

Lucas Nápoli dos Santos

O adoecimento somático em Psicanálise

Por uma nova matriz de compreensão

TESE DE DOUTORADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-graduação em Psicologia
Clínica

Rio de Janeiro

Março de 2017



Lucas Nápoli dos Santos

O adoecimento somático em Psicanálise

Por uma nova matriz de compreensão

Tese de Doutorado

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção de grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior

Rio de Janeiro

Março de 2017



Lucas Nápoli dos Santos

O adoecimento somático em Psicanálise

Por uma nova matriz de compreensão

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada

Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior

Orientador

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof. Monah Winograd

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof. Carlos Alberto Plastino

Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof. André Martins Vilar de Carvalho

Instituto de Filosofia e Ciências Sociais – UFRJ

Prof. Eliana Schueler Reis

Faculdade Angel Vianna

Prof. Monah Winograd

Coordenadora Setorial de Pós-graduação e
Pesquisa do Centro de Teologia e Ciências
Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 13 de março de 2017.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Lucas Nápoli dos Santos

Graduou-se em Psicologia na Universidade Vale do Rio Doce em 2009. Concluiu um Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 2012. Atua como psicólogo clínico de orientação psicanalítica desde 2010. É professor de cursos de graduação e pós-graduação na Faculdade Pitágoras de Governador Valadares. Exerce também o cargo de Psicólogo no campus Governador Valadares da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Desde a graduação, interessa-se pela questão das relações entre corpo e mente e pela dimensão simbólica do adoecimento orgânico.

Ficha Catalográfica

Santos, Lucas Nápoli dos

O adoecimento somático em psicanálise : por uma nova matriz de compreensão / Lucas Nápoli dos Santos ; orientador: Carlos Augusto Peixoto Junior – 2017.

220 f. ; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2017.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Adoecimento. 3. Psicossomática. 4. Donald Woods Winnicott. 5. Sándor Ferenczi. 6. Georg Groddeck. I. Peixoto Junior, Carlos Augusto. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

*Para minha esposa, Rosângela, cujo apoio foi essencial
para que este trabalho viesse à luz.*

Agradecimentos

Àquele que É, em quem “vivemos, e nos movemos, e existimos”, por cuja graça pude concluir esse árduo percurso. *Soli Deo gloria.*

À minha amada esposa, Rosângela, minha maior incentivadora, cujo estímulo amorosamente firme ao longo da escrita da tese me manteve em movimento para alcançar o alvo tão desejado.

À minha mãe, Maria do Socorro, que fez jus a seu nome nos momentos em que precisei.

Ao meu grande amigo Thalles Contão, companheiro do Caminho, que, mesmo à distância, se fez presente com palavras de conforto e ouvidos para ouvir.

Ao meu orientador, Prof. Carlos Augusto Peixoto Jr., pela paciência, pelas correções, pelas observações sempre oportunas e pelo modo gentil e não intrusivo de orientar.

Aos professores André Martins e Carlos Alberto Plastino, que me acompanham desde o mestrado, e cujos apontamentos no exame de qualificação contribuíram enormemente para o aprimoramento deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio com os quais convivi, cujas aulas certamente exerceram influência sobre os rumos de minha pesquisa.

Aos meus colegas de Doutorado, em especial ao Danilo Godinho, pela amizade, parceria e pelas divertidas e frutíferas conversas.

Resumo

Santos, Lucas Nápoli dos; Peixoto Junior, Carlos Augusto. **O adoecimento somático em psicanálise: por uma nova matriz de compreensão.** Rio de Janeiro, 2017. 220 p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O modelo teórico da chamada Escola de Psicossomática de Paris foi o que adquiriu maior prestígio no campo psicanalítico para a abordagem das doenças psicossomáticas. Tal modelo está alicerçado na tese de que o adoecimento físico é resultante de uma insuficiência do funcionamento mental, condição que faz com que o corpo se torne o escoadouro do acúmulo de excitações desencadeadas por uma experiência traumática. Fundamentada em uma análise crítica do modelo francês, a presente tese teve o objetivo principal de traçar o esboço de outro modelo psicanalítico de abordagem do adoecimento somático a partir de uma articulação entre contribuições de três autores da tradição psicanalítica (Sándor Ferenczi, Georg Groddeck e Donald Woods Winnicott) e alguns aportes extraídos da filosofia de Benedictus de Spinoza. Ao longo do trabalho, desenvolvemos articulações entre os quatro autores, destacando os elementos básicos da matriz de compreensão que estamos propondo, a saber: (1) corpo e psique são tomados como dois aspectos de uma realidade integral concebida como um sistema aberto em regime de permanente afetação mútua com o entorno; (2) todas as formas de adoecimento são concebidas como sendo psicossomáticas; (3) todas as formas de adoecimento são simbólicas no sentido de que são a expressão de processos de afetação psicossomática com o entorno, os quais se dão não apenas no corpo (em suas dimensões fisiológica e afetiva), mas também na psique, que se constitui num movimento de elaboração imaginativa da experiência corpórea.

