tanto nos registros corporais como afetivos, com a presença de “déficits estruturais na imagem corporal que se traduzem em alterações nos canais expressivos de descarga. Todo sentimento de frustração tende a ser evacuado e rejeitado de imediato” (:146). A criança, nesse contexto, tem uma intolerância à separação do objeto idealizado, assim como uma pobreza na capacidade para estabelecer vínculos estáveis.

### 3.5

#### **Adoecimento psicossomático: falhas de pensamento ou zonas de fragilidade?**

Como já observamos, dentre os autores que problematizam o adoecimento psicossomático encontramos diversas perspectivas. Christophe Dejours (1998), por exemplo, ao tratar deste tema, afirma não concordar que a somatização é somente efeito de um acontecimento psíquico, pois essa visão parte da aceitação do dualismo psique e soma.

Dialogando e questionando a visão clássica dos transtornos psicossomáticos, sobretudo do psicossomatista Pierre Marty, Dejours vai defender que em qualquer estrutura pode haver somatização, mesmo nas neuroses e psicoses “bem mentalizadas”. Isto porque, segundo ele, uma das bases fundamentais da teoria deste autor é a existência de uma regularidade entre a estrutura de personalidade e a forma de descompensação psicossomática, o que sugere uma certa previsibilidade. Nesse sentido, ele questiona se, de fato, um bom funcionamento psíquico poderia proteger o sujeito de uma descompensação somática.

Para se contrapor a essa teoria, o autor traz um caso clínico, em análise há muitos anos. Em termos de *mentalização*, segundo Dejours, o paciente tinha um ótimo funcionamento psíquico, com produções oníricas, retorno do recaiado, o que supostamente protegeria o sujeito de descompensações somáticas. O paciente era médico e sempre assíduo às sessões até que uma falta inexplicável chamou a atenção do autor. Na semana seguinte, Dejours (1998:40) descobre que o paciente está internado numa UTI com hemorragia fruto de uma “crise de retocolite hemorrágica”.

O autor descobre, depois, que anteriormente o pai de seu paciente havia sido internado com o mesmo quadro. Ao ajudar a curar o pai, é o filho que descompensa. Tal exemplo clínico leva o autor a colocar em pauta a dimensão da alteridade na etiologia do adoecimento psicossomático. Há uma lógica que escapa ao discurso, que ainda não pode ser dita. Nesse sentido, o adoecimento talvez tenha algo a nos contar em termos relacionais. O autor deixa claro que não se trata de um sintoma conversivo ou da ordem do retorno do recaiado, como ocorre na histeria. A nosso ver, há uma *narrativa a ser construída* para dar sentido ao que só pôde aparecer via corpo. Nas palavras de Dejours (op. cit: 42):

“[...] o sintoma somático poderia ter um significado, que seria justamente ligado à dinâmica intersubjetiva. Se o sintoma psicossomático pode ter um significado (o que estava em jogo durante a somatização), se formos capazes de analisar o que se passava naquela relação, seja com o outro, seja como analista na transferência, eu poderia então compreender o sentido do sintoma.”

Avançando em seu argumento, Dejours critica o solipsismo de Marty, pois entende que o autor, assim como em certa medida Freud, analisa o funcionamento psíquico em função do intrapsíquico, sem considerar o externo, a relação com o outro. Este autor faria um uso um pouco livre demais da biologia, quase como se quisesse fundar uma “mitologia do biológico”. Defendendo que um bom funcionamento também pode sofrer com descompensações somáticas, Dejours sustenta é o encontro com o outro pode ser perigoso e podemos falhar neste encontro. No seu ponto de vista, o sintoma somático é endereçado a um outro. É

por alguém que se adocece, mas diante de um impasse psíquico que se coloca numa relação esse outro estranho ao sujeito.

