

# PUCRIO

LÚCIA DE MELLO E SOUZA

O SINTOMA NO CORPO : UM PERCURSO PSICANALÍTICO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

JANEIRO, 1989

# Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil http://www.puc-rio.br

# LUCIA DE MELLO E SOUZA

O SINTOMA NO CORPO

UM · PERCURSO PSICANALÍTICO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Psicologia da Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: JUNIA DE VILHENA.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO



N.Cham. 150 S729s TESE UC

Título O sintoma no corpo - um percurso psicanalitico



Ex.1 PUCB

0034995

est estème res

Ao Pedro companheiro e amigo.

Ao
Otto
que ainda tão bebê
esteve ao meu lado,
com paciência,
a esperar minha atenção.

Meus agradecimentos a:

Cid Vale de Souza

Junia de Vilhena

Paulo Roberto Mattos

Olga e Gisele Magliano

Otelo Correa dos Santos Filho

que, cada um a seu modo, ajudou e compartilhou comigo deste trabalho.

Meus agradecimentos .

ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ
e a CAPES.

**ENTREVISTA:** 

# ALÉM DE SI MESMA

Dina Sfat

Eduardo: - ... Quem não suporta o acaso adoece, porque adoecer de certa maneira, é mais fácil.

Dina: - Adoecer é mais fácil?

Não, não é. Não concordo. Porque as condições de bombardeio não são visíveis. O que é que toca determinadas pessoas de uma forma que cria doenças, e outras que não cria? ...

A gente nem precisa discutir Psicanalise.

O que quero dizer é que o modo como fiz Psicanálise não foi casual, desembocou numa das maiores psicanalistas do Rio de Janeiro. Ela me dizendo que eu fiz um câncer. E eu disse para ela: mas então fizemos a quatro mãos. Como um bom crochet. Porque os últimos anos eu passei aqui no teu consultório. Será que sou tão poderosa e tão forte, que você não detectou nestes anos todos que, enquanto nos conversavamos, eu armava esta cila da para nos duas?

Então, atropelou... A doença me atropelou. Como um raio. (O destino, 1988, p. 20)

#### RESUMO

Tem sido observado tanto na clínica medica quanto psicológica, pacientes apresentando sintomas orgânicos, os quais de algum modo permitem supor uma correlação com o psiquismo.

Freud iniciou seus estucos psicanalíticos interessado nos sintomas corporais e descobriu o caráter ideogênico da histeria.

Este trabalho retoma a evolução das ideias de Freud, relativas aos sintomas somáticos, e a influência que elas ainda representam em concepções mais recentes, que buscaram explicar o aparecimento, o desenvolvimento e a abordagem a esses sintomas.

Considerando que desde seus primeiros escritos, Freud mencionou a conversão histérica e a somatização direta, é importante sinalizar que esta discussão permanece presente nas principais conçepções psicanalíticas atuais, interessadas no sintoma somático.

Podemos considerar que nessas concepções encontram-se basicamente dois tipos de posicionamento. Um que admite que os sintomas orgânicos são expressões simbólicas, resultantes de conflitos psíquicos inconscientes. O outro, que aceita a simbolização para o caso da histeria de conversão, mas questiona a presença da mesma nas chamadas doenças psicossomáticas. Este segundo posicionamento correlaciona a existência da somatização à "falhas do psi quismo", "deficiência fundamental", "incapacidade de elaboração", "silêncio simbólico" e outras expressões correlatas. Em seguida, são abordadas algumas teorias de ambas as posições.

Finalizando desenvolvemos uma análise das concepções abordadas e das repercussões do processo de somatização.

. .

### ABSTRACT

It has been observed in both medical and psychological clinics, patients showing organic symptoms which in some way have a relationship to psychism.

Freud began its psychoanalytic studies interested in organic symptoms and discovered the hysteria's ideogenic character.

This paper resumes the evolution of Freud's ideas related to somatic processes, and the influence they still represent in more recent concepts that try to explain these symptoms uprising, development and approach.

Considering that Freud mentioned hysteric conversion and direct somatization since his earliest writings, it is important to point out that this matter remains in todays discussions of the main psychoanal tic concepts of those interested in somatic symptoms.

We may consider that in these conceptions we may find basically two types of points-of-view. One believes that organic symptons are symbolic expressions resulting from unconscious psychic conflicts. The other one does accept symbolization for hysteria of conversion cases, but does not accept symbolization for the so called psychosomatic diseases. This second one establishes a relationship among the existence of somatization to "psychism failure", "fundamental deficiency", "elaboration incapacity", "symbolic silence" and other correlated expressions. Following some theories of both positions are analysed in this paper.

At last, an analysis is made on the conceptions approached and on the effects produced by the somatization process.

# SUMÁRIO.

-	INTRODUÇÃO	01
-	CAPITULO I - UM POUCO DE HISTÓRIA	06
	1 - <u>As Origens</u>	06
	2 - <u>O "Des/encontro" Medicina-Psicanalise</u>	10
-	CAPÍTULO II - REVISITANDO FREUD	17
-	CAPÍTULO III - A OTICA PSICOSSOMÁTICA	47
	1 - Primeiros Passos	49
	2 - Tempos Modernos	76
-	CONCLUSÃO	102
_	BIBLIOGRAFIA	113

MEU CORPO NÃO É MEU CORPO, É ILUSÃO DE OUTRO SER. SABE A ARTE DE ESCONDER-ME E É DE TAL MODO SAGAZ QUE A MIM DE MIM ELE OCULTA.

## INTRODUÇÃO

E praticamente ponto pacifico e conhecido da clinica, tan to Psicológica quanto Médica, o aparecimento de pacientes com queixas e sintomas orgânicos que abrem margem deixando suspeitas para um questionamento que a etiologia dessa doença, estaria ligada a outra causa que não a exclusivamente fisica. Embora apa rentemente simples, esses casos são de dificil diagnóstico e dão margem ao surgimento de iatrogenia, dificultando o atendimento e deixando o paciente sem receber ajuda.

Joyce McDougall aponta a crescente procura de atendimento de pacientes que apresentem problemas caracteriais que se expressam através de comportamentos sintomáticos os quais denominou "a tos sintomas", e que funcionam como representantes dos conteúdos recalcados, ocupando o lugar da elaboração psíquica.

Na clinica atual, torna-se presente uma preocupação cada vez maior visualizar o individuo como um ser que reage como unidade e, sendo assim, o momento do aparecimento da doença, a "forma" como surge, e a experiência vivenciada ganham significação.

No entanto, na prática terapeutica, diversas modalidades de problemas deixam entrever a complexidade das questões acima referidas, repercutindo diretamente nos conceitos de "psiqué" e de "soma".

Existem, por exemplo, pacientes que, apesar de apresentarem queixas ligadas ao corpo, ao exame clínico não são evidenci<u>a</u> dos quaisquer sinais de alterações físicas. J., 25 anos, sexo masculino, engenheiro, procura / atendimento médico com queixa de fortes dores em diversos locais do corpo. Paciente sente-se muito mal, dorme pouco, acredita-se com AIDS e próximo a morte. O médico faz exames clínicos e informa não encontrar qualquer sinal de doença. Paciente mantém queixa, retorrando a consulta médica. Médico propõe acompanhamento mensal, que foi feito durante cinco meses, nada sendo constatado. Paciente não acredita e persiste em seus temores, tendo medo de se submeter ao exame laboratorial específico.

Pacientes que apresentam constantemente um problema orgãnico, mas trazem informações que permitem suspeitar de etiologia psíquica.

S. 24 anos, sofrendo de hipertensão arterial e taquicardia; os sintomas manifestam-se mais intensamente quando vivencia períodos de dificulda des. Doença surgiu após a morte dos pais, ambos vítimas de infarto fulminante.

Os chamados pacientes histéricos que se apresentam nos a $\underline{m}$  bulatórios com paralisias, desmaios etc. sem no entanto, serem encontradas alterações físicas que justifiquem os sintomas.

Pacientes que são portadores de doenças congênitas e outras, das quais se possa afastar a hipótese de etiologia psíquica, onde a própria doença provoca sequelas psicológicas. Trata-se de um homem mulato, de pai negro e mãe branca, e de uma mulher que trazia as marcas de uma poliomielite infantil. Ambos viviam a herança corporal -- pele escura e braço paralisado -- como o signo visível de sua condição de castrado...

... Ora, seria completamente absur!o afirmarmos, que a angūstia de castração e as angūstias persecutorias eram responsáveis pela pele escura e pela polio!

(McDOUGALL, 1983, pp 138-139)

Pacientes que causam prejuizos ao seu proprio corpo (ocasionando dores, tremores etc.) em função de ingestão demasiada de drogas, fumo, alcool, as chamadas adições. O paciente compulsivamente busca o objeto nocivo, ainda que avisado de sua periculosidade.

As "alterações" do próprio corpo acontecem com intensidade distintas, e existem indivíduos que parecem fazer "uso" contínuo desse mecanismo. "Adotariam", por exemplo, a somatização como forma primordial de reação. Poderíamos falar em uma "personalidade psicossomática"? Também é possível que pessoas tidas como "normais" em momentos diferentes de vida, "acionem" tal mecanismo. Ainda caracterizando um processo descontínuo, deparamos com pacientes que, em geral, não somatizam, exceto numa área corporal específica, referente a uma problemática determinada.

Nas colocações feitas, foi apresentado um conjunto de pos sibilidades que envolvem uma dor psiquica apresentando-se como dor física, o psiquismo emergindo no corpo. Essas colocações per mitem uma série de questões ligadas à dinâmica desses processos. Algo psiquico é canalizado para o corpo? Poder-se-ia falar em

"falhas" no psiquismo que viabilizem esse processo?

Possivelmente esse conjunto de possibilidades encerra uma grande disparidade, (diferentes mecanismos para a conversão histórica, para doenças psicossomáticas etc.), e remete a necessidade de uma reflexão da questão psiqué-soma, mente-corpo e sua participação na formação dos sintomas.

Para esta reflexão, traçamos um percurso no sentido de refazer um caminho teórico.

Iniciamos nossos primeiros passos com "Um Pouco de Histō - ria", onde procuramos de forma breve, retornar a questão mente-corpo na origem das origens - a Mitologia.

Prosseguindo, referimo-nos à concepção dualista moderna de Descartes, à qual torna-se uma versão extremamente difundida, de modo particular nas culturas ocidentais.

Ainda na primeira parte, mostramos, atraves da utilização de textos de Bleger e Birman, a introdução do discurso "cientifico", especialmente o médico, convergindo suas elaborações para um núcleo — o corpo — seja como uma busca de conhecimento do homem sobre o homem, seja como uma forma de dominio e poder.

No segundo capítulo, focalizamos. Freud, que iniciou a Psicanalise com o estudo de fenômenos corporais, constatando que as ideias participavam na formação dos sintomas histéricos.

Fizemos um rastreamento de seus textos cronologicamente, procurando localizar suas referências aos sintomas orgânicos. Buscamos retirar as principais ideias e marcos que abriram caminho para o que posteriormente constituiu a Psicossomática.

A terceira parte deste trabalho refere-se a estudos que, tomando como ponto de partida as contribuições freudianas, bus-caram elaborar uma articulação teórica psiquismo-soma.

Iniciamos com Groddeck, criador do conceito de Id, que ja afirmava sua influência na alma e no corpo. Interessa-se pela teoria psicanalitica estendendo-a a seu trabalho com doentes organicos.

Os autores abordados em seguida são Ferenczi, Jellife, Dunbar, English, Alexander, Fenichel, e ainda Garma, cuja teo ria obteve grande aceitação nos meios psicanalíticos.

Complementando, dedicamos a atenção a algumas concepções psicossomáticas mais atuais, referindo-nos a Pierre Marty, M. de M'Uzan, Michel Fain, Joyce McDougall, Michel Balint, considerados modernamente grandes estudiosos do assunto.

Finalizando, dedicamos a quarta parte a uma reflexão do tema abordado como um todo. Procuramos acrescentar algumas considerações, obtidas a partir do percurso teórico que fizemos, não deixando de levar em conta nossa prática clínica que esteve presente, como um "pano de fundo", durante toda a realização deste trabalho.

Quando, num ser vivo, a alma e mais potente que o corpo e se exaspera, ela do interior, o agita por inteiro e o enche de doenças: quando ele se joga em contenção em estudos de pesquisas, ela o consome; ou ainda, abandonando-se à lição ral e à controversia, pública ou privada, disputas e na rivalidade que disso resulta, ela o aquece e o abala; ela traz catarros; os ditos medicos, engana-os quase todos, fazendo-os in criminar causas estranhas. Quando, ao contrá rio, o corpo e enorme, muito grande para a alma, que naturalmente encontra-se ligado a um espiri to mediocre e fraco, como no homem, existem por natureza duas sortes de apetites, um que do corpo e tem por objetivo o alimento, o tro da parte que em nos é a mais divina e tomada de pensamento puro os movimentos do princi pio mais forte vencem e aumentam sua extensão; no que toca à alma elas o tornam estupido, belde ao estudo e de facil esquecimento; provocam a mais grave das doenças, a ignorância. So existe uma so e mesma salvação para as duas partes do nosso ser:

ē a de não mover nem a alma sem o corpo, nem o corpo sem a alma, para que, ao se defenderem uma da outra, alcancem o equilibrio e a saude.

(grifo nosso).

PLATÃO, TIMEIA (citado por Melman, C., 1985, p. 63).

# CAPÍTULO I - UM POUCO DE HISTÓRIA...

# 1. As Origens

A questão mente-corpo ha muito desperta interesse entre os homens. Parece que nada é mais difícil para o homem entender, compreender, avaliar, do que a si proprio.

Desde os primórdios dos tempos históricos, o homem procura explicar sua origem à si próprio. Na própria mitologia, o mito, que é tido como a origem das origens, revela-se o produto de uma inesgotável tentativa por parte de todos os povos da terra de explicar a origem do homem.

Brandão, J. (1987), descreve essa mitologia, narrando que jã nos primórdios estão envolvidos nos nomes de Apolo, Asclépio e Quirão, a tentativa de falar sobre o homem como um ser "somatopsí quico". Diz que, de Apolo, falava-se que era médico infalível e escrevia sua arte bem além da integridade física, pois era um KATHÁRSIOS, um purificador, e ele proprio havia se submetido a uma catarse no vale do tempo, quando da morte de Piton.

De Quirão (aquele que trabalha com as mãos), cirurgião, fa

la-se que era um grande médico e sabia compreender seus pacien - tes, por ser um "MÉDICO FERIDO". Quirão é visto como estabelecen do uma sintese dinâmica do homem voando através do conhecimento para a sua transformação de ser animal em espiritual.

De Asclēpio (o Esculāpio dos latinos), filho de Apolo e educado por Quirão, diz-se mesmo que chegou ressuscitar vários mortos. Havia um culto ao herõi Asclépio (herõi e deus), e à entrada do recinto sagrado do deus da "nooterapia", isto é, da cura pela mente, existia uma mensagem que sintetizava o grande segredo das "curas incríveis" e modernas da medicina de Asclépio:

Puro deve ser aquele que entra no templo perfumado. E pureza significa ter pensamentos sadios.

Assegura ainda Brandão, J., que nas "épocas mais recuadas" só havia cura total quando primeiro se curava a mente. Só existia cura quando havia metanóia, que significa transformação de sentimentos. Procurava-se que o homem, através do gnôthi s'autón (conhece-te a ti mesmo) "acordasse" para sua identidade real. As doenças eram principalmente mentais e o método terapêutico era essencialmente espiritual; daí a importância da nooterapia, que purifica psíquica e fisicamente o homem. As curas não eram efe tuadas com medicamentos, mas tão somente com o juízo e a intervenção divina. Recomendavam que os doentes "pensassem santamente", e estavam convencidos de que, quando nossa consciência se mantém em seu estado de pureza e harmonia, o físico se torna são e equilibrado.

Mesmo na epoca da dominação romana, quando o emprego dos medicamentos se generalizou, Asclepio e sua terapia não desapare ceram: - purifica tua mente e teu corpo estara curado.

Tomando outra vertente, vemos que a relação entre o corpo e a mente é uma das questões clássicas e recorrentes ao longo da história da Filosofia, da Psicologia e da própria Medicina. A história da Filosofia mostra que a interação desses dois princípios, corpo-alma, soma-psiqué, foi objeto de uma reflexão constante, desde aproximadamente 500 - 428 A.C., em que Anaxágora fez a distinção entre psiqué e soma.

Esse dualismo foi mantido por Platão (427-347 A.C.), retomado e elaborado por Aristóteles (384-322 A.C.), segundo o qual a alma dá a forma ao corpo. Posteriormente, na conceituação mais moderna de Descartes (1596-1650), esse dualismo é acentuado. Conforme escreve Bleger (s/data), o sentido desse dualismo carte siano foi facilitar e possibilitar um estudo científico de dois tipos de fenômenos que reconhecia-se existir, os naturais e os espirituais. Prossegue ainda, que essa "ficção" permitiu afastar os fenômenos humanos que, em virtude dessa complexidade, escapavam à investigação científica. Esse dualismo cartesiano permite a fixação do desenvolvimento do conhecimento do ser humano em duas direções, uma materialista mecanicista e outra, espiritua - lista.

Embora, desde a antiguidade, existam paralelamente também tendências unitárias que acentuem a unidade do homem, é da visão mais dualista que ha uma predominancia, e que se forma uma tradicão da Psicologia e Medicina científica, permanecendo ainda hoje aspectos contraditórios e questões não resolvidas, que de forma particular nos interessam neste trabalho.

Bleger chama a atenção para o fato de que, ao mesmo tempo que essa fragmentação do homem teve grande utilidade em impulsionar o conhecimento científico da natureza, houve a desvantagem de que a totalidade não poderia ser obtida com a simples adição das partes.

Na Medicina, essa divisão gerou grandes benefícios, mas trouxe a desvantagem de sistemas desarticulados, aparatos, orgãos etc. A evolução do pensamento médico dessa visão, levou a uma dicotomia soma e psiqué, que aponta para a diferença entre doença orgânica e mental.

Ja a Psicologia fazia parte de um acervo espiritualista, e as tentativas de estrutura-la sobre um modelo mecanicista e biológico foram falhas. A insuficiência do enfoque espiritualis ta com seus conceitos e termos (espírito, alma, psiquismo, valores etc.), não permitiam operar com o rigor metodológico vigente. Acrescenta o autor, que estamos muito comprometidos com o dualis mo cartesiano e isso traz dificuldade quando se procura estruturar outros modelos mais integrados. A modificação desses mode los e esquemas conceituais, torna-se uma das questões mais sérias no avanço científico contemporaneo.

# 2- 0 "Des/encontro" Medicina-Psicanalise...

Por um lado, a Medicina desenvolveu-se e cresceu em cima de um modelo mecanicista, com predomínio de uma visão localizacionista com mecanismos biológicos, da segunda metade do Século XVIII até o final do Século XIX. No entanto, ela própria parece ter sentido seu limite, quando sua estruturação e modelo passam a não dar conta de todo o universo que abarcou para si.

Com efeito, no final do Século XVIII, a loucura se transformou em doença mental (1) a partir da inclusão desta gama variada de comportamentos sociais sob a responsabilidade da "instituição médica ...

Não era absolutamente clara a legalidade desta absorção e por isso mesmo, teve que ser legitimada para validar a intervenção da Medicina nesta faixa de comportamentos anti-sociais. Neste contexto sur giu a Psiquiatria, especialidade médica voltada para recuperação dos loucos transformados em alienados mentais.

(BIRMAN, 1980, p. 69)

parte da Psiquiatria. A Psiquiatria não se enquadrava no modelo da Medicina tradicional, isso porque em muitas poucas enfermidades podia-se ver satisfeitas e cumpridas as exigências unitárias, rígidas e definidas do modelo vigente. Etiologia específica, alteração anatomopatológica, patogenia conhecida, eram exigências que a própria Medicina não conseguia preencher em muitos casos. Desse modo, a Psiquiatria não podia ser considerada totalmente ciência, porque o marco conceitual, levando em consideração a sistematização naturalista mecanicista, era muito es-

<sup>(1) -</sup> FOUCAULT, M. <u>Histoire de la folie à l'âge classique</u>, Paris, Gallinard, 1971.

treito.

Cuando la Psiquiatria abandono su pretension de ciencia natural e incorporo la dimension humana o antropologica sufrio um cambio considerable que ahora serve de fermento para la medicina toda. Entiendase que no se trata de "psiquiatrizar" o "psi cologizar" la medicina, sino de reelaboralla sobre la dimension humana.

(BLEGER, s/data, p. 61)

As falhas, as lacunas no proprio saber medico, quando não consegue curar, superar a doença e a morte, vão fazer com que haja não so a possibilidade, mas a necessidade de introdução de novos discursos neste "corpo" de conhecimentos praticamente fechado e dominante.

Vemos cravadas nestas situações, as buscas incessantes do homem, de uma metodologia que o possa levar a um conhecimento de si próprio, como ser único que  $\tilde{\mathbf{e}}$ . Hã um ir e voltar ( $\tilde{\mathbf{e}}$  um ser  $\underline{\tilde{\mathbf{u}}}$  nico, divide-se para facilitar seu próprio estudo, torna a unirse quando percebe a limitação dessa fragmentação).

