



PUC RIO

MARIA STELLA RODRIGUES DA CUNHA

TRAUMA E IMPASSE NOS TRÊS TEMPOS DO ADOECER SOMÁTICO

TESE DE DOUTORADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, 9 de agosto de 1996

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>

Apenas para uso próprio, sem fins lucrativos. (Lei nº6.910/98 do Direito Autoral)

150
C972T

N.Cham. 150 C972t TESE UC

Título Trauma e impasse nos tres tempos do adoecer somatico



Handwritten mark resembling the number 10

Ex.1 PUCB

0097585

ac 67065

UC-00062532.5



+V

97539

150

CG727

FESE UC

ex. 1

MARIA STELLA RODRIGUES DA CUNHA

TRAUMA E IMPASSE NOS TRÊS TEMPOS
DO ADOECER SOMÁTICO

Tese apresentada ao Departamento de
Psicologia da PUC/RJ como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Doutor em Psicologia Clínica.

Orientadora: Angela Baraf Podkameni

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, agosto de 1996

AGRADECIMENTOS

- a Angela Baraf Podkameni, minha orientadora, pela disponibilidade e pelo incentivo em mais esta etapa de minha trajetória acadêmica.
- a Rosine Debray, por ter me recebido em seus seminários da Paris V e do Institut de Psychosomatique.
- a Lídia Levy de Alvarenga, minha colega tornada amiga nos anos de doutorado, pela interlocução sagaz e objetiva.
- a Edna Vilete, pela escuta cuidadosa e acolhedora nas idas e vindas de meu percurso pessoal.
- ao Lula, pela ajuda inestimável e, principalmente, por estar ao meu lado em todos os momentos.
- a Marília e a Cristiana, pelo carinho estimulante e pela beleza que me passam sempre.
- aos meus amigos, de muito tempo e mais recentes, pela força de sua amizade, pelos macetes e pela paciência nos momentos difíceis.
- a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) e aos seus funcionários, pelo profissionalismo e seriedade de seu trabalho.
- ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela ajuda financeira recebida durante o curso.

RESUMO

Focalizando as questões envolvidas no campo da psicossomática de orientação psicanalítica, esta tese pretende avançar na compreensão dos fenômenos do adoecer somático. Tendo como referência os autores da Escola de Psicossomática de Paris, discute-se a natureza do objeto e a amplitude do campo da psicossomática em relação à psicanálise. O conceito freudiano de trauma e a ansiedade de separação são colocados no centro da questão do adoecimento somático, através do "diálogo" entre Freud e Otto Rank. Introduce-se a idéia de um "impasse fundamental", instituído pelo ato do nascimento, que carrega a contradição básica do ser humano em um movimento de duplo sentido: de separar-se e diferenciar-se e, ao mesmo tempo, manter-se indiferenciado e fusionado ao objeto maternal. Defende-se a hipótese de *uma conjugação traumática em três tempos* na gênese das enfermidades somáticas. Para ilustrar as formulações enunciadas, são apresentados dois extratos clínicos de adolescentes com doenças somáticas e um resumo da observação dos dois primeiros anos de vida de um bebê com manifestações somáticas e distúrbios funcionais graves, no contexto da relação com a mãe. Os fragmentos clínicos são retirados do atendimento de um adolescente diabético no ambulatório de um hospital geral do Rio de Janeiro, e das entrevistas preliminares de um adolescente com história de infecção precoce e de reações alérgicas, realizadas em consultório privado.

RÉSUMÉ

Centrée sur les questions posées dans le domaine de la psychosomatique par rapport à la psychanalyse, cette thèse prétend avancer dans la compréhension des phénomènes du "devenir somatiquement malade". On prend comme axe théorique les auteurs de l'École de Psychosomatique de Paris. Le concept freudien de traumatisme et d'angoisse de séparation sont placés au centre de la question du devenir somatiquement malade, par le "dialogue" entre Freud et Otto Rank. L'idée d'une "impasse fondamentale" est proposée. On dit qu'elle est instaurée par l'acte de la naissance, qui conduit à la contradiction de base de l'être humain dans un mouvement à double sens: de se séparer et de se différencier, et, en même temps, de se maintenir indifférencié et fusionné à l'objet maternel. On soutient l'hypothèse *d'une conjugaison traumatique en trois temps* dans la genèse des infirmités somatiques. Pour illustrer les formulations énoncées, sont présentés deux extraits cliniques d'adolescents porteurs de troubles somatiques et le résumé de l'observation des deux premières années de vie d'un bébé avec des manifestations somatiques et des troubles fonctionnels, dans le contexte de la relation avec la mère. Les extraits cliniques sont relevés du suivi d'un adolescent diabétique à l'ambulatorio d'un hôpital à Rio de Janeiro et des entretiens préliminaires d'un adolescent qui a présenté une infection très précoce et des réactions allergiques, réalisés dans un cabinet privé.

PALAVRAS CHAVES

- 1 - Psicossomática
- 2 - Psicanálise
- 3 - Adoecer somático
- 4 - Trauma do nascimento
- 5 - Separação-individuação
- 6 - Relação mãe-bebê
- 7 - Impasse narcísico
- 8 - Doenças dermatológicas
- 9 - Diabetes insulino-dependente

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - Psicanálise e psicossomática	11
1.1 - Psicossomática psicanalítica: questões e controvérsias	12
1.2 - O campo da psicossomática: constituição e fundamentos	32
1.3 - O objeto da psicossomática: dentro ou fora da psicanálise ?	53
1.4 - O somático, o psíquico e o psicossomático	70
CAPÍTULO 2 - Pierre Marty e a Escola de Psicossomática de Paris	87
2.1 - A investigação psicossomática de Pierre Marty - limites e abrangência	87
2.2 - Os movimentos individuais de vida e de morte	102
2.2.1 - A economia psicossomática	105
2.2.2 - Os fenômenos das fixações-regressões	109
2.2.3 - As desorganizações, a depressão essencial e o estado operatório	111
2.2.4 - A questão do trauma e a pulsão de morte	115
2.3 - Excitação, instinto e pulsão	122
2.4 - Mecanismos em jogo na somatização	144
CAPÍTULO 3 - Trauma, impasse e ansiedade de separação	162
3.1 - A concepção de trauma em Freud	163
3.2 - Sobre "Inibições, sintomas e ansiedade"	183
3.3 - Otto Rank e o trauma do nascimento	207
3.4 - Separação, diferenciação e impasse narcísico	230
CAPÍTULO 4 - O adoecer somático: uma hipótese clínica	251
4.1 - Da simbiose e do luto não elaborado	253
4.2 - Os períodos sensíveis no adoecer somático	265
4.3 - Os três tempos da conjugação traumática	277
BIBLIOGRAFIA	294

AS CONTRADIÇÕES DO CORPO

Carlos Drumond de Andrade

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.

(...)

Meu corpo apaga a lembrança
que eu tinha de minha mente.
Inocula-me seu patos,
me ataca, fere e condena
por crimes não cometidos.

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.

Meu corpo inventou a dor
a fim de torná-la interna,
integrante do meu Id,
ofuscadora da luz
que aí tentava espalhar-se.

(...)

Quero romper com meu corpo,
quero enfrentá-lo, acusá-lo,
por abolir minha essência,
mas ele sequer me escuta
e vai pelo rumo oposto.

(...)

INTRODUÇÃO

A busca de respostas para o fenômeno do adoecimento somático tem sido uma constante na minha prática de psicanalista, tanto no âmbito do consultório, quanto no atendimento aos pacientes de hospital geral onde trabalhei. A necessidade de compreender o que faz com que uma criança pequena desenvolva uma doença crônica tão lesiva quanto o diabetes; o fato de me deparar quase sempre, (poderia dizer sempre), com situações de separação e perda no desencadeamento de diversas doenças, de caráter agudo ou crônico, deixa-me invariavelmente perplexa e intrigada. Aguça-me o desejo de pesquisa as misteriosas articulações entre o sofrimento psíquico e suas possíveis manifestações físicas, as perturbadoras fronteiras entre o soma e a psiquê, entre o fato real e o valor traumático deste na etiologia do padecimento orgânico.

Desde o curso de graduação em psicologia, uma precoce motivação pelo trabalho em hospital geral impeliu-me na direção do estudo e da pesquisa destas questões. Nos três hospitais da rede pública em que trabalhei, fui me embrenhando cada vez mais no campo da psicossomática, na investigação da gênese e dos mecanismos implicados no adoecimento somático. Em contrapartida, a experiên-

cia vivida no esforço de integração em uma equipe multidisciplinar de saúde confirmava a cada passo os limites da atuação, questionava em cada momento as práticas e os saberes. Este tipo de convivência interdisciplinar leva a redimensionar os parâmetros de análise utilizados no exercício da prática privada.

Hoje, verifica-se particularmente que, tanto no contexto institucional quanto no contexto da experiência psicanalítica privada, o tema da psicossomática vem problematizando e sendo problematizado, uma vez mais, reacendendo a crucial questão da relação psiquê-soma. Esta retorna sempre, na medida em que tenta dar conta da angústia do ser humano na busca de respostas à vida e à morte, aos limites do corpo e aos anseios de romper com esses limites.

É, assim, na questão dos *limites* que vamos esbarrar ao circunscrever o tema da psicossomática. Limite entre a psicanálise e a biologia, entre o corpo erógeno e o corpo orgânico, entre o self do bebê e o objeto maternal, do qual será preciso se discriminar para poder se tornar sujeito de sua própria história.

Tentar destrinchar algumas das questões envolvidas no adoecer somático dentro de uma abordagem psicanalítica, é o objetivo principal desta tese.

A primeira questão que se apresenta, ao se tratar do adoecimento físico no contexto da psicanálise, é a do "lugar do corpo", tema que, recentemente, vem sendo objeto de inumeráveis

publicações e debates. Os motivos desta focalização temática parece ter origens diversas, tanto internas quanto externas à própria psicanálise, enquanto movimento produtor de um saber. É provável que a crescente demanda de tratamentos alternativos por parte de pacientes com padecimentos físicos coadjuvantes em certas patologias narcísicas, se constitua num desses motivos. Até recentemente, a psicanálise encontrava-se pouco instrumentalizada para lidar com esse tipo de problemática, o que propiciou, a meu ver, uma procura de outras técnicas terapêuticas, especialmente, das chamadas "terapias corporais". Uma disputa de mercado junto ao paciente de médio e alto poder aquisitivo se fez sentir.¹ Por outro lado, a penetração da psicanálise em contextos diversos vem ocorrendo, principalmente, na medida em que os psicólogos começaram suas incursões na área da saúde pública, mais especificamente, nos hospitais gerais.² O confronto do discurso psicanalítico, veiculado por psicólogos e médicos com formação psicanalítica, com o saber médico, tem propiciado, a meu ver, frutíferas reflexões sobre as ligações entre o somático e o psíquico, e sobre os recursos teóricos e técnicos da psicanálise na abordagem ao adoecer somático.

Apesar de muitas vezes conflitante, é ainda na tentativa de aproximação desses dois discursos diversos, que vai surgir a

1 - Outros argumentos sobre este ponto são apresentados por Birman (1980) e Russo (1991).

2 - Sobre o trabalho do psicólogo em hospital geral no Rio de Janeiro, ver Langenbach e Negreiros (1987).

vertente da psicossomática em suas múltiplas facetas. Buscando novas formulações para o problema da articulação psiquê-soma, a psicossomática apresenta-se, hoje, tanto como qualificativo de uma medicina humanista holística, quanto substantivada em seus propósitos de investigação, no campo mesmo da psicanálise.³ Do confronto entre estes diferentes campos do saber, ou seja, do saber médico, que visa especificamente o corpo biológico, e do saber psicanalítico, que trata do corpo erógeno, vão se apresentar, sob novas formas, as questões de fronteira que, desde Freud, tanto instigam a pesquisa psicanalítica: aquela do corpo adoecido de um sujeito desejante. É nestes meandros que a psicanálise passa a ter que se haver, novamente, com as questões de sua origem, com as ambiguidades e os limites de seu arcabouço teórico e técnico. Assim, para poder responder à demanda provocada pela ampliação de seu campo de atuação, o saber psicanalítico tem que se confrontar, uma vez mais, com questões como "o lugar do corpo" e os "limites do analisável".

Talvez para atender a muitas dessas questões, o segundo número da Agenda de Psicanálise⁴ foi dedicado ao tema "O corpo na Psicanálise hoje", onde diversos artigos vêm assinados por psicanalistas e pensadores brasileiros e estrangeiros notórios. A im-

3 - Sobre as relações entre a medicina psicossomática e a psicanálise, ver Birman (op. cit., cap. 3); e Mello Filho (1992, cap. 8).

4 - Este foi o segundo e último número da Agenda, editado em 1990.

portância do tema mostra-se claramente, nas palavras que introduzem a "Questão da Agenda": "Freud, há quase cem anos, guiado pelo enigma da histérica, subvertia a idéia do corpo anátomo-fisiológico, criando um novo corpo, um corpo psicanalítico. Agora, na virada do século, o corpo está, mais do que nunca, na ordem do dia. O mal-estar na civilização fala através de novas figuras do corpo, articuladas com o narcisismo, a angústia, o sexo e a morte. O corpo resiste e torna a interrogar, sob novas roupagens, o saber dos analistas e os limites da psicanálise. Diante disso, e a partir do que a prática clínica suscita, o que poderíamos dizer sobre o lugar do corpo na psicanálise hoje?"

A questão dos limites do analisável impõe-se, desse modo, sendo motivo de muitos debates e de redefinições teóricas a partir da clínica. A demanda de tratamento analítico por parte de certo tipo de paciente, cuja estrutura psíquica não era reconhecida como neurótica, nem como psicótica, nem como perversa e, para quem os procedimentos habituais da psicanálise não se mostravam eficazes, levou alguns autores a se dedicarem especialmente ao estudo destas patologias. As características do funcionamento mental dos chamados "pacientes difíceis" ou borderline, ou, ainda, "das organizações de personalidade narcisista", exigiam novas concepções em suas abordagens terapêuticas. Entre estes autores, Otto Kernberg, Donald Winnicott, Masud Khan e Joyce McDougall têm tra-

zido importantes contribuições, tanto teóricas quanto clínicas, para a discussão das dificuldades do trabalho analítico com esse tipo de paciente. Dentro de enfoque semelhante, a problemática do paciente dito "somatizante" vem sendo estudada por psicanalistas que fizeram escola, como o grupo de Pierre Marty, e também por aqueles que desenvolvem as pesquisas no contexto de seus consultórios, como Joyce McDougall.

Entretanto, se por um lado, observa-se uma nítida expansão da investigação psicossomática de referencial psicanalítico, tanto na produção científica quanto na criação de centros de ensino e pesquisa,⁵ encontram-se, por outro lado, no próprio meio psicanalítico fortes críticas e resistências ao tema da psicossomática⁶ e ao tratamento analítico das patologias somáticas.⁷

Contudo isto, a prática clínica hoje nos impõe esforços de reformulação em muitos aspectos e sobretudo no que diz respeito ao tipo de paciente que chega aos nossos consultórios. É sobre isto que André Green nos chama a atenção, ao dizer: "Outrora o mistério era a histeria (...). Hoje em dia as manifestações somáticas

5 - Dentre eles, vale mencionar, em Paris, o Institut de Psychosomatique (IPSO) com o seu Centre d'Enseignement et de Recherche (CERP) que, além da pesquisa em psicossomática, promove curso de formação de psicoterapeutas-psicossomatistas. No Brasil, o Rio de Janeiro é pioneiro na abertura do campo com a fundação da Divisão de Medicina Psicossomática no Serviço de Clínica Médica da Santa Casa da Misericórdia, em 1958, por Danilo Perestrello. Sobre a história da medicina psicossomática no Brasil, ver Mello Filho (1992, cap. 2).

6 - Cf. Clavreuil, "para quem não existe medicina psicossomática", apud Abreu na introdução a Guir (1988).

7 - Ver comentário sobre a visão da escola lacaniana, a respeito da psicossomática, em Déjours, Marty e Herzberg-Poloniecka (1980).

de nossos analisandos (...) são o pão cotidiano do analista. Para nós a questão é saber como articular isso com o psíquico." (Green, 1990, p. 28)

Situando-me no campo da psicossomática psicanalítica, privilegio os autores da Escola de Psicossomática de Paris, além de alguns outros que, complementarmente àqueles, compõem o quadro teórico-clínico de referência para a hipótese que apresento sobre o adoecer somático.

*

A idéia central sustentada nesta tese toma o *trauma* e o *impasse* como noções chave que, implicadas no processo de separação (diferenciação) da criança da figura materna, apontam para a hipótese de uma *conjugação traumática em três tempos* no adoecimento somático.

Apresento, a seguir, o conteúdo dos quatro capítulos onde desenvolvo as concepções que conduzem a esta hipótese.

No Capítulo 1, focalizo, inicialmente, as principais questões e controvérsias presentes no campo da pesquisa psicossomática de referencial psicanalítico. A pergunta - "o que é psicossomático?" - situa-se no centro da polêmica.

Seguindo-se ao mapeamento dessas questões, a pesquisa conduz aos fundamentos e à constituição do campo da psicossomática. Retomo em Freud os marcos para a delimitação do campo psicanalítico, em relação aos quais a investigação psicossomática é posicionada.

Dentro ou fora da psicanálise, o objeto da psicossomática leva a indagar - "de que corpo se trata?" - quando focalizamos os processos de somatização; quando lidamos com a dor psíquica que não pôde ser representada e que, portanto, não tem palavra para ser falada.

Ao conceberem a somatização no adulto como um retorno à fusão somatopsíquica arcaica, os psicanalistas da Escola de Marty afirmam o campo da investigação psicossomática como uma ampliação do campo psicanalítico. Sua extensão abrange o somático, o psíquico e as relações entre esses movimentos.

No Capítulo 2, passo a elucidar o peso do trauma na gênese do adoecimento somático, sob o enfoque dos autores da Escola de Psicossomática de Paris. Exponho, assim, o pensamento de Pierre Marty em seus enunciados principais, destacando a questão do trauma e os movimentos contraevolutivos que eles desencadeiam. Os "estados operatórios", a "depressão essencial" e a "desorganização progressiva" são descritos no conjunto da configuração traumática dos processos de somatização, mais ou menos graves. Os textos de

outros autores da Escola de Paris complementam as questões, também cruciais, dos mecanismos de defesa em jogo na somatização e da fusão pulsional. Um cotejamento com os textos freudianos se dá em vários pontos da explicitação conceitual.

No Capítulo 3, faço um rastreamento do conceito freudiano de trauma, que desemboca na ansiedade de separação, tal como foi enunciada no texto "Inibições, sintomas e ansiedade", de 1926. O centro da discussão recai no "diálogo" entre Freud e Otto Rank sobre as consequências do trauma do nascimento na gênese do adoecimento psíquico e somático.

Ainda neste capítulo, introduzo a noção de "impasse fundamental". Ela carrega a contradição básica do ser humano no duplo movimento de separar-se e individuar-se, ao mesmo tempo, de manter-se unido à fonte materna na ilusão parasitária e nirvânica da indiferenciação. Os movimentos de separação e de diferenciação são analisados em sua importância para a aquisição da consciência dos limites corporais e da integridade somatopsíquica. Articulando-se ao trauma do nascimento, o impasse aponta para a hipótese apresentada no capítulo seguinte.

No Capítulo 4, a hipótese de trabalho toma o *trauma da separação* e o *impasse* frente à diferença suscitada pelo objeto como elementos que, ao se associarem a disposições genéticas hereditárias e constituídas pela história das relações de objeto do su-

jeito, comporão um quadro de risco de somatização. Para ilustrar as formulações enunciadas, apresento os passos que me conduziram à montagem da hipótese, lançando mão de dois extratos clínicos e da observação de um bebê com sua mãe, onde os sintomas manifestados pelo bebê (eczema, asma e distúrbios funcionais), são analisados no contexto da relação, durante os dois primeiros anos de vida da criança. Os fragmentos dos casos clínicos são retirados do atendimento de um adolescente diabético no âmbito de seu acompanhamento médico ambulatorial e das entrevistas iniciais de um adolescente com história de infecção precoce e manifestações alérgicas.

Partindo, assim, de minha experiência clínica, a pesquisa faz um percurso que passa pelas teorias e controvérsias presentes no campo da psicossomática, permitindo um reexame dessa experiência, para desembocar, finalmente, na hipótese da *conjugação traumática em três tempos no adoecer somático*.

CAPÍTULO 1

PSICOSSOMÁTICA E PSICANÁLISE

Observa-se na literatura especializada um amplo espectro de teorias e de recursos técnicos que tentam dar conta das questões dos padecimentos físicos que atingem o ser humano.

Christophe Déjours¹ mostra como, em matéria de Psicossomática, existem numerosas correntes clínicas, técnicas e teóricas que vão da medicina (dita psicossomática) à abordagem psicanalítica dos pacientes atingidos em sua integridade corporal. Entre estas encontram-se as práticas centradas nas interconsultas dos hospitais gerais, os "Grupos Balint", a noção de stress, as teses agressológicas, o behaviorismo, a psicologia experimental e a neurofisiologia, em especial a neuroquímica. E acrescenta que, no seio desta pluralidade há vigorosas contradições, algumas delas chegando ao antagonismo. Dentro mesmo do âmbito

1 - Psicanalista, membro da Escola de Psicossomática de Paris, Déjours é autor de várias obras relacionadas ao tema da psicossomática. Entre estas, escreveu o prefácio e organizou, junto com Fain, a coletânea Corps malade et corps érotique (1989), na qual encontram-se contribuições valiosas sobre a psicossomática de referencial psicanalítico.

da psicanálise, são inúmeras as controvérsias que merecem ser publicamente debatidas.

1.1 - Psicossomática psicanalítica: questões e controvérsias.

Inserindo-me neste debate, no campo da psicanálise, enuncio algumas questões que me parecem destacar-se no emaranhado de controvérsias existentes sobre o estatuto da psicossomática. A partir delas, talvez se possa favorecer uma delimitação de seu campo e de seu objeto - o adoecer somático. Assim, vejamos algumas questões básicas mencionadas:

(i) Como se constitui o campo da psicossomática em relação ao campo da psicanálise ? Existe uma especificidade no enfoque psicanalítico do adoecimento somático ? O adoecer somático se constitui como um objeto próprio, exigindo, assim, uma técnica específica em sua abordagem, ou a enfermidade somática, encarada como uma produção do inconsciente, é passível de atenção em qualquer processo analítico que não dissocie o ser corpóreo de sua vida mental ? Dito de outro modo, a psicossomática deve ser tomada como uma especialidade do campo psicanalítico, ou como um modo amplo de aproximação aos processos de adoecimento físico no contexto de uma análise ?

(ii) O que é "psicossomático" ? Algumas doenças apenas

ou todas as enfermidades são psicossomáticas ? É a lesão que distingue o que é "psicossomático" do que não é ? A conversão pode ser vista como uma forma de somatização ?

(iii) Existe uma estrutura psíquica própria do chamado paciente somatizante, além daquela do histérico e do hipocondríaco? Ou a somatização é uma função ? Se tanto o histérico quanto o hipocondríaco, quanto os neuróticos e psicóticos em geral podem somatizar, é justo pensar na somatização como uma maneira particular de lidar com o conflito ou com a situação traumática que se encontra, geralmente, em sua origem ? E se for assim, que maneira é essa ?

(iv) Existe uma ligação simbólica possível do "sintoma" somático, ou o "sintoma" somático é "burro"?² Se há uma falha na capacidade de representação do paciente que somatiza, será possível a análise nestes casos?

(v) Que mecanismos encontram-se em jogo na somatização ? A forclusão ? A recusa ? A repressão ? A supressão ?

(vi) Qual é o corpo implicado na psicossomática ? Qual é o destino das pulsões nesse corpo ?

A apresentação e discussão dessas questões são feitas, tanto aqui quanto ao longo da tese, na medida em que os temas e os autores vão entrando em cena para atender à concatenação dos argu-

2 - A formulação de que "o sintoma somático é burro" foi enunciada por de M'Uzan, (apud Déjours, 1991, p. 31).

mentos propostos.

Através do estudo das diferentes concepções de psicossomática no campo mesmo da psicanálise, observa-se que alguns autores consideram o adoecer somático como um objeto com especificidade própria, exigindo, portanto, um instrumental particularizado em sua abordagem. Deste ponto de vista, a psicossomática compreendria uma subespecialidade do métier psicanalítico, da mesma forma que a psicanálise de psicóticos e a psicanálise de crianças. Esta é a posição assumida por Luis Chiozza (1982). Ao se perguntar sobre o que pode fazer a psicanálise em benefício de um paciente que apresenta uma alteração somática, Chiozza aponta o fato da psicanálise ter, inicialmente, concentrado sua tarefa no tratamento de poucos tipos de doentes, que se poderiam agrupar sob o rótulo da neurose de transferência. Com o tempo, esse objetivo foi, em parte, desmontado pela ampliação do espectro do que se considerava uma neurose "tratável" através da técnica psicanalítica clássica, além de terem sido desenvolvidas duas subespecialidades técnicas: a psicanálise de psicóticos e a psicanálise de crianças. Chiozza sugere que, da mesma forma que estas, que exigiram o desenvolvimento de uma técnica particular adaptada a seus objetivos, embora conservassem os princípios psicanalíticos, o atendimento ao paciente somático deveria sofrer uma reestruturação do setting e do instrumento de ação terapêutica para dar conta de

sua especificidade.

"O objeto é o doente que apresenta uma alteração somática, quer dizer, uma alteração que se manifesta como realidade material num corpo físico vivo. (...) o objeto não pode, (...), limitar-se ao paciente, sem levar em conta os distintos sistemas nos quais este se acha inserido." (Op. cit., p. 67)

Chiozza refere-se, assim, à necessidade de implementar uma técnica que inclua, no tratamento do paciente, o médico do qual este depende. O autor não deixa de assinalar a enorme dificuldade que isso representa, mas faz ver como, da mesma maneira que a família do psicótico ou da criança constitui uma estrutura de poder real que atua em ambos os casos sobre o tratamento do paciente, não é menos certo que o enfermo somático dependa, também, de uma estrutura de poder, constituída pelos sistemas e parâmetros da assistência médica tradicionalmente ordenada.

Diversamente de Chiozza, e expressando o pensamento da Escola de Psicossomática de Paris, liderada por Marty, Déjours (1989) afirma que o termo "psicossomática" fez carreira sem que se saiba bem se ele está ligado à abertura de um campo de investigação que oferece perspectivas ainda novas aos psicanalistas, ou se ele diz respeito apenas a uma maneira de pensar conjuntural. Por outro lado, expressa-se de modo enfático ao dizer que a psicossomática inaugura uma clínica e uma teoria que ultrapassam o campo

clássico da psicanálise das neuroses e conduzem à ampliação da prática analítica. A psicossomática estaria, assim, reservada à designação de uma abordagem ao paciente, de uma técnica psicoterapêutica e de uma teoria, que tenta dar conta daquilo que é dramatizado mentalmente pelo sujeito que reage aos acontecimentos e aos conflitos "caindo doente" ou, como se diz mais tecnicamente, somatizando. E isto, em qualquer que seja a gravidade da doença física em causa: um infarte do miocárdio, um câncer no seio, uma insuficiência renal ou um hipertireodismo. Ao explicitar seu ponto de vista, completa: "(...) podemos dizer que o infarte do miocárdio não é psicossomático. É a *investigação que é psicossomática* na medida em que busca analisar *porque* o paciente necrosou uma parte de seu músculo cardíaco em lugar de detonar uma crise nervosa, uma depressão ou um delírio." E mais adiante acrescenta ainda: "É psicossomática a *atitude* que consiste para o psicanalista em considerar que o surgimento de uma doença física não compreende apenas um processo biológico estranho à análise e ao analisável, mas que o funcionamento mental e seus impasses estão implicados na somatização de uma maneira específica que convém justamente analisar." (Op. cit., p. VIII e IX. Grifos meus)

Apesar da clareza dessa explanação, verifica-se que o que é incluído na categoria "psicossomática" permanece confuso, ainda hoje, até mesmo na literatura especializada. "Fenômenos psi-

cosmáticos", "doenças psicossomáticas" ou então, "tudo é psicossomático" ? A verdade é que cada uma destas formulações refere-se a uma concepção distinta de psicossomática. Eis algumas constatações a esse respeito.

Observa-se entre os autores divergências curiosas quanto à delimitação do conceito. Nota-se, por exemplo, na maioria dos psicanalistas que tratam do assunto, uma preocupação em não generalizar, o que parece gerar uma necessidade de criar categorias, cada vez mais detalhadas, para separar as doenças que seriam, das que não seriam consideradas "psicossomáticas".

Assim, os trabalhos clássicos da Escola de Chicago, liderada por Franz Alexander (1989), destacam sete doenças consideradas, então, universalmente, como "psicossomáticas". Desse modo, a asma brônquica, a artrite reumatóide, a colite ulcerativa, a hipertensão essencial, a neurodermatite, a tireotoxicose e a úlcera gástrica e duodenal estariam associadas, segundo as pesquisas realizadas por este grupo, a estados emocionais específicos dentro de uma configuração dinâmica própria.

Alexander e seus colaboradores distinguem os estados conversivos, mediados pelo sistema nervoso central e ligados, em sua gênese, a um conteúdo simbólico, das neuroses vegetativas, mediadas pelo sistema nervoso autônomo. Apresentando-se como concomitantes fisiológicos de certas emoções, as neuroses

vegetativas não teriam o valor dos sistemas de conversão, isto é, não serviriam à expressão de conflitos inconscientes. (Haynal e Pasini, 1983)

Por outro lado, é interessante cotejar o que diz Max Schur (1955) a respeito de certas restrições feitas ao conceito de conversão. Sobre isto, Schur argumenta que a função de um sistema ou uma estrutura de órgãos alterados podem significar os equivalentes somáticos de afetos, conflitos e neuroses, e que, nem sempre, estes equivalentes expressam uma idéia. Entretanto, a demarcação entre inervação voluntária e autônoma como critério para a faculdade de representação simbólica foi muito rigidamente traçada. O autor supõe, assim, que esta constituiria "um remanescente da velha demarcação estrita entre os conceitos de funcional e orgânico." (Op. cit., p. 144)

Como em seu artigo Schur trata especialmente das dermatoses, ao final, faz uma aproximação entre estas e a conversão histérica, destacando que, em ambas, o impulso e a defesa instintivos encontrariam uma expressão na esfera somática que poderia ser "traduzida" para palavras, recebendo sentido no nível consciente. Entretanto, a semelhança apontada pelo autor estaria limitada à estrutura da "erupção" presente no sintoma, que constituiria apenas *um* aspecto da variada patologia de tais casos.

Em sua intervenção a propósito do *Caso Dora* (Marty,

1968b), Michel Fain aponta o fato de que, tomando a direção indicada por Freud a propósito da *complacência somática*,³ o problema da conversão poderia ter como ponto de partida um distúrbio orgânico. Lembra a analogia feita por Freud, onde o ponto sobre o qual a conversão chegaria a se desenvolver, corresponderia ao grão de areia em torno do qual a pérola se formava. E acrescenta que o aparecimento de um problema somático resultaria, do ponto de vista da Escola de Paris, de uma tentativa de integração no nível orgânico, de uma excitação positiva ou negativa que perdeu suas características libidinais. (Op. cit., p. 707)

Winnicott (1990), tendo como base a aceitação da dicotomia soma e psiquê, desenha um quadro das doenças somáticas e outro das doenças da psiquê. No quadro das doenças somáticas, dispõe aquelas que seriam puramente físicas (as hereditárias, as congênitas, os acidentes por simples acaso ou por guerra, as deficiências nutricionais ou da excreção e as infecções ou infestações por simples acaso), passando por graus intermediários de interação entre o físico e o psíquico (por falhas no ambiente - nurture) até as auto infligidas. O autor considera ainda algumas doenças, cujas causas seriam ainda desconhecidas, como pertencentes à categoria das doenças físicas. Entre estas cita as neoplasias e certas doenças "provavelmente infecciosas" como o reumatismo agudo, a coréia,

3 - A noção de "complacência somática" será desenvolvida no item 1.4 deste capítulo.

etc. (Op. cit., p. 33)

Ora, sabe-se hoje que, tanto as neoplasias quanto os estados infecciosos podem ser desencadeados por fatores de ordem psíquica e a relação entre estes fatores, especialmente a depressão, e alterações no sistema imunológico estão cada dia mais evidenciados através de pesquisas multidisciplinares.⁴

O que se pode depreender daí, é que há uma tendência no sentido da ampliação da faixa das chamadas "doenças psicossomáticas". Sobre este fato, nos diz Mello Filho (1979): "Vale assinalar que a expressão psicossomática foi de início usada para referir-se apenas a certas doenças como a úlcera péptica, a asma brônquica, a hipertensão arterial e a colite ulcerativa, em que estas correlações psicofísicas eram muito nítidas, e que tal uso ainda persiste em certos meios médicos. Todavia, à medida que as observações de pacientes com enfermidades as mais diversas prosseguiram, os pesquisadores neste campo foram percebendo que tal conceituação é potencialmente válida para toda e qualquer doença, e a tendência atual dominante é a unitária; de outro modo partiríamos para uma nova divisão em doenças psíquicas, somáticas e psicossomáticas." (Op. cit., p. 17)

Jean Guir (1988)⁵ distingue os "fenômenos psicossomáti-

4 - Ver a respeito deste ponto, Moreira e Mello Filho, em Mello Filho (1992, cap. 13); e Déjours (1988, p. 67 a 78).

5 - A obra de Guir apresenta pontos bastante interessantes para a compreensão de certos aspectos do adoecimento

cos" das "doenças propriamente orgânicas" e da conversão histérica. Desse modo, por se apresentarem como manifestações especiais do simbólico, e sendo passíveis de se colocarem dentro do campo da linguagem como efeito do inconsciente sobre o somático, os "fenômenos psicossomáticos" não se situariam fora do âmbito de pesquisa da psicanálise. Diferentemente de uma lesão puramente orgânica, esses fenômenos surgiriam, seriam mobilizados e desapareceriam em função de acontecimentos e datas precisas, "sendo capazes de indução ou causalidade significativa".⁶ Em relação à histeria, esses fenômenos dela se distinguiriam, principalmente porque o "fenômeno psicossomático" implicaria uma lesão e, quando esta lesão fosse reversível, isto não se daria instantaneamente, em oposição à conversão histérica, que poderia ceder imediatamente, em função de uma interpretação. De acordo com Guir, os "fenômenos psicossomáticos" se encontrariam situados fora do registro das estruturas neuróticas, concernindo ao real. Aí estaria implicada a questão da analisabilidade do fenômeno psicossomático e do modo de ligação ao desejo inconsciente.⁷

Numa outra direção, e buscando um aprofundamento na com-

somático. Embora divergindo basicamente da concepção psicossomática do autor, algumas indicações extraídas de suas pesquisas me foram bastante úteis na configuração dos três tempos da conjugação traumática, que será apresentada ao termo desta tese.

6 - Ver, a propósito, a introdução ao livro de Guir escrita por Cristina Rollo de Abreu.

7 - Não me deterei nos postulados teóricos de inspiração lacaniana por não ser esta a vertente clínica que orienta meu trabalho de pesquisa.

preensão do adoecimento somático, analistas da Escola de Psicossomática de Paris empreenderam pesquisas com um tipo de paciente que apresentava uma tendência a somatizar. Marty e de M'Uzan (1963) observaram nesses sujeitos um modo particular de funcionamento mental ao qual deram o nome de "pensamento operatório" ou "estado operatório".⁸ Este conceito foi empregado, então, para designar uma pobreza da vida fantasmática e afetiva, com bloqueio na capacidade de representar ou de elaborar as demandas instintivas que o corpo dirige à psiquê, conotando, também, a noção de pobreza de investimentos libidinais e ausência de reações afetivas diante de perdas e de outros acontecimentos traumáticos. Convém destacar que as pesquisas desses analistas apontam para a hipótese de uma construção incompleta ou de um funcionamento atípico do aparelho psíquico dos pacientes somáticos, por comparação com os "neuróticos mentais". Entretanto, é importante atentar para o fato de que o "estado operatório" é caricatural, e que nem todos os pacientes somáticos apresentam um tal distúrbio do funcionamento mental. Este aspecto será mais discutido adiante.

As teses da Escola de Psicossomática de Paris formam um corpo teórico coerente, e propõem uma articulação de seus pressupostos com a psicanálise das neuroses. Apresentam-se, também, como

8 - Dezoito anos depois de sua criação, em 1982, uma substituição do termo "pensamento operatório" por "estado" ou "vida operatória" levou em conta, então, a restrição do pensamento face à importância dos comportamentos nestes casos. Cf. Marty (1993, p. 17).

uma ruptura com as concepções de Franz Alexander e de Flanders Dunbar⁹ no sentido de que não destacam as "neuroses viscerais", nem as personalidades premórbidas. "A somatização é ubíqua e pode ocorrer em qualquer estrutura mental. Embora neuróticos e psicóticos mostrem uma relativa resistência às afecções somáticas, estes sujeitos não são totalmente protegidos contra este risco." (Déjourns, Marty e Herzberg-Poloniecka, 1980, p. 6)

Partindo do pressuposto de que é a investigação que é psicossomática, então, não existe doente psicossomático, tampouco doença psicossomática. Há, isto sim, uma abordagem psicossomática aos doentes.

A questão do sentido ou não-sentido do "sintoma somático" (já esboçada antes) está, também, entre as que suscitam os maiores debates. Ela aponta, ainda, para uma outra, de igual importância, a da "escolha do órgão". Segundo Patrick Valas (1990) três grandes correntes dividiriam os autores quanto a essas questões.

Na primeira delas, haveria um grupo no qual o "sintoma psicossomático" seria tratado como o neurótico e, ao modo de Groddeck, seria interpretado como um desejo inconsciente, contendo, portanto, um sentido bem preciso. Groddeck introduziu a expressão

9 - Aproximando-se de Alexander, Dunbar propõe uma correspondência entre cada tipo de doença e um determinado perfil psicológico. Além disto, estuda as personalidades traumatofílicas, constituídas por aqueles indivíduos que, inconscientemente, colocam-se em situações de acidentes. Cf. Mello Filho (1979, p. 31).

"linguagem de órgão", podendo um câncer do colo do útero, por exemplo, significar a expressão de um desejo de ter filhos. Fazendo parte desta corrente, alguns autores mais prudentes, teriam atribuído uma causalidade psicoafetiva apenas àquelas doenças orgânicas, cuja etiologia e mecanismos biológicos permaneceriam obscuros para a medicina. Entre estes estariam Dunbar e Alexander (apud Valas, op. cit., p. 71). Valas destaca o fato de que, para Alexander, a doença seria consequência de emoções e impulsos não satisfeitos, desviados e reprimidos. Uma determinada emoção seria responsável, assim, por determinada lesão orgânica, através de uma ação sobre o sistema endócrino e vegetativo.

Valas refere-se, ainda, a um terceiro subgrupo desta categoria, compreendido por aqueles que, não atribuindo nenhuma especificidade entre o fator lesional e o órgão lesado, afirmariam a existência de um laço entre tal "doença psicossomática" e qual estrutura de personalidade por referência à psicologia. O autor lança uma dura crítica a todos os que, segundo ele, pelo caminho indireto da influência do psiquismo sobre o organismo, a partir da conversão histérica, passando pela complacência somática introduzida por Freud, acabariam falando de "somatizações ligadas a afetos não satisfeitos." (Op. cit, p. 72) O autor continua sua crítica, dizendo que falar de *afetos recalçados* que acarretam lesões no corpo "é absolutamente antifreudiano".¹⁰

A questão do sentido e do não sentido do "sintoma somático" é contraposta pelos psicanalistas da Escola de Paris: onde muitos autores afirmam haver um sentido, eles argumentam, precisamente, a favor de sua falta.

Para os psicossomatistas da Escola de Paris, a lesão no corpo silencia naquilo que não pode, precisamente, fazer sentido. Assim, o sentido que, muitas vezes, é atribuído ao sintoma físico pelo paciente, resultaria de uma "injeção secundária", isto é, de uma utilização da doença para fins da neurose, de acordo com os benefícios que dela pudessem ser extraídos. (Déjours, Marty, e Herzberg-Poloniecka, op. cit., p. 8)

Embora pertencendo à Escola de Paris, Déjours (1991) adota uma postura crítica com relação aos colegas, onde estes dizem que a falta de significação identificável no sintoma levaria a uma circunscrição dos arranjos econômicos do paciente e a uma técnica psicoterápica específica. O autor concorda que o sintoma somático, não sendo decifrável como um sintoma neurótico, não deva ser objeto de uma decodificação à maneira das conversões. Entretanto, adverte para que essa postura não implique que a somatização não tenha nenhum sentido, mas, pelo contrário, faz-se necessário buscar seu sentido "em outro lugar que não na sexualidade psí-

10 - Quanto à questão dos "afetos recalçados" e de outras formulações possíveis para explicar a somatização, ver o item 2.4.

quica, no conflito edipiano ou na culpa neurótica." E acrescenta: "Renunciar definitivamente a buscar uma significação na somatização, equivaleria a abandonar a interrogação do sujeito do inconsciente e a desertar, ao mesmo tempo, o campo da psicanálise." (Op. cit., p. 33)

Déjours (1993) defende a idéia de que o sentido não estaria embutido no sintoma, mas que deveria ser buscado na relação transferencial, quando houvesse concordância do paciente quanto a este propósito. É importante discriminar, também, origem e sentido do sintoma, pois a confusão entre essas duas variáveis gera a ilusão de que o sentido estaria lá, encoberto, precisando apenas ser desvendado. A origem se situaria na relação com os pais e o sentido seria produzido pela análise da transferência. Ora, é o acesso ao sentido do sintoma que é mutativo, não a elucidação de sua origem ou de sua causa. Na perspectiva defendida por Déjours, o desencadeamento do sintoma teria sempre um caráter acidental. Por outro lado, existiria no sintoma uma *intencionalidade* que o tornaria circunscrito a um contexto, onde o elemento decisivo seria a sua destinação intersubjetiva, ou seja, sua dinâmica por referência a um outro. No caso do sintoma somático, o autor apoia-se sobre a hipótese "da forclusão da função fora do agir expressivo" para buscar a origem parental da somatização.¹¹ O trabalho de in-

11 - A hipótese "da forclusão da função fora do agir expressivo" infere que, devido a uma alteração ocorrida no

interpretação se desenvolveria entre as tensões geradas pela diferença de expressão das interpretações do paciente e do analista. É a partir do que o autor chama de "conflito de interpretações" e da possibilidade gradual de concordância das interpretações dos parceiros da relação transferencial, que o sentido do sintoma poderia vir a se completar.

Em suas pesquisas sobre o que denominou de "atos-sintomas", McDougall (1983, 1992) situa as "manifestações psicossomáticas" no fim de uma série cujo denominador comum é a evacuação da dor mental através do ato, mecanismo defensivo importante na sexualidade perversa, mas que é utilizado, também, nas adicções, em certas neuroses de caráter e, como admite a autora, no que Marty incluiu sob a classificação de "neuroses de comportamento".¹² Desse modo, concordando com os psicossomatistas da Escola de Paris, McDougall acredita que algumas pessoas responderiam predominantemente às tensões psíquicas pelas descompensações somáticas ou pelo esboroamento das barreiras imunológicas. Comunga também da idéia, defendida igualmente pela Escola de Paris, de que neste tipo de resposta, "a elaboração mental, na falta de informações psíquicas que digam respeito ao conflito em causa, revela-se reduzida ao mí-

início da vida, uma *função do corpo* não pode ser engajada no encontro com o "outro" e, portanto, não pode participar da economia erótica, permanecendo sob o controle exclusivo da ordem biológica. Esta função fica forcluída da troca intersubjetiva. Cf. Déjours (1993, p. 97). Este ponto é mais desenvolvido também no item 2.4. desta tese.

12 - A noção de "neurose de comportamento" empregada por Marty é tratada no capítulo 2 desta tese.

nimo, ou talvez mesmo esteja totalmente ausente". (McDougall, 1992, p. 91) Nesses casos, diz a autora, é o ato que substitui o trabalho psíquico, paralisando o funcionamento do preconsciente.

Observa-se aí uma diferença importante entre McDougall e Marty quanto à ordem dos fatores que, neste caso, altera o produto. Assim, para McDougall, ao que parece, o preconsciente se encontraria paralizado pelo tipo de resposta defensiva utilizada pelo sujeito, e a falha na elaboração mental ocorreria em decorrência desta conjuntura. Para Marty, entretanto, haveria, nesses casos mais graves, um déficit do preconsciente e indicações de uma falha básica, que se expressaria pelo "pensamento operatório" ou pela "vida operatória" e que se mostraria na clínica pela ausência de fantasmática, pela falta de investimento afetivo na relação com o terapeuta, e outros sinais, também descritos por McDougall. Contudo, a autora não concorda que haja uma falta de vida fantasmática, "mas que os conflitos arcaicos em causa se encontram diferentemente dispostos na estrutura psíquica". (Op. cit., p. 88) Descreve, então, o que designa como hemorragias psíquicas, as quais têm a função de preservar congelada uma vivência arcaica significativa para a vida psíquica do sujeito.

Curiosamente, apesar de considerar que a potencialidade para os distúrbios psicossomáticos possa ser favorecida por uma falta de construções protetoras, neuróticas ou psicóticas, pondo-

se, neste sentido, de acordo com Marty, McDougall qualifica essa maneira de funcionar como decorrente de uma economia psíquica bem estruturada, o que se choca frontalmente com a concepção de Marty. Aliás, McDougall explicita sua divergência do fundador da Escola de Paris, ao sustentar que estes estados, ditos operatórios, não remeteriam, segundo sua concepção, a uma estrutura caracterizada pela *falta*, "mas, pelo contrário, a uma defesa maciça, inabalável, contra angústias narcísicas e psicóticas". (Op. cit., p. 94) Assim, ao identificar nestes estados em que predominam as *atuações*¹³ o mecanismo da *Verwerfung*,¹⁴ McDougall, novamente, parece se contradizer, na medida em que descreve, do mesmo modo que Marty, como que uma gradual desapropriação dos conteúdos psíquicos. São palavras da autora:

"Quanto mais frágil é a economia narcísica, mais o indivíduo terá tendência a reagir aos conflitos internos e aos acontecimentos externos inaceitáveis, unicamente por meio de atos-sintomas, exteriorizações (...) ou somatizações: neste último caso, o indivíduo pode desconhecer totalmente a fonte e mesmo a existência de seu sofrimento psíquico." (Op. cit., p. 95)

Por outro lado, vemos que McDougall encontra-se num pon-

13 - O termo "atuação" é empregado aqui no sentido freudiano de *Agieren*.

14 - Este termo foi traduzido no *Vocabulaire de Psychanalyse* (1967) por *forclusion*, indicado por Laplanche e Pontalis como tendo sido introduzido por Jacques Lacan: mecanismo específico que se encontraria na origem do fato psicótico. Consistiria em uma rejeição primordial de um "significante" fundamental (por exemplo, o falo), que o colocaria fora do universo simbólico do sujeito.

to de vista muito próximo ao de Déjours no que concerne às questões do mecanismo predominante e do sentido do sintoma nas manifestações somáticas. Como Déjours, McDougall sustenta a hipótese da forclusão e da destruição do sentido (désaveu) nestes casos. A autora distingue, do mesmo modo, as "expressões psicossomáticas" das conversões histéricas, lembrando que, nestas últimas, as zonas e funções corporais vão ser enlaçadas numa rica cadeia de associações simbólicas ao conteúdo recalçado, podendo ser metaforizados, inicialmente no sintoma, e, depois, nas palavras. Já as "criações psicossomáticas", no lugar do vazio na representação do corpo, vão apresentar, no máximo, uma significação simbólica secundária.

Sobre as origens deste modo de funcionamento, McDougall coincide, também, com Déjours quanto ao fato de que estas devem ser procuradas no começo da vida psíquica e na fusão somatopsíquica inicial do bebê com a mãe. Assim se expressa a autora:

"(...) para alguns, partes e funções do corpo ainda são vivenciadas no inconsciente como se não pertencessem ao indivíduo, como sendo propriedade de um Outro. Esse Outro, sem dúvida, nos remete à mãe primária da primeira infância; e, ao mesmo tempo, às defesas primitivas, tais como a identificação projetiva cujo postulado de base tem sua fonte na crença na indivisão dos corpos e das mentes." (Op. cit., p. 92-93)

Colocando-me no ponto de vista de McDougall e da Escola

de Psicossomática de Paris, especialmente de Déjours,¹⁵ como um de seus membros mais criativos, proponho-me recortar, em seguida, o campo da psicossomática em seus fundamentos psicanalíticos, focalizando-o através dos olhos de psicanalistas situados dentro e fora do ângulo específico da psicossomática.

15 - Apesar das divergências existentes entre McDougall e Déjours, estas são "trabalháveis" e o serão, na medida do possível, no decorrer desta tese.

1.2 - O campo da psicossomática: constituição e fundamentos

Devemos distinguir, inicialmente, a psicossomática, oriunda dos estudos psicanalíticos dirigidos à investigação dos mecanismos implicados no adoecer somático e das técnicas terapêuticas utilizadas nestes casos, da medicina psicossomática,¹ cujo âmbito de atuação concerne à amplitude de recursos mobilizáveis no contexto hospitalar, com a finalidade de responder à demanda médica. Nesta, o atendimento pretende-se integral e multidisciplinar, compreendendo concepções e métodos, chamados holísticos, de abordagem ao paciente que acessa ao hospital geral e que implica uma proposta de visão conjunta quanto aos aspectos bio-psico-sociais deste mesmo paciente. (Rodrigues, s/d)

A concepção holística da enfermidade é fortemente criticada por Joel Birman (1980), na medida em que propiciaria um apagamento das diferenças entre a medicina somática e a medicina mental. Neste sentido, podemos perceber, através do discurso do autor, uma ênfase na marcação das diferenças entre os dois campos - o do somático e do psíquico - provavelmente como um modo de firmar

1 - Sobre a história da medicina psicossomática no Brasil, ver Eksterman, em Mello Filho e cols. (1992, cap. 2). Neste capítulo, Eksterman tenta, também, esclarecer a complicada nomenclatura existente no domínio da psicossomática, tais como as diferenças entre a própria medicina psicossomática, a psicologia médica, a psiquiatria de ligação, a psicologia hospitalar, etc.

posição quanto ao que compreende se constituir no campo mesmo da psicanálise. Esta posição se explicita mais, quando o autor trata das relações entre psicanálise e psicossomática.

Algumas das considerações de Birman interessa especialmente repassar aqui, visto que se referem precisamente ao surgimento da psicossomática e às divergências entre as postulações teóricas de alguns autores mais significativos na constituição deste campo.²

Birman critica a "colonização" da psicanálise pela psiquiatria e por outras instituições sociais, referindo-se a isso como consequência da "posse de um saber sobre as relações entre os sujeitos, fundado no conceito de Inconsciente, construído no *espaço analítico*. (...) A Psicanálise tem a sua configuração primeira transformada, passa a se regular por outros valores e finalidades com fins adaptativos. Com esta nova configuração é que a Psicanálise penetra no campo da Medicina e lhe delimita um outro horizonte de intervenção." (Op. cit., p. 51)

A crítica de Birman prossegue por todo seu livro, mostrando-se especialmente aguda no que se refere à pretensão da psicossomática de se estabelecer como um novo campo, oriundo da psicanálise e estreitamente ligada a ela. Assim, ao comentar o traba-

2 - O livro de Birman tem já 15 anos desde que foi publicado pela primeira vez, e não foi reeditado. Entretanto, sua análise cuidadosa das relações entre a medicina, a psiquiatria e a psicanálise constitui, a meu ver, importante referência no que concerne a essa discussão.

Tho de Michael Balint, Birman aponta para uma problemática original que formula a patologia das enfermidades de forma nova. Esta patogenia estaria além do corpo anatomopatológico, no corpo afetivo e no corpo das interrelações pessoais, sendo neste último plano que operaria a etiologia essencial. Desse modo, uma "deficiência fundamental" seria estruturada no plano biológico da individualidade, e atuaria tanto no corpo quanto no aparelho psíquico. O objetivo essencial de um diagnóstico profundo desse tipo seria poder atingir, delimitar e equacionar o campo deste "defeito fundamental". Essa concepção da enfermidade foi possibilitada pela psicanálise e, nesta perspectiva, a medicina somática teria adquirido nova configuração. A variedade de enfermidades seria sempre decorrente de manifestações desta falta básica. A pretensão de Balint seria, então, fundar uma concepção holística da enfermidade.

Birman analisa a tendência ao apagamento das diferenças entre a medicina somática e a medicina mental, mostrando como "apesar de, na prática clínica, nas configurações sintomáticas apresentadas, as empiricidades serem diversas, e na terapêutica psicoterápica as técnicas serem diferentes, no plano profundo onde se realiza a elaboração teórica sobre o ser-da-enfermidade elas tendem a se identificar. (...) a loucura e a doença orgânica tendem a uma identidade conceitual." (Op. cit., p. 63)

O autor destaca, porém, que não seria só em Balint, nem

só na Psicanálise, que se assentariam as bases da nova racionalidade sobre a saúde e a enfermidade. A identidade conceitual entre as enfermidades orgânicas e psicológicas partiriam, também, de outras teorias psiquiátricas, por exemplo, da psicopatologia fenomenológica e existencial alemã, que Birman apresenta através do pensamento de López Ibor. Aponta deste teórico três movimentos simultâneos:

(i) A busca de uma *identidade profunda* entre os vários distúrbios psicossomáticos que ultrapassaria a superfície de suas manifestações clínicas;

(ii) Nesta identidade profunda se iria além dos sistemas anatomofuncionais, atingindo-se o plano da *vitalidade*, arcabouço essencial do ser humano;

(iii) O mesmo movimento reflexivo se daria nas enfermidades psíquicas que encontrariam sua unidade no mesmo plano da *vitalidade*. Assim, uma estrutura profunda, comum a pacientes portadores de diferentes manifestações clínicas, como asma, vertigem ou depressão, seria o ponto de articulação entre o biológico e o simbólico, entre o corpo e a mente, o que fundaria tanto o sentimento de corporalidade quanto o dos estados de ânimo. As enfermidades seriam produzidas, finalmente, por uma *alteração desconhecida na estrutura primária do ser* à semelhança do "defeito fundamental" de Balint.