Dejours entende que Marty usa como pontos de referência os mecanismos de defesa, de forma que o corpo erógeno é mero cenário. Ressaltando que há uma construção do corpo representado, o autor destaca que esta construção depende da capacidade de brincar dos pais com o corpo da criança. Segundo entende, nem sempre os pais conseguem brincar com este corpo. Por vezes brincam com algumas partes, negligenciando outras que lhes gerariam angústia. Com efeito, há partes do corpo nas quais a subversão do corpo fisiológico em corpo erógeno não pode se completar, funcionando como zonas excluídas da relação com o outro. Assim, a doença somática não se localiza em qualquer parte do corpo, mas em zonas de fragilidade: zonas forcluídas da subversão libidinal. Como afirma:

“Na relação com o outro eu mobilizo não apenas pensamentos, ideias e desejos, mas também o meu corpo para expressar este pensamento e este desejo. De certa forma, eu mobilizo o corpo a serviço da significação. A significação não é o sentido, mas o fato de fazer, de transmitir o sentido. Quando eu busco expressar alguma coisa a alguém, eu busco não somente passar uma informação, [...] mas eu busco agir sobre o outro, movê-lo, seduzi-lo ou amedrontá-lo, ou talvez, adormecê-lo e, para isso, eu mobilizo todo o meu corpo, tudo aquilo que posso mobilizar de meu corpo. Esse corpo é o corpo erógeno. As partes que são forcluídas da subversão não podem servir à expressão” (DEJOURS, 1998: 46).

O autor, ao questionar a posição assumida pela Escola de Psicossomática de Paris, aproxima a somatização da passagem ao ato, afirmando que não importa em que organização psíquica, é possível haver os dois, pois que no segundo caso há zonas de fragilidade que teriam escapado da subversão libidinal. É nestas zonas que a doença psicossomática se instala.

Ao lançar mão da noção de subversão libidinal, ele joga os holofotes para a dimensão intersubjetiva do sintoma psicossomático. Em contraposição a Marty, o autor entende que o sintoma somático, apesar de não ser da ordem de uma conversão ou do recalque, poderia ter um significado ligado à dinâmica intersubjetiva. Em suas palavras:

“Nada é mais perigoso do que encontrar alguém, encontra-lo verdadeiramente, em particular no amor [...] o sintoma somático é endereçado a um outro: eu adoço *por* alguém. A crise somática acontece no âmbito de uma relação com o outro, quando esta relação me coloca num impasse psíquico” ( DEJOURS, 1998: 41).

É interessante observar como este autor enriquece a reflexão sobre o sintoma psicossomático propondo, em contraposição a afirmação freudiana de 1914, que o encontro amoroso pode ser propiciador de impasses psíquicos e adoecimento. Chamando a atenção para o papel central dos cuidados precoces para a erotização do corpo, ele defende que as zonas que adoecem são zonas que não puderam ser devidamente erotizadas, permanecendo vulneráveis à eclosão do sintoma psicossomático. Nesse sentido, é viável supor que o sintoma somático implica uma alteridade, na medida em que se reporta a zonas a serem libidinizadas, que podem vir a entrar numa relação prazerosa com o outro.

Parece-nos que este posicionamento é um contraponto da vertente que defende um tipo de organização psíquica específica dos pacientes psicossomáticos. Essa perspectiva nos permite avançar na compreensão do fenômeno psicossomático, como uma problemática que não se restringe a apenas uma forma de funcionamento psíquico, como o operatório, bem como não se trata apenas de uma ausência ou falência de alguns mecanismos psíquicos fundamentais para a elaboração, tal como defendem os autores clássicos deste campo.

Sabemos que no campo psicanalítico não há como determinarmos como as vivências traumáticas precoces vão repercutir na vida adulta. Trabalhamos com o *a posteriori*. No entanto, não podemos negligenciar o fato de que o ambiente inicial tem grande importância na constituição psíquica. Apostar na possibilidade do sintoma psicossomático ganhar um sentido é o grande desafio da nossa prática. Passamos a discutir esse aspecto no próximo capítulo.