Palavras-chave

Adoecimento; psicossomática; Escola de Psicossomática de Paris; Sándor Ferenczi; Georg Groddeck; Donald Woods Winnicott; Benedictus de Spinoza; relação corpo-mente.

Abstract

Santos, Lucas Nápoli dos; Peixoto Junior, Carlos Augusto (Advisor). **Somatic illness in psychoanalysis: for a new framework**. Rio de Janeiro, 2017. 220 p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The model of the so-called Paris School of Psychosomatics was the one that acquired more prestige in the psychoanalytic field to approach the psychosomatic diseases. This model is based on the thesis that physical illness is the result of a insufficiency of mental functioning, a condition that causes the body to become the outlet for the accumulation of excitations triggered by a traumatic experience. Based on a critical analysis of the French model, the present thesis had the main objective of outlining another psychoanalytic model of approach to somatic illness based on an articulation between contributions of three authors of the psychoanalytic tradition (Sándor Ferenczi, Georg Groddeck and Donald Woods Winnicott) and some contributions extracted from the philosophy of Benedictus of Spinoza. Throughout the work, we developed articulations between the four authors, highlighting the basic elements of the framework that we are proposing, namely: (1) body and psyche are taken as two aspects of an integral reality conceived as an open system in regime of lasting mutual affection with the environment; (2) all forms of illness are conceived as being psychosomatic; (3) all forms of illness are symbolic in the sense that they are the expression of processes of psychosomatic affectation with the environment, which occur not only in the body (in its physiological and affective dimensions) but also in the psyche, which constitutes a movement of imaginative elaboration of the bodily experience.

Keywords

Illness; Psychosomatic; Paris Psychosomatic School; Sándor Ferenczi; Georg Groddeck; Donald Woods Winnicott; Benedictus of Spinoza; Body-mind relationship.

Sumário

1 Introdução	11
2 Uma análise crítica do quadro teórico da Escola de Psicossomática de Paris.....	19
2.1 A herança metapsicológica	20
2.2 A formação da Escola de Psicossomática de Paris	25
2.3 Pensamento operatório	31
2.4 Depressão essencial e desorganização progressiva.....	46
2.5 Um modelo solipsista, dualista e iluminista.....	53
3 O adoecimento somático em Ferenczi, Groddeck e Winnicott.....	58
3.1 Sándor Ferenczi.....	57
3.1.1 O corpo como matriz da experiência psíquica	59
3.1.2 Fenômenos de materialização histórica e a dimensão plástica do corpo.....	67
3.2 Georg Groddeck	80
3.2.1 A inserção de Groddeck no campo psicanalítico	81
3.2.2 O conceito de Isso	85
3.2.3 Toda doença é psicossomática	87
3.3 Donald Woods Winnicott.....	99
3.3.1 Breves apontamentos sobre a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott	99
3.3.2 Corpo, psique, mente e personalização	106
3.3.3 A concepção winnicottiana de transtorno psicossomático	112
4 Spinoza e a possibilidade de uma psicossomática não dualista	121

4.1 Considerações preliminares	121
4.2 O monismo spinozano e os conceitos de substância, atributo e modo.....	123
4.3 Os conceitos de corpo e de mente na <i>Ética</i>	127
4.4 Igualdade e simultaneidade: a relação entre corpo e mente em Spinoza .	132
4.5 Uma psicossomática sem psicogênese	147
5 Esboço de uma nova matriz de compreensão do adoecimento somático em Psicanálise	157
5.1 Monismo, dualismo e interacionismo em Spinoza, Ferenczi, Groddeck e Winnicott	158
5.2 Uma releitura dos achados clínicos da Escola de Psicossomática de Paris.....	161
5.3 A psique como produção de sentido	168
5.4 O valor heurístico do conceito de Isso	172
5.5 Uma perspectiva relacional do adoecimento.....	178
5.6 Para-além da anatomia e da fisiologia: um corpo sem órgãos	193
6 Conclusão	200
7 Referências bibliográficas	211