Estaríamos, segundo Birman, diante de uma verdadeira metafísica da enfermidade, a psicossomática funcionando, neste sistema conceitual, "como o espaço possibilitador da identidade de positivities diferentes, operando o encontro entre a medicina e a psiquiatria." (Op. cit., p. 67)

De acordo com o que nos mostra Birman, o discurso psicossomático, como estratégia legitimadora do discurso da relação médico-paciente, tenderia a ser confundido com este último, apesar da heterogeneidade do ponto de vista epistemológico. Apesar, também, do discurso psicossomático ter constituído um campo de positividade dentro de um rigor inexistente no discurso da relação médico-paciente.

O surgimento da medicina psicossomática em meados dos anos 30, constituindo-se fundamentalmente com o aporte das contribuições da teoria psicanalítica para a medicina, não teria se mantido, entretanto, dentro dos marcos teóricos de onde se originara. Não sendo exclusivos, os fatores psicológicos deveriam se articular com fatores de ordem somática para produzir algumas enfermidades somáticas. Delimitando o espaço para sua validade, a psicossomática teria estabelecido uma estrutura etiológica que concernia a seu campo de empiricidades, onde apenas algumas enfermidades seriam psicossomáticas. Pretendia-se, assim, segundo Birman, estabelecer mecanismos específicos destas enfermidades em contraposição

às neuroses. Nesta perspectiva, Alexander teria criticado severamente os analistas que propunham fazer do conceito de conversão, mecanismo específico da histeria de conversão, um modelo para as enfermidades somáticas.

Seria a Groddeck e a Frances Deutsch que Alexander teria dirigido suas críticas pois, cada um a seu modo, tentara demonstrar a validade do discurso psicanalítico para a cura das doenças somáticas. Groddeck, particularmente, com proposições absolutamente originais, teria assumido uma posição radical, "ultrapassando os limites estabelecidos por Freud para o campo de validade do discurso psicanalítico." (Op. cit., p. 102)

Começando por Groddeck até aos autores mais recentes, Birman procura demonstrar a tese de que a psicossomática teria perdido aos poucos a sua especificidade, dissolvendo-se na problemática que formula a causalidade psíquica, de forma crescente, para todas as enfermidades. É curioso vê-lo se perguntar, (embora tenhamos que levar em conta os 15 anos já passados desde a publicação de seu livro), "qual a significação de um campo positivo que estabelece a causa psicológica para algumas moléstias, quando se instaura uma tendência para que a totalidade delas seja postulada desta maneira?" (Op. cit., p. 110)

Primeiramente, dirigamos nossa atenção a Groddeck para olhar com Birman a trajetória do movimento de alguns psicanalistas

que tentam dar conta das manifestações somáticas como produções do inconsciente dentro da metapsicologia freudiana.

Afirmando uma identidade essencial entre o psíquico e o somático, a partir de um Id substancial, Groddeck defende a idéia de que o sintoma orgânico apresenta uma estrutura simbólica análoga ao sonho, podendo, assim, ser decifrado em sua significação. Pesquisa seu sentido pelo processo das associações livres, ressaltando que tanto o sonho está impregnado de material orgânico quanto o sintoma orgânico está impregnado de material psíquico que o determina. Em outros termos, a única diferença reside em que o id se manifesta, umas vezes, mais sobre o terreno psíquico; outras vezes, mais sobre o orgânico.

Com essa abordagem, Groddeck critica tanto a instituição psicanalítica, por se restringir à investigação do psíquico e à terapêutica das doenças mentais, quanto à instituição médica, por se contrapor à introdução da psicanálise na sua prática técnica sobre as enfermidades somáticas. Groddeck propõe, ademais, a expansão do campo psicanalítico para a totalidade da medicina somática.

Argumentando veementemente contra as postulações de Groddeck, Birman aponta como esse autor retorna a uma concepção pré-analítica, cuja "mitologia romântica do Inconsciente", corresponderia ao negativo do trabalho de Freud.

Destaca, também, como o movimento que levava a incluir a totalidade das doenças somáticas sob a racionalidade psicanalítica recebeu críticas e sofreu resistências, principalmente no interior do próprio movimento psicanalítico. No centro destas críticas, a marcação de diferenças entre a histeria e as "enfermidades psicossomáticas", distinguia:

(i) os mecanismos da conversão dos da somatização, na medida em que, na conversão, haveria a representação corporal de um conflito psíquico de natureza inconsciente, o misterioso salto do psíquico no somático, assim nomeado por Freud; na somatização, estaríamos frente a uma descarga psíquica efetuada sobre o corpo com a finalidade de manter o nível de constância do aparelho psíquico, mas na qual o corpo não é tomado em sua dimensão simbólica. Assim, contrapondo-se à conversão histérica, a manifestação corporal das "enfermidades psicossomáticas" não estaria no plano da articulação simbólica, mas seria uma expressão global, imprecisa, de uma tensão psicológica.

(ii) as diferentes regiões corporais para a organização sintomática da histeria e das "doenças psicossomáticas". A conversão se apoiaria na musculatura voluntária e nos órgãos dos sentidos, enquanto que a somatização incidiria nos órgãos internos, nas vísceras, sobre a musculatura lisa.

Assim, mostra-nos Birman, a psicossomática teria se es-

tabelecido como o campo no qual a somatização operaria como mecanismo específico, diverso da conversão e de outros mecanismos de defesa mais próprios de outras neuroses. Entretanto, o autor ressalva o fato das distinções de Alexander estarem baseadas na conversão como mecanismo característico da histeria e, neste sentido, passível, ele também, de críticas quanto à falta de rigor. Lembra-nos Birman que, em 1909, ao descrever a análise do Pequeno Hans, Freud postulava o conceito de histeria de angústia, onde o mecanismo do recalque se encontrava presente da mesma forma que na, até então exclusiva, histeria de conversão. Assim, desvinculando a conversão da estrutura histérica, abre-se a possibilidade da existência deste mecanismo em outras estruturas psicopatológicas, mesmo que não como mecanismo principal.³ A presença de um núcleo histérico em toda neurose já fora postulado por Freud.

Apesar dessa falha, a distinção de Alexander encontra fundamentos no próprio pensamento freudiano, quando de sua primeira oposição entre tipos clínicos - as neuroses atuais e as psico-neuroses. Se ambas apresentam, em sua raiz, uma perturbação sexual, nas primeiras, as dificuldades se encontrariam no presente, seja pela ausência de descarga da excitação, constituindo a neurose de angústia; seja, pela satisfação inadequada, produzindo a

3 - Birman (op. cit., p. 104) refere-se ao fato de que, entre os casos clínicos de Freud, "O Homem dos Lobos" apresenta concretamente esta possibilidade.

neurastenia. Já nas psiconeuroses, haveria um conflito produzido no passado. Nestas, a etiologia seria psíquica, enquanto naquelas, seria somática. O mecanismo envolvido nas neuroses atuais seria direto, ao passo que nas psiconeuroses seria simbólico. Lembra Birman que, em 1914, em sua obra sobre o narcisismo, Freud acrescentou a hipocondria entre as neuroses atuais, tendendo a encontrar na sua base a presença de conflitos infantis. A distinção se mantêve apesar disto.

Representando no presente as neuroses atuais como propostas por Freud, as "enfermidades psicossomáticas" são colocadas em oposição às estruturas psicopatológicas englobadas sob o rótulo de psiconeuroses.

Em sua análise histórico-conceitual, Birman traz, à continuação de Alexander, o pensamento psicossomático francês que re-toma a distinção entre conversão e somatização, numa sistemática teórica mais complexa. Enquanto a conversão teria seu lugar numa estrutura neurótica, a somatização se apresentaria num plano de funcionalidade psicossomática. Enquanto mecanismo de defesa arcaico, a somatização operaria em estruturas marcadas pela carência. Esta carência, de caráter mental, além de definidora desta estrutura, se apresentaria como um déficit em alguma dimensão do psiquismo:

(i) carência no plano das relações objetais (revelando-

se na clínica pela inexistência ou pela pobreza das relações transferenciais);

(ii) carência no plano da significação da sintomatologia (ausência de sentido do sintoma);

(iii) carência no plano do pensamento (ausência de organização simbólica, pensamento operatório);

(iv) carência no plano da fantasmática (tendência ao apagamento das fantasias).

Na terapêutica dessa estrutura pretender-se-ia a realização de um acompanhamento para restituir a função representativa do psiquismo.

Numa outra direção, e ainda no palco da psicossomática oriunda da França, alguns autores atuais discordam desse ponto de vista. Valabrega é um deles. De saída, este autor propõe outra teoria sobre as relações entre a conversão e a somatização. Partindo da idéia de um campo conversivo, no qual poderia se apresentar tanto uma conversão histérica quanto uma conversão psicossomática, Valabrega postula a existência de um núcleo conversivo no centro de qualquer neurose, em lugar de um núcleo histérico como queria Freud. Entretanto, Birman interpreta que, embora tivessem sido mantidas as diferenças estruturais das enfermidades psicossomáticas em relação às outras neuroses, a tendência seria a do apagamento dessas diferenças pela busca das "identidades estruturais".

Concluindo, Birman procura mostrar como a psicossomática teria passado de um momento de constituição, onde a introdução da causalidade psíquica mantinha inalterada a racionalidade da medicina somática e onde, apenas algumas patologias seriam então incluídas, para um outro momento, inaugurado pela problemática da relação médico-paciente, onde a totalidade das doenças tenderia a apresentar uma causa psicológica de maior ou menor intensidade. A formulação de uma "causalidade relacional" teria surgido historicamente como a solução do impasse teórico contido numa causalidade múltipla, pluralista ou circular que, por ser fragmentária, contradiria a visão psicossomática essencial. Neste ponto, Birman evoca Valabrega:

"A perspectiva etiológica opera uma mudança decisiva: o acento é colocado quase exclusivamente sobre o *sentido* do sintoma, mas este sentido, no lugar de ser concebido como uma interação de variáveis múltiplas, (hereditárias, traumáticas, infantis, educativas, humorais, sociais, etc.) é apreendido como uma relação. Esta concepção permite evitar a fragmentação etiológica numa poeira de causas e de efeitos (...) A causalidade relacional opera, pois, um retorno a uma teoria etiológica unitária, mas não linear, o que constitui um progresso importante do triplo ponto de vista lógico, metodológico e epistemológico." (Valabrega, apud Birman, op. cit., p. 109)

Diante dessa nova concepção, de acordo com Birman, a psicossomática teria perdido a sua singularidade, "transformando-se num caso particular, historicamente superado, de um sistema de trocas significativas entre o enfermo e seu médico, no qual as enfermidades constituem os significantes desta relação a ser decifrada pelo ato terapêutico." (Op. cit., p. 110)

Neste último comentário, vemos como Birman parece se ater à psicossomática inserida no contexto hospitalar.⁴ Esta sim, pode-se admitir que tenha perdido, ou até mesmo, que precisasse perder a sua identidade, devido ao contato com outras teorias e recursos técnicos mais diretamente ligados aos objetivos a que se dirigiam. No hospital geral, a psicossomática está, de fato, a serviço das demandas do atendimento médico ao doente, devendo, neste contexto, "abrir-se" às relações, tanto com o paciente quanto com a equipe multidisciplinar.⁵ Nesse quadro, a psicossomática deixa em segundo plano seu objetivo precípuo de investigação dos mecanismos psíquicos implicados no adoecimento somático e dos recursos terapêuticos para lidar com o doente. Entretanto, o estudo e a prática da "ciência psicossomática" (Marty, 1989c) vêm sendo desenvolvidos, atualmente, nos centros de pesquisa dirigidos a es-

4 - Esta que vai constituir a complexa nomenclatura hoje utilizada nos hospitais gerais para designar as diferentes atuações e recursos técnicos utilizados pelos profissionais de saúde (em geral, os da área "psi") para tentar dar conta das demandas da instituição médica.

5 - É, muitas vezes, a partir de práticas improvisadas, criadas pela própria necessidade gerada no contexto das relações institucionais, que o trabalho de um certo tipo de pesquisa se move.

ta finalidade primordial.⁶ Além disso, alguns analistas têm se dedicado à pesquisa psicossomática como decorrência de seu trabalho no âmbito da clínica psicanalítica privada.⁷

Desse modo, a psicossomática vem se afirmando como um campo de investigação cuja especificidade encontra-se assentada na pesquisa psicanalítica dos processos de somatização. Inserindo-se em contextos diversos,⁸ este tipo de pesquisa pode apresentar diferentes graus de fidelidade aos princípios psicanalíticos clássicos, ou seja, pode utilizar o setting e a transferência para enforçar as questões ligadas às manifestações somáticas do paciente, ou pode estender-se para além da relação transferencial e lançar mão de outros recursos técnicos e teóricos para tentar dar conta da especificidade destes contextos. Assim, se por um lado, há verdadeiramente uma tendência a incluir o *adoecer somático*, de modo genérico,⁹ entre os fenômenos merecedores da atenção do psicanalista, tanto quanto um sonho ou um delírio, isto se deve ao fato de que há uma demanda da clínica neste sentido. Por outro lado, se em Freud, a clínica se construiu principalmente no rastro das psiconeuroses, hoje em dia ela vem forçando os limites assinalados pelo

6 - Ver a este respeito, a Introdução da tese, onde estão referidos dois dos principais centros de pesquisa psicanalítica no campo da psicossomática.

7 - Refiro-me, especialmente, ao trabalho de McDougall, cuja focalização nas questões do psicossoma e na compreensão da gênese das perturbações somáticas vem ganhando acuidade em recentes publicações.

8 - Como pontuei acima, a pesquisa psicossomática pode se realizar de forma mais ou menos discriminada em seus objetivos, no consultório particular, nos centros de estudo e pesquisa de psicossomática e nos hospitais gerais.

9 - E não apenas algumas doenças, como parece preferir Birman.

fundador da psicanálise quanto ao âmbito de atuação do psicanalista. Esta é, sem sombra de dúvida, uma das questões mais polêmicas concernentes à clínica de nossos dias.¹⁰

Contudo, nos próprios textos freudianos sobre as neuroses atuais e as doenças orgânicas, vamos descobrir esboçados os caminhos para a constituição do campo da psicossomática. Deles podemos extrair importantes guias de referência.

Dentro da obra de Freud, talvez possamos identificar, como faz Jean Claude Elbez (1993) o ato de nascimento da psicossomática, no artigo "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'." (Freud, ESB, vol. III) O mesmo texto é considerado por Gisèle Harrus-Revidi (1991) como tendo fundado, histórica e epistemologicamente, a psicossomática. Os motivos de tal designação aparece claramente na justificativa de Freud ao esclarecer que, na neurose de angústia, o acesso comporta unicamente o sentimento de angústia sem nenhuma representação associada, apresentando-se ligado à perturbação de uma ou várias funções corporais, respiração, atividade cardíaca, inervação vasomotora, atividade glandular.

Neste artigo, Freud supõe que os distúrbios da neurose de angústia seriam devidos a um acúmulo de excitação sexual, e enfatiza que este tipo de manifestação neurótica não efetua nenhuma

10 - Ver a respeito das questões da "psicanálise extra-nuros", Laplanche (1987).

derivação psíquica.

É importante lembrar que poucos meses antes deste artigo, Freud escrevera o "Rascunho E", no qual já discriminava dois modos de somatização: o da histeria e o da neurose de angústia. Neste, Freud aproxima inicialmente as duas entidades, para depois separá-las. São palavras de Freud neste texto:

"Na verdade, são por demais evidentes as conexões entre a neurose de angústia e a histeria. (...) a neurose de angústia é uma neurose de represamento como a histeria; daí a sua semelhança." (ESB, vol. I, p. 264)

Entretanto, Freud distingue que, no caso da neurose de angústia, ao contrário do que ocorre na histeria, por algum motivo, a conexão psíquica permanece insuficiente para despertar o afeto sexual, e a tensão física, não sendo psiquicamente ligada, é transformada em ansiedade.

Freud sugere, assim, que na neurose de angústia há um déficit de afeto sexual, de libido psíquica. Diz que, em sua observação clínica, depois de passarem a sofrer de ansiedade, os doentes não sentiam desejo sexual.¹¹

Nesta mesma direção, e voltando ao artigo de Freud nomeado como fundador, Elbez indica nele um elemento que pode ser

11 - Esta observação de Freud será de extrema importância na constituição do campo de investigação psicossomática, e será muito aproveitada por Marty e pelos psicanalistas da Escola de Paris. Ver também o que se segue, com relação à "depressão essencial".

aproximado do que Marty chamou de "depressão essencial":

"Um outro ponto de vista é fornecido pela observação, até aqui não mencionada, de que, em todos os conjuntos de casos, a neurose de angústia é acompanhada por um decréscimo da libido sexual, ou *desejo psíquico*, de modo que, quando se diz aos pacientes que suas queixas decorrem de 'satisfação insuficiente', eles respondem regularmente que isso é impossível, pois precisamente agora toda sua necessidade sexual se extinguiu." (Freud, ESB, vol. III, p. 126)

Dentro desse quadro, além do acúmulo da tensão física, um papel importante vai ser atribuído à evitação da descarga no sentido psíquico.

Para Freud, portanto, na neurose de angústia há acúmulo de excitações e uma insuficiência psíquica, cujo resultado produz processos somáticos anormais e, em vez de um deslocamento psíquico como na histeria, há uma derivação da excitação no somático.

Um outro momento da elaboração freudiana, considerado também por alguns como fundador do campo da psicossomática, é o de seu artigo, "Concepção psicanalítica das perturbações psicogênicas da visão". (ESB. vol. XI) Neste sentido, Claude Smadja (1991) justifica a designação que dá ao texto, no fato de fundar um modelo explicativo de certos distúrbios que concernem ao campo do somático. Partindo da utilização por Freud de um modelo dualista da

pulsão, o autor aponta para a questão da "conflitualização", opondo as duas grandes funções nomeadas, segundo a primeira teoria pulsional: pulsões sexuais e pulsões do eu. Vale-se, então, da argumentação freudiana de que se um órgão que serve a duas espécies de instintos aumenta seu papel erógeno, é de se esperar que isto não ocorra sem a excitabilidade e a inervação do órgão, cujas alterações se manifestarão na forma de perturbações de suas funções a serviço do ego.

Smadja assinala o fato de que o modelo desenvolvido por Freud nesse texto pode ser associado à sua concepção das neuroses atuais, uma vez que há uma concordância entre as particularidades do funcionamento mental dos pacientes atingidos por certos distúrbios orgânicos e as dos pacientes que sofrem de neurose atual.

Segundo Smadja, seria a partir do modelo teórico das neuroses atuais, de 1895, que se poderia compreender o "submodelo" elaborado por Freud para certos distúrbios orgânicos. Assim, no "Rascunho I",¹² Freud teria desenvolvido uma tese conforme sua concepção das neuroses atuais, mas, pela primeira vez, adaptada aos distúrbios orgânicos. Vejamos o que disse Freud a esse respeito:

"Isto parece mostrar que a enxaqueca é um efeito tóxico produzido pela substância estimulante sexual quando esta não pode

12 - O referido "Rascunho" trata as "Enxaquecas, pontos bem estabelecidos". (ESB, vol. I).

encontrar descarga suficiente.¹³ E talvez se deva acrescentar a isto o fato de que está presente uma determinada via (cuja localização está por ser encontrada), que apresenta um estado de especial suscetibilidade. A questão implícita nisto é a questão da localização da enxaqueca." (ESB, vol. I, p. 293)

Nessa direção, Smadja recorre a uma passagem do célebre "Caso Maria" de Marty (1951) para ilustrar sua argumentação. Sugere compreendê-lo segundo a concepção desse autor:

"É, em resumo, como se, não tendo meios de trapacear, não tendo meios de escapar à sua realidade através das inúmeras possibilidades neuróticas, ela bloqueasse o conjunto em sua fonte, isto é, bloqueasse o pensamento logo que ele nasce." (Marty, op. cit., p. 223)

A falta de mecanismos neuróticos disponíveis nesses casos teria conduzido ao registro feito por Marty sobre os pacientes que apresentavam crises dolorosas de cabeça, depois de relações sexuais. A noção de "excitação sexual bruta", estando implicada aí, revelaria a insuficiência de ligação psíquica, que obrigaria a buscar uma saída pela via somática. Smadja recorda que o modelo teórico das neuroses atuais de 1895, baseava-se, assim, em dois argumentos: a acumulação de quantidades de excitações somáticas; e

13 - Smadja diz poder afirmar com certeza que a "ausência de escoadouro satisfatório" para a excitação somática concerne às falhas do funcionamento mental, tal como foram concebidas por Marty em sua obra. Cf. Smadja (op. cit. p. 156).

a insuficiência de sistemas de ligação psíquica, particularmente a insuficiência de representações disponíveis.

Se esses são considerados os alicerces da pesquisa psicossomática de referencial psicanalítico, só temos que lamentar, com Michel Fain (1968), que Freud não tenha retomado o estudo das neuroses atuais, depois que suas reflexões o conduziram a postular a existência de um instinto de morte. Nessas afecções, a defusão pulsional apresenta-se de um modo muito especial.¹⁴

Para Fain (Op. cit., p. 683), a considerar-se a concepção de Freud acerca da tendência geral do organismo a baixar o nível de excitação, se um dado comportamento se tornasse puramente operatório por razões internas ou externas, esse rebaixamento seria acompanhado de tal frustração libidinal, que a agressividade livre daí resultante só poderia ser exercida na própria unidade do organismo.

As investigações da Escola de Psicossomática de Paris partem justamente do ponto onde Freud interrompeu suas pesquisas sobre as neuroses atuais. Apoiando-se em uma ampla experiência com pacientes com tendência à somatização, elas indicam, a meu ver, um dos melhores caminhos já traçados no sentido da compreensão dos processos de somatização e de sua abordagem clínica a partir do referencial psicanalítico. Entretanto, na palavra de Marty, o pon-

14 - A questão da fusão e defusão das pulsões é desenvolvida no item 2.3 desta tese.

to de vista psicossomático não coincide com o ponto de vista psicanalítico, sendo que aquele inclui este.

Tal assertiva repõe a questão crucial antes anunciada: a que indaga sobre a existência de um objeto próprio da psicossomática e do âmbito de alçada de seu campo em relação à psicanálise, da qual se originou. Ao discutir essa questão, não me atenho apenas ao corpo teórico da Escola de Paris, embora dele me utilize mais amplamente. Recorro, também, a outras fontes psicanalíticas para poder tratar desse problema, que vem desenvolvido nos itens a seguir.

1.3 - O objeto da psicossomática: dentro ou fora da psicanálise ?

No que diz respeito à questão central da pesquisa psicossomática, ou seja, o adoecimento somático ou o sofrimento psíquico expresso no corpo, as indagações conduzem ao processo de somatização e ao próprio corpo, enquanto palco da cena psíquica, por mais que esta cena esteja desprovida de *representação*¹, de dinamismo e de vitalidade, por mais que ela seja uma cena "petrificada", imobilizada devido aos avatares pulsionais.

A pergunta que se apresenta inicialmente é: de que corpo se trata, quando falamos da investigação desta *representação* faltosa, desta cena "petrificada", deste sofrimento que se expressa, não através de um discurso que se apresenta à decifração, mas que tem uma função de *ato*, de *descarga*, como diria McDougall (1983). Não é o corpo mutilado, despedaçado do psicótico, nem o corpo "estruturado como um espaço de sonho" (Sami-Ali, apud Célerier, 1991, p. 40) como o que se apresenta no histérico, que concerne à psicossomática.

De que estamos, então, falando quando nomeamos o corpo da psicossomática ? Estamos nos referindo a um objeto sui

1 - O termo *representação* é tomado aqui no sentido de posto em cena, de representação teatral, como refere Gantheret, 1971, p. 140.

generis, que foge ao escopo da psicanálise ? Ou essa nomeação recai simplesmente num foco de alçada mais ampla, para o qual a psicanálise busca ainda se instrumentalizar, como tem feito com outras das muitas expressões do psiquismo humano ?

Para responder, torna-se necessário discernir como a questão do corpo é tomada pela psicanálise para, então, pensarmos que diferenças ou que impasses nos são colocados pela investigação e pela clínica psicanalítica do corpo adoecido.

Registra-se de imediato que a questão do corpo é considerada como "marginal e fronteiriça" em relação ao campo psicanalítico, apesar da ressalva de se estabelecer como "fundadora e constitutiva" da própria história da psicanálise. (Gantheret, op. cit., p. 138) Segundo o pronunciamento de François Gantheret, alguma coisa da ordem do nascimento, da questão das origens, encontra-se em jogo aí. O autor nos convida a levar em conta o problema, "*não como interno à Psicanálise (...)* mas como uma questão com a qual a Psicanálise é confrontada e, em relação à qual, ela teve e tem que se definir, teórica e praticamente". (Id. *ibid.*, p. 138; grifos meus)

É evidente que o corpo, enquanto objeto da investigação psicanalítica, não é o mesmo corpo dos anátomo-fisiologistas, como bem assinala o autor. O que é buscado e perseguido pelos olhos e, principalmente, pelos ouvidos do psicanalista é um corpo represen-

tado, um corpo imaginado: é a imagem inconsciente do corpo.

Foi da imagem do corpo, do corpo construído e não do corpo constatado que, segundo Gantheret, Freud precisou para falar do funcionamento psíquico e da existência do inconsciente.

Na preocupação inicial de Freud de convencer aos neurologistas tentando *representar* os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais distinguíveis,² já se encontraria uma ruptura metodológica entre a metapsicologia e as ciências naturais, com a idéia de representação. Segundo Gantheret, o que parece particularmente importante, é que este momento da ruptura metodológica, este corte, que veio opor o corpo biológico ao corpo fantasmático, não foi somente um momento histórico, ultrapassado a seguir, mas que permaneceu constitutivo da abordagem analítica, tanto teórica quanto clínica.

Recordando o texto de Freud em "O Ego e o Id" (ESB, vol. XIX), no qual o ego deriva das sensações corporais e pode ser encarado como uma projeção mental da superfície do corpo, Gantheret reafirma a filiação do psíquico ao orgânico. Ao mesmo tempo, faz notar o aspecto da projeção, marcando uma *distância*, um caminho e uma transformação de um a outro: do biológico ao psíquico, do corpo real ao corpo na fantasia. Essa elaboração, segundo o autor, corresponderia à possibilidade de simbolização. "O corpo não se -----

2 - Referência ao texto de Freud "Projeto para uma psicologia científica", (ESB, vol. I).

torna simbólico senão quando é substituído como símbolo do recalcado, senão quando entra numa relação de sentido com outros elementos. Não há simbolização senão quando há o encontro entre uma série associativa e uma ancoragem numa disposição orgânica, senão quando o elemento do real orgânico é colocado à disposição dentro de um sistema significante; senão quando a série imaginária, fixando-se sobre um real biológico, adquire valor de sinal, de elemento de um sistema". (Gantheret, op. cit., p. 142) No deciframento do discurso simbólico do paciente estaria a chave para reencontrar o corpo (parcial ou total) do sujeito e o corpo do outro (o corpo materno, por exemplo), que se atualiza na relação com o analista. O corpo do sujeito estaria, assim, comprometido com sua palavra.

Neste ponto, creio ser interessante trazer o registro de Paulette Letarte,³ em sua exposição sobre o corpo na transferência psicótica. Letarte relata o caso de Ana, uma jovem paciente com tendências suicidas, e que, segundo a analista, apresentava-se como "uma massa sem membros e sem pensamentos, um estado de angústia carregada por um corpo amorfo, uma respiração acelerada em uma espécie de estertor suplicante". (Letarte, 1980, p. 24 e segs) Durante dois ou três anos, as interpretações habituais não surtiram

3 - Psicanalista, participante do colóquio "Corps et langage en psychanalyse", realizado por iniciativa do "Groupe Lyonnais de Psychanalyse aux Arcs", em fevereiro de 1978 e em março de 1979. A publicação dos debates saiu pela Presses Universitaires de Lyon, em dois volumes, em 1980 e em 1982.

o menor efeito, e a analista tinha a impressão de falar uma língua inadequada, desprovida de sentido. O que ela dizia "parecia ter menos importância do que o próprio fato de falar". Quando estava no limite de seus recursos, a paciente a olhava, abria a boca, deixava acumular sua saliva e ofegava penosamente. Parecia alimentar-se de suas palavras, *independentemente do sentido que elas tinham*. Às vezes, mobilizada pela própria angústia, a analista acabava falando qualquer coisa, contanto que retomassem o contato. Ana, no entanto, parecia displicente e insensível, particularmente no que se referia às mudanças de temperatura. Vinha às sessões pouco vestida, sem mangas e sem meias no inverno. Até que um incidente modificou os rumos da relação: uma manhã, a analista deu-se conta de que, apesar do frio, Ana tinha os braços nus e não estava arrepiada. Espontaneamente, friccionou os próprios braços para sentir o calor de sua pele e perguntou a Ana se ela não estava com frio, pois observava seus braços e via que ela não estava arrepiada. Na sessão seguinte, Ana também não estava vestida adequadamente, mas a analista constatou, com espanto, que ela tremia de frio. "Gradualmente, Ana ousou falar sobre tudo aquilo que ela tinha o dever de silenciar, sobre tudo o que ela tinha guardado sem ousar pensar."

Através deste fragmento clínico, pode-se constatar que algo se passou entre Ana e sua analista, que não é da ordem da pa-

lavra, nem de seu sentido. Talvez se possa situá-lo no nível de uma identificação primária, de "um estado arcaico de fusão somatopsíquica". ((Déjours, Marty e Herzberg-Poloniecka, 1980, p. 8)

Desse modo, é interessante considerar que, se entre o corpo constatado (corpo biológico) e o corpo representado (corpo erógeno) existe "uma distância, um caminho e uma transformação de um a outro", (Gantheret, op. cit., p. 142) a maneira de pensar esse percurso e sua constituição variam muito, especialmente no que concerne à implicação do biológico no engendramento dos processos psíquicos e das consequências disso no campo mesmo da psicanálise.

Garcia-Roza (1990), por exemplo, ao tratar dos vários "corpos" e de suas relações com a psicanálise, enfatiza: "Freud anuncia um novo corpo e uma nova alma". (Id. ibid, p. 79) Segundo o autor, a verdadeira dualidade para a psicanálise não seria corpo X linguagem, já que o corpo da psicanálise estaria submetido à linguagem. A dualidade, de fato, seria aquela constituída pelo que é ordenado (o que inclui tanto a linguagem como a representação do corpo) e aquilo que é exterior à ordem: as pulsões em estado bruto. Assim, teríamos, de um lado, o corpo-linguagem e, do outro, as pulsões, pura potência indeterminada. Referindo-se aos defensores do ponto de vista da pulsão como força psíquica, o autor faz questão de distinguir que uma coisa é a representação do corpo, outra é o corpo pulsional, o corpo real, situado para além da represen-

tação. Por outro lado, se a pulsão não é uma "força natural", nem por isso ela deixaria de ser potência corporal. O corpo pulsional se distinguiria, assim, tanto do corpo do simbólico como do corpo biológico. Ele seria de uma outra ordem e, não sendo atravessado pela linguagem, não seria representável.

Entretanto, seria somente a partir do simbólico que, segundo Garcia-Roza, poderíamos falar em pulsão como algo distinto do natural biológico. "Se abandonamos a referência à linguagem, não há como distinguir a pulsão (Trieb) do instinto (Instinkt)."
(Id. *ibid.*, p. 83) Afirmando, por outro lado, com Freud e Lacan, um para além da linguagem e da representação, Garcia-Roza parece encontrar-se diante da possibilidade inferida de um "lugar das pulsões", frente a um nó difícil de desatar. Pergunto eu: o que fazer das pulsões sem o corpo biológico? Para o autor não resta senão admitir que aceitemos o corpo real como pertencente à biologia. Este sim, seria o corpo primeiro, do qual o corpo psicanalítico seria desviante. E termina assentindo não ser sua pretensão negar o biológico em sua positividade, nem opor o corpo psicanalítico ao corpo biológico, mas, simplesmente, afirmá-lo como diferença.

Será que para marcar essa diferença, os seguidores do pensamento lacaniano não estariam incorrendo na desencarnação do chamado "corpo do simbólico", o qual, proposto por Lacan como um

corpo existente mesmo antes de seu nascimento, e que permanece além da morte biológica,⁴ não encontraria, desse modo, ancoragem no corpo físico ?

Serge Leclaire (1977) reclama, também, de uma "invocação muito frequente da realidade primeira do substrato biológico, oposto como tal ao caráter de reflexo da representação psíquica; o psiquismo, nesta perspectiva, surgiria como superestrutura de uma realidade que seria fundamentalmente orgânica". (Id. *ibid.*, p. 31)

Contrapõe, ademais, que, por maior que seja a insistência, em toda a obra de Freud, no caráter fundamental do fato biológico, este não deveria ser entendido como uma denegação de sua descoberta, pois a psicanálise não existiria na realidade, só se desenvolvendo no nível das representações. Reafirma o recalçamento como "pedra angular" do aparelho psíquico, que só se exerceria sobre elementos representativos, excluindo-se de qualquer outra realidade pulsional, sem lugar na vida psíquica.

O autor recorda-nos que uma pulsão nunca pode se tornar objeto da consciência, só sendo disto susceptível através da representação que a figura. Da mesma forma, ela só pode estar representada no inconsciente através de uma representação.

Assim, não estando ligada a uma representação, não se traduzindo por um estado afetivo, a pulsão permanece ignorada. A

⁴ - Sobre a concepção de corpo em Lacan, ver Soler (1954).

idéia de uma ambigüidade da posição freudiana quanto ao conceito de pulsão, é apontada por Leclaire a partir das notações apresentadas por Freud em seus textos. Desse modo, Freud descreveu a pulsão tanto como um impulso de natureza biológica, (Freud, ESB, vol. XIV, p. 140) quanto como um conceito-limite entre o psíquico e o somático. Ainda no mesmo contexto, descreveu-a "como um representante psíquico das excitações emanadas do interior do corpo e chegadas à alma, como o grau de trabalho imposto ao psíquico na seqüência da sua ligação com o corporal". (Id. ibid., p. 142)

A ambigüidade da posição freudiana aparece em toda a sua amplitude, segundo Leclaire, na seguinte frase de Freud: "O núcleo do inconsciente é constituído por representantes de pulsão que querem descarregar os seus investimentos, portanto de moções de desejo (Wunschregunger). Estas moções pulsionais (Triebregunger) estão coordenadas umas com as outras." (Freud, ESB., vol. XIV, p. 213). Leclaire mostra que Freud fez referência, simultaneamente, ao "representante", termo eminentemente lógico e logificável, e à "moção pulsional" (confundida com a moção de desejo) que teria, contida em si, uma realidade biológica. Leclaire conclui estarmos diante de dois pontos de vista que pareceriam contraditórios: um, que defenderia a idéia de que tudo o que concernisse ao campo psicanalítico se situaria ao nível das representações concebidas como elementos formais; outro, que argumentaria que a essência do pro-

cesso inconsciente deveria ser situada ao nível das moções pulsionais, isto é, ao nível de uma energia de natureza orgânica. Contrapõe-se o autor, advertindo que "iniciando assim o debate, vamos (...) em sentido contrário ao do pensamento freudiano, sublinhando a oposição dos termos 'psíquicos' e 'orgânicos', enquanto o difícil conceito de pulsão, (...) tende precisamente a compreender este dualismo numa dinâmica verdadeiramente nova: a originalidade deste conceito, descrito como conceito limite, reside no fato de fundar o inconsciente fora das categorias do biológico e do psicológico (...). Isto quer dizer que a clivagem, ou o desvio, que fundamenta a dimensão da representação no conjunto da doutrina das pulsões, situa-se indubitavelmente de um modo diferente do da oposição tradicional entre a alma e o corpo." (Leclaire, op. cit, p. 34)

Voltando ao caso de Ana, descrito acima, proponho que nos coloquemos num *espaço de construção entre o corpo e a palavra*, espaço que é descrito através do pronunciamento de Paul Israel⁵ para falar do investimento do corpo da criança pela mãe. Israel refere-se à tese de Piera Aulagnier, segundo a qual a mãe seria o primeiro porta-voz, o "interpretante" primeiro. Logo, a primeira interpretação seria um código, uma transposição, em sinais linguísticos, de atitudes e de comportamentos. A mãe introduziria, assim, um espaço metafórico em seu comentário sobre a linguagem

5 - No mesmo colóquio referido na nota 3, "Corps et langage en psychanalyse", in Cosnier (1980, p. 34).

preverbal da criança; introduziria um espaço libidinal que a criança introjetaria em proveito de sua própria linguagem.

Para falar ainda deste *espaço de construção* do psiquismo em que o corpo está profundamente implicado, Sami-Ali⁶ ilustra, com o tratamento de uma criança psicótica, a necessidade de favorecer o uso de uma função sintética elementar cuja origem não se encontraria nas formações linguísticas. Chama a atenção, assim, para o fato da inoperância da palavra em um mundo onde tudo flui continuamente, antes de se constituírem os objetos. A tarefa terapêutica mais urgente consistiria, assim, não em decifrar um conjunto de símbolos dados, mas em tornar possível a função de simbolização, dando acesso à palavra. "Movemo-nos, aqui, em um mundo que a criança descobre por um instante e perde em seguida, um mundo situado na metade do caminho entre o fora e o dentro, um mundo feito de objetos transicionais, de gestos e de gritos, gritos que não têm a fixidez das palavras. Revela-se, então, a palavra em sua verdade primeira como uma projeção do próprio corpo". (Sami-Ali, op. cit., p. 64)

O autor mostra, assim, como o próprio corpo mediatizaria o passo entre a atividade perceptiva e a atividade que teria no

6 - Sami-Ali é psicanalista e psicossomatista. Tendo pertencido, inicialmente, ao grupo de P. Marty, separou-se deste, e fundou o Centre Internationale de Psychosomatique de Paris, com objetivo de desenvolver pesquisas em psicossomática da infância. Em seu livro Cuerpo real, cuerpo imaginário - para una epistemologia psicoanalítica, 1979, o autor discute as relações entre corpo e espaço, corpo e tempo, corpo e movimento, corpo e palavra.

sonho sua expressão mais pura. Mas, adverte que essa mediação não significaria abandono do real para se chegar ao imaginário. Significaria, isto sim, que uma mesma estrutura espacial presidiria sempre a elaboração da representação. E conclui que no trabalho complexo e no nível inconsciente que caracterizaria toda projeção, o corpo não pararia de funcionar enquanto esquema de representação dotado de uma atividade de síntese absolutamente original.

Entretanto, se na psicose há uma estrutura em jogo que poderia responder por uma falha nesse *espaço de construção* entre o corpo e a palavra, será que podemos apontar, igualmente, nos casos de somatizações graves ou nos sujeitos com tendência à somatização, uma falha de estrutura, de constituição nesse caminho entre o corpo e a palavra? Ou, mesmo, será que poderíamos dizer, igualmente, que algo falhou nesse *espaço de articulação*, em algum momento anterior à eclosão de uma doença somática que pode acometer a qualquer pessoa "normal"? Qual é, aí, o papel do trauma ou do evento traumático?

Para responder a essas questões, indo ao encontro daquilo que Leclaire descreve como um modo diferente da oposição tradicional entre a alma e o corpo, lanço mão, mais uma vez, de Déjours. Além de representar o grupo de Psicossomática de Paris, este autor se destaca por suas teses originais. Vejamos o que ele diz a respeito disso.

"O desenvolvimento do corpo erótico é o resultado de um diálogo em torno do corpo e de suas funções, baseado nos cuidados corporais prestados pelos pais e cujas etapas principais se dão nos primeiros anos de vida (3 a 5 primeiros anos). O diálogo em questão, portanto, põe em jogo os parceiros. Ou seja, o funcionamento psíquico da mãe, suas fantasias, sua própria sexualidade, sua história e sua neurose infantil marcam, de maneira muito singular, o diálogo que se instaura com a criança, a ponto de inscrever na própria carne desta última as marcas do inconsciente dela." (Déjours, 1991, p. 96-97)

O autor adverte para o fato de fazer, aí, uma simplificação extrema ao citar apenas a mãe, pois o pai e as relações eróticas entre os pais - isto é, a alternância entre duas posições psíquicas, a de mãe da criança e a de mulher do pai - desempenhariam um papel fundamental na edificação psíquica da criança.

Utilizando a noção de apoio⁷ da pulsão na função fisiológica, Déjours apresenta sua tese sobre a subversão libidinal através da metáfora do moinho, que utiliza para demonstrar o impacto deste apoio subversivo sobre a saúde do corpo. Nela, o autor

7 - No Vocabulaire de Psychanalyse, Laplanche e Pontalis (1967, p. 148) assim define apoio: "Termo introduzido por Freud para designar a relação primitiva das pulsões sexuais com as pulsões de autoconservação: as pulsões sexuais, que não se tornam independentes senão secundariamente, apoiam-se sobre as funções vitais que lhes fornecem uma fonte orgânica, uma direção e um objeto. Em consequência, falar-se-á, também, de apoio para designar o fato de que o sujeito se apoia sobre o objeto das pulsões de autoconservação em sua escolha de um objeto de amor; é o que Freud chamou de *tipo de escolha de objeto por apoio*."

descreve o fluxo instintivo como as águas de um rio, que seriam, em parte, desviadas para movimentar as pás de um moinho. O giro da roda produziria um trabalho que poderia ser a fabricação de óleo a partir de azeitonas ou farinha a partir do trigo. Nesta metáfora, o apoio seria representado pela roda que gira, desvia a energia e a subverte. O resultado do trabalho representaria a vida erótica e o moinho representaria o aparelho psíquico.

Déjours relembra que a energia libidinal (pulsão sexual) é retirada dos instintos de conservação. Com referência à metáfora, assinala que, a despeito da construção do moinho, o rio continuaria a ser um rio. Ou seja, o corpo instintivo, o corpo das grandes funções fisiológicas vitais de conservação permaneceria, mesmo que sofrendo modificações. Apenas cederia parte de sua energia. Por outro lado, esse desvio de energia promoveria uma enorme alteração em toda a ecologia do território banhado pelo rio, que desafogaria seu leito nos períodos de cheia.

"Essa metáfora do moinho, transformador, derivador e subvertedor da energia em prol da vida mental, permite introduzir a hipótese de que o bom funcionamento do apoio e do aparelho psíquico e de que o sucesso da subversão libidinal são capazes de re-frear a economia do corpo fisiológico, oferecendo-lhe um escoadouro psíquico." (op. cit., p. 98)

Se, nessa metáfora, o corpo inteiro está implicado, nela

estão também embutidos dois paradoxos que perpassam a clínica psicossomática. (Déjours, 1989, p. XI e XII) O autor os aponta mostrando que o corpo erótico opõe-se economicamente ao corpo orgânico, e a sexualidade psíquica é qualitativamente de uma outra espécie que a sexualidade fisiológica ou "animal". Desse modo, se a sexualidade visceral deriva da maturação e da atualização de um programa herdado geneticamente, a sexualidade psíquica, no entanto, é derivada das relações que a criança estabelece com os pais através de uma bruma fantasmática. Entretanto, a clínica psicossomática sugere que a saúde do corpo orgânico não é independente da sexualidade psíquica. Pelo contrário, o corpo erótico e a sexualidade psíquica encontram-se na base do funcionamento psíquico, sem o qual o corpo somático não estará protegido das doenças orgânicas. O corpo erótico é, portanto, necessário à saúde do corpo somático. Nessa relação soma-psiquê, os dois paradoxos anunciados se configurariam assim: primeiro, o corpo fisiológico e o corpo erótico nasceriam e se desenvolveriam a partir de duas correntes eminentemente diferentes; segundo (decorrente do primeiro), o corpo fisiológico precisaria do corpo erótico para não se desorganizar.

Desse modo, para a psicossomática, o corpo sadio não é somente o corpo não-doente, pois o corpo que não apresenta doença visível em um determinado momento, pode, ainda assim, estar em situação de risco de adoecimento se esse corpo se encontrar cortado

do funcionamento psíquico. Melhor dizendo, quando o corpo não se inscreve como corpo desejante, nem como corpo erógeno, ou como suporte de uma atividade fantasmática, há, então, um corpo suspeito de adoecer. Por outro lado, "quando o corpo está representado psiquicamente como imagem do corpo, envolvida nos investimentos eróticos - auto e heteroeróticos - implicando uma dialética que se enraiza na solidez do narcisismo e na qualidade das relações objetais", (Id. *ibid.*, p. XI) então este corpo pode, supostamente, ser considerado como estando ao abrigo de uma doença somática.

Em sua descoberta, talvez a mais importante, a Escola de Paris anuncia que o processo da somatização é detonado quando o sujeito encontra-se incapaz de lidar mentalmente com as contradições de sua existência, não sendo possível, neste caso, falar-se de conflito no sentido psicanalítico do termo. Ora, a investigação psicossomática visa, justamente, circunscrever as dificuldades existenciais que estão interditas de se manter no aparelho psíquico, pondo em evidência a ineficiência de certos mecanismos de defesa. (Cf. Déjours, Marty e Herzberg-Poloniecka, *op. cit.*, p. 6) Sendo assim, só se poderá incluir a pesquisa psicossomática dentro do escopo da psicanálise, na medida em que esta última não se limite à circunscrição dos conflitos psíquicos e das modalidades de sua resolução mental, permitindo pôr em evidência uma certa espécie de conflito que não se dramatiza no nível psíquico, mas, sim,

no nível do soma.⁸

Encontramo-nos, assim, no meio do caminho entre o somático e o psíquico, num *território-limbo* onde as fronteiras tendem a se apagar e o soma expõe a dor psíquica que não pôde ser representada. A meu ver, é o trauma da primeira separação do bebê de sua mãe que vai provocar a "retroatividade"⁹ dos mecanismos psicossomáticos, os quais, na ocasião, foram acionados para tentar lidar com o desamparo decorrente do nascimento. É a partir do estudo desses mecanismos em ação e das entradas e saídas do que chamei de *território-limbo* (por suas características de passagem e de lugar de espera, no qual se trava uma verdadeira luta entre pulsão de vida e pulsão de morte) que é possível se configurar o campo de investigação da psicossomática. Se esse campo encontra-se dentro ou fora da psicanálise, depende, a meu ver, do enfoque adotado e, como disse antes, do contexto onde ele se insere.

8 - A este tipo de "conflito", associo a noção de "impasse", que foi tomada de empréstimo a Lefebvre e a Sami-Ali, e que desenvolvo no item 3.4 desta tese.

9 - A noção de "retroatividade" no trauma é trabalhada por Baranger e colaboradores, e encontra-se mais desenvolvida no item 3.1 desta tese.

1.4 - O somático, o psíquico e o psicossomático

Numa abordagem psicanalítica, pode parecer incongruente falar separadamente de somático, de psíquico e de psicossomático. Entretanto, ao contrário do que se pode pensar, é de dentro do próprio campo da psicossomática que se levantam as questões e os comentários mais radicais sobre as articulações (des-articulações) psiquê-soma, sobre os embates entre as ciências biológicas e a psicanálise e, até mesmo, sobre a possibilidade de sua própria existência como campo de conhecimento. Destacar cada um desses "territórios", mais do que uma postura didática, representa admitir certos graus de autonomia entre o somático e o psíquico, significa buscar elucidar a natureza e a organização de cada uma dessas séries (a psíquica e a somática), antes de aceitar uma embrição desfigurante ou um monismo "romântico".

Se, numa concepção psicossomática, buscamos uma compreensão global do que se passa com o sujeito que adoeceu, não podemos negar a especificidade das manifestações que se apresentam diante de nós. Enquanto psicanalistas, é na escuta dos afetos "sufocados" (reprimidos), suprimidos da "expressividade intersubjetiva", no dizer de Déjours, que nosso lugar é marcado. É para a representação faltosa, do corpo que não pode "nascer", que ficamos

atentos.

Entretanto, se, como concebem os psicanalistas da Escola de Psicossomática de Paris, a somatização no adulto compreende "um retorno à fusão somatopsíquica arcaica", (Déjours, Marty e Herzberg-Poloniecka, 1980, p. 8) o campo da investigação psicossomática amplia o campo psicanalítico. A pesquisa do desenvolvimento mental, a partir do nascimento, em ligação com as funções fisiológicas, conteria, portanto, todos os conceitos psicossomáticos potenciais.¹ Na afirmação de que nas psicossomatoses "o soma reage às ameaças psíquicas como se fossem de natureza biológica", (McDougall, 1983, p. 166) estabelece-se a ponte teórica entre a clínica do adulto e da criança. Encontram-se, aí, implicadas as noções de "regressão" e de "desorganização psicossomática",² parcial ou total, que conduz o sujeito a um estágio arcaico de fusão do biológico e do psíquico, o que remete à noção de "ressomatização" da pulsão, na acepção de Schur.³

De acordo com Marty e seus colegas da Escola de Paris, diante da impossibilidade de deter o processo de desorganização mental, o paciente torna-se vítima de um processo de desorganização mais amplo, resultante daquilo que Freud designou como pulsão

1 - Ver apresentação mais aprofundada deste ponto no item 2.1 desta tese.

2 - Estes e os demais conceitos principais da montagem teórica de Marty e da Escola de Paris são tratados no capítulo 2 desta tese.

3 - A noção de "ressomatização" exposta por Schur é desenvolvida adiante.

de morte, cujas manifestações somáticas são representadas pela derrocada das regulações homeostáticas.

O ponto de vista econômico é, neste tipo de abordagem, a referência permanente, já que se trata das qualidades e das falhas do funcionamento mental. Entretanto, este ponto de vista, chamado de metapsicossomatológico pelos autores, não se restringe à economia psíquica, mas, sim, a uma economia psicossomática global, visto que implica o estudo das pulsões, desde sua origem biológica até seu destino final.

A hipótese de Schur (1955) leva em consideração a ansiedade⁴ como reação ao perigo, este implicando a antecipação de uma situação potencialmente traumática, que lançaria o sujeito numa experiência de desamparo. O aspecto regressivo da reação é enfatizado fundamentalmente por Schur. Apoiando-se nas idéias de Hans Hartmann a respeito das funções autônomas do ego, o autor supõe um desenvolvimento paralelo e uma dependência mútua entre a maturação do sistema nervoso central e do aparato motor, a estabilização de processos homeostáticos e a emergência de processos secundários de pensamento, como uma parte essencial da formação do ego. Uma crescente "dessomatização" de reações decorreria dessa tendência do desenvolvimento no sentido da substituição da ação pelo pensamento

4 - O termo anxiety é utilizado por Schur com referência à versão inglesa do texto freudiano de 1926, "Inhibitions, symptoms and anxiety".

e redução do fenômeno de descarga vegetativa.⁵ Desse modo, se na criança muito pequena, precursores das reações de ansiedade apresentam características como tendência à descarga difusa e falta de coordenação motora, no adulto, a reação do ego ao perigo consiste numa variedade de componentes, que ocorrem mais ou menos simultaneamente, e que só podem ser separados se submetidos à análise. Na "ressomatização" a reação está ligada com a prevalência do processo primário de pensamento e ao uso de "energia des-neutralizada".⁶ Assim, na ausência dos processos secundários e da energia neutralizada, possibilitadores da antecipação do perigo ("angústia sinal" de Freud), o ego regride, podendo chegar ao nível fisiológico de funcionamento. Isto ocorre se a situação se torna traumática⁷ ou se o ego, regressivamente, assim avalia, interpretando as demandas instintivas como um perigo presente. Schur utiliza-se do modelo da criança com fome que sente a falta do seio, e que pode experimentar o perigo potencial da ausência da mãe como um perigo atual, até mesmo como uma situação traumática. É isso o que ocorre

5 - Parece-me plausível aproximarmos o processo descrito por Schur como "dessomatização" daquilo que Marty designou como "mentalização", (Ver conceituação no item 2.2 desta tese) apesar de não se encontrar uma menção explícita de Marty neste sentido. Entretanto, a meu juízo, existem diferenças importantes entre os dois autores no que concerne à própria concepção do campo da psicossomática. Adiante esse ponto é retomado.

6 - O uso da expressão "energia des-neutralizada" deriva do seu oposto "energia neutralizada", empregada por Schur, a partir do modelo de Hartmann, Kris e Loewenstein. Neste, de modo resumido, o ego teria dois tipos de energia à sua disposição: a "energia neutralizada", e libido e agressão em sua forma "não neutralizada". Ver Schur (op. cit., p. 123).

7 - Não fica claro no texto o que o autor entende por "situação traumática", contudo é nítida a separação entre "situação traumática" e "situação avaliada como traumática" pelo ego. (Id. ibid., p. 125)

na avaliação neurótica do perigo. Aí, pode-se ver "a re-emergência de tipos infantis de fenômenos de descarga difusa. O longo e doloroso caminho da maturação pode ser revertido em um instante. O ego perde a capacidade dos processos secundários de pensamento. Usa energia não-neutralizada e a dessomatização falha. A este tipo de regressão podemos chamar regressão fisiológica." 8

A função de "neutralização", importante no sentido de evitar respostas danosas ao próprio self do sujeito, deve ter seus precursores na fase de "indiferenciação psicossomática".⁹ Schur assinala a importância destas considerações para a área das manifestações psicossomáticas.