Lo que ocurre es que, por necessidades neurològicas, una realidad unitària se ha segmentado y distribui-do entre distintas ciencias, psicologia, biologia y sociologia, de los que creem que el desarrollo cientifico nos ha de llevar a que estos tres campos se estructurem en uno solo y pasaran a constituir una sola ciencia, que pueda captar la totalidad y la unidade del ser humano. La unica manera de obviar en cierta medida los inconvenientes de la transposición y el parcialismo exclusivista la encontramos actualmente en los estudios interdisciplinaries y en cierta tendência a equiparar en el medico la formación biològica con la psicologia y sociològica.

O surgimento de novas ciências no início do Século XX provoca um movimento da Medicina em relação a esses saberes. Há uma busca desse saber no sentido de responder questões que a própria Medicina se faz, percebe-se não dando conta de responder, busca esta no sentido da compreensão maior do homem.

Não nos escapa aqui os interesses e a motivação bem como a política de dominação e poder que estas questões envolvem. A apropriação dos novos saberes pela Medicina, faz com que estes também pertençam a ela, aumentando seu campo de domínio e hegemo nia. No entanto, se nos enveredarmos por este caminho, que no momento não é objetivo de nossa atenção, teremos de nos prolongar em demasia. Desse modo, fazemos um recorte, excluindo as implicações do "saber para o poder", do dogmatismo da ideologia dominadora que paira no discurso médico.

Krehl (citado por Birman, 1980), define a Medicina como um saber pertencente a Ordem do Organismo, quando trata da vida humana como um elemento da natureza, e da Ordem da Biografia, quando refere-se ao elemento do mundo do espírito. Em conferência, Krehl (1928) correlaciona a evolução da Medicina ao aparecimento da prática da personalidade do enfermo como objeto de investigação e avaliação.

A partir da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), a ideia de uma Medicina Antropológica, e a superação da Medicina considerada totalmente orgânica, torna-se corrente. Isto repercute na introdução de outras dimensões do ser humano, fazendo com que a

enfermidade não seja exclusivamente derivada do biológico, mas tendo outras possíveis causas com as de ordem psicológica e sociológica. Essas causas se entrelaçam formando um complexo enfermidade-indivíduo, relacionando-o com a ordem social na qual se desenvolve e se instaura a prática médica.

Essa prática passa a dar-se definitivamente tendo como painel um campo interdisciplinar com discursos diferentes, sendo o homem o centro de suas atenções e cuidados individualiza dos, produto da valorização do próprio homem. Sobre esse homem incide o enfoque de diferentes ciências, seus conhecimentos e as verdades que as caracterizam.

Os procedimentos metodológicos são diferentes, muitas vezes as abordagens se diferem e se opõem, permanecendo questões não respondidas. O corpo é captado minuciosamente e vai ser o ponto de apoio e convergência de produções fundamentais do ser humano. Há refrações desse corpo na saúde e na enfermidade somática, surge um espaço onde pode emergir e se constituir o plano da linguagem.

E este espaço que permite que esse corpo possa ser enten dido numa rede de sentido diferente, de um plano causal, compl $\underline{e}$  xo.

E justamente nesse espaço que se instaura a possibilidade de emergência do discurso psicanalítico, introduzindo a noção de inconsciente e de um corpo libidinal. O "Des/Encontro" da Medicina, Psiquiatria e Psicanalise, processa-se de forma original e traz consigo uma Psicanalise integrando-se no projeto institucional da Medicina e da Psiquia tria. Encontro esse complexo, uma vez que não se constitui num problema simples, nem se da num processo linear de desenvolvimento.

Segundo Birman, a Psicanalise traz no núcleo de seus fundamentos muitas perspectivas para as ciências humanas e sociais. Esse conjunto de conhecimentos necessarios à Medicina foram incorporados por ela, no momento em que permitiam ter o sentido para a enfermidade além de uma causa relacionada à història do doente.

O proprio Freud, em Conferências Introdutorias XVI (1916-1917), menciona o caso de uma paciente com "delírio de ciúme", e faz alusão ao que seria o comportamento da psiquiatria no atendimento do caso. Refere-se à maneira incompleta, limitada, que teria a mesma de lidar com o caso sem ter compreensão do que ocorre com a paciente, ou seja, o "porque" do seu sintoma.

Os senhores desejarão saber por que razão a psiquia tria científica não nos darã outras informações. Mī nha resposta, contudo, ê: 'ele ê um trapaceiro que dã mais do que tem'. O Psiquiatra não sabe como lan car luz sobre um caso como este. Ele deve contentarse com um diagnostico e de um prognostico — incertos, apesar de uma grande quantidade de experiência — e com sua evolução futura.

Pode a Psicanālise, porēm, ir alēm, em um caso destes? Sim, ela realmente pode.

(FREUD, 1916, 1917, Vol.VI p. 298)

Freud era de opinião de que a Psiquiatria somente toca su perficialmente o conteúdo do delírio e aponta para a hereditarie dade, dando uma etiologia geral e remota em lugar de causas mais específicas e próximas. Acreditava ainda que num futuro muito próximo, a psiquiatria cientificamente fundamentada não seria possível sem um solido conhecimento dos processos inconscientes profundos da vida mental.

Freud fazia estas críticas e acreditava que a Psicanálise poderia contribuir para o desenvolvimento da Psiquiatria. Tinha consciência, no entanto, que para a Psicanálise pudesse ser legitimada e aceita como contribuição, precisava passar por uma racionalidade científica.

Assim, dá-se de certa forma, um entrelaçamento da Psicanã lise com a Medicina. Se por um lado a Medicina tem necessidade de um saber sobre o ser humano e não somente sobre a doença, a Psicanálise requisita uma "objetividade científica". Utiliza-se de modelos médicos, embora introduzindo questões sobre certos conceitos, como por exemplo, normal-patológico. Reafirma esse modelo elaborándo minuciosamente e buscando coerência em sua concepção do aparelho psíquico, na intenção de fundamentar sua teoria e demonstrar a existência do inconsciente.

Ferenczi, num artigo intitulado "Influência de Freud en la Medicina", afirma que Freud fica convencido da inutilidade da eletroterapia para curar as neuroses, em um momento em que os aparatos farádicos e galvânicos eram a principal arma do médico.

Hasta este momento, la anatomia y la fisiologia no habian contribuido con información alguna cuan to a los processos psiquicos mais delicados. La ciência méd ca miraba rigidamente, como hipnotizada en el :icroscópio y antecipaba, gracias al conocimiento del desarrollo y los trayectos de las fibras nerviosas del cerebro, el 'como' de las funciones psiquicas.

(FERENCZI, 1933, p. 22)

Ferenczi acrescenta ainda que como nem a neurose, nem a psicose revelavam qualquer alteração no cerebro, a ciência não sabia o que fazer em relação a esses estados patológicos.

Ainda no mesmo artigo, referido, diz que verificações das concepções freudianas provindas de psiquiatras, ginecologistas, dermatologistas e outros, levam-nos a afirmar que muitos casos problemáticos de seus campos de especialização tornaram-se entendidos e acessíveis ao tratamento, mediante uma explicação psicanalítica.

Dessa forma, estendia-se a consideração dos fatores psiquicos inconscientes nas patogenias das enfermidades, ocupando-se "distintos" médicos da terapia ana lítica das enfermidades orgânicas.

MEU CORPO APAGA A LEMBRANÇA

QUE EU TINHA DE MINHA MENTE.

INOCULA-ME SEUS PATOS,

ME ATACA, FERE E CONDENA

POR CRIMES NÃO COMETIDOS.

# CAPÍTULO II - REVISITANDO FREUD

Desde o surgimento da Psicanalise, o sintoma no corpo tem sido objeto de estudo. Os primeiros estudos psicanaliticos foram feitos apoiados justamente em casos clinicos nos quais esta vam presentes sintomas somáticos que foram gradualmente identificados como tendo estreita relação com o psiquismo.

É justamente no ponto inicial do desenvolvimento da Psicanálise, na presença do sintoma a nível corporal, que gostaríamos de nos deter. Como um leitor, que passa os olhos em uma his
tória e se depara com um ponto que deseja examinar através de len
tes, que permitem ampliar e aprofundar o campo de visão. Não quere
mos dizer com isso que nos deteremos no estudo da histeria mas
partir desse estudo, que abriu possibilidades para o conhecimento do sintoma corporal.

Como vimos anteriormente, a noção de doença histérica é muito antiga, remonta a Hipócrates, e sua delimitação acompanhou as metamorfoses do conhecimento da Medicina. No fim do Século XIX, particularmente sob a influência de Charcot, o problema posto pela histeria ao pensamento médico estava na ordem do dia. Dessa forma, a solução do problema histérico era basicamente pro

curada em duas direções: perante a ausência de qualquer lesão orgânica referir os sintomas histéricos à sugestão, ou dar à histeria a dignidade de uma doença como as outras, definida e concreta em seus sintomas como fazia Charcot, em seus trabalhos neu rológicos.

Em seus estudos sobre a histeria, Charcot começou reduzin do ās devidas proporções a conexão entre as neuroses e o sistema genital, demonstrando a frequencia de casos de histeria em homens e principalmente de histeria traumática. Nesses casos c a racterísticos, ele encontrou uma serie de sinais somáticos que possibilitaram estabelecer um diagnostico rigoroso da histeria com base em indicações positivas. Charcot chegou a uma espécie de teoria da sintomatologia histérica, e tirou a histeria da indiferenciação de outras condições semelhantes em aparência. Em. 1885, Charcot não estava mais estudando doenças nervosas baseadas em alterações organicas, estava se dedicando a pesquisa neuroses, especialmente da histeria.

Por volta dessa época, Freud estudou na clínica de Charcot e teve a oportunidade de traduzir conferências do mesmo, bem como acompanhar o progresso de seus estudos.

As descobertas feitas por Charcot, articularam-se para Freud, ao relato que Breuer lhe fez de uma paciente atendida no inicio da década de 1880 — a famosa Ana O. — que apresentava paralisias, tosse nervosa e dificuldade de ingerir alimentos. Es ses sintomas haviam aparecido com a doença de seu pai, a que Ana

O. muito se dedicara. Breuer relatou para Freud o alívio dos sin tomas que havia observado em sua paciente, após questioná-la e ouvi-la sobre os mesmos. Dessa forma, os estudos de Charcot e os relatos de Breuer começaram a adquirir uma significação especial para Freud, que encontrou uma relação entre a história narrada e os sintomas apresentados. Freud percebeu que as idéias a presentadas pela paciente estavam associadas às dificuldades que apresentava. Essa descoberta tornou-se o próprio alicerce da Psicanálise. A partir daí, Freud propos-se a remover os sintomas de uma perturbação mental através da palavra. As descobertas implicavam a constatação de que as idéias participavam na formação dos sintomas histéricos e que as palavras seriam capazes de remove - las confirmando assim o caráter "ideogênico" da histeria.

Em 1886, Freud escreve sobre as observações que fez num caso grave de hemianestesia em um paciente histérico e começa a haver por parte dele um interesse de comparação e diferenciação de quadros como a neurastenia e a histeria. Em 1888, já apresenta a histeria como uma neurose no sentido mais estrito da palavra (e não mais como uma doença ligada ao aparelho genital feminino), além de fundamentalmente diferente da grande histeria e oposta a ela. A sintomatologia da grande histeria é vista como composta de uma série de sintomas incluindo ataques convulsivos, zonas histereogênicas, distúrbios de sensibilidade, distúrbios da atividade sensorial, paralisias e contrações.

No texto "O Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Histéricos" (1893), apresenta a ideia de que com grande frequência, algum f<u>a</u>

to da infância seria responsavel pelo estabelecimento de um sin toma mais ou menos grave que persistiria nos anos subsequentes. A ligação seria tão nitida que em alguns casos se tornaria evidente como foi que o fato desencadeante produziu um fenômeno específico. Outras vezes, a conexão causal não seria tão simples e consistiria numa relação simbólica entre a causa precipitante e o fenômeno patológico. Ainda em outras situações não seria possível compreen er, à primeira vista, como eles poderiam ser determinados. Afirma, no entanto, que o sintoma histe rico desaparecia, quando se conseguia evocar a lembrança do fato com o afeto que o acompanhava. Se o afeto ficasse reprimido, permaneceria vinculado a lembrança. Dessa época, a tão conhecida frase "os histéricos sofrem principalmente de reminiscên cias".

Além dos sintomas físicos da histeria, Freud observou também uma série de distúrbios psíquicos manifestados no fluxo e na associção de ideias, na inibição da atividade volitiva, no aumento exagerado ou supressão de sentimentos.

Em "Esboço Sobre as Comunicações Preliminares" (1893), Freud apresenta três aspectos da histeria: a constância da soma de excitação, as recordações que estariam por trás dos fenômenos histéricos não acessíveis à memória do paciente, e a existência de variação de conteúdos em diferentes estados de consciência. A crescenta que o conteúdo de um ataque histérico é resultante do retorno a um estado psíquico experimentado pelo paciente. Estado psíquico este que o paciente esqueceu por tratar-se de algo peno

so, constituindo-se num trauma.

Prosseguindo ainda e buscando uma maior compreensão atraves da diferenciação de quadros semelhantes, Freud escreve estudo comparativo da paralisia motora histérica e a paralisia motora orgânica. Neste texto, "Alguns Pontos para um Estudo Com parativo da Paralisia Motora Histérica e da Paralisia Motora Organica" (1893), chega a conclusão que a paralisia cerebral, contrário da motora, é sempre uma desordem que afeta uma grande parte da periferia, um membro, um segmento de extremidade ou aparelho motor complexo. A histeria tem a reputação de conseguir simular vārios distūrbios nervosos orgânicos, so que as parali sias histéricas não afetam o músculo separadamente, a não ser que o músculo em questão seja o único usado para determinada função. Elas se instalam em massa, e nesse aspecto correspondem à paralisia cerebral orgânica. A paralisia histérica se caracteriza por delimitações precisas e intensidade excessiva. As alterações são funcionais e causadas pela fixação da ideia em associação in consciente à memoria do trauma.

Em "Etiologia das Neuroses Atuais" (1892), Freud vai perguntar se a angústia das neuroses de angústia e proveniente da inibição da função sexual ou estaria ligada a uma outra etiolo gia.

Prosseguindo, ainda, refere-se à neurastenia como consequência de uma vida sexual anormal e condiciona o aparecimento da neurose de angustia sob duas formas: como estado crônico, e como crises de angūstia. Os sintomas crônicos estariam ligados a ansiedade relativa ao próprio corpo (hipocondria), ansiedade relativa ao funcionamento do corpo (agorafobia, claustrofobia, fobia de altura), e ansiedade relativa a decisões e a memória. Também a depressão periódica, uma crise de angūstia que dura semanas ou meses, é considerada uma outra forma de neurose de angūstia.

Em "Etiologia das Neuroses" (1893), permanece a questão das sintomatologias que se assemelham e que a prática e a teoria apontam como necessidade de uma compreensão maior. Surgem diferentes modos de compreender os sintomas apresentados e a busca de uma etiologia da neurose sinaliza um caminho nesta procura.

Um pouco mais tarde, em "Rascunho D" (1894), interessado ainda na etiologia e teoria das grandes neuroses enumera as neurastenias e pseudoneurastenias, neurose de angústia, neurose obsessiva, histeria, melancolia, mania, neuroses mistas e ainda as ramificações das neuroses e os estados de transição para o normal.

Em todo o tempo, o interesse pela histeria e a angústia se entrelaçam e se comparam e Freud parece buscar uma delimitação e diferenciação das mesmas.

Freud associa "Rascunho E"(1984) a angústia do paciente neurótico com a sexualidade e de forma particular com o coito interrompido. Considera que a neurose de angústia assim como

histeria é uma neurose de obstrução. Segundo hipóteses suas, na neurose de angústia haveria um deficit aparente do afeto sexual na libido (1) psíquica. Quando há aumento da tensão sexual física e esta não pode ser transformada em afeto por elaboração psíquica, a tensão sexual se transforma em angústia. Prossegue Freud, dizendo que parte disso se deve ao acúmulo da tensão física e ao impedimento da descarga na direção psíquica. Haveria uma espécie de conversão das neuroses de angústia, assim como na histeria sendo que na histeria, tratar-se-ia de uma excita - ção psíquica que toma um caminho errado, voltando-se para o campo somático, enquanto que na neurose de angústia uma tensão física não é capaz de penetrar no campo psíquico permanecendo no terreno físico.

Ao relatar um caso de neurose de angústia, de um homem de 27 anos, "Esboço F" (1894), afirma haver uma disposição hereditária, porque o pai sofria de melancolia e a irmã de neurose de angústia; menciona que a libido do paciente foi sofrendo diminuição, de modo que os preparativos para usar um preservativo eram suficientes para faze-lo sentir o ato sexual como algo imposto, e o seu prazer como algo de que lhe haviam persuadido. Segundo Freud, o medo de infecção e a decisão de usar preservativos foram as bases do que se descreve como fator de alienação entre o somático e o psíquico. O paciente trouxe para si mesmo uma debilidade psíquica por estragar sempre o coito. Como não houve prejuízo em sua saúde física, de forma a justificar a situação, gerou-se a angústia.

<sup>(1)-</sup> Libido - energia postulada por Freud como substrato das trans formações da pulsão sexual... (LAPLANCHE & PONTALIS, p. 343). Pulsão sexual - pressão interna que para a Psicanálise atua num campo muito mais vasto do que o das atividades sexuais no sentido corrente do termo. (op. cit., 518).

Escrevendo a respeito da angústia, Freud afirma que assim como ela, as psiconeuroses (histeria, obsessão e fobia) também tem uma origem sexual, so que não estão relacionadas às idéias provenientes da vida sexual. Chega mesmo a dizer que não estão ligadas a qualquer mecanismo psíquico e que sua causa específica seria decorrente da acumulação da tensão sexual, produzida pela abstinência ou tensão sexual não consumada.

Em "Sobre os Critérios para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Particular Intitulada 'Neurose de Angūstia'" (1895), é mencionado que a idéia sexual estaria separada de seu afeto, e a ligação do afeto se faria a uma outra idéia, adequada e compatível, com os processos que operam fora da consciência. Dessa forma pode-se presumir a existência da idéia ligada a conteúdos sexuais, mas não se pode prová-lo através da análise clínico-psico logica. Sendo assim, Freud levantou a hipótese de que talvez fos se mais correto dizer que tais processos não seriam de natureza psíquica, mas processos físicos, cujas consequências psíquicas se apresentavam expressas através da "separação da idéia do seu afe to" e da "falsa conexão" do afeto.

Também relacionado à neurose de angústia, existe a hipóte se de que poderia ocorrer um acúmulo de excitação sexual (tensão física) que seria incapaz de achar descarga no campo psíquico. Esse acúmulo provocaria ansiedade, ocasionando os sintomas clínicos da neurose, caracterizados como irritabilidade geral, expectativa ansiosa, formas de ataque de ansiedade (distúrbios da atividade cardíaca, distúrbios respiratórios, fome devoradora, diar

reia, vertigem locomotora, congestões, medo noturno, ansiedade crônica, distúrbios digestivos). Esses sintomas tinham uma similaridade com a histeria, fornecida pelo fato de que na neurose de angústia ocorreria também uma especie de "conversão", assim como na histeria.

## Escreve Freud:

As sintomatologias da histeria e da neurose de a<u>n</u> qustia mostram muitos pontos em comum, que ainda não foram considerados suficientemente. O aparecimento dos sintomas, tanto sob a forma crônica como sob a forma de ataques as parestesias, padas como auras, as hiperestesias e pontos pressão que são encontrados em certos substitutos do ataque de ansiedade (na dispnéia e ataques car diacos) a intensificação atraves da conversão, de dores que talvez tivessem uma justificativa orgãnica - estes e outros traços que as duas doenças tem em comum permitem mesmo a suspeita de que não pouco daquilo que e atribuido à histeria podia, com maior justica, ser posto na conta da neurose de angústia. Se se penetra no mecanismo das duas neuroses, na medida do que tem sido possível descobrir até aqui, vem à luz aspectos que sugerem que a neurose de angústia é realmente a contrapar te somática da histeria. Na última como na primeira, hā uma acumulação de excitação (que ē talvez a base da similaridade entre os sintomas que mencionamos). Na ultima como na primeira, constatamos uma insuficiência psiquica em consequência da qual surgem os processos somáticos anormais. Também na última como na primeira, em vez de uma descarga psiquica da excitação, ocorre um dela no campo somático: a diferença é simplesmente que na neurose de angústia a excitação, cujo deslocamento a neurose se expressa, e pura mente somática (excitação sexual somática), quanto na histeria è psiquica (provocada por conflito).

(FREUD, 1894, p. 135)

Esses escritos fazem, como veremos mais adiante, em nosso trabalho, com que autores, chamem a atenção para o fato de que desde cedo Freud diferencia a conversão histérica da somatização

LIMITYERSIDADE CATCLERA

direta. Enquanto a histeria era entendida como uma excitação ps<u>í</u> quica que utiliza um falso caminho exclusivamente no somático, a "neurose atual" foi vista por Freud como uma tensão física que não consegue passar para o psíquico, mantendo-se na via física.