*Que é mais fácil dizer: 'Os seus pecados estão
perdoados', ou: 'Levante-se e ande'?*
Mateus 9:5

1

Introdução

Com o advento da modernidade, a visão do homem como um ser integral e integrado à natureza deu lugar a uma série de dicotomias, como natureza/cultura, indivíduo/sociedade, homem/natureza e corpo/mente (Luz, 1988). Herdeira de tais pressupostos, a medicina moderna imaginou ser capaz de contemplar a complexidade do adoecer através de uma rígida separação entre *doenças mentais* e *doenças orgânicas*. O preço pago por esse reducionismo foi a dificuldade e, em certo sentido, *resistência* do campo médico em lidar com enfermidades que não poderiam ser situadas adequadamente nem no âmbito das patologias psíquicas nem entre as somáticas. Estamos nos referindo a doenças que apresentavam de forma patente e inequívoca uma associação entre elementos subjetivos e orgânicos, parecendo localizar-se na fronteira entre os dois campos. Esse era o caso, por exemplo, da histeria. Na primeira de suas “*Cinco Lições de Psicanálise*” ministradas na Clark University em 1909, Freud comenta o desafio que as manifestações históricas representaram para o saber médico no final do século XIX:

O médico que, por seus estudos, adquiriu tantos conhecimentos vedados aos leigos, pode formar uma ideia da etiologia das doenças e de suas lesões [...] Em face, porém, das particularidades dos fenômenos históricos, todo o seu saber e todo o seu preparo em anatomia, fisiologia e patologia deixam-no desamparado (Freud, 1910/1996, p. 29)

Assim, para sustentar a tese de que os sintomas corporais dos pacientes históricos possuiriam causalidade psíquica e poderiam ser tratados através de uma psicoterapia, Freud teve que enfrentar uma forte resistência de muitos médicos de sua época que acreditavam ser possível, no futuro, se descobrir as bases orgânicas da histeria. Outros insistiam que a sintomatologia histórica era apenas a forma que mulheres burguesas frustradas encontravam para atraírem a atenção de pessoas à sua volta. Nesse sentido, ao insistir em remeter os sintomas somáticos da histeria a conteúdos psíquicos, Freud acabou colocando em xeque a separação entre doenças mentais e doenças orgânicas,

demonstrando, no mínimo, que as fronteiras entre esses dois campos poderiam ser suficientemente porosas para permitir a interação entre eles.

Contudo, alguns anos antes de o fundador da psicanálise iniciar seus estudos sobre a histeria, o médico alemão Johann Christian August Heinroth, em 1818, já defendia a tese de que patologias orgânicas poderiam ser provocadas por fatores de natureza anímica. Fundamentado em concepções que misturavam religião e ciência, Heinroth acreditava que as doenças físicas poderiam ser o resultado de um processo de degeneração da alma provocado por uma vida pecaminosa (Steinberg et al., 2013). Apesar dessa interpretação moralizante do adoecimento, o pensamento de Heinroth tem sido considerado relevante na medida em que, na aurora da medicina moderna, propõe uma visão ampla do processo saúde-doença que não contempla apenas fatores anátomo-fisiológicos. Além disso, a obra do autor testemunha uma das primeiras aparições do termo “psicossomática” na literatura médica.

Apesar da presença da expressão “psicossomática” já se fazer presente nas publicações de medicina desde meados do século XIX, Freud jamais empregou esse termo, mesmo na abordagem de patologias para as quais ele poderia se mostrar pertinente, como era o caso da histeria. De fato, como dissemos, o aspecto inovador da abordagem freudiana dos sintomas histéricos fora justamente a hipótese de que esses possuiriam uma causalidade psíquica. A julgar por essa interpretação, poderiam, portanto, ser consideradas afecções verdadeiramente psicossomáticas, pelo menos na acepção original proposta por Heinroth. Freud, contudo, formulara o termo “conversão” para se referir ao mecanismo que possibilitaria a expressão de conteúdos psíquicos através de afecções somáticas na histeria. A hipótese freudiana era a de que a soma de excitação (afeto) investida em determinadas representações mentais recalçadas seria transformada em estímulos somáticos, dando origem a sintomas como paralisias, dores, vômitos etc. (Freud, 1910/1996).