No meu modo de ver, diferentemente de Marty, observa-se em Schur uma licenciosidade no entrar e sair do âmbito do somático, pela maneira como ele emprega conceitos de dupla-face, ou seja, que vão de um território a outro, ou abarcam o psíquico e o somático, misturando-os e nivelando-os indiscriminadamente. Desse modo, ao falar de "regressão fisiológica", de "fenômeno de descarga vegetativa", assim como quando concebe a "ressomatização" como a reversão do "longo e doloroso caminho da maturação", Schur deixa

8 - Nota-se nesta descrição de Schur, uma semelhança com a descrição de Marty dos movimentos contraevolutivos da "desorganização psicossomática". Schur, entretanto, fala aqui da falha da "dessomatização", levando à "ressomatização". (Id. *ibid.*, p. 126)

9 - A fase de "indiferenciação psicossomática" do desenvolvimento não é descrita no texto. Entretanto, pode-se supor que ela se refere aos primeiros meses de vida do bebê, quando este reage de forma ríspida, indiscriminada, às excitações que o atingem.

evidenciado o caráter fisiologista de sua concepção psicossomática. Contrariamente a Marty, para quem o campo do somático é origem e apoio do psíquico, podendo ser reinvestido em um processo contraevolutivo de caráter desorganizante, Schur defende a existência de um paralelo de desenvolvimento e uma mútua dependência entre a maturação do sistema nervoso central e do aparato motor, a estabilização de processos homeostáticos e a emergência de processos secundários de pensamento, como uma parte essencial da formação do ego.

A exemplo desses dois psicanalistas, cujas concepções possuem formas diversas de inclusão do biológico no campo de investigação psicossomático, o mesmo poder-se-ia inferir com respeito aos demais autores estudiosos deste campo. Retomar o referencial freudiano para situar os parâmetros que nos legou o fundador da psicanálise quanto a este ponto, é sempre de grande valia, mesmo que, no final, tenhamos que utrapassá-los devido à premência imposta pela clínica de nossos dias.

Ao recorrermos aos textos freudianos, vemos que, se por um lado, Freud vai abrindo caminhos para a investigação das relações entre o psíquico e o somático, por outro lado, demarca muito claramente as fronteiras entre estas áreas e, conseqüentemente, o que concebe como sendo os limites da psicanálise.

Assim, no "Rascunho G", Freud faz representar, através

de duas linhas demarcatórias (uma horizontal e uma vertical) as fronteiras entre os campos do somático e do psíquico, e entre o eu e o mundo externo.¹⁰

Uma conhecida frase de Freud do "Rascunho E", marca, desde então, pela diferença entre a neurose de angústia e a histeria, como mais tarde, entre as neuroses atuais e as psiconeuroses, os âmbitos do somático e do psíquico e seus sutis e decisivos limites.

"Na neurose de angústia existe uma espécie de *conversão*, tal como existe conversão na histeria (mais um exemplo de sua semelhança); contudo, na histeria, é a excitação *psíquica* que toma um caminho errado, exclusivamente em direção à área somática, ao passo que aqui, na neurose de angústia, é uma tensão *física* que não consegue penetrar no âmbito psíquico e, portanto, permanece no trajeto físico. As duas se combinam com extrema frequência." (ESB, vol. I, p. 269; grifos do autor)

Ainda em "Concepção psicanalítica das perturbações psicogênicas da visão", Freud argumenta:

"Senhores, a psicanálise é injustamente acusada de apresentar teorias puramente psicológicas para problemas patológicos. A ênfase que ela coloca no papel patogênico da

¹⁰ - Este texto, que trata da melancolia, contém um diagrama com um "Quadro esquemático da sexualidade". Cf. Freud (ESB, vol I, p. 277).

sexualidade que, afinal não é certamente um fator exclusivamente psíquico, deveria por si própria defendê-la contra essa acusação. Os psicanalistas nunca se esquecem de que o psíquico se baseia no orgânico, conquanto seu trabalho só os possa conduzir até essa base e não além." (ESB. vol. XI, p. 202; grifo meu)

Ao falar sobre a fonte (Quelle) das pulsões(Trieb), em "Os instintos e suas vicissitudes", Freud afirma:

"O estudo das fontes dos instintos¹¹ está fora do âmbito da psicologia. Embora os instintos sejam inteiramente determinados por sua origem numa fonte somática, na vida mental nós os conhecemos apenas por suas finalidades. O conhecimento exato das fontes de um instinto não é invariavelmente necessário para fins de investigação psicológica; por vezes, sua fonte pode ser inferida de sua finalidade." (ESB. vol. XIV, p. 143-144; grifo meu)

Mas, é ao designar a conversão histérica como o salto de um processo mental a uma inervação somática que jamais nos pode ser totalmente compreensível, que Freud nos dá uma das mais claras noções da distância entre esses territórios, e das dificuldades que teremos se nos aventurarmos a transpô-la. (ESB, vol. X, p. 161)

É, também, no contexto dos "Estudos sobre a histeria",

11 - O termo Trieb, como já foi dito antes, foi traduzido na edição brasileira por instinto e não por pulsão, como fizeram Laplanche e Pontalis na tradução francesa. Ver seu Vocabulaire de psychanalyse, 1967.

mais especificamente, na análise do "Caso Dora", (ESB., vol. VII) que o conceito de "complacência somática" é trazido, problematizando a questão da articulação entre somático e psíquico. Com o termo, Freud tenta dar conta da escolha da neurose (histérica) e da escolha do órgão corporal sobre o qual vai se operar a conversão. Especialmente no histérico, o corpo ou um órgão em particular, forneceria um material privilegiado para a expressão simbólica do conflito inconsciente.

Segundo bem descreve Kaltenbeck (1990, p. 59) o trauma provoca na histérica a incompatibilidade entre uma representação e o eu, que dela busca se desembaraçar pela conversão. Consegue isso através do recalçamento da representação para fora do eu, mas, nesta manobra, o eu terá que pagar um preço: sofrerá de uma "reminiscência corporal".¹²

Kaltenbeck assinala o fato de Freud ter observado que, nos casos de histeria, o sintoma somático frequentemente estaria apoiado sobre sofrimentos orgânicos anteriores à neurose. Desse modo, todo sintoma de histeria deve contar com a contribuição do psíquico e do somático, não podendo se produzir sem uma certa "complacência somática" oferecida por algum processo normal ou pa-

12 - A expressão "reminiscência corporal" é do próprio Freud no texto dos "Estudos sobre a histeria" (ESB, vol II). Esta expressão e a equivalente "reminiscência de dor, símbolo mnemônico", que aparece no caso da Sra. Emmy von N., é retomada e associada por Green à investigação psicossomática em seu texto "A angústia e o narcisismo" (1979, p. 167). Ela será útil na montagem da minha hipótese sobre o adoecer somático, ao falar da *memória corporal* do trauma do nascimento e do impasse fundamental.

tológico num dos órgãos do corpo ou relacionado com um deles.¹³

No texto da "Concepção psicanalítica das perturbações psicogênicas da visão", (ESB. vol. XI) Freud retoma o termo "complacência somática" para designar a parte constitucional da disposição aos distúrbios psicogênicos e neuróticos. No final do texto, Freud se interroga se a repressão das funções sexuais seriam suficientes por si sós para produzir distúrbios funcionais dos órgãos. Conclui com a hipótese de que hajam circunstâncias constitucionais particulares que incitam os órgãos a exagerarem suas funções erógenas, provocando assim o recalçamento das pulsões.

Com a introdução da segunda tópica, Freud vai opor as neuroses psicógenas às neuroses somatógenas. Estas últimas possuiriam fundamentos constitucionais que seriam responsáveis pela fraqueza do eu diante de uma força pulsional excessiva. (ESB., vol. XX)

Um interessante dado de observação clínica para se pensar a articulação do somático e do psíquico é constituído pela sucessão súbita de sintomas psíquicos e somáticos, a qual se dá o nome de "alternância semiológica" (Déjours, Marty e Herzberg-Poloniaiecka, 1980, p. 1) ou "alternância psicossomática" (Mello Filho, 1979, p. 41). Neste tipo de fenômeno, uma perturbação mental (por

13 - Referência ao texto de Freud "Fragmentos da análise de um caso de histeria", (ESB, vol VII, p. 38). A rigor, o termo empregado na ESB é "submissão somática" e não "complacência somática", como referido nos autores que tomei.

exemplo, um estado depressivo) regride bruscamente, dando lugar a um distúrbio somático qualquer. O contrário pode ocorrer também.

Em suas pesquisas com pacientes portadores de lupus sistêmico, Mello Filho (Op. cit., p. 41) relata ter observado que a doença se iniciava em sequência a graves conflitos existenciais que, com a doença, entravam em latência. Por outro lado, a eclosão de surtos psicóticos podia fazer cessar os sintomas clínicos da enfermidade. O autor recorda-nos, também, a sabida boa saúde física dos pacientes maníacos internados nos hospitais psiquiátricos, e acrescenta à guiza de explicação: "como se esta via psíquica 'monopolizasse' as possibilidades de adoecer, em geral." (Id. ibid) O autor afirma ser essa alternância explicada pela origem comum das exteriorizações, a partir dos mesmos conflitos, que se manifestariam ora em um ora em outro terreno. Essas exteriorizações se constituiriam como duas fases de um mesmo processo. Mello Filho defende a idéia de uma continuidade dos fenômenos psicofísicos, o que é contrário a uma concepção dualista da psicossomática e à "tópica da clivagem" de Déjours,¹⁴ posições teóricas às quais me filio.

Em Rosine Debray (1987) um assinalamento sobre a "alternância psicossomática", tal como se revela na clínica, mostra com nitidez a demarcação de "territórios" e a utilização desse tipo de

14 - Ver o desenvolvimento dessa hipótese de Déjours no ítem 2.4 desta tese.

mecanismo para fins econômicos. Assim descreve a autora um dado de observação corrente nos pacientes e em nós mesmos:

"A atividade psíquica com coloração geralmente disfórica cede quando sobrevém uma alteração somática, mesmo banal ou passageira. A intensidade da depressão é, então, de imediato, consideravelmente diminuída. Isto revela a nova distribuição dos investimentos. (...) O dano somático se acompanha, a maior parte do tempo, de um alívio da pressão intrapsíquica." (Op. cit., p. 938)

Do ponto de vista psicanalítico, portanto, penso com André Green (1994)¹⁵ que não se pode deixar de fazer uma distinção entre manifestações psíquicas e manifestações somáticas. Se por um lado, devemos admitir que todos os acontecimentos que se produzem no organismo têm, de uma forma ou de outra, uma tradução biológica, não se pode, contudo, evitar uma identificação destes como psíquico ou como somático. Essa discriminação prende-se, segundo Green, às diferenças de natureza e de organização entre a série psíquica e a série somática. Ao campo da psicossomática pertenceriam os fenômenos onde se embricam as duas séries. (Op. cit., p. 172) Entretanto, esta não é uma questão simples. A propósito, Green afirma:

"A explicação se detém diante de obstáculos quase insu-

15 - Este texto constitui a exposição do autor em colóquio do qual participaram nomes destacados dos campos da psicanálise e da biologia para debaterem questões cruciais concernentes a cada um desses campos na compreensão dos fenômenos da somatização.

peráveis quando se trata de descrever e de teorizar os fenômenos que pertencem às duas séries. Não há ainda linguagem unificada que permita cobrir os dois campos,¹⁶ mas duas línguas diferentes, cada qual endereçando-se à série da qual fala. Compreende-se melhor, então, a questão radical mas, no fundo, bastante justa, sobre a possibilidade mesma da psicossomática." (Id. *ibid.*)

Neste ponto, apesar de possuir uma inserção, evidente em seus escritos, no campo da investigação psicossomática, Green radicaliza seu questionamento sobre a possibilidade mesma do campo. Dado o acirramento dos debates entre a psicanálise e as neurociências nos últimos anos, na Europa e, especialmente na França, creio poder-se inferir que a radicalidade de tal tipo de intervenção deve incluir uma posição política assumida contra uma certa corrente de pensamento que tenta desqualificar a psicanálise através de um discurso cientificista e biologizante.¹⁷

Em outro texto de Green (1990), anterior ao referido acima, há também uma explicitação do ponto de vista da separação entre os campos somático e psíquico. Neste, Green afirma não haver correspondência absoluta entre os mecanismos biológicos e as manifestações psíquicas que são consequências das desordens do organismo. Repassa a pulsão, proposta por Freud, como conceito-limite,

16 - Trata-se dos campos da biologia e da psicanálise.

17 - Ver a este respeito o artigo de Green no nº 247 da revista La Recherche, 1992.

no limite do somático e do psíquico, e ilustra tomando a pulsão de autoconservação, exemplificada na situação hipotética, pela sede que afeta seu organismo desidratado pelo calor do deserto. Sobre o desequilíbrio iônico, Green diz nada saber, apenas sabe que tem sede. A sede é o representante psíquico desse desequilíbrio iônico. Entretanto, o autor chama a atenção para o fato de isto só funcionar para situações médias. Desse modo, se houve apenas uma pequena perda de sódio, beber água pode restaurar o equilíbrio. Porém, se a perda de sódio for grande, beber água pode agravar o desequilíbrio iônico, o que demonstra a falta de correspondência entre as duas ordens: uma, que é a da desidratação, do desequilíbrio iônico; e a outra, a da sede, não sendo possível reuni-las em uma só.

Green propõe a existência de quatro territórios: o do somático, o do inconsciente, o do consciente e o do real. Para ele, o que é da ordem do psíquico não é nem somático nem social, nem biológico, nem social. É talvez a resultante de combinações que chegam de um lado e de outro, mas que formam uma criação original. Adianta mais, sugerindo ser o psiquismo inteiro como uma gigantesca formação intermediária, resultante do diálogo entre o corpo e o mundo.

Ora, talvez se possa concluir, igualmente, que a ordem psicossomática não é nem somática nem psíquica nem biológica nem

psíquica, mas, sim, uma formação construída pelos arranjos de um e de outro campos, que, contudo, não se somam mas compõem uma montagem sui generis, mantendo, contudo, a especificidade de cada uma das séries. O jogo de intricação e de desintricação pulsional encontra-se aí fortemente implicado.

Green propõe o afeto como fenômeno composto que apresenta um aspecto psíquico e um aspecto fisiológico (a emoção como descarga corporal, o enraizamento corporal através da pulsão, etc), para dar conta dos diversos níveis de interação.

Nessa mesma direção, ao referir-se ao conteúdo de um de seus livros, *Déjours* afirma não haver articulação regular entre psiquê e soma nem, tampouco, articulação possível entre psicanálise e biologia. Argumenta que, na experiência clínica, o psíquico opera, essencialmente, instaurando decalagens sucessivas com relação aos determinismos biológicos. No seu entender, a especificidade do psíquico se constituiria por um movimento de libertação ou de emancipação com relação à carga biológica. O autor conclui, enfatizando: "Mais do que provar a existência de *articulação*, parece-me que se trata, num primeiro tempo, de compreender como se faz a *separação*, a 'diabolização' do psíquico com relação ao somático." (1994, p. 96-97; grifos do autor)

A radicalidade dessas posições pode parecer estranha frente à concepção holística, que toma o homem como produto final

de fatores bio-psico-sociais, e o adoecer como resultado da interação de causas de ordem bio-físico-químicas, de ordem psíquica e social, comprometendo uma pluridimensionalidade simultânea dos níveis somático, mental e social. (Rodrigues, s/d) Entretanto se o ponto de vista é o da psicanálise, que concebe o sujeito como *dividido* em sua própria constituição, então, os argumentos de Déjours e de Green levam a questionar a concepção holística e qualquer outra que busque apagar as fronteiras e nivelar as diferentes formas de manifestação da expressividade do ser humano. Neste sentido, se é certo que o adoecimento somático expressa e revela (mesmo que de modo "petrificado"),¹⁸ um conjunto heterodoxo de causas e sentidos que implicam um certo sujeito singular, inserido num determinado contexto, não é menos certo, que à psicossomática psicanalítica concerne, apenas, a natureza e a organização dos fenômenos que compõem o campo onde se embricam as séries psíquica e somática, numa configuração sui generis que, contudo, mantém a especificidade de cada uma das séries, deixando-lhes uma certa independência de funcionamento.

Concluindo, penso poder afirmar que a psicossomática trata da investigação e da terapêutica dos trajetos desviantes das pulsões, cujos efeitos aparecem no corpo ou fazem deste o campo de impacto, lesando-o ou dificultando o desempenho de funções vitais.

18 - A idéia é de algo encrustado na rocha, como nas pesquisas paleontológicas.

Assim, concerne à psicossomática, não só a investigação da origem e do desenvolvimento das doenças crônicas e lesivas ao organismo, mas, também, das doenças chamadas funcionais. Esse campo abrange ainda aqueles comportamentos que, enquanto efeitos do inconsciente, podem conduzir a danos à integridade corporal. São exemplos destes, os atos bulímicos, a anorexia ou a tendência aos acidentes corporais, implicando em risco e/ou lesão para o sujeito.

No pensamento da Escola de Paris sobre o campo da psicossomática estão sustentadas as principais formulações contidas nesta tese a respeito do adoecer somático.

CAPÍTULO 2

PIERRE MARTY E A ESCOLA DE PSICOSSOMÁTICA DE PARIS

O pensamento de Pierre Marty, cuja concepção de uma teoria e de uma prática psicossomáticas inspira-se profundamente na psicanálise, guia-se, também, pelo princípio evolucionista em suas duas consequências principais: a hipótese de uma complexidade secundária resultante das combinações de dinamismos elementares através do tempo e o reconhecimento da marcha contra-evolutiva das desorganizações. (Marty, 1976, p. 114)

2.1 - A investigação psicossomática de Pierre Marty - limites e abrangência.

"O homem é psicossomático por definição. Chamar de 'psicossomáticos' os pacientes somáticos e as doenças somáticas só pode, nestas condições, constituir um motivo de problema ou de desvio." (Marty, 1993, p. 7)

Assim, Marty expressa abertamente sua posição monista frente à questão da psicossomática. Apesar da recusa explícita ao dualismo psiquê-soma, ele ressalva, entretanto, a utilidade deri-

vada das circunstâncias, da ênfase conferida ao psíquico ou ao somático. Diz, então, que a psicossomática considera nos pacientes somáticos tanto os movimentos psíquicos e somáticos, como as relações entre esses movimentos. Afirma, ainda, que a psicossomática teria interesse em estudar as relações dinâmicas e harmoniosas do psíquico e do somático nos sujeitos sadios de acordo com a idade, assim como as pequenas desarmonias dessas relações e as "variações da normalidade" na criança.

Por essas proposições vemos como a concepção de Marty a respeito da psicossomática possui uma extensão que inclui o somático, o psíquico e as relações entre esses movimentos, constituindo, estas últimas, poderíamos dizer, o "território do psicossomático". Das ligações interfuncionais destes territórios dependeriam o equilíbrio homeostático (coordenações somáticas, psicossomáticas e psíquicas). Além disso, cada um desses territórios está implicado na construção progressiva do desenvolvimento individual com seus agrupamentos e hierarquizações funcionais sucessivos.¹ Assim, observa-se, na montagem teórica de Marty, constantes referências ao somático na construção do mental.² O texto que se segue é um exemplo disso:

1 - Ver o que diz Marty sobre "a economia psicossomática" no item 2.2 desta tese.

2 - O emprego do termo "mental" em lugar de psíquico aparece na maioria dos textos da Escola de Paris. Essa substituição, não sendo gratuita, é, contudo, problemática, já que as duas noções não se equivalem. Entretanto, a escolha do termo "mental" prende-se, seguramente, à noção de "mentalização", cunhada por Marty. Esta noção é tratada no item 2.2 desta tese.

"A evolução mental, (...), estabelece-se em parte sobre dinamismos somáticos individuais inatos, depois modificados na relação com a mãe. Citamos aqueles que representavam a sensoriomotricidade. Outras bases funcionais existem, sem dúvida, por exemplo, de ordem imunológica, que são suscetíveis de trazer novas particularidades à construção mental. Dou como testemunho as características pessoais de certos sujeitos que descrevi em 1957, e que são hoje reconhecidos como 'alérgicos essenciais'." (Marty, 1993, p. 15-16)³

A expressão "alergia essencial" remete à noção estrutural correspondente às descrições da relação de objeto e da regressão global dos alérgicos. Segundo Marty, ela assinala o duplo determinismo precoce - somático e mental - de certos indivíduos.

Entretanto, o autor chama a atenção para o fato de que uma determinada doença somática (a asma brônquica, por exemplo), pode se apresentar sob condições diferentes de um indivíduo para outro e, ainda, com configurações diversas num mesmo indivíduo, de acordo com o momento. O conhecimento da estrutura do sujeito em questão, assim como a apreciação das variações atuais dessa estrutura, são necessários para se poder estabelecer um diagnóstico, estimar um prognóstico e decidir a psicoterapia. Marty destaca a

3 - A "relação de objeto alérgica" foi tema de uma exposição em 1957, segundo registro do próprio autor. Um artigo com o mesmo título saiu em 1958: "La relation objectale allergique".

importância de um exame aprofundado da estrutura do paciente que permita a avaliação das possibilidades deste para lidar com a doença, qualquer que seja sua natureza ou seu aspecto, brando ou dramático.

Desse modo, o desencadeamento e a manutenção das somatizações, frequentemente relacionadas com a ruptura de investimentos afetivos importantes para o sujeito, depende de desequilíbrios econômicos de diversas ordens homeostáticas como, por exemplo, imunológicos. A ruptura destes investimentos conduz rapidamente à patologia somática nas neuroses de comportamento, devido à insuficiência da organização preconsciente dos sujeitos. Nas neuroses de caráter, onde o funcionamento mental é frágil, ela provoca, primeiro, uma desorganização mental ("depressão essencial").⁴

Marty considera, portanto, a homeostase, num sentido amplo, reunindo, tanto a estabilidade global dos funcionamentos mentais, quanto a dos funcionamentos somáticos. (Marty, 1976, p. 138, nota 1) Os retornos regressivos somáticos podem, portanto, prolongar e completar as regressões mentais, ou, então, substituí-las. (Marty, 1993, p. 35)

Assim, quando nenhum sistema regressivo de ordem mental ou de ordem somática detém a desorganização, esta prossegue peri-

4 - Marty, in Fain, e Déjours (1989, p. 108-109). As noções de "neurose de comportamento", "neurose de caráter" e de "depressão essencial", assim como a importância do preconsciente na teoria de Marty, serão tratadas nos itens seguintes deste capítulo.

gosamente para o domínio somático. Trata-se, neste caso, de uma "desorganização progressiva", o que significa uma sucessão de dissociações e de anarquizações funcionais.

Regido pela prevalência dos instintos de morte,⁵ o movimento de "desorganização progressiva" pode conduzir à morte. Entretanto, num certo número de casos, após um período, às vezes longo, de progressão contra-evolutiva, as "desorganizações" são detidas por "reorganizações regressivas". (Marty, 1980, p. 9.) Situadas em diferentes níveis de um sujeito para outro, estas regressões ocorrem a maior parte do tempo, devendo contudo receber constantes ajudas do exterior no curso das "desorganizações progressivas". A gama de possibilidades destas ajudas varia das "psicoterapias de reanimação",⁶ passando por diversos meios terapêuticos, inclusive os medicamentosos. Neste sentido, ao valorizar o poder equilibrador das intervenções médico-cirúrgicas clássicas, Marty aponta a importância dos procedimentos auxiliares externos sobre o equilíbrio homeostático do enfermo.⁷

5 - Sobre o emprego dos termos *instintos de morte* e *instintos de vida* por Marty, ver adiante o item 2.3 desta tese.

6 - As "psicoterapias de reanimação" parecem compreender, neste caso, segundo indicam os textos de Marty, técnicas psicoterápicas utilizadas com pacientes somáticos, cuja finalidade primordial é o restabelecimento do equilíbrio homeostático e uma reorganização tópica. Em um trabalho apresentado em 1989, em Barcelona, por P. Marty, intitulado "A proposito de las psicoterapias individuales en psicosomática", encontra-se uma longa exposição sobre o assunto.

7 - Com respeito à dosagem das terapêuticas medicamentosas, Marty adverte para a delicadeza da questão: fracas demais, as doses não garantem a homeostase que permite às defesas biológicas anteriores do sujeito retomarem o vigor; fortes demais, são um obstáculo à retomada destas defesas. Ver sobre isto, a nota 47 da p. 45, em Marty, 1993.

Vemos, por outro lado, como o autor estabelece limites bem definidos entre a psicossomática e a psicanálise, assim como entre a primeira e a medicina, mantendo aquela, entretanto, ligações importantes com ambas. Em um de seus livros mais recentes, que pode ser considerado como um resumo de sua obra, ele se expressa da seguinte maneira:

"Distinta da medicina, distinta também da psicanálise, da qual procede e cujo campo de interesse amplia, a psicossomática hoje constitui uma disciplina em si. Sua especificidade reside nas respostas que traz ao velho debate sobre a unidade fundamental do ser humano. Abordando esse problema através da dialética das relações que um indivíduo, em sua totalidade psíquica, biológica, histórica e social mantém, tanto consigo mesmo quanto com os outros, a psicossomática oferece uma concepção coerente e objetiva dos fenômenos de somatização." (Marty, 1993, p. 3)

Pretendendo, por um lado, oferecer uma concepção coerente e objetiva dos fenômenos de somatização, e, por outro, ampliar o campo psicanalítico, Marty rompe, de fato, com a psicanálise, posicionando-se num outro ângulo de visão para tentar dar conta das relações psiquê-soma do ser humano. A este respeito, Smadja⁸ esclarece que o campo da realidade psicanalítica freudiana e o

8 - Ver adiante o item 2.3 desta tese, a propósito do estudo comparativo realizado por Smadja sobre o conceito de pulsão em Freud e Marty.

campo da realidade psicossomática de Marty não se superpõem. O objeto da psicossomática ultrapassa o objeto da psicanálise e, segundo Smadja, (1991, p. 156) "os fenômenos psicossomáticos são, ao mesmo tempo, outros e mais extensos em sua realidade material que os fenômenos pertencentes à realidade psíquica." Smadja parece, assim, querer marcar que o que difere basicamente, não são os objetos de investigação em si (fenômenos psíquicos e fenômenos psicossomáticos), mas a extensão de sua apreensão por parte de cada um dos investigadores em seus tempos históricos, cujos modelos de estudo teriam se distanciado conseqüentemente.

A questão da extensão dos fenômenos psicossomáticos pode ser traduzida, ainda, da afirmação do próprio Marty de que a ciência psicossomática engloba, também, os conhecimentos da medicina, da fisiologia e da biologia. Contudo, ela enfoca especialmente as particularidades individuais de estruturação evolutiva, de organização econômica e de dinâmicas funcionais.

Evidentemente, a base evolucionista da concepção psicossomática marca os escritos desse autor, o que se reflete, principalmente no início de sua obra, pela presença de um certo inconformismo com as diferenças entre os dois campos: o da psicanálise e o da psicossomática. Assim, num dos principais livros sobre sua teoria, ele afirma:

"O ponto de vista psicossomático inclui (...) o ponto de

vista psicanalítico. Seu contato com as funções somáticas ultrapassa, contudo, amplamente, o contato da psicanálise com estas mesmas funções." (Marty, 1976, p. 117)

Adiante, ao tecer considerações sobre a forma como a psicanálise implica o somático na construção de seu objeto, ele ressalva que não é na gênese das atividades e das funções somáticas em si mesmas que a psicanálise está interessada, mas, sobretudo, nas qualidades erógenas e relacionais do funcionamento somático. E reclama:

"Esta posição da psicanálise determina, por assim dizer, uma linha de demarcação teórica e artificial. Trata-se mais, na realidade, de uma fronteira instalada ao redor de sua vocação por aqueles que se interessam exclusivamente pelos fenômenos de ordem mental, do que de um hiato que eles reconhecem entre os fenômenos mentais e os fenômenos somáticos." (Id. *ibid.*)

Sugere, daí, que o aprofundamento das pesquisas psicanalíticas sobre o plano econômico e as contribuições da psicossomática devem restabelecer os vínculos de continuidade entre os domínios compartilhados historicamente em um mesmo território evolutivo. Em consequência, o limite entre a psicanálise e a psicossomática só se definiria de modo arbitrário. O movimento das duas disciplinas seria, neste caso, o mesmo.

Para além das diferenças entre a psicossomática e a psi-

canálise, uma ligação profunda une os dois campos nas origens da pesquisa psicossomática. Esta proveniência marca fundamentalmente o seu trabalho, o que é registrado por Marty, em outro trecho de sua obra mais recente.

"A psicossomática e a psicanálise encontram-se estreitamente ligadas, mas não se confundem (...) a psicossomática provém diretamente da psicanálise. Suas orientações e suas descobertas importantes são resultados do trabalho de psicanalistas, interessados nos pacientes somáticos. (...) A psicanálise constitui uma referência permanente da psicossomática. (...) Não se pode, de fato, estimar as particularidades do funcionamento mental dos somáticos a não ser comparando-os a todo instante com os mecanismos psíquicos dos neuróticos, ensinados por Freud." (Marty, 1993, p. 8)

Ao falar sobre os limites da investigação psicossomática, Marty alude ao fato de que, atualmente, a psicossomática é capaz de dar conta de um certo número de fenômenos que determinam o desencadeamento e a evolução de numerosas doenças somáticas, determinando também a natureza global dessas doenças (afecções reversíveis em relação às afecções evolutivas graves, por exemplo). No entanto, ela não pode dar conta, sobretudo no campo das doenças graves, de outros determinismos que se referem mais precisamente à evolução, à natureza e à localização dessas afecções. Porque um

câncer em vez de uma doença auto-imune, por exemplo? Porque um câncer no seio em vez de um câncer intestinal? Estas são, ainda, perguntas sem resposta.

Ainda quanto aos limites da pesquisa psicossomática, Marty afirma que seu projeto se detém diante de certas patologias, em particular aquelas nas quais pesadas taras congênitas marcaram o indivíduo em seu início; aquelas nas quais uma infestação ou uma intoxicação maciça impôs uma carga arrasadora aos meios habituais de defesa do organismo; e aquelas onde traumatismos físicos destruíram diretamente os principais sistemas funcionais do sujeito. (Marty, in Fain e Déjourns, 1989, p. 102)

No vasto domínio da patologia que a psicossomática pretende abarcar, Marty discrimina, também, as repercussões psico-afetivas das doenças somáticas, as quais, apenas secundariamente, são focalizadas enquanto objeto da psicossomática. Uma vez que a maioria das doenças crônicas como o diabetes insulino-dependente, a retocolite ulcerativa e a angina de peito, acarretam, algumas vezes, alterações consideráveis no ritmo de vida e nas relações afetivas e sociais do doente, podem motivar intervenções psicoterapêuticas. Entretanto, é com relação à *etiologia*, que a psicossomática vai se interessar por estas enfermidades. (Déjourns, Marty e Herzberg-Poloniecka, 1980, p. 1)

Marty fala de uma "ciência psicossomática", da qual a

medicina psicossomática dependeria. Esta ciência funda-se em alguns métodos que se alicerçam, atualmente, sobre a observação direta dos adultos sadios e doentes; sobre as hipóteses emitidas a posteriori, que concernem ao desenvolvimento dos adultos sadios e doentes, durante sua infância; e sobre a observação direta dos bebês e das crianças sadias e doentes. (in Fain e Déjours, 1989, p. 101)

A investigação psicossomática da infância tem lugar privilegiado na montagem teórica da Escola de Marty. Ao admitir a existência, no nascimento, de um estágio de indiferenciação somatopsíquica, evidenciado pela ocorrência maciça de sintomas fisiopatológicos em resposta às dificuldades de desenvolvimento mental do bebê, os psicanalistas do grupo encontram aí a justificativa para a pesquisa das raízes das somatizações posteriores da criança e do adulto. Situam, assim, nesta etapa precoce, anterior à palavra e à formação do aparelho mental, o padrão prototípico do processo de somatização. Neste nível, ansiedade e processo biológico ainda estão indiferenciados.

O caráter precoce das patologias que implicam o somático parece justificar, da parte de Marty, a afirmação seguinte:

"Em psicossomática nós nos interessamos sobretudo pela organização habitual e pelo estado atual da primeira tópica, isto é, pelo sistema Ics-Pcs-Cs. A organização da segunda tópica, isto

é, o sistema Id-Ego-Superego, remete sobretudo aos problemas internos das neuroses clássicas. Só interessa à psicossomática, finalmente, enquanto lugar de incompletude ou de fragilidade estrutural." (in Fain e Déjours, 1989, p. 103)

Considerando a formação progressiva dos sistemas de representações e de ligações do pré-consciente, trata-se de encontrar, desde os primeiros traços, os diversos fatores que perturbam esta formação, resultando em insuficiências e em fragilização do sistema pré-consciente. É na medida em que o pré-consciente compreende "o lugar de junções funcionais das mais diversas ordens que se efetuam durante o desenvolvimento", que ele é tomado como a peça principal da teoria e da clínica psicossomáticas. De sua constituição depende, em grande parte, o equilíbrio psicossomático do sujeito. (Id. *ibid.*, p. 106)

Neste sentido, uma atenção particular é dada à primeira infância, focalizando-se especialmente os acontecimentos ou situações avaliadas como traumáticas, assim como a sua cronologia. Estes acontecimentos, quer seja pelo excesso ou pela insuficiência das excitações que produzem, podem deixar lacunas iniciais que, "se prolongando em cadeias deficientes de representações e de suas ligações, constituem o começo de uma ausência de organização evolutiva (finalmente de uma ausência de objetualização) dos estados de desamparo, das angústias e das depressões de primeira infância,

assim como eventualmente, o começo de um eu-ideal." (Marty, 1989, p. 1)

A sensibilidade, o ritmo e o estilo das descargas são considerados como características globais de um bebê ou de uma criança, os quais vão se apresentar, através de cada função ou grupamento funcional, conforme os dados congênitos, depois segundo as interações gerais e segundo as interações com a mãe. Neste sentido, as fantasias da mãe, derivadas de seu momento de vida em associação com o estágio evolutivo do filho, vão agir sobre o desenvolvimento da criança.

Ao tratar das casualidades dos encontros com a mãe em função dos estágios de desenvolvimento da criança, Marty (in Fain e Déjours, 1989, p. 105-106) dá o exemplo dos nanismos psicogênicos, particularmente interessante, a meu ver, para ilustrar a pesquisa psicossomática.

Nesta forma de nanismo, a parada do crescimento pode se dar em qualquer idade entre o nascimento e a puberdade. Esta é decorrente da interrupção da secreção interna do hormônio do crescimento, o qual tem picos de atividade predominantes durante as fases de sono lento, diminuindo durante o sono paradoxal. Este tipo de distúrbio afeta crianças cujas condições familiares são altamente patológicas, muito próximas daquelas que cercam as crianças vítimas de sevícias corporais. O nanismo é caracterizado, do ponto

de vista do ambiente, pela permanência de excitações traumáticas, pela violência destas, pela rejeição da criança; *do ponto de vista da personalidade*, por um estado de má organização geral e psicofetiva, em particular; trata-se do primeiro passo na direção da neurose de comportamento; e, *do ponto de vista do sono*, por perturbações graves da organização hipócnica, incidindo igualmente sobre o sono lento e sobre o sono paradoxal, encontrando-se, frequentemente, condutas de deambulação noturna.

Apoiando-se nas observações de Kreisler,⁹ Marty ressalta que o nanismo psicogênico se produz justamente no momento em que a mãe, devido a um estado da criança ou a um determinado ponto de seu desenvolvimento particularmente insuportável para ela, fica cheia de ódio em relação ao filho. Curiosamente, nos outros momentos do desenvolvimento, embora a situação externa seja a mesma, não produz efeito de um trauma desorganizador. Outro aspecto intrigante, apontado por Marty, é o da reversibilidade do sintoma nestes casos. Desse modo, uma vez que a criança seja colocada em um ambiente favorável, não hostil, mesmo que estranho, retoma imediatamente o ritmo normal de crescimento, recuperando a estatura própria à de sua idade.

Concluindo, retomo a idéia apresentada pelos autores da

9 - Kreisler é pediatra e está entre os pioneiros da Escola de Psicossomática de Paris. Marty cita dele o livro L'enfant du désordre psychosomatique, 1981.

Escola de Paris de que todos os conceitos psicossomáticos potenciais estão contidos na pesquisa dos estágios arcaicos do desenvolvimento. Nesta, o engendramento do biológico e do psíquico pode se deixar captar a partir da fusão somatopsíquica inicial. Penso que é nos movimentos de saída da indiferenciação psicossomática dos primórdios da vida da criança que vamos poder encontrar as bases para a investigação dos fenômenos que ocupam o centro desta tese.

2.2 - Os movimentos individuais de vida e de morte

Para Marty, o indivíduo humano, apreendido como um todo, apresenta um equilíbrio geral extremamente complexo, resultante dos movimentos de vida e de morte, que situam a perspectiva da economia humana dentro de um quadro evolutivo e contra-evolutivo mais amplo.

Na perspectiva psicossomática desse autor, o conhecimento das "organizações" e das "desorganizações funcionais" de ordem mental orienta a compreensão das "organizações" e das "desorganizações funcionais", mais especificamente somáticas.

As noções de "organização" e de "hierarquização progressiva das funções", assim como de "reprodução" e de "associação" que servem de base às primeiras, estão implicadas na concepção evolucionista de Marty e são por ele vinculadas aos instintos de vida.¹

"As faculdades de organização e de hierarquização, aspectos dos Instintos de vida que nós reteremos sobretudo em nosso trabalho, inspiram a Evolução em todos os seus domínios, dos mais gerais aos mais particulares, quer se trate das espécies, dos in-

1 - O emprego dos termos instinto e pulsão por Marty é explicado adiante, no item 2.3 desta tese.

divíduos, dos agrupamentos e dos conjuntos funcionais mais complicados, quer se trate das funções mais precisas." (Marty, 1976, p. 12)

Assim tanto na evolução geral como na evolução individual, os instintos de vida sustentam a "organização" de sistemas funcionais sucessivos, cada vez mais amplos e complexos. O poder organizador, ligado aos sistemas funcionais em causa no momento de seu surgimento evolutivo cessa logo que os sistemas seguintes, mais amplos e mais complexos, se estabelecem, não deixando aos sistemas funcionais ultrapassados, senão um poder de gerência restrito. Tais mecanismos se desenvolvem em qualquer estágio evolutivo.

Entretanto, o mundo vivo não é objeto apenas de organização, de hierarquização, de reprodução, de crescimento, etc. Ele é também objeto de destruições, quase tão permanentes e regulares quanto as construções, que levam ao aniquilamento das espécies, dos indivíduos, das funções. A "desorganização" pode incidir sobre qualquer patamar de organização, em qualquer ponto e em qualquer tempo da evolução. Os instintos de morte são os propulsores dos movimentos contra-evolutivos de "desorganização". Eles prevalecem sobre os instintos de vida em dois fenômenos particulares: um, de caráter irregular, *o peso dos traumas*; outro, de caráter regular, *o peso dos anos*.

Marty sugere que os instintos de vida retiram sua essência dos primeiros movimentos organizados da matéria, enquanto os instintos de morte, o fazem da inorganização que se poderia supor existir no início. "A morte é paralela à vida, qualquer que seja a organização desta última." (Id. *ibid.*, p. 13)

Aponta, também, as dificuldades implicadas nas noções de instintos de vida e de instintos de morte, na medida em que só podemos entrevê-los através das funções que surgem, que estão presentes e que desaparecem, permanecendo únicos e misteriosos em si mesmos. Seus campos de ação, contudo, são inumeráveis, pois são constituídos por tudo o que diz respeito à vida. É por seu efeito desorganizador, pelas organizações de vida que eles fazem cessar, que podemos identificar a "presença" dos instintos de morte. Este efeito pode atingir funções ou grupos funcionais que fazem parte de unidades biológicas aparentemente isoladas no espaço, sem atingir obrigatoriamente o conjunto das unidades em causa, sem provocar sua morte. Assim, as "desorganizações" podem ser gerais, mas durar pouco tempo, possibilitando "reorganizações" sob uma nova prevalência dos instintos de vida. Elas podem, contrariamente, ser progressivas e conduzir à destruição do indivíduo; ou podem ser parciais, localizadas e fugazes.

2.2.1 - A economia psicossomática

As relações entre os instintos de vida e os instintos de morte são permanentes. Elas vão guiar a concepção econômica da teoria psicossomática de Marty. Logo após o nascimento, a arrancada individual é, normalmente, caracterizada por uma afirmação intensa dos instintos de vida e, no curso do desenvolvimento, prevalências passageiras e inevitáveis dos instintos de morte vão marcar a ontogênese de maneira característica.

As particularidades econômicas individuais estão submetidas, de um lado, à hereditariedade, com a "potência instintual" desigualmente distribuída e desigualmente em ação, segundo a prevalência no tempo, dos instintos fundamentais de vida e de morte, e segundo os tempos desta prevalência; de outro lado, com as vicissitudes da ontogênese e as do mundo, mais ou menos próximo, do indivíduo.

Em tese, a economia psicossomática de um indivíduo permitiria compreender, em qualquer momento, os movimentos funcionais de organização, de desorganização e de reorganização de cada um dos níveis deste indivíduo; permitiria, também, teoricamente, prever esses movimentos, na medida em que as mudanças do mundo fôsseis previsíveis. Entretanto, muitas são as dificuldades na prática. Marty alerta, entre outras, para a questão de não conhecermos os

instintos, a não ser por seus efeitos de organização e de desorganização. Em sua avaliação, dever-se-á levar em conta as reconstruções, as reorganizações e os remanejamentos de cada nível evolutivo e de cada idade.²

O autor enfatiza, ainda, que a economia psicossomática tem como fonte de referência a economia psíquica, mais precisamente os estudos psicanalíticos sobre o funcionamento do aparelho psíquico. Desse modo, a economia psíquica, que inspira a economia psicossomática, integra-se a esta última, definitivamente.

Assim sendo, o aparelho mental põe-se em ação a partir do processo primário, em estreita ligação com o aparelho somático. As raízes das funções mentais fincam-se no sistema sensório-motor com o qual se confunde em parte. Muitas das "funções somáticas de relação" tomam forma no contato do bebê com seu ambiente próximo. (Id. *ibid.*, p. 88)

Relativamente determinado pela hereditariedade, o funcionamento psíquico individual apresenta, de forma embrionária, desde os primeiros meses de vida, características especificadas e determinantes da sequência evolutiva.

As noções de "inconsciente originário", (extensão da no-

2 - Uma Classificação Psicossomática foi elaborada por Marty, e aperfeiçoada por ele e pelo grupo de psicanalistas psicossomatistas do IPSO (Institut de Psychosomatique de Paris) entre os anos de 1976 e 1986, com a finalidade de auxiliar no diagnóstico das organizações psicossomáticas e das doenças somáticas. Um esboço desta classificação é encontrada em Les mouvements individuels de vie et de mort, 1976. Em 1988, ela foi publicada na íntegra pela PUF, na coleção "Que sais-je?".

ção freudiana de núcleo do inconsciente), e de "mosaico primordial" vão se apresentar, no contexto das elaborações de Marty, como peças importantes para a fundamentação sobre a formação e o funcionamento do aparelho psíquico.

É assim que, na concepção do autor, o "inconsciente originário" se aplica, desde o início, à realização do programa da espécie humana, permitindo que tomem forma, dentro de uma ordem individual, as organizações funcionais do desenvolvimento e dos equilíbrios homeostáticos. Desse modo, propõe que:

"O inconsciente seria totalmente parcelar no início da evolução individual, sem organização de partida, sem programa geral, ligado, por exemplo, pedaço por pedaço a cada um dos diversos elementos funcionais do 'mosaico primordial'. O inconsciente congregaria, com o desenvolvimento, seus (núcleos) esparsos primeiros, para constituir, progressivamente, à imagem do reagrupamento evolutivo das funções somáticas e psíquicas, um todo de uma coesão específica."³

Sugere, ainda, o autor que, no núcleo do inconsciente, existiriam dois princípios funcionais que se encontrariam representados evolutivamente em todos os sistemas, em todas as organizações psicossomáticas: um *princípio de automação*, de repetição

3 - Esta citação foi retirada da obra de Marty, L'ordre psychosomatique, de 1980, porém, aqui, se vale da tradução deste trecho, inserida na tradução brasileira do livro do autor, A psicossomática do adulto (1993, p. 22).

(de um estado), que manteria, de maneira relativamente inerte, os funcionamentos psicossomáticos de qualquer ordem; um *princípio de programação* (movimentação do programa e seu acionamento), que abriria especialmente a via evolutiva às diferentes ligações e associações funcionais, à hierarquização, ao desenvolvimento, isto é, ao programa das organizações e das reorganizações.

Os princípios inconscientes de automação e de programação seriam ambos colocados sob a égide dos Instintos de vida e permaneceriam representados, enquanto fixações filogenéticas das mais arcaicas, nos encadeamentos evolutivos de quaisquer organizações funcionais.

Com a imagem do "mosaico primordial", Marty evoca a justaposição das funções vitais do embrião, assim como a ausência de uma coordenação dessas funções entre si.

"Depois do nascimento, as organizações homeostáticas primordiais, ao mesmo tempo que asseguram o equilíbrio geral da vida do recém nascido, parecem garantir uma coesão exemplar das diversas e inumeráveis funções existentes. Essas funções se exercem (ainda) de uma maneira relativamente independente umas das outras, associadas em mosaico, sem se encontrarem organizadas em um sistema comum e autônomo. Uma grande parte dos poderes de associação e de hierarquização funcionais do bebê é intermediada pela 'função materna'. Progressivamente, o bebê, depois a criança, to-

marão para si os poderes de organização, efetuando-se essa organização em planos cada vez mais amplos, em sistemas sucessivos cada vez menos numerosos e sempre mais bem ordenados." (1993, p. 23)

2.2.2 - Os fenômenos das fixações-regressões

Os fenômenos de "fixações-regressões" vão ocupar um lugar central na concepção psicossomática de Marty, na medida em que são considerados por ele como fenômenos comuns da vida, sendo convocados, de diversas maneiras, na avaliação do equilíbrio psicossomático do sujeito. É importante destacar que, para o autor, a regressão não é apenas secundária a uma fixação inicial, como o é na psicanálise, mas, inversamente também, retornos regressivos reiterados podem constituir uma fixação.

Assim considerada, a teoria das fixações sublinha a participação do movimento de regressão ao de fixação, estendendo a noção de fixação a toda escala evolutiva, tanto filogenética quanto ontogenética (incluindo a hereditariedade e o crescimento). Ela tende a abrir, assim, uma perspectiva unitária sobre a gênese do homem, desde as suas origens até aos detalhes de sua individualidade.

A ultrapassagem das fixações é um fenômeno comum do crescimento e constitui um princípio evolutivo importante. Segundo

Marty, este fenômeno pode ocorrer de dois modos diversos: por linhas diretas de ultrapassagem que aparecerão como cadeias longitudinais de fixação; ou por linhas laterais em relação às precedentes. Os dois processos podem juntar-se, em seu conjunto, no curso da construção evolutiva.

Assim sendo, como a evolução individual não é linear, nem unidimensional, as marcações características de um sistema funcional pelas fixações podem ser ultrapassadas lateralmente, devido à existência de bases multifocais, no começo da evolução individual.⁴

"(...) cada nova organização que se concluir, até (chegar) ao aparelho mental que coroará a evolução individual, trará as marcas da fixação primeira através de cadeias longitudinais, rosário de fixações em diferentes níveis. O cume do edifício humano, a organização psíquica, se ressentirá, sempre, desta maneira, de quaisquer fixações, hereditárias ou genéticas, que houverem anteriormente marcado o indivíduo em qualquer setor. A influência das fixações não implica, necessariamente, uma patologia, mas determina, pelo menos, uma forma." (1976, p. 128)

A regressão opõe-se à desorganização, na medida em que

4 - Marty imagina esta construção evolutiva individual na forma de um cone ou de uma pirâmide, movimentando-se no sentido ascendente (da base para o ápice), onde a base de partida se apresentaria ampla, poliforme e pluridimensional. Esta imagem poderia se prestar tanto à idéia da filiação de um indivíduo, originado de um número considerável de famílias (genealogia), quanto à da evolução individual.

interrompe a sua marcha de sentido contra-evolutivo. Ela opera em torno de um sistema funcional que, antes, foi objeto de uma fixação. Os "conjuntos funcionais fixados", dentro do processo regressivo, são os únicos capazes de restaurar a prevalência dos instintos de vida, devido à significação vital privilegiada de que são munidos. Assim consideradas as regressões, sejam de ordem psíquica ou somática, testemunham a prevalência dos instintos de vida. Por outro lado, as desorganizações têm lugar quando um trauma põe em cheque a organização mais avançada ou de mais alto nível. Neste caso, os instintos de vida, que asseguravam esta organização, perdem a vez para os instintos de morte.

2.2.3 - As desorganizações, a depressão essencial e o estado operatório

As desorganizações são denominadas "progressivas", por Marty, quando nenhum patamar regressivo, suficientemente denso, consegue deter estas desorganizações. Observa-se, nestes casos, o eclipsamento sucessivo dos equilíbrios funcionais anteriormente presentes. As desorganizações progressivas começam, em geral, no adulto, por uma fase de "depressão essencial" que justifica a ausência de tónus dos instintos de vida, seguida de uma desorganização do aparelho mental, identificada pelo "pensamento operatório".⁵ Este movimento prossegue com a desorganização dos sistemas de caráter e de comportamento, que revela a diminuição ou

a perda das expressões instintuais correspondentes. Marty designou este aspecto da desorganização, de "vida operatória". Enfim, surgirão as desorganizações das funções somáticas, cada vez mais antigas sobre o plano evolutivo e mais fundamentais sobre o plano vital. Todo este processo pode terminar com a destruição dos equilíbrios biológicos primários da vida individual. Em 1967, o autor adiantava:

"Pode-se definir a desorganização progressiva como a destruição da organização libidinal de um indivíduo em um dado momento. Ela corresponde em parte ao conceito freudiano de 'desin-
trinação' e o qualificativo 'progressivo' coloca em evidência que o movimento retrógrado jamais é bloqueado por um sistema regressivo válido. Na maioria dos casos, a desorganização conclui-se por um processo de somatização. Os fenômenos clínicos são uma das manifestações mais claras do Instinto de morte. As organizações tóxicas são submetidas ao movimento de desorganização. O Superego em particular perde sua função habitual e se encontra substituído por um Ego-ideal arcaico que precipita o paciente no círculo vicioso das feridas desorganizantes." (1993, p. 20)

As "neuroses de caráter" foram assinaladas como terreno eletivo das depressões essenciais.

Dois polos extremos dos processos de somatização podem

5 - Ver conceituações adiante.

ser, assim, distinguidos: o das desorganizações psicossomáticas, (de caráter "progressivo"), que se seguem à desorganizações mentais e dão origem a doenças evolutivas; o das regressões somáticas, que se assemelham as regressões mentais, podendo acompanhá-las ou completá-las, e que dão origem a doenças reversíveis. (Id. *ibid.*, p. 31)

Cabe aqui abrir espaço para duas noções especialmente significativas na concepção de Marty: a de "depressão essencial" e a de "pensamento operatório" ou "vida operatória".

O termo "depressão essencial" foi criado⁶ para designar "depressões sem objeto, nem auto-acusação, nem mesmo culpabilidade consciente, onde o sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica se orienta eletivamente para a esfera somática. Um tal quadro, para nós, deve ser evidentemente relacionado à precariedade do trabalho mental." (1993, p. 18)

Uma justificativa da introdução do qualificativo "essencial" para a depressão psicossomática, propõe que ele serve para caracterizar a essência mesma da depressão, isto é, o rebaixamento de nível do tónus libidinal sem qualquer contrapartida econômica positiva.⁷

6 - O termo foi criado em 1966, embora uma primeira descrição do quadro tivesse sido antecipada em L'investigation psychosomatique, 1963.

7 - Ver Marty, "La dépression essentielle", 1968 ; citado com ano da publicação errada [1966 em vez de 1968] em A Psicossomática do adulto (1993, p. 19).

Marty desenvolve, então, suas observações, afirmando:

"Esta sintomatologia depressiva define-se pela *falta*: apagamento, em toda escala, da dinâmica mental (deslocamentos, condensações, introjeções, projeções, identificações, vida fantasmática e onírica). (...) Sem contrapartida libidinal portanto, como a desorganização e a fragmentação ultrapassam sem dúvida o domínio mental, o fenômeno é comparável ao da morte, onde a energia vital se perde sem compensação. Menos espetacular que a depressão melancólica, sem dúvida leva mais certamente à morte. O Instinto de morte é o Senhor da depressão essencial." (Id. *ibid.*, p. 19)

Mais tarde, Marty (1980) amplia sua explanação sobre a "depressão essencial" em seus múltiplos aspectos econômicos, tópicos e dinâmicos. Encontra-se aí, de forma ampliada, a ligação que estabelecera antes, entre os acontecimentos traumáticos e a "depressão essencial". Esta é objeto de atenção especial adiante, dada a importância do assunto para esta tese.

Um outro conceito que tem importância inovadora nessa montagem teórica é o de "pensamento operatório".⁸ Partindo do princípio de que as atividades fantasmáticas e oníricas permitem integrar as tensões pulsionais, protegendo assim a saúde física dos indivíduos, o "pensamento operatório" foi descrito pela evidên-

⁸ - Objeto de uma apresentação no XXIII Congresso de Psicanalistas de Línguas Romanas, o "pensamento operatório" deu origem a um artigo, publicado sob o mesmo título, na Revue Française de Psychanalyse., 27: 1963.

cia de uma carência funcional dessas atividades, que acarretariam, desse modo, perturbações somáticas de maior ou menor gravidade. Mais tarde, a noção de "pensamento operatório" vai ser ligada à noção de "mentalização", retomada adiante.