Freud achava que a ansiedade correspondia a uma excitação acumulada, excitação essa de origem somática, de modo que o que estava se acumulando também era uma excitação somática. Além do mais, essa excitação seria de natureza sexual e ocorreria ao mesmo tempo uma diminuição da participação psíquica nos proces - sos sexuais. Achava Freud, a partir dessas indicações, que o me canismo da neurose de angústia devia ser procurado em uma defle-xão da excitação somática da esfera psíquica, com um consequente emprego anormal dessa excitação.

Sugere Freud que a psiqué, invadida pelo afeto da ansiedade, fica incapaz de lidar apropriadamente com um perigo que se aproxima e acometida por uma neurose de angústia, se considera incapaz de manipular a excitação (sexual) interna - comportandose como se estivesse projetando tal excitação para fora.

Referindo-se à neurastenia e à neurose de angustia (neurose ses atuais), vai dizer que estas partilham a fonte de excitação, sendo que a causa precipitante do disturbio, repousa no campo so mático em vez de no psíquico, como é o caso da histeria e da neurose obsessiva (psiconeuroses).

Certa ocasião, Freud recebeu uma paciente (Miss Lucy), que

estava se tratando de uma rinite supurada crônica e vinha sofren do de depressão e cansaço, atormentada por uma sensação de cheiro. Nos atendimentos feitos concluiu que as experiências, que tiveram um papel patogênico importante, ficavam retidas na memória da paciente, que era incapaz de recordá-las voluntariamente. Acha, dessa forma, que para a histeria se instalar, uma idéia carregada de afeto tem que ser intencionalmente recalcada e banida da consciência, ficando excluída a possibilidade de sua modificação associativa. Esse recalcamento intencional serviria também de fundamento para a conversão da soma da excitação, criando possibilidades de uma associação psíquica, com o caminho desviado para uma inervação somática. Nesses casos, o processo tera pêutico consiste em forçar o grupo psíquico dissociado a unir-se novamente com a consciência do Ego.

Em "Estudos sobre Histeria" (1895), cuja seção teórica é atribuída a Breuer, é descrito que nas pessoas normais, as resistências contra a passagem de excitação cerebral para os órgãos vegetativos assemelham-se à insulação de calor de condução elé-trica. Nos pontos anormal/fracos, eles se rompem quando a tensão da excitação cerebral é alta, permitindo que essa excitação afetiva passe para os órgãos periféricos. Disso resultaria uma expressão anormal da emoção com dois fatores responsáveis. Um seria o alto grau de excitação intracerebral que não foi reduzido por atividade ideacional ou descarga motora, ou ainda muito forte para ser descarregado por esses meios. O outro é a debilidade na resistência de determinadas vias condutoras. A excitação in tracerebral e o processo excitatôrio nas vias periféricas são de

magnitudes recíprocas: a primeira cresce se nenhum reflexo é liberado, ou enquanto isso não acontece, e diminui e desaparece quando se transforma em excitação nervosa periférica. Parece, por tanto, compreensível que não se origine nenhum afeto observável se a idêia que o provoca liberar imediatamente um reflexo anormal, que dissipe a excitação tão logo ela tenha sido gerada. Com pleta-se, assim, a "conversão histérica". A descarga do afeto segue o princípio da menor resistência e se processa por vias en fraquecidas. A gênesis dos fenômenos histéricos, causados por traumas, encontra uma analogia perfeita na conversão histérica da excitação psíquica, que tem origem na inibição do curso da associação.

Um excesso de excitação também pode provocar fenômenos patológicos na área motora, geralmente tiques e cacoetes. Assim, uma quantidade de outros sintomas nervosos, dores e fenômenos vas somotores, ataques convulsivos ou motores, não são causados por ideias mas resultado de uma anormalidade do sistema nervoso. Bem próximos deles estão os fenômenos iatrogênicos, simplesmente con versões de excitação afetiva. Esses fenômenos são, por repetição, um sintoma histérico puramente somático, enquanto a ideia que os desencadeou é afastada e reprimida.

Em "Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses" (1896), considerado um texto sumário dos pontos de vista da época, quatro tipos de neuroses são citados por Freud como principais: as duas psiconeuroses (obsessão e histeria), e as duas neuroses atuais (neurastenia e neurose de angústia).

As influências etiológicas diferem entre si e podem ser <u>a</u> grupadas em precondições, causas concorrentes e causas específicas. Na patogênese das grandes neuroses a hereditariedade seria a precondição. As causas concorrentes seriam os distúrbios emocionais, exaustão física, doença aguda, intoxicações, acidentes traumáticos etc. Uma fonte comum seria a vida sexual do indivíduo, esteja ela sob a forma de distúrbios atuais ou passados.

Nos textos de 1896, "Novos Comentários sobre as Neuropsicoses de Defesa", Freud ainda aponta a causa da histeria ligada
a sedução da criança por um adulto. Abandona essa posição mais
tarde, fazendo uma mudança fundamental em seus pontos de vista.
Os sintomas surgem como tentativa para recalcar uma ideia incompatível, que entra em perturbadora oposição com o Ego do paciente.

E ainda em 1896 em "Etiologia da Histeria", que escreve que nenhum sintoma histérico pode provir apenas de uma experiência real, porém em todos os casos a lembrança de experiências an tigas tem parte ativa como causa do sintoma. Acrescenta ainda, que as origens estão sempre ligadas ao terreno da experiência se xual.

Em "Sexualidade na Etiologia das Neuroses" (1898), acrescenta que na neurastenia, essa etiologia está na época presente, enquanto que nas psiconeuroses os fatores são de natureza infantil.

Atraves da análise do conhecido caso Dora, "Fragmentos da

Análise de um Caso de Histeria" (1905), reafirma sua concepção de que as perturbações histéricas devem ser encontradas nas inti midades da vida psicossexual dos pacientes, e acrescenta que sintomas histéricos são a expressão de seus desejos mais secretos e recalcados. Dora, 18 anos de idade, era muito ligada afetivamente ao pai; quando ela tinha 6 anos ele sofreu grave A paciente começara a sofrer de sintomas neuroticos aos oito anos, quando passou a ter dispnéia crônica. Freud viu-a pela primeira vez aos 16 anos, ocasião em que ela sofria de tosse rouquidão. O insulto de sua honra frente a proposta amorosa Herr K., pareceram a Freud e Breuer ter desencadeado o trauma psi quico, considerado como sendo o pre-requisito indispensavel o advento de uma desordem histérica. Freud, ao referir-se sonhos tidos por Dora, ressalta os conteúdos sexuais presentes e conclui que a incapacidade para enfrentar exigências eróticas e . uma das características essenciais de uma neurose, que os neuroticos são dominados por uma oposição entre a realidade e a fanta sia.

Mais tarde, Freud retoma o caso e afirma que a teoria da histeria não deixa de apontar que as neuroses têm uma base orgãnica. Embora procure essa base em mudança anatômico-patológica e substitua provisoriamente a concepção de funções orgânicas esperando encontrar posteriormente mudanças químicas que justifiquem os fenômenos observados. Acrescenta que a sexualidade não intervem so uma vez, mas e uma força motivadora para cada sintoma. No tratamento psicanalítico, os sintomas desaparecem mas as forças que produzem a neurose não são extintas.

Em 1910, no artigo "A Concepção Psicanalítica da Perturba cão Psicogênica da Visão", esclarece que em pacientes predispostos à histeria, há uma tendência para a dissociação, para uma ruptura das conexões do campo mental, e, como consequência disto, alguns processos inconscientes não conseguem atingir o consciente. O paciente histérico mencionado não fica cego como resultado de uma auto-sugestão, mas sim da dissociação entre processos conscientes e inconscientes ligados ao ato de enxergar. Um órgão pode ter seu papel erógeno aumentado, e isso ocorre geralmente com excitação e inervação, ocasionando mudanças, as quais se manifes tarão como distúrbios de uma função a serviço do Ego.

Em 1914, Freud escreve "Sobre o Narcisismo". Nesse texto, Freud sinaliza que uma unidade como o Ego não existe no indivi-duo desde o início, mas sim precisa ser desenvolvido; já os instintos auto-eróticos existem desde o começo, e somados a uma "no va ação psíquica", originam o narcisismo.

Interessado em compreender o narcisismo, considera como principal acesso o estudo da doença orgânica, da hipocondria e da vida erótica, uma vez que nestas situações o indivíduo, como no estado narcísico, volta à atenção e canaliza sua libido para o próprio Eu.

O hipocondríaco retira tanto o interesse como a libido dos objetos do mundo exterior concentrando-os no órgão. A pessoa doe<u>n</u> te também deixa de interessar-se pelo mundo externo, já que este não diz respeito a seu sofrimento. A hipocondria, da mesma forma

que a doença orgânica, manifesta-se através de sensações corpôreas aflitivas penosas. As sensações aflitivas baseiam-se em
mudanças demonstráveis (orgânicas) o que jã não acontece na hipocondria.

Freud chama a atenção para o fato de que as sensações cor poreas desagradáveis, comparadas à hipocondria, ocorrem também em outras neuroses e cita como exemplo o caso de neurose de angustia.

Freud reconhece o aparelho mental como sendo um dispositivo que dominaria as excitações, que de outra forma seriam sentidas como aflitivas ou teriam efeito patogênicos. Teria função de auxiliar o escoamento de excitações incapazes de descarga direta. No caso de desligamento parcial de libido dos objetos, coloca como possibilidade três grupos de ocorrências a nível de quadro clínico. O primeiro deles representa o que resta de um estado normal de neurose (fenômenos residuais). O segundo representa o processo mórbido (afastamento da libido dos seus objetos) e, além disso, megalomania, hipocondria, perturbações afetivas e todo tipo de regressão. Finalmente, o que representa a restauração na qual a libido é mais uma vez ligada ao objeto como numa histeria.

Em 1917, em "Conferências Introdutórias" (Conferência XXIV), Freud refere-se novamente às neuroses atuais e seus sintomas (pressão intracraniana, sensação de dor, estado de irritação de algum orgão, enfraquecimento ou inibição de alguma função), e

vai recolocar a ausência de sentido e significado psíquico dos mesmos. Acrescenta ainda o fato de não só se manifestarem predominantemente no corpo mas constituirem-se em processos inteira mente somáticos nos quais estão ausentes os complicados mecanismos mentais. Refere-se a possibilidade da angustia surgir acompanhando os processos histéricos, mas acrescenta a possibilidade do aparecimento da angustia como desvio da libido de seu emprego normal, localizando esse desenvolvimento da angustia na região dos processos somáticos.

Em "Luto e Melancolia" (1917), informa que a melancolia assume várias formas clínicas, e algumas dessas formas sugerem a fecções somáticas e não psicogênicas. O luto é normalmente a reação à perda de uma pessoa amada, enquanto a melancolia é decorrente de uma condição patológica implicando em desânimo, perda de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, diminuição da auto-estima, culminando em punição. O próprio Ego torna-se vazio, há alterações a nível corporal como a insônia e a perda de apetite, existindo uma superação ao instinto que compele todo ser vivo a se apegar à vida.

O texto aborda o fato de que a tendência a adoecer da melancolia, reside na predominância do tipo narcisista de escolha objetal, uma parte do Ego se coloca contra a outra, julga-a criticamente e toma-a como seu objeto.

Também nas neuroses de transferência as identificações com o objeto de modo algum são raras e na realidade constituem um conhecido mecanismo de formação de sintomas, especialmente na histeria. Contudo, na identificação narcisista, a catexia objetal é abandonada, enquanto na histeria persiste e manifesta sua influência, embora em geral esteja confinada a certas ações e inervações isoladas. Freud levanta também a hipótese da probabilida de de um fato somático na melancolia. A melancolia não poderia ser explicada, psicologicamente por melhorar sua condição melan cólica ao anoitecer. Em considerações feitas no texto, perguntase se uma perda no Ego, independentemente do objeto, um golpe puramente narcisista contra o Ego, não seria suficiente para produzir certas formas de doença.

Em 1920, em "Além do Princípio do Prazer", Freud faz abordagem do problema pelo ponto de vista econômico: chama a tenção para a compulsão à repetição como um fenômeno clinico tribuindo características de uma pulsão, apresentando também nesse texto uma dicotomia entre Eros e a pulsão de morte. Α questão da destrutividade, que ocupou um papel cada vez maior em sua obra, aparece nessa época. Freud vai falar que o aparelho mental esforça-se para manter no mais baixo nível a quantidade de excitação nele contida. Sob a influência das pulsões de autoconservação do Ego, o princípio do prazer (tendência que age serviço de uma função para libertar o aparelho mental de excitação, ou para manter a quantidade de tensão nele existente em nível constante e o mais baixo possível), é substituído pelo princípio da realidade.

O desprazer da dor física talvez seja provavelmente o re-

sultado de uma quebra do escudo protetor. Ocorre, então, uma cor rente contínua de excitações por parte da periferia, relativa ao aparelho central da mente, tal como poderia surgir normalmente a penas do interior desse aparelho. A energia de investimento passa a ser convocada de todos os lados, a fim de proporcionar um investimento, suficientemente elevado de energia, em torno da brecha. É estabelecido um contra-investimento em grande escala e os demais sistemas psíquicos ficam enfraquecidos de modo que as restantes funções psíquicas são paralisadas ou grandemente reduzidas. A neurose traumática comum é considerada como consequência da abertura de uma grande brecha no escudo protetor contra os estímulos.

No texto "O Ego e o Id" (1923), considerado o ūltimo grande trabalho teórico de Freud, é apresentada uma descrição da mente e de seu funcionamento. Este texto vai refletir, sobre os escritos que datam posteriores a ele, toda uma série de conceitos que apresenta em relação à mente e seu funcionamento. Todas as idéias anteriores de Freud baseiam-se, do ponto de vista funcional, numa força recalcada que se esforça para abrir caminho até poder entrar em atividade, controlada por uma força recalcadora. Do ponto de vista estrutural, um inconsciente que sofre a oposição de um Ego. No quadro estrutural da mente, o mais definidamente diferenciado do inconsciente desde o princípio, é o Ego.

Também dessas noções vai derivar a dinâmica de formação de sintomas, o que nos interessa particularmente.

Freud escreve que a compreensão psicanalitica da patologia da vida mental, so é possível a partir da premissa da divisão da mente em consciente e inconsciente, onde consciente teria uma percepção mais imediata e definida da natureza, sendo precedido pelo estado de recalcamento que aparece na análise, como resistência. O motivo pelo qual algumas idéias não conseguem ser conscientes é que elas se opõem a determinada força, ficando assim reprimidas, sendo o protótipo do inconsciente. Esses processos mentais teriam em cada indivíduo uma organização, a qual seria dada pelo Ego. Assim, o Ego está ligado à consciência e controla os acessos à motilidade, e dele originam os recalcamentos que procuram excluir tendências da mente. A consciência passa a ser o núcleo do Ego, as funções atribuídas ao sistema pré-consciente são em sua maioria, englobadas ao Ego, e, principalmente, o Ego passa a ser em grande parte inconsciente.

Esse alargamento da noção de Ego, implica que lhe sejam a tribuídas funções tais como controle da motilidade, da percepção, prova da realidade, ordenação temporal dos processos mentais, pen samento racional etc. mas também racionalização, defesa compulsi va contra as reivindiações instintuais. O Ego funciona essencialmente como um mediador que está submetido a exigências contraditórias e ameaçado por perigos que vem do mundo interior da libido do Id e da severidade do Superego. O Ego é aquela parte do Id que foi modificado por intermédio do Pré-consciente, pela influência do mundo externo. Para o Ego, a percepção desempenha o papel que no Id cabe ao instinto. "O Ego é primeiro e acima de tudo um Ego 'corporal'". (FREUD, 1926, p. 41).

O Id e considerado (na segunda tópica), como o polo pulsional, "o grande reservatório" da libido.

O Superego é comparável a um censor em relação ao Ego, surgindo a partir do Ego, engloba as funções de interdição e de ideal.

Dos conceitos abordados no texto, alguns pontos adquirem especial importância para nos. Um deles é que o Ego vai se formar de duas maneiras. A primeira, no contato com a realidade, quando uma parte do Id é obrigada a se modificar para atender à realidade externa. A outra, é que o núcleo do Ego é o corpo, o Ego é corporal. É a consciência do corpo que vai ficar no centro de toda estrutura egoica, a movimentação do corpo, a estrutura do corpo, o conhecimento de seu corpo em oposição ao que não é corpo ao mundo externo, é uma representação da sensibilidade. O tipo de sensibilidade distinguiria o mundo externo do mundo interno e diferencia o sujeito do objeto.

Outro ponto ainda fundamental, são as manifestações do Id, parte obscura da personalidade que só poderia ser vista através dos sintomas, atos falhos etc. Id, lugar onde se encontra as protofantasias, as pulsões, objetos ligados às pulsões e o reprimido. Não há contradição, não há negativo, não há tempo, há ausência de valores.

A repercussão desses conceitos, como dissemos anteriorme<u>n</u> te, determinam os trabalhos posteriores. Sendo assim "Inibição,

Sintoma e Angūstia" (1926), reflete a marca de seus efeitos e reformulação teórica.

Em primeiro lugar, o sintoma na clínica implica, na maioria das vezes, numa conotação patológica. O sintoma é caracterizado como um substituto da satisfação instintual que permaneceu em suspenso, sendo também uma consequência do processo de repressão. A repressão é proveniente do Ego, quando este se sa a fazer uma ligação com um investimento vindo do Id, é portan to, pulsional. Ao ver-se ameaçado, o Ego produz uma ansiedade, isto e, um sinal que mobiliza o psiquismo no sentido de que continue a aumentar a excitação. Por meio do recalcamento, o Ego será capaz de impedir que a ideia, que serve de veículo ao impulso censuravel, se torne consciente. Ao opor-se ao so pulsional do Id, e dar o sinal de desprazer, o Ego consegue 'auxílio do princípio do prazer e busca dominar o Id. O Ego e a sede da angústia, e ela está em contato com o Id através do sistema perceptual-consciente, que está ligado a presença consciência, e funciona como uma via de informações.

A consciência recebe excitações, tanto externas quanto internas, dando assim possibilidade ao Ego de se afastar, tanto de uma excitação quanto da outra, ou seja, tanto dos perigos internos quanto externos. Ele vai controlar a linha de ação em relação ao mundo exterior e interior, bem como o acesso da excitação a consciência. Sua tendência seria equilibrar todas as coisas. Para isso fica atento, e ao perceber o perigo, retira a catexia da esfera perigosa. Ao retirar essa catexia, ê transforma-

mada em ansiedade. A ansiedade vem anterior à repressão e dá origem a ela. Essa ansiedade varia de situações prévias de perigo, onde ela se manifestaria de forma muito intensa antes da formação do Superego, de forma que existiria uma excessiva excitação e rompimento da proteção. Nessa época, há então repressões primitivas. Ao ser novamente ameaçado, em situação semelhante, essa experiência é revivida através de símbolos mnêmicos. O Ego dispara o sinal de desprazer, atinge seu objetivo e suprime ou não inteiramente o impulso. Quando essa repressão fracassa, o impulso instintual encontra um substituto, já não mais com satisfação. Esse substituto é geralmente impedido de encontrar a descarga pela mobilidade, e caso isso aconteça, o substituto é forçado a gastar-se no próprio corpo do indivíduo, não lhe sendo permitido girar em torno do mundo externo.

Assim como o Ego controla o acesso ao mundo externo, faz o mesmo com a consciência. Através da repressão, exerce sua forca sobre o proprio impulso instintual e sobre o representante psíquico desse impulso.

Na repressão, transparece que o Ego é organizado e o Id não, ou seja, o Ego é justamente a parte do Id que se organizou. O Ego exerce sua força e organização, reprimindo o impulso inicial e isolando-o. Mas outras situações semelhantes à primeira ameaça se repetem, e assim o ato inicial do recalque é acompanhado de uma sequência, na qual a luta contra a pulsão se transforma na luta contra o sistema. O Ego se comporta como se o sintoma viesse para ficar. Adota uma linha de comportamento decor-

rente do fato de que sua natureza o obriga a fazer algo que deve ser encarado como uma tentativa de restauração ou reconciliação. A presença de um sintoma pode ocasionar uma diminuição da capacidade, o que pode ser aproveitado para acalmar alguma exigência do Superego, ou para recusar alguma demando do mundo exterior.

A outra linha de comportamento adotada pelo Ego é menos amistosa e resulta no recalque. A ideia é afastada da consciên - cia, e da origem ao "retorno do recalcado", sintomas, atos fa-lhos etc.

Em "Inibição, Sintoma e Angūstia (1926), Freud ressalta o fato de a histeria de conversão não apresentar qualquer angūstia, e que a formação de sintomas e obscura. O quadro de sintomas, e multiplo e variavel: paralisias motoras, contrações musculares, ações e descargas involuntárias, dores e alucinações, sendo que esses sintomas podem ser contínuos ou com interrupções.