Como atestam seus primeiros escritos psicanalíticos, a histeria não foi a única modalidade de adoecimento somático pela qual Freud se interessara. Como mencionamos anteriormente, o fundador da psicanálise reconhecia a existência de outro grupo de patologias somáticas, diferentes da histeria, mas

que também estariam relacionadas a determinadas variáveis que hoje poderíamos denominar de “subjetivas”: as neuroses atuais. Freud forjou essa categoria nosológica para distinguir tais afecções de outro tipo de neuroses, às quais havia chamado de “psiconeuroses” (Freud, 1898/1996). Nesse segundo grupo estariam incluídas a histeria, a neurose obsessiva, as fobias e as psicoses, patologias cuja etiologia seria inteiramente psíquica e estaria vinculada à história de vida do doente, sobretudo a certas experiências de sua infância. Os sintomas das psiconeuroses seriam substitutos simbólicos de conflitos intrapsíquicos, o que os tornaria passíveis de interpretação e elaboração mental. O grupo das neuroses atuais, por sua vez, compreenderia a neurastenia e a neurose de angústia, distúrbios que poderiam ser atribuídos às condições atuais da vida sexual do paciente. Na neurastenia, o indivíduo apresentaria um conjunto de sintomas corporais como cefaleias, constipação intestinal e irritação em certos órgãos do corpo em decorrência das experiências frequentes de descarga inadequada da excitação sexual, geralmente em função da prática reiterada da masturbação. Já na neurose de angústia, caracterizada também por sintomas de ordem somática como ataques de angústia, vertigens, insônia e diarreias, o fator desencadeante seria a descarga incompleta da tensão sexual, produzida por práticas como coito interrompido e abstinência sexual.

Considerando que as neuroses atuais não seriam passíveis de tratamento através da psicanálise na medida em que sua etiologia não estaria vinculada a material recalcado, Freud acabou abandonando suas pesquisas em torno de tais patologias, concentrando-se nas psiconeuroses. Com efeito, o próprio termo neurose atual, raramente foi mencionado em publicações posteriores. Não obstante, à medida que o movimento psicanalítico foi se desenvolvendo, alguns analistas começaram a se interessar pela compreensão e tratamento psicanalítico de doenças com sintomas corporais distintas da histeria e das neuroses atuais.

Uma visão em perspectiva da literatura brasileira que trata do adoecimento somático em psicanálise revela que uma matriz teórica específica ocupa um lugar hegemônico na abordagem desse tipo de afecções (Ongaro, 1994; Vieira, 1997; Ferraz, 1997, 2007, 2010; Peres, 2001, 2006; Peres & Santos, 2005a, 2005b, 2009; Capitão & Carvalho, 2006; Bandeira & Barbieri, 2007; Filgueiras

et al., 2007). Tal matriz é oriunda, sobretudo, dos trabalhos de Pierre Marty e de outros analistas franceses, notadamente Michel de M'Uzan, Michel Fain e Christian David. Tais autores constituíram, a partir do início da década de 1950, aquela que ficaria conhecida como a *Escola de Psicossomática de Paris* (Aisenstein, 2006). A abordagem teórica proposta por eles tem seu fundamento na hipótese de que o adoecimento somático ocorre com maior frequência e gravidade em indivíduos que apresentam uma *estruturação psíquica específica* que os torna mais vulneráveis a padecer de uma enfermidade orgânica. Tal estruturação seria caracterizada por uma *insuficiência fundamental do funcionamento mental* (Marty, 1993). Obviamente, não se trata, nesse contexto, de deficiência intelectual ou cognitiva. A noção de “funcionamento mental” refere-se à capacidade do psiquismo de possibilitar a descarga das excitações por meio das representações. Do ponto de vista dos teóricos da Escola de Psicossomática de Paris, é essa capacidade de elaboração mental que estaria comprometida nos indivíduos que apresentam adoecimento somático, especialmente os de natureza mais grave.

Tal hipótese, ainda que encontre apoio na experiência clínica dos referidos autores, possui como pressuposto fundamental um modelo de abordagem da subjetividade em que o psiquismo é visto como um *aparelho* cuja função primordial é justamente a de possibilitar a descarga das tensões experimentadas pelo organismo, em especial as provenientes das excitações internas (pulsionais). Nesse contexto, as representações mentais atuariam como *meios* através dos quais tal função poderia ser levada a cabo. Em decorrência, a hipótese de insuficiência do funcionamento mental como fator determinante da vulnerabilidade individual ao adoecimento orgânico só pode ser compreendida adequadamente se considerarmos esse modelo mecânico de psiquismo como referencial teórico fundamental.