O termo "pensamento operatório" vai sofrer, em 1980, uma substituição pelo de "vida operatória" para melhor dar conta da redução do pensamento face à importância dos comportamentos neste tipo de sintomatologia. Ligada à "depressão essencial", a "vida operatória" descreve uma etapa de relativa cronicidade, de arranjo frágil, que se instala no decorrer de uma desorganização progressiva lenta, apresentando-se cheia de incidentes ou de acidentes somáticos.

2.2.4 - A questão do trauma e a pulsão de morte

Definido por seu efeito desorganizador sobre os aparelhos mental e somático, o trauma é considerado por Marty em seu aspecto eminentemente econômico. Decorrentes de uma excitação excessiva dos instintos e pulsões com a qual a organização psicossomática do sujeito não consegue lidar, os traumas compreendem a ultrapassagem das possibilidades de adaptação do sujeito em três domínios essenciais: o do *aparelho somático*, de essência arcaica e "pouco disposto a significativos distanciamentos de sua sistemáti-

ca"; o do *aparelho mental*, o mais recentemente estabelecido e, teoricamente, o mais sujeito a regressões e a reorganizações; o dos *comportamentos*, sempre presentes no decorrer do desenvolvimento e submetido à ordem mental. Quando a disponibilidade conjugada do aparelho mental e dos sistemas de comportamento é forçada além de seu limite por uma situação nova, é o aparelho somático que responde. É dito que "os traumas se definem pela quantidade de desorganização que produzem e não pela qualidade do acontecimento ou da situação que os produzem". (1993, p. 53) Assim, um trauma será decorrente da relação entre a excitação e a defesa psicossomática do sujeito em questão.

Certas situações poderão se constituir em trauma pelo efeito desorganizador sobre os aparelhos mental e somático sem que, contudo, ele deva ser reduzido a tais situações. Estas vão configurar, caracteristicamente, *situações de perda*, ou mesmo, acontecimentos apenas alusivos a estas perdas. São exemplos citados por Marty: a perda de um ente querido, de uma função profissional ou familiar, perda de uma relação sexual ou de amizade, perda de um grupo de referência, mas também, perda de um sistema de vida anterior, perda de um projeto de trabalho, ou perda de uma função fisiológica, pela menopausa, amputação ou outra; ou de uma função mental, pelo envelhecimento por exemplo; ou mesmo, fantasias de perda, detonadas por acontecimentos que toquem, de alguma

forma, em situações como as referidas anteriormente.

"Do ponto de vista econômico, quaisquer que sejam as origens aparentes (acontecimentos externos ou novas disposições, fisiológicas ou patológicas internas), as situações traumatizantes provocam ou um afluxo de excitações instintuais (pulsionais ao nível do aparelho mental), ou uma queda do índice das excitações, ou uma composição dos dois fenômenos. É assim que os traumatismos correm o risco de desorganizar os aparelhos funcionais que atingem, já que a desorganização tem tendência a se propagar (em um sentido globalmente inverso àquele do desenvolvimento) enquanto não encontrar um sistema que possa contê-la." (1993, p. 30)

Marty diz que, normalmente, os traumatismos atingem em primeiro lugar o aparelho mental, que busca, então, tratar, por si só, a variação das excitações que eles provocam. Dessa maneira, o aparelho mental bloqueia, obstrui e tenta reduzir os movimentos de desorganização, antes de sua chegada ao domínio somático.

É no fluxo das excitações (instintuais e pulsionais) agressivas e eróticas que reside o problema principal das somatizações. As excitações podem ser elaboradas ao nível do aparelho psíquico ou ser expressas em traços de caráter e de comportamento. De suas possibilidades de "mentalização" vai depender, em grande parte, o equilíbrio psicossomático do sujeito.

Obstáculos ao fluxo adequado das excitações podem ocorrer

rer no próprio aparelho mental, de uma insuficiência básica do sistema preconsciente; ou de uma desorganização psíquica por fragilidade deste sistema; ou de inibição, evitamentos ou repressão das representações; ou, ainda, da prevalência de um ego-ideal que impede qualquer regressão. Podem ocorrer, também, no nível dos comportamentos, de impossibilidades ou insuficiências funcionais (principalmente, sensoriomotoras); ou de inibições, evitamentos e repressão de condutas eróticas e agressivas.

A noção de "mentalização" foi criada por Marty para referir-se às particularidades do funcionamento mental que poderiam colocar em risco a saúde física do sujeito. Trata-se da quantidade e da qualidade das representações num indivíduo dado. Estudada a partir do contato com pacientes somáticos de todos os tipos, a "mentalização" institui o preconsciente como eixo central da engrenagem psicossomática. Descrito por Marty como "um reservatório de representações de diferentes épocas" do desenvolvimento individual, (1993, p. 24) o preconsciente, com sua qualidade funcional, vai determinar, de certa forma, a possibilidade de um dado sujeito, de fazer face às suas excitações instintuais e pulsionais. Se as excitações são de uma importância relativa e não se acumulam muito, a "mentalização" é boa, e o sujeito pode ter afecções somáticas espontaneamente reversíveis - são as "neuroses bem mentalizadas", constituídas naqueles sujeitos com sintomas mentais clás-

sicos, objeto das descrições freudianas.

Se, ao contrário, as excitações instintuais e pulsionais são importantes e se acumulam, a "mentalização" é má, e podem ocorrer afecções somáticas evolutivas e graves - são as "neuroses mal mentalizadas", constituídas em sujeitos limitados em sua capacidade de pensar (as representações parecem ausentes ou estão reduzidas na quantidade e na qualidade), e que agem como forma de descarregar as diversas excitações que os atingem.

As "neuroses de comportamento" formam o conjunto extremo dessa categoria. Entre as "neuroses bem mentalizadas" e as "neuroses mal mentalizadas", Marty observou um grupo numeroso de sujeitos, cujas possibilidades representativas e associativas variavam de um modo tal, que ele denominou de "neuróticos de mentalização incerta".⁹

A tolerância ou a resistência aos traumas deve ser considerada como bastante variável de um indivíduo a outro, e num mesmo indivíduo, segundo as fases de sua evolução e os diferentes momentos de sua vida. Do trabalho de luto, enquanto protótipo das reações psíquicas que deve suscitar um acontecimento traumático, pode-se depreender uma extensa gama de respostas individuais. São esperadas, tanto uma exacerbação da sintomatologia mental habitual do sujeito, quanto a entrada em ação, transitória, de um certo nú-

9 - Sobre a noção de "mentalização" ver também Marty (1991).

mero de outros mecanismos, no sentido de enfrentar, dispor, elaborar as reações depressivas que se seguem normalmente ao trauma. No entanto, quando esses sinais faltam, "nos encontramos privados de nossas referências habituais." (Debray, 1983, p. 27)

Segundo Debray, é especialmente destacável no texto de Marty a questão da *irregularidade do funcionamento mental*, que dá conta do caráter dinâmico, sempre em evolução, que marca a economia psicossomática dos indivíduos humanos. Nos neuróticos e nos psicóticos "bem organizados", essa irregularidade será menos marcada, permitindo aos sujeitos responder aos traumas, mais frequentemente, pela exacerbação de sua sintomatologia mental habitual - o que, em princípio, os coloca ao abrigo de um movimento de desorganização somática. Nos outros,¹⁰ a *irregularidade do funcionamento mental* pode se encontrar aumentada e, até mesmo, ser desencadeada pelo trauma, conduzindo ao estado de "depressão essencial" e à "vida operatória".

Assim, a investigação dos traumas que podem estar na origem das doenças somáticas, principalmente da enfermidade atual, constitui uma fase privilegiada da avaliação psicossomática do paciente, na medida em que revela: a sensibilidade do sujeito a certos tipos de acontecimentos ou situações; seus níveis de excitabilidade, isto é, no plano mental, seus investimentos, seus desejos,

10 - Referência feita aos "neuróticos mal mentalizados" e aos "neuróticos de mentalização incerta".

suas defesas e seus conflitos profundos (despertados pelos acontecimentos); e as fraquezas de suas organizações mentais e somáticas. No âmbito do comportamento não elaborado psiquicamente, não se vai estar lidando propriamente com conflitos internos. Nestes casos, o trauma corresponde à perda "pura e simples" de um objeto (pessoa, organização profissional ou de amizade, por exemplo) diretamente investido enquanto presença real.

Se, como sugere Smadja, (1991) admitimos que os estados traumáticos e os estados de desorganização são próximos, "o modelo econômico parece relativamente bem compartilhado". (Op. cit., p. 161) Torna-se, então, indispensável, tratar da posição assumida por Marty com relação à teoria pulsional freudiana, em especial quanto à pulsão de morte. Importante tentar destrinchar as seguintes questões: Qual é o lugar designado às pulsões no conjunto do pensamento de Marty ? Porque a utilização dos termos instintos de vida e instintos de morte paralelamente ao de pulsão de vida e pulsão de morte ? Como se dá o jogo das pulsões de vida e de morte nas somatizações e na economia psíquica que rege o equilíbrio psicossomático geral ?

2.3 - Excitação, instinto e pulsão

Um ponto fundamental da economia psicossomática é o de que as funções não podem integrar senão uma quantidade limitada de excitações. Este é o princípio de referência pelo qual Marty vai situar as relações entre instintos e pulsões de vida, de um lado, e instintos e pulsões de morte, de outro. É neste quadro econômico que todos os processos de organização e de desorganização, decorrentes destes instintos e destas pulsões, encontrarão sua razão de ser.

De acordo com Smadja (1991), Marty parece aceitar integralmente a concepção econômica freudiana, na qual um estado do *eu* pode vir a ocorrer a partir de um excesso de excitações, externas ou internas. Evoca o fundador da Escola de Paris em sua assertiva de que, quando uma função não está em condição de responder à quantidade de excitações às quais é submetida, ela se desorganiza.

É, assim, na quantidade de excitações chegadas ao *eu* que se definem os movimentos de vida ou de morte. Quanto aos efeitos, contudo, os movimentos de vida vão conduzir à construção progressiva e à organização até o mais alto nível individual e os movimentos de morte conduzirão à desconstrução e à desorganização.

Entretanto, um corte radical deve, segundo Smadja

(1992), distinguir as noções de *excitação* e de *pulsão*, do ponto de vista da construção teórica. Esta distinção é imprescindível devido as implicações sobre a teoria pulsional e sobre a própria concepção de pulsão.

O conceito de pulsão é um conceito tardio. Só apareceu em 1897,¹ sendo que, antes disto, esteve sempre associado à noção de *força*, à semelhança de uma energia própria do mundo animal. Poder-se-ia assimilá-la ao instinto, entretanto, ela será deduzida de um outro universo conceitual. A descoberta do conceito de pulsão pode ser considerada como fundadora da concepção psicanalítica do psiquismo humano. No entanto, antes dela, Freud compartilhava do "modelo psicológico ambiente", e precisava da noção de excitação para dar conta, ao mesmo tempo, dos fatos psicopatológicos e dos processos afetivos e corporais a eles associados. A noção de excitação respondia, convenientemente a estas exigências. Duas características lhe eram atribuídas: sua faculdade de ser quantificável e sua indiferenciação qualitativa.

Era identificada como uma corrente elétrica que circulava dentro de um sistema ou através de dois sistemas. Sua qualificação sexual apareceu mais tarde nos trabalhos de Freud, que a retirou de sua indiferenciação de origem, marcando, segundo Smadja, uma etapa fundamental no encaminhamento teórico em direção à des-

1 - Referência ao "Rascunho N", datado de 31 de maio de 1897. Ver na ESB, vol.I.

coberta da pulsão.

Contudo, o autor faz ressaltar uma bifurcação, cada vez mais acentuada, entre os dois conceitos em causa. Aponta o fato de que, entre 1890 e 1896, Freud iniciou seu trabalho com dois tipos de pacientes, responsáveis pelas duas vertentes, clínicas e teóricas, que veio a construir. Assim, os neuróticos "atuais" (com neurastenia e neurose de angústia) levaram-no à concepção de um modelo psicofísico de compreensão dos fatos psicopatológicos, devido à insuficiência de material psíquico.² De outro lado, os psiconeuróticos (histéricos e obsessivos) conduziram-no à construção de um modelo psicológico, "ainda não psicanalítico" (Smadja, 1992, p. 23). Freud chegou, através destes, à descoberta de um conjunto de camadas psíquicas, mais profundas e mais antigas no tempo, e concebeu, progressivamente, uma visão nova da complexidade da estrutura do aparelho psíquico. De acordo com Smadja, foram estes dois modelos freudianos do funcionamento mental os precursores do conceito de pulsão.

Em 1895, o modelo psicofísico chegou ao enunciado de que a excitação psíquica era o resultado do tratamento psicosexual da excitação sexual somática. O modelo psicológico desembocou, ao mesmo tempo, em uma outra proposição, a de que os fatores etioló-

2 - Refere-se ao fato de que as anamneses desses pacientes estancavam face a entraves psíquicos que não permitiam avanços na exploração da história infantil.

gicos das psiconeuroses eram os acontecimentos sexuais infantis, recalçados no inconsciente e relativos a cenas de sedução. Do entrecruzamento e da convergência destas duas vias de pensamento emergiu o novo conceito de pulsão.

O uso que Freud fez do conceito de excitação conduziu-o a uma concepção de conjunto do que era o *trabalho psíquico*. Uma nova hipótese teórica instaurava o ponto de vista econômico do funcionamento mental: *a soma de excitação* ou *quantum de afeto* tinha a capacidade de aumentar, diminuir, deslocar-se, descarregar-se, e se espalhava sobre os traços de memória das idéias, da mesma forma que uma carga elétrica se expandia na superfície de um corpo. (Freud, ESB, vol. III, p. 73) A excitação foi concebida como o elemento móvel capaz de se ligar às representações, mas, também, de se desligar delas.

Se a hipótese econômica derivou das elaborações freudianas sobre as psiconeuroses, deve-se destacar especialmente que a definição de *trabalho psíquico* tenha se originado dos estudos de Freud sobre as neuroses atuais. "Assistimos, com efeito, em 1895, [diz Smadja] a uma virada paradoxal: é a partir das neuroses insuficientemente ou mal mentalizadas (neuroses neurastênicas e de angústia) que Freud vai definir o trabalho psíquico - a mentalização. É na ausência de mecanismos mentais que Freud vai desenvolver a construção do modelo econômico."³

A partir da neurose de angústia e da transformação postulada da excitação sexual somática em angústia, devido à insuficiência de material psíquico, Freud definiu, em negativo, o que deveria ser um *trabalho psíquico* adequado. Suas formulações levaram ao mesmo resultado: a ligação psíquica (psicossexual) da excitação sexual somática representava a medida do trabalho que cabia ao aparelho psíquico diante das exigências somáticas das quais ele era objeto. "Assim, a pulsão humana, em sua função de operador do trabalho psíquico, e não em sua significação de instinto animal, é definida desde 1895 em sua dimensão econômica. Ela é definida sem ser nomeada como pulsão." (Smadja, 1992, p. 25)

Se o modelo psicofísico levou Freud ao conceito de *trabalho psíquico*, o modelo psicológico o conduziu a uma nova concepção da estrutura do aparelho psíquico. Três noções foram desenvolvidas, a partir dos pacientes psiconeuróticos: a da sexualidade, a do recalçamento e a do conflito. O modelo era psicológico, não ainda psicanalítico, pois a "teoria da sedução" que o inspirava tinha uma forte ancoragem nos acontecimentos da realidade.

Associada ao conceito de fantasia, a pulsão foi inserida num outro universo conceitual, onde foram incluídos também os conceitos de desejo e de sexualidade infantil. A "teoria do desejo"⁴

3 - Referência baseada no artigo de Freud "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'", ESB, vol. III. Ver Smadja (1992, p. 24).

reintroduziu o conceito de excitação, agora associado ao de desejo. O desejo foi identificado no sonho, como em toda formação psíquica, com uma *força pulsional*. Esta era fornecida pelo inconsciente e, de lá, uma corrente de excitação poderia se propagar através dos outros sistemas, preconsciente e consciente. A corrente de excitação aqui, diferentemente dos primeiros escritos, não se propagava cegamente. Ela visava um alvo - a satisfação do desejo - e, sobre sua trajetória, construía redes de ligações com as representações apropriadas.

Nos "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" (Freud, ESB, vol. VII), primeiro texto freudiano onde se encontra sistematizado o conceito de pulsão, Freud o apresentou como um conceito biológico. O destino da pulsão era de tender para sua satisfação. Smadja comenta que Freud parecia, então, ter tomado o partido de examinar a pulsão, buscando suas fontes. Isto levaria a ancorar a pulsão no corpo, porém, esta referência ao corpo era decididamente mais complexa do que a concepção da excitação sexual somática elaborada em 1895. A partir das zonas erógenas e do conjunto dos processos implicados na excitação sexual, a pulsão tornava-se o resultado de uma reunião complexa de componentes, ao mesmo tempo independentes e ligados uns aos outros.

Importante entender qual a contextualização dessas no-

4 - Referência ao capítulo VII da "Interpretação dos sonhos". Ver na ESB, vol. IV.

ções na obra de Marty e no texto de alguns seguidores da Escola de Paris.

Nesta direção, Smadja (1991) assinala que algumas implicações de ordem energética na teoria freudiana das pulsões tornariam o conceito de *libido* deficiente numa perspectiva psicossomática mais ampla. As referidas implicações seriam de duas ordens:

(i) a representação de uma simples energia atribuída aos instintos de vida, sem discriminação evolutiva das organizações às quais esta energia se refere; e

(ii) a independência energética atribuída aos instintos de morte, que permite conceber misturas e alianças entre a *libido* e as pulsões de morte.

A este respeito, Marty assim se expressa:

"Em lugar de Instintos de Vida, poderíamos empregar os termos Pulsões de Vida ou de Eros, este último termo remetendo mais diretamente à teoria freudiana da sexualidade. Em lugar de Instintos de Morte, poderíamos empregar os termos de Pulsões de Morte ou de Thanatos. Por outro lado, evitamos utilizar o termo *Libido*, 'manifestação dinâmica, na vida psíquica da pulsão sexual'. Nossa reticência, que não provém de uma impossibilidade teórica de estender à vida somática o conceito de *Libido*, não se aplica, ademais, à linguagem falada, com a qual cada um pode, em cada ocasião, precisar ou fazer precisar o que é dito. Esta reti-

cência relaciona-se ao fato de que o conceito, que se adapta perfeitamente à psicanálise, mostra-se deficiente na perspectiva psicossomática mais ampla, particularmente em razão de algumas de suas implicações de ordem energética." (Marty, 1976, p. 123)

Desse modo, a concepção da economia psicossomática se complica na medida em que, na conceituação dos instintos, o autor leva em consideração, além da quantidade (carga energética), uma qualidade potencial, que estará ligada ao nível evolutivo das funções investidas.

"Reconhecemos nos instintos de vida uma qualidade potencial que se aparenta a uma carga energética (...). A qualidade dos instintos de vida nos parece variar segundo o nível evolutivo implicado."

Neste sentido, o autor segue argumentando que não se pode atribuir aos instintos de morte um potencial energético autônomo, independente da carga inversa dos instintos de vida que lhe fariam correspondência no nível funcional considerado.

A qualidade mencionada poderia ser atribuída, segundo sugere Smadja, à natureza sexual da fonte de onde derivam os instintos e as pulsões, ou seja, da excitação corporal.

Quanto à ausência do termo *libido* no texto, Smadja argumenta ser compreensível, se tomarmos em consideração o quadro teórico e conceitual de referência. Aponta para as mudanças que vão

ocorrendo nos escritos de Marty com relação à utilização dos termos ligados à sexualidade. Mostra que, de início, o autor emprega, frequentemente, *sexualidade* e *erotização*, passando gradativamente, em trabalhos mais recentes, a usar o termo *excitação*. Smadja atribui esta mudança ao distanciamento gradual do polo das "neuroses bem mentalizadas", onde é mais frequente a utilização dos conceitos do registro sexual. Desse modo, o empobrecimento na qualidade da neurose (objeto de observação clínica), acompanha-se de uma mudança conceitual que privilegia a dimensão econômica.

O fato de Marty ter chegado às suas formulações sobre a questão pulsional, a partir da observação e da análise de pacientes atingidos por enfermidades somáticas, aponta para uma convergência possível de ser detetada entre a evolução do pensamento do autor e a da pulsão no momento de elaboração da terceira teoria freudiana. Segundo Smadja, uma comparação entre os dois pesquisadores só poderá se fazer, portanto, nesse terreno. Sustentada pelo conhecimento de seus trabalhos anteriores, a obra de Marty permite aproximar sua concepção energética da vida pulsional das hipóteses freudianas relativas à compreensão das neuroses atuais. Em contrapartida, esta concepção se distingue da teoria das pulsões, tal como Freud a elaborou ao longo de seu trabalho, a partir das psiconeuroses de defesa e, depois, das outras organizações psicopatológicas.

Por ocasião da publicação de um caso clássico de cefalalgia,⁵ Marty introduziu uma novidade com a designação de *defesa que põe em jogo mecanismos somáticos*, e não mais simplesmente mentais. O ponto essencial deste estudo residia no reconhecimento de uma modalidade particular de destino da libido: *a erotização de um órgão*.

"Existe, segundo acreditamos, uma série de problemas inconscientes, hierarquizados de acordo com seu surgimento evolutivo. Estes fenômenos inconscientes são estreitamente ligados ao desenvolvimento dos órgãos, ou mais exatamente, às funções em desenvolvimento. É assim que se põem em evidência três valores inconscientes particularmente notáveis: oral, anal, genital. Trata-se de formas elementares e inferiores de pensamento." (Marty, 1951, p. 246)

Na medida em que, na constituição de seu modelo, o autor também foi guiado pelo princípio evolucionista, as pulsões sexuais figuram, aí, como valores inconscientes que se manifestam através das funções. Neste modelo, a *conflitualização* se encontra situada entre níveis evolutivos diferentes, e não entre energias qualitativamente diferentes e contraditórias, como no modelo freudiano. Ainda a propósito do mesmo caso de cefalalgia, ele explica:

5 - Trata-se do "caso Maria" que, segundo Smadja, é exemplar de um estudo de Marty com pacientes portadores de cefalalgia, e que foi objeto do trabalho intitulado "Aspects psychodynamiques de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies", (1951).

"Os blocos inconscientes de pensamento infantil confrontam-se com estes elementos racionais recentemente adquiridos. Este confronto deve ser experimentado como perigoso. Não é o caso de suprimir os elementos do pensamento infantil e mágico, seriamente encrustados no indivíduo. Entretanto, este indivíduo pode se garantir contra a entrada do material novo e perigoso, não tomando conhecimento dele, inibindo-o. Acreditamos ser aí que aparecem as cefaléias." (Id. *ibid.*)

O conflito opera, desse modo, sobre a função do pensamento, entre níveis antigos e o nível atual de aquisição. De acordo com o que escreveu o próprio Marty, é como se, não possuindo meios de trapacear, de escapar à sua realidade através das inúmeras possibilidades neuróticas, a paciente bloqueasse o pensamento logo que ele nasce.

Dessa forma, colocando a clínica psicossomática à luz da terceira teoria freudiana das pulsões, Smadja distingue em Marty a apresentação de dois impulsos dinâmicos que tiram sua fonte de uma excitação corporal: a dos instintos e a das pulsões. Enquanto em Freud, a diferenciação foi feita entre as pulsões sexuais e as pulsões do *eu*, em Marty, a diferença recaiu sobre a ligação entre a força dinâmica em questão e seu objeto. O psicossomatista discriminou esses impulsos, reservando a palavra *instinto* para os impulsos cujo objeto, sendo único, não é conversível em um outro, e

a palavra *pulsão* para os impulsos cujo objeto é susceptível de variar.

O que é colocado em questão, neste caso, é a *propriedade de deslocamento das pulsões*. Nesta direção, Smadja mostra como já nos "Três ensaios...", de 1905, um dos fortes argumentos desenvolvidos por Freud foi, justamente, o do caráter de mobilidade da pulsão sexual em relação aos seus objetos e aos seus alvos. Por outro lado, ele reconheceu na pulsão de auto-conservação a existência de uma rigidez, a respeito do que escreveu, em 1932:

"Aqui se deve mencionar mais uma diferença que aparece entre os instintos sexuais e os de autoconservação e que seria da maior importância teórica se se aplicasse aos grupos como um todo. Os instintos sexuais fazem-se notar por sua plasticidade, sua capacidade de alterar suas finalidades, sua capacidade de se substituírem, que permite uma satisfação instintual ser substituída por outra; e por sua possibilidade de se submeterem a adiamentos, do que acabamos de dar um exemplo adequado nos instintos inibidos em suas finalidades. Agradar-nos-ia negar essas características aos instintos de autopreservação, dizer que estes são inflexíveis, não admitem atrasos, são imperiosos num sentido muito diverso e têm uma relação bem diferente com a repressão e a ansiedade. Mas uma breve reflexão nos diz que essa posição excepcional se aplica, não a todos os instintos do ego, mas apenas à fome e à sede, e eviden-

temente se baseia numa característica peculiar das fontes desses instintos." (Freud, ESB, vol. XXII, p. 122)

Segundo Smadja, a posição de Marty quanto a este ponto prende-se, ainda, ao princípio evolucionista, no qual o "impulso instintual" e o "impulso pulsional" estariam ambos ligados a relações hierarquizadas.

Para o fundador da Escola de Paris, seria difícil falar de *pulsões* no início da vida humana, quando ainda não existe possibilidade de aberturas objetais múltiplas (objeto variável e contingente). Estas aberturas só apareceriam durante o desenvolvimento, com o advento das representações preconscientes (objetos de sensório-perceptibilidade).

Para Freud, as diferenças entre as duas grandes pulsões estão ligadas às propriedades de cada uma delas, e não ao seu lugar na escala da evolução das funções. Entretanto, Freud levou igualmente em conta a influência do desenvolvimento sobre a atividade das ditas pulsões. É o que se pode notar na seguinte afirmação:

"Uma boa parte da impressão de confusão causada por tudo isso se deve ao fato de que não consideramos em separado as alterações que a influência do ego organizado efetua nos impulsos instintuais que originalmente pertenciam ao id." (Id. *ibid.*)

Smadja adverte para o fato de que o termo *função*, muito

utilizado por Marty, deve ser compreendido como uma forma concreta de que se reveste a excitação instintual ou pulsional para se manifestar. Os instintos e pulsões sendo, por definição, inacessíveis de modo imediato, são figurados através das *funções*, das *organizações* e das *desorganizações funcionais*.

Resumindo neste ponto as idéias do líder da Escola de Paris, Smadja (1991, p. 160) afirma que os movimentos individuais de vida têm uma qualidade que os assemelha aos instintos e pulsões sexuais e que, no interior de cada nível evolutivo, são submetidos às variações quantitativas. Quanto aos instintos de morte, depreende que eles não possuem qualidade autônoma, e que se definem por uma carga energética inversa dos instintos de vida correspondente ao nível evolutivo considerado. Resulta, daí, que sua existência está ligada aos instintos de vida, permanecendo sua definição essencialmente econômica.

Em Freud, as coisas se apresentam de modo diferente. Existem duas pulsões fundamentais, o que implica a autonomia de cada uma. As duas pulsões são ativas e perseguem ativamente alvos diferentes. Eros é a ligação e a pulsão de morte, o desligamento. As duas pulsões são conservadoras. Eros conserva a complexidade, e a pulsão de morte conduz à simplicidade que ela busca conservar.

Para o fundador da Escola de Paris, existe apenas uma fonte de excitação, de origem corporal, a *sexual*. Esta possui duas

valências: uma, positiva, de vida; outra, negativa, de morte. Apenas a valência positiva é ativa e persegue ativamente um objetivo de construção e de organização. A valência negativa só entra em jogo como consequência da falha da valência positiva, seja por causas naturais, seja por acidente.

Smadja conclui, dizendo que, para Marty, somente as pulsões de vida têm um alvo ativo. As pulsões de morte, não tendo autonomia, então não podem fazer conjugação recíproca de suas atividades com as pulsões de vida, sobre o terreno da função. Estas últimas perseguem seu objetivo de construção nas condições econômicas que lhes são permitidas. Por outro lado, se essas condições mudam sob o efeito de excitações traumáticas, a valência positiva das pulsões de vida, ao nível da função atingida, se inverterá, negativando-se. Entram em jogo, então, as pulsões de morte em um movimento contra-evolutivo de desconstrução e de desorganização.

Nessa concepção, os fenômenos de regressão e de fixação são imprescindíveis para que se opere a fusão das pulsões. Quando o movimento contra-evolutivo, animado com a valência negativa de morte, esbarra no patamar de fixação, reservatório de valência positiva de vida, uma mistura se produz em proporções variáveis, cujo resultado é ditado pelo balanço econômico, seja para uma nova organização, seja para o prosseguimento da desorganização.

Diversamente, na concepção freudiana, a mistura entre

Eros e a pulsão de destruição é dada, desde o início da vida, e acompanha todos os fenômenos vivos. Nesta direção, no "Esboço de psicanálise", Freud declarou:

"Nas funções biológicas os dois instintos básicos operam um contra o outro ou combinam-se mutuamente. (...) Esta ação concorrente e mutuamente oposta dos dois instintos fundamentais dá origem a toda a variedade dos fenômenos da vida. A analogia dos nossos dois instintos básicos estende-se da esfera das coisas vivas até o par de forças opostas - atração e repulsão - que governa o mundo inorgânico. (...) Modificações nas proporções da fusão entre os instintos apresentam os resultados mais tangíveis. (...) Não se pode pensar em restringir um ou outro dos instintos básicos a uma das regiões da mente. Eles, necessariamente, têm de ser encontrados em toda parte." (ESB, vol. XXIII, p. 174)

Vemos que há diferenças bastante significativas entre as concepções de Marty e de Freud. Entretanto, elas não parecem se restringir, como destaca Smadja a certa altura,⁶ à extensão de apreensão dos fenômenos (psíquicos e psicossomáticos) por cada um dos investigadores. Essas diferenças se devem mais, como mostra bem Denise Braunschweig,⁷ a "deslizamentos" conceituais no emprego

6 - Cf. comentário de Smadja no item 2.1 desta tese.

7 - Braunschweig é psicanalista conceituada, e vem colaborando com os colegas da Escola de Psicossomática de Paris, participando de seminários clínicos e de textos conjuntos. Escreveu, entre outros, um artigo crítico sobre as postulações teórico-clínicas do fundador da Escola. Cf. "Psicanálise e psicossomática", in Faio e Déjours (1989).

que faz seu colega de certos termos psicanalíticos. Neste sentido, a autora argüi quanto à preferência de Marty pela primeira tópica e questiona sua concepção de preconsciente como "sistema de junção" da sensório-motricidade (representação de coisas mais os afetos que as marcaram) com a linguagem (representação de palavras mais os afetos que as marcaram). Porém, o fosso maior que separa as duas teorias é formado, de acordo com Braunschweig, pela distância entre o monismo de Marty e o dualismo freudiano. Naquele, segundo a autora, a evolução constituída de integrações funcionais sucessivas opõe-se à descontinuidade essencial da vida psíquica e ao antagonismo pulsional que caracteriza o aporte freudiano.

Com sua concepção de uma clivagem presente em todos os indivíduos, Déjours (1988) leva a reconsiderar a proposição fundamental da Escola de Paris que infere uma oposição entre os processos de somatização e a psiconeurose organizada. O autor questiona, assim, a ligação de causalidade atribuída por Marty ao mal funcionamento ou à má estruturação do preconsciente nos sujeitos que somatizam. Alegando a insuficiência do recurso ao funcionamento do preconsciente para analisar os processos neuróticos e somáticos, Déjours afirma que o que assegura a resistência às somatizações é a estabilidade dos sistemas organizados no sentido da manutenção da clivagem.⁸

8 - A "tópica da clivagem", proposta por Déjours, é descrita no item 2.4 desta tese.

Vemos que Déjours une-se a Braunschweig nas críticas à posição monista das pulsões. Reclama que a desorganização psicossomática, como concebida por Marty, só se inscreve claramente como negativo da pulsão de vida, não tendo existência própria nem natureza específica. Um vínculo de proporcionalidade entre pulsão de vida e pulsão de morte acaba por considerar, naquela concepção, apenas *uma* pulsão fundamental, cujos movimentos escandem, num sentido, os efeitos de organização e de vida e, no outro sentido, os efeitos de desorganização e de morte. Propondo, então, o modelo da terceira tópica para dar conta da clínica dos pacientes não-neuróticos, Déjours defende a "heterogeneidade fundamental das duas partes do aparelho psíquico" (1988, p. 135), na qual inconsciente secundário e preconsciente seriam o lugar de circulação e de funcionamento da pulsão de vida, da libido e de Eros. Em contrapartida, o inconsciente primário se apresentaria como o reservatório do instinto de morte, na medida em que implica os movimentos instintivos e os comportamentos cujas manifestações são marcadas pela urgência de descarga; pelo caráter estereotipado, identificado com a compulsão de repetição; e pela conotação de violência, resultante do fato de que sempre reage às privações, na ordem da necessidade e do real.

Além disso, o autor considera não haver continuidade possível da necessidade ao desejo, nem do instinto à pulsão. Cada

um desses contingentes permaneceriam separados pela clivagem, manifestando-se a pulsão logo ao nascimento, e os instintos, ao contrário, evoluindo por impulsões ritmadas: de um lado, pelos ritmos biológicos endógenos; de outro, pelas privações na ordem do real. Para Déjours, os transbordamentos das impulsões instintivas sempre têm uma relação com a morte. São estes transbordamentos que, segundo o autor, explicam as somatizações. Elas são o resultado da desorganização do soma pelo impulso instintivo sufocado com a repressão. Déjours (1991, p. 16) defende a idéia de um "dualismo imanente", onde a ordem psicológica não é independente da ordem biológica, mas as relações entre ambas não são de ordem sincrética, mas da ordem da subversão.⁹

Assim, a noção de excitação e os conceitos de instinto e de pulsão, dentro do modelo econômico do funcionamento psíquico, vão receber pesos de importância variável na abordagem à questão do trauma e do desencadeamento da doença somática.

Neste sentido, é interessante repassar o que dizem os autores do Vocabulário de Psicanálise¹⁰ a respeito do "novo" dualismo pulsional, introduzido por Freud no "Além do princípio de prazer". (ESB, vol. XVIII)

Laplanche e Pontalis descrevem, inicialmente, "a grande

9 - Este ponto é mais desenvolvido adiante, no item 2.4.

10 - No verbete "pulsão de vida", traduzido diretamente por mim do Vocabulaire de Psychanalyse, 1967.

oposição" que Freud vai manter, até o fim de sua obra, entre as pulsões de morte e as pulsões de vida. Dizem eles: "As primeiras tendem para a destruição das unidades vitais, a igualização radical das tensões e ao retorno ao estado inorgânico, supostamente tido como o estado de repouso absoluto. As segundas tendem não somente a conservar as unidades vitais existentes, mas a constituir, a partir destas, unidades mais englobantes." (Op. cit., p. 378) Reforçam, assim, o que Freud descreveu sobre a tendência encontrada, inclusive a nível celular, de buscar e manter a coesão das partes da substância viva. Esta tendência está presente no organismo individual, na medida em que ele procura manter sua unidade e sua existência (pulsões de autoconservação, libido narcísica). A sexualidade, em suas formas manifestas, define-se, ademais, como princípio de união (união dos indivíduos no acasalamento, união dos gametas na fecundação).

Segundo os autores do Vocabulário, de sua oposição com relação às pulsões de morte, seria possível compreender melhor o que Freud entendia por pulsões de vida. Opondo-se como dois grandes princípios em ação no mundo físico (atração-repulsão), encontrar-se-iam presentes, sobretudo, na base dos fenômenos vitais (anabolismo-catabolismo).

Entretanto, este novo dualismo pulsional vai apresentar dificuldades. Uma delas, e a que vai interessar mais de perto no

sentido da elaboração de minha tese, diz respeito à tendência regressiva implicada em toda pulsão. Explicitando o que quero dizer, tomo ainda a palavra dos autores do Vocabulário. Eles mostram que a introdução da noção de pulsão de morte é correlativa a uma reflexão sobre aquilo que é mais fundamental em toda pulsão: o retorno a um estado anterior. Desse modo, segundo assinalam Laplanche e Pontalis, "na perspectiva evolucionista, explicitamente escolhida por Freud, esta tendência regressiva não pode visar outra coisa senão o restabelecimento de formas menos diferenciadas, menos organizadas, não comportando, no limite, diferenças de nível energético. Se esta tendência expressa-se obviamente na pulsão de morte, em contrapartida, a pulsão de vida é definida por um movimento inverso, a saber, o estabelecimento e a manutenção de formas mais diferenciadas e mais organizadas, portanto, a busca de *constância* e mesmo de *aumento das diferenças de nível* energético entre o organismo e o meio." (Id. *ibid.*, p. 379; grifos dos autores) Freud se declarou incapaz de mostrar, neste caso, em que as pulsões de vida obedecem ao que ele definiu como sendo a fórmula geral de toda pulsão: seu caráter conservador, ou melhor, regressivo.

No "Esboço de Psicanálise" (ESB, vol. XXIII), Freud admitiu: "Para Éros (a pulsão do Amor), nós não podemos aplicar a mesma fórmula, pois isto equivaleria a postular que a substância

viva, tendo inicialmente constituído uma unidade, partiu-se mais tarde e tende a se juntar de novo."

Laplanche e Pontalis mostram que Freud foi, então, compelido a lançar mão do mito de Aristófanes, no Banquete de Platão, segundo o qual, o acasalamento sexual buscaria restabelecer a unidade perdida de um ser originalmente andrógono, anterior à separação dos sexos.

Sobre este ponto incide a noção de *impasse*, indispensável na construção de minha hipótese sobre o adoecimento somático, que é desenvolvida no item 3.4 desta tese.

2.4 - Mecanismos em jogo na somatização

A originalidade da Escola de Psicossomática de Paris assenta-se sobre uma descoberta fundamental: a de que o processo de somatização ocorre quando o sujeito não se encontra capaz de tratar mentalmente as contradições que pesam sobre ele. Assim, não somente ele não consegue encontrar uma solução através dos mecanismos de defesa mais comuns (recalcamento, deslocamento e projeção) por estes se encontrarem fora de funcionamento, mas porque estas contradições não são sequer representadas no nível psíquico. Não se poderia, neste caso, falar de conflito, no sentido psicanalítico do termo, já que este supõe uma interiorização no aparelho psíquico. A "não mentalização" de contradições existenciais deixa as pulsões sem tradução psíquica, fazendo aparecer, deste modo, "estados de desamparo somático". (Marty, Déjours e Herzberg-Poloniacka, 1980, p. 6) A relação entre o "estado operatório" e as doenças somáticas pode ser estabelecida através do estudo dos destinos pulsionais nesses pacientes.

A propósito dos mecanismos em ação na somatização e das vicissitudes do afeto e da representação nos estados somáticos, Catherine Parat (1991)¹ assinala a distinção feita por Freud de duas variedades de mecanismos em jogo na luta contra o sofrimento

gerado pelo conflito: o *recalcamento*, ao qual dedicou especial atenção no estudo das histéricas, e que descreveu como característico das psiconeuroses; e a *repressão* que, por outro lado, relacionou à neurose de angústia e às neuroses atuais, às quais dispensou pouca atenção em comparação com as psiconeuroses. Da repressão, Freud só voltou a falar no fim de sua vida.

No recalcamento, mecanismo neurótico por excelência, não se pode conhecer nem os desejos nem o conflito que estes acarretam pelo fato de terem sido repelidos para o inconsciente com a ajuda do contra-investimento efetuado pelo preconsciente. A representação em causa é recalçada e o afeto a ela ligado é deslocado para outras representações.

A repressão, por outro lado, consiste em um trabalho ao nível do *eu* consciente, que visa o apagamento do afeto, mantendo, contudo, a representação neutralizada ao nível do preconsciente. Trata-se, por conseguinte, de "um esforço voluntário e deliberado de pôr e de manter à parte as representações conscientes e pre-conscientes." (Parat, op. cit. p. 93) A autora assinala o fato de que isto se passa apenas num primeiro momento, pois, na medida em que a desarticulação entre o afeto e a representação se torna efetiva, esta última, encarada de modo indiferente, pode, então, re-

1 - Parat é uma das psicanalistas mais reconhecidas pelo grupo de Marty. Seu artigo sobre a repressão encontra-se entre os textos clássicos sobre o assunto.

tornar à consciência. Assim é realizada uma ruptura da continuidade entre a excitação e a representação. Esta ruptura foi hipotetizada por Freud, em 1895, ao estudar a neurose de angústia.² Tendo como ponto de partida uma repressão dos desejos e do elan sexual por razões conscientes variadas (religiosas, morais, conjugais), se produziria uma ruptura ao nível da articulação entre a excitação somática e a cadeia das representações de coisa e das representações de palavra. Freud detetou, nestes casos, um efeito de diminuição da libido, manifestada na fala dos pacientes, onde toda necessidade parecia ter se extinguido. Descobriu, neste tipo de patologia, um empedimento na elaboração psíquica da excitação sexual somática.

No mesmo artigo sobre a neurose de angústia, Freud insistiu sobre a repressão das pulsões sexuais, porém Parat sugere que idêntico mecanismo possa se aplicar às pulsões agressivas. A autora chama a atenção, também, para uma possível dissociação entre as pulsões eróticas e agressivas, que poderá ocasionar, então, uma liberação das pulsões agressivas, seguida de uma nova repressão. Caso nenhuma via sublimatória seja suficiente para derivá-las, aumentará ainda mais a tensão, cuja saída e descarga se encontrarão bloqueadas através das vias mentais.

2 - Referência ao texto de Freud, "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'" (ESB., vol. III).

A autora enfatiza a diferença, caracterizada por Freud, entre a angústia produzida pela repressão, processo do eu, e a angústia proveniente do conflito neurótico que vai acarretar o recalçamento.³ Freud teria, nesta ocasião, marcado a oposição entre o recalçamento e a tentativa de "supressão" dos desejos, nesta última, a angústia não se encontrando ligada a um conflito objetal.

Esta angústia, Freud relacionou à elevação do nível de excitação, cuja experiência prototípica seria o trauma do nascimento. Tratar-se-ia de uma angústia difusa, de um estado de desamparo, onde o núcleo do perigo se constituiria pela perturbação econômica consecutiva ao crescimento das quantidades de excitação. A angústia seria, neste caso, produzida automaticamente.

Parat aponta o fato de Marty ter insistido sobre a importância de se distinguir entre os dois tipos de angústia, de cuja confusão poderiam decorrer indicações terapêuticas inadequadas.⁴

O esforço da repressão visa sobretudo a desarticulação entre representação e afeto, uma vez que o que é temido é o afeto ligado a certas representações. O esforço consciente objetiva pôr

3 - Parat mostra como, só muitos anos depois dos primeiros estudos sobre a neurose de angústia, e ao retomar o tema em "Inibições, sintomas e ansiedade" (1926), é que Freud se deu conta do porquê teria primeiro pensado que era o "recalçamento" que produzia a angústia. Tratava-se, segundo ele, de um tempo em que não sabia distinguir entre os processos do eu e os processos do id. O que Freud estaria designando, então, como "recalçamento", sublinha Parat, seria, na verdade, a repressão. Ver Parat (Op. cit., p. 95).

4 - Marty e seus colaboradores do IPSO são enfáticos quanto ao diagnóstico das patologias com risco de somatização, visto que elas necessitarão de uma abordagem terapêutica específica. Ver Marty, (1993, p. 19).

de lado, no nível do pré-consciente, estas representações, até que, isoladas do afeto, elas se tornem neutras e possam ser evocadas no nível consciente, sem desprazer.

Assim, diferentemente do que se passa no recalçamento, as representações não são repelidas para o inconsciente, mas permanecem no pré-consciente. Quanto ao afeto, segundo Freud, como ele não pode se tornar inconsciente, deverá ser transformado em um outro afeto ou será inibido. Esta estase do afeto acarretará um aumento da tensão de excitação que não consegue descarga senão nos acessos de angústia e nas vias somáticas.

Parat reporta-se a Sami-Ali⁵, cuja concepção da repressão é formulada, nos casos de somatização, como um "recalçamento bem sucedido" (sem retornos do recalçado), e onde as representações se juntariam aos territórios do recalçamento originário. A consequência disto seria da ordem de um reforço de traços de caráter do tipo de inibição de contenção e, também, de uma sintomatologia somática, que remeteria ao mesmo nível arcaico. Este autor evoca uma força de repressão que acarretaria um "recalçamento da função imaginária", efeito de um contra-investimento operado pelo ambiente. Sami-Ali fala de um "Superego corporal" atuando do exterior. (Apud Parat, op. cit., p. 97)

Parat aponta, então, para o fato de que, como o recalça-

5 - Referência ao livro de Sami-Ali, Penser le somatique, 1987.

mento secundário é classicamente derivado de dois elementos - a saber, a atração do recalçamento originário e a repulsão das instâncias superiores -, então, a importância quantitativa dos elementos submetidos ao recalçamento originário, deve ser pesado em suas consequências. Na medida em que estes elementos são tidos como responsáveis pela atração que ocasionaria o "recalçamento bem sucedido", e se o fator de repulsão das instâncias superegóicas é mínimo, então, será preciso levar-se em conta uma facilitação para o "recalcamento bem sucedido" em certas organizações mentais. O peso e a influência do recalçamento originário seriam, assim, variáveis de um indivíduo para outro. A origem destes traços inconscientes arcaicos, bem anteriores ao Superego clássico que será responsável pelos recalçamentos secundários, acham-se sob a dependência das vivências dos primeiros tempos da vida. Laplanche e Pontalis,⁶ recordam a afirmação freudiana de que é bem possível que fatores quantitativos como uma grande força de excitação e o arrombamento da para-excitação sejam as primeiras ocasiões em que se produzam os recalçamentos originários.

A repressão patológica concerne ao exercício do pensamento e às restrições dos movimentos psíquicos, e nela, a noção de estase e de inibição está sempre presente como consequência direta. Assim considerada, a repressão vai desembocar num "recalcamen-

6 - No verbete "recalçamento originário", do Vocabulaire de Psychanalyse (1967, p. 398)

to bem sucedido", pois, neste caso, as representações indesejáveis juntam-se aos traços do recalçamento originário, que atuam como polo de atração. O recalçamento se manifestaria, então, por um reforço dos traços de caráter, por uma inibição do tipo contenção, sendo acompanhadas, às vezes, de uma sintomatologia somática. Este tipo de "recalçamento bem sucedido", comparável ao recalçamento originário, poderá se esbabelecer quando a atração do recalçado originário fôr importante diante de uma repulsão preconsciente pouco significativa, sendo a fraqueza da repulsão relacionada a um funcionamento defeituoso do preconsciente.⁷ O recalçamento da representação teria, assim, como consequência, o reforço dos traços de caráter, e, da inibição do afeto, decorreriam os distúrbios somáticos.

Ao falar da sublimação, Parat se mostra bastante convincente quanto às complicações que advém da repressão necessária ao atingimento de seus objetivos. Sobre isto, adverte:

"O objetivo a ser alcançado concerne ao desinvestimento dos desejos e das necessidades pulsionais. Trata-se de 'desafetar', de neutralizar toda representação. Os exercícios visam o domínio, mais ou menos marcado, dos automatismos corporais, e a fazer o vazio no nível mental, vazio de lembranças, de projetos, de -----

7 - Ao falar de "funcionamento defeituoso do preconsciente", Parat está se referindo àquilo que, no pensamento de Marty, é considerada como a "peça central da economia psicossomática", a saber, a qualidade do funcionamento do sistema preconsciente. Sobre este ponto, ver o item 2.2 desta tese.

representações, no limite, de todo pensamento (...) Se as vias da sublimação não são bastante amplas ou não encontram-se constantemente abertas, ou são muito pouco ricas, o perigo da descarga de tensões pulsionais nas vias somáticas está presente. E a experiência mostra que ela se produz com bastante frequência, pois o surgimento de afecções graves é muito comum naqueles que parecem ter conseguido progredir nestas vias de alta sublimação." (Op. cit., p. 102)

Por outro lado, a autora mostra como há um escalonamento das sublimações, que podem ir das mais mentais às mais comportamentais. As descargas comportamentais através de atividades esportivas, artísticas ou pelo meio orgástico têm, segundo Parat, um interesse econômico. Cita o orgasmo como podendo se situar em níveis psíquicos extremamente diferentes - "do orgasmo da alma à simples descarga" e, qualquer que seja o seu nível, redundando num abaixamento das tensões. (Id. *ibid.*, p. 108) Por outro lado, a perda de um meio de descarga (esportivo ou erótico, por exemplo), em consequência da idade ou de modificações relacionais, podem romper o equilíbrio.

Na mesma direção de Parat, Déjours (1988, 1991) nos traz um estudo aprofundado sobre *repressão e subversão na tópica da clivagem*. Este nos posiciona, de modo especialmente claro, frente à clínica dos processos de somatização.

A noção de clivagem do ego, introduzida por Freud para tentar dar conta da perversão, indica a possibilidade do sujeito manter frente à realidade dois modos diferentes de funcionamento que se ignoram um ao outro. Em um, ele reconhece a castração e, no outro, a nega. Retomada pelos psicanalistas cujo interesse converge para a clínica dos pacientes não-neuróticos, ou seja, os borderline (Winnicott, Kernberg), as personalidades narcisistas (Kohut), os psicopatas (Winnicott) e as psicoses (Melanie Klein), a clivagem não foi, contudo, tratada no âmbito da psicossomática.

Déjourns propõe, então, utilizar essa noção, fundamentando sua hipótese na observação clínica de que o inconsciente recalado e representado deixa-se conhecer no pré-consciente pelos retornos do recalado e pelas representações de palavra. Em contrapartida, o inconsciente primitivo permanece, por definição, não representado. Porém, manifestações desse inconsciente primitivo são passíveis de serem apreendidas na clínica sob forma de violência, de atuação violenta, de perversão e de somatização, tendo todas elas, em comum, a "não-mentalização".⁸

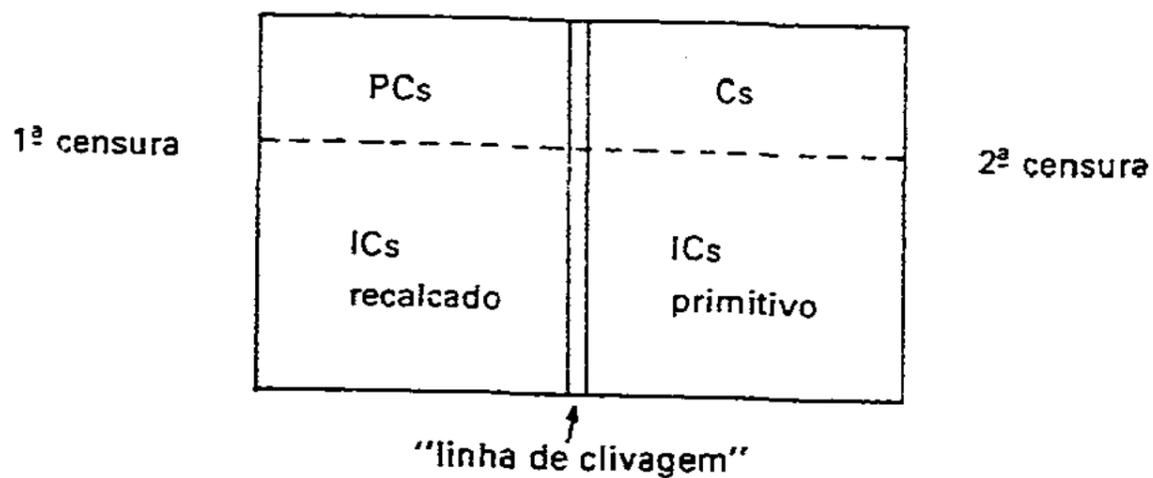
Entretanto, sabe-se que estas manifestações podem não ocorrer, e o sujeito permanecer livre de descompensações. Isto significa que, quando compensados, esses pacientes são como neuró-

⁸ - Note-se a proximidade entre este ponto de vista expresso por Déjourns e o que McDougall chama de "atos-sintomáticos". Ver o item 1.1 desta tese.

ticos. Apenas se deteta uma pobreza em sua vida mental através dos retornos do recalçado, quando estes se apresentam.

Déjours diz ter sido levado a admitir a existência de um sistema capaz de conter, de modo eficiente, o inconsciente primitivo.⁹ Através da observação clínica, seria possível notar que, no lugar dos sintomas psiquiátricos, esses sujeitos se mantêm, graças a certos comportamentos e a uma forma de pensamento adaptado à realidade. Eficiente e realista, este modo de pensamento não pode ser identificado com o processo secundário, caracterizado por associações, mas com um tipo lógico e operatório, cortado do inconsciente. Aí, Déjours inclui o pensamento operatório dos caracteropatas e o pensamento paranóico dos psicóticos. Trata-se, então, de um pensamento lógico, resultado de uma aprendizagem, e não de uma fotografia da realidade. Não há, entretanto, interpretação criativa, apenas interpretação lógica, aprendida do exterior. A clivagem seria o resultado da separação, interna à tópica, entre dois registros: um, dominado pelo processo secundário, outro, por um processo lógico que dá às associações um caráter impessoal, cindido do inconsciente. No sujeito "normal", o inconsciente primitivo é bem contido pelo sistema consciente, que funciona como dique. A apresentação gráfica, neste caso, seria assim:

9 - O que Déjours nomeia de inconsciente primitivo, inconsciente primário ou ICs I, corresponde ao que Freud postulou como "recalçado originário", pré-existente ao recalçamento dinâmico. Cf. Déjours (1988, p. 109).