Ainda no mesmo texto, Freud estuda a relação existente en tre a formação de sintomas e a geração da angústia e propõe duas possibilidades. Uma, em que a própria angústia constitui-se num sintoma, outra, em que haveria uma estreita relação entre eles e que o sintoma só se forma através do sinal dado pela angústia e com o objetivo de evitá-la. A formação do sintoma coloca um ponto final no perigo. Se o Ego consegue proteger-se de um impulso pulsional perigoso por meio do processo de recalque, inibe e danifica a parte do Id relacionado com o evento, dando ao Id uma parcela de independência e renúncia ã parte de sua própria so

berania.

O sofrimento é a reação real à perda de um objeto, enquanto a angústia é a reação ao perigo que essa perda acarreta. O sofrimento ocorre em primeira instância, como algo regular, sempre que um estímulo consegue atravessar os artifícios da barreira protetora contra os estímulos e passa a agir como um estímulo pulsional permanente, contra o qual a ação muscular que, via de regra é eficiente, torna-se impotente. Quando existe dor física, ocorre um elevado grau do que poderia ser definido como investimento narcísico do local dolorido. Tal investimento, persiste e aumenta, tentando esvaziar o Ego. A transição da dor física para a dor mental, corresponde a uma mudança do investimento narcísico para o investimento de objeto.

Acrescenta Freud ainda, que entram em jogo na causa da neu rose, tres fatores que criam condições para que a mente entre choque: biológico, filogenético e psicológico. O fator biológico corresponde ao período de tempo que o jovem da especie humana estã em dependência. Estabelece as primeiras situações de perigo, e cria a necessidade de ser amado. O filogenético baseia-se em infe rência, e sua existência é presumida devido ao desenvolvimento da libido que ocasiona um progresso na vida sexual do homem. ceiro fator é o psicológico, e está ligado a um defeito do aparelho mental que se relaciona com a indiferenciação entre o Id e o Ego, também atribuivel a influência do mundo exterior. O Egonão consegue defender-se, dos perigos pulsionais internos, tão bem quanto se defende da realidade. Em nome de atenuar as pulsões, aceita a formação de sintomas.

Ainda outro texto freudiano de importância para nosso te ma é "Análise Terminável e Interminável" (1937), que se refere à força constitutiva dos instintos e à fraqueza do Ego, devido a causas fisiológicas, como a puberdade, a menopausa e a doença física. O instinto de morte é colocado como fator instintivo mais poderoso e responsável pela causa suprema de conflito de mente, é contrabalançado pela ação do instinto de vida "Eros".

Nesse texto, Freud levanta a questão que o fato do paciente apegar-se à doença e ao sofrimento, defendendo-se de todos os meios possíveis contra o restabelecimento, é fenômeno indicativo inequívoco do poder do instinto de agressividade e de destruição, e remonta ao instinto de morte. O instinto de morte é responsã-vel pela destruição, pela agressividade, impulso que tem o que está vivo de retornar a um estado inanimado.

Esses conceitos são importantes, permitindo pensar a questão do surgimento da doença crônica, decorrente de uma dinâmica desse instinto de morte, formando-se o sintoma à medida que a agressividade se volta para o prôprio Ego.

## Algumas considerações

A Psicanálise iniciou seus estudos com a questão dos sint $\underline{o}$  mas a nivel corporal. Esses sintomas escapavam ao dominio das e $\underline{x}$ 

plicações médicas convencionais, deixando em aberto um campo para investigações. Essa questão (relativa ao corpo), constitui um marco para a "nova ciência", fazendo dela o motivo de seus primeiros trabalhos.

Vimos através do mapeamento dos textos de Freud, a prese $\underline{n}$  ça de diversos modos de existência do corpo e das relações do mesmo.

Os textos começam deixando transparecer o interesse pelos fenômenos histéricos, e, ao redor desses fenômenos, surgem <u>i</u> déias relativas à tentativa de compreende-lo e tratá-lo. Entre essas hipóteses, a formação do sintoma histérico sendo provocado por lembranças traumáticas deixa-nos como marca a célebre frase "os histéricos sofrem principalmente de reminiscências". Ela implica em um caráter ideogênico da história que aponta para a influência dos processos psíquicos (ideias - lembranças) sobre o físico (paralisias, dormências, dores). Na clínica, verifica-se o desaparecimento do sintoma, quando é obtida a lembrança do fato acompanhada de emoção.

Ora, essa descoberta, deixa um ponto fundamental no qual Freud acrescenta que as reações humanas normais ou patológicas podiam ser compreendidas. Marca também a existência de um  $i\underline{n}$  consciente dinâmico, significando que grande parte de nosso vida é regida por forças que não compreendemos, forças instintivas,  $\underline{e}$  moções e idéias que influenciam todo nosso "ser". A noção de  $i\underline{n}$  consciente permite compreender sonhos, atos falhos, sintomas e

consequentemente os sintomas corporais e o adoecer somático.

O fato de determinada região física ser atingida em privilegio de outra, permite inferir a noção de complacência somática, responsável pela atuação do sintoma em determinada região mais fragilizada do organismo.

Ainda outro conceito que envolve o entendimento do sintoma orgânico,  $\tilde{e}$  a questão da simbolização, ou seja, o paciente fazer uso de uma linguagem simbolica expressando com ela seus conflitos, e nesse caso, o proprio corpo será utilizado na representação.

Freud desde cedo percebe que o observado na histeria, por vezes, estava presente em outros quadros clínicos, dificultando naturalmente sua identificação. Desse modo, faz inicialmente diagnósticos diferenciais com doenças tidas como "primordialmente orgânicas". Tal é o caso das Paralisias Motora e Cerebral, que apresentam sintomatologias semelhantes mas nas quais o fator psíquico não é considerado causal. Além disso, Freud sinaliza para a existência de tensões físicas que não conseguem passar para o psíquico, permanecendo no físico. Com estas constatações, deixa claro que percebia a diferença entre a conversão histérica e a somatização direta, admitindo inclusive haver combinação das duas.

Enquanto na histeria uma excitação psíquica utilizava um falso caminho exclusivamente no somâtico, nas chamadas "Neuroses Atuais" não havia possibilidade de compreensão simbolica do que estava ocorrendo, não havendo simbolização.

Percebendo essas questões, Freud desenvolve-as ao longo de sua teoria e refere-se a processos que não são de natureza psī quica e sim fisica, cujas consequências psīquicas apresentam-se através da separação da idéia do seu afeto.

Dividiu em dois tipos as doenças orgânicas, ligadas de alguma maneira ao psiquismo: as que teriam origem realmente psíquica, histeria e obsessão, e as de origem somática, neuraste - nia, neurose da angústia e hipocondria, consideradas "neuroses a tuais".

Posteriormente, Freud continua retornando à questão do corpo na Psicanálise, e reafirma a tendência do organismo funci<u>o</u> nar como um todo.

Outros conceitos psicanalíticos surgem, permitindo a compreensão dos distúrbios ligados ao soma. A noção de libido (energia psíquica) possibilita a ocorrência das somatizações em um jogo de acúmulos, de trocas de energias, deslocamento de investimentos, excitações.

O conceito de narcisismo (estado em que a libido e investida no proprio Eu), também permite explicar o estabelecimento da doença orgânica, uma vez que segundo ela, o paciente retira suas catexias do mundo externo, voltando-se para o proprio Ego,

e consequentemente para o proprio corpo, originando sensações corporeas aflitivas e penosas.

A noção de pulsão, segundo Freud, tem sua fonte de origem também numa excitação corporal e é um conceito considerado limítrofe entre o somático e o psíquico. Mais especificamente, a Pulsão de Morte, tão discutida e questionada, responsável segundo Freud pela destrutividade e agressividade, mostra-se importante ao pensarmos a doença, uma vez que ela conduz ao raciocínio de que a doença é proveniente de forças agressivas voltadas contra si propria, seu proprio corpo.

Freud ampliou sua teoria para diversos fenômenos, sejam <u>e</u> les normais ou patológicos. Do estudo que começou com sintomas corporais, passou a preocupar-se com outros tipos de sintomas, deixando naturalmente em aberto a possibilidade de um aprofu<u>n</u> damento maior dessa questão.

Criou varias hipoteses, varias possibilidades de pensar um ponto, entre muitos, no qual a Psicanalise poderia prosseguir suas investigações.

E a partir dessas hipóteses que outros estudiosos interes sados no assunto, fundamentaram-se fazendo um corte vertical, a-profundando-se e prosseguindo no estudo desses fenômenos, então chamados "psicossomáticos".

MEU CORPO INVENTOU A DOR

A FIM DE TORNÁ-LA INTERNA,

INTEGRANTE DO MEU ID,

OFUSCADORA DA LUZ

QUE AÍ TENTAVA ESPALHAR-SE.

## CAPÍTULO III - A ÓTICA PSICOSSOMÁTICA

Vimos, nos escritos anteriores, que a Psicanálise trouxe um novo marco para a questão psique-soma quando iniciou com os estudos de histeria, não so a propria Psicanálise mas um campo específico de estudo — a Psicossomática.

Assim, em meados dos anos trinta, marcada pelas contribu<u>i</u> cões psicanalíticas fundamentadas no conceito de um inconsciente dinâmico, surge a Psicossomâtica. Essas contribuições, sinaliz<u>a</u> ram a presença de fatores psíquicos como fundamentais para a constituição da doença somática, formulando uma etiologia psicológica.

Em pouco tempo, não sõ a Psicanalise mantinha interesse e dominio sobre esse conhecimento, surgindo marcos teóricos diferentes, que trouxeram também contribuições.

Birman escreve que, para ser possível a existência de uma articulação teórica entre o psiquismo e o soma, foi necessária uma formulação original que explicasse esta questão. Aponta a Fisiologia da Homeostase de Cannon, com estudos sobre colera e medo, como uma maneira de explicar as relações entre o corpo e a

mente, estabelecendo regulações do organismo como um todo. Segu<u>n</u> do essa explicação, o psiquismo participa de um jogo de busca de equilibrio, ocupando as emoções um lugar de manutenção de vida. Aponta, ainda, outro modelo de busca desta integração, a Fisiologia do Stress de Selye, que aprofunda as relações entre as causas psiquicas e somática.

Considera Birman, que, apoiado nestas inovações teóricas, o discurso psicológico pode fundamentar-se numa teoria do organismo matizada sobre as emoções. Conclui que o ser da enfermida de somática pode se articular numa causalidade psíquica de modo homogêneo, quando esta encontra uma linguagem fisiológica. Dessa forma, o discurso psicossomático encontra condições e possibilidades, regulado por uma metodologia mais rigorosa.

Em artigo intitulado "Psicossomática: O Diálogo entre a Psicanálise e a Medicina" (1985), Eksterman refere-se a articul<u>a</u> ção histérica e prática das mesmas, e define a Medicina Psicoss<u>o</u> mática:

Medicina Psicossomática, por sua vez, é um estudo das relações mente-corpo com ênfase na explicação psicológica da patologia somática, uma proposta de assistência integral e uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais.

Ainda no mesmo artigo, aponta a pessoa do psicanalista como o grande arquiteto do movimento psicossomático do Século XX.

Neste momento, penso que seria interessante observarmos como a partir da Psicanálise surgem os primeiros trabalhos.

Embora não nos passem despercebidas as contribuições de outras teorias, deixaremos de lado neste trabalho outras perspectivas, limitando-nos a algumas contribuições mais diretamente  $l\underline{i}$  gadas  $\overline{a}$  Psicanalise.

## 1 - Primeiros Passos

Um dos primeiros a utilizar a teoria psicanalítica para a compreensão e tratamento das doenças orgânicas, foi Groddeck. Este, jã se interessava por compreender a doença como um sintoma que remete ao ser humano de uma forma global.

Epinay (1988), escreve que para Groddeck a doença aparece como um meio necessário do organismo para manter-se sadio, embora seja uma reação de defesa por vezes dolorosa. Acredita Groddeck que a doença tenha um sentido oculto, para aquele que sofre e para o médico. Pode surgir como um mal menor, evitando riscos mais graves.

Foi no atendimento a doentes orgânicos, que Groddeck descobriu que alguns pacientes reagiam com intensidade demasiada a palavras e gestos seus. Isso fez com que levasse em considera cão um elemento, que passaria a ser determinante na orientação de sua prática, a realidade dos símbolos. O corpo doente passa a ser percebido como uma configuração simbólica, encarnação de um sofrimento da alma, que atravês da palavra, obtem a cura.

Groddeck, considerado criador do conceito de Id, definia-

o como sendo uma unidade total onde tudo se origina e para onde tudo regressa. Vai sustentar a existência do Id e o acredita com poder para provocar não so afecções em regiões do corpo mas ocasionar quedas, fraturamentos, utiliza a doença para alcançar certos objetivos. Acredita que o Id, mantêm misteriosa conexão com a sexualidade e que o EROS (força de vida), "forma tanto o nariz como a mão do ser humano", assim como seus pensamentos e sentimentos. Compara a doença orgânica ao psiquismo, porque como ele, também é uma manifestação do Id. Define o sintoma orgânico como um "sonho corporal" semelhante aos sonhos, que na teoria freu diana são analisáveis. Como o sonho, o sintoma orgânico tem pluralidade de elementos, e apresenta uma estrutura simbólica, possível de ser decifrada.

Fundamentado nestes pensamentos, Groddeck considera que as indicações dadas por Freud, para melhor compreensão do psiquis mo, possam ser aplicadas as doenças orgânicas. Encontramos vãrios pontos em que ha um marco Psicanalítico no entendimento do Groddeck.

Um exemplo disso está no fato de que para ambos, Freud e Groddeck, o percurso da doença revela um duplo aspecto: não é unicamente um sofrimento e também não é so satisfação. Groddeck vai falar que frequentemente o sofrimento é a satisfação procurada, ao mesmo tempo realização de desejo proibido e punição. Isso explica para ele porque os doentes não se sentem tão afetados pe la doença como se poderia supor, estão enfermos mas aliviados de um peso. A doença é desejada e simultaneamente temida. Enquanto

consciente parece desagradavel, para o Id pode ser uma aspiração, aproximação da morte, que representaria o sentir-se bem.

Também Freud apresenta esse tipo de raciocínio quando refere-se à noção de "ganho secundário da doença". O que representa esse conceito se não o ganho, as vantagens, os lucros que o doente tem decorrente de sua doença?

Groddeck refere-se também às forças que levam o indivíduo em direção às perdas, buscando deliberadamente um perigo por prazer. Vai ainda mais adiante, quando menciona a existência de forças ativas (masculinas), determinando o querer morrer, o desejo de morrer para "atingir um fim glorioso".

Em Freud, essa ideia e apresentada com coneitos de Pulsão de Vida e Pulsão de Morte, visando a última não so a destrutividade mas o alcance do Nirvana, correspondendo ao "fim glorioso" de Groddeck.

Em suas concepções a respeito da doença, Groddeck insere a ideia do corpo como linguagem, capaz de mostrar, de expor o "ser".

O que Freud acredita "ver" através de sintomas como atos falhos, chistes, sonhos, ou mesmo os próprios atos histéricos, Groddeck visualizava primordialmente através do corpo. Também a concepção Freudiana de determinismo e de simbolização, aplica-se ao pensamento de Groddeck sobre o adoecer. Considera que o acaso

na doença não existe e que toda doença, acidental ou não, tem um significado.

Estende com isso a interpretação metapsicológica psicanalítica, procurando abarcar a totalidade das enfermidades. Notese que vai além de Freud, já que este não estendia a todas as
doenças suas concepções. Vimos nos textos freudianos, como man
tinha-se de certa forma precavido e reservado, fazendo diagnósti
cos diferenciais de síndromes de etiologias "orgânicas" ou "psiquícas". Além do mais, Freud deixou presente a questão das Neuroses Atuais que para ele diferiam da histeria por não serem pas
síveis de simbolização.

Groddeck, como Freud, também preocupa-se com a questão do tratamento dos sintomas apresentados. Afirma que ninguém põe em duvida que intervenções materiais, químicas, físicas, cirurgicas, possam influenciar o Id tanto em suas funções corporais como "espirituais". No entanto, a idéia de que inversamente por intervenções psíquicas, se possa mudar a matéria do Id, do corpo do homem, conduzi-lo da doença à cura, ou o inverso, parece estra nho. Acrescenta no entanto, que é uma idéia conhecida ha muito tempo, e o será durante todo o tempo que durar o mundo.

Groddeck preocupa-se bastante com a questão da cura, e acha que o principal não era produzir de forma categórica a sequência de ideias do inconsciente que dava origem à doença, mas poderafirmar que depois da descoberta de "tais ou tais" conexões, a doença desapareceria. Para obter essas conexões, fazia uso da associação de deias, interrompendo por Jezes o paciente para traze-lo de volta ao sintoma.

A utilização da técnica desse modo, e mais ainda a extensão da compreensão e interpretação, a todas as enfermidades, faz com que Groddeck seja criticado, especialmente por Alexander, como veremos mais adiante.

Outra figura importante é de Ferenczi (1933). Um dos primeiros discípulos de Freud, fez contribuições ao estudar a cria - ção de sintomas neuróticos a partir de traumas e doenças físicas, bem como a continuação dos mesmos apesar de cessada a causa somática original. Enfatiza a importância da história particular do órgão ou zona envolvida, que permanece carregada de libido erotizada.

Ferenczi acredita que no <u>Globus hystericus</u>, as correspondentes contrações da musculatura circular e longitudinal do esôfago produzem não số a parestesia de um corpo estranho, mas igualmente que um tipo de corpo estranho se produz, uma protube rância. Assim o histérico criaria uma alteração física a qual atribui uma ilusória interpretação, constituindo-se o fenômeno da materialização. Para Ferenczi, esse fenômeno possibilita a realização de um desejo à custa do material do corpo. Na materia lização, o desejo inconsciente, incapaz de tornar-se consciente, não se contenta com uma excitação sensorial do órgão psíquico da percpeção, mas dâ um salto em direção à motilidade inconsciente. A materialização seria um reflexo fisiológico produzido pelos

impulsos - desejos do inconsciente.

Ferenczi não limita o estudo dos fenômenos histéricos aos territórios enervados do S.N.C. (motor, sensitivo e órgão do sentido), entendendo outras alterações (ex.: perturbação dos intestinos), como autênticas manifestações conversivas, usando a expressão organo-neuroses.

Jellife (1958) também estende os conhecimentos da Psicaná lise acerca da neurose aos estudos dos sintomas orgânicos. Acha que o processo do adoecer orgânico assim como a neurose, está relacionada com a mente, e que seu conhecimento deve ser buscado nos processos inconscientes. Alterações inconscientes (desvio do objeto ou fim), são capazes de ocasionar desordens no ser humano, seja a nível de metabolismo, conduta, ou ambos, desencadeando doenças.

Acredita que muitas enfermidades cronicas são inconscientemente desejadas, e através da Psicanálise é possível a compreensão do motivo pelo qual elas existem.

Considera que determinando-se o que chama de "componente psicológico" dos processos das enfermidades, elas podem ser en -tendidas e admite que a compreensão dos mecanismos do aparelho mental, esboçados por Freud, são de grande utilidade nesta tarefa.

Utilizando o conceito de libido de Freud, explica que pe<u>r</u>

mite superar a dificuldade através da busca do prazer. O indivíduo encontra satisfação, produzindo a harmonia da ação orgânica e resultando no bem-estar. Quando existem perturbações, hã uma "inaptidão harmônica" da libido reprimida, estas duas operam no palco orgânico gerando numerosos estados agudos de doenças, como artrite reumatôide, eczema, bôcio exoftâlmico, asma e muitos outros casos.

Jellife estende-se ainda pensando a influência dos componentes psicológicos e atribuindo significação as alterações causadas. Pergunta-se o que há no terreno da personalidade que permite que com este algumas pessoas tenham infecções (amigdalas, dentes, intestinos etc.), todos armazenam uma variedade de organismos infecçõesos. Responde que as grandes responsáveis são as tensões, as quais o indivíduo sente-se submetido.

Acrescenta ainda, que nas etapas neuroticas da inadapta - ção, os processos são reversíveis (conexões histéricas), mas ao cabo de certa quantidade de anos esses processos podem tornar-se irreversíveis.

Outro nome que figura nos interessados na relação do psiquismo com os sintomas orgânicos é o de Dunbar. Preocupa-se não só com a doença, mas com a propensão a hábitos de acidentes, os quais considera na fronteira da disfunção somâtica e a conduta do individuo.

Como Jellife, também refere-se à tensão e acrescenta que

ela impõe uma limitação à capacidade do organismo para recuperar um equilibrio estavel.

Chama a atenção para a correlação de algumas características de personalidade e as doenças. Cada doença teria o seu perfil psicológico, construído a partir de experiências infantis basicas (perfis psicossomáticos). Descreve, por exemplo, a personalidade traumatofílica — indivíduos que por motivos inconscientes criam em suas vidas permanentes situações de acidentes. Considera-os ainda impulsivos, amantes da aventura, incapazes de controlar sua agressividade procurando uma autopunição, em função de culpa inconsciente.