Como se sabe, esse foi o modelo adotado por Freud ao longo de toda a sua obra. Com efeito, já no “*Projeto para uma Psicologia Científica*”, é possível verificar que, do ponto de vista de Freud, o psiquismo possui a função primordial de descarregar excitações:

Um sistema nervoso primário se vale dessa Qn [quantidade de excitação], assim adquirida, para descarrega-la nos mecanismos musculares através das vias

correspondentes, e desse modo se mantém livre do estímulo. Essa descarga representa a função primária do sistema nervoso (Freud, 1950[1895]/1996, p. 348)

Baretta (2007) argumenta que esse ponto de vista freudiano acerca do funcionamento do psiquismo é profundamente influenciado pela fisiologia do século XIX, sobretudo pelo emprego de conceitos como os de arco reflexo e irritabilidade, que já vinham sendo usados para explicar o funcionamento do organismo. Por essa razão, o autor defende que toda a teoria freudiana está fundamentada na premissa de que o psiquismo é uma “substância irritável”, na medida em que é visto por Freud como uma espécie de máquina, isto é, um *ente distinto* que recebe, contém e elimina excitações. Em seu último texto teórico, o “*Esboço de Psicanálise*”, Freud formula essa tese de forma inequívoca: “Presumimos que a vida mental é função de um aparelho ao qual atribuímos a característica de ser extenso no espaço e de ser constituído de diversas partes.” (Freud, 1940/1996, p. 158)

É importante assinalar que, a partir do momento em que Freud (1915/1996) formaliza o conceito metapsicológico de pulsão (*Trieb*) como uma força constante proveniente do interior do corpo, o psiquismo passa a ser pensado como um aparelho organizado fundamentalmente para manejar as intensidades pulsionais. Freud observa que a natureza constante do fluxo pulsional demanda um funcionamento mental mais complexo do que aquele exigido pelos demais estímulos. Um simples movimento reflexo já não seria suficiente para promover o restabelecimento do equilíbrio psíquico já que as intensidades pulsionais não cessam de se manifestar, obrigando a mente a “renunciar à sua intenção ideal de afastar os estímulos” (Freud, 1915/1996, p. 126). Em decorrência, o aparelho psíquico seria obrigado a colocar em ação um verdadeiro trabalho sobre as intensidades a fim de manejá-las e impedir que elas exerçam um efeito traumático. Esse trabalho seria feito fundamentalmente a partir das representações mentais e dos processos associativos entre elas.

Marília Aisenstein, uma das principais representantes contemporâneas da Escola de Psicossomática de Paris, assinala que a tese freudiana de que a pulsão faz uma exigência contínua de trabalho representacional à mente permite esclarecer o que estaria em jogo no adoecimento somático. De acordo

com a autora, os sintomas orgânicos seriam “consequências de uma impossibilidade da psique de decodificar ou traduzir as exigentes demandas do corpo” (Aisenstein, 2010, p. 53). Por essa razão, Aisenstein considera o conceito freudiano de pulsão como uma noção crucial para a abordagem do adoecimento somático, na medida em que nesse tipo de afecções as intensidades pulsionais manifestar-se-iam em estado bruto, isto é, sem um trabalho prévio de representação.

Alguns autores como Ferraz (1997, 2010), Laplanche & Pontalis (1992) e Quintella (2003), atentos à filiação do quadro teórico da Escola de Psicossomática de Paris ao modelo freudiano de psiquismo, defendem a tese de que as ideias de Marty e de seus colegas sobre o adoecimento somático seriam herdeiras das concepções de Freud acerca das neuroses atuais. Com efeito, assim como Freud distinguia as neuroses atuais das psiconeuroses, Marty e seus colegas defenderão a existência de uma relação de descontinuidade entre as neuroses clássicas e as doenças somáticas. Enquanto na neurose o recalque seria o mecanismo de defesa responsável em última instância pelo surgimento dos sintomas, o adoecimento orgânico denunciaria justamente a não-operação do recalque e dos demais processos psíquicos que lhe são correlatos, como a condensação e o deslocamento. O sintoma somático seria a evidência de que o indivíduo não pôde contar com os mecanismos próprios do aparelho psíquico para elaborar suas experiências.