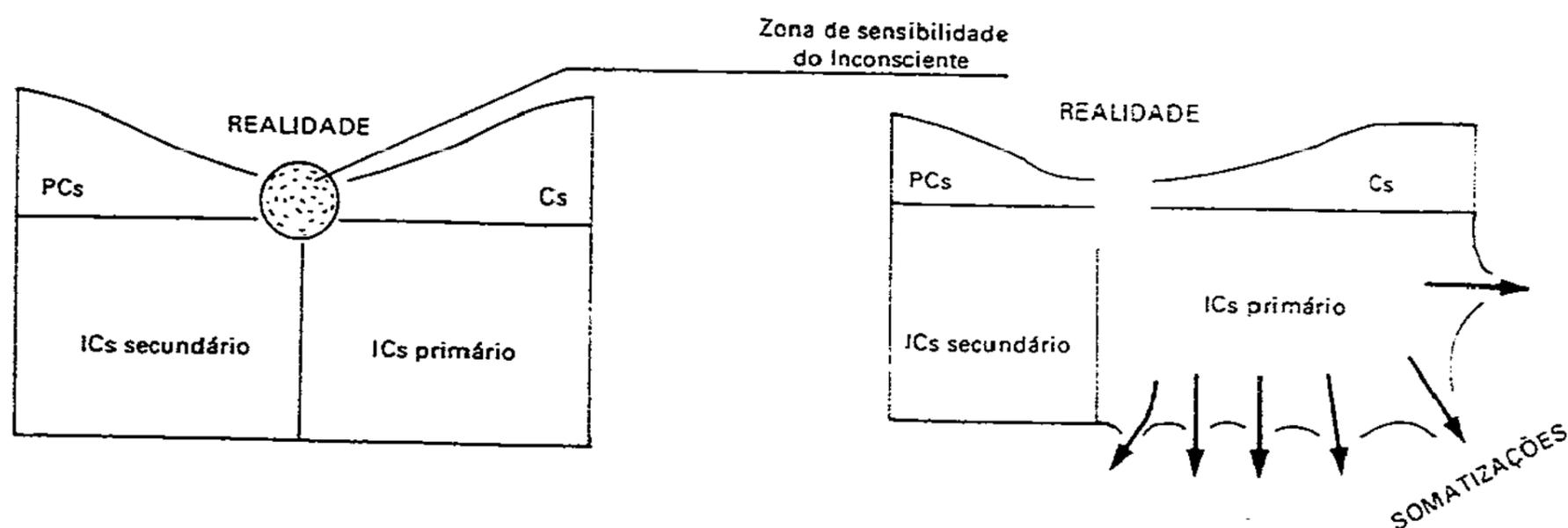


- Se a linha de clivagem se desloca para a esquerda, a normalidade toma um aspecto estereotipado e conformista, regido pelo consciente que separa o inconsciente primitivo e a realidade.
- Se a linha de clivagem se desloca para a direita, o funcionamento psíquico é dominado pelo pré-consciente e pelo processo secundário.

Nos não-neuróticos, as descompensações (explosão da clivagem) fazem aparecer o inconsciente não representado sob as formas clássicas dos sintomas psiquiátricos. Desse modo, a clivagem apresenta-se em todas as estruturas, neuróticas e não-neuróticas. A diferença decorreria, principalmente, segundo Déjours, da importância do sistema consciente no sentido de assegurar o equilíbrio econômico. No caso do neurótico, a barra de clivagem é sustentada pela esquerda e pela direita, [ver gráfico acima] ou seja, pela solidez dos sistemas ICs-PCs, de um lado, e pelo sistema Cs, do outro. Diversamente, o não-neurótico não pode manter a estabilidade, a não ser pelo Cs, à direita, sem a ajuda do ICs primitivo que, ao contrário, colabora para fazer explodir a estrutura devido a ausência de circulação entre Cs e ICs primitivo. Por outro lado, os sistemas ICs-PCs configuram um apoio muito menos estruturado

que na neurose, no sentido de resistir às pressões do ICs primitivo.

Dentro do esquema da tópica da clivagem, Déjourns representa uma "zona de sensibilidade do inconsciente",¹⁰ que se situa no ponto de encontro dos quatro sistemas com a realidade.¹¹ Neste nível, o inconsciente encontra-se separado da realidade por uma menor espessura do PCs e do Cs, constituindo-se, por isto, em uma zona de fragilidade particular da terceira tópica. Aí, o inconsciente é estimulado diretamente através da *percepção*.¹²



- Fora da zona de sensibilidade (lateralmente no esquema), para atingir o inconsciente, a realidade tem que atravessar uma espessura de PCs à esquerda ou de Cs à direita, cujo papel protetor se exerce contra o excesso de excitação e contra os traumas.

10 - O termo é tomado de Marty e de Fain. Deste último é citado o artigo "Vers une conception psychosomatique de l'inconscient", 1981.

11 - Por realidade, o autor entende a realidade do encontro com o outro, e não a realidade material, nem tampouco o real no sentido lacaniano. Cf. Déjourns (1988, p. 113).

12 - A percepção de que fala Déjourns deve ser entendida no sentido psicanalítico do termo, isto é, como uma forma, uma gestalt, e não no sentido da psicofisiologia. Essa gestalt se traduz, assim, pelo desencadeamento de associações, que se ligam por analogia, com as representações constituídas no decorrer da história singular do sujeito. Ver Déjourns (Op. cit., p. 116).

Ao falar da constituição de cada um dos inconscientes, Déjours destaca que, se o ICs II resulta dos conteúdos mentais recalçados, o ICs I não é representado, e se constitui pelo que não foi recalçado: as forças instintivas herdadas pela filogênese. Trata-se, diz o autor, de montagens comportamentais inatas e hereditárias.

A clivagem instaura no aparelho psíquico uma separação radical entre o inconsciente dinâmico, implicado nos retornos do recalçado, e o inconsciente primário, que não pode dar lugar, diretamente, a representações. Entre ICs I e ICs II não pode haver circulação pois, por definição, a clivagem consiste em manter o jogo simultâneo das duas partes que se ignoram. Um lugar destacado é atribuído pelo autor à "zona de sensibilidade do inconsciente", cujo mecanismo de defesa, no sentido da separação da realidade, é a *recusa* (Verleugnung).¹³ Utilizado por todas as estruturas, este mecanismo, quando falha, pode provocar uma descompensação: no caso do psicótico, surge o delírio e a alucinação; no caracteropata, ocorre a somatização.

Déjours destaca que há aqueles cuja "zona de sensibilidade do inconsciente" é muito extensa, o que os expõe, mais fre-

13 - No Vocabulaire de psychanalyse, Laplanche e Pontalis (1967, p. 115) define Verleugnung como um "modo de defesa consistindo em uma recusa pelo sujeito de reconhecer a realidade de uma percepção traumatizante, essencialmente aquela da ausência de pênis na mulher. Este mecanismo é particularmente invocado por Freud para dar conta do fetichismo e das psicoses."

quentemente, ao risco de serem invadidos pela excitação desencadeada no encontro com situações reais traumáticas. A questão importante que o autor aponta para ser averiguada é *qual o tipo de reação que resulta desse encontro ?*

Responde mostrando que a única via possível no sentido de evacuar a excitação que não pode ser absorvida pelo preconsistente, sem risco de fazer explodir o aparelho psíquico (descompensação), é a descarga no exterior pela atuação. Esta é a tópica da psicopatia. Ora, esta forma de descarga tem a vantagem de manter a clivagem intata. O caráter compulsivo, quase incontrolável das atuações, impõe-se ao sujeito como modo de salvar sua organização tópica da destruição. Isto pode se fazer de duas formas: pela fuga ou pela destruição da fonte externa de excitação através da violência física.

O raciocínio de Déjours segue na direção de sua hipótese central, ou seja, de que, em qualquer dos dois casos, a reação surge como resultado "da violência compulsiva das descargas instintivas e das montagens comportamentais inatas." (Op. cit., p. 118) Quando a atuação não é possível, uma vez que o sujeito continua a lutar contra a descarga de sua violência, há uma inibição motora intensa que pode chegar até a exaustão, podendo acompanhar-se, também, de uma inibição do pensamento e de sensação de cabeça vazia.

Na ausência da descarga motora e da inibição, a excitação inicia um trabalho de destruição da tópica e da clivagem; é a ação do trauma. Déjours menciona a existência, na clínica, de uma confluência de atuação e angústia automática, que se apresenta naqueles pacientes cujo preconsciente é identificado como "insuficientemente estruturado". Frequentemente, também, a atuação violenta encontra-se mesclada de uma conotação erótica. Essa "co-excitação sexual" pode dar uma idéia falsa de que se trata de um sintoma neurótico clássico. Entretanto, nestes casos, a interpretação do conteúdo sexual não leva à renúncia dessa via de descarga. É somente a violência que, segundo o autor, é preciso enfrentar. (Id. *ibid.*, p. 120)

Na tópica da caracterose,¹⁴ que interessa particularmente ao propósito desta tese, o sistema consciente e seu modo de pensamento operatório formam uma barreira contra as irrupções do inconsciente primário. O caracteropata respeita a realidade e as fontes de excitação, mas tenta neutralizar em si próprio aquilo que reage à situação excitante. Ele desorganiza a própria sensação, reduzindo-a a quantidades mínimas de excitação, cuja descarga não dá para desencadear uma atuação violenta. A excitação vai se -----

14 - Déjours propõe nomear de *caracterose* uma psicopatologia identificada pela prevalência da angústia atual e pela tendência a descompensar através de doenças somáticas. A denominação serve também para distinguir o que não é nem neurose, nem psicose. Em relação às estruturas borderline, o autor admite incluir aí as caracteroses, numa perspectiva ampla, embora com ressalvas. Considera, entre as caracteroses, as "neuroses de comportamento" e as "neuroses de caráter" descritas por Marty. Ver Déjours (1988, p. 35)

descarregar pela via somática, como nas "formas clássicas da angústia automática, característica dos estados traumáticos e das neuroses atuais." (Id. *ibid.*, p. 125)

O mecanismo particular apontado por Déjours como próprio deste tipo de funcionamento é a *repressão* (*Unterdrückung*).¹⁵ O ataque direciona-se, neste caso, diretamente à fonte do instinto, de forma que o impulso seja descarregado imediatamente no corpo, antes mesmo de chegar a ser percebido, permanecendo, desse modo, à margem da esfera pré-consciente.

Cabe aqui tratar do lugar atribuído por Déjours à *violência* no funcionamento psíquico. Dito pelo próprio autor, este lugar é tão importante quanto o atribuído ao desejo.

A animalidade é a fonte da violência e das ações destrutivas. Estas se dirigem inicialmente contra o outro, que no encontro intersubjetivo, instiga essa animalidade. Quando o sujeito se opõe ao exercício dessa violência instintiva, virando-a contra si próprio, ela se transforma numa ação suicida ou mutiladora. Quando, de outro modo, o sujeito a ela se opõe pela *repressão*, o outro fica preservado, assim como não ocorre uma atuação suicida. Entretanto, ao neutralizar a excitação e a intencionalidade inconsciente, expõe-se ao risco de fazer detonar um processo de

15 - Déjours refere-se ao trabalho de Parat sobre a repressão, destacando seu interesse para a psicossomática, ao mesmo tempo em que assinala o quanto este mecanismo "permanece bastante misterioso". (Id. *ibid.*, p. 126)

somatização.

Contudo, um paradoxo se apresenta, expresso na seguinte questão: como é possível que a herança instintiva fique a serviço da destruição, quando sua função primordial seria a preservação, (autopreservação e preservação da espécie)? A resposta está ligada à tópica da clivagem, na qual as montagens instintivas inatas (condutas alimentares, ataque ou fuga, reprodução), ao se atualizarem em estado bruto no sujeito, são desestabilizadoras de seu funcionamento psíquico. A efetuação instintiva está no registro da atuação e da ordem biológica. A atuação marca uma crise ou falência, pelo menos momentânea, do aparelho psíquico enquanto aparelho de pensar.

A clínica nos mostra, muito frequentemente, hoje em dia, o que Déjours assinala em suas postulações sobre a clivagem. "Na impossibilidade de elaborar algumas situações transferenciais, os pacientes às vezes lutam corajosamente e com grande ônus contra a atuação." (Id. *ibid.*, p. 51) Isto se manifesta, em geral, por uma lentificação do trabalho analítico, o que pode ser compreendido pelo analista como resistência. Apenas em parte verdadeira, esta interpretação deixa de fora o que, além de recusa a abordar os pensamentos angustiantes, reflete a própria impossibilidade de pensar. É neste contexto que aparecem as descompensações, entre elas, as somatizações. Desse modo, se a repressão é necessária pa-

ra dominar os impulsos violentos e barrar a atuação, por outro lado, ela não deixa lugar à perlaboração. A luta que se trava neste particular é motivada pelo medo de ter uma experiência de impotência ou de despedaçamento do eu; pelo medo de uma experiência de perda do autocontrole. O que o sujeito mais teme não é tanto a atuação do outro, mas, sim, a vivência da compulsividade como *crise de identidade*.

CAPÍTULO 3

TRAUMA, IMPASSE E ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

Na direção da hipótese sobre os *três tempos da conjugação traumática* no desencadeamento da doença somática, faz-se necessário percorrer ainda alguns caminhos na elaboração dos conceitos que, a meu ver, encontram-se implicados em sua montagem teórica.

A concepção de trauma em Freud constroi-se ao longo de sua obra até chegar ao texto de 1926, "Inibições, sintomas e ansiedade", no qual me detenho especialmente em torno do "diálogo" mantido com Otto Rank sobre o *trauma do nascimento*. A exposição do ponto de vista de Rank fornece novos elementos ao debate sobre o desamparo e a ansiedade de separação, ligada esta última, ao objeto primordial, e onde se funda, igualmente, o *impasse fundamental* do ser humano, em seu duplo movimento de nascer e de separar-se; ao mesmo tempo, de permanecer protegido e indeferenciado no seio materno.

3.1 - A concepção de trauma em Freud

Todos os comentadores estão de acordo quanto ao fato de que o conceito de trauma psíquico sofreu uma evolução considerável, à medida que Freud foi elaborando e modificando o edifício teórico da psicanálise. Coincidem, igualmente, sobre o sentido desta evolução: uma ampliação progressiva da conotação do conceito, um distanciamento cada vez maior do conceito médico de trauma (rompimento brusco da homeostase orgânica, ferida), uma diversidade e complexidade crescentes das situações traumáticas, uma metapsicologia mais complexa. (Baranger et alii, 1988)

A noção freudiana de trauma tem um sentido eminentemente econômico, e é fundamental na medida em que atravessa toda a obra do autor, em suas elaborações da teoria da angústia e da formação de sintomas. Vai recebendo novas roupagens, desde quando foi tratada pela primeira vez, em 1893, na "Comunicação Preliminar", até 1926, em sua acepção metapsicológica de "Inibições, sintomas e ansiedade". (Laplanche e Pontalis, 1967) Três significações estão implicadas na noção de trauma: a de um choque violento, a de um arrombamento e a de consequências sobre o conjunto da organização. Assim, desde os primeiros trabalhos sobre a histeria, tanto a

etiologia dessa neurose quanto o mecanismo de sua cura foram tratados por Freud dentro de um enfoque econômico. O trauma se constituía por um excesso de excitação que não podia ser derivado através da via motora, nem integrado associativamente, nem elaborado por um trabalho de memória. A resolução do trauma implicava catarsis, abreação da energia estrangulada.

Nos "Estudos sobre a histeria", entre os anos de 1895 e 1897, a tese de que o trauma era essencialmente sexual, e que sua origem devia ser encontrada antes da puberdade, qualificava, então, um acontecimento pessoal da história do sujeito que, durante a infância, havia sofrido uma experiência de sedução por parte de um adulto significativo. A violência desse acontecimento residia na irrupção intempestiva na criança de uma emoção sexual excessiva, que a inundava, e da qual ela não tinha nenhuma consciência. Sendo imatura, a criança ficava petrificada, sem compreender o que lhe havia acontecido e sem experimentar angústia, o que viria a ocorrer, caso tomasse consciência de uma emoção tão brutal. A violência do trauma consistia na emergência de uma superabundância de afeto sexual, não sentido na consciência, mas inconscientemente recebido. O trauma ocorreria na ausência da angústia que, de outra forma, teria permitido ao *eu* da criança amortecer-se e suportar a tensão excessiva. Instalar-se-ia, assim, no inconsciente da criança, um excesso de tensão inassimilável e errante. Esse excedente

de afeto passaria, então, a existir no *eu* como um cisto, constituindo um núcleo mórbido. Transferida do exterior para o interior, a excitação brutal, expressa pelo ato sedutor do adulto teria introduzido no *eu* da criança uma energia que aí ficaria fechada sob a forma de uma tensão sexual à deriva. (Nasio, 1991)

O trauma deixou, assim, de ser predominantemente um acontecimento externo, para deslocar-se sob a forma de uma comoção interna alojada no *eu*. Ora, não se pode deixar de levar em conta, aí, a susceptibilidade própria do sujeito. Desse modo, para que haja um trauma, para que a não-abreção da experiência transforme-a num corpo estranho dentro do psiquismo, algumas condições são necessárias (Laplanche e Pontalis, op. cit, p. 501):

(i) O próprio acontecimento, por sua natureza, pode vir a excluir a abreção (por exemplo, a perda de um ser amado que parece irreparável).

(ii) Fora desta situação limite, são importantes: as condições psicológicas particulares nas quais se encontra o sujeito no momento do acontecimento (estado hipnóide de Breuer); a situação ou circunstâncias sociais e exigências que podem dificultar ou entravar uma reação adequada no momento (retenção); e, sobretudo, o conflito psíquico que impede o sujeito de integrar à sua personalidade consciente a experiência que lhe sobreveio (defesa).

Laplanche e Pontalis resumem, desse modo, as elaborações psicanalíticas nestes primórdios: "Pode-se conceber assim toda uma série que vai do acontecimento que encontra sua eficácia patógena na violência e no inesperado de sua ocorrência (acidente, por exemplo), até o que não a toma senão de sua inserção em uma organização psíquica que já comporta seus pontos de ruptura bem particulares." (Id. *ibid.*)

Além disto, o próprio trauma desencadeia uma dialética defensiva completa. A cura dos sintomas que ocasiona não pode ser formulada em termos exclusivamente energéticos. Fora seu aspecto emocional, a abreação implica todo um trabalho de memória, de restabelecimento de vínculos associativos, de reintegração no ego do que havia sido cindido. (Baranger et alii, *op. cit.*, p. 168)

A propósito da carta a Fliess de 21/9/1897, onde Freud confessou ao amigo não acreditar mais em sua "neurótica",¹ é possível depreender que a desilusão de Freud, com respeito ao papel patógeno da sedução, abriu caminho para uma teoria mais complexa do trauma, que enfatizava seu aspecto interno, sem contudo renunciar ao fundamento "real" das situações sexuais traumáticas, mesmo que fosse sob a forma de situações universais e paradigmáticas.

Por outro lado, Freud propôs que os sintomas histéricos não fossem mais considerados como derivativos diretos de lembranças

1 - Referência à Carta 69, em Freud, (ESB, vol. I, p. 350).

ças reprimidas de experiências da infância, pois, entre os sintomas e as impressões infantis, estariam as fantasias (ou lembranças imaginárias) do paciente. Geralmente produzidas durante os anos da puberdade, por um lado eram criadas a partir de recordações da infância e, por outro, eram transformadas diretamente em sintomas. Foi só depois da introdução deste elemento, que a construção de uma neurose e sua relação com a vida do paciente se tornou inteligível para Freud.²

Além da participação das fantasias, a universalidade do conceito de a posteriori (Nachträglichkeit) veio matizar e limitar o aspecto econômico do trauma. Desse modo, mesmo no caso de um acontecimento simples, o traço que permanecia no psiquismo não constituía em si um trauma, no sentido de que não produzia efeitos patógenos, até que as condições de maturidade ou novos acontecimentos posteriores viessem, retroativamente, converter esse primeiro acontecimento em trauma. Só, então, as consequências patógenas se manifestariam.

Desse modo, não se tratava, simplesmente, de uma causa que permanecia latente até a oportunidade de manifestar-se, mas de uma "causação retroativa", do presente para o passado. (Baranger. op. cit., p. 169)

A introdução do conceito de a posteriori marcou o momen-

2 - Ver a este respeito Freud, (ESB. vol. VII, p. 286).

to em que Freud abandonou o modelo da causalidade mecânica e a temporalidade linear segundo o vetor passado-presente, em favor de um conceito dialético da causalidade e de um modelo em espiral da temporalidade. Neste, o futuro e o passado se condicionam e significam reciprocamente na estruturação do presente. Essa *re-significação* do trauma foi mostrada de forma prototípica na análise do "Homem dos lobos". (Apud Baranger, op. cit.)

É a "retroatividade" na constituição do trauma que possibilita a ação terapêutica específica da psicanálise e a modificação de nossa história. Daí, portanto, a afirmação de Freud em "Análise terminável e interminável" (ESB, vol. XIII) de que a neurose de melhor prognóstico fosse, precisamente, aquela na qual o fator etiológico tivesse sido o trauma, pois a retroatividade que servira para a constituição da situação traumática poderia servir, também, mediante a interpretação, para desfazer o que a constituiu, para reintegrar os elementos traumáticos em uma nova dinâmica temporal.

Nas "Conferências introdutórias sobre Psicanálise" Freud posicionou-se com relação à etiologia da neurose de forma genérica.

"Realmente, o termo 'traumático' não tem outro sentido senão o econômico. Aplicamo-lo a uma experiência que, em curto período de tempo, aporta à mente um acréscimo de estímulo excessiva-

mente poderoso para ser manejado ou elaborado de maneira normal, e isto só pode resultar em perturbações permanentes da forma em que essa energia opera. Esta analogia nos compele a descrever como traumáticas também aquelas experiências nas quais nossos pacientes neuróticos parecem se haver fixado. Isto nos propicia uma causa única para o início da neurose. Assim, a neurose poderia equivaler a uma doença traumática, e apareceria em virtude da incapacidade de lidar com uma experiência cujo tom afetivo fosse excessivamente intenso." (ESB. vol. XVI, p. 325)

Ainda nas "Conferências introdutórias", Freud recolocou a teoria do trauma dentro de um conjunto mais amplo de conceitos, que recebeu o nome de teoria das séries complementares. Se, por um lado, Freud insistia sobre a *constituição do trauma em dois tempos*, com retroatividade do atual sobre o passado, por outro, atribuía essa retroatividade a uma regressão da libido ao ponto de fixação da experiência infantil, com o abandono da libido de suas posições ulteriores.

É possível se interrogar, como fazem os Baranger e Mom (op. cit.), sobre a natureza dessa regressão indicada por Freud. A primeira vista, ela poderia autorizar uma visão mecanicista da teoria das séries complementares. Entretanto, como mostram os autores, a partir da análise do "Homem dos lobos", essa regressão deve ser entendida como uma re-significação da experiência infan-

til, como o retorno da libido dos interesses atuais para os interesses infantis, apresentando-se, então, como uma consequência deste processo.

Creio que podemos colocar, a partir daí, que se, por um lado, a idéia de "retroatividade" nos faz visualizar um vetor de temporalidade horizontal do presente para o passado, por outro lado, esta vetorização muda para um sentido vertical, se considerarmos a resignificação da experiência traumática como uma *superposição de interesses* (adultos e infantis), e a regressão como uma consequência deste processo. A "retroatividade" designaria, assim, uma atualização da experiência traumática passada, retornada com seu núcleo patogênico, por um acontecimento que a deflagra, e cujos elementos se conectam à primeira experiência.³

O trauma, dentro do modelo da temporalidade em espiral, parece adquirir um sentido e uma dinâmica para além do aspecto econômico que lhe é próprio.

As reflexões posteriores de Freud sobre as neuroses de guerra levaram-no a uma evolução um tanto paradoxal, segundo a concepção dos Baranger e de Mom. (Op. cit., p. 170) De um lado, o criador da Psicanálise aprofundou o enfoque econômico em sua aceção estrita e, ao mesmo tempo, descobriu a pulsão de morte. Em

3 - Esta noção é de grande interesse para a hipótese da *conjugação traumática em três tempos* que será tratada no capítulo 4 desta tese.

seu aprofundamento, Freud introduziu o novo conceito econômico de "barreira anti-estímulos", cuja ruptura provocaria o trauma. Assim se expressou Freud em "Além do princípio do prazer" (ESB, vol. XVIII):

"Descrevemos como 'traumáticas' quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente numa conexão desse tipo com uma ruptura numa barreira, sob outros aspectos eficaz contra os estímulos." (Op. cit., p. 45)

A brecha no escudo protetor ocasiona uma perturbação considerável no funcionamento da energia do organismo, mas, também, o aparato psíquico é inundado por grandes quantidades de estímulos.

Freud distinguiu, assim, dois tipos de catexia dos sistemas psíquicos: uma catexia que fluía livremente e pressionava no sentido da descarga, e uma catexia quiescente. Sobre isto, é importante registrar o que disse Freud: "Podemos talvez suspeitar de que a vinculação da energia que flui para dentro do aparelho mental consiste em sua mudança de um estado de fluxo livre para um estado quiescente." (Id. *ibid.*, p. 47)

Importante, também, notar o destaque que Freud deu ao elemento do "susto", sendo causado pela falta de qualquer prepara-

ção para a ansiedade. Devido à sua baixa catexia, os sistemas receptores não se encontrariam em condições de vincular as quantidades afluentes de excitação, e as consequências da ruptura no escudo defensivo decorreriam daí mais facilmente.

Por tudo isto, e como indicam os Baranger e Mom, se, por um lado, as neuroses de guerra levaram Freud a uma revalorização do enfoque econômico, por outro lado, estas foram se articulando, cada vez mais, com as neuroses de transferência, e o trauma que lhes deu origem foi se tornando mais complexo e mais semelhante ao trauma psíquico infantil. Assim, Freud afirmou:

"De fato, poder-se-ia dizer que, no caso das neuroses de guerra, em contraste com as neuroses traumáticas puras e de modo semelhante às neuroses de transferência, o que é temido é, não obstante, um inimigo interno. As dificuldades teóricas que se erguem no caminho de uma hipótese unificadora desse tipo não parecem insuperáveis: afinal de contas, temos todo o direito de descrever a repressão, que está na base de cada neurose, como uma reação ao trauma - como uma neurose traumática elementar." (ESB. vol. XVII, p. 263)

Freud abriu um espaço para novas considerações, quando colocou que, mesmo nos tempos de paz, as neuroses traumáticas poderiam encaixar-se neste esquema, na medida em que alcançássemos êxito nas investigações das relações entre o medo, a ansiedade e a

libido narcísica.

A partir do estudo das neuroses traumáticas e das neuroses de guerra, Freud introduziu o conceito de pulsão de morte, que modificou profundamente o edifício teórico da psicanálise e, especialmente, a teoria do trauma. Os sonhos típicos das neuroses traumáticas foram tomados como exemplo de fenômeno psíquico que escapava ao domínio do princípio do prazer. Estes sonhos, submetidos à "compulsão de repetição", eram uma tentativa de dominar retroativamente o excesso de estímulos, ao desenvolver a angústia que faltara no momento do trauma. Eles evidenciavam uma função do aparelho psíquico mais primitiva que o princípio do prazer. O conflito psíquico encontrava-se, assim, centrado na luta entre a libido e a pulsão de morte.

A última grande contribuição de Freud à teoria do trauma psíquico infantil surgiu em 1926, em "Inibições, sintomas e ansiedade", e veio ligada à última teoria da angústia, onde foi estabelecida a distinção entre angústia automática e angústia sinal. O conceito de *situação traumática* recebeu ênfase especial. Uma série de situações traumáticas, presentes na evolução de qualquer indivíduo, foram inventariadas por Freud. A castração, por ameaça direta ou fantasiada, constituiria para o menino "o trauma maior de sua vida". Além desta, o desmame, a perda das fezes, os lutos, o nascimento de irmãos, etc., constituiriam situações traumáticas

paradigmáticas.

Pode-se notar que são as *experiências de perda* que estão no centro da teorização freudiana, neste momento. Perda da mãe, do seu amor, do amor dos objetos, da proteção do superego, etc. A situação traumática de base é a *condição de desamparo* do sujeito, em estado de total impotência face às irrupções de estímulos externos ou internos. Todas as situações traumáticas remetem a esta condição. Observa-se que a diferença entre situações traumáticas externas (por ausência afetiva do objeto, aumento dos estímulos externos, etc.) e internas (por aumento das tensões de necessidade, das tensões pulsionais, etc.) tendem a se apagar, pois, qualquer que seja a sua origem, a situação traumática desemboca em uma inundação do ego, que se encontra, então, incapaz de administrá-la, devido à *reativação de seu estado primitivo de desamparo*.⁴

Freud ligou, assim, o estado de desamparo à prematuração do ser humano. É o que se pode constatar no texto a seguir:

"Sua existência intrauterina parece relativamente abreviada em comparação com a da maior parte dos animais; ele é menos acabado que aqueles, quando é jogado no mundo. A partir deste facto, a influência do mundo exterior é reforçada, a diferenciação precoce do ego em relação ao id é necessária, a importância dos

4 - O trecho grifado destaca o aspecto da reativação do estado primitivo de desamparo, ponto central na hipótese sobre o desencadeamento da doença somática, que será tratado no capítulo 4 desta tese.

perigos do mundo exterior é ampliada e o objeto, único capaz de proteger contra estes perigos e de substituir a vida intrauterina, vê seu valor enormemente aumentado. Este fator biológico estabelece, então, as primeiras situações de perigo, e cria a necessidade de ser amado, que não deixará jamais o ser humano."⁵

O perigo maior e mais avassalador, contra o qual o sujeito nada pode fazer, é a perda do objeto que o ama e cuida dele.

A diferenciação objetal não leva somente ao medo fundamental da perda do afeto, ela pode *reproduzir* a angústia do nascimento. Em sua última teoria da angústia, Freud aceitava, então, a idéia de que "o nascimento nos parece ser essa experiência passada, prototípica e, por conseguinte, tendemos a ver no estado de angústia uma reprodução do traumatismo do nascimento." (ESB, vol XI, p. 179)

Outro ponto que merece destaque no que respeita ao aspecto econômico do trauma é o da fusão-defusão pulsional. Neste sentido, admitindo com Freud que a função da libido é a de ligar (Bindung) a pulsão de morte, teremos que admitir que a situação traumática, alterando o equilíbrio dinâmico das pulsões, contribui para desligar o que foi ligado pela libido, e que isto libera uma certa quantidade de pulsão de morte. Freud sustenta que, quase

⁵ - Freud, "Inibições, sintomas e ansiedade" (ESB, vol. XX, p. 179). A tradução do trecho acima foi feita por mim da edição francesa (1992, vol. XVII, p. 269).

nunca lidamos com moções pulsionais puras, mas com misturas de ambas as pulsões em diversas proporções. O trauma incide sobre estas misturas provocando uma desintrincação (Entmischung) que, por um lado, ativa a compulsão de repetição e, por outro, exige novos investimentos libidinais e novas medidas defensivas do ego (inibições, evitações, fobias, etc.).

Em "Inibições, sintomas e ansiedade", Freud não parecia preocupar-se em articular a hipótese da pulsão de morte e a teoria do trauma. Entretanto, esta articulação encontra-se subjacente no texto, e aparece em alguns pontos como, por exemplo, na nota onde fala que uma certa ansiedade instintual é acrescentada à ansiedade realística. Neste caso, a exigência instintual, ante cuja satisfação o ego recua, é masoquista, e representa o instinto de destruição dirigido contra o próprio paciente. Na verdade, como afirmam os Baranger e Mom (op. cit., p. 172), não podemos conceber a existência de nenhuma situação traumática sem a participação dessa pulsão.

Sobre os efeitos do trauma, os autores vão recorrer ao texto de Freud, "Moisés e o Monoteísmo" (ESB, vol. XXII), para destacar esses efeitos em seus aspectos positivos e negativos. Os primeiros, dizem respeito aos empenhos para devolver ao trauma sua vigência, ou seja, para recordar a vivência esquecida, torná-la "real", "objetiva". Freud resumiu tais empenhos como "fixações ao

trauma" e como "compulsão de repetição".

Quanto aos efeitos negativos, a finalidade é oposta a esta, ou seja, que nada do trauma seja recordado nem repetido. Neste caso, as reações de defesa são do tipo "evitações" e, no fundo, são, também, "fixações ao trauma", só que de tendência oposta.

Os autores chamam a atenção, ainda, para o fato de Freud nunca ter renunciado a buscar, nos fatos da realidade, o fundamento das situações traumáticas, investigando-o na realidade psíquica, só depois que se esgotaram as possibilidades de encontrá-lo nos acontecimentos reais.

Entretanto, o trauma psíquico não tem a mesma universalidade nos acontecimentos das histórias dos indivíduos que em suas fantasias: nem todos presenciaram a cena primária entre os pais nem foram ameaçados de castração ou de loucura ao serem surpreendidos em atividades masturbatórias. A universalidade de certas fantasias potencialmente patógenas requer, portanto, um outro fundamento, que Freud foi buscar na *herança arcaica de traumas ancestrais vividos em épocas passadas pela humanidade*. Assim, nas séries complementares, que intervêm na constituição das situações traumáticas, o trauma de origem externa encontra-se, a princípio, nos traumas ancestrais e, depois, nos traumas (sobretudo sexuais) da vida infantil do indivíduo.

O fundamento de uma *herança arcaica dos traumas* foi as-
sentado por Freud em certos traços mnêmicos que seriam transmiti-
dos, como tais, através de gerações sucessivas, de uma maneira se-
melhante à transmissão dos instintos nos animais. Entretanto, esta
hipótese sofreu objeções de diversos tipos: sociológicas, psicoló-
gicas e biológicas.

A primeira objeção, de cunho sociológico, dizia respeito
ao fato de que o totemismo, não sendo um fenômeno universal nem
tão primitivo, não asseguraria a ocorrência do assassinato do pai
pelos filhos varões enquanto acontecimento concreto. Sua universa-
lidade seria da ordem do mito e, como tal, gerador de uma infini-
dade de acontecimentos concretos que, por sua vez, o realimenta-
riam.

Outra objeção, esta de cunho psicológico, questionava o
conceito de traço mnêmico utilizado por Freud. Embora desligado da
teoria primitiva do "engrama", desmentida pelo progresso da neuro-
logia, este conceito está muito distante de apresentar clareza.
Entretanto, a evidencia clínica se impõe, apontando, por exemplo,
que os efeitos traumáticos do "Holocausto" da segunda guerra mun-
dial podem ser observados nos filhos e nos netos dos sobreviventes.⁶

Aliada a esta, uma objeção de ordem biológica confronta-

6 - O argumento é apresentado por Baranger et alii (op. cit. p. 174).

va o fracasso das tentativas de demonstrar a teoria lamarkiana dos caracteres adquiridos com a hipótese freudiana da herança arcaica. Freud defendeu-se, mostrando que não se tratava da mesma coisa nos dois casos. No caso da herança arcaica, tratava-se de traços mnêmicos (ou marcas deixadas pelo passado), de certa forma acessíveis.

Freud reafirmou que não se poderia abandonar a idéia de uma herança arcaica, envolvendo tanto o simbolismo como o conjunto das Urphantasiën, que refletem o passado da humanidade, e que se tornaram constitutivas da mente, compondo "uma fantasmática transcendental", no dizer de Daniel Lagache. (Apud Baranger et alii, op. cit. p. 174)

Entretanto, este não constitui o ponto extremo das hipóteses freudianas sobre a incidência do trauma psíquico. As próprias formas dos afetos seriam plasmadas, segundo ele, por traumas filogenéticos como mostra o trecho seguinte:

"Os estados afetivos têm-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primevas e, quando ocorre uma situação semelhante, são revividos como símbolos mnêmicos. Não penso haver laborado em erro ao aproximá-los do ataque histérico, mais recente e individualmente adquirido, e em considerá-los como seus protótipos normais." (ESB., vol. XX, p. 114-115)

A universalidade dos símbolos e a existência de uma fan-

tasmática supra-individual nos obrigaria, segundo advertem os Ba-
ranger e Mom, a buscar a origem dos traumas mais além da história
do sujeito. Assim, se as estruturas afetivas, mencionadas por
Freud, supõem a inscrição no organismo de algo semelhante a ata-
ques histéricos, ou seja, marcas dos traumas filogenéticos, passa-
mos, então, dos traumas da história individual aos traumas histó-
ricos e pré-históricos da humanidade. A "teoria do trauma genera-
lizado" é encontrada em muitos textos de Freud, quando aplica o
método analítico a especulações metabiológicas, e, também, em Fe-
renczi, em sua "teoria das catástrofes".

O conceito de "trauma ampliado", tal como foi desenvol-
vido em "Inibições, sintomas e ansiedade", refere-se a uma situa-
ção traumática, complexa, que implica tanto o mundo interno como o
mundo externo, ao ativar uma fantasmática universal em suas formas
adotadas no curso da história individual, e que altera os equilí-
brios alcançados na luta da libido com a pulsão de morte. Esta
forma de conceituar o trauma não invalida seu aspecto econômico,
mas convida a maiores precisões.

O trauma, como ele foi concebido por Freud em 1926, é
sempre uma situação traumática infantil, que não põe em jogo ape-
nas o sujeito e uma ruptura em sua barreira anti-estímulos, mas
uma situação vital (o desamparo) que concerne às relações interu-
manas e às relações de objeto. A ampliação do conceito, entretan-

to, comporta o perigo de se confundir *situação traumática* e *situação patogênica*. Os Baranger e Mom chamam atenção para o fato de que, colocar o trauma dentro do enfoque da relação de objeto, teria contribuído para apagar a especificidade da *situação traumática*, equiparando-a a todo tipo de *situação patogênica*. Com isto, corre-se o risco de se perder a ligação entre *situação traumática* e angústia, esta última considerada a pedra de toque do componente traumático.

A forma de "angústia automática", descrita por Freud, caracterizaria o trauma inicial ou "trauma puro", o qual não comporta sentido e se mostra disruptivo em termos econômicos, por provocar uma ruptura da barreira do ego, inundação por quantidades de estímulos que ultrapassam a capacidade defensiva do ego e desamparo total. Ora, como destacam muito bem os autores que tomei, todas as formas psicopatológicas, assim como as técnicas de controle "normais", têm como finalidade evitar, precisamente, o surgimento desta angústia tão primitiva que só podemos descrevê-la em termos econômicos.

Partindo da afirmação de Freud de que toda neurose é, em última instância, uma neurose traumática, poderíamos concluir, com os Baranger e Mom, que as psiconeuroses são traumas com história. Diversamente, as neuroses atuais são traumas que não foram historicizados, ou melhor, "vazios" não historicizados, nem facilmente

historicizáveis. O "atual" da neurose é como um muro impenetrável que se opõe no sujeito à historicização de alguns setores de sua existência. Trata-se do que nele pode permanecer, presente e inassimilável, do "trauma puro". Neste caso, o trabalho analítico será árduo e imprevisível, no sentido de restituição da temporalidade.

3.2 - Sobre "Inibições, sintomas e ansiedade"

Seguindo na direção da elucidação dos elementos que compõem a complexa dialética do trauma, tomo a seguir as passagens que julgo mais importantes do texto de Freud "Inibições, sintomas e ansiedade",¹ no qual encontro as bases para uma argumentação sobre a hipótese da ansiedade de separação pelo nascimento como central na etiologia do adoecer somático.

Uma das "falas" mais destacáveis de Freud, logo de início nos coloca diante da polêmica questão do que é que, no nascimento, se constitui como situação geradora de ansiedade, e qual o valor da figura materna nesse contexto:

"A primeira experiência de ansiedade pela qual passa um indivíduo (no caso de seres humanos, pelo menos), é o nascimento e, objetivamente falando, o nascimento é uma separação da mãe. (...) Ora, seria muito satisfatório se a ansiedade, como símbolo de uma separação, devesse ser repetida em toda ocasião subsequente

1 - Freud (ESB, vol. XX ; edição francesa, vol. 17, 1992). Apesar de ter lançado mão da edição francesa do texto freudiano de 1926, por considerá-la mais nítida em alguns trechos para expressar as idéias que selecionei, utilizo, entretanto, o termo *ansiedade* da tradução brasileira. Minha escolha se deve ao fato de ser este termo empregado em toda a edição standard brasileira, com exceção das expressões já reconhecidas em nosso meio, como "neurose de angústia" e "histeria de angústia", de acordo com a nota do tradutor encontrada na p. 137 do vol. III da ESB.

na qual uma separação ocorresse. Mas, infelizmente, estamos impedidos de fazer uso dessa correlação pelo fato de que o nascimento não é experimentado subjetivamente como uma separação da mãe, visto que o feto, sendo uma criatura completamente narcísica, está totalmente alheio à sua existência como objeto." (ESB, p. 154; edição francesa, vol. 17, p. 246-247)

Para Freud, portanto, o nascimento não é experimentado como separação da mãe. A perda da mãe como objeto ocorreria mais tarde, na medida em que as repetidas situações de satisfação das necessidades do bebê criariam um investimento intenso, "nostálgico", sobre a mãe. A situação, experimentada pelo bebê como um perigo, seria a do crescimento da tensão da necessidade, frente à qual ele se encontraria impotente. Nesse estágio inicial, a ansiedade seria unicamente o resultado do estado de desamparo, sem que fosse necessário fazer intervir a separação da mãe - separação do corpo da mãe ou separação psicológica - pois, para Freud, o recém-nascido não conheceria o objeto maternal. Só o perigo do desamparo seria percebido, e a ansiedade, como reação a este perigo, desembocaria na descarga muscular e fonativa, para chamar a mãe.²

Quanto a este ponto em particular, de que o bebê não é capaz de perceber a mãe como objeto, sabe-se, atualmente, que o recém nascido tem uma percepção, embora parcial, porém muito pre-

2 - Ver comentários sobre o texto freudiano em Quinodoz (1991, p. 70).

coce da mãe, desde o nascimento, e mesmo antes. Hoje em dia, diversos psicanalistas incluem o nascimento na constituição das fantasias inconscientes. (Quinodoz, 1991, p. 68)

A respeito da origem da ansiedade, Freud distingue, ainda, o impacto econômico causado pelo nascimento, de uma verdadeira consciência do feto com respeito a uma ameaça contra a sua vida.

"No ato do nascimento há um verdadeiro perigo de vida. Sabemos o que isso significa objetivamente; mas num sentido psicológico nada nos diz absolutamente. O perigo do nascimento não tem ainda qualquer conteúdo psíquico. Não podemos possivelmente supor que o feto tenha qualquer espécie de conhecimento de que existe a possibilidade de sua vida ser destruída. Ele somente pode estar côm-scio de alguma grande perturbação na economia de sua libido narcísica. Grandes somas de excitação nele se acumulam, dando margem a novas espécies de sentimentos de desprazer e alguns órgãos adquirem maior catexia, renunciando, assim, a catexia objetal que se estabelecerá."³

A partir daí, Freud passa a tecer considerações sobre o trabalho de Otto Rank em seu livro O trauma do nascimento, de par-

3 - Freud (ESB, vol. XX, p. 158). Na edição francesa, a frase seguinte de Freud aparece com uma redação mais detalhada, diferenciando-se da edição brasileira, no sentido de ressaltar algo de uma *marca* deixada pela situação de perigo decorrente do nascimento. Assim, ao se perguntar: "o quê disto será utilizado como *marca* de uma 'situação de perigo'?", Freud confessa o "pouquíssimo" conhecimento sobre o estado anímico do recém-nascido para responder diretamente a esta questão. E continua em sua argumentação: "É fácil dizer que o bebê repetirá o afeto de angústia em todas as situações que o façam recordar o evento do nascimento. Porém, o ponto decisivo é saber *o que o faz recordar e de que?*" Edição francesa (1992, vol. 17, p. 250-251). Grifos meus.

particular importância nesta tese. Apresenta contra a teoria de Rank, dois tipos de objeções. Primeiramente, argumenta contra os pressupostos de seu discípulo, de que o bebê receberia, ao nascer, impressões sensoriais determinadas, em particular de natureza visual, cuja renovação poderia provocar a lembrança do trauma do nascimento e, assim, evocar uma reação de angústia. Freud contesta, dizendo não ser crível que o recém-nascido tenha conservado do processo do nascimento senão sensações táteis e cinestésicas. Ora, se para Rank as criancinhas, mais tarde, manifestavam fobias a pequenos animais que desapareciam ou saíam de buracos, era porque estabeleceram uma analogia, da qual, segundo Freud, elas não podiam estar conscientes.

É curiosa a presença de uma afirmação deste tipo em Freud que, tantas vezes, falou dos registros de fantasias inconscientes, até mesmo passadas de uma geração a outra.⁴

Uma segunda objeção feita por Freud a Rank, refere-se à atribuição de eficiência, feita de forma tendenciosa, ora da lembrança da "feliz existência intrauterina, ora sua lembrança da perturbação traumática que interrompeu aquela existência". (ESB, vol. XX, p. 159)

Adiante, entretanto, Freud reconhece que, na criança de

4 - Ver a este respeito a referência ao texto "Moisés e o Monoteísmo" (ESB., vol. XXIII), apresentada no item anterior.

colo, já se poderia observar sinais de ansiedade. Ressalva, contudo, que essa disposição para a ansiedade, longe de ter sua maior força imediatamente após o nascimento, decrescendo depois lentamente, de fato, surgiria somente mais tarde, com o progresso do desenvolvimento anímico, persistindo durante um certo período da infância.

Freud alega, então, que a manifestação de ansiedade na criança não seria compreensível senão em alguns casos: quando a criança estava só ou no escuro, ou quando encontrava uma pessoa desconhecida no lugar da mãe. Nestes três casos, uma mesma condição se verificaria, a de sentir falta da pessoa amada, desejada. Aí estaria, segundo Freud, a chave para a compreensão da ansiedade e para a unificação das contradições a ela relacionadas.

A imagem mnêmica da pessoa pela qual sentia anseio seria, no início, intensamente investida, provavelmente de forma alucinatória. Entretanto, como a saída alucinatória não surtia nenhum efeito, o anseio transformava-se em ansiedade. Segundo Freud, esta ansiedade seria uma expressão da confusão em que se encontrava a criança, em seu estado ainda muito pouco desenvolvido, por não saber como lidar com seu investimento de anseio. A ansiedade apareceria, então, como uma reação à ausência do objeto.

Neste ponto, Freud compara a ansiedade vivida pela ausência do objeto maternal com a ansiedade de castração. Diz ele:

"(...) impõe-se a nós, por analogia, que a angústia de castração tem também por conteúdo a separação de um objeto altamente estimado e que a angústia primeira (a 'angústia originária' do nascimento) fez sua aparição *no momento da separação da mãe.*" (Edição francesa, vol. 17, p. 252; grifo meu)

Note-se que, neste ponto, Freud entra em contradição com relação às suas críticas a Rank. Se, como disse anteriormente, o bebê não se daria conta da separação da mãe devido ao seu estado narcísico, porque, aqui, Freud admite a ansiedade do nascimento como a "ansiedade originária" ? Será que é porque precisa reconhecer a *separação* como fator fundamental na ansiedade de castração ?

Parece-me que o que vem a seguir, ou seja, a discussão sobre a importância da perda de objeto na origem da ansiedade, confirma esta hipótese, embora Freud tenha tentado jogar todo o seu peso na perturbação econômica que dela advinha. Sobre esta questão, Freud se expressa da seguinte forma:

"A razão pela qual a criança de colo deseja perceber a presença de sua mãe é somente porque ela já sabe por experiência que esta satisfaz todas as suas necessidades sem delongas. A situação, portanto, que ela considera como um 'perigo' e contra a qual deseja ser protegida, é a de não satisfação, de uma *crescente tensão devida à necessidade*, contra a qual ela é inerte. Penso que se adotarmos este ponto de vista, todos os fatos se encaixarão nos

seus lugares." (ESB, vol. XX, p. 161)

Esclarece, ainda:

"Segundo acredito, tudo se organiza a partir deste ponto de vista. A situação de insatisfação, na qual grandes quantidades de estímulo atingem uma altura impregnada de desprazer, sem que lhes seja possível ser dominadas psiquicamente ou descarregadas, deve constituir para o bebê *a analogia da experiência vivida com o nascimento, a repetição da situação de perigo*; o que é comum a ambas é a perturbação econômica decorrente do crescimento das quantidades de estímulo que requerem liquidação, sendo este, portanto, o verdadeiro núcleo do 'perigo'." (Edição francesa, vol. 17, p. 253) Concluindo, acrescentou: "É desnecessário supor que a criança traz mais alguma coisa com ela da época do nascimento do que essa maneira de indicar a presença do perigo." (ESB, vol. XX, p. 161)

Porém, Freud prossegue, parecendo reforçar o ponto de vista sustentado nesta tese.

"Quando a criança houver descoberto pela experiência que um objeto externo perceptível pode pôr termo à situação perigosa que lembra o nascimento, o conteúdo do perigo que ela teme é deslocado da situação econômica para a condição que determinou essa situação, a saber, *a perda de objeto*." (Id. *ibid*; grifo meu)

Produto do desamparo mental do bebê, correspondente, por sua vez, ao seu desamparo biológico, a ansiedade do nascimento e a

ansiedade do recém-nascido se conjugam, tendo, por condição básica, a *separação da mãe*. Apesar de trilhar esse caminho, Freud deprecia, contudo, a importância do *ato do nascimento* em termos psicológicos, negando a descontinuidade que lhe é intrínseca, pondo em evidência, com isto, sua oposição a Rank. Assim, afirma:

"A impressionante coincidência de como a ansiedade do bebê recém-nascido e a ansiedade da criança de colo são condicionadas pela separação da mãe não precisa ser explicada em moldes psicológicos. Essa explicação pode ser apresentada simples e suficientemente de forma biológica, porquanto, da mesma maneira que a mãe originalmente satisfaz todas as necessidades do feto através do aparelho do próprio corpo dela, assim agora, após o nascimento daquele, ela continua a fazê-lo, embora parcialmente por outros meios. *Há muito mais continuidade entre a vida intrauterina e a primeira infância do que a impressionante censura⁵ do ato do nascimento nos teria feito acreditar.*" (ESB, vol. XX, p. 162; edição francesa vol. 17, p. 254; grifos meus)

Seguindo sua linha de raciocínio, Freud fala da transformação posterior da ansiedade - a ansiedade de castração que surge na fase fálica -, também como uma *ansiedade de separação*, ligada à mesma condição. O perigo seria, então, a separação do or-

5 - As notas de rodapé de ambas as edições, francesa e brasileira, ressaltam o "erro" do emprego do termo "censura" na primeira edição do texto de Freud. Em seu lugar, segundo aponta o editor, deveria estar "cesura", significando, portanto, *corde*.

gão genital. A alta estima narcísica do pênis poderia se justificar pelo fato de que a possessão deste órgão seria a garantia de uma nova união com a mãe pelo ato da copulação. Ser privado deste membro equivaleria, assim, "a uma separação renovada da mãe", a ser deixado de novo ao desamparo e exposto às tensões desprazerosas da necessidade "como na ocasião do nascimento". (ESB, vol. XX, p. 163)

Freud reconhece, também, a hipótese de Ferenczi⁶, onde o autor coloca a questão do desejo de retorno ao útero, ressaltando, entretanto, que "a fantasia de retorno ao ventre materno é o substituto do coito do impotente (daquele que está inibido pela ameaça da castração)." (Freud, edição francesa, vol. 17, p. 254)

Na perspectiva da ansiedade de castração, Freud faz questão de frisar que a necessidade, cujo montante seria temido, já não é, nesta fase, aquela do início da infância, mas uma necessidade específica, ligada à libido genital.

O desenvolvimento da criança, sua maior independência com relação às figuras parentais, a divisão mais definida das instâncias psíquicas no interior de seu aparelho mental e o surgimento de novas necessidades, teria, necessariamente, uma influência sobre o conteúdo da situação de perigo. Esta se tornaria mais indeterminada e decorreria, agora, do poder do superego. A ansiedade

6 - Em seu trabalho Psicanálise dos hábitos sexuais, 1925.

de castração se transformaria em ansiedade moral, em ansiedade social. A cólera e a punição do superego, seguidos da perda do amor de sua parte, é que teriam valor de perigo para o ego, situação à qual este responderia com o sinal de ansiedade.

Interessante notar que, mais adiante no texto, ao retomar a questão das transformações da ansiedade em suas diversas formas, durante o desenvolvimento, Freud, novamente, parece deixar entrever uma concordância (não admitida) com as idéias de Rank e dos autores que defendiam a importância do nascimento na etiologia de muitos sofrimentos psíquicos. Assim, esclarecendo seu ponto de vista, contradiz mesmo a idéia expressa alguns parágrafos acima:

"Ao descrever a evolução das várias situações de perigo a partir de seu protótipo, o ato do nascimento, não tive qualquer intenção de afirmar que cada determinante invalida completamente o precedente. É verdade que, à medida que continua o desenvolvimento do ego, as situações de perigo mais antigas tendem a perder sua força e a ser postas de lado, de modo que podemos dizer que cada período da vida do indivíduo tem seu determinante apropriado de ansiedade. Assim, o perigo de desamparo psíquico é apropriado ao perigo de vida quando o ego do indivíduo é imaturo; o perigo da perda do objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha na dependência de outros; o perigo de castração, até a fase fálica; e o medo do seu superego, até o período de latência. Não obs-

*tante, todas essas situações de perigo e determinantes de ansiedade podem persistir lado a lado e fazer com que o ego a elas reaja com ansiedade num período ulterior ao apropriado; ou, além disso, várias delas podem entrar em ação ao mesmo tempo. É possível, além disto, que haja uma relação razoavelmente estreita entre a situação de perigo que seja operativa e a forma assumida pela neurose resultante."*⁷

Observamos que, na nota de rodapé relacionada a este mesmo parágrafo, Freud discute, mais uma vez, os destinos da pulsão, apontando um novo interesse nos destinos do recalçado. A esta altura, entretanto, questiona sua persistência no inconsciente de forma inalterada, como havia proposto antes.⁸ Para esclarecer o que poderia ocorrer com o antigo desejo recalçado, Freud sugere duas possibilidades: ou ele prosseguiria atuando somente através de seus derivados para os quais teria transferido toda a sua energia de investimento, ou ele se manteria como tal, apesar disto. Se seu destino fosse o de se esgotar através do investimento de seus derivados, então, restaria ainda uma terceira possibilidade, ou seja, de que ele tivesse sido reanimado pela regressão no curso da neurose, por mais anacrônico que ele pudesse se mostrar naquele momento.