Opõe também os anginosos aos coronarianos, considerandoos ambiciosos, autodisciplinados, apostadores do futuro e adiado res da satisfação de suas necessidades momentâneas.

Observa ainda características de personalidade presentes na febre de feno, de asma, afirmando constatar que os ataques de asma podem ser eliminados mediante a terapia de fatores emocio - nais.

Em seu artigo intitulado "Medicina Psicossomatica" (1958), refere-se a outros nomes: Jellife (1939), Deutsch (1938), Groddeck (1917), McDermott Y Cob (1939), French Y Alexander (1941), Brown Y Goitein (1943), Weiss Y English (1943), interessados na personalidade dos doentes da febre do feno.

Além destas enfermidades, enumera várias outras: infecções gastrointestinais e geniturinárias, perturbações endócrinas e metabólicas, degenerações, alergias, doenças de olhos, nariz e garganta, nas quais podem ser encontrados problemas psicossomáticos.

Dunbar preocupa-se não so com a relação — problemas emo - cionais e tipos de personalidade, mas com os recursos terapêuti - cos a serem empregados. Chama a atenção para a necessidade de avaliar o grau de ansiedade e capacidade para adquirir consciência desta, como fator importante para o tratamento.

Note-se que Dunbar refere-se a perfis psicossomáticos construídos a partir de experiências infantis básicas. Freud proporciona em sua teoria subsídios nos quais esse tipo de raciocínio é coerente, já que considera fundamental as experiências infantis e que o Ego é inicialmente corporal.

Logo, o fato das primeiras fases do desenvolvimento do Ego serem marcadas por situações críticas, podem levar a que o indivíduo se defenda com o que ele é no momento - um Ego corporal, daí a somatização.

Esta ideia, possivelmente ainda pouco explorada naquela epoca, estara presente nas modernas teorias psicossomáticas.

Em relação às dificuldades no tratamento em função da an - siedade ou do grau para adquirir consciência, existem em Freud ob servações que correspondem a essa afirmação. Freud refere-se as

tensões físicas que não são capazes de ser transformadas em afeto por elaboração psíquica, por estar o grupo psíquico dissociado. Ainda uma outra possibilidade, no caso da Neurose de Angús tia, é não existir associações ou grupo psíquico correspondente.

Observações semelhantes também são encontradas nos escritos de English, O. S. Em artigo intitulado "Enfoque Terapêutico de Los Problemas Psicosomáticos" (1958), demonstra a presença de características que distinguem os problemas psicossomáticos da histeria e as dificuldades no tratamento. Para isso estabelece <u>u</u> ma comparação da sintomatologia de alterações no conduto gastrointestinal superior na histeria e na anorexia nervosa. Considera-os estados que tem sintomas relacionados com a mesma região, ambos de etiologia psíquica, e se encontram a uma distância variável entre a saúde emocional e a franca psicose.

Nos vomitos da histeria de conversão, verifica que ocorre um acontecimento imediato e dramático na vida do paciente. Esse fato pode ser uma experiência sexual desagradável ou um desenten dimento com alguém com quem tenha um forte vinculo. No entanto, descobre que o paciente dispõe de uma riqueza emocional, que per mite estabelecer importantes laços sociais e pessoais, e que distintas fases da vida tem significação para ele. Sua capacidade para relacionar-se com os outros possibilita sua ligação com o médico, e é capaz de aceitar a explicação deste quanto ao meca inismo de deixar-se "educar" sem muitas dificuldades a fim de alcançar idéias e reações emocionais mais maduras.

Ja no caso da anorexia nervosa acredita tratar-se de uma

personalidade diferente, e o problema prático da terapêutica tor na-se mais difícil. Existe um fracasso fundamental na vida do paciente, tendo sido esta menos prazeirosa e carente de sentido. O fracasso para adaptar-se socialmente é resultante de muita pri vação emocional, de temores e hostilidades profundamente arraiga dos. A família origem desse tipo de paciente é normalmente muito menos saudável do que no caso da histeria. Suas primeiras experiências, quando pequeno, foram muito carentes de calor, de afeto e interesse para que ele possa expressar esses sentimentos.

Essas características dificultam em muito o relacionamento com o terapeuta, faltando ao paciente um sentimento de "boa vontade" que estimule sua propria compreensão no tratamento.

As ideias e sentimentos do paciente surgem com mais dificuldade, tornando-se mais complexo para o terapeuta revelá-las, dificultando a distribuição de energia psiquica necessária para a cura.

Com estas comparações, English chama a atenção, talvez agora jā de uma maneira mais elaborada, para o ponto também abordado por Dunbar, que é a dificuldade de acesso a esses pacientes no tratamento psicanalítico.

Freud jā havia sinalizado a presença de sintomas de ori - gem psīquica que não apresentam simbolização. Freud também se preocupa desde o início de suas investigações nas relações tera-peuta-paciente, no estabelecimento da transferência para que o

tratamento pudesse desenvolver-se. Não passa despercebido a Freud que resistências na transferência, ou mesmo transferências negativas, seriam empecilhos e barreiras dificultando ou mesmo impedindo o tratamento.

Ora, English chama a atenção para dois fatores: a dificuldade dade do paciente expor suas idéias e sentimentos, a dificuldade de relacionar-se com o médico, poderíamos dizer de estabelecer <u>u</u> ma transferência. Desse modo, as observações feitas por Freud, são reafirmadas e pormenorizadas sendo que agora são ambas associadas à somatização.

Começam a ser delineadas e confirmadas características dos pacientes somatizantes.

Também Alexander (1976), critica a extensão do mecanismo de conversão, da histeria, indiscriminadamente a todas as perturbações físicas nas quais as emoções desempenham algum papel. Apon ta que a cuidadosa investigação psicossomática de disfunções emocionalmente condicionadas do estômago, intestinos e sistema endó crino, circulatório e respiratório, mostra que a fisiologia e a psicodinâmica desses casos são essencialmente diferentes das observações nos mecanismos de conversão. Acrescenta ainda, que o estudo dos componentes emocionais das moléstias dos órgãos vegetativos revelou-se de grande significação, introduzindo uma nova era da medicina psicossomática.

Segundo Mello, J. F. (1979), Alexander chegou a essas in -formações, acumulando dados obtidos em tratamentos analíticos, a-

tendimentos a pacientes hospitalizados por problemas somáticos, hipertensos, ulcerosos e portadores de distúrbios funcionais digestivos, organizando os conhecimentos anteriores em Estados Conversivos e Neuroses Vegetativas. Com essa posição, Alexan der ópõe-se radicalmente à Groddeck, e seu movimento de expandir o domínio da racionalidade psicanalítica de forma ilimitada, aplicando-a a todo e qualquer tipo de doença.

Birman escreve que no centro desta crítica foram estabelecidas distinções entre a histeria e as enfermidades psicossomáticas. A primeira seria uma contraposição entre os mecanismos
de conversão e de somatização. Na Conversão estaria presente a
representação corporal de um conflito psíquico inconsciente representado simbolicamente no sintoma. Na Somatização uma descarga psíquica se realizaria sobre o corpo, buscando manter o
nível de constância do aparelho psíquico, atuando na dimensão
simbólica. Logo, o sintoma presente na histeria seria resultado
de um conflito que foi simbolizado e externalizado, através da
linguagem corporal. O sintoma presente na histeria seria resul
tado de um conflito que foi simbolizado e externalizado, através
da linguagem corporal. O sintoma originado do processo de somatí
zação, fica sendo uma expressão pouco definida de uma tensão o
riunda do psiquismo.

Em segundo lugar, as regiões do corpo atingidas por esses dois fenômenos seriam distintas. A conversão se daria utilizando a musculatura voluntâria e os orgãos dos sentidos, enquanto a somatização atingiria orgãos internos, visceras, constituidos de

musculatura lisa.

Acrescenta Birman que a Psicossomatica se estabelece, por estas oposições, como o campo em que a somatização atuaria como mecanismo específico. Também pertenceriam à somatização as mudancas nas funções vegetativas onde o simbólico esta geralmente ausente. Os pacientes que tivessem esse tipo de enfermidade teriam grande dificuldade de simbolização e elaboração psíquica de seus conflitos, descarregando a tensão decorrente deles no corpo através da vida motora. A analisabilidade dessa estrutura é tida como obstáculo, semelhante à psicose.

Estas diferenças estabelecidas por Alexander lhes trazem algumas críticas, como no caso da histeria que não está ligada somente à conversão; existe histeria sem que haja conversão.

Ja a distinção entre Neurose e Psicossomática feita por Alexander, encontra respaldo no pensamento freudiano que distingue neuroses atuais e psiconeuroses, baseando-se tanto na etiologia quanto na patologia.

As neuroses atuais se constituem pelas dificuldades do presente, sendo que no caso da neurose de angústia, pela ausência de descarga de excitação, a neurastenia pela satisfação inadequa da, enquanto nas psiconeuroses o conflito ê psíquico relacionado ao passado. A etiologia é somática nas neuroses atuais, e psíquica nas psiconeuroses. A formação de sintomas ê direta nas neuroses autais e simbólica nas psiconeuroses.

Assim, os Estados Conversivos, incluiriam os sintomas somáticos do tipo histérico, mediados, através do Sistema Nervoso Central, e possuidores de conteúdos simbólicos. A musculatura voluntária poderia ser o suporte de conversões, que resolve de forma patológica um conflito interior. As Neuroses Vegetativas não teriam significação simbólica, sendo basicamente respostas fisiológicas exacerbadas, acrescidas de estados de tensão emocional crônica e mantida por processos mentais inconscientes. A continuidade dessas respostas criaria a doença funcional orgânica.

Considerava Alexander que os disturbios vegetativos constitutam resposta padrão a determinadas situações conflitivas in ternas, que seriam as mesmas para cada uma das enfermidades que estudou, elaborando assim a teoria da especificidade dos conflitos.

Descreve as mesmas combinações de situações conflitivas b $\underline{\tilde{a}}$  sicas na gênese da úlcera, do diabete, do hipertireodismo e da asma brônquica.

Segundo Haynal (1983), em relação a Alexander, existem, a grosso modo, dois tipos de doenças psicossomáticas. O primeiro, derivado de tendências hostis agressivas (luta e fuga), que são bloqueadas e não produzem comportamento manifestos. O segundo, expressão de tendência inibidas, dependência e busca de apoio. As respostas viscerais crônicas resultam em distúrbios de funções viscerais que serão as doenças psicossomáticas.

Dessa forma, nas concepções de Alexander, uma única teo - ria é suficiente para explicar os distúrbios vegetativos associa dos a uma tensão emocional crônica. Além disso, Alexander leva em conta o fator constitucional, acreditando que associado a cer tos tipos de caráter ou constelações emocionais, originam as doenças psicossomáticas.

Tem sido comprovado na clínica, a presença de determina - das características individuais e conflitos de certos tipos de doença. O "porem" está em que o fato do individuo ter determina do conflito não quer necessariamente dizer que tem, ou terá doenca.

Otto Fenichel também interessou-se pelos problemas das al terações somáticas, utilizando o termo organoneuroses para referir-se as alterações de indole psicogênica.

Divide as perturbações funcionais em duas categorias. Uma delas considera de caráter físico e consiste em alterações fisi<u>ó</u> lógicas produzidas pelo uso inadequado da função. A outra possui significado inconsciente específico: e expressão de uma fantasia em "linguagem corporal" e e diretamente acessível à Psicanálise, da mesma forma que em sonho.

Fenichel afirma que nem todas as alterações somáticas de indole psicogênica merecem o nome de conversões, visto que nem todas traduzem fantasias específicas para uma "linguagem corpo - ral". Existem atitudes instintivas inconscientes que influenciam

as funções orgânicas também de maneira fisiológica, sem que as alterações tenham significado psíquico definido.

Acrescenta que no caso das conversões, ocorrem alterações fisiológicas, distorcidas pelo inconsciente e que exprimem impulsos instintivos anteriormente reprimidos. Os sintomas de conversão não são expressões somáticas de afeto, mas representações muito específicas de pensamentos, possíveis de retraduzir da "linguagem somática" para a linguagem verbal.

Fenichel escreve que sintomas de conversão podem ser comparados com os ataques emocionais, ou ataques de afeto. Ocorrem quando estímulo intenso, ou normal no caso de represamento, subverte o controle do Ego sobre a motilidade e uma descarga substitui os atos intencionais. As síndromes de conversão são particulares de cada indivíduo porque se originam de uma história de exigências reprimidas. Fenichel prescreve como pré-requisito para haver conversão o fator físico, responsável pela erogeneida de do corpo, e o fator psicológico, em que o indivíduo passa da realidade para a fantasia.

O sintoma histérico decorrente da conversão é sempre um transtorno funcional que se associa a um conflito reprimido da infância, sendo que toda alusão posterior ao caso é capaz de mo bilizar ambos os componentes da síndrome. Refere-se Fenichel à necessidade de haver uma facilitação somática, em que a catexia dos impulsos censuráveis condensa-se em certa função física de finida. A escolha da região acometida seria determinada por fan-

tasias sexuais inconscientes relacionadas ao local de menor resistência do organismo (fator físico), situação em que ocorreu a repressão, capacidade do orgão exprimir simbolicamente o impulso inconsciente em questão.

Fenichel refere-se a quatro categorias de sintomas psicos somaticos: Equivalentes de Afetos, Transtornos Bioquímicos de Pessoa Insatisfeita, Consequências Físicas das Atitudes Inconscientes e uma última categoria que reuniria as demais.

Os Afetos, síndromes de descarga arcaica, são executados por meios motores ou secretórios. As expressões físicas de afeto podem ocorrer sem experiências mentais (psíquicas) que lhes correspondam, sem a percepção da significação afetiva. A excitação sexual, como a ansiedade, podem ser substituídas por sensações que se localizam nos aparelhos digestivo, respiratório e circulatório.

Os Transtornos Bioquímicos da Pessoa Insatisfeita aparecem nas neuroses atuais. Os sintomas das neuroses atuais são orientação física de certas expressões como fonte de um instinto, satis fação represamento, que originam alterações químicas e nervosas. É o estado hormonal do organismo que constitui a fonte dos instintos, influenciando a maneira pela qual os estímulos externos são percebidos, resultando a reação do organismo. A ação instintiva cessa o impulso em virtude do estado químico gerador do transtoro.

Em relação às Consequências Físicas de Atitudes Inconscientes, Fenichel vai esclarecer que uma atitude pouco comum, de origem inconsciente gera um comportamento que causa alteração so mática. Essa alteração não é diretamente psicogênica, mas gerada por um comportamento que visa aliviar a pressão interna.

Acrescenta Fenichel que essas categorias costumam combinar-se. Outra questão mencionada é que não se pode descrever o
sistema vegetativo hormonal como se fosse apenas um dos vários
sintomas orgânicos. As atitudes resultantes dos conflitos incons
cientes atuam nas funções hormonais produzindo sintomas secundários. Exemplifica com os distúrbios psíquicos femininos que acompanham a menstruação, sendo que alterações físicas se produzem na fonte dos impulsos instintivos.

Descreve varios sistemas orgânicos com relação aos transtornos psicossomáticos: trato intestinal (ulcera peptica), sistema muscular, aparelho respiratório, coração e aparelho circulatório, pressão sanguinea, pele, olhos.

Afirma que nem todo sintoma orgânico, que a análise demons tra ligar-se a conotações psíquicas, é necessariamente de índole psicossomática. Nada acontece no organismo que não venha a relacionar-se secundariamente com os conflitos psíquicos do indivíduo, no entanto, a existência dessa conexão não comprova a gênese do conflito.

Fenichel, como Freud, preocupou-se com a neurastenia, a

neurose de angústia e a hipocondria, utilizando inclusive as mes mas terminologias.

Define a Neurose de Angústia como um estado de represamen to que cria insuficiência em relação ao controle do Ego. Também como Freud, observa a semelhança dos sintomas clínicos da neurose de angústia com os das neuroses traumáticas. Explica que quando o neurótico está empenhado na defesa interna aguda torna-se inquieto, agitado, perturbado, sem saber como modificar-se. Também desenvolve sintomas sob a forma de "descargas de emergência", como ataques emocionais aparentemente motivados (crises de angústia), transtornos de funções físicas, que são equivalentes de ansiedade.

Em relação à neurastenia, vai dizer que esta caracterizase menos pela angustia e mais pelas descargas de emergência, gerando vários sintomas. Esses sintomas variam conforme a constituição e história da personalidade, sendo primordialmente hepáti
cos retentivos, buscando bloquear as descargas. São exemplos os
espasmos musculares e vasomotores, constipação, cefaléias, des cargas involuntárias, explosivas como diarréia, suores, tremores
inquietação. Diz que a neurastenia pode ser crônica, quando, em
alguns casos, da luta defensiva contínua, surge um estado geral
de represamento.

Fenichel diferencia a Neurastenia das neuroses de conversão, ressaltando que na história de conversão os sintomas de retenção e descarga são muito mais específicos e nas quais se interpolam fatos intermediários (da própria história do indivíduo), entre a luta defensiva e a expressão física.

Em relação à hipocondria define-a como transtorno psicossomático de fator fisiológico ignorado. Menciona que "certos fa
tores psicogênicos", represamento e retraimento narcísico, criam
alterações orgânicas que dão origem as sensações hipocondríacas.
Do ponto de vista teórico, acredita estarem presentes duas situações distintas. A primeira que os processos orgânicos são
decorrentes de falta de descarga, acumulando tensão em certos ór
gãos gerando manifestações dolorosas. A segunda está relacionada à retirada de catexias objetais, voltando a intensificar as
ideias que dizem respeito aos órgãos do indivíduo.

Observa que, por vezes, as reações bioquímicas e nervo - sas do estado de represamento precipitam uma supercatexia intra- psíquica das representações orgânicas. Pode haver outros casos em que ocorre ordem inversa, regressão ao narcisismo, alterando as funções físicas do orgão.

As relações entre as catexias de representações orgânicas e processos físicos nos orgãos, manifesta-se também no narcisis-mo dos doentes. Quando um orgão está doente, há aumento da catexia da representação orgânica, a fim de produzir sua cura.

Compara Fenichel que tanto na hipocondria quanto nas psicoses, são manifestos resultados de um hipertônus libidinal pato lógico dos  $\bar{\text{o}}$ rgãos.

Freud também correlaciona energia libidinal e narcisismo. Considera que as alterações na distribuição da libido, ocorrem na doença orgânica e na hipocondria. O enfermo retira a catexia libidinal dos objetos amorosos e retorna-a para seu proprio Ego. Esse represamento da libido é experimentado como desagradavel, pois gera um desprazer, como expressão de um grau mais elevado de tensão.

Fenichel preocupa-se também com a terapia psicanalitica dos transtornos psicossomáticos, afirmando que a variedade de fenômenos não permite asserção geral quanto ao tratamento. Indica a Psicanálise, sempre que os sintomas resultem de atitudes inconscientes crônicas e nos estados mais graves, tratamento or gânico imediato.

O proprio Fenichel justifica sua recomendação de trata - mento e menciona a afirmação de Freud que os sintomas somáticos não são "diretamente acessíveis" à Psicanálise, mas o são indiretamente. Partindo do princípio de que a análise é capaz de remover a ansiedade e os obstáculos que impedem a descarga adequada dos impulsos, os sintomas indiretos tendem a desaparecer, sem terem sido especificamente visados pela Psicanálise. A alteração da função não pode ser "analisada" pelo fato de que não tem siguificação inconsciente, mas a atitude que a produziu pode ser analisada. A atitude ou bloqueio da descarga constitui o objeto da análise e não o próprio sintoma.

Tambem em Abraham, Karl através do artigo "Psicoanali -

sis y Ginecologia" (1925) podemos vislumbrar uma pequena parcela do pensamento sobre os sintomas somáticos.

Nesse artigo, o autor afirma que na psicopatologia das neuroses femininas a atitude da paciente frente sua própria feminilidade tem importância particular. Explica que ginecologistas encontram com frequência irritação nervosa da "pele", na qual os tratamentos locais geralmente não tem resultado. Aponta, então, a Psicanálise como capaz de revelar a vinculação deste sintoma com fantasias sexuais reprimidas. Essas irritações da pele são colocadas como podendo transferir seu ponto de origem da zona genital para outras partes do corpo.

Abraham refere-se ainda a outras manifestações que traduzem resistência ante certas funções. Entre elas a ocorrência do período menstrual fora do ciclo normal como símbolo de resistência a uma união sexual.

E interesssante observar neste artigo como a relação psiquismo-sexualidade percebido por Freud jā bem no início do seu trabalho, toma uma forma muito mais elaborada e específica. Vêse claramente como foi importante o "marco" freudiano na evolução do conhecimento do psiquismo e dos "fenômenos" humanos.

Outro nome que podemos citar, que é considerado de grande importância nos estudos psicossomáticos, é Angel Garma. Garma constitui-se num marco no percurso desse nosso trabalho, porque de certa forma representa uma transição. Até agora vinhamos per-

correndo ideias de autores mais distantes no tempo e também geograficamente. Garma, embora de origem espanhola, foi para a Argentina (1938), onde desenvolveu seus estudos, sendo um dos primeiros a fazer parte da Associação Psicanalitica Argentina, considerado um marco significativo na evolução da Psicanálise Latino-Americana. Dessa forma, é bem conhecida sua obra no Brasil,
destacando-se na psicossomática os estudos que enfocam o psicodinamismo da úlcera péptica.