Uma série de outros autores no campo psicanalítico formularam concepções a respeito do adoecimento somático que divergem dos enunciados dessa matriz clássica e hegemônica. Contudo, tais contribuições jamais alcançaram o grau de prestígio no campo psicanalítico obtido pelos teóricos da Escola de Psicossomática de Paris. Isso talvez se deva justamente ao fato de que as ideias desses outros autores não se coadunam com o paradigma moderno, dualista e iluminista que, do nosso ponto de vista, é o paradigma no qual se sustenta o pensamento freudiano. Assim, consideramos relevante resgatar as contribuições de alguns desses autores e verificar a existência de possíveis traços em comum entre elas a fim de avaliar se, juntas, poderiam constituir outra matriz de compreensão do adoecimento somático em psicanálise. Para o estudo aqui proposto, optamos por analisar o pensamento de

três desses autores: Georg Groddeck, Sándor Ferenczi e Donald Woods Winnicott. Nossa hipótese é a de que seria possível encontrar no pensamento desses teóricos uma concepção monista a partir da qual corpo e psique são entendidos como facetas, modulações, expressões singulares da realidade individual e não como duas instâncias separadas. Em decorrência, por trás das diferentes maneiras de encarar o adoecimento somático, haveria uma premissa comum no pensamento dos três autores: a ideia de que a doença orgânica seria sempre de natureza *psicossomática* e estaria ligada às vicissitudes das relações do indivíduo com o ambiente (também entendido como psicossomático). Além disso, considerando que na base do modelo proposto pela Escola de Psicossomática de Paris encontram-se pressupostos ontológicos de cunho dualista, consideramos necessário também estabelecer articulações entre os três autores do campo psicanalítico e um autor da filosofia cujo pensamento expressa uma perspectiva monista acerca das relações entre corpo e mente, a saber: Benedictus de Spinoza.

No primeiro capítulo, apresentamos uma caracterização do modelo teórico da Escola de Psicossomática de Paris, a fim de indicar a forma de abordagem de adoecimento somático a que estamos nos opondo. Fazemos uma análise crítica dos principais conceitos e pressupostos da escola francesa a fim de argumentarmos a favor da tese de que tal modelo é insuficiente para a compreensão do adoecimento somático de um ponto de vista psicanalítico.

No segundo capítulo, apresentamos as concepções de Ferenczi, Groddeck e Winnicott acerca do adoecimento somático e das relações entre corpo e psique. As ideias de cada autor são apresentadas individualmente a fim de que o leitor possa identificar as especificidades de cada abordagem, pois no último capítulo defenderemos que, a despeito dos aspectos singulares dos pensamentos de cada autor, os três encontram-se alicerçados numa matriz comum. Portanto, no segundo capítulo, abordaremos os principais conceitos introduzidos por cada autor e o modo como cada um aborda o adoecimento somático.

O terceiro capítulo é dedicado à exposição dos aspectos da filosofia de Spinoza mais diretamente relacionadas à questão das relações entre corpo e

ente. Procuramos extrair do pensamento do autor, tanto a partir do texto de sua principal obra, a *Ética*, quanto de escritos de comentadores, apontamentos que pudessem contribuir para a formulação do modelo de abordagem do adoecimento somático que aqui propomos com base nas concepções de Ferenczi, Groddeck e Winnicott.

No último capítulo, buscamos cotejar aspectos dos pensamentos dos três autores do campo psicanalítico em diálogo com a filosofia de Spinoza. Assim fazendo, traçamos as linhas gerais de um novo modelo de compreensão do adoecimento somático em psicanálise que se contrapõe à matriz hegemônica da Escola de Psicossomática de Paris.

A relevância da investigação aqui proposta pode ser atribuída a fatores de natureza teórica e de ordem prática. No plano teórico, a pesquisa se justifica primeiramente pela originalidade das articulações a serem estabelecidas entre os pontos de vista de Groddeck, Winnicott e Ferenczi. Com efeito, a hipótese de que os três autores compartilham uma matriz teórica comum ainda não foi objeto de verificação na literatura psicanalítica.