7 - Freud (ESB, vol XX, p. 166). Os grifos são meus, e indicam um importante argumento na hipótese sobre as raízes precoces do adoecer somático e, principalmente, das patologias com tendência à somatização.

8 - Referência à seção IV do artigo sobre "O Inconsciente" (ESB, vol. XIV, p. 209).

Na mesma nota, Freud fala, também, sobre a diferenciação que fizera em seu artigo sobre "A dissolução do Complexo de Édipo" (1924), entre "o simples recalçamento e a *supressão efetiva* de uma antiga moção de desejo".⁹

É importante verificar que Freud acaba por reconhecer o mérito de Otto Rank e a inserção de suas idéias no campo psicanalítico. Assim, afirma sobre ele:

"(...) há pouco, traçamos a linha de desenvolvimento que liga essa primeira condição de angústia com todas as que se seguirão mais tarde, e vimos que todas conservam alguma coisa de comum, na medida em que todas elas significam, em certo sentido, uma separação da mãe - de início, somente num sentido biológico, a seguir, no sentido de uma perda direta de objeto e mais tarde, de uma perda de objeto por intermédio de vias indiretas. A descoberta dessa extensa concatenação constitui indiscutível mérito da construção de Rank." (Freud, Edição francesa, vol. 17, p. 265)

Mais adiante, entretanto, Freud questiona o valor da teoria de Rank no que diz respeito à busca de solução para o problema da causação da neurose, embora admita não poder avaliar o quanto ela teria contribuído para tal solução.

Freud salienta que, entre os fatores causadores das neu-

⁹ - Freud (edição francesa, vol. 17, p. 258). O mecanismo de "supressão" tem especial interesse na constituição dos "fenômenos psicossomáticos". Ver sobre isto o item 2.4 desta tese.

roses, haveria que se considerar três: um fator biológico, um fator filogenético e um fator puramente psicológico. Identifica, então, o estado de desamparo e de dependência prolongados do bebê humano como o fator biológico em questão.¹⁰

Ao apresentar o problema da ligação entre a ansiedade e a neurose atual, Freud reexamina seu ponto de vista anterior¹¹ de que "aquilo que era utilizado como uma descarga de ansiedade era a catexia que fora retirada no processo de repressão". (ESB, vol. XX, p. 164) Reconsidera, então, a importância do fator econômico envolvido neste processo.

"(...) outrora, eu acreditava que a angústia aparecia automaticamente, em cada caso, por um processo econômico, ao passo que a concepção atual da angústia como um sinal intencionalmente emitido pelo ego, com a finalidade de influenciar a instância prazer-desprazer, nos torna independentes desta restrição econômica. (...) Naturalmente, não há nada a mudar na hipótese de que o ego utiliza precisamente a energia, tornada livre, pelo fato de ter sido retirada, quando do recalçamento, para despertar o afeto; porém, tornou-se sem importância saber com que parcela de energia isto ocorre." (Edição francesa, vol. 17, p. 255)

Volta-se, assim, para uma discussão particularmente in-

10 - Freud, edição francesa (vol. 17, p. 269). Este ponto possui um relevo especial no contexto desta tese, visto que toca na questão crucial das fronteiras entre o biológico e o psíquico.

11 - Novamente, aqui, a referência é à seção IV do artigo sobre "O inconsciente", ESB (vol. XIV, p. 209).

interessante no sentido de minha tese: a afirmação de que o ego é o lugar da ansiedade propriamente dita. Apesar de reafirmar essa idéia, Freud retoca, paralelamente, suas considerações anteriores sobre a questão de uma ansiedade proveniente do id. Ressalta, por um lado, o aspecto da ansiedade como um estado de afeto que não poderia ser experimentado senão pelo ego, visto que o id, não sendo uma organização, não seria capaz de julgar as situações de perigo. Por outro lado, destaca o fato de ocorrer, frequentemente, que sejam montados no id processos que fazem detonar no ego o desenvolvimento de ansiedade.

"(...) de fato, os recalcamientos mais precoces, como a maioria dos recalcamientos ulteriores, são motivados por uma tal angústia diante de tal ou qual processo no id. Nós diferenciamos de novo aqui, por justa razão, estes dois casos, aquele em que se produz no id, alguma coisa que ativa para o ego uma das situações de perigo e o leva a dar o sinal de angústia com vistas à inibição, e o outro caso, em que se instaura no id a situação análoga ao trauma do nascimento, na qual se chega, então, automaticamente à reação de angústia."¹²

Freud explicita que, no segundo caso, estaríamos lidando, efetivamente, com a etiologia das neuroses atuais, enquanto,

12 - Freud (edição francesa, vol. 17, p. 256). Uma associação estreita pode ser feita neste ponto do texto freudiano com o desencadeamento da doença somática. Esta conexão é retomada nas considerações a respeito de minha hipótese no capítulo 4 desta tese.

no primeiro, com a etiologia das psiconeuroses. Volta a frisar, embora diminuindo sua importância, o caráter econômico deste processo, que implicaria o excedente de libido não empregada, a qual encontraria descarga através do desenvolvimento da ansiedade.

Vemos, aqui, a ligação que se estabelece entre as neuroses atuais e o trauma do nascimento. Poderíamos, neste caso, dizer também: a ligação entre as *somatizações e o trauma do nascimento*.

Conduzo um pouco mais adiante a discussão sobre o *trauma do nascimento*, ainda levando em consideração os adendos ao texto principal e a nota introdutória do editor inglês, onde destaco alguns aspectos que me parecem possuir especial interesse com relação ao tema em questão.

Creio ser importante atentar, ainda, para uma indicação do editor sobre a nota de rodapé acrescentada por Freud em 1923 ao caso clínico do "Pequeno Hans", portanto três anos antes da publicação de "Inibições, Sintomas e Ansiedade". Nesta nota, Freud teria reprovado a aplicação da expressão "complexo de castração" às outras espécies de separação que a criança experimenta. O mesmo editor observa que, possivelmente, estaria presente, já então, "um primeiro indício do conceito de *ansiedade devido à separação* que aqui se torna proeminente".¹³

13 - Id. *ibid.*, p. 101. Sobre esta questão ver a discussão sobre o ponto de vista de Green (1988), relacionado ao "complexo da mãe morta".

Além disto, no item que mais de perto interessa a esta tese, surge a questão "do que é que determina a forma pela qual a ansiedade se manifesta?" (Id. *ibid.*, p. 102) Neste ponto é que se encontra o debate acirrado com as idéias de Rank sobre o *trauma do nascimento*.

Numa reunião realizada na Sociedade Psicanalítica de Viena, em 1909, Freud teria afirmado que "todo afeto (...) é apenas uma reminiscência de um fato". Mais tarde, na XXV das "Conferências Introdutórias" (1916-1917), expressava a crença de que o núcleo de um afeto era a "repetição de alguma experiência significativa específica". Neste mesmo texto, pouco adiante, aparece uma clara referência ao *ato do nascimento* como a vivência original geradora do afeto de ansiedade.

"Acreditamos ser no ato do nascimento que ocorre a combinação de sensações desprazíveis, impulsos de descarga e sensações corporais, a qual se tornou o protótipo dos efeitos de um perigo mortal, e que, desde então tem sido repetida por nós como o estado de ansiedade".¹⁴

Freud aponta, neste texto, dois componentes de naturezas distintas que comporiam o estado de ansiedade por referência à ex-

14 - Freud (ESB, vol. XVI, p. 462). Segundo nota de rodapé desta edição, a primeira referência à correlação feita por Freud entre a ansiedade e o nascimento estaria publicada na "Interpretação dos sonhos". Ver ESB (vol. V, nota da p. 428). Entretanto, como refere a mesma nota, nos registros de reunião da Sociedade Psicanalítica de Viena, realizada em abril de 1907, encontra-se alusão indicativa do conhecimento anterior desta hipótese de Freud entre os membros da Sociedade. Ver ESB (vol. XVI, p. 463-464).

periência original do nascimento. A primeira seria a limitação da respiração decorrente da interrupção da renovação do sangue, quando da saída do estágio uterino. A segunda diria respeito à *separação da mãe* e ao caráter filogenético da experiência. Sobre isto, as palavras de Freud atestam:

"Do mesmo modo, reconhecemos como altamente significativo que esse primeiro estado de ansiedade surgiu quando *da separação da mãe*.¹⁵ Naturalmente estamos convencidos de que a tendência a repetir o primeiro estado de ansiedade foi tão firmemente incorporada no organismo, através de incontáveis séries de gerações, que um único indivíduo não pode escapar do afeto de ansiedade, mesmo que, como o legendário Macduff, 'tenha sido expulso do útero materno fora de tempo' e, portanto, não tenha experimentado o ato do nascimento". (ESB, vol. XVI, p. 463)

Freud afirma, também, ter tomado emprestado, antes da "naive mente popular" do que da especulação, a idéia de que o ato do nascimento seria a origem e o protótipo do afeto de ansiedade.¹⁶

Ainda no que diz respeito à perda de objeto, Freud faz

15 - Segundo referência do editor, foi esta a primeira vez que Freud insistiu explicitamente na importância da *separação da mãe* como um fator primordial na origem da ansiedade, embora já houvesse aludido a ele em escritos anteriores.

16 - Id. ibid. Freud ilustrou sua assertiva com a anedota sobre a parteira que, ao ser argüida em exame sobre o porquê do aparecimento de fezes no nascimento, quando da expulsão das águas, respondeu prontamente: "Significa que a criança está com medo". Ver ESB (vol. XVI, p. 463). Reprovação da parteira, mas indução criativa para a pesquisa freudiana das diversas formas de ansiedade e de sua participação na etiologia das neuroses.

uma distinção entre três tipos de reação a ela: a ansiedade, a dor e o luto. A questão que Freud se coloca primeiro é a de saber quando essa perda conduz à *ansiedade*, quando conduz ao *luto*, ou ainda, quando ela produz apenas *dor*.

Para isto, Freud toma como ponto de partida a situação da criança pequena, que se encontra diante de um estranho a ocupar o lugar de sua mãe. A manifestação de ansiedade em relação ao perigo da perda do objeto se complicaria porque, segundo Freud, a expressão do rosto da criança e seu choro revelavam que, além da ansiedade, ela sentia *dor*. De acordo com o fundador da psicanálise, algumas coisas se encontrariam misturadas aí, as quais, mais tarde, viriam a se separar. A criança se comportava na situação como se não fosse ver a mãe nunca mais, já que não podia diferenciar a ausência temporária de uma perda durável. Seria preciso que houvesse experiências repetidas de reaparecimento da mãe para que ela se tranquilizasse quanto ao seu retorno a cada desaparecimento dela. A ausência da mãe poderia vir a se constituir numa situação traumática se, ao mesmo tempo, a criança estivesse experimentando uma necessidade que coubesse à mãe satisfazer. A mesma situação se definiria como uma situação de perigo, se a necessidade não estivesse presente no momento. A primeira condição de ansiedade que o ego introduzia era, portanto, a da perda de percepção, que estaria associada à perda do objeto.

Freud distingue a situação traumática gerada pela ausência experimentada da mãe, da situação traumática do nascimento. Nesta, diz ele, não haveria objeto para ser experimentado como ausente. A *ansiedade* seria a única reação produzida. Apenas gradualmente, a partir de situações de satisfação repetidas, a mãe se tornaria um objeto - objeto este intensamente investido -, "pleno de desejo". É esta inovação que Freud relaciona à reação de *dor*. A dor seria, portanto, "a verdadeira reação à perda do objeto", enquanto a ansiedade seria a reação ao perigo que essa perda acarretava e, por um deslocamento posterior, uma reação ao perigo da perda do objeto em si mesma. (Edição francesa, vol. 17, p. 285)

Ora, segundo Freud, a dor, de maneira geral, ocorria quando um estímulo, incidindo na periferia, rompia os dispositivos do escudo protetor, agindo, então, como um estímulo pulsional contínuo, contra o qual as ações musculares, habitualmente eficazes, mostravam-se impotentes. Se a dor provinha de uma região da pele ou de um órgão interno, isto não fazia diferença. O que de importante Freud parecia querer mostrar, era que a condição de aparecimento da dor seria experimentada pela criança, também, de modo independente das situações de necessidade e que, gradualmente, o fator essencial no caso da dor, a estimulação periférica, desapareceria por completo da situação de desejo da criança.

Entretanto, a linguagem teria mantido o conceito de dor

interna, anímica, assimilando as *sensações de perda de objeto à dor corporal*.¹⁷ Freud observa que, na dor corporal, ocorria um investimento elevado, "narcísico", do ponto doloroso do corpo, investimento este que aumentava sem cessar, e agia sobre o ego, esvaziando-o. Sua observação possibilitou a elaboração das considerações a seguir:

"O fato notável que, em caso de desvio psíquico devido a um interesse de outra natureza, as dores corporais mais intensas não se produzem (não temos o direito de dizer aqui: permanecem inconscientes), encontra também, sua explicação na concentração do investimento sobre a representação psíquica do lugar doloroso do corpo. Ora, é neste ponto que parece residir a analogia que permitiu a transferência da sensação de dor para o domínio anímico. O intenso investimento do desejo do objeto (perdido) cuja ausência é experimentada, investimento progressivamente crescente por seu caráter insaciável, cria as mesmas condições econômicas que o investimento da dor, no local lesado do corpo, tornando possível fazer abstração do condicionamento periférico da dor do corpo. A passagem da dor do corpo à dor da alma corresponde à mudança do investimento narcísico em investimento de objeto." (Edição francesa,

17 - Em nossa literatura, como em letras de músicas, expressões como "coração partido, "pedaço arrancado de mim", etc., evidenciam esta assimilação. Não se deve descartar a idéia de que o rompimento do vínculo corporal mais estreito entre o bebê e a mãe, pelo nascimento, esteja na raiz desta "dor", reavivada com a perda de uma pessoa muito querida.

vol. 17, p. 286)

O texto finaliza com outras considerações a respeito do luto, cujo caráter doloroso, torna-se explicitado neste texto, pelo investimento de desejo no objeto - "investimento elevado e sem realização possível - durante a reprodução de situações nas quais a ligação com o objeto tem de ser desfeita." (Id. *ibid*) Neste caso, também, a continuidade do processo de investimento e a impossibilidade de inibi-lo, poderiam reproduzir o mesmo estado de desamparo psíquico ocorrido nos processos dolorosos.

Sobre os processos dolorosos, André Green (1988) estabelece uma diferenciação importante no sentido dos fenômenos psicossomáticos. Nesta direção, o autor reclama por "precisão" no que concerne à conclusão de Freud em "Inibições, sintomas e ansiedade" sobre a *dor psíquica*, enquanto ligada ao investimento de objeto. Green afirma que "o investimento objetal da dor psíquica só pode, logicamente, ser o *investimento de um objeto narcisista*". (Op. cit., p. 165; grifo do autor) Assim, o binômio dor corporal-dor psíquica apontaria para a passagem do investimento narcisista para o investimento de objeto narcisista, onde o narcisismo ao nível do corpo (do eu corporal) precederia o narcisismo ao nível do eu psíquico, numa relação em que objeto e eu estariam em espelho. Além disto, o autor destaca que, enquanto a angústia é um sinal, a dor é uma ferida, significando, assim, que a unidade narcisista se en-

contraria comprometida. A ferida criaria uma abertura e o eu experimentalmente um esvaziamento de sua consistência.

Discriminando, também, as relações entre *afeto* e *identificação*, Green analisa o fato de que, enquanto a identificação primária é da ordem do afeto, a identificação secundária é, principalmente resultante de "representações de desejo". Ou, dito de outra forma, o desejo não seria mais *experimentado*, como no primeiro caso, mas estaria reduzido a traços de identificação segundo um modo semântico. A transição poderia ser explicada pela substituição do modo de identificação difusa, dita primária, por um modo de identificação articulada, caso em que é dita secundária. Assim, as identificações afetivas, massivas, limitadas pela relação de opostos prazer-desprazer ou gozo-dor, cederiam lugar à possibilidade de articulação de sentido através da linguagem.

Green nos lembra que o próprio texto de Freud autorizaria esta referência à semântica, à semiologia e, também, à linguística. Toma para isto fragmentos de "Inibições, sintomas e ansiedade", indicando que a própria definição de sintoma como *signo* e *substituto* de uma satisfação pulsional que não ocorreu, autorizaria esta referência.

O autor chama, também, atenção para o uso, por Freud, da expressão "símbolo de afeto", considerando-a altamente significativa, particularmente no que diz respeito as pesquisas relativas

aos fenômenos psicossomáticos. O trecho de Freud referido por Green é cheio de pontos ricos para a discussão do tema desta tese. Eis o que destaquei dele:

"Se formos adiante e indagarmos da origem da ansiedade - e dos afetos em geral - estaremos deixando o domínio da psicologia pura e penetrando na fronteira da fisiologia. Os estados afetivos têm-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primevas e, quando ocorre uma situação semelhante, são revividos *como símbolos mnêmicos*. Não penso haver laborado em erro ao aproximá-los do ataque histérico mais recente e individualmente adquirido, e em considerá-los como seus protótipos normais. No homem e nos animais superiores pareceria que o *ato do nascimento*, como a primeira experiência de ansiedade do indivíduo, imprimiu ao afeto de ansiedade certas formas características de expressão. Mas, embora reconhecendo essa vinculação, não devemos dar-lhe ênfase indevida, nem desprezar o fato de que a necessidade biológica exige que uma situação de perigo deva ter um símbolo afetivo, de modo que um símbolo dessa espécie teria, em qualquer caso, de ser criado." (Freud, ESB, vol. XX, p. 114-115; grifos meus)

Dois pontos podem ser ressaltados, especialmente por sua ligação com esta tese. O primeiro diz respeito às somatizações como uma das *formas características de expressão*, que seriam detonadas pelos *estados afetivos incorporados na mente como precipitados*

de experiências traumáticas primevas, os quais fazem alusão ao ato do nascimento. O segundo ponto a destacar é a afirmação de que esses estados podem ser revividos como "símbolos mnêmicos" que, por necessidade biológica, devem ser re-criados para alertar sobre o perigo envolvido, quando ocorre uma situação semelhante. Ora, podemos relacionar essas "situações semelhantes" a circunstâncias de separação e perdas significativas, ou mesmo, a fases existenciais de passagem, onde os ganhos e as perdas são de tal monta que relocalam o sujeito frente a ansiedades reprodutoras do nascimento.

3.3 - Otto Rank e o trauma do nascimento

Rank abre seu livro Le traumatisme de la naissance com o reconhecimento explícito ao saber do mestre: "A Sigmund Freud - ao explorador do inconsciente, ao criador da psicanálise, é dedicado este trabalho." (Rank, 1976, p. 5)

O texto de Rank concebe o *trauma do nascimento* como um fato humano de absoluta universalidade, com todas as suas consequências. Nele, o autor se propõe fazer uma tentativa de utilizar os dados fornecidos pela psicanálise para dar uma explicação da evolução total da humanidade e da "humanização" em geral. Adverte, entretanto, não se tratar de uma aplicação pura e simples da psicanálise às ciências humanas. "O que nós propomos", explica Rank, "é fazer surgir as modificações às quais o pensamento psicanalítico é susceptível de submeter toda nossa concepção do homem e da história humana, que não é, em última análise, senão a história do desenvolvimento do espírito humano e de suas criações." (Rank, op. cit., p. 7)

O *trauma do nascimento* é conceituado como um fenômeno de aparência puramente corporal, porém preñado de efeitos psíquicos, constituindo-se no núcleo do inconsciente. São estas as palavras

de Rank a respeito:

"Depois de ter explorado o inconsciente em todos os sentidos e em todas as direções, seus conteúdos psíquicos e os mecanismos complicados que presidem à transformação do inconsciente em consciente, encontramos-nos, tanto no homem normal quanto nos sujeitos anormais, em presença da fonte última do inconsciente psíquico e constatamos que esta fonte está situada na região do psicofísico e pode ser definida ou descrita em termos biológicos: é o que nós chamamos de *trauma do nascimento*, fenômeno puramente corporal na aparência, que nossas experiências autorizam, contudo, a encarar como uma fonte de efeitos psíquicos, de uma importância incalculável para a evolução da humanidade, fazendo-nos ver neste trauma o último substrato biológico concebível da vida psíquica, o núcleo mesmo do inconsciente." (Id. *ibid.*, p. 9)

Reafirmando sua adesão às descobertas de Freud, Rank destaca que as considerações desenvolvidas em seu trabalho sobre o *trauma do nascimento* não são inteligíveis a não ser por referência aos dados fornecidos pela psicanálise sobre a estrutura e o funcionamento do aparelho psíquico. O autor dispõe-se a mostrar que é possível dar uma base biológica ao inconsciente, e fala da evolução psíquica da humanidade, colocando-a, precisamente, em relação "a este mecanismo biológico do inconsciente que é o *trauma do nascimento*". (Id. *ibid.*, grifo meu)

Logo de início, chama a atenção para a facilidade com que os conteúdos manifestos mais elevados das produções espirituais do homem encontram-se ligados às camadas biológicas mais profundas do inconsciente. Neste sentido, toma as expressões artísticas como revelação maior dessa fonte.¹

No desenvolvimento do seu trabalho, o autor utiliza o método analítico, além das experiências e observações coletadas. Diz ter partido de um número incalculável de impressões concordantes para "prestar atenção novamente aos ensinamentos do inconsciente, penetrando nas regiões, diante das quais se havia parado, até o presente momento, com muita incredulidade e hesitação." (Id. *ibid.*, p. 12-13)

Declara que, tendo submetido à análise um grande número de casos, pôde constatar que, ao final, o paciente demonstrava ter a ilusão de reproduzir, exatamente, sua separação do primeiro objeto libidinal, ou seja, *sua separação da mãe no momento do seu nascimento*. Refere-se a um caso que o teria detido, por suas características especialmente nítidas, onde numerosos sonhos representavam os primeiros contatos, entre a criança e o corpo da mãe, num nível puramente fisiológico. Rank afirma que todos os doentes,

1 - Essa dimensão da obra de Rank é destacada por Girard, em seu "Posfácio" ao livro de Rank (op. cit., p. 232). Assim se expressa Girard: "Sua obra tem seu ponto culminante em *A arte e o artista*, retomada do trabalho da juventude e criação de uma caractereologia pessoal: o homem mediano, o neurótico e o artista são tipos definidos por relação às suas possibilidades de integração do trauma do nascimento".

sem distinção de sexo, tendo imaginado o término da análise, compreendida pela supressão da fixação da libido no psicanalista, teriam chegado à reprodução exata de seu nascimento.

Rank faz questão de frizar que não se trata, absolutamente, de uma metáfora, nem mesmo no sentido psicológico do termo. Segundo o autor, o paciente reproduziria, por assim dizer, biologicamente, o período de sua vida intrauterina, na situação analítica. De igual modo, no final da análise, marcada por sua separação do objeto substituto (o analista), ele reproduziria o ato do nascimento quase que em todos os seus detalhes. Rank define estes detalhes como reproduções efetuadas sob a pressão de uma pulsão imperiosa.

Assim, a análise, de acordo com o autor, teria como efeito último, libertar o paciente do *trauma do nascimento*, o qual nunca teria deixado o seu inconsciente. A verdadeira libido de transferência, que o psicanalista teria por tarefa suprimir nos pacientes de ambos os sexos, seria, portanto, a libido "maternal", tal como ela se apresentasse através da ligação fisiológica que une a criança à mãe.

Precisamente por ter passado por uma fase de fixação à mãe, é que o sujeito resistiria, no curso da análise, às tentativas de conduzi-lo em direção ao pai (ou ao seu substituto). Considerado como a principal causa da separação da mãe, o pai se

tornaria o objeto da primeira e mais duradoura inimizade da criança. Representando os dois objetos da libido infantil, o analista teria por tarefa romper a fixação originária à mãe e criar condições favoráveis à transferência ulterior a esta fixação, fosse sobre a imagem do pai, fosse sobre a da mãe, segundo o sexo do sujeito. Se o analista conseguisse, desse modo, vencer a resistência original, representada pela fixação à mãe, ele teria colocado para a análise limites fixos. Assim fazendo, o paciente se desligaria automaticamente e uma vez mais, da figura que estaria servindo de substituta à mãe (isto é, a pessoa do médico). Reproduziria, dessa maneira, o ato do nascimento, realizando, por assim dizer, um segundo nascimento.

Em sua vida, o homem buscaria, de todos os modos possíveis, restabelecer, enquanto criador, o estado primitivo vivido. Seus esforços seriam, frequentemente, bem sucedidos, quando se exprimissem nos produtos, socialmente adaptados de sua imaginação, através da arte, da religião, da mitologia. Entretanto, fracassariam na neurose. A causa deste fracasso se encontraria "nos obstáculos psicobiológicos que se opõem ao desenvolvimento." (Id. *ibid.* p. 38) Segundo Rank, o que favoreceria, essencialmente, o desenvolvimento da neurose seria o fato de que, em seus esforços adaptativos para atender, concomitantemente, as suas necessidades biológicas e as exigências da civilização, o homem teria tido difi-

culdades "ao atravessar a etapa da satisfação sexual que mais se aproxima da situação primitiva". (id, ibid.)

Rank sustenta que poderia surpreender a formação da neurose, identificando, como em um circuito fechado, "a verdadeira neurose traumática." (Id. ibid., p. 56) Nesta, o choque mobilizaria diretamente a angústia primitiva, já que o perigo exterior da morte provocaria a *realização afetiva da lembrança do nascimento* (e da situação à qual ela se referia). Os sonhos engendrados no curso da neurose traumática reproduziriam de modo típico, o *trauma do nascimento* sob a máscara do acidente traumático atual, porém, segundo Rank, certos detalhes denunciariam a sua verdadeira natureza. O argumento que o autor usa para basear a importância do *trauma do nascimento*, enquanto meio de expressão de toda angústia neurótica, adverte para o fato do choque ser susceptível de provocar os sintomas neuróticos mais variados, o que se poderia verificar em outros casos, independentemente de todo choque.

"Ora, a neurose traumática, caracterizada por este encontro entre a forma e o conteúdo, constitui o ponto de partida de uma série patogênica, na extremidade oposta da qual, encontramos as psiconeuroses declaradas, que têm como conteúdo o trauma sexual, e que constituem, também, um meio através do qual o indivíduo expressa sua tendência à regressão ao estado primitivo, todas as vezes que sucumbe à realidade." (Id. ibid., p. 56-57)

Rank assinala que o neurótico, permanecendo extremamente infantil, desejaria voltar, entrar inteiro dentro da mãe, sendo incapaz de se libertar do *trauma do nascimento* pela via normal, que consistiria em se preservar da angústia pela satisfação sexual. Encontrar-se-ia, desse modo, lançado, novamente, na forma primitiva da satisfação libidinal: eventualidade irrealizável, contra a qual seu *eu* adulto se ergueria em intensa angústia.

A angústia infantil do escuro e dos lugares fechados (claustrofobias), estariam associadas à reprodução da angústia do nascimento, e as fobias a animais, mais por seu simbolismo, do que por sua periculosidade ou volume, estariam associadas à idéia de ser devorado, devido às fantasias de retorno ao corpo animal da mãe.

O caso em que a criança fica ansiosa quando se encontra no escuro, o autor interpreta como sendo a evocação da "lembrança"² de quando ela estava no interior escuro do corpo da mãe. Tal estada teria sido, na época, fonte de sensações prazerosas, o que, segundo Rank, explicaria a tendência a revivê-la. Porém, por ter sido interrompida com a separação da mãe, marcaria o abandono da criança deixada à própria sorte. A angústia sentida ao se ver sozinha, evocaria a angústia que se seguiu à primeira sepa-

2 - Rank esclarece ser difícil caracterizar de outra maneira o que se passa de fato, embora reconheça que a característica de "lembrança" não seja totalmente adequada. Id. *ibid.*, p. 57.

ração do objeto libidinal, "e isto, pelo fato da criança revivê-la realmente, pois que a situação atual favorece sua reprodução e sua descarga."³ Do mesmo modo, os pequenos animais (baratas, ratos, etc), seriam fobígenos na medida em que deslizam, desaparecendo pelos buracos e, assim, simbolizariam, não somente o desejo, mas a realização de volta ao refúgio materno.

Referindo-se, ainda, à angústia do nascimento, Rank re-toma a análise de Freud sobre o totemismo, e diz que "é graças ao deslocamento desta 'angústia' sobre o pai (animal totêmico que se devora, em lugar de ser devorado por ele), que a criança, cedendo às exigências e às necessidades da vida, termina por se resignar à separação definitiva da mãe. É que este pai temido impede a volta para a mãe e, com esta, o desencadeamento da angústia primitiva, muito mais penosa, relacionada, de início, aos órgãos genitais maternos, que se encontram ligados ao nascimento e, mais tarde, a todos os seus substitutos." (Id. *ibid.*, p. 23)

Para ilustrar essas formulações, Rank relata o caso de uma menina de 3 anos e 9 meses, que tinha medo de cachorros pequenos, tanto (ou mais) quanto de cachorros grandes, manifestando igual temor pelos insetos (moscas, abelhas, etc.). Quando sua mãe The perguntou porque ela tinha tanto medo destes animaizinhos que

3 - Id. *ibid.*, p. 57-58. Destaco particularmente este ponto do texto de Rank, como um dos que vai circunscrever a hipótese que apresento sobre a conjugação traumática do adoecer somático.

seriam incapazes de lhe fazer mal, a garotinha respondeu sem hesitar: "Mas eles podem me engolir!" Além disso, diante da aproximação de um cachorrinho, ela se agachava, de modo que seu vestido tocasse o chão, e apertava as coxas uma contra a outra, como que para impedir a penetração do animal em seu corpo. Questionada uma outra vez por sua mãe sobre as causas da angústia que lhe inspiravam as abelhas, deu duas respostas contraditórias: uma, que ela queria penetrar na barriga da abelha, e outra, que tinha medo que isto acontecesse.⁴

"É assim que o animal grande representa um símbolo materno, carregado, de início, de prazer, depois de angústia; mais tarde, a angústia se desloca para o pai ou seu substituto (o tótem) para se tornar uma fobia inibidora; e, finalmente, a partir da observação sexual dos animais em geral e das impressões produzidas pelos pequenos animais em particular, que simbolizam tanto o feto quanto o pênis, a angústia se reveste novamente de caracteres da libido materna." (Rank, op. cit., p. 25)

Vemos, como Rank faz a angústia se transformar em função da evolução libidinal, apresentando-a, ora como decorrente do desejo de retorno ao ventre da mãe, o qual impeliria à repetição da situação traumática do nascimento; ora, apresentando-a como decor-

4 - Interessante notar a sequência, em Rank, dos significados que toma a angústia, nas diversas fases do desenvolvimento da criança, em paralelo à descrição que faz Freud em "Inibições, sintomas e ansiedade".

rente da *separação* (desamparo) do seio materno, enquanto lugar protegido e pleno de prazer, à qual se segue o deslocamento da libido sobre o pai. Esta duplicidade de interpretação, talvez possa explicar um dos pontos de sua teoria que sofreu críticas de Freud e de outros: a de que usava a idéia de retorno ao útero, ora como fonte de angústia, ora como fonte de prazer, segundo lhe convinha melhor em cada situação e de acordo com o que queria mostrar.⁵

Do mesmo modo, ao falar sobre a idéia de morte na criança, Rank afirma que a tendência à angústia, inerente à infância, seria decorrente do trauma do nascimento, e que esta se manifestaria de modo direto, "biológico por assim dizer", na atitude característica da criança para com a morte. (Rank, op. cit., p. 33) Diz que sempre se espantava, não com o fato da criança não possuir nenhuma representação da morte, mas por ela não aceitar, tanto da morte quanto da sexualidade, nenhuma explicação que lhe fosse dada em sua verdadeira acepção. Rank lembra que foi Freud o responsável por chamar a atenção sobre a representação negativa de morte na criança, que se mostraria no modo como ela fala de pessoas falecidas, referindo-se aos mortos como se estivessem apenas temporariamente ausentes.

Rank destaca alguns aspectos expressivos da evidência de que o inconsciente não renunciaria jamais a esta maneira de ver as

5- Ver sobre isto Freud (ESB, vol. XX, p. 159)

coisas. Manifestar-se-ia, por exemplo, na crença da imortalidade, como, também, no fato de que os mortos apareceriam em nossos sonhos como se estivessem vivos. Seria um erro pensar que a criança não poderia aceitar a representação da morte devido ao seu caráter penoso e desagradável. Na verdade, a criança rejeitaria esta representação a priori, sem contudo ter a menor idéia de seu conteúdo. Para a criança, estar morto equivaleria a estar ausente, ou seja, *separado* (despregado), o que, segundo o autor, remeteria diretamente ao trauma inicial. Desse modo, a criança identificaria inconscientemente a morte com a separação inicial.

Entretanto, Rank apresenta o que poderia se constituir no reverso dessa concepção da morte, um derivado do desejo inconsciente de retornar à vida intrauterina. Este, segundo o autor, persistiria através de toda história da humanidade, tanto nos ritos de sepultamento dos povos primitivos, quanto no retorno ao corpo astral dos espíritas. A idéia de morte se encontraria, portanto, ligada, também, a um sentimento agradável, intenso e inconsciente.

"(...) enquanto a consciência lhe ensina que a morte significa a destruição do homem, ele opõe inconscientemente a este fato a existência prenatal que representa a única existência realmente experimentada que se realiza para além e fora da vida consciente." (Id. *ibid.*)

Parece encontrar-se, aí, um ponto gerador de confusão, que o próprio autor concebe como sendo a complicação gerada pela concomitância de aspectos agradáveis e traumáticos presentes no ato do nascimento. Diz ele:

"Na prática, a correspondência que existe entre os sintomas que caracterizam a situação prenatal da libido e aquelas que se ligam a sua situação posnatal complica-se, ainda, pelo fato de que o ato do nascimento em si mesmo, cujos fenômenos psíquicos concomitantes nos escapam, comporta, além das sensações de origem puramente 'traumática', sensações agradáveis, ou relativamente agradáveis, em direção às quais a regressão pode igualmente ocorrer." (Id. *ibid.*, p. 71)

Na verdade, penso que o que Rank procura mostrar, todo o tempo, é a ambivalência da criança com respeito ao desejo de retornar ao útero materno. A meu ver, é daí que surge a angústia, pois o outro lado da moeda é o desejo de autonomia e de independência em relação ao objeto maternal.⁶ As duas tendências, geradoras do que propus chamar de *impasse fundamental*, são mostradas por Rank em vários pontos de seu livro. Vejamos, em continuação, como esta questão se mostra no parecer do próprio Freud.

Em carta ao Comitê da Sociedade de Psicanálise,⁷ Freud

6 - Ver a este respeito o item 3.4 desta tese.

7 - Cf Jones (1970, p. 626)

teria apontado as divergências que vira em Le traumatisme de la naissance com relação a sua obra. Ao falar da teoria do incesto, por exemplo, afirmara: "Surge, agora, o ponto em que entendo que as dificuldades principiam". E destacara o fato de que, em sua concepção, as barreiras contra o incesto encontravam uma explicação filogenética, o pai concreto como proibidor, enquanto, em Rank, a ansiedade que se opunha ao incesto era decorrente da ansiedade causada pelo nascimento. Nesta, o pai servia apenas de pretexto, pois a atitude em relação ao ventre materno e ao seu órgão genital seria ambivalente desde o começo. "Eis a contradição", assinalara Freud, defendendo o seu ponto de vista de que o instinto⁸ não poderia, por natureza, ser inibido, como no caso do instinto de retorno ao ventre materno em sua associação com o terror provocado pelo nascimento.

O que Freud parece querer destacar sobre este ponto é que, de acordo com o pensamento de Rank, o instinto de retorno ao ventre materno seria inibido pelo fato de levar à repetição da angústia do nascimento. Segundo Freud, todo instinto, em sua tendência a restaurar uma condição anterior, pressuporia um trauma como causa da mudança. Portanto, não poderiam existir instintos ambivalentes, isto é, que se acompanhassem de ansiedade.

8 - O termo "instinto" está sendo utilizado aqui em vez de "pulsão", como seria mais adequado ao texto freudiano, no sentido de manter a fidelidade à tradução brasileira da obra de Jones, de onde foram extraídos estes comentários.

Freud parece assinalar, assim, que, ao defender a idéia do *desejo de retorno ao útero*, Rank conceberia, divergindo dele, um "instinto ambivalente", na medida em que se manifestaria como força de dupla valência: como movimento de restauração da condição anterior ao nascimento (busca do Nirvana) e, também, como força inibidora (repressora) desta mesma condição, devido à angústia que a lembrança do nascimento suscitaria. Desse modo, Freud se posiciona contra este ponto de vista, por compreender que é o *trauma* que provoca o recurso à regressão (no caso, o retorno ao ventre materno) e não ao contrário, como pode ser depreendido das postulações de Rank (que o trauma/ansiedade é que inibiria este retorno).

Abordando a vertente clínica pelo ângulo do *trauma do nascimento*, Rank toca a questão da "escolha" da neurose e avança uma explicação para a gênese dos *sintomas somáticos*. Sustenta, então, que algumas análises dariam a impressão nítida de que a "escolha" da forma de neurose estaria determinada, de uma maneira verdadeiramente decisiva, pelo ato do nascimento. Isto se mostraria naqueles pontos onde o paciente sofreu, de um modo particular, os danos do trauma, e pela reação do indivíduo a esses danos. Afirma, também, que "os sintomas corporais, frequentemente buscam retroagir à fase prenatal, contornando, por assim dizer, a angústia." (Rank, op. cit., p. 62)

Os sintomas psíquicos buscariam atingir o mesmo objetivo, seguindo o aparelho psicofísico no sentido oposto (formações imaginárias, intraversão, alucinações). As duas vias conduziriam, assim, ao mesmo objetivo final que consistiria em opor um *não* à solicitação sexual. Os sintomas somáticos, de deslocamento e de conversão, permitiriam, de fato, ao sujeito, substituir os órgãos genitais verdadeiros por órgãos genitais substitutivos, menos carregados de angústia. Já os sintomas psíquicos agiriam, simplesmente, desviando o sujeito de tudo aquilo que fosse corporal, favorecendo, assim, a sublimação e as expressões da arte, da filosofia e da moral.

Rank propõe o *trauma do nascimento* como o elo de ligação entre o físico e o psíquico. Destaca, assim, que "a psicanálise teve o mérito (...) de reconhecer e de analisar em detalhes todas estas relações psíquicas complicadas. O que, em contrapartida, nos falta, ainda, é uma demonstração cabal da 'significação' psíquica dos sintomas somáticos. Ora, parece-nos que nossa concepção do trauma do nascimento e de seu papel psicobiológico tem condições de preencher esta lacuna, pois que ela postula um estado que, pela primeira vez, fornece um substrato real às relações e associações psicofisiológicas."⁹

9 - Id. *ibid*, p. 63. A idéia de que o *trauma do nascimento* encontra-se na raiz do adoecimento somático é formulada aqui de modo explícito por Rank e compreende um dos alicerces teóricos de minha formulação hipotética.

Rank sustenta, desse modo, que, da reprodução do processo do nascimento e do estado intrauterino durante o sonho podemos chegar a representações correspondentes de diversos fenômenos, "onde a separação entre o psíquico e o fisiológico não existe mais (Groddeck)" (Id. *ibid.*, p. 64), tornando inteligíveis, não só os mecanismos dos sintomas somáticos da neurose, mas também, sua forma e seu conteúdo. Isto seria verdadeiro, segundo Rank, tanto para os casos diagnosticados como "psíquicos", quanto para aqueles qualificados como "neurológicos" ou "orgânicos". Entretanto, o autor dispensa as classificações, na medida em que, "importa pouco, de fato, saber se é uma lesão anatômica do cérebro ou uma intoxicação, ou enfim, um fato puramente psicogênico, que força o indivíduo a ceder à eterna tendência do inconsciente e a regredir para a fonte primitiva da satisfação libidinal e das influências protetoras." (Id. *ibid.*, grifos meus)

Isto parece tão claro a Rank que, segundo seu texto, o indivíduo não teria outra saída no que se refere à compreensão de seus sintomas, a não ser seguir os "trajetos da evolução psicofísica". Poderia retomá-los e refazê-los, porém, sempre, na medida em que o permitissem o grau de fixação à mãe e o grau de recalca-mento.¹⁰

10 - Id. *ibid.* Interessante observar a semelhança que existe entre Rank e Marty quanto à questão da regressão e da fixação como mecanismos de estruturação da neurose e de "desconstrução" da montagem evolutiva.

Rank considera como "reproduções somáticas diretas do trauma do nascimento" todos os distúrbios respiratórios "de origem neurótica" (asma), que reproduziriam a situação de asfixia (intrauterina), a "cefaléia neurótica" (enxaqueca), onde também se poderia supor uma recordação da pressão dolorosa da cabeça no parto, e, enfim, as crises de contrações musculares e convulsões em recém-nascidos, "como uma manifestação prolongada do trauma primário do nascimento".¹¹

Vários exemplos se seguem, mostrando que o mesmo sintoma poderia ser produzido pela série somática e pela série psíquica, e que, portanto, poderia ser acessível aos métodos terapêuticos aplicados, tanto a uma quanto a outra área. O autor cita a possibilidade, discutida à época, de fazer desaparecer os acessos de asma, por exemplo, "mesmo aqueles de natureza psíquica", através de certas intervenções laringológicas. (Id. *ibid.*, p. 65) Diz não acreditar ser esta possibilidade menos duvidosa do que uma outra, que fala da supressão de certos fenômenos nervosos em crianças (estados de angústia, sonhos angustiantes, etc.), através da "permeabilização operatória de suas vias respiratórias superiores." (Id. *ibid.*)

¹¹ - Id. *ibid.*, p. 59-60. Rank ressalva o fato de estar se restringindo "às formações imaginárias, precursoras dos sintomas somáticos da histeria" (p. 59). É importante notar, entretanto, que, ao falar desses sintomas somáticos, "derivados da histeria", Rank está, na verdade, segundo o ponto de vista da Escola de Paris, falando de "fenômenos psicossomáticos", os quais teriam sido tomados como sintomas histéricos. Ver o artigo, já comentado, dos autores dessa corrente sobre o "Caso Dora", do ponto de vista psicossomático.

Registra, ainda, o surgimento de estados de angústia em crianças que se submeteram a anestesia, ou o agravamento destes estados, quando a angústia já existia. Para Rank, "todos estes fatos são facilmente explicáveis, se se admite que o sintoma somático (por exemplo, o transtorno respiratório) *mobiliza automaticamente a angústia do nascimento*, com todo o complexo psíquico que se liga a ele". (Id. *ibid.*, p. 66; grifos meus) Rank conclui dizendo que, de acordo com a natureza ou com a gravidade do caso, se deverá decidir, seja por uma intervenção orgânica, seja por uma intervenção psíquica; "esta última é ainda de uso raro, mas tudo leva a crer que, depois de ter sofrido uma simplificação conveniente, ela não tardará a tornar-se (um recurso) de emprego corrente."¹²

Rank diz, ainda, ter constatado "com uma evidência incontestável", que todos, ou quase todos os *sintomas somáticos*, ligando-se ao trauma do nascimento, foram utilizados no sentido da edificação do Complexo de Édipo, o que teria permitido interpretá-los como expressão da transferência da libido sobre o pai, enquanto reação contra a decepção e o sentimento de culpa. Os sintomas neuróticos revelariam, assim, nas pacientes, uma espécie de sedimento da libido, que teria sofrido um deslocamento patológico

12 - Id. *ibid.* As palavras de Rank aqui, parecem já indicar sua preocupação com a abreviação do tempo das psicoterapias nos casos de crise, o que, afinal, veio a se constituir num dos principais pontos de ataque à sua teoria.

sobre o pai. Porém, em consequência da decepção experimentada nesta ocasião, uma parte da libido destas jovens se dirigiria para a mãe, a fim de preencher o vazio deixado a partir da transferência sobre o pai.

Este efeito, contudo, seria mais difícil de se conseguir porque, neste ínterim, a mãe teria se tornado uma concorrente edípica, e a paciente seria obrigada a recorrer a um meio mais enérgico para poder efetuar uma nova separação dela. Este meio consistia na transformação (descoberta pela análise) de amor em raiva, com a ajuda de um mecanismo característico da neurose obsessiva. Entretanto, esta raiva, que deveria servir para tornar possível a separação da mãe, não representava senão um outro modo de fixação à mãe, à qual a paciente se encontraria agora ligada pela raiva. As tentativas de liberação secundária resultariam no deslocamento da libido sobre um irmão ou irmã, no contexto da impressão traumática causada por seu nascimento; ou sobre o pai, considerados ambos como instrumentos de separação entre a paciente e a mãe. Aí, segundo Rank, se deveria buscar, igualmente, a raiz do sentimento que impelia a paciente a desejar a morte de sua mãe, único meio de sobrepujar a força que a arrastava em sua direção, de vencer a nostalgia da vida intrauterina.

Segundo Rank, as tentativas de fazer face a este conflito ambivalente pelo recurso ao trabalho intelectual, e, frequente-

mente, pelos mecanismos de racionalização e pensamento obsessivo, pertenceriam ao período posterior da "curiosidade sexual".¹³

"Ao demolir esta superestrutura especulativa, da qual subtraímos sua razão de ser pela elucidação da angústia e pelo despertar da libido, obrigamos a angústia primitiva, entricheirada no 'sistema' (especulativo), onde ela quase escapa às nossas buscas, a adotar sintomas somáticos. Isto feito, nada é mais fácil do que deixá-la escoar pela via normal, tal como uma corrente elétrica que vai morrer na terra."¹⁴

Esse processo, que, na visão de Rank, se desenrolaria seguindo "as vias psicobiológicas facilitadas", poderia se efetuar, igualmente, em condições menos extremas: muitas lesões, "puramente orgânicas", dão a impressão de poupar ao indivíduo, "o luxo de uma neurose". Entretanto, o autor sugere que seria mais correto dizer que "a neurose constitui a substituição mais dispendiosa de uma afecção orgânica banal com a mesma causa. Frequentemente uma neurose, com seus sintomas somáticos 'dissimulados', é capaz de impedir qualquer afecção real do órgão, na medida em que subs-

13- Id. *ibid.*, p. 68. Talvez se encontrem, também aqui, pontos de contato entre Rank e Marty no que tange a noção de "pensamento operatório", cunhada pelo psicossomatista francês. Observar o que se segue neste texto.

14 - Id. *ibid.* Os grifos são meus. Aqui, Rank apresenta o surgimento do sintoma somático como resultado do trabalho sobre as defesas "intelectualizadas", que estariam a obstaculizar o surgimento e a elaboração da "angústia primitiva" e da "ambivalência" em relação ao objeto materno. Esta proposição contém um ponto de acordo com o pensamento de Marty, que diz respeito à idéia exposta de uma "desmontagem" das "estruturas operatórias", (designadas por Rank como "superestrutura especulativa"), para chegar às raízes do *sintoma somático* (angústia primitiva). Entretanto, apresenta discordância no que concerne ao *sintoma somático* como consequência desta "desmontagem" e não como efeito das "estruturas operatórias".

titui esta afecção."¹⁵

Rank declara que sua concepção do trauma do nascimento encontraria apoio mais forte na interpretação analítica dos sonhos. Reafirma sua experiência clínica como base para a fantasia, dita intrauterina, que a análise cedo teria descoberto e confirmado através de numerosas observações. As conclusões destas observações comportariam um alcance imenso. Desse modo, poder-se-ia constatar a existência, nos sonhos, de reminiscências ou reproduções diretas, totalmente inconscientes, da situação intrauterina do sonhador e particularidades do processo do seu nascimento. Estas, segundo Rank, não poderiam, de forma alguma, ser consideradas como evocações conscientes ou produtos da imaginação consciente, pois os fatos aos quais elas se referiam jamais poderiam vir a ser conhecidos por quem quer que fosse.

O autor diz, ainda, que a situação fetal, pelo menos durante o último período de gravidez, e a situação correspondente ao nascimento, formam uma parte da experiência direta do indivíduo, e são, por conta disto, susceptíveis de reprodução. "O que afirmamos", enfatiza Rank, "é, pois, nem mais nem menos, do que a realidade da 'fantasia intrauterina', tal qual se manifesta na vida in-

15 - Id. *ibid.*, p. 68. Parece que ao falar de "sintomas somáticos 'dissimulados'", Rank está se referindo àquelas manifestações somáticas designadas por Marty, como "regressões somáticas", que dão origem a doenças reversíveis, as quais acompanham ou complementam as regressões mentais. Elas podem ser benéficas em termos econômicos. Ver Marty (1993, p. 31).

fantil, nos sintomas neuróticos e no estado de sono fisiológico (sonho)." (Id. *ibid.*, p. 94)

A concepção do autor expressa-se claramente, quando, a certa altura do livro, tenta elucidar seus objetivos, e aponta para algo que parece poder ser identificado com o que denominei de *impasse fundamental*. Assim, esclarece:

"Depois de haver mostrado que a maior parte das criações humanas (...) representam tanto as tentativas de realização da situação primitiva, isto é, de recalçamento em um distante e inacessível trauma do nascimento; depois de haver mostrado igualmente que isto que chamamos de progresso da civilização representa uma série contínua de tentativas que visam *restabelecer um compromisso entre a tendência impulsiva de retorno à mãe e as necessidades que impõem o distanciamento da mãe, (...)*." (Id. *ibid.*, p. 111)

Mas, é na simbologia da natividade e, especialmente, n' "O livro da criação da criança",¹⁶ que Rank ilustra de forma melhor sua concepção do *trauma do nascimento* e do recalque que sobre ele se exerceria durante a vida do homem. A referida obra descreve a trajetória da criança desde a sua concepção, começando, com o relato do acasalamento dos pais e com a descrição dos primeiros destinos da "gota" que goza da proteção de um anjo. Conta, ainda,

16 - Rank faz uma referência imprecisa a esta obra, dizendo que ela é reproduzida no Petits Madraschi, porém sem data ou autor. Ver em Rank, *op. cit.*, a nota de rodapé da p. 131-132.

que, depois que o "espírito" é introduzido na gota, o anjo a conduz pela manhã ao paraíso, e, à tarde, ao inferno e lhe mostra, então, o lugar onde habitará na terra e onde será enterrada. O anjo a leva, assim, ao corpo de sua mãe, e o Santo fecha atrás de si as portas com o ferrolho. O Santo diz-lhe: "Tu irás até lá e não mais longe." A criança permanece dentro da mãe durante nove meses. Durante os três primeiros meses, permanece no compartimento inferior, os três meses seguintes, no compartimento médio, e, nos três últimos meses, no compartimento superior. Come de tudo o que come sua mãe, bebe de tudo o que bebe sua mãe, e não elimina excrementos, posto que, se o fizesse, a mataria. Quando chega o momento em que deve vir ao mundo, o anjo se apresenta diante da criança e diz: "Saia, pois chegou o momento de sua aparição no mundo." O espírito da criança responde: "Eu já disse àquele que estive aqui, que estou satisfeito com o mundo em que tenho vivido." E o anjo responde: "O mundo ao qual te levo é belo." E continua: "Apesar de ti, foste formado no corpo de tua mãe e, apesar de ti, nasceste para vir ao mundo." Imediatamente, a criança põe-se a chorar. Porque ela chora? Por causa do mundo em que tinha vivido e era obrigada a deixar. Tão logo sai, o anjo lhe dá um golpe no nariz e apaga a luz sobre sua cabeça. Faz sair a criança, apesar da sua vontade, e ela esquece tudo o que viu. Logo que sai, começa a chorar.

3.4 - Separação, diferenciação e impasse narcísico

"Com efeito, parece-me os homens não terem percebido o poder do amor"
(Platão, O banquete)

No mito que se segue encontramos a força daquilo que Aristófanes chamou de *amor* e que, conforme ao que vem sendo desenvolvido neste trabalho, diz respeito à natureza primitiva do ser humano em sua indiferenciação inicial com relação ao eu corporal da mãe. Desde o nascimento, com o corte do cordão umbilical, o homem trará marcada na carne a contradição básica de todo ser humano no duplo movimento de separar-se, de individualizar-se e, de outro lado, de manter-se unido à fonte materna na ilusão parasitária e nirvânica da indiferenciação.

O pronunciamento do filósofo nos ensina que nossa natureza outrora não era a mesma que a de agora, mas diferente:

"(...) inteiriça era a forma de cada homem, com o dorso redondo, os flancos em círculo; quatro mãos ele tinha e as pernas o mesmo tanto das mãos, dois rostos sobre um pescoço torneado, semelhantes em tudo; mas a cabeça sobre os dois rostos opostos um ao outro era uma só, e quatro orelhas, dois sexos e tudo o mais".
(Op. cit., p. 28)

Porém, diz a lenda, estes seres assim constituídos, eram

de enorme força e de uma presunção demasiada. Voltando-se contra os deuses, pretenderam fazer uma escalada ao céu para contra eles investir. Zeus, então, decidiu cortá-los em dois, a fim de torná-los mais fracos, e para que parassem com a intemperança. A cada um que cortava, ordenava a Apolo que lhe girasse o rosto e a respectiva metade do pescoço para o lado onde estava o corte "a fim de que, contemplando a própria mutilação, fosse mais moderado o homem". (Id. *ibid.*, p. 29) Assim fez Apolo e, do lado do corte, ele modelou o ventre, retorcendo a pele em torno do umbigo.