## Escreve Garma:

No inconsciente psiquico descrito por Freud, encontrou-se o degrau intermediario entre a alma e o corpo. Com o seu conhecimento, o medico pode dar-se conta de que todo o processo corporal tem seu lado psiquico e alem disso que o psiquismo constitui uma estrutura na qual se acham incluidos todos os fenômenos corporais.

(GARMA, 1984, p. 246)

Considera que a Psicanalise situou o psiquismo como tendo relação imediata e fundamental com os instintos, que tem origem corporal. Assim, a concepção do psiquismo tem um aspecto corporal e portanto e capaz de influir diretamente nas funções organicas.

Os estudos de Garma sobre úlcera tiveram grande importância e divulgação. Descreve-a como uma enfermidade psicogena, na qual em sua etiologia tem como fundamental os fatores psiquicos, sendo as lesões orgânicas um resultado secundário. Responsabiliza fatores como situação de dependência oral-digestiva passiva, conjuntamente feminina e masoquista, da mãe, encoberta por atitudes

contrárias. Explica que por dependência infantil de representa - cões psíquicas de sua mãe, para o enfermo ulceroso os alimentos são como representantes de pessoas e situações desagradáveis do mundo externo, que não se atreve a enfrentar diretamente.

Garma, alem dos estudos de úlceras preocupa-se com outras manifestações psicossomáticas. Refere-se aos vômitos na gravidez relatando que costumam apresentar-se em mulheres neuróticas com inibições diversas em sua vida genital. De acordo com sua experiência, na gênese dos vômitos, costuma ser importante o influ-xo de fantasias inconscientes de que no feto falta algum membro, ou está incompleto de algum modo.

Uma de suas particularidades e ter dado, de certa forma continuidade a alguns estudos que tinham sido abordados pelos primeiros psicanalistas interessados na relação psique-soma.

Menciona as investigações de psicanalistas, citando especificamente Alexander, os quais suspeitavam da existência de fatores neuróticos primordiais na etiologia da úlcera e da asma. A crescenta que, muito importante nesses estudos, foi o fato de terem encontrado entre os asmáticos, um tipo de personalidade com traços especiais. Personalidade esta, caracterizada por uma posição de dependência em relação à mãe. Possuindo uma história genética particular, os asmáticos haviam sido forçados, durante a primeira infância, a conduzir-se extremamente ligados às atitudes da mãe, que num segundo momento obrigava-os a uma independência precoce, gerando relações frustradoras com seus filhos.

Para Garma, o individuo asmatico assusta-se frequentemente ante determinadas circunstâncias, não podendo respirar e consequentemente sentindo-se asfixiado. As situações angustiantes refere-se a estados infantis, nos quais existiu um conflito entre à conduta agressiva e a submissão à mãe. Acredita que median te tratamentos psíquicos é possível modificar a reação alérgica dos enfermos, podendo até mesmo obter-se a cura.

Interessou-se ainda pelo ciclo sexual feminino, quando tam bem ja abordada por Abraham, K., estudando a relação entre o ciclo sexual orgânico e o psiquismo da mulher. Cita estudos feitos por Ruth Benedeck e B. B. Rubenstein, psicologo e biologo, que examinaram o psiquismo de uma serie de mulheres e fizeram medição do estado hormonal baseando-se unicamente em dados psicologicos, controlando suas afirmações pelos dados do exame orgânico.

Outros disturbios estudados por Garma foram as cefaleias, as quais acredita serem causadas por conflitos psíquicos reprimidos. Conflitos que não podem ser elaborados adequadamente, originam emoções desfavoráveis, que trazem consigo lesões orgânicas dolorosas, sobretudo vasculares e musculares. Esses conflitos e emoções atuam sobre a cabeça do indivíduo predisposto, como fariam estímulos físico-químicos prejudiciais.

Investiga, ainda, possíveis origens de cefaléias: vascul<u>a</u> res, provocadas por tensão e contrações musculares, provocadas por sinusite, carência genital, relacionadas com coito, menstruais e outras.

Considerado um autor essencialmente kleiniano, Garma em relação à questão dos problemas somáticos ultrapassa as concepções da propria Klein e de Freud. Na opinião de Klein, certas alterações no sistema vegetativo autônomo podiam ser o resultado da expressão simbólica dos impulsos agressivos inibidos, e os conceitos de simbolismo e regressão psíquica são empregados em resposta à frustração. Freud descreveu a possibilidade dos impulsos libidinais reprimidos adquirirem expressão simbólica, em forma de um sintoma de conversão histérica no sistema nervoso voluntário.

Garma vai alem de ambos, quando postula que a regressão pode produzir-se, não só na esfera psíquica dos acontecimentos, mas também no nível fisiológico. Acredita que mediante o mecanismo mental de introjeção é possível internalizar a angústia da relação com uma mãe agressiva, através das fantasias regressivas na esfera psíquica, expressão simbolizada no plano funcio nal. Sustenta que o conflito pode engendrar-se num estado fisio lógico de regressão, no qual as estruturas embrionárias instintivas podem reativar-se (Alastair, W., s/data, p. 3).

A nota predominante que caracteriza seu trabalho, e que também o faz diferir de Freud, é a idéia do simbolismo direto, podendo a interpretação atuar e provocar alterações a nível do sintoma somático. Trata o sintoma somático semelhante ao histérico, utilizando o modelo da conversão histérica para todos os sintomas.

## 2 - Tempos Modernos

Michel Fain, Michel Soulé, Pierre Marty, M. de M'Uzan, C. David e outros psicanalistas do Instituto de Psicanálise de Paris, elaboraram uma concepção psicopatogênica buscando explicar as doenças psicossomáticas. Essa concepção vai retomar a distinção estabelecida por Alexander, baseada nas reflexões freudianas de especificidade das neuroses atuais. Existiriam funcionalidades psíquicas diferentes e a conversão teria lugar numa estrutura neurótica, enquanto somatização estaria num plano de funciona lidade psicossomática (Birman).

Comecemos com algumas ideias de Fain e Soule (1981), que baseados nas concepções de Spitz e à luz de outras teorias sobre o desenvolvimento do bebê, especialmente a de Winnicott, estabelecem juntos com o pediatra K. Kreisler estudos sobre a psicossomática da primeira infância.

Os estudos das interações psicossomáticas dos disturbios infantis teriam início apos psicanalistas e fisiologistas terem conhecimentos sobre o funcionamento mental do adulto.

Segundo Michel Fain, o adulto psicossomático apresenta uma estrutura mental pre-morbida que o torna incapaz de integrar um traumatismo psíquico de qualquer modo que não seja o somático. Fica-se tentado a descrever um esquema simples que demonstre como o disturbio apareceu com o traumatismo, e em decorrência a modificação surgida no comportamento pre-morbido. Considera que

a simplicidade é justamente o elemento essencial da personalidade psicossomática. Ilustra essa concepção através de uma comparação do neurótico com o psicossomático, afirmando que reagem de modo inteiramente diferente. O neurótico tem um repertório de defesas que se situam ao nível do pensamento e do comportamento (evitações fóbicas, dramatização histérica, pensamentos obsessivos, rituais etc.), o que o faz saber perfeitamente como reduzir situações de ansiedade. O psicossomático reage à sua maneira a conflitos evidentes: luto real e situações de perda de um modo geral. O neurótico reage a uma situação que mobiliza nele o conflito inconsciente.

Prossegue Fain, afirmando que estes casos clínicos tendem a separar duas posições entres os psicanalistas. Uma, em que a neurose é decifrada com suas ramificações inconscientes e equiparada ao distúrbio psicossomático, atribuindo a este também um simbolismo. Outro, em que seduzidos pela simplicidade do distúr bio somático, comparam as reações do organismo as agressões.

Pergunta-se Fain se o psicossomático e o neurótico terão sido bebês francamente diferentes. Diz não estar certo disso, mas acredita que no adulto psicossomático, o que houve foi uma carên cia dos meios de integração, o que o torna incapaz de manipula - cão do simbolismo inconsciente. Qu seja, para ele, os distúrbios psicossomáticos são decorrentes de um enfraquecimento dos meios de expressão mental. Essa situação pode estabelecer-se quando o indivíduo é ainda uma criança e não tem possibilidades integrativas, ou encontra-se momentaneamente privada delas.

A evolução psicológica da criança obedece a leis referentes à estruturação da energia, vinculada às suas necessidades afetivas. No caso de respostas contraditórias do meio ambiente, instala-se, por exemplo, uma situação em que o soma poderia ser utilizado ocasionalmente, como uma saída para as tensões internas, cujos meios psíquicos de expressão ou foram momentaneamente retirados ou ainda não foram adquiridos. Nesse caso, a síndrome somática variaria conforme a idade porque acompanha o desenvolvimento e a maturação biológica. Isso implicaria que a criança muito pequena, que possui apenas um psiquismo embrionário, seria uma psicossomática, uma vez que não teria condições de integrar psicologicamente as tensões a que é submetida. No entanto, a mãe evita os estados de sofrimento e ajuda-a a organizar os sintomas mentais precoces.

A insuficiência psíquica do bebê é compensada pela intuição da mãe, ativada pelo instinto materno. A unidade psicossomãtica compreende a mãe e o bebê. Vista desta maneira, a noção de frustração precoce assume todo seu valor, porque não se trata de uma carência mas de uma privação de meios de integração que pode rã ocasionar uma distorção de base.

Acredita Fain que o dominio de pesquisa do psicanalista, interessado em psicossomática, e constituido pelas razões que acarretam o colapso e a ausência de mecanismos de defesa, em face dos conflitos habituais que marcam a evolução psicoafetiva dos individuos. Desse modo, os distúrbios precoces são da maior importância, uma vez que eles sobrevem quando a maior parte dos

mecanismos mentais ainda não estão constituídos, ou estão se estabelecendo. Quando no adulto os mecanismos mentais falham, a tendência é surgir desordens somáticas.

A energia subjacente nos movimentos afetivos é derivada so maticamente, o comportamento perde o dramatismo pessoal do individuo que dispõe de possibilidades mentais. A tendência é então tornar-se concreto e utilitário, distanciando-se o pensamento da conduta. É o tipo de pensamento que P. Marty e M. de M'Uzan qualificaram de "operatório". Isso porque não recorda um contato afetivo, sendo pobremente simbolizado.

Outra hipótese feita por Fain, baseada em trabalhos realizados em colaboração com David, Marty e M'Uzan, é que a enorme pobreza mental de algumas mães na elaboração de sua angústia, gera comportamentos inadequados, sobrecarregando o bebê. Fundamenta seu trabalho recorrendo a Spitz, que afirma que no tocante à inter-relação Mãe-bebê, quando a modulação afetiva da mãe é pobre, ela obriga a criança a realizar descargas somáticas, uma vez que seu poder desintegrador não é freado por mecanismos mentais. Ou seja, uma modulação afetiva gera uma necessidade de descarga somática da criança. Reafirmando essa posição, Spitz diz que quando as vias mentais se abrem ãs descargas tensionais, o distúrbio deixa de existir. Complementa ainda, que a evolução do bebê é favorecida por um equilíbrio entre as satisfações e as frustrações. Se essas possibilidades são extravasadas, aparece um distúrbio orgânico.

Também baseado nos estudos de Spitz, que afirmam que o aparecimento dos primeiros fenômenos mentais se dá aos três meses, Fain acredita haver uma maior possibilidade de descarga das
tensões internas, através da psicomotricidade que recebe um começo de organização.

Spitz não fala de cura, mas de possibilidades mentais, sensoriais e motrizes de descargas das tensões, o que não significa que esses modos de descarga não alterem o primeiro ponto organizador do desenvolvimento das relações pre-objetais situadas nessa época.

A partir dessas considerações, Fain chama a atenção para dois pontos: o primeiro é que, entregue a si proprio, o apresenta o disturbio, não encontrando a solução de chupar o po legar, manifestará uma tendência para transformar em excitação difusa todo movimento que se defronte como um obstáculo. mecanismo e preexistente a formação do Ego, e uma criança colocada nessa situação pode organizar, num modo mental, essa exci-Dessa maneira se constituem os comportamentos de tação difusa. exaustão estudados em colaboração com C. David. São condutas organizadas sem valor libidinal, acompanhadas de um modo de pen sar descrito como pensamento operatório. A necessidade de tegrar essa energia é anterior à formação do Ego. Esse Ego não vive satisfação alguma e deve enfrentar uma agressividade cida de frustração crônica. Não podendo reagir mentalmente, agressividade e descarregada diretamente no soma, pela inexistên cia de estruturas mentais capazes de proteção. As experiências

precoces desse tipo abrem caminho as desordens psicossomáticas.

O segundo ponto a ser levado em conta no caso das alteracões somáticas, essencialmente em crianças, é que as fragilida des e possibilidades defensivas do organismo, segundo uma pers pectiva teórica da medicina, diversificam-se com a idade.

Em seus estudos sobre as possíveis causas dos distúrbios psicossomáticos, Fain aponta ao longo de suas discussões, a in fluência fundamental das atitudes da mãe, seja como protetora, seja como fonte de estimulação. A ausência dessa estimulação para além de certo nível, acarreta a privação; aquém, provoca mecanismos de auto-compensação. A partir de certo capital de estimulações, a criança pode satisfazer-se a si mesma durante certo tempo. O propósito da psicossomática o leva a concentrar suas atenções às falhas na elaboração dos mecanismos mentais que podem advir à partir das dificuldades do relacionamento mãe-criança.

Essas dificuldades originar-se-iam na mãe, no caso desta possuir estrutura patológica (neurose ou psicose, neuroses de comportamento e de caráter). No caso da mãe psicotica, a criança não é reconhecida em sua realidade, a tendência à alucinar predomina. Esse fato influencia as primeiras atividades mentais da criança, e suscita uma tendência para superinvestir a realização alucinatória do desejo e, por conseguinte, auto-erotismos, em relação às satisfações cenestésicas e sensório motoras. Para Fain, essas mães induzem predominantemente distúrbios mentais.

No caso da mãe neurotica, existe um certo ajustamento da relação que permite certo contato. Os casos em que a angústia é menos elaborada, facilita o aparecimento de distúrbios precoces, devido a desorganização que gera, e nesse caso, evidenciam-se ma nifestações funcionais psicossomáticas.

Nas situações em que estão presentes a neurose de comportamento e caráter, a situação torna-se mais delicada. A angús tia fica mascarada pelos distúrbios de comportamento, gerando distúrbios precoces no bebê. No entanto, o componente inconsciente, que é o elemento essencial dessas neuroses, pode ser derivado pelo menos parcialmente num distúrbio somático. Trata-se de uma passagem que vai do comportamento caracterial à conduta operatória, do fantasma inconsciente, passado ao ato e depois racionalizado, ao simples modo de emprego. A partir do momento em que a defesa contra a angústia foi a somatização, houve uma retirada de certas qualidades afetivas. Ingressa-se, então, no domínio da privação e da carência.

A distinção entre carência e privação não e simples de ser delimitada. A mãe normal, num período inicial, transforma quase toda sua libido em instinto materno e investe seu bebê. En tretanto, aos poucos, essa libido retoma sua mobilidade canaliza da também para outros interesses, criando um estado de carência benéfico para a criança. Quando a libido se fixa por demasiado tempo, no caso do sistema neurótico, psicótico, caracterial, per verso ou ainda num distúrbio somático, ela perde parte de sua mobilidade, e não pode entregar-se a esse jogo (presença-ausên -

cia) da criança.

A doença orgânica, seja da mãe ou da criança, cria também um estado de carência. Na perspectiva do bebê, todo acontecimen to que acarreta um desinvestimento prolongado demais de sua mãe, ou que torna a mãe ineficaz, pode criar um estado de carência. A carência reduz a criança a si mesma, e ela poderá ou não ter desenvolvido sistemas autônomos para resistir a ela. A carência ten de a não permitir a estruturação e a maturação do distúrbio psicossomático.

Fain não deixa de fazer uma ressalva, referindo-se ao que chama de "incriminação" abusiva da mãe. Diz ser de grande risco colocar sempre a culpa na mãe como uma indutora de distúrbios e doenças. Em certos casos, ela se defronta com mecanismos do recem-nascido, inatos ou adquiridos muito precocemente. Certos mecanismos são "impressionantes" para uma mãe normal, e perturbam-na profundamente, ameaçando "derrotá-la", levando-a adotar comportamentos paranormais e anormais. Com freqüência, para "tole rar" com um mínimo de desorganização pessoal o profundo distúr bio suscitado pela relação psicótica que a criança instaurou precocemente. O mesmo ocorre com certos distúrbios funcionais do bebê, em que as "faltas" da mãe vêm em decorrência das reações alteradas precocemente no bebê.

Em relação às participações da criança, distingue linhas clínicas que destacaram-se em suas discussões. A contribuição dos fatores congênitos, excitação, inibição, resistências à a

gressão, fatores que facilitam a mentalização, possibilidades de reagir por auto-excitação das zonas erogenas, as necessidades de fornecimento narcisista superiores à de outras crianças.

A necessidade de um instinto maternal mais intenso, fazse acompanhar de tendências auto-destrutivas, que atuam quando diminui o fornecimento narcísico.

Existem crianças que parecem ter de imediato, uma deterio ração em sua potencialidade, no estabelecimento ulterior de um sistema auto-regulador de seu amor proprio. Essa tendência, de base constitucional, abre caminho as doenças depressivas, e está também na base dos distúrbios psicossomáticos. Fain chama a atenção para as tentativas de integração de energia feitas pela criança em face das tendências de desorganização.

Em termos de fato clínico, o que se pode observar é que quando a evolução do indivíduo se faz no sentido dos distúrbios mentais, a atividade é essencialmente simbólica, utilizando meios quase mágicos para manter o objeto à distância, enquanto a atidade social fica com energias e qualidades sensivelmente diminuídas. Quando a evolução se faz no sentido dos distúrbios de preponderância somática, a atividade assume com freqüência um caráter social.

Segundo Fain, nos disturbios precoces não se pode util<u>i</u> zar, sem restrições, o termo "psicossomático", visto que não e-xiste organização psicossomática, mas sugere o termo "afetivoss<u>o</u>

matico", para exprimir que a qualidade afetiva quε rege o dina - mismo da diade mãe-filho, depende sobretudo da mãe.

Acredita Fain poder aplicar proveitosamente os princípios que promanam da clínica psicanalítica, usando os princípios dinâ micos evidenciados por Freud. Afirma não crer na existência de uma clínica psicossomática, que não utilize os conhecimentos sobre fisiologia das forças libidinais e agressivas, bem como a história genética normal e patológica. Para apreender o mecanismo de desmentalização ou de não mentalização, que caracteriza o psicos somático, é necessário conhecer os processos normais de formação das estruturas psíquicas.

Fain (1984), no prefacio de um número especial da "Revue Française de Psychanalyse", consagrada à psicossomática, escreve que os "pesquisadores" psicanalíticos estão de acordo sobre um ponto: a psicose e a psicosomatose estão em "um mesmo saco", no sentido que ambas estão ligadas a noção imprecisa de clivagem.

Escreve também que no caso das doenças psicossomáticas, a noção de regressão, tal qual descreve Freud (retorno a um momento evolutivo anterior no desenvolvimento), é frequentemente abando do a substituída, pela noção de agenesia evolutiva, resultado de mais condições de desenvolvimento. Explica que nos casos de um bom funcionamento mental, de uma neurose bem constituída, uma psicose classicamente organizada, todas revelam sinais de uma evolução mental, embora de forma patológica e com regressão. Menciona a posição de Pierre Marty, que postula que a "regressão"

observada na psicossomática, principalmente nos problemas somáticos graves, é de natureza diferente da observada nas doenças da mente. Na "regressão" psicossomática, considera-se que não houve sequer condições de desenvolvimento mental, como no caso das neuroses e psicoses.

Essa "regressão", inseparável até então da evolução, traz uma dimensão nova à psicossomática. A "regressão" observada em psicossomática é de natureza diferente das observadas nas doenças mentais, e das concepções geralmente descritas nas diversas teorias psicanalíticas, porque não supõe evolução e retorno.

Outro fato que nos parece extremamente importante nas observações feitas por Fain na "Revue Française de Psychanalyse, refere-se à questão da formação do profissional em psicossomática. Escreve Fain que o "Centre d'Enseignement et de Recherche de l'Institut de Psychossomátique de Paris", chama a atenção que a formação psicanalítica não é suficiente para permitir uma abordagem terapêutica às doenças psicossomáticas.

Fain expõe ainda que as colocações teóricas atuais enfatizam dois pontos: o pensamento operatório e a depressão essencial. O conceito de pensamento operatório, implica numa maneira de pensar do sujeito, bem como no modo de relação com o outro, ambos marcados pela pobreza de investimentos libidinais e ausência de reação afetiva frente a perdas ou outros acontecimentos traumatizantes.