Do ponto de vista prático, consideramos que os resultados deste estudo podem fornecer relevantes contribuições para a construção e efetivação desse novo olhar sobre a saúde e a doença. Com efeito, as ações de cuidado à saúde não são moduladas apenas por variáveis de natureza tecnológica, mas também por aportes teóricos. Afinal, tais intervenções são desenvolvidas com base, por exemplo, em concepções específicas sobre saúde, doença e tratamento. Conforme assinalamos em um estudo anterior (Santos, 2013), reivindica-se atualmente um novo modelo de cuidado em saúde, distinto da racionalidade biomédica. Modelo que privilegie uma abordagem terapêutica integrada e uma visão mais complexa do adoecimento que reconheça de fato a imbricação entre os registros biológico, psicológico e social. A matriz de compreensão do adoecimento somático que aqui propomos vai ao encontro das reivindicações contemporâneas por um olhar integral e complexo sobre o processo saúde-doença. Nesse sentido, embora nosso trabalho se mantenha a maior parte do tempo no interior das fronteiras do campo psicanalítico, o leitor poderá perceber que as articulações com o campo da saúde são inevitáveis.

2

Uma análise crítica do quadro teórico da Escola de Psicossomática de Paris

Neste primeiro capítulo pretendemos atingir dois objetivos. O primeiro é oferecer ao leitor uma visão geral da teoria proposta pelos autores da Escola de Psicossomática de Paris (EPS) para a compreensão dos processos de natureza psíquica que contribuiriam para a gênese de doenças orgânicas. Tal teoria, como já mencionamos na introdução, está alicerçada na tese de que o surgimento de uma enfermidade somática está associado a um déficit passageiro ou crônico no processo de elaboração psíquica. A partir dessa assertiva fundamental, os autores da EPS, notadamente Pierre Marty, construíram um quadro teórico amplo que, a despeito de sua fidelidade aos conceitos básicos da psicanálise freudiana, introduz noções novas que, no contexto de uma concepção geral de desenvolvimento humano, permitem conceber a patologia orgânica como um destino pulsional possível.

O segundo objetivo é empreender uma análise crítica dessa teoria. Como já mencionamos, a matriz teórica proposta pela EPS adquiriu um estatuto hegemônico no campo psicanalítico quando se trata do estudo do adoecimento somático do ponto de vista da psicanálise. Tal hegemonia tem obscurecido a riqueza do pensamento de outros autores que também se enveredaram por essa temática. A meta principal deste estudo é justamente a de evidenciar a relevância do ponto de vista de alguns desses outros autores para a abordagem psicanalítica contemporânea das doenças orgânicas em contraposição ao modelo proposto por Pierre Marty e seus colegas. Evidentemente, tal plano só pode ser adequadamente levado a cabo após explicitarmos os aspectos que consideramos problemáticos na teoria proposta pela EPS. Assim, à medida que formos apresentando e discutindo as ideias de Marty e seus colegas faremos alguns comentários críticos a fim de problematizar sobretudo os pressupostos com base nos quais o quadro teórico da EPS está fundamentado.

2.1

A herança metapsicológica

Um aspecto que se observa com bastante evidência tão logo se entra em contato com os escritos dos autores da EPS é o fato de que o quadro teórico proposto por eles está integralmente em sintonia com a metapsicologia freudiana. Concordamos com a interpretação proposta por Fulgêncio (2003) segundo a qual a teoria psicanalítica proposta por Freud é composta de duas partes. Uma delas poderia ser qualificada como uma espécie de “psicologia dos fatos clínicos”, na medida em que contém conceitos e postulações teóricas que fazem referência a determinadas realidades empíricas encontradas na clínica, possuindo um caráter descritivo e compreensivo. A outra parte seria a metapsicologia, que Fulgêncio qualifica como sendo de natureza especulativa posto que contém conceitos que não possuem referentes na realidade fenomênica, mas que se mostram heurísticamente úteis para a *explicação* dos fenômenos clínicos. A metapsicologia seria, portanto, um conjunto de conceitos que não emergem diretamente da clínica, mas que Freud acredita serem *princípios* necessários para preencher as lacunas deixadas pela psicologia dos fatos clínicos. Dentre esses conceitos podemos citar as noções de *pulsão*, *libido* e *aparelho psíquico*.

Como veremos de modo mais detalhado adiante, Marty e os demais autores da EPS trabalham com esses princípios metapsicológicos. Com efeito, admitem que a psique seja concebida como um aparelho cuja finalidade é receber, processar e descarregar energia; utilizam a noção de libido para se referirem a essa energia que circula (ou não) no interior da psique; e tomam as pulsões como forças que brotam do corpo e adquirem (ou não) expressão