Neste ponto, o discurso de Aristófanes esclarece: "umas poucas (pregas) ele deixou, as que estão à volta do próprio ventre e do umbigo, *para lembrança da antiga condição.*" (Id. *ibid.*; grifo meu) E continua:

"Por conseguinte, desde que a nossa natureza se mutilou em duas, ansiava cada um por sua própria metade e a ela se unia, e envolvendo-se um ao outro, no ardor de se confundirem, morriam de fome e de inércia em geral, por nada quererem fazer longe um do outro." (Id. *ibid.*)

Tomado de compaixão, Zeus adotou novo expediente e lhes mudou o sexo para a frente, pois até então eles o tinham para o lado. Desse modo, pretendia que, pelo menos, houvesse saciedade em seu convívio e pudessem repousar, voltar ao trabalho e ocupar-se do resto da vida. Assim conclui Aristófanes o seu discurso:

"É então de há tanto tempo que o amor de um pelo outro está implantado nos homens, restaurador da nossa antiga natureza, em sua tentativa de fazer um só de dois e de *curar a natureza humana*. (...) É, portanto, ao desejo e a procura do todo que se dá o nome de *amor*."¹

Depois de discorrer sobre o ímpeto avassalador que domina os amantes, no desejo de fundirem-se numa só pessoa e, mesmo, de morrerem numa morte comum, o discurso de Aristófanes ressalta o caráter punitivo da separação dos seres em dois e traduz a ameaça que habita em nós. Diz o filósofo: "(...) por causa de nossa injustiça, fomos separados pelo deus (...); é de temer, então, se não formos moderados para com os deuses, que, de novo, sejamos fendidos em dois". E exorta: "Que ninguém em sua ação se lhe oponha". (Id. *ibid.*, p. 31)

Laplanche e Pontalis (1967, p. 378) assinalam o fato de Freud ter sido compelido a recorrer ao mito de Aristófanes para justificar *o caráter regressivo da pulsão de vida*. A respeito da alegoria tomada por Freud para tratar das pulsões humanas, gostaria de fazer algumas marcações na direção de minha hipótese sobre o adoecer somático, mais especificamente, sobre a noção de *impasse*, que participa de sua montagem.

1 - Id. *ibid.*, p. 30. Grifos meus. O significado da "cura" aqui parece ser o de recuperarmos, através do amor, a possibilidade da volta à condição originária de seres imaginariamente completos, situação em que não haveria a "falta".

Se, como propôs Freud, a pulsão de vida - Éros -, em seu caráter conservador, busca restabelecer a unidade perdida no início, podemos dizer que ela conduz de volta ao lugar de origem: o ventre materno. Retornar ao abrigo primitivo é o recurso imperioso frente ao trauma que desorganiza o psicossoma. No seio materno, o bebê encontra-se protegido das invasões desorganizadoras de seu organismo, pelo menos, da maior parte delas.

Reforçando esse ponto de vista, Vitor Manoel Andrade, (1988, p. 259) apoiando-se nos escritos de Freud e de outros autores, descreve que, durante o nascimento, ocorrem excitações violentas, configuradoras de um cataclisma que transtorna a tranquilidade até então vigente na vida intrauterina. A interrupção do fluxo sanguíneo, provoca a aceleração dos batimentos cardíacos ao iniciar-se a respiração pulmonar que substitui a respiração intra-sanguínea anterior. A pele já não recebe mais o contato morno do líquido amniótico e, em vez disto, uma multiplicidade de sensações novas a bombardeiam.

Virginia Apgar (apud Andrade, op. cit.) designou este estado dramático como "a mais perigosa jornada já feita por qualquer pessoa." Phyllis Greenacre (1945), que se notabilizou por seus escritos sobre a economia do nascimento, confessa-se espantada quanto à pouca atenção que se dá, mesmo nos estudos científicos, ao nascimento e aos efeitos desse processo sobre o desenvol-

vimento do próprio organismo.² Conclui com uma curiosa observação:

"Talvez o nascimento esteja inevitavelmente próximo demais da morte em nossos sentimentos; talvez a luta do nascimento seja excessivamente assustadora e excessivamente mobilizante para que a encaremos com uma pronta isenção científica." (Op. cit., p. 40)

Vemos na observação de Greenacre o que parece ser uma referência à presença das pulsões antagônicas, intensificadas no momento do nascimento, o que vem ao encontro da idéia do *impasse fundamental*. Para precisá-la, volto à alegoria de Aristófanes.

O primeiro aspecto que chama a atenção na narrativa do filósofo é o caráter punitivo do *corde* (separação) inflingida ao ser andrógono, diante de sua pretensão de querer chegar ao lugar dos deuses. A exortação de que não ousemos nos opor a eles, a fim de que não sejamos, de novo, fendidos em dois, aponta, a meu ver, para uma dupla alusão: uma delas, é a luta violenta implicada no momento do nascimento e, desde então, sempre que as moções pulsionais intensificadas, assumam proporções dramáticas no sentido das forças antagônicas que lhe correspondem. O bebê reage, a nível das funções somáticas, tentando o domínio dessas forças que se apossam

2 - Apesar dos 50 anos que nos separam dessa observação de Greenacre e dos progressos que houve em neonatologia, creio que, em escala ampla, temos que concordar com seu arguto comentário. De um modo geral, o que se constata é um certo silêncio ou mesmo um descrédito com relação ao nascimento e às suas repercussões na constituição do equilíbrio psicossomático do sujeito.

dele. Vida e morte se debatem. Se, por um lado, o corte representa a impulsão para nascer, para buscar a via da autonomia e da separação do seio provedor; por outro lado, um outro movimento se lhe opõe ferrenhamente. Este pressiona no sentido da manutenção da fusão e da indiferenciação. Esta segunda via, remete à outra alusão que a alegoria da separação dos corpos parece indicar: a de que, a fim de evitar o castigo do "corte" do amor dos pais, a criança deve obedecer sem questionar, não pensar por si própria. Deus é o criador e só ele tem o saber.³

A intensidade dessas duas forças que impulsionam, tanto no sentido da separação e da diferenciação criativa, quanto no sentido da acomodação e da indiferenciação repetidora, tem seu clímax no momento do nascimento, deixando marcas de proporções, a meu ver, ainda insuficientemente avaliadas. É este o *impasse fundamental* do ser humano, que compõe o caráter traumático do nascimento. Desde então, a luta não vai terminar mais. O *impasse fundamental* se reeditará em cada situação de separação significativa na história das relações objetais do sujeito, trazendo à cena a memória corporal do trauma do nascimento.⁴

A noção de *impasse* foi tomando forma, em meu trabalho, a

3 - Associo, nesta mesma direção, o mito bíblico da expulsão do paraíso, como castigo pela transgressão à ordem divina dada a Adão e Eva, de que não comessem do fruto da árvore da ciência do bem e do mal.

4 - A articulação do *impasse* no conjunto da hipótese do adoecer somático é apresentada no próximo capítulo desta tese.

partir dos textos de Paul Lefebvre e, depois, de outros autores como Sami-Ali e Jean-Marie Gauthier. Do primeiro, lanço mão com maiores detalhes, devido à identidade de idéias que encontro entre os seus escritos e minha pesquisa clínica.

Em Lefebvre (1980), o *impasse* é definido pela impossibilidade atual do sujeito de integrar a *diferença* suscitada pelo objeto. Devido à natureza narcísica da relação, o paciente se encontraria incapaz de reconhecer, tolerar e aceitar a singularidade e a diferença autônoma do outro. Esta *diferença* estaria relacionada ao modelo genético infantil do "processo de separação-individuação",⁵ onde experiências traumáticas de ruptura implicariam, para o infante, perigos antagônicos de engolfamento e abandono. Neste contexto, o objeto seria vivenciado como ameaçadoramente próximo ou distante, ou perigosamente presente ou ausente. É sugerido que, quando tais experiências tenham sido e sejam, em suas repetições, excessivamente traumáticas, poder-se-ia associá-las à ausência ou insuficiência das funções de simbolização e de fantasmatização, enquanto processos de domínio e integração. Diz textualmente o autor: "Sem o acesso adequado a estas funções, o paciente ficaria incapaz de utilizar, efetivamente, mecanismos de mentalização o que, por sua vez, criaria uma vulnerabilidade à obstrução econômi-

5 - O "processo de separação-individuação" foi descrito por Margareth Mahler e cols. em seu livro O nascimento psicológico da criança - simbiose e individuação (1977), que é tratado adiante.

ca, afetos de desesperança e desamparo, e somatização." (Lefebvre, op. cit., p. 5)

O sujeito experimentaria, assim, um "impasse relacional" quando houvesse uma ruptura ou ameaça de rompimento do equilíbrio narcísico. Este equilíbrio deveria ser mantido em estado de homeostase específica, ou seja, numa "orquestração da distância ótima entre sujeito e objeto ou entre suas representações internas. O objeto deve ser experimentado, nem como demasiadamente próximo, nem como demasiadamente distante". (Id. ibid., p. 6) No sentido de ilustrar suas hipóteses, Lefebvre descreve casos clínicos em que pôde detetar perturbações somáticas de diversos tipos, que incluíam, além de doenças somáticas propriamente ditas, distorções perceptuais, hipocondrias e fenômenos conversivos. Em todas elas, o autor observou, muito frequentemente, um impasse nas relações de objeto. Um dos casos clínicos descritos e que compõe o escopo de um outro trabalho do mesmo autor (1990), refere-se ao tratamento analítico de uma paciente com retocolite hemorrágica, do qual extraí algumas observações e comentários que vão ao encontro de minha hipótese.

Laura tinha 31 anos quando iniciou a análise. Havia se casado aos 19, um ano após a morte de seu pai. Tinha dois filhos, um menino de 10 e uma menina de 8 anos. O aparecimento de evacuações abundantes e hemorrágicas se deram três anos antes de ir à

consulta, pouco tempo depois que Laura se separou do marido e voltou a morar com a mãe. Depois da separação, teve muitas aventuras sexuais seguidas de decepções e um agravamento do estado de colitis. Suas lembranças traziam imagens de um pai indisponível no plano afetivo e uma mãe cuja proximidade lhe era necessária, mas cuja intimidade sufocante lhe fazia medo. Laura se recordava do controle que a mãe exercia sobre suas funções corporais e sobre seu aspecto físico.

Em seus comentários sobre a paciente, Lefebvre diz que via em Laura uma neurose de caráter grave com traços narcísicos e depressivos. A paciente se recordava facilmente de seus sonhos e de suas fantasias, o que favoreceu uma indicação de análise. Entretanto, mais tarde, percebeu que tinha subestimado a natureza eminentemente narcísica das relações de objeto de Laura, e a que ponto suas intensas pulsões parciais lhe permitiam apenas um investimento frágil de seus objetos, na medida em que estes se mantinham separados e diferentes dela. Uma tendência aos actings out se acentuou, durante algum tempo, por causa do seu medo do processo analítico e de sua necessidade de negar ou de diluir sua vivência transferencial, recorrendo, então, à clivagem. Sobre um vernis edipiano, evidente nas aventuras sexuais e em sua negação da transferência, seus conflitos maiores apresentavam um caráter nitidamente oral e anal. Tudo o que era posto no interior estava

destinado a ser fecalizado, rapidamente transformado de oral em anal, ou seja, "da experiência do estômago a do intestino". (Op. cit., p. 810)

O autor assinala o fato de Marty, M'Uzan, David e ele próprio terem mostrado como, nas neuroses de caráter graves, os mecanismos mentais, não funcionando de forma sustentada, acarretavam uma capacidade muito fraca de interiorização e de retenção dos objetos. Acrescenta, referindo-se a Freud e a Abraham, que estes pacientes não conseguiram negociar com sucesso o segundo estágio da fase anal, estágio crucial no desenvolvimento. A interiorização do objeto se faria, somente, através de fantasias de incorporação sádico-orais e a raiva narcísica seria tão pronunciada, que os objetos internos seriam destruídos e evacuados, em seguida, como dejetos sem valor, através de uma expulsão sádico-anal.

Analisando sob este ângulo, o autor observa que, para Laura, uma relação estável com um objeto interno vivo, durável e aceitável, não tinha nenhum sentido. Menos possível, ainda, era a capacidade real de identificação com uma pessoa separada e diferente dela. Isto resultava numa busca desesperada e sem fim de objetos idealizados para satisfazer seu desejo de um duplo idêntico. Lefebvre aponta, também, a espantosa regularidade com que a colite de Laura voltava a cada começo ou fim de uma nova relação, ou ainda, quando ele se ausentava ou retornava de férias. Foi a partir

daí, que formulou a noção de "impasse narcísico", enquanto fator de risco, não específico, para a vulnerabilidade somática. Diz Lefebvre:

"O impasse descreve a incapacidade do sujeito de dispor de uma distancia ótima por referência ao seu objeto: incapacidade para satisfazer simultaneamente as necessidades de espaço pessoal e de intimidade. (...) A alternativa [para Laura] era, ou a ameaça de uma intrusão devoradora, ou o extremo abandono e o vazio. Tanto em um caso como em outro, havia a ameaça de desintegração do ego e de perda do sentimento de 'self'." (Id. *ibid.*, p. 813)

Na expressão de um outro paciente, segundo nos conta Lefebvre, a ameaça era de fusão ou de não-existência, oneness or noneness.

Na origem do *impasse narcísico* e funcionando como um outro fator de risco, habitual mas não específico, para a vulnerabilidade somática, Lefebvre sugere a existência de uma fantasia primitiva, uma espécie de "pacto de Fausto", na qual a criança se encontra envolvida. Esta fantasia prende-se ao fato que, desde o começo da existência, o objeto capaz de amar incondicionalmente é uma ficção inatingível. Assim, toda criança aprende que sua sobrevivência depende de uma negociação com aqueles que cuidam dela. Se a resposta afetiva dos pais é insuficiente ou inadequada, a criança pode ser levada a acentuar a clivagem normal que se cria, não

somente entre o bom e o mau, o amor e a raiva, mas também entre isto que se constitui como um falso self, adaptado às exigências parentais, e um verdadeiro self, perseguido, ferido, que pode perder todo contato com a consciência. Em troca desta adaptação, a criança pode ter o sentimento de que sua segurança e sua satisfação encontram-se instáveis, mantendo a convicção de que *toda transgressão ao pacto traz implícita uma ameaça de castigo e de morte*. O preço a pagar por um pacto deste tipo é o sacrifício da *própria diferença, da perda da posse de sua psiquê e de seu corpo*. A mensagem percebida, neste caso, pela criança é a seguinte: "tu tens o direito de sobreviver, mas não de viver (no sentido pleno do termo)." (Id. *ibid.*, p. 815)

Uma outra versão do "pacto de Fausto" foi enunciada por George Engel (1975, apud P. Lefebvre, 1990) a respeito de um caso de adoecimento somático como "reação de aniversário", ligada ao sentimento de estar transgredindo a seguinte mensagem contraditória: "tu tens o direito de viver, mas não de sobreviver além de uma certa data, a de minha própria doença e morte."

Talvez possamos dizer que a "transgressão" de que se trata, é a da *autonomia*, da independentização das figuras parentais, tal como é possível entender do discurso de Aristófanes sobre o amor.

Em Sami-Ali, (1987) encontramos a mesma noção de *impas-*

se revestida com outras roupagens, porém guardando um significado semelhante ao atribuído por Lefebvre.⁶

Para Sami-Ali, a somatização é função de uma *situação de impasse* a qual, somente a psicose, enquanto tentativa de pensar o impensável, tem condições de ultrapassar. Ela a ultrapassa por meio de uma redução ao idêntico, dissolvendo as polaridades na posição do objeto único que é também o sujeito único. Assim, contrariamente ao conflito neurótico, cuja fórmula poder-se-ia expressar na simples alternativa a ou não-a, a *situação de impasse* comum à psicose e a somatização seria inteiramente estruturada pela contradição: a ou não-a e nem a, nem não-a, o que exclui toda solução neurótica. (Sami-Ali, op. cit., p. 115)

Jean-Marie Gauthier (s.d.), fazendo uma revisão da obra de Sami-Ali, esclarece que a somatização aparece quando o paciente se vê confrontado a um impasse que ele recusa. O *impasse* refere-se à *separação*, à *distinção*. Quando uma ameaça de separação se atualiza, a somatização, que substitui a regressão das psiconeuroses, aparece graças a um contrainvestimento do imaginário. O corpo real, privado, assim, de seu duplo imaginário pelo recalçamento da função do imaginário, apresenta "a situação de risco máximo de somatização". (Op. cit., p. 84)

6 - Curiosamente, o texto de Sami-Ali não faz referência ao artigo de Lefebvre de 1980. Restaria saber se foi Lefebvre o primeiro a cunhar a noção, tendo sido então citado por Sami-Ali, ou se ambos estaria calcando suas idéias em um terceiro autor, sobre o que, também, não há indicações.

Vemos aí, como, também para Sami-Ali, é a *separação* ou a sua ameaça potencial que se encontra no centro da situação de *impasse*. Entretanto, Jean-Marie Gauthier (1993) faz questão de distinguir, diferenciando-se de Spitz, que o medo do bebê tem origem na *diferença* e não na separação. Tece críticas à posição de Spitz ao afirmar que interpretar a angústia dos oito meses como ligada à ameaça de separação, deixaria em suspenso a questão do "rosto do estranho" no desencadeamento da referida reação. (Op. cit., p. 145)

O autor distingue, também, a somatização do bebê da do adulto, apresentando a primeira como o resultado de uma oposição entre o vivido corporal do infante e as injunções do ambiente no qual ele se encontra imerso. Aponta, assim, uma forma específica de *impasse* no bebê decorrente da contradição entre o imaginário dos pais ou sua patologia pessoal de adaptação, e as capacidades maturativas da criança. Em razão da dependência absoluta do bebê em relação ao seu ambiente, a contradição se transformaria em *impasse*. São palavras do autor: "Não há solução possível para o bebê entre seu próprio desenvolvimento corporal e os desejos de sua mãe da qual ele não pode escapar". (Id. ibid., p. 123) O autor ressalta, assim, o caráter incontornável do *impasse* no bebê.

Nos autores referidos, podemos descobrir uma forte relação entre *trauma* e *impasse*. Em Lefebvre, o *impasse*, decorrente da

confrontação com a diferença suscitada pelo objeto, vem associado a experiências traumáticas de ruptura durante o "processo de separação-individuação", onde o objeto seria vivido, a um só tempo, como ameaçadoramente próximo ou distante, ou perigosamente presente ou ausente. Deste contexto, segundo Lefebvre, poderia decorrer um prejuízo das funções de simbolização e de fantasmatização, deixando o campo aberto para a somatização.

Através de Sami-Ali e Jean-Marie Gauthier, esta relação se impõe da mesma forma, na medida em que é a ameaça de separação que, colocando o sujeito em confronto com um *impasse* recusado por ele, detonaria o contra-investimento do imaginário e o risco de somatização.

Relacionando o trauma e o *impasse* à separação, separação esta entendida, fundamentalmente, como *diferenciação*, oriento-me na mesma direção tomada por Lefebvre, integrando em minha pesquisa algumas das postulações de Mahler sobre o início da vida psíquica.

Mahler⁷ fez extensos estudos sobre o desenvolvimento normal e patológico das fases iniciais da criança, focalizando especialmente a fase simbiótica até a "separação-individuação" do bebê de sua mãe. A autora considera o "processo de separação-individuação" como o "nascimento psicológico do indivíduo", no qual se verifica um destacamento (ser destacado) do mundo real e das rela-

7 - Cf nota 5 deste mesmo item.

ções com este mundo, particularmente com referência às experiências do próprio corpo do sujeito e do seu objeto primário de amor - a mãe. Segundo a autora, este processo repercute através do ciclo da vida, permanecendo sempre ativo. No entanto, as principais aquisições psicológicas deste processo têm lugar no período que começa por volta dos quatro ou cinco meses, indo até aos três anos, aproximadamente.

"O processo de separação-individuação normal, seguindo-se a um período simbiótico de desenvolvimento normal, implica a aquisição pela criança de um funcionamento autônomo, na presença da mãe e com sua disponibilidade emocional." (Mahler, op. cit., p. 15)

A autora distingue como, em contraste com situações de separação traumática, o processo normal de separação-individuação desenvolve-se pelo estabelecimento de uma prontidão para o funcionamento independente e do prazer decorrente deste. Mahler enfatiza, também, o aspecto da ansiedade ligada às ameaças de perda do objeto (a mãe), mostrando como esta ansiedade ocorre mesmo na presença dela, e de como o próprio processo de maturação parece suscitar-lá. A autora distingue *separação* e *individuação* como dois desenvolvimentos complementares: a *separação*, consistindo na saída da criança da fusão simbiótica com a mãe, e a *individuação*, compreendendo as aquisições que marcam o momento em que a criança as-

sume suas próprias características individuais. Estes se constituem como processos de desenvolvimento entrelaçados, mas não idênticos. Podem, portanto, ocorrer com atraso de desenvolvimento ou precocidade de um ou de outro.

"Desde o início, observável e inferido, do estado cognitivo-afetivo primitivo da criança, quando não há ainda uma consciência da diferenciação eu-outro, uma organização mais complexa da vida intrapsíquica e comportamental, começa a se desenvolver em torno de problemas de separação e de individuação". (Id. *ibid.*, p. 16)

O termo *separação* é utilizado, segundo esclarece a autora, para referir-se "à aquisição intrapsíquica de um sentido de desligamento da mãe e, através deste, do mundo em geral." (id. *ibid.*)

Mahler postula as fases da *autismo* e de *simbiose normais*, como pré-requisitos para o estabelecimento do processo normal de "separação-individuação". Estas fases compreenderiam os dois mais antigos estágios da não-diferenciação, sendo que, no primeiro, não existiria objeto, e o segundo seria pré-objetal, por referência a Spitz. A fase de "separação-individuação" caracteriza-se por uma crescente consciência do desligamento entre o *eu* e o *outro*, marcando as origens "do sentido do 'eu', da verdadeira relação de objeto e da consciência da realidade do mundo externo."

Na descrição de Mahler e colaboradores, trata-se de "uma espécie de segunda experiência de nascimento, como um desabrochar para fora da membrana comum simbiótica mãe-criança." (Id. *ibid.*, p. 23)

A autora esclarece que o termo *simbiose* não está relacionado a uma condição comportamental, mas a uma condição intrapsíquica, sendo, portanto, um estado inferido. Ele não expressa um comportamento aderente, mas uma característica da vida afetivo-cognitiva primitiva, na qual a diferenciação entre o *eu* (do bebê) e a mãe não aconteceu, ou então, ocorreu uma regressão ao estado de indiferenciação *eu-objeto* que caracteriza a fase simbiótica.

As quatro subfases do processo intrapsíquico de "separação-individuação" foram, assim, demarcadas: (i) diferenciação (dos quatro-cinco meses até os sete-oito meses); (ii) treinamento (dos seis meses, aproximadamente, até os 16-18 meses); (iii) reconciliação ou reaproximação (dos 15 meses, aproximadamente, até os 24 meses); (iv) consolidação da individualidade e início da constância de objeto emocional (3º ano de vida).

Tomando o referencial das pesquisas de Mahler, outros autores assinalam a importância do "processo de separação-individuação" nas disfunções que atingem o corpo em sua integridade psicossomática.

Newell Fischer, (1989) baseando-se nos estudos de Mahler, descreve o caso de uma adolescente anoréxica de dezesseis

anos, cujos conflitos engendravam-se, segundo o autor, na *subfase de reaproximação do processo de separação-individuação*. Na análise da relação transferencial da paciente, o psicanalista pôde perceber um envolvimento intenso e sofrido, onde sentimentos de desamparo e de incapacidade misturavam-se à raiva e à arrogância diante de suas intervenções. Registra só ter podido entender esta forma de reagir da adolescente, quando associou-a à uma lacuna de desenvolvimento relacionada à fase, que foi descrita por Mahler e é lembrada nas palavras do autor.

"Esta subfase (...), abarcando o período dos 16 aos 24 meses, aproximadamente, tem sido descrito como o 'nexo' deste processo de desenvolvimento e 'a moia mestra da eterna luta do homem contra a fusão e o isolamento'. (...) a criancinha (vai se tornando) cada vez mais consciente de sua separação da mãe e, gradualmente, mais consciente de sua vulnerabilidade, solidão, pequenez e dependência. (...) a onipotência na unidade dual da simbiose está ameaçada e, necessariamente, reduzida. A raiva estimulada em direção ao progenitor, agora separado e relativamente menos disponível, o objeto que ela ama e, agora, realiza que precisa desesperadamente, aumenta a ameaça de perder a mãe ou de ficar perdida dela. De um lado, a criancinha quer exercitar sua recém descoberta de autonomia e independência, plenamente; de outro lado, ela sente, dolorosamente, a perda de seu sentido de onipotência anterior

e fica angustiada por seu correspondente desamparo." (Op. cit., p. 45)

Focalizando fases mais precoces do processo descrito por Mahler, como a saída da simbiose e a aquisição da consciência dos limites corporais, Edna Pereira Vilete (1989) lembra que, no desenvolvimento normal, progressivamente ocorre a delimitação entre o corpo do bebê e o corpo da mãe, que se inicia no período de "desabrochamento", possibilitando que ele se perceba destacado dela, o que representa o primeiro passo no complexo processo de formação da identidade.⁸

Apoiando-se também nos escritos de Esther Bick (1968), Vilete refere à clínica, onde os estados de tensão, de enrijecimento muscular, a camada adiposa dos obesos ou os pequenos automatismos que propiciam uma sensação de toque e de contato, servem ao propósito de "conter", na função de uma "segunda pele", as partes do self, ameaçado de diluição. Diz a autora que, quando esta segunda pele, esta organização defensiva se rompe no curso do processo analítico, torna evidente, através de sintomas e de fantasias, a falta de representação dos limites corporais. Nessas ocasiões, os pacientes se queixam, paralelamente a uma insuportável angústia, de diminuição da sensibilidade periférica com sensação

8 - O "processo de desabrochamento" é caracterizado por Mahler pela evolução ontogenética gradual do sistema sensorio perceptivo, que permite ao bebê manter-se cada vez mais alerta sempre que está acordado. Este processo torna-se presente durante a fase de diferenciação, ou seja, com a expansão do bebê para fora da órbita simbiótica.

de se esparramar, de flutuar, ou, ainda, apresentam episódios diarrêicos, sudorese intensa ou hipermenorréia, "como se os líquidos do corpo se perdessem, extravasassem". (Op. cit. p. 9) Vilete mostra, finalmente, como a localização dolorosa da dor numa área corporal leva, nesses casos, o paciente a se sentir existindo, a recuperar a consciência de si mesmo e a ter a certeza de que sobrevive à separação da mãe interna.

Eu mesma segui esta vertente em minha dissertação de mestrado. (Cunha, 1982) Baseando-me fundamentalmente nos escritos de Margareth Mahler, além de Esther Bick, Didier Anzieu e José Bleger, procurei mostrar que as doenças dermatológicas poderiam ser vistas como fazendo parte das patologias relacionadas à delimitação e à integração do self em sua estruturação precoce.

Com a ampliação do meu foco de visão, adquirido, principalmente, com o aporte teórico da Escola de Psicossomática de Paris e com a experiência clínica acumulada desde então, cheguei a uma nova compreensão sobre os fenômenos do adoecer somático e de sua estruturação precoce. No capítulo que se segue desenvolvo os passos dados no sentido da montagem da hipótese que elaborei.

CAPÍTULO 4

O ADOECER SOMÁTICO: UMA HIPÓTESE CLÍNICA

Neste capítulo, exponho como cheguei, a partir da clínica, à elaboração de uma hipótese sobre o adoecer somático, fundamentada no desenvolvimento teórico apresentado nos capítulos precedentes. Esta hipótese resulta, assim, basicamente, de duas vertentes que se entrelaçam em sua concepção: uma, derivada de minha própria experiência analítica e do trabalho com pacientes portadores de doenças somáticas; outra, constituída pelos estudos e reflexões teóricas que realizei nos últimos anos, especialmente durante o curso de doutorado. Este foi em parte realizado no Institut de Psychosomatique de Paris, onde o contato com o pensamento de Pierre Marty e colaboradores lançou novas luzes para a compreensão dos fenômenos do adoecer somático.

Os trabalhos realizados em hospital geral e em consultório privado impulsionaram a pesquisa que apresento aqui. Não posso deixar de destacar, também, a investigação desenvolvida durante minha formação psicanalítica. Tal investigação se baseou na obser-

vação da relação de um bebê com sua mãe durante os dois primeiros anos de vida da criança. Como o bebê manifestou, neste período, diversas enfermidades somáticas, tive oportunidade de recolher, em contrapartida ao sofrimento que a relação expunha, um material de enorme riqueza para minhas reflexões sobre a gênese do adoecimento somático.

Os passos que foram se sucedendo para a construção da hipótese são mostrados, desse modo, através da observação citada, de extratos do atendimento de um adolescente diabético insulino-dependente realizado no âmbito de uma instituição hospitalar e das entrevistas iniciais da psicoterapia de um adolescente com história de estado infeccioso precoce e manifestações alérgicas, realizadas em meu consultório.

Reuno, assim, de modo explícito, neste capítulo final, as vertentes teórica e clínica da pesquisa realizada. Convém ressaltar, contudo, que a articulação exposta aqui não se desfez em nenhum momento ao longo da percurso traçado pelos três capítulos precedentes. A referência clínica assentou cada viga do alicerce plantado na construção de minha hipótese.

4.1 - Da simbiose e do luto não elaborado

A observação da relação mãe-bebê realizada forneceu-me, num primeiro momento de elaboração, um rico material de pesquisa, da qual derivou a hipótese desenvolvida em minha dissertação de mestrado. Naquela ocasião, defendi a idéia de que os distúrbios dermatológicos poderiam ser analisados como expressão da dificuldade do sujeito de romper o vínculo simbiótico com a mãe, de se separar dela e de se individualizar. Estabeleci, assim, uma ligação entre as manifestações na pele, como órgão de delimitação da fronteira corporal, e a fase simbiótica, quando, segundo Mahler, a diferenciação entre o *eu* do bebê e a mãe não aconteceu; ou, então, ocorreu uma regressão ao estado da indiferenciação *eu-objeto*, característico da fase simbiótica.

Foi na concepção teórica de Bick, Anzieu e Bleger, aliada a minha experiência clínica, que me baseei para pensar a hipótese de que *as doenças dermatológicas poderiam ser vistas como a expressão de uma fratura (básica ou episódica) nos mecanismos identificatórios relacionados à pele em sua função de delimitação e de integração do self.*

Em Bick (1968), encontrei a idéia de que, no início da vida, as partes da personalidade seriam sentidas como destituídas

de força aglutinadora entre elas. Através da pele, funcionando como uma fronteira, elas poderiam vir a ser experimentadas de forma coesa pelo bebê. No entanto, essa experiência de integração só seria realizada pela internalização da *função de continente* provida pela mãe na relação com o bebê. Até que esta função materna tivesse sido introjetada, não poderia existir dentro do self a noção de um espaço interno e permaneceria atuando um estado de fusão com o objeto. Daí, poderiam decorrer patologias de graus diversos relacionadas à identidade e à integração somatopsíquica.

De Anzieu (1974, 1976), lancei mão do conceito de *ego-pele* que o autor utilizou para referir-se à estruturação do ego rudimentar infantil. Esta estruturação se daria, segundo Anzieu, a partir das experiências de contato epidérmico do bebê com a mãe, através dos cuidados dispensados por ela ao corpo da criança e, também, das palavras que ela lhe dirigiria nesses momentos. Segundo o autor, o toque e o som da voz da mãe possibilitariam ao bebê, dentro de uma relação reasseguradora com esta, a percepção da pele como superfície e, gradativamente, a aquisição da noção de um limite entre o interior e o exterior. Para Anzieu, seria desta origem epidérmica e proprioceptiva que o ego herdaria a dupla função de estabelecer barreiras (os mecanismos de defesa psíquicos) e de filtrar as trocas (com o id, o super-ego e o mundo exterior). Assim, o ego se constituiria como invólucro continente, como barrei-

ra protetora e como filtro das trocas, por derivação de sensações epidérmicas e proprioceptivas, e pela internalização de identificações de pele.

Muito próximo a esses dois autores, José Bleger (1977) apresentou a concepção de uma "fase gliscrocárica". Nesta, uma condição primordial seria exigida como pano de fundo a toda possibilidade de fazer projeções e introjeções no sentido do enriquecimento do ego: a de que houvesse um *involucramento*, uma contenção do que o autor chamou de "núcleo aglutinado". Este compreenderia um conglomerado de grande quantidade de experiências de diversos momentos do começo da vida do lactante, implicando diferentes graus de intensidade, sem estratificação ou sequência entre elas, e sem a delimitação entre os múltiplos aspectos da realidade externa e os pequenos núcleos do ego aí envolvidos. Seria a partir da cisão e da imobilização do "núcleo aglutinado" no ego do recém-nascido, a partir da possibilidade de sua contenção, que o bebê poderia ir fazendo, paralela e lentamente, as trocas com o mundo externo. A mãe, em sua função de depositária e de tradutora desse bloco caótico de experiências indiscriminadas do bebê, serviria como a *pele*, envolvente e delimitadora, que poderá contê-lo no âmbito da relação simbiótica que se estabelece.

Comecei, assim, desde então, a circunscrever, nos primórdios da estruturação psíquica, a origem dos fenômenos do adoe-

cer somático, concebida a partir das enfermidades dermatológicas. Um resumo da relação mãe-bebê observada pretende mostrar, a seguir, as conexões que estabeleci, inicialmente, no percurso de elaboração da hipótese atual.

André Luís¹ era um bebê do sexo masculino, filho de um casal jovem, com instrução primária e residente em um barraco de favela da zona sul do Rio de Janeiro. A mãe era mulata clara, doméstica com emprego eventual; o pai, negro, trabalhava como assalariado na entrega de jornais.

O bebê era o segundo filho do casal, tendo sido precedido por uma menina que morrera cinco anos antes dele nascer, *aos 40 dias de vida*, por desidratação. André Luís nasceu de parto normal, a termo, sendo um bebê robusto e ativo desde o começo. Aos 18 dias de vida, manifestou uma erupção na pele, localizada na região perineal, que se apresentou avermelhada, com pequenas pápulas. Esta reação cutânea intensificou-se, progressivamente, alternando-se com sintomas de bronquite, e, mais tarde, com crises de asma.

Logo no primeiro mês, a mãe do bebê levou-o ao médico e, a partir daí, as consultas (pediátricas e dermatológicas) tornaram-se cada vez mais frequentes. O diagnóstico foi de eczema e a medicação básica era composta de anti-alérgicos e pomadas tópicas. A mãe de André Luís demonstrou sempre intensa preocupação com a

1 - Este é um nome fictício com o qual passo a designar o bebê.

doença do filho, e seus cuidados em relação a ela tinham a qualidade do desvelo. Neste sentido, a relação caracterizava-se pela intensidade do contato epidérmico entre mãe e bebê.

A reação cutânea de André Luís parecia gerar na mãe uma resposta ansiosa que intensificava sua necessidade de lavar e limpar as regiões afetadas pelo sintoma.

No período antes e durante o aparecimento da dentição, houve uma forte tendência da mãe a associar as pioras das manifestações cutâneas do bebê com o nascimento dos dentes.

Através das observações, notei que os períodos agudos do quadro sintomático durante o primeiro ano de vida foram: *com 1 mês e meio, ou seja, em torno dos 40 dias de nascido, quando foi feita a investigação da presença de sífilis no sangue do bebê.* Nesta ocasião, ele se apresentava rígido no colo da mãe, parecendo um boneco inanimado. *Aos 7 meses e meio, quando a mãe associou o agravamento dos sintomas com o prenúncio do surgimento da dentição. Aos 8 meses e 11 dias, quando nasceu o primeiro dente. Aos 11 meses e 25 dias, ao romper a "outra presa".* Em todas estas ocasiões, o bebê teve febre, o rosto e a cabeça apresentavam grande quantidade de bolhas e feridas infectadas, seu humor era irritadiço e sua expressão, triste e dolorida. Ao coçar-se, seus movimentos, por vezes, eram descontrolados e violentos, dando a impressão de que queria tirar fora, arrancar partes indesejáveis do corpo.

A mãe contou, certa vez, que "a orelha dele estava tão ferida, que, atrás, parecia que ia descolar".

Depois de um ano, as manifestações cutâneas passaram a alternar-se, de forma mais nítida, com os distúrbios nas vias respiratórias (resfriados, gripes ou crises de asma, estas últimas tendo-se iniciado na época do primeiro aniversário de André Luís). Em algumas ocasiões, porém, havia uma superposição dos sintomas, quando o quadro que se apresentava era de intenso sofrimento e desolação.

A idéia subjacente de algo contagioso entre a mãe e o filho pareceu ser reforçada quando surgiram na pele da mãe, em ocasiões diferentes, feridas semelhantes às do bebê. Aos 9 meses, a mãe reclamou de uma ferida na perna igual à do filho, "que incomoda!". Na semana seguinte, a mãe apresentou pequenas bolhas no canto direito da boca. Na ocasião, não fez nenhuma menção ao fato, porém referiu-se a ele quando, aos 11 meses do bebê, falou sobre "aquela alergia" do filho e de ela "ter pego dele". Desta vez, mostrou pequenas feridas localizadas no colo, acima dos seios.

É curioso que, apesar de ouvir dos médicos referências à doença do filho como uma alergia, das indicações médicas de testes e vacinas anti-alérgicas, a mãe não se mostrava satisfeita, parecendo buscar uma resposta mais escondida, mais precisa para esta "doença contagiosa" que os mantinha tão dramaticamente unidos.

Algumas vezes, a mãe referia-se ao fato de ela ter de permanecer na cama, sem vontade, porque o filho ainda dormia. E, de outras vezes, reclamava do filho não deixá-la dormir, e ela ter de se manter acordada com ele para brincar ou para atendê-lo em suas exigências.

Quanto à comunicação verbal e social, André Luís apresentou-se, também, instável, tanto em suas aquisições e progressos, quanto em sua participação no ambiente circundante. Seu humor lábil, manifestava-se, ora em comportamentos expansivos e ligados no ambiente (nessas ocasiões, parecia um bebê alegre e saudável); ora em comportamentos retraídos e descontrolados (ai, era como se o mundo não existisse, como se estivesse possuído de uma *dor intensa, sem solução*). Com o tempo, esta *dor* pareceu levar a criança a um estado de alheamento e de bloqueio de seu desenvolvimento. Solicitando a mãe todo o tempo, mostrava-se sempre muito agarrado a ela, denotando angústia ante seu afastamento. A mãe reclamava: "este menino não me larga para nada". André Luís não se interessava pelos brinquedos que lhe eram oferecidos, mas por máquinas (de costura da avó, rádio-vitrola, relógio), por molhos de chaves, caixas e latas. Com 1 ano e 5 meses, começou a andar vacilante, e, pouco depois, andou sozinho, sem ajuda, explorando o espaço externo fora de casa, às vezes parecendo poder dispensar a mãe. No entanto, ao reencontrá-la na volta de pequenos passeios pelos arre-

dores, em geral em companhia de familiares, chorava ansioso como se, só então, percebesse que a mãe não estava com ele todo o tempo.

A fala que, em torno dos 8-9 meses demonstrava sinais de comunicação num nível mais elaborado, sofreu uma regressão, sendo os vocábulos designativos de pessoas próximas, substituídos por sons lamuriantes e por comportamentos de morder. Só com 1 ano e 5 meses voltou a recuperar os sons perdidos (mamã, papá, etc), desenvolvendo alguns outros. Na ocasião, a mãe comentou que o filho estava "fazendo força para falar". O comportamento de morder persistia, no entanto, e a mãe era o alvo principal. Esta reagia aos ataques do filho como vítima, exibindo as marcas de mordida deixadas por ele em seu corpo. Entretanto, certa ocasião, uma sobrinha denunciou o fato de que a tia estaria, também, mordendo o bebê nas brincadeiras com ele. Com 1 ano e 6 meses, a mãe teceu um comentário de extrema perspicácia e sensibilidade, registrando que o filho estaria "mordendo para falar" (ou seja, usando o morder no lugar da fala); "mordeu meu pé, porque o pé dele estava preso na cama, e como não podia falar, mordeu ..."

Quanto ao sono, por volta dos 3 meses, a mãe referiu-se ao fato de não conseguir dormir direito à noite, temendo que o filho chorasse e ela não o ouvisse se se entregasse ao sono. Este desabafo da mãe, só pôde ser melhor compreendido quando, num con-

tato posterior à fase de observação, a mãe relatou que, na ocasião da hospitalização da filha, por desidratação, houve um momento em que ela (mãe) adormeceu, recostada no berço onde estava a menina. Ao acordar, a filha havia morrido.

Por diversas vezes, durante as observações, foi registrado um comportamento intrusivo da mãe em relação ao sono do filho. Com ele ainda em seu colo, após a mamada, manipulava-o, limpando seus ouvidos com cotonetes, cortando-lhe as unhas, passando-lhe pomadas, ou mesmo, mexendo em seu corpo, como se querendo despertá-lo (talvez desejando certificar-se de que estava vivo).

Assim que, uma possível ligação entre a morte da primeira filha e a dificuldade da mãe de se permitir dormir, *independentemente* do bebê, e de deixá-lo dormir sem interrupções, parecia encontrar-se presente desde muito cedo, na relação.

Por seu lado e, talvez em resposta à ansiedade transmitida pela mãe, André Luís apresentou, logo cedo, comportamentos que denunciavam sinais evidentes de perturbação na área do sono e da alimentação. Muito cedo, demonstrou inquietude e resistência ao sono, precisando, todo o tempo, certificar-se da presença da mãe através do contato físico ou de sua voz para dormir. Solicitava a mãe, de modo insistente e aflito (agarrando-se aos seus cabelos, contorcendo-se, esfregando o rosto e chorando), cada vez que esta tentava deixá-lo só no berço, para ela própria dormir ou para de-

dicar-se às tarefas da casa. Aos poucos, as exigências quanto a manter a mãe em contato corporal foram se tornando maiores e pareceram exarcebar-se à noite, quando toda série de expedientes (troca de fraldas, banhos, mamadeiras e brincadeiras) reunia a dupla mãe-bebê num reassseguramento mútuo de "não-separação". O pai, certamente, ficava de fora dessa relação.

Após o período de observação, detive-me na análise dos registros que fizera, dos quais extraí algumas conclusões.

Apesar dos antecedentes familiares (a presença de fatores hereditários predisponentes), não é possível deixar de considerar, neste caso, o componente emocional como fator de peso, na instalação e no desenrolar do quadro sintomatológico apresentado.

O primeiro ponto que chama a atenção, na relação mãe-bebê observada é a intensidade do contato corporal, ou seja, a dificuldade da dupla de *se separar*, de ficar só, sem a presença física um do outro. Esta dificuldade foi constante apesar das tentativas empreendidas, de parte a parte, no sentido de um desprendimento do parceiro simbiótico. Era como se, embora afastados, mãe e filho se mantivessem presos por um laço imaginário onipotente, ao mesmo tempo "vital" e escravizante.

A morte da primeira filha parecia ser a fonte de uma ansiedade contínua que permeava a relação, gerando um pacto de con-

trole mútuo e de "não-separação". Desde o nascimento de André Luís, não tendo feito o luto (elaborado a perda) da filha, a mãe, (inconscientemente) usou o menino como depositário de suas ansiedades (principalmente, ansiedades de perda). O bebê tornou-se indispensável à mãe para preencher, "conter" o vazio da morte da filha, ficando ele próprio sem um "continente" onde depositar as suas ansiedades mais primitivas. Falhando em sua função de "pele-continente", a mãe o deixava só, contraditoriamente, para lidar com suas experiências e vivências, indiscriminadas ainda, do seu começo de vida. Em decorrência, impossibilitava ademais, que se pusessem em marcha os processos discriminatórios para o delimitamento do seu ego e para a sua individualização.

Em seu corpo como em seu ego, André Luís carregava as marcas de antigas feridas não cicatrizadas.

Focalizando particularmente, naquela ocasião, as doenças dermatológicas, sugeri que, neste tipo de distúrbio, ocorreria um investimento libidinal patológico no próprio órgão de delimitação corporal. Este se caracterizaria *pela irrupção de aspectos indiscriminados do início da vida do sujeito* - ("núcleo aglutinado" de Bleger) - sob forma de erupções cutâneas. Não encontrando um objeto externo confiável capaz de contê-lo, esse "núcleo aglutinado" permaneceria atuando como um corpo estranho, depositado e imobilizado na pele, no sentido de preservar o ego de uma inundação ca-

tastrófica. O caráter melancólico da manifestação se evidenciaria pelo fato do sintoma erigir-se no lugar de uma perda não elaborada.

Gostaria de chamar a atenção para as palavras que foram sublinhadas no parágrafo acima, uma vez que elas vão manter uma estreita ligação com o trauma do nascimento e o impasse fundamental, noções que compõem minha hipótese atual sobre o adoecer somático.

4.2 - Os períodos sensíveis no adoecer somático

No período em que atuei na Equipe de Psicologia Médica do Hospital Pedro Ernesto, o trabalho com pacientes diabéticos insulino-dependentes possibilitou-me perceber muitos pontos comuns entre as histórias destes pacientes e as dos pacientes dermatológicos que atendi, na mesma instituição, depois de minha dissertação de mestrado. Indo mais além, pareceu-me encontrar, em diversas manifestações somáticas, características comuns quanto à natureza dos mecanismos que colocavam em destaque a relação simbiótica com a mãe e as vicissitudes do "processo de separação-individuação" estudado por Mahler.

Naquela ocasião, restringi minhas reflexões ao caráter melancólico em jogo nas somatizações, já que julguei me deparar com pacientes em processo de luto patológico. Situações de perda e separação relatadas antecederiam, quase invariavelmente o desencadear da doença. Quando essas situações não eram identificadas pelos pacientes, algo em suas histórias e em seus comportamentos (no caso de crianças e de adolescentes, principalmente), deixava entrever uma mãe vitimizada, submetida ela, então, a uma perda, um abandono ou uma separação, vividos como violentos e humilhantes. Em minha análise, o paciente teria *incorporado* essa mãe vitimizada

da qual não podia se desprender, e com a qual mantinha uma relação de intensa *ambivalência*. Essa característica ambivalente da relação viria se vincular, num momento posterior de minha elaboração, ao *impasse* em que se encontra a criança (ou o adulto, nos aspectos regredidos da relação) frente ao objeto maternal, que cuidava e protegia, ao mesmo tempo em que "ameaçava castigar" os movimentos de independência.

Seguindo, ainda, na direção da montagem de minha hipótese, o contato com os pacientes diabéticos de várias idades e a leitura da obra de Debray (1983) sobre equilíbrio psicossomático e diabetes apontaram para aspectos bastante elucidativos na complementação dos dados anteriores. Constatei que essa enfermidade podia aparecer em qualquer idade, inclusive durante a infância precoce. Entretanto, "períodos sensíveis" são sugeridos por Debray, devido à maior incidência da doença em certas faixas etárias ou em momentos críticos da vida do sujeito. Nestes, uma certa fragilização psicossomática apontaria para fases de agudização dos conflitos edipianos engendrados no curso do desenvolvimento psicosexual normal. A autora assinala como "períodos sensíveis" dos pacientes de sua pesquisa, a fase edipiana propriamente dita, a adolescência, o nascimento dos filhos e a crise de meia idade ou o momento da aposentadoria.

Fiquei intrigada com o que me parecia indicar *períodos*

críticos da vida, onde separação e perdas estariam profundamente implicadas devido à passagem de uma condição mais antiga para outra mais evoluída. Encontrava-se, em questão, a meu ver, uma maior autonomia do sujeito em relação aos seus objetos de referência básica.

Nas histórias e nas observações que eu mesma recolhi, as fases de eclosão da doença tornavam, cada vez mais evidente, uma associação entre estas e períodos do desenvolvimento nos quais encontravam-se implicados movimentos de despregamento e diferenciação do sujeito com relação ao objeto maternal.

Indo em busca de dados estatísticos sobre idade e incidência do diabetes, encontrei um estudo de epidemiologia do diabetes insulino-dependente (Gamble, 1980), que tece considerações sobre outras doenças infecciosas, e que trouxe novos subsídios na direção de minha hipótese. Destaquei, deste, os seguintes achados:

(i) O diabetes insulino-dependente (DID) é raro nos primeiros meses de vida, e sua frequência aumenta abruptamente *em torno dos 9 meses de idade*. Vale assinalar que este é o período no qual, segundo Mahler, vai ocorrer a "separação-individuação", do bebê de sua mãe, com todo o cortejo de sinais indicadores desse processo. Nesta fase, observa-se especialmente o que a autora denominou de "confrontação" (a partir dos 7-8 meses), quando a criança realiza uma exploração comparativa, distinguindo entre o

familiar e o não familiar, entre a mãe e os outros. A *ansiedade dos oito meses* é também descrita por Spitz (1960) como o "segundo organizador psíquico", um indicador do estabelecimento do objeto libidinal. Segundo o autor, este é um dos períodos particularmente vulneráveis, durante o qual um trauma tem consequências específicas e graves.

(ii) *Até os 4 anos* a frequência aumenta progressivamente nos casos de DID, e um pico evidente se revela aos cinco anos nas doenças infecciosas consideradas na pesquisa (infecções respiratórias agudas e meningite causada por vírus). Segundo descreve o autor, picos menores têm sido encontrados na frequência do diabetes entre as idades de 4 e 8 anos, sendo maior em meninos do que em meninas.

(iii) O maior pico de incidência do diabetes se dá, contudo, *em torno dos 12 anos*, na maioria dos estudos, variando entre as idades de 10 e 15 anos e, mais tarde nos meninos do que nas meninas.

(iv) A frequência cai na adolescência, voltando a elevar-se *nos adultos jovens*, fazendo uma inflexão antes de declinar, por volta dos 35 anos.

(v) Finalmente, o autor assinala que, embora pobremente documentada, a incidência do diabetes é provavelmente baixa depois dos 40 anos, aumentando ligeiramente, talvez, *na velhice*, se a po-

pulação de risco, que tende a diminuir, for levada em consideração.

Os dados da pesquisa de Gamble são muito elucidativos. Embora não se referindo a "períodos sensíveis", no sentido de Debray (que se reporta ao conflito edipiano), nem na perspectiva em que eu mesma me coloco (da separação-individuação), as marcações do autor sobre as idades de incidência do diabetes indicam períodos de mudanças significativas. Tais mudanças conjugam fatores de diversas ordens (fisiológicas, psicológicas e sociais). A meu ver, cada um desses "momentos" de passagem vão reativar ansiedades arcaicas vivenciadas com a separação do objeto maternal.

Entre os aproximadamente 30 pacientes diabéticos que atendi no Hospital Pedro Ernesto, durante os anos de 1989 e 1992, selecionei, para ilustrar as idéias expostas, o caso de um adolescente, que considero bastante significativo pelo material trazido com referência ao nascimento e ao desencadeamento da doença.

Quando encontrei Guy pela primeira vez, ele tinha no rosto de garoto de 12 anos um sorriso de desafio com o qual parecia tentar disfarçar o constrangimento que a "bronca" de sua médica provocava nele e em todos os que ali estavam (duas médicas residentes e eu mesma). Era o dia de sua consulta mensal de revisão no Ambulatório de Endocrinologia e Diabetes. Guy ficara diabético há pouco mais de um ano, mas seu tratamento tinha sido levado com

muita dificuldade pela equipe médica, que não conseguia fazer o menino seguir a orientação prescrita para o controle de sua glicemia. Balançando no ar uma folha de papel, onde deveriam estar assentadas três tomadas de glicosúria diárias desde a última consulta, mas onde não se via senão uma ou outra anotação mal feita, a médica dizia com irritação: "Não sei mais o que fazer com você, Guy. Já tentei tudo o que era possível para ver se você assumia o seu tratamento. Mas isto aqui (mostrando a folha de papel) prova que não adiantou nada deixar a responsabilidade com você." Ameaçando, acrescentou: "Desse jeito não dá para tratar de você. O que é que você está querendo? Se suicidar?" Com o mesmo sorriso de zombaria, e meio sem graça, Guy balançou negativamente a cabeça.

Logo após a consulta médica, coloquei-me à disposição de Guy e de sua mãe para uma entrevista, que foi aceita por ambos. Dessa entrevista e do contato posterior que tive com Guy, destaco apenas alguns dados que julgo elucidativos do que quero discutir neste trabalho.

Nivalda, mãe de Guy, disse estar cansada de ficar chamando a atenção do filho, queixando-se de sua rebeldia. Falou sobre sua impressão de que o menino a culpava por ter ficado doente. Procurei saber o que queria dizer com isso. Ela passou a contar vários episódios onde Guy teria "respondido mal" a ela, desafiando-a e gritando com ela, diante de suas tentativas de educar o fi-

lho, de aconselhá-lo em relação às más companhias.

Fiquei então sabendo, que os pai de Guy, vinham tendo divergências quanto à maneira de tratar seus três filhos - 3 meninos com idades de 14, 12 e 10 anos. Segundo a mãe, o pai "passava a mão na cabeça" das crianças, e ela achava que não podia deixá-los fazerem o que quisessem, senão iriam virar marginais. Seu marido era um homem honesto e inteligente, mas estava desempregado, pois, dizia ele, "queria ser o seu próprio patrão". Tinha um irmão médico e outro advogado. Ele próprio já havia sido dono de uma oficina mecânica com um irmão e, nesta época, estavam muito bem de vida. Os filhos frequentavam uma boa escola particular, onde Guy era ótimo aluno. Há dois anos, o pai perdeu a oficina e ficou desempregado, passando a fazer biscates. Nesta época, como o filho mais velho do casal tivesse repetido o ano pela segunda vez, o pai resolveu retirá-los da escola particular e matriculá-los numa escola pública. *Foi nesta ocasião que Guy ficou diabético.* A mãe disse acreditar que o filho ficou revoltado, pois era ótimo aluno na escola particular, ficando, depois da mudança, com péssimas notas e ameaçado de repetir o ano.