A depressão essencial representa uma depressão mental desorganizada, com baixa global do tonus vital, baixa das faculdades de vinculo erótico e que inicialmente era chamada de "depressão sem objeto". A vida operatória implica na existência do pensamento operatório, acrescido da depressão essencial.

Pierre Marty e M'Uzan escrevem que nas doenças psicossom<u>a</u> ticas existe uma carencia da atividade fantasmatica, paralela ao desenvolvimento de uma forma de pensamento considerada original, que eles propoem chamar "pensee operatoire" — pensamento operatorio.

Descrevem o pensamento operatório como uma forma de pensar consciente e original, que se apresenta sem muita ligação com uma atividade fantasmática.

Michel de M'Uzan explica que se tem a impressão de que no aparelho psíquico do sujeito, os diferentes sistemas estão separados através de representações, e as forças do Id procuram se descarregar no comportamento ou no corpo.

Explicam os autores que esse tipo de pensamento leva a produção de um dialogo peculiar. A palavra do sujeito limita-se a ilustrar a ação, não implicando em uma elaboração psiquica. Essa forma de pensar limita-se, na maioria das vezes, a uma materia-lidade de fatos e a utilização dos objetos na atualidade. O sujeito esquiva-se de se projetar ou de se rever no passado, trans formando-se em pedaços de presente, sendo dominado exclusivamen-

te pela sucessão de fatos. O pensamento operatório permite uma adaptabilidade à tarefa, praticamente de forma eficaz, mas representa um limite estreito dentro das possibilidades de expansão e comunicação.

Tudo se passa como se fosse imposto ao sujeito. Sua originalidade consiste sobretudo na falta de significados. Envolve essencialmente as coisas, jamais aos produtos da imaginação ou as expressões simbolicas. Faz supor um mecanismo de isolamento, do tipo apresentado na neurose obsessiva, por mostrar-se repetitivo e sem criatividade.

Acreditam os autores que o pensamento operatório estabelece seu contato como o inconsciente a um nível muito profundo, menos elaborado, semelhante ao das primeiras elaborações integrativas da vida pulsional. Parece caminhar a passos largos da elaboratividade fantasmática, para se articular com formas iniciais de pulsão, as quais efetuam sua inscrição sobre aparências rudimentares dentro de uma predominância da tensão ativida de-passividade, no caso das doenças psicossomáticas. Pensam que as funções somáticas constituem a via econômica essencial, desviando o lugar dos encadeamentos mórbidos, numa economia essencial que permite afastá-los do aparelho mental.

A existência dessas características trazem no percurso do tratamento psicanalítico uma série de dificuldades. Em primeiro lugar, o paciente mostra-se perplexo diante da possibilidade de uma psicoterapia, uma vez que para ele, o que tem de "concreto",

resume-se a uma alteração orgânica. Por outro lado, o fato de canalizar os encadeamentos morbidos para a via somática, coloca o psicanalista à parte do processo, sendo difícil os mecanismos de identificação correndo o risco de ser derrotado pelo quadro cl $\tilde{1}$  nico e perplexo quanto à possibilidade de psicoterapia.

Consideram que não é possível afirmar categoricamente a exclusividade dessa forma de pensamento nas "psicossomatoses", termo que destinaram para designar as afecções ou as disposições de personalidade de se manifestar nas situações conflituais, principalmente pela via somática.

O termo empregado se justifica, uma vez que o pensamento operatório está presente como forma de proteção dirigida contra as consequências de uma defesa muito arcaica, semelhante à for - clusão-repúdio. Nessa forma os significantes excluídos e não integrados ao inconsciente, tem a tendência a invadirem a realidade, engendrando fenômenos alucinatórios. Por outro lado, o papel predominante da sensório-motricidade, corre paralelo à neces sidade de liberar a energia, de descarregá-la por qualquer via, no corpo.

Acrescentam que esse tipo de pensamento também está pre - sente em outros tipos de alterações, como no caso da "neurose de caráter", e que seria interessante pesquisar também em que moda-lidade aparece em algumas categorias de psicose.

Chamam a atenção para a importância de se diagnosticar o

pensamento operatório, no sentido de poder estabelecer um posicio namento diante de certos quadros, como por exemplo neurose de caráter, que podem conduzir a um prognóstico reservado. Também a importância no sentido de prever dificuldades terapêuticas, e fazer face a uma ação apropriada, permitindo que medidas técnicas, que embora se afastem da relação psicoterapeutica clássica, possam ser utilizadas.

Enfatizam a importância e o desejo de criar medidas profilaticas na infância, com o proposito de garantir a integração da atividade fantasmática, já que uma vez que o quadro se estabelece, fica constatada a dificuldade na tarefa terapêutica, sem contar com as implicações somáticas, sem dúvida nenhuma agravantes.

Pierre Marty (1983), refere-se ao conceito que recebe o nome de "vie operatórie". Reune o pensamento operatório e a de-pressão essencial, ou "depressão sem objeto", como chamava Marty anteriormente.

A vida operatória é considerada um estágio de relativa cronicidade e estabilidade, que se instala no curso de uma desorganização do afeto, lenta e de caráter progressivo. Aparece como uma forma de acomodar transitoriamente, por tempo mais ou menos prolongado, buscando proteger o sujeito do meio externo e da iminente fatalidade de repetir a desorganização. Pode, contudo, ser "matizada" frequentemente por incidentes ou acidentes somáticos, que acentuam sua instabilidade.

Também oriundo da pesquisa psicanalítica, das afecções so

máticas, de certa forma semelhante ao conceito de pensamento operatório, criado pelos analistas da Sociedade Psicanalítica de Paris, existe o conceito de alextimia. Atribuído a Sifneos e de origem norte-americana, refere-se à incapacidade do sujeito nomear seus estados afetivos ou de descrever sua vida emocional. Sifneos atribui essa carência aparente a um distúrbio de simbolização linguística. Sugere a noção de um defeito fisiológico estrutural que pode ser irreversível. Em situações de conflito psicológico, uma falha a nível simbólico desencadeia certa incapacidade de pensar a respeito de si próprio e da relação com o mundo. No entanto, a razão deste funcionamento permanece em aberto.

Birman escreve a respeito do pensamento psicossomático frances que existiriam funcionalidades psíquicas diversas, dentre as quais a conversão teria o seu lugar numa estrutura neurótica e a somatização num plano de funcionalidade psicossomática.

A somatização seria um mecanismo arcaico, atuando em estruturas psiquicas marcadas pela carência. Caracterizam a estrutura somática de uma forma ampla, não se limitando ao processo da somatização.

A carência mental vai se explicitar como um deficit em relação à dimensões do psiquismo. Existiria a carência nas rela ções objetais, responsáveis pela pobreza e inexistência das relações transferenciais, dificultando ou impedindo o tratamento. Carência de significação, na qual o sintoma é destituído de sentido.
Carência no plano do pensamento, originado o pensamento operató rio.

Fundamentada nas concepções elaboradas por Marty, M'Uzan e Fain, vemos também desenvolver-se o trabalho de Joyce McDougall. Apoiada nos atendimentos de somatizantes, preocupa-se com a "escuta" do psicanalista a estas mensagens do soma. Comparti - lha da ideia que somatizações podem surgir no lugar de fantasias arcaicas de aspecto por vezes psicotico.

Joyce McDougall (1983), afirma que hoje em dia, na clinica, entra-se cada vez mais em contato com pacientes apresentando
comportamentos sintomáticos, os quais ela chama de "atos-sinto mas". Para ela, os atos-sintomas funcionam como representantes dos
conteudos recalcados, que ocupam o lugar da elaboração psíquica,
observada por tras dos sintomas neuroticos.

Constata que pacientes de estrutura obscura, narcísica, projetiva, os chamados "egos frágeis", os quais não se considera capaz de nomear precisamente, por apresentarem uma estrutura mui to diversificada, a fizeram compreender que sua carapaça caracterial tinha por função proteger a vida e não apenas a sexualida de, como ocorre no neurótico. Considera que esses sintomas ser vem de "muralha contra a ameaça de indiferençiação, de perda de identidade e de implosão fracionante do outro". Buscando continuar existir, sem medo de perder-se, deprimir-se ou dissolver-se na angústia, o sujeito erige uma fortaleza psíquica, infantil, megalomaníaca e impotente, medidas de criança para enfrentar um mundo adulto.

Suas reflexões sobre a libido narcisica e sua economia pre

cária, levam-no, ao encontro de expressões arcaicas, como as "criacões" psicossomáticas. Estas, segundo McDougall, são manifestações do espírito humano, procurando lutar cegamente em favor da vida, tomando por "aparelho de raciocínio", o soma, posicionando-se do lado da morte. Considera que existe uma falha na psiqué, responsável pela clivagem em relação ao soma, que ao invés de suscitar o desejo e a criatividade que induz aos sintomas neuróticos e psicoticos, as perversões e os atos-sintomas, leva a existência de uma criação inenarrável - metáfora da morte.

Escreve McDougall que, face à dor psiquica, o homem é capaz de criar uma neurose, uma psicose, um escudo caracterial, uma perversão sexual, sonhos, obras de arte e as doenças psicossomáticas. Considera que as manifestações somáticas são misteriosas, e constituem o limite extremo do que é analisavel. Ao contrário das neuroses e psicoses, elas não protegem a vida, nem ao Ego, e parecem opostas ao desejo de continuar vivendo. Como uma explosão no corpo, que não é uma comunicação neurótica nem restituição psicótica, tem função de ato e descarga, ocasionando um "curto-cir-cuito" no psiquismo.

Diz McDougall que na somatização existe uma carência de elaboração psíquica e uma falha na simbolização, compensadas por
um agir compulsivo. O "agir" esconde uma história relacional e
passional, ainda que a leitura não seja acessível. Considera que
o drama sombrio do soma "delirante" é uma história sem palavras,
e que as manifestações psicossomáticas se oferecem à nossa obser
vação como verdadeiros emissários do instinto de morte. Com fre-

quência, o soma declara-se doente quando as defesas somáticas e psicóticas, ou as organizações "perversionantes" falham ou tropecam em seu funcionamento.

Utiliza o termo "potencialidade psicossomática", já que qualquer pessoa pode somatizar, se um certo limiar do conflito ou de dor psíquica for ultrapassado. Acredita que de um modo geral, nas criações histéricas, o soma empresta suas funções à psiqué, a fim de traduzir os conflitos pulsionais. Os sintomas narram <u>u</u> ma história. Nas transformações psicossomáticas, o corpo "se exprime sozinho". Se existe uma história, esta é muito arcaica e pré-verbal. Questiona a função defensiva dos sintomas nas afecções psicossomáticas, diferentes da estrutura histérica que protegem a sexualidade do sujeito.

McDougall diz constatar nos analisandos com tendências so matizantes, um movimento de exigir demais do corpo físico e igno rar os sinais do corpo desamparado — como se fosse vítima de uma carência de investimento libidinal, ou não conseguisse ser representado enquanto objeto psíquico. O analista descobre, as vezes, que alguns estados somáticos e partes do corpo, zonas eróge nas ou órgãos dos sentidos de seus analisandos, não possuem qual quer representação mental. A gestalt do eu somático rege, de maneira absoluta, aquilo que pode ser reconhecido e experimentado pela psiqué. A imagem psicossomática é fundamental na constituição da identidade do Ego.

Nas organizações neuróticas, os fantasmas do corpo eróge-

no recalcados, criam os sintomas (corpo neurotico), porem, quando o corpo não e mais capaz de significar a diferença entre o ser e o outro, o interior e o exterior, as relações com os outros podem tornar-se terriveis. A confusão também pode ser um emaranhado de zonas corporais na representação global do corpo, tratando-se do "corpo psicotico".

McDougall preconiza a existência do "corpo psicossomático", um corpo desinvestido. Suas mensagens não são recebidas como por tadoras de pulsões proibidas. Mas, em função de exigências, ainda a serem esclarecidas, como se fossem inexistentes, consideraos desprovidos de importância foracluídos quanto a sua significação. "Esse diálogo de surdos entre soma e psiqué é o que de fine o 'corpo psicossomático'". (McDougall, J., 1985, p. 155).

Afirma que, em Psicanálise existe um abismo entre a obser vação das disfunções psicossomáticas e a compreensão que se pode pretender, por se tratar de uma falha na capacidade de representação. Explica que a psiqué possui capacidade de recusar o conhecimento da dor corporal, sendo que a prova disso está em pessoas que se automutilam e ficam totalmente insensíveis nos momentos de frenesi, catatônicos e místicos, que não experimentam sofrimento em situações normalmente insuportáveis. Também a dor corporal pode ser erotizada, a ponto do sujeito sentir prazer sexual em vez de sofrimento.

Lança a hipótese de que os fenômenos psicossomáticos, em resposta a conflitos psíquicos, estão relacionados a processos

psicobiológicos de natureza primitiva e pre-verbal, a fenômenos que não chegaram a transformar-se em processos autenticamente simbólicos, aptos a serem representados psiquicamente.

Enfim, refere-se a "personalidade psicossomática", que descreve como um aparente distanciamento, relação deslibidiniza-da, operatória, pobreza de expressão, atestam a existência de um arranjo protetor, uma defesa contra a dor mental, na relação com a própria imagem, frente às exigências pulsionais, na relação com os outros.

Birman escreve que no pensamento psicossomático francês, há divergências em pontos importantes, como é caso de Valabrega, que opõe-se às concepções dos demais autores franceses aqui citados.

Para Valabrega, a precariedade das relações transferenciais deixa inexplicável a analisabilidade dos sintomas psicossomáticos. Por mais pobre que seja a fantasmatização nestas estruturas, ela não está ausente, pois, na Psicanálise, seria impensável um psiquismo sem fantasmas. A significação está presente nestes sintomas, mesmo considerando a estreiteza e obstáculos à sua emergência na economia psíquica.

Valabrega supõe a existência de um campo conversivo, que <u>a</u>
barcaria uma conversão histérica e uma conversão psicossomática.

Nesta perspectiva, a conversão seria um conceito geral, existindo um núcleo "conversivo" possível em qualquer neurose. A conversão

histérica fica sendo uma modalidade de conversão. Valabrega colo ca a conversão num plano que admite diversas materializações vis cerais. Permanecem diferenças estruturais das enfermidades psi cossomáticas para as demais neuroses, bem como diferenças em relação à sua analisabilidade, em função dos "Fenômenos transferen ciais".

Pretende Valabrega, uma certa unificação da psicossomática, e critica a apresentação fragmentada e subdividida em aparelhos, contradizendo a visão proposta. Propõe um retorno à uma teoria etiológica unitária.

Michel Balint ainda outro nome na psicossomática, tem uma particular importância por fornecer as bases fundamentais buscan do integrar a psicossomática no espaço definido pela relação com o enfermo e seu médico.

Escreve Balint que pelo menos 30% dos indivíduos que realizam consultas médicas são constituídos por neuróticos que procuram clínicos por ocorrências corpóreas. Mesmo não existindo qualquer patologia de ordem lesional ou disfuncional, os pacientes buscam nas consultas uma forma qualquer para compreensão de seus problemas psíquicos.

Quando um paciente retorna periodicamente com pequenas leccces = 1 sões não se pode deixar de supor que existe certa inclinação a sofrer acidentes. Quando tem um número excessivo de infecções fa la-se de hipersensibilidade, condição alérgica etc. Quanto mais

prolongado o período de observação, mais se acentua a impressão de que a doença é uma condição do paciente.

Estas situações, segundo Balint, levam a eternas questões da Medicina:

Qual é o fator primário, uma enfermidade orgânica de caráter crônico ou certo tipo de personalidade? Esses dois fatores, são independentes entre si, in terdependentes ou um deles é causa e o outro efeito? E se é assim que papel corresponde a cada um? Tem os irritadiços possibilidades de contrais ulceras pépticas, ou essas tornam irritadiças as pessoas?

(BALINT, 1984, p. 221-222)

Balint refere-se a "enfermidade fundamental" ou "deficien cia fundamental" da estrutura biológica do indivíduo, envolvendo tanto sua mente quanto seu corpo. A origem dessa deficiência fun damental, pode ser encontrada em sua discrepância das necessidades do indivíduo nos primeiros meses, e os cuidados e atenção disponíveis.

Este fenomeno cria um estado de deficiência cujas conse - quências apenas em parte são reversíveis. Embora o indivíduo pos sa adaptar-se os vestígios de suas primeiras experiências contribuem para constituição e conformação de seu caráter psicológico e biológico. A causa dessa diferença primitiva entre necessidades e satisfações pode ser congênita, a criança formula exigências excessivas. Pode ser ainda decorrente do meio-ambiente em virtu de de cuidados insuficientes, irregulares, excessivamente ansiosos, desmedidamente protetores ou carentes de compreensão.

Partindo desta teoria os estados patológicos pelos quais passou o indivíduo, as doenças, os sintomas graves poderiam provocar diversas crises no desenvolvimento individual levando a exacerbações da doença fundamental.

Balint afirma que constitui um choque para qualquer pessoa compreender, que devido a doença, seu corpo e sua mente per deram sua capacidade. Sentir que talvez não possam concretizar suas esperanças.

Para certas pessoas, ficar doente constitui um golpe rude, para outras um alívio. Há indivíduos que devido a "deficiência fundamental" acham a vida muito difícil e mesmo as doencas de menor importância são excessivas, frustrantes e deprimentes. Nesse caso a enfermidade lhes oferece uma oportunidade para retirar-se e cuidarem de si mesmos.

Balint fala em lucros primários e secundários da doença. A doença pode ser uma fonte de gratificação. Naturalmente que toda enfermidade tem sua dor e as gratificações são parciais e diminuídas ou anuladas pelo sofrimento.

A doença é também o "veiculo" de um pedido de amor e atenção. Um dos conflitos mais comuns do homem é o determinado pela discrepância entre sua necessidade de afeto e a proporção e qualidade do afeto que o meio pode e quer oferecer. Certas pessoas adoecem para obter atenção.

Durante a doença o individuo pode retrair-se, e utilizar

também o que a Psicanalise chama de introversão. O indivíduo alem de afastar-se do meio, concentra todas as suas atenções em sua propria pessoa.

Freud referia-se em "Sobre o Narcisismo" ao individuo que retira a libido das objetos voltando-a para seu ego.

Também com a regressão permite certa gratificação durante a doença. Mais intensa que o retraimento e a introversão, a regressão leva ao aparecimento de formas infantis de comportamento. Aparece em função da extrema necessidade de cuidado, num momento em que parece impossível ao paciente enfrentar a vida e a dor com uma atitude madura. A regressão pode representar uma tentativa de autocura. Voltando a um nível mais primitivo o indivíduo buscaria uma oportunidade de desenvolver-se numa direção diferente, evitando assim o caminho que o levou à enfermidade.

Sinaliza ainda Balint que dois aspectos importantes estão presentes na relação do paciente com sua doença: o medo e a dor. Estes fatores são fundamentais porque interferem extrema mente no atendimento que será dispensado ao paciente. O medo e a dor podem despertar graves estados de ansiedade no paciente exigindo dos que o atendem inesgotáveis recursos.

Chama atenção para a diferença de percepção e limiar de dor nos pacientes. Diz também ser surpreendente a riqueza de concepções do corpo para o paciente durante a doença. Descreveu-as como inúmeras sensações, tais como "queimação", frio, sufoco,

peso etc.

As concepções de Balint mostram-se marcadas pela preocupa ção da produção do sintoma a partir das relações do paciente com sua doença e com o médico. A doença tem um sentido, composto por diferentes variáveis que se estabelecem no espaço da relação do paciente com seu médico.

Neste ponto de nosso trabalho fazemos um corte neste percurso de teorias. Sem dúvida que poderíamos ainda incluir outras concepções também importantes com as de Rosenfeld, Winicott, Masud Kan, Renata Gaddini e outros que escreveram especificamente sobre psicossomática ou desenvolveram teorias que serviram de base para a elaboração sobre os sintomas orgânicos.

Não nos passa despercebido também trabalhos de profission nais brasileiros que vem sendo divulgados recentemente, como é o caso de Eksterman, A., Júlio de Mello, Otelo Correia, preocupa dos com o atendimento aos pacientes psicossomáticos. Também Jurandir Freire que em trabalho recentemente divulgado refere-se as sensações corporais descritas pelos pacientes ao realizarem suas queixas.

O SEU ARDIL MAIS DIABÓLICO

ESTÁ EM FAZER-SE DOENTE.

JOGA-ME O PESO DOS MALES

QUE ELE TECE A CADA INSTANTE

E ME PASSA EM REVULSÃO.

## CONCLUSÃO

Na Introdução deste trabalho apontamos pacientes com diferentes tipos de sintomas. Durante cerca de cinco anos que trabalhamos em Hospital Geral participamos, de forma direta ou através de reuniões clínicas, do atendimento de pacientes com doenças crônicas, pacientes com câncer, pessoas que eram submetidas a cirurgias de emergência, cirurgias restauradoras e outros inúmeros e exemplos que poderíamos citar.

Em alguns momentos, nos parecia que todas essas formas de doenças corporais eram "tratadas" de maneira muito igual. Aos po<u>u</u> cos, fomos compreendendo que haviam diferenças, algumas signific<u>a</u> tivas, outras somente sutis.

Acreditamos que o conjunto de possibilidades dos sintomas somáticos encerra grandes disparidades (diferentes mecanismos para conversão histérica, para doenças psicossomáticas etc.), e remete a um estudo diferenciado.

Freud procurou demonstrar, através de uma linguagem aceita pela comunidade científica da época, marcada pelo positivismo, que a histeria não era uma doença nervosa, gerada por alterações físicas. Não eram encontradas lesões orgânicas, não se achavam disfunções neurológicas, não havia uma lógica que explicasse o fenômeno. As paralisias histéricas obedeciam ao psiquismo do indivíduo, tinham uma lógica, mas uma lógica única, a do simbolismo do sujeito.

Acompanhamos como preocupou-se em estudar como as doencas se apresentam, seu mecanismo, realizando comparações (exe<u>m</u> plo: paralisia de origem motora - paralisia histérica), estabelecendo verdadeiros diagnósticos diferenciais.

Num levantamento de autores psicanalíticos posteriores a Freud que se interessaram pelo sintoma somático, constatamos que as questões freudianas nortearam seus trabalhos. Ainda hoje, <u>u</u> ma das grandes discussões presentes na psicossomática mantém-se centrada nas diferenças estabelecidas por Freud, entre as histórias de conversão e as neuroses atuais.

Poderíamos dizer que os principais posicionamentos relativos a presença do sintoma somático dividem-se basicamente em dois tipos. Um que admite que os sintomas orgânicos são expressões simbólicas resultantes de conflitos psíquicos inconscientes. O outro, que aceita a simbolização para o caso da histeria de conversão, mas questiona a presença da mesma nas chamadas doenças psicossomáticas.

A primeira delas segue o modelo da histeria de conver - são criado por Freud e o estende a todas as demais doenças, as

quais teriam significado inconsciente específico. Seriam expressões somáticas que se originam a partir de um conflito inconsciente. O conflito estava marcado nos traços sintomáticos e por elas camuflados. Podem ser decifrados pela interpretação dos sintomáticos, construídos simbolicamente.

Dentro deste trabalho, vemos como representante mais ant $\underline{i}$  go e radical desse pensamento, Groddeck. Estendeu essa compree $\underline{n}$  são a todas as doenças, considerando que o sintoma orgânico apresentava uma estrutura simbólica semelhante  $\bar{a}$  existente no  $\underline{ao}$   $\underline{n}$   $\underline{o}$   $\underline{o}$ 

Modernamente, poderíamos apontar como partidários dessa posição os autores kleinianos, dos quais referimo-nos especifica mente a Angel Garma. Garma considerava, por exemplo, que seriam possíveis alterações do sistema vegetativo autônomo a partir da expressão simbólica de impulsos agressivos reprimidos.

Essa forma de pensar tem sido bastante difundida nos meios psicanaliticos e, podemos dizer que até bem pouco tempo era a pregnante. A outra posição, além de aceitar o modelo da histeria de conversão, admite uma somatização direta, na qual estariam ausentes os mecanismos de simbolização.

Entre os adeptos dessa modalidade estão Fenichel, Alexander, English, Pierre Marty, M'Uzan, Fain, McDougall e outros.

Alexander, por exemplo, distingue as histerias das neuroses vegetativas. Fenichel fala de expressões físicas de afeto que podem ocorrer sem experiências mentais psíquicas que lhes corres pondam. English separa claramente os pacientes considerados histéricos. Fain e Soulé preocupam-se em explicar o que consideram psicossomático, excluindo dessa modalidade a expressão física dos fenômenos mentais decorrentes da conversão histérica, disturbios mentais provocados por agressão ao S.N.C., e as consequências psíquicas de doenças somáticas.

Uma forma de abordagem desenvolvida nos estudos das doenças somáticas tem sido a de indicar as doenças que poderiam ser
classificadas como psicossomáticas; aqui, vemos que constantemen
te são apontadas, por exemplo, as úlceras e a asma.

Outra abordagem tem sido a de estabelecer uma correlação entre as características de personalidade e determinadas doen - ças. É o que se vê nas tentativas de estabelecer "perfis" psi - cossomáticos, feitos por Dunbar, Jellife, Alexander, Garma e outros.

A grande maioria das teorias que tratam dos sintomas som<u>a</u> ticos, refere-se à participação do corpo no estabelecimento do sintoma. Fala-se em história genética particular, em predispos<u>i</u> ção biológica que poderia ou não ser ativada em função do psiquis mo.

Para Fain, os sintomas, tanto no caso da criança, quanto no do adulto, ficariam submetidos a uma maturidade biológica do organismo, alem de fatores congenitos. Assim, cada faixa etária apresentaria maior propensão a certas doenças.

Parece-nos que na histeria de conversão o sintoma fica primordialmente submetido a uma lógica simbólica, não respeitan do a constituição anatômica. No caso das doenças psicossomáti - cas o sintoma obedece naturalmente a própria lógica biológica. O corpo "assume" a dor psíquica.

Um aspecto que tem sido insistentemente estudado, diz res peito ao desenvolvimento primitivo do bebê e à relação mãe-bebê. De certa forma o ressaltamos aqui porque é ao nosso ver o que marca a presença do corpo através da somatização.

Freud ja falava que o Ego era, acima de tudo, corporal.

Esta frase sugere que não a atividade físico-biológica está representada na mente, mas ela própria transforma-se em mente (Eksterman).

Esses pontos nos parecem fundamentar perfeitamente os pensamentos psicossomáticos que associam a propensão à somatização, à prejuízos ocorridos, à fases ainda bem arcaicas do desenvolvimento.

Podemos ver em English as primeiras observações a respeito, quando se refere a uma estrutura pré-mórbida nos pacientes somatizantes, incapaz de integrar um trauma psíquico. Quando fa-

la de carências fundamentais de amor, afeto e experiências agradaveis. Quando, sinalizava a dificuldade que encontrava de ver realmente esses pacientes associarem livremente.

Michel Fain, Pierre Marty, M'Uzan, falam em privação e carência. Carência nas relações afetivas, carência de sentido, carência em relação às condições que permitem o desenvolvimento ple no do psiquismo, carência no nível de pensamento.

Também McDougall posiciona-se, apontando a importância des sa fase. Afirma que a partir da matriz somatopsiquica há uma diferenciação progressiva entre o corpo e a primeira representação do mundo externo (seio materno), e se desenvolve a psique, havendo um lento processo de "dessomatização". O fracasso neste processo, compromete a capacidade do individuo integrar e reconhecer seu corpo, seus afetos, seus pensamentos.

As noções de pensamento operatório de Pierre Marty e M'U - zan, reforçam de certa forma essa questão.

Balint aponta ainda a "deficiência fundamental" nos prime<u>i</u> ros meses e anos, como condições que facilitam o aparecimento da doença somática. Advém dessa deficiência de base, prejuízos que impossibilitam as funções integrativas. Sendo assim, o soma é utilizado como uma saída para as tensões internas, cujos meios psíquicos de expressão não foram adquiridos, ou foram retirados.

Observamos que a maioria dos estudos psicanalíticos das

somatizações estabeleciam, até então, todo um movimento comparativo da somatização com uma estrutura neurotica, a histeria. Nos autores da escola psicossomática francesa vem surgindo um movimento de discussão comparando com processos psicoticos. Essa comparação, até onde pudemos observar, se da em função de ausência da simbolização e tentativa de explicar o processo de somatização através da forclusão. Daí a expressão Psicossomatose.

Apos termos percorrido essa série de questões e seus respectivos delineamentos teóricos, constatamos, na verdade, que es te trabalho revela-se como um grande capítulo introdutório que sugere novas pesquisas. Em outras palavras, sabemos que o trabalho se configura muito mais como um acúmulo de reflexões de extratos de diversos autores, épocas, concepções e de nossa prática clínica, guardando como fator integrador, a busca de um entendimento psicanalítico.

Embora não buscassemos qualquer carater conclusivo, algumas considerações podem ser feitas:

- 1 Acreditamos que no conjunto dos sintomas orgânicos correla cionados ao psiquismo, existem diferentes mecanismos para a conversão histérica e para as doenças psicossomáticas.
- 2 No caso das doenças somáticas, embora abranjam uma variedade de tipos e sintomas diferentes, fica-nos a idéia de que o fato de haver essas disparidades, não ameaça e condena a tentativa de uma resposta unitária à questão corpo sofrido em virtude do psiquismo sofrido.

3 - A resposta unitária que acreditamos existir, é a ligação da propensão a somatizar à falhas, lacunas, faltas, que não foram preenchidas não so quando bebê, mas nos anos de desenvolvimento até a "consolidação" de uma pessoa.

Baseado nessa forma de pensar, deixamos aqui hipóteses le vantadas, como exemplo do que vimos, e como marco do tanto que ainda temos de ver.

1 - O sujeito procura reduzir a intensidade da dor psíquica pelo caminho mais tolerável, mais curto, através de descarga, con figurando um ato-sintoma. O soma tenta proteger - se sozinho contra os perigos irrepresentáveis para a psique. O sujeito não "aprendeu" a experimentar a dor psíquica, transplanta-a irremediavelmente para o domínio corporal.

Uma paciente hipertensa, frente à perda consecutiva dos pais e avos, não reagiu com sentimentos pesarosos, proprios da situação de elaboração de luto. O que emergiu foi uma piora clinica, trazendo consigo intensos temores de morte. Logo nas primeiras sessões fica evidenciada sua "hipertensão" frente à vida. Gesticula muito, fala aceleradamente, em tom de voz excessivamente alto e sobretudo não "ouve" a si propria. Subitamente, de forma muito "eficaz", resolve complexas situações de sua vida (ex: mudança de apartamento). As intervenções de sua analista reage, ora neutralizando-a (por vezes, nem a ouve), ora atuando o que foi dito, automatizando sua resposta.

2 - O sujeito, embora tendo acesso à sua representação, tenta substituir o conteúdo afetivo penoso pela sensação corporal dolorosa, com vistas defensivas. Pondo em evidência um sofrimento físico, mascara um estado de dor mental. Pacientes nesta condição podem experimentar a dor psíquica e a pres sentem em frequência e intensidade exacerbadas. Para evitá-las, portanto, optam por um anestesiamento da esfera psíquica.

O paciente J., que passou muitas sessões num discurso repetivo acerca de sua terrível doença, pode, em outras sessões, deslizar para uma outra esfera. Falar de seus receios de aniquilamento, ao mesmo tempo em que mostra situa ções de vida onde participa ativamente do aniquilamento de seus desejos e identidade.

3 - O sujeito procura uma descarga de emergência, pois quantida des incontroladas de excitação (estado de represamento) dominam o ego. Os sintomas psicossomáticos seriam entendidos como desvios tomados pela excitação sexual somática, que não foi capaz de se aplacada pela descarga "certa" - ação específica. A etiologia da desordem psicossomática deve ser buscada no domínio do orgânico e no momento presente. O pres suposto subjacente a tal afirmação ê do princípio de constância: necessidade do organismo reter um nível de energia constante, com vistas a empreender a ação específica, única capaz de remover o estado de necessidade provocado por estímulos endógenos (pulsão).

- 4 O paciente faz uso de seu próprio corpo como forma de expressar a sua história. As afecções que entram no discurso fazem parte da história do paciente; o corpo emprestaria suas funções à psique. Desta forma, alterações de funções fisiológicas exprimiriam, de modo distorcido e inconsciente, conflitos pulsionais anteriormente reprimidos. Tal caracterização nos remete às chamadas manifestações histéricas.
- 5 Individuos que apresentam o quadro clínico denominado hipocondria trazem como fatores psicogênicos estados de represamento e retraimento narcísico, os quais geram alterações orgânicas que dão origem às sensações hipocondriacas. Essas sensações poderiam ser geradas por tensões em certos órgãos, tensões estas que não seriam descarregadas, provocando sensibilidade excessiva e incômodo. Poderiam, ainda, ser decorrentes da retirada de catexias objetais, alterando a econcomia mental e fazendo que a libido, normalmente ligada a idéias de objeto, se voltasse em direção aos órgão, ou seja, ao próprio indivíduo.
- 6 O sujeito pode apresentar distúrbios num certo órgão como con sequência direta da oposição Pulsões do Ego X Pulsões Sexu ais. Este órgão serviria aos dois tipos de pulsões e, no caso de ter um papel erógeno aumentado (em detrimento de sua função a serviço do Ego), passa a carregar consigo as mudanças típicas de um órgão excitado. Neste modo de compreensão, poder-se-ia falar, por exemplo, de alongamento do eixo do globo ocular (causador da miopia) como consequência do uso ex-

cessivo dos olhos para fins de gratificação de impulsos exopof $\underline{i}$  licos.

Vemos, pois, um tipo de compreensão que não utiliza o modelo eficientemente utilizado na histeria ("o que o sujeito não pretende ver?") de tradução das fantasias para o corpo. Pelo contrário, neste modelo pretende-se enfatizar a real ocorrência de alterações somáticas no orgão em questão, decorrentes de atitudes instintivas inconscientes, sem que estas alterações, em si, possam estar falando numa outra linguagem de significado psiquico.

QUERO ROMPER COM MEU CORPO,
QUERO ENFRENTA-LO, ACUSA-LO,
POR ABOLIR MINHA ESSÊNCIA,
MAS ELE SEQUER ME ESCUTA
E VAI PELO RUMO OPOSTO.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALINT, M. <u>O médico</u>, <u>seu paciente e a doença</u>. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, São Paulo, 1984.
- BALINT, J. <u>Enfermidade e loucura</u>, E. Campus, Rio de Janeiro, 1980.
- BLEGER et al. "Psicologia y Medicina", in <u>Psicologia y Can</u> cer, Ed. Paidos, Buenos Aires.
- BRANDÃO, J.S. <u>Mitologia grega</u>. Vol. II, Ed. Vozes, Petropo lis, 1987.
- CAMPOS, Eugênio P. "Possibilidades e limites da aplicação da psicanálise na prática médica", in <u>Psicossomática</u>, OEDIP, Vol. I, Ano I, n. 4, Rio de Janeiro, 1986.
- CHAVREUL, Jean A <u>ordem médica</u>, Ed. Brasiliense, São Paulo,
- DEBRAY, R. "A propos de troubles somatiques dans l'oeuvre de Freud et celle de certains de ses successeurs", in <u>Revue</u> française de psychanalyse, p. 1133, Paris, 1984.
- DUNBAR, F. et al. "Medicina Psicossomática", in <u>Medicina Psi-cossomática</u>, <u>psicoanalisis de hoy</u>, Ed. Paidos, Buenos Aires, 1958.
- EKSTERMAN, Abram "Psicossomática: o diálogo entre a psicanálise e a medicina", in <u>Boletim Científico</u>, SBPRJ, pp. 50-80,
   n. 14, Rio de Janeiro.
- ENGLISH, O. S. "Problemas psicossomáticos", in <u>Medicina psi-cossomática y psicoanalisis de hoy</u>, Ed. Paidos, Buenos Ai -res, 1958.

- EPINAY, Michele Lalive d' <u>Groddeck: a doença como linguagem</u>,

  Ed. Papirus, Campinas, 1988.
- FAIN, M. "Avant Propos", in <u>Revue française de psychanalyse</u>, p. 5, Paris, 1984.
- FENICHEL, O. <u>Teoria psicanalitica das neuroses</u>. Livraria A-theneu, Rio de Janeiro, São Paulo, 1981.
- FERENCZI, et al.- "La influencia de Freud en la medicina", in Medicina psicossomática y psicoanalisis de hoy, Ed. Paidos, Buenos Aires, 1958.
- FREUD, S. "Observações sobre um caso grave de hemianestesia em um homem histérico" (1886), in <u>Edição Standard Brasilei</u>ra, Vol. I, Ed. Imago, Rio de Janeiro, 1977.
- ----- "Esboço A Etiologia das neuroses atuais", (1892),
  Vol. I.
- ----. "Etiologia das neuroses", (1893), Vol. I.
- ----. "Alguns pontos para um estudo comparativo das parali sias motoras, orgânicas e histéricas", (1893), Vol. I.
- ----. "Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência", (1893), Vol. III.
- ----. "Rascunho D", (1894), Vol. I.
- \_ ----. "Rascunho E", (1894), Vol. I.
- \_ \_\_\_\_. "As neuropsicoses de defesa", (1894), Vol. III.
- ----. "Estudos sobre a histeria", (1895), Vol. II.
- \_ ----. "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada "neurose de angústia", (1895), Vol. III.

\_ \_\_\_\_. "Obsessões e fobias: seu mecanismo psiquico e sua etio logia", (1895), Vol. III. \_ \_\_\_\_. "Sobre o mecanismo psiquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar", (1895), Vol. II. - ----. "Hereditariedade e a etiologia das neuroses", (1896), Vol. III. - ----. "Etiologia da histeria", (1896), Vol. III. \_ \_\_\_\_. "Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa", (1896), Vol. III. \_ ----. "A sexualidade na etiologia das neuroses", (1898), Vol. III. \_ \_\_\_\_. "Fragmento da análise de um caso de histeria", (1905), Vol. XVII. - ----. "A Concepção psicanalita da perturbação psicogênica da visão", (1910), Vol. XI. \_ \_\_\_\_. "Sobre o narcisismo", (1914), Vol. XIV. \_ \_\_\_\_. "Conferências introdutórias sobre psicanálise: conferê<u>n</u> cia XVI", (1917), Vol. XVI. - ----. "Conferências introdutórias sobre psicanálise: conferên cia XXIV", (1917), Vol. XVI. - ----. "Luto e melancolia", (1917), Vol. XIV. - ----. "Alem do princípio de prazer", (1920), Vol. XVIII. \_ \_\_\_\_. "O ego e o id", (1923), Vol. XIX. \_ \_\_\_\_. "Inibições, sintomas e ansiedade", (1926), Vol. XX.

- FREUD, S.- "Análise terminável de interminável", (1937), Vol. XXIII.
- \_ ----. Sinopses da Standard edition da obra psicológica completa, Ed. Salamandra, Rio de Janeiro, 1979.
- GARMA, A.- <u>A Psicanalise: teoria, clinica e tecnica, Porto Ale</u> gre, Artes Médicas, 1984.
- GADDINI, R. "Sintoma psicossomatica, actuacion y comunicacion en el processo madurativo", in <u>Eidon</u> <u>Revista del centro</u> <u>de investigacion en psicoanalisis y medicina psicosomatica, pp. 41-50, Ed. Paidos, Buenos Aires, Ano <u>6</u>, n.11, 1979.</u>
- GUIR, J. A psicossomática na clínica lacaniana, Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1988.
- HERZOG, Regina <u>Sujeito da doença ou doença do sujeito</u>? A cons <u>trução do ser doente</u>. Tese de mestrado, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), 1987.
- JELLIFE, S. E. et al.- "Psicoanalisis y medicina interna", ir Medicina psicosomática y psicoanalisis de hoy, Ed. Paidos, Buenos Aires, 1958.
- KREISLER, L., FAIN, M. e SOULE, M.- A criança e seu corpo, Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1981.
- LAPLANCHE & PONTALIS Vocabulário da psicanálise, Moraes Editores, Lisboa, 1979, 5ª edição.
- MARTY, P. & M'UZAN, M. "La 'pensée opératoire', in Revue francaise de psychanalyse, 27, pp.345-356, Paris, 1963.
- MARTY, P. "A propos de rêves chez les malades somatiques", in Revue française de psychanalyse, 5, pp.1143-1161, Paris, 1984.

- MARTY, P. L'ordre psychossomatique, Tome 2, Payot, Paris, 1985.
- McDOUGALL, Joyce. Em defesa de uma certa anormalidade. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1983.
- ----. <u>Conferências brasileiras</u>, Ed. Artes Médicas, Porto A-legre, 1987.
- MELLO FILHO, Júlio de. <u>Concepção psicossomática</u>: <u>visão atual</u>. Ed. Tempo Brasileiro, RJ, 1979
- MELMAN, Charles. <u>Novos estudos sobre a histeria</u>, Ed. Artes M<u>e</u> dicas, Porto Alegre, 1985.
- ROCHA, Fernando. Notas sobre a contribuição de alguns analistas da Sociedade Psicanalítica de Paris à compreensão dos distúrbios psicossomáticos, (mimeografado), Rio de Janeiro, 1987.
- SANTOS FILHO, Otelo Correa dos "Psicanalise de pessoas com estruturas psicossomáticas: algumas ideias", in <u>Boletim Científico</u> SPRJ, pp 20-26, Rio de Janeiro, Ano II, nº 2, 1986.

Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da banca Examinadora:

JUNIA DE VILHENA (Orientadora)

PUC/RJ

ANA MARIA/ NICOLACI-DA-COSTA

PUC/RJ

MARIA ELIZABETH RIBEIRO DOS SANTOS
PUC/RJ

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 31 / 01 | 89

Marie Bichan Twitte

MARIA EUCHARES DE SENNA MOTTA

Coordenadora dos Programas de Pós-Graduação do centro de Teologia e Ciências Humanas