Podemos notar que *revolta e diabete* estão associados no imaginário familiar. Assim, eu tentei saber da mãe algo mais sobre o que ela considerava que podia deixar seu filho tão irritado a seu respeito, especialmente quando se tratava dos cuidados com o

diabete. Relatou-me, então, que quando o garoto ficou doente, quem cuidou dele foi o pai, pois ela estava se recuperando de uma crise de hipertensão, que a levou a ser hospitalizada por uma semana. Conta que ficou hipertensa quando Guy nasceu. Naquela ocasião passou muito mal, teve eclampsia e quase morreu. *Deveria ter se cuidado, mas não o fez*, continuou a fumar, apesar das recomendações dos médicos para que não o fizesse. Isto teria piorado o seu quadro.

As doenças de Guy e de sua mãe começavam a se entrelaçar no relato dela. Foi, então, que me peguei preocupada com o que o garoto estaria sentindo ao ouvir que o seu nascimento poderia ter causado a morte da mãe. Contudo, pensei que, provavelmente, ele já teria ouvido/vivido outras vezes essa mesma história.

Entretanto, foi só um mês depois, ou pouco mais, que Guy e eu pudemos nos encontrar para falar sobre essas coisas. Desta sessão trago apenas um flash, que me forneceu novos elementos na direção de minha hipótese.

Lembro-me que, tentando trazer à tona o motivo de Guy estar ali, rememorei para ele as palavras de sua médica ao perguntar-lhe porque não seguia o tratamento, se ele estaria querendo se suicidar. A resposta de Guy foi imediata: "Não. Você já viu alguém que quer se suicidar, se matar aos poucos ? Quem quer se suicidar se mata de uma vez." Em seguida, o menino me fez uma pergunta que

trouxe de volta o clima da entrevista com ele e a mãe, um mês antes. "Se você tivesse uma cavala que estivesse doente, com um cavaleiro, você sacrificava a cavala de uma vez ou deixava ela morrer aos poucos?" Como numa tomada cinematográfica, construiu-se diante de mim a imagem de uma égua com um potrinho recém-parido, imobilizada por algo que a impedia de se levantar, de andar. Apesar de não ter podido atingir, naquele instante, toda a gama de significados que a pergunta de Guy continha, tentei transmitir-lhe algumas impressões sobre a imagem que sua fala provocara em mim. Falamos sobre a doença de sua mãe quando ele nasceu e sobre os sentimentos que ele poderia guardar em relação a isto.

Uma articulação entre trauma, impasse e doença somática começava a se esboçar, tendo como eixo, a separação (diferenciação) do sujeito do objeto de sustentação. Na história de Guy, chama a atenção que, num momento de "virada", de saída da condição infantil para uma condição de maior autonomia e desprendimento dos cuidados maternos, passando por um fortalecimento da identificação com o pai, Guy tenha adoecido com um diabetes insulino-dependente.

Poderíamos nos perguntar, de antemão, pelos antecedentes hereditários neste caso. Como outros pacientes diabéticos, Guy não tinha história de diabetes na família. Por outro lado, necessitando

de tantos cuidados rigorosos, é evidente que Guy atraía para si atenções especiais de seus pais, que se preocupavam com sua saúde. A doença passou a ser o terreno mesmo das disputas, onde se dramatizavam seus conflitos entre crescer, dispensando assim a mãe como figura de sustentação, e manter-se unido a ela num pacto de não-diferenciação.

Um dos sinais dessa não-diferenciação de Guy podia ser depreendido do fato do garoto usar o sobrenome da mãe, omitindo o do pai em sua apresentação. Curiosamente, ainda, o sobrenome da mãe designa a *cruz*, a um só tempo instrumento de imolação e sinal com o qual se registra o grau de açúcar no sangue; mais cruces, mais açúcar e mais "crucificado" se mantinha Guy, sem conseguir encontrar saída para o seu impasse.

Gostaria de destacar, ainda, alguns aspectos da história de Guy que, assumindo características semelhantes às de outros pacientes, conduziram-me à hipótese sobre o adoecimento somático.

A imagem que Guy me fez "visualizar" de seu nascimento traz à tona a questão da prematuração do bebê humano e do trauma do nascimento, pelo desamparo em que se encontra face à separação do objeto que sustenta a vida e que o protege contra a sobrecarga de excitações. A ameaça de morte da mãe, presente no momento do nascimento de Guy, possivelmente ampliou a experiência universal de inundação para o ego recém-nato, assumindo proporções catastró-

ficas. Por não poder ser contido pela mãe, fragilizada ela própria em seu equilíbrio psicossomático, Guy deve trazer desse momento marcas de horror indizível cujas repercussões, seguramente, ficaram entranhadas em seu psicossoma imaturo.

Com 11 anos, então púbere, Guy encontrava-se às voltas com um "novo nascimento". Seu corpo infantil, esgarçado pelos sinais da adolescência, tornava-se vulnerável às invasões de agentes externos, enquanto seu psicossoma corria o risco de sucumbir ante as vivências de separação e de perda, despertadas por acontecimentos ou situações, cujo conteúdo fosse assimilado à *experiência do nascimento*.

O que creio ser importante assinalar, mais uma vez, através da história de Guy, diz respeito, de um lado, à natureza mesma do acontecimento que, por seu caráter violento e disruptivo, adquire uma conotação de ameaça à vida e à integridade do sujeito. Neste sentido, o evento desencadeador pode ser tanto uma perda de status social quanto, por exemplo, do lugar ocupado antes do nascimento de um irmãozinho. De outro lado, a sensibilidade individual a situações potencialmente traumáticas, assim como os chamados "períodos sensíveis", onde mudanças significativas põem em questão perdas e ganhos do sujeito, compreendem a outra face da moeda na etiologia das doenças somáticas. Assim, além da diversidade de respostas de cada sujeito às situações de separação e per-

da, temos que estar atentos ao momento da vida em que ocorreram tais situações. A fragilização psicossomática, presente em certos períodos, está relacionada, no meu entender, a uma conjugação de fatores psíquicos, orgânicos e sociais, onde a separação do objeto primordial de sustentação encontra-se em primeiro plano.

4.3 - Os três tempos da conjugação traumática

Partindo das considerações precedentes, minha experiência clínica com pacientes somáticos e os estudos empreendidos conduziram-me à hipótese de uma conjugação traumática em três tempos no adoecimento somático. Esta hipótese derivou de quatro proposições que explicito a seguir.

(i) O desencadeamento das enfermidades somáticas está, em geral, associado a um episódio atual (real ou imaginário) de separação e/ou perdas significativas.

(ii) Existem "períodos sensíveis" ou de maior vulnerabilidade do equilíbrio psicossomático, em que a fragilização das defesas possibilita uma maior incidência de doenças de tipos diversos.

(iii) Estes "períodos sensíveis" devem estar referidos a momentos conjunturais em que a separação da mãe como objeto primordial de sustentação encontra-se no primeiro plano, constituindo-se como reedições da separação originária (nascimento biológico) e da valoração traumática que pode vir a se sobrepor a esta durante o "processo da separação-individuação" (nascimento psicológico) descrito por Mahler.

(iv) O equilíbrio psicossomático depende, portanto, fun-

damentalmente, das vicissitudes do "processo de separação-individação", enquanto "momento" estruturante da matriz identificatória, resultante, primordialmente, da elaboração das perdas e lutos decorrentes do despregamento da mãe como objeto primário de sustentação.

Na hipótese do adoecimento somático, derivada dessas formulações, proponho que o nascimento biológico constitui-se no protótipo do trauma da separação e que o "processo de separação-individação" é estruturante do equilíbrio psicossomático do sujeito. Sugiro ainda que é durante a fase simbiótica e nos entremeios do processo de diferenciação da criança da mãe, que se vão significar as experiências do nascimento biológico, adquirindo nova valoração traumática, "momento" no qual vão se fundar as bases do equilíbrio psicossomático. A doença somática corresponde, assim, à "desorganização psicossomática" desencadeada por uma situação atual de separação e/ou perdas significativas, vivida como traumática, na medida em que reedita o estado de desamparo e o "impasse fundamental", implicados no ato do nascimento.

Defendo, finalmente, a existência de uma *conjugação traumática de três tempos* no adoecimento somático. Nesta, os fenômenos do adoecer somático encontram-se ligados, em sua gênese, ao trauma da separação originária, instituído pelo ato do nascimento - primeiro tempo da conjugação traumática. Um segundo tempo se

constitui pela valência psíquica que o nascimento biológico vai receber durante o "processo de separação-individuação" (diferenciação) da criança do objeto maternal, nos primeiros dois anos de vida, e pelas vicissitudes da relação da criança com o casal parental, especialmente com a mãe, com suas imagos internalizadas, seus conflitos, separações, lutos, etc. O ciclo da conjugação traumática poderá vir a se fechar, caso um acontecimento atual da história do sujeito venha reativar a experiência do *trauma originário*. Retorna, então, à cena a memória corporal do estado de desamparo com o cortejo de vivências suscitadas pelo processo de separação do objeto maternal, entre elas, o *impasse fundamental*. Nesta cena, a memória corporal assume o primeiro plano e, logo, os mecanismos envolvidos na manutenção do equilíbrio psicossomático serão colocados em cheque, constituindo o terceiro tempo da conjugação traumática.

Em resumo, a hipótese sobre o desencadeamento da doença somática toma o *trauma da separação* e o *impasse* como elementos que, ao se associarem a disposições genéticas hereditárias e constituídas pela história das relações de objeto do sujeito, compõem um quadro de risco de somatização.

A experiência clínica mostra que as doenças se manifestam quase sempre associadas a um período de perturbação econômica, ocasionada por uma separação ou uma perda de objeto (real ou imaginária) com a qual o ego não consegue lidar.

É também extensa a literatura científica sobre a relação entre separação, perda e depressão, de um lado, e a eclosão de enfermidades diversas, de outro. Atualmente, o que vem ressaltado em primeiro plano nos textos especializados são os efeitos dos fatores mencionados sobre o sistema imunitário, no sentido de uma baixa de reatividade face às agressões microbianas ou no sentido de uma resposta anormal do tipo auto-imune. (Déjours, 1988, p. 76)

Anteriormente, assinalei que a "depressão essencial" antecede e põe em marcha mecanismos de somatização, de maior ou menor vulto. A gravidade da doença dependeria de uma combinação de fatores, externos e internos ao sujeito. Entretanto, considero importante esclarecer alguns aspectos dessas afirmações que dizem respeito ao modo como elas se articulam aos conceitos implicados na minha hipótese.

Em primeiro lugar, devo distinguir que, em se tratando de uma dinâmica relacional precoce, o objeto em causa é, na verdade, um pré-objeto, e a natureza da relação, pré-conflitiva. O que detona os mecanismos implicados na somatização, de maior ou menor gravidade, é o *impasse*, cujas características já descritas dizem

respeito à angústia automática e à impossibilidade (mesmo que temporária) de mentalização.

O impasse, que detona as manifestações somáticas, refere-se ao que disse Freud sobre *o caso em que a situação análoga ao trauma do nascimento, instalando-se no Id, provoca, automaticamente, a reação de angústia*. Neste tipo de reação de angústia encontrada frequentemente nos pacientes somatizantes ou com tendência à somatização, Marty identificou *uma ausência de objeto*, especificando-a como "angústia difusa". Ela traduz a aflição profunda do sujeito, cujo ego encontra-se submerso pelo afluxo de movimentos instintuais não dominados. Diz Marty que estas angústias difusas reproduzem *um estado arcaico de transbordamento* que precedem a "depressão essencial", fator maior de adoecimento somático. (Marty, 1993, p. 19) O estado de desamparo e a "ausência" do objeto para-excitante constituem os detonadores do impasse.

Podemos estabelecer, assim, a ligação proposta no início deste item entre esses estados de angústia difusa, o trauma do nascimento e o primeiro "momento" da conjugação traumática no adoecer somático.

O impasse pode, também, ser relacionado, em sua expressão "curto-circuitada", à intensificação dos instintos de vida e de morte. Uma das experiências de Pavlov, descrita por Spitz (1979), é curiosamente ilustrativa neste sentido. Tal experiência

tinha o objetivo de explorar os efeitos dos sinais ambíguos provocadores do que Pavlov chamou de "neurose experimental". Este tipo de reação se desenvolvia pela impossibilidade, apresentada pelos cães testados, de discriminar sinais elétricos aplicados sobre dois pontos muito próximos em suas coxas. Como resposta, alguns cães desenvolveram eczema no lugar da estimulação ambígua. Spitz pretendia ilustrar, através deste experimento, que a comunicação das mães das crianças eczematosas, que ele pesquisou, era ambígua e dominada por sentimentos de culpa inconsciente, e pelos fantasmas de seu passado. Por sua vez, as crianças não formaram relações objetivas normais, ficando impedidas de evidenciar a ansiedade dos oito meses, sinal pelo qual a criança distingue afetivamente a mãe de um estranho.

O que neste aporte experimental poderia significar um desvio do referencial psicanalítico que sustenta a minha pesquisa, serve, no entanto, para tornar mais clara a idéia do impasse e de seu caráter incontornável e insólito. Desse modo, a somatização pode ser analisada como a expressão "curto-circuitada" de um "conflito" que não pode se explicitar mentalmente em seus componentes de oposição. Seja pela intensidade implicada na relação, quer seja pela fragilidade do psicossoma ao se confrontar com a situação traumática, o ego encontra-se incapaz de lidar com as ambiguidades e contradições experimentadas com a revivência do desamparo decor-

rente da "diferença" (separação) do objeto de sustentação.

Ora, de acordo com a hipótese enunciada, é através do processo de separação, de diferenciação do bebê do ego da mãe, e da possibilidade de internalização da função materna para-excitante, na saída da fase simbiótica, que se vão fundar as bases do equilíbrio psicossomático. A vulnerabilidade psicossomática a situações de perda e de separação, dependerá, fundamentalmente, de como se deram as experiências de separação do bebê da mãe durante os dois primeiros anos de vida. Ademais, sofrerá influência de como foram significadas as perdas decorrentes dessas separações no contexto das relações mãe-pai-bebê. Os lutos não elaborados dos pais, especialmente aqueles que levam a mãe a um estado de "depressão essencial", podem causar sérias repercussões à saúde física e mental da criança.

Este ponto toca de perto as idéias de André Green (1988), em seu texto "O complexo da mãe morta", onde o autor propõe relacionar a perda do seio ao que denominou de "angústia branca", traduzindo uma perda sofrida ao nível do narcisismo. Um "estado de vazio" configuraria, não a perda real do objeto, mas a convivência muito precoce com o objeto, absorto ele próprio num luto. A tristeza da mãe e a diminuição do interesse pela criança estariam em primeiro plano, apesar dos fatores que desencadeiam esta depressão da mãe poderem ser muito variados: desde a perda de

um filho ou de um objeto intensamente investido por ela, até a decepção causadora de uma ferida narcísica, como no caso do abandono da família pelo marido. Em minha experiência com pacientes diabéticos, tive a oportunidade de constatar, em numerosos casos, que a eclosão da doença de um filho se deu, pouco depois da mãe ter sido abandonada pelo marido. Nestes casos, o desinvestimento (sobretudo afetivo, mas também, representativo) do objeto materno e a identificação em espelho da criança com a "mãe morta" (deprimida) levariam, como mostra Green, à constituição de um "buraco" na trama das relações objetais com a mãe. O conceito de "desobjetalização" é de grande riqueza na compreensão dos fenômenos psicossomáticos, pois permitem destacá-los dos estados melancólicos, o que é muito importante no sentido da estratégia terapêutica a ser adotada.

Assim como Marty (1993), que distingue a "depressão essencial" da melancolia, Green mostra que os estados depressivos descritos por ele implicam processos diferentes daquela. Diversamente da melancolia, nestes não haveria indignidade nem autorrecriminação, mas sentimento de prejuízo, de injustiça. Assim, depois de haver tentado, por todos os meios possíveis, reparar a mãe absorva em seu luto, depois de ter vivido a decepção e o desamparo pela "perda" da mãe ausente da relação, o *eu* da criança poria em ação uma série de defesas contra a angústia. A agitação, a insônia e os terrores noturnos seriam manobras ativas utilizadas inicial-

mente. Depois, começaria um *desinvestimento do objeto materno* e *uma identificação inconsciente com a mãe morta*. Tratar-se-ia, segundo Green, de um assassinato psíquico do objeto, realizado sem ódio.

Vemos como Green retira desse processo a destrutividade pulsional que lhe seria naturalmente atribuída. Neste ponto, discordo de Green e alio-me a Déjours, pois encontro neste autor a argumentação que me parece mais adequada ao desenvolvimento das idéias que apresento. A meu ver, há neste processo uma "violência" inerente aos instintos de conservação, que se põe em marcha frente ao desamparo e a ameaça de inundação do ego pelo inconsciente primitivo. Por uma questão de sobrevivência, a clivagem precisa ser mantida a qualquer preço, e a violência contra o objeto (o seu assassinato psíquico) pode ser o recurso último para o impasse que se apresenta.

Essas formulações, distinguindo os mecanismos implicados na somatização, dos estados melancólicos, constituíram um fator relevante na mudança de minha concepção clínica do adoecimento somático. Ela significou, principalmente, uma focalização do caráter traumático que acompanha esses processos. Para ilustrar o que digo, e retomando a idéia dos três tempos da conjugação traumática, relato alguns fragmentos das entrevistas iniciais, realizadas em meu consultório, de um adolescente com história de infecção aguda

aos sete meses e alergia alimentar (eczema) até o momento do atendimento.

Ao falar de seu corpo e de seus traumas, Pepê ilustra, de modo claro, o conceito freudiano de *a posteriori*, no qual futuro e passado se condicionam e significam reciprocamente na estruturação do presente. Com 15 anos, Pepê parecia ter crescido além da conta. Seu corpo era desproporcional, pesadão e seu andar arrastado lembrava o de "João Grandão". Sua mãe me falara da infecção intestinal seguida de desidratação que o filho teve aos sete meses. Nesta ocasião, ela própria vivia a ameaça de perda de seu pai, falecido algum tempo depois, com câncer. Com um ano e meio, o menino começou a manifestar reações alérgicas (eczema), que, mais tarde, foram associadas à ingestão de certos alimentos, como leite, chocolate e ovos, o que se mantinha até a ocasião do atendimento. Várias pequenas cirurgias e mudanças de escola marcaram os primeiros cinco anos da vida de Pepê, que passou a demonstrar dificuldades no aprendizado escolar. Entre os 11 e os 12 anos, um crescimento muito acentuado e repentino assinalou sua entrada na puberdade. Logo no primeiro contato, o rapaz me falou de suas "teorias" a respeito da expansão das moléculas, do aumento de quatro vezes em sua massa, como o água, ao mudar do estado líquido para o sólido. Acrescentou a esta, sua teoria do "espaço-tempo", onde o passado estaria "congelado", e não poderia ser mudado, a menos que

existisse "um agente", que fosse lá no passado e o previnisse sobre o que ia acontecer. Ele próprio não poderia fazer isto, (ir ao seu passado, de quando tinha cinco anos ou coisa assim), porque com essa idade não iria se reconhecer e nem poderia reconhecer a mãe. Ao mesmo tempo, ao me dizer de seu medo de passar a terceira marcha no carro, de correr muito, e do foguete que poderia passar do ponto de chegada, representava seu próprio corpo em crescimento desenfreado. Na quinta série, Pepê queria ser motorista de ônibus e astronauta, talvez para poder manobrar esses movimentos de seu psicossoma fora de controle. Como não conseguia esse domínio, Pepê construía "teorias" na tentativa de conter seu ego ameaçado de desintegração. Entretanto, essas manobras defensivas eram ineficazes e Pepê ia se perdendo de si mesmo: não tinha amigos, fracassava nos estudos. Ir ao passado a fim de "descongelar" o que lá havia ficado preso, impossibilitado de se escoar pela via psíquica, o que ficara como "cena petrificada" em seu caráter traumático, só podia ser consentido se houvesse "um agente que previnisse" a superposição de novos traumas nesse processo de historicização. Viajar de volta para o futuro, romper a barreira do "espaço-tempo" e mexer nessa história que ficara imobilizada por uma dor indizível, podia ser igualmente traumático.

Na direção apontada por Pepê, julgo que a "qualidade" da relação terapêutica merece especial atenção no atendimento ao pa-

ciente somático. Mesmo que não possamos caracterizar este caso como tal, e de haver uma boa possibilidade para a mentalização dos conflitos (Pepê constroi "teorias"), a existência de uma história de adoecimento precoce e de manifestações alérgicas na primeira infância falaria de uma vulnerabilidade constitucional, o que indicaria a necessidade de vigilância terapêutica no sentido da utilização predominante desta via contra situações traumáticas. Convém enfatizar que a relação terapêutica é de extrema importância nos desdobramentos do processo de somatização. A flexibilidade do terapeuta para sair do enquadre analítico é essencial, de acordo com os rumos tomados em cada caso. O processo de adoecimento pode vir a se tornar o foco da atenção terapêutica na medida em que uma doença de alguma gravidade passa a ocupar o centro do trabalho. Neste caso, os ensinamentos de Marty (1989) nos conduzem à necessidade de adaptação da técnica psicanalítica clássica. Esta precaução se impõe pelo fato da sintomatologia somática constituir, na maior parte dos casos, uma prova da existência de falhas psíquicas ao nível das representações, em particular, do sistema pré-consciente. Desse modo, uma fragilidade ou insuficiência na construção do pré-consciente durante o desenvolvimento, sobretudo na primeira infância, dificultaria ou mesmo contraindicaria o tratamento psicanalítico. Isto porque, as frustrações inerentes a uma análise, aumentariam a quantidade de excitações pulsionais e inte-

lectuais, e como o inconsciente não pode emitir para o préconsciente, torna-se impossível a elaboração mental, ampliando, desta forma, os riscos de somatização.

Tecendo considerações sobre o tratamento dos pacientes somáticos, Parat (1982) repassa a questão de que o efeito terapêutico seria produzido por dois elementos relacionais: a *transferência* e a *relação*. A *relação* corresponderia ao investimento feito pelo paciente sobre a pessoa do analista, que é permeada pela confiança. Este investimento se fundaria sobre elementos subjetivos, projetivos, que a autora chamou de "transferência de base", e também sobre elementos objetivos. A "transferência de base" se constituiria por um vínculo espontâneo, interhumano, de caráter positivo, derivado dos primeiros relacionamentos do sujeito, enriquecido pelas vivências secundárias. Tendo uma origem libidinal narcisista, a *relação* ou "transferência de base" ocupa um lugar central nas psicoterapias dos pacientes atingidos por enfermidades somáticas. Seu objetivo principal é o de restabelecer o equilíbrio homeostático, lançando mão de recursos que visem uma reorganização tópica (no sentido da primeira e segunda tópicos freudianas), temporária ou habitualmente deficiente. Parat chama a atenção sobre o caráter desorganizante da interpretação transferencial clássica e diz que esta deve ser utilizada, apenas, em proveito da manutenção da relação. Quando necessária (em presença de elementos de trans-

ferência negativa que comportem risco de ruptura) a interpretação deve ter uma formulação explicativa. Assim, o material trazido pelo paciente, inclusive os sonhos, deve ser utilizado, antes de tudo, para consolidar ou para instigar os investimentos narcísicos, mediante um interesse manifesto pelos mecanismos mentais. O terapeuta exerceria, assim, basicamente, um papel paraexcitante, de reconstrução e enriquecimento dos mecanismos preconscientes deficitários ou frágeis do paciente. Ele o faz com a ajuda de ligações associativas, propostas em espelho, de uma prudente incitação às representações. O "objeto-terapeuta" se oferece, desse modo, como um objeto a introjetar.

Marty (1989) usa a terminologia "psicoterapias psicossomáticas" e diz que elas objetivam ajudar ao paciente a estabelecer ou restabelecer o melhor funcionamento possível de seu psiquismo. Aponta três aspectos importantes dessas psicoterapias: a vigilância do paciente, a função materna e as intervenções.

A *vigilância* compreenderia uma atitude de "investigação passiva contínua", que se exerce sobre a economia e a dinâmica do paciente, tanto em sua vida, quanto durante as sessões de psicoterapia. Consistiria em uma atenção permanente e uma verificação constante das fontes de excitação, dos sistemas de paraexcitação, das regressões e dos efeitos desorganizadores que estaria sofrendo o sujeito. Atento a evolução desses fenômenos, às suas interrela-

ções, e de posse de informações que lhe são transmitidas, direta ou indiretamente, durante o curso da psicoterapia, o terapeuta analisa, regularmente, a natureza e a variação dos conflitos, dos comportamentos, do funcionamento mental e do estado somático do paciente. A atenção aos sonhos pela análise da qualidade de seus conteúdos (dos mais descritivos aos mais simbólicos); das associações que se seguem a eles (em seu grau de encadeamento no conjunto do funcionamento mental); da comunicação latente sobre o estado da relação (de base ou transferencial), possibilita ao terapeuta avaliar as modificações na economia psíquica e no restabelecimento do equilíbrio psicossomático do paciente.

A *função materna* se basearia "nas possibilidades maternas do terapeuta", homem ou mulher, consistindo no acompanhamento, sobretudo verbal, com que este assinala, reflete ou antecipa, os estados e movimentos do sujeito. Com uma "meta narcisizante", o terapeuta oferece ao paciente seus próprios sistemas de sensibilidade, de comportamento e de representações, assumindo o papel das funções debilitadas do paciente, e abandonando este papel logo que haja uma reanimação destas funções. No exercício da função materna, o terapeuta dispõe da situação de face-a-face, que lhe permite intervenções sutis através de gestos e atitudes. Dispõe, principalmente, de sua palavra, da qual se utiliza, também, para firmar "as primeiras bases de uma *proximidade bilateral identificatória*".

De acordo com o que destacam os autores, é importante distinguir as intervenções descritivas e estimuladoras da *função materna*, das interpretações empregadas no contexto psicanalítico. Nestas últimas, o paciente já deverá ter recuperado uma parte de seu funcionamento psíquico libidinal - inclusive regressivo - por oposição ao funcionamento operatório, ou deverá apresentá-lo logo de início. A finalidade das intervenções pouco interpretativas é de fazer desaparecer os estados de malestar e de "depressão essencial", geradores e mantenedores de doenças somáticas graves, até atingir uma disponibilidade duradoura dos recursos psíquicos, que se encontram fragilizados e incertos nestes casos.

Os meios para chegar a esta finalidade são, às vezes, muito distantes da técnica psicanalítica, sendo, como não poderia deixar de ser, o paciente quem serve de bússula para o emprêgo da técnica. Marty enunciou quatro meios para chegar à finalidade proposta:

i) a estimulação da relação paciente-terapeuta e das relações externas do sujeito;

ii) a manutenção do funcionamento psíquico já existente e sua abertura para um desenvolvimento mais amplo;

iii) a clarificação progressiva dos conflitos e sua interiorização;

iv) o reequilíbrio dos investimentos (narcísicos, obje-

tais, eróticos, agressivos, sublimatórios) segundo as necessidades, os desejos e as capacidades do paciente.

Ao considerar a questão da analisabilidade dos pacientes somáticos, Smadja (1994) concorda com Marty quanto a "função maternal do terapeuta", entretanto coloca o conjunto das "preliminares técnicas" reunidas sob esta denominação, como parte integrante do trabalho do analista. Concebendo esta como uma etapa preliminar por referência aos objetivos próprios da análise clássica, relata um caso seu, onde se pode ver a construção das condições psíquicas necessárias no sentido de uma análise.

Finalizando estas considerações sobre a técnica e voltando à hipótese apresentada por minha tese, proponho que no atendimento ao paciente somático, particularmente àquele que é portador de doença grave, há que se lidar com os limites e, ao mesmo tempo, que se ter cuidado e paciência para enfrentar a violência explosiva contida nos núcleos arcaicos da separação originária. É com a explosão de nascimento e morte que vamos lidar nesses casos.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM, N. e TOROK, M., (1972). Introjecter-incorporer. Deuil ou mélancolie. Nouvelle Revue de Psychanalyse, Paris, 6.
- AISENSTEIN, M. e ROSENBERG, B., (1992). En guise d'introduction. Cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie, Paris, 1(25), automne.
- ALEXANDER, F., (1989). Medicina psicossomática - princípios e aplicações. Porto Alegre, Artes Médicas.
- ALVARENGA, L. L. de., (1994). Escutando o laço conjugal - uma proposta de um modelo teórico-clínico, Tese de Doutado, PUC/RJ.
- AMIEL-LEBIGRE, F., (1988). Méthodes d'évaluation des événements stressants de la vie. Encyclopédie Médico-chirurgicale. Paris, Psychiatrie 37401E, 11.
- ANDRADE, V. M., (1988). "O universo sem palavras - o conceito psicanalítico de afeto", Revista Brasileira de Psicanálise, Rio de Janeiro, 22(2).
- ANZIEU, D. Le moi-peau, (1974). Nouvelle Revue de Psychanalyse, Paris, 9, printemps.
- , (1976). L'enveloppe sonore du soi. Nouvelle Revue de Psychanalyse, Paris, 13, printemps.
- AULAGNIER, P., (1979). A violência da interpretação - do pictograma ao enunciado. Rio de Janeiro, Imago.
- , (1986). Naissance d'un corps, origine d'une histoire. Corps et histoire, Paris, Société d'Édition Les Belles Lettres.
- , (1989). Se construire un passé. Exposé théorique. Journal de la psychanalyse de l'enfant, Paris, 7.

- BACQUÉ, M. F., (1989). Perte d'objet et lutte anti-dépressive: inscription dans le corps de la faillite du travail de deuil - thèse de doctorat, Paris V.
- BAKER, G. H. B., (1987). Invited review. Psychological factors and immunity. Journal of Psychosomatic Research, 31(1).
- BARANGER, M. *et alii*, (1989). El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud: trauma puro, retroactividad y reconstrucción. Libro Anual de Psicoanálisis, Lima, Ediciones Psicoanalíticas Imago SRL, tomo IV.
- BARROIS, C., (1985). Action du traumatisme, traumatisme en action, action sur le traumatisme. Nouvelle Revue de Psychanalyse, Paris, 31.
- BÉKEI, M. (comp), (1991). Lecturas de lo psicosomático. Buenos Aires, Lugar Editor.
- BENOIT, P., (1989). Psicanálise e medicina - Teoria e casos clínicos. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- BERTRAND, M., (1990). La pensée et le trauma - Entre psychanalyse et philosophie, Paris, L'Harmattan.
- BIANCHEDI, E. T. *et alii*, (1989). Ubicación metapsicológica de la teoría de la angustia de la obra de Freud y Melanie Klein. Libro Anual de Psicoanálisis, Lima, Ediciones Psicoanalíticas Imago SRL, tomo IV.
- BICK, E., (1968). The experience of the skin in early object relation. International Journal of Psycho-Analysis, London, 49.
- BIRMAN, J., (1980). Enfermidade e loucura - sobre a medicina das interrelações. Rio de Janeiro, Editora Campus.
- (coord), (1988). Percursos na história da psicanálise. Rio de Janeiro, Editora Taurus.
- BLAKISTON, (1979). Dicionário Médico. São Paulo, Organização Andrei Editor.
- BLEGER, J., (1977). Simbiose e ambigüidade. Rio de Janeiro, Francisco Alves.

- CAPISANO, H. F., (1975). Algumas contribuições psicanalíticas à medicina psicossomática. Encontro Argentino-Brasileiro de Medicina Psicossomática. Buenos Aires.
- CÉLERIER, M. C., (1991). Corps et fantasmés. Pathologie du psychosomatique. Paris, Dunod.
- CHIOZZA, L. A., (1977). Cuerpo, afecto y lenguaje - psicoanálisis y enfermedad somática. 2ª ed. Buenos Aires, Paidós.
- , (1982). Psicoanálisis y enfermedad somática en la práctica clínica. Eidon, Buenos Aires, 16(9).
- CHRISTENSON, M. R. e WILSON P. W., (1985). Assessing pathology in the separation-individuation process by an inventory. A preliminary report. The Journal of Nervous and Mental Disease, Baltimore, 173(9).
- CONSOLI, S., (1984). Narcisisme et étayage en psychosomatique. L'information Psychiatrique, 60(6).
- COSNIER, J. (org), (1980). Corps et langage en psychanalyse - Actes du Colloque des Arcs, Presses Universitaires de Lyon, I e II.
- CUNHA, M. S. R., (1982). A função delimitadora da pele no processo de individualização - estudo de um caso de dermatite atópica. Dissertação de mestrado, PUC/SP.
- , (1985). A pele como função de delimitação egóica: doenças dermatológicas- feridas no ego?. Cadernos de Psicanálise, Rio de Janeiro.
- , (1990). Observação de um caso de dermatite atópica infantil. Informação Psiquiátrica, Rio de Janeiro, 9(2).
- DEBRAY, R., (1978). Conflits, fantasmés et réalité. `A propos de leur traitement chez des diabétiques insulino-dépendants. Psychologie Française, Paris, 23(2).
- , (1983). L'équilibre psychosomatique - organisation mentale des diabétiques, Paris, Dunod.
- , (1983). Préconscient et maladie somatique. Quelques interrogations actuelles. Revue Française de Psychanalyse,

Paris, 47.

- , (1984). `A propos des troubles somatiques dans l'oeuvre de Freud et celle de certains de ses successeurs. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 5.
- , (1985). Un cas de "cris paroxystique" chez un bébé de quatre mois traité par une psychothérapie conjointe mère-enfant. Neuropsychiatrie de l'enfance, Paris, 33(2-3).
- , (1987). Le trauma du corps, maladie somatique et liberté psychique. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 3.
- , (1988). Bebês/mães em revolta - tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces, Porto Alegre, Artes Médicas.
- DÉJOURS, C., (1988). O corpo entre a biologia e a psicanálise. Porto Alegre, Artes Médicas.
- , (1991). Repressão e subversão em psicossomática - investigações psicanalíticas sobre o corpo. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- , (1989). Avant-propos. FAIN, M. e DÉJOURS, C. (orgs), Corps malade et corps erotique, 3ème édition, Paris, Masson.
- , (1993). Les maladies somatiques: sens ou non-sens? Cliniques Méditerranéennes, Toulouse, 37-38.
- , (1994). La corporieté: entre psychosomatique et sciences du vivant. Somatisation - psychanalyse et sciences du vivant, Paris, Eshel.
- , (1980), Marty P. & Herzberg-Poloniécka R. Les questions théoriques en psychosomatique. Encyclopedie médico-chirurgicale, Paris, Psychiatrie 37400 C10, 7.
- D'ÉPINAY, M. L., (1988). Grodeck: a doença como linguagem. Campinas, Papirus.
- DOLAN, B. M. *et alli*, (1992). The separation-individuation Inventory. Association with borderline phenomena. The Journal of Nervous and Mental Disease, Baltimore, 180(8).
- DOLTO, F., (1984). L'image inconscient du corps. Paris, Edición du

Seuil.

- DONABEDIAN, D. e FAIN M., (1993). Psychosomatique et pulsion. Cahiers de Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie, Paris, 2(26), printemps.
- DOR, J., (1991). Estrutura e perversões. Porto Alegre, Artes Médicas.
- DORIAN, B. e GARFINKEL, P. E., (1987). Stress, immunity and illness. A review. Psychological Medicine, 17.
- EKSTERMAN, A., (1986). Psicossomática: o diálogo entre a psicanálise e a medicina. Psicossomática, julho/setembro.
- ELBEZ, J. C., (1993). Psychosomatique et psychanalyse. Cliniques Méditerranéennes, Toulouse, 37-38.
- FAIN, M., (1981). Vers une conception psychosomatique de l'inconscient. Revue Française de Psychanalyse, 45.
- , (1984). Des complexités de la consultation en matière psychosomatique. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 5.
- , (1984). Avant-propos. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 5.
- & DEJOURS, C. (orgs.), (1989). Corps malade et corps érotique. Paris, Masson.
- FARIAS, F. R., s.d.e. O inconsciente e a dimensão corporal na relação analítica (ou o corpo em análise). [mimeo].
- FERENCZI, S., [1917]. As patoneuroses. Escritos psicanalíticos, Rio de Janeiro, Livraria Taurus Editora, s.d.
- , [1924]. Os fantasmas provocados. Escritos Psicanalíticos, Rio de Janeiro, Livraria Taurus Editora, s.d.
- , [1925]. Psicanálise dos hábitos sexuais. Escritos Psicanalíticos, Rio de Janeiro, Livraria Taurus Editora, s.d.
- , [1926]. Crítica à obra de Rank: "Técnica da psicanálise". Escritos Psicanalíticos, Rio de Janeiro, Livraria Taurus Editora, s.d.

- , [1928]. Elasticidade da técnica psicanalítica. Escritos Psicanalíticos, Rio de Janeiro, Livraria Taurus Editora, s.d.
- FERNANDEZ, R. (1978). La piel como órgano de expresión. Buenos Aires, [mimeo].
- FERRARI, H. *et alii*, (1971) La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Buenos Aires, Editora Nueva Visión.
- FISCHER, N., (1989). Anorexia nervosa and unresolved rapprochement conflicts. A case study. International Journal of Psychoanalysis, London, 70.
- FRANÇA, M. I. R. F., (1995). A estética e a ética do desejo: um estudo psicanalítico, Tese de Doutorado, PUC/RJ.
- FREUD, S., (1969 a 1977). Obras completas. Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro, Imago.
- , [1894]. As neuropsicoses de defesa. vol. III, 1976.
- , [1894]. Rascunho E. vol. I, 1977.
- , [1895]. Rascunho G. vol. I, 1977.
- , [1895]. Rascunho I. vol. I, 1977.
- , [1895]. Projeto para uma psicologia científica. vol. I, 1977.
- , [1895]. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia. vol. III, 1976.
- , [1897]. Rascunho N. vol. I, 1977.
- , [1897]. Carta 69. vol. I, 1977.
- , [1900]. Interpretação dos sonhos. vol. IV e V, 1972.
- , [1905]. Fragmentos da análise de um caso de histeria. vol. VII, 1972.
- , [1905]. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. vol. VII, 1972.

- , [1906]. Meus pontos de vista sobre o papel desempenhado pela sexualidade na etiologia das neuroses. vol. VII, 1972.
- , [1909]. Notas sobre um caso de neurose obsessiva. vol. X, s.d.
- , [1910]. Concepção psicanalítica das perturbações psicogênicas da visão. vol. XI, 1970.
- , [1914]. Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). vol. XII, 1969.
- , [1914]. Sobre o narcisismo: uma introdução. vol. XIV, 1974.
- , [1915]. Os instintos e suas vicissitudes. vol. XIV, 1974.
- , [1915]. O inconsciente. vol. XIV, 1974.
- , [1917]. Luto e melancolia. vol. XIV, 1974.
- , [1917]. Conferências introdutórias sobre psicanálise (parte III). vol. XVI, 1976.
- , [1918]. História de uma neurose infantil. vol. XVII, 1976.
- , [1919]. Introdução a A psicanálise e as neuroses de guerra. vol. XVII, 1976.
- , [1920]. Além do princípio de prazer. vol. XVIII, 1976.
- , [1923]. O Ego e o Id. vol. XIX, 1976.
- , [1926]. Inibições, sintomas e ansiedade. vol. XX, 1976.
- , [1932]. Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise. vol. XXII, 1976.
- , [1937]. Análise terminável e interminável. vol. XXIII, 1975.
- , [1939]. Moisés e o monoteísmo. vol. XXIII, 1975.
- , [1940]. Esboço de psicanálise. vol. XXIII, 1975.
- , [1926]. Inhibition, symptôme et angoisse. Oeuvres complètes: psychanalyse, Paris, 17, 1992.

- & BREUER, J., [1893]. Estudos sobre a histeria. Edição Standard Brasileira, Imago, Rio de Janeiro, vol. II, 1974.
- GACHELIN, G., (1986). Vie relationnelle et immunité. Corps et histoire, Paris, Les Belles Lettres.
- GAMBLE, D. R., (1980). The epidemiology of insulin dependent diabetes, with particular reference to the relationship of virus infection to its etiology. Epidemiologic, Baltimore, 2.
- GANTHERET, F., (1971). Remarques sur la place et le statut du corps en psychanalyse. Nouvelle Revue de Psychanalyse, Paris, 3.
- GARCIA-ROZA, L. A., (1988). Freud e o inconsciente. 4ª ed., Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- , (1990). O mal radical em Freud. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- , (1990). O corpo em psicanálise. Agenda de Psicanálise, Rio de Janeiro.
- , (1995). Introdução à metapsicologia freudiana. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, vol. III.
- GAUTHIER, J. M., (1993). L'enfant malade de sa peau - approches psychosomatique de l'allergie précoce. Dunod, Paris.
- , s.d.e. Le corps et l'imaginaire, [mimeo].
- GOMES, M. B., (1989). Aspectos imunológicos do diabetes tipo I: estudo de prevalência de auto-anticorpos. Dissertação de doutorado, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- GREEN, A., (1982). O discurso vivo - uma teoria psicanalítica do afeto. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- , (1988). Narcisismo de vida, narcisismo de morte. São Paulo, Escuta.
- *et alii*, (1988). A pulsão da morte. São Paulo, Escuta.
- , (1990). Conferências brasileiras de André Green - metapsicologia dos limites. Rio de Janeiro, Imago.

- , (1992). Un psychanalyste face aux neurosciences. La Recherche, 23 (247), octobre.
- , (1994). Psychique, somatique et psychosomatique. Somatization: psychanalyse et sciences du vivant, Isabelle Billiard et alii, Paris, Eshel.
- GREENACRE, P., (1945). The biological economy of birth. Psychoanalytic Study of the Child, Nova York, 1.
- , (1971). Traumatisme, croissance et personnalité. Paris, Presses Universitaires de France.
- GRODDECK, G., (1988). O livro d'Isso. São Paulo, Editora Perspectiva.
- , (1992). Estudos psicanalíticos sobre psicossomática, São Paulo, Editora Perspectiva.
- & FREUD, S., (1975). Les deux premières lettres. Nouvelle Revue de Psychanalyse, Paris, 12.
- GUIR, J., (1988). A psicossomática na clínica lacaniana. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- HAAG, G., (1985). La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. Neuropsychiatrie de l'enfance, Paris, 33(2-3).
- HARRUS-REVIDI, G., (1991). Sur les rapports entre la psychanalyse et la psychosomatique: une évidence épistémologique. Revue Française de Psychosomatique, Paris, 1.
- HAYNAL, A. & PASINI, W., (1983). Medicina psicossomática. São Paulo, Masson.
- JASMIN, C. et alii, (1990). Evidence for a link between certain psychological factors and the risk of breast cancer in a case-control study. Annals of Oncology, 00:000-000.
- JONES, E., (1970). Vida e obra de Sigmund Freud, vol.II, Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- KALTENBECK, F., (1990). A complacência somática. WARTEL, R. et alii. Psicossomática e Psicanálise, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.

- KLEIN, M. *et alii*, (1978). Os progressos da psicanálise. Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- KNAPP, P. H. *et alii*, (1966). Asthma, melancholia, and death. Psychosomatic Medicine, 28(2).
- KOGAN, I., (1989). La segunda piel. Libro Anual de Psychoanalysis, Lima, Ediciones Psicoanalíticas Imago SRL, tomo IV.
- KOHUT, H., (1984). Self e narcisismo. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- KREISLER, L., (1984). De la pédiatrie a l'économie psychosomatique de l'enfant. Revue Francaise de Psychanalyse, Paris, 5.
- *et alii*, El niño y su cuerpo - Estudios sobre la clinica psicossomática de la infancia. Buenos Aires, Amorrortu.
- , (1991). Le nouvel enfant du désordre psychosomatique. Toulouse, Privat.
- LACAN, J., (1977). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. SEIXO M.A. (dir.), O sujeito, o corpo e a letra- ensaios de escrita psicanalítica. Lisboa, Arcádia.
- LACOMBE, P., (1959). Du role de la peau dans l'attachement mere-enfant. Revue Francaise de Psychanalyse, Paris, 23.
- LANGENBACH, M. & NEGREIROS, T. C. (orgs), (1987). A psicologia no Rio de Janeiro - Versões e reflexões. PUC/RJ.
- LAPLANCHE, J., (1985). Vida e morte em psicanálise. Porto Alegre, Artes Médicas.
- , (1987). Le baquet - transcendance du transfert. Problématiques V. Paris, PUF.
- & PONTALIS, J. B., (1967). Vocabulaire de la Psychanalyse. Paris, Presses Universitaires de France.
- & -----, (1990). Fantasia originária, fantasias das origens, origens das fantasias. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- LEBOVICI, S. e SOULÉ, M., (1980). O conhecimento da criança pela

- psicanálise. Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- LECLAIRE, S., (1979). O corpo erógeno - uma introdução à Teoria do Complexo de Édipo. Rio de Janeiro, s.e.
- , (1977). Tomar o corpo à letra ou como falar do corpo? SEIXO M.A. (dir.) O sujeito, o corpo e a letra. Lisboa, Arcádia.
- LEFEBVRE, P., (1980). The narcissistic impasse as a determinant of psychosomatic disorder. The Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 5(1).
- , (1984). La psyqué de la somatose en quête de névrose. Le sentier obstrué. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 5.
- , (1990). Psychanalyse d'une patiente atteinte de recto-colite hémorragique. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 3.
- LETARTE, P., (1980). Le corps dans le transfer psychotique. COSNIER J. (org.) Corps et langage en psychanalyse, Lyon, vol. 1.
- MAHLER, M. *et alii*, (1977). O nascimento psicológico da criança - simbiose e individuação. Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- McDOUGALL, J., (1983). Em defesa de uma certa anormalidade - teoria e clínica psicanalítica. Porto Alegre, Artes Médicas.
- , (1991). Teatros do corpo - o psicossoma em psicanálise. São Paulo, Martins Fontes.
- , (1992). Teatros do eu, Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- MARTY, P., (1951). Aspects psychodynamiques de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 15(2).
- , (1958). La relation objectale allergique Revue Française de Psychanalyse, Paris, 12(1).
- , (1963). *et alii*. L'investigation psychosomatique. Paris, Presses Universitaires de France.
- & M'UZAN, M. de, (1963). La pensée opératoire. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 27.

- , (1968). La depression essentielle. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 32(3).
- *et alii*, (1968). Le cas Dora et le point de vue psychosomatique. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 32(4).
- , (1968). A major process of somatisation: the progressive disorganization. International Journal Psychoanalysis, New York, 49.
- , (1976). Les mouvements individuels de vie et de mort - essai d'économie psychosomatique. Paris, Payot.
- , (1980). L'ordre psychosomatique. Paris, Payot.
- , (1984). `A propos des rêves chez les malades somatiques. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 5.
- , (1985). Essai de classification psychosomatique de quelques malades somatiques graves. Psychiatrie Française, 5.
- & LORIOD, J., (1986). Fonctionnement mental et fonctionnement somatique. Corps et histoire, Paris.
- , (1988). Dispositions mentales de la première enfance et cancers de l'âge adulte. Psychothérapies, 4.
- , (1989). Quelques voies de recherche en psychosomatique. Conferência em Madri, outubro, s. e. [mimeo].
- , (1989). A proposito de las psicoterapias individuales en psicossomática. Conferência em Barcelona, s. e. [mimeo].
- , (1989). Des processus de somatisation. FAIN, M. e DÉJOURS, C. (org.) Corps malade et corps érotique, Paris, Masson.
- , s.d.e. Depression essentielle et maladies somatiques graves. [mimeo].
- , (1990). Les critères de gravité en psychosomatique. Conferência em Bordeaux, setembro, s. e. [mimeo].
- , (1991). Mentalisation et psychosomatique, Laboratoire Delagrangé, Paris.

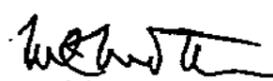
- , (1991). Puntos de fijación somática, paralización de las desorganizaciones. MARTA B. (compil.), Lecturas de lo psicossomático, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- , (1993). A psicossomática do adulto, Porto Alegre, Artes Médicas.
- MELLO FILHO, J., (1979). Concepção psicossomática: visão atual. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.
- *et alii*, (1992). Psicossomática hoje. Porto Alegre, Artes Médicas.
- MENAKER, E., (1982). Otto Rank: A rediscovered legacy. New York, Columbia University Press.
- NASIO, J. D., (1991). A histeria - teoria e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- PARAT, C., (1982). Transfert et relation en analyse. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 2.
- , (1991). `A propos de la répression. Revue Française de Psychosomatique, Paris, 1.
- PEDINIELLI, J. L., (1986). Le "travail de la maladie" chez les insuffisants respiratoires chroniques, thèse de doctorat, Paris V.
- PHELPIN, M. C., (1993). Asthmologie: un regard de psychologue clinicienne - thèse de doctorat, Paris V.
- QUINODOZ, J. M., (1991). La solitude apprivoisée, Paris, Presse Universitaire de France.
- RANK, O., [1924]. Le traumatisme de la naissance. Paris, Payot, 1976.
- ROCHA, F., (1987). Notas sobre a contribuição de alguns analistas da Sociedade Psicanalítica de Paris à compreensão dos distúrbios psicossomáticos. Rio de Janeiro, março, s.e., [mimeo].
- , (1989). Pacientes somatizantes e luto psicossomático. Foco, Rio de Janeiro, 2(41), julho.

- RODRIGUES A. L., s. d. Conceito atual. Temas de Medicina Psicossomática, Roche (divulg.).
- ROPA, D. & MURARO, D. (orgs), (1990). Agenda de Psicanálise - O corpo na psicanálise. Rio de Janeiro, 2, Relume Dumará.
- RUSSO, J.A., (1991). Tornar-se terapeuta corporal: a trajetória social como processo de "autoconstrução". Phisis - revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, 1(2).
- SAMI-ALI, M., (1979). Cuerpo real, cuerpo imaginário - para una epistemologia psicoanalitica. Buenos Aires, Paidós.
- , (1987). Penser le somatique: imaginaire et pathologie. Paris, Dunod.
- SCHENQUERMAN, C., (1981). Retorno al cuerpo e interpretación simbolizante. Trabajo del Psicoanálisis, México, 1(1).
- SCHUR, M., (1955). Comments on the metapsychology of somatization. Psychoanalytic Study of the Child, Nova York, 10.
- SERON F., (1987). L'économie psychosomatique des transplantés renaux: une tolerance immunologique, une tolerance psychologique?, thèse de doctorat, Université Paris V.
- SMADJA, C., (1991). Le concept de pulsion: essai d'étude comparative chez Freud et Marty. Revue Française de Psychosomatique, Paris 1.
- , (1992). Excitation et pulsion. Cahiers de Psychanalyse et de Psychothérapie, Paris, 25, automne.
- , (1994). Préliminaires techniques à l'analysabilité de patients atteints d'affections somatiques. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 4.
- SOLER, C., (1954). Le corps dans l'enseignement de J. Lacan. Quarto, 16.
- SOULAS, B., (1978). Deuil et apparition des crises épileptiques chez l'enfant. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 42(3).
- SPERLING, M., (1949). The role of the mother in psychosomatic disorders in children. Psychosomatic Medicine, 11(6).

- SPITZ, R. A., (1960). No y si - sobre la genesis de la comunicaci3n humana. Buenos Aires, Paid3s.
- , (1979). O primeiro ano de vida. S3o Paulo, Martins Fontes.
- TAMMINEM T. M., *et alii*, (1991). Psychosomatic symptoms in preadolescent children. Psychotherapy and Psychosomatics, 56(1-2).
- TREUTING, T. F., (1962). The role of emotional factors in the etiology and course of diabetes mellitus. American Journal of Medical Science, 244.
- VALAS, P., (1990). Horizontes da psicossom3tica. WARTEL, R. *et alii*. Psicossom3tica e psican3lise, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- VASCONCELOS, D., (1992). SIDA: am3nagements defensifs chez des sujets homosexuels s3ropositifs, th3se de doctorat, Universit3 Paris V.
- VILETE, E. P., (1989). O mal da lua - um estudo sobre as fronteiras do self. Trabalho apresentado no XII Congresso Brasileiro de Psican3lise, Rio de Janeiro.
- WALLERSTEIN, R. S., (1989). Un psicoan3lisis o muchos? Libro Anual de Psicoan3lisis, Lima, Ediciones Psicoanal3ticas Imago SRL, tomo IV.
- WARTEL, R. *et alii*, (1990). Psicossom3tica e psican3lise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- WINNICOTT, D. W., (1978). Textos selecionados: da pediatria 3 psican3lise. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- , (1983). O ambiente e os processos de maturaci3o - estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, Artes M3dicas.
- , (1990). Natureza humana. Rio de Janeiro, Imago.

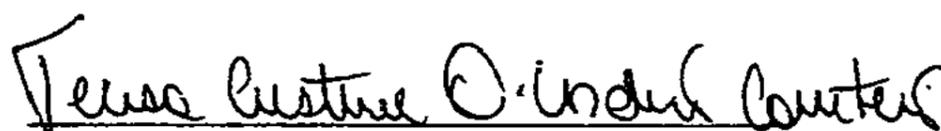
Tese apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Maria Stella Rodrigues da Cunha, intitulada "*Trauma e Impasse nos três tempos do adoecer somático*", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:


Profª. Angela Baraf Podkameni
PUC/Rio


Profª. Maria Euchares Motta
PUC/Rio


Profª. Terezinha Féres-Carneiro
PUC/Rio


Prof. Francisco Ramos de Farias
UERJ


Profª. Tereza Cristina Cordeiro Carretero
UFF

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, 9 de agosto de 1996. 19/02/97


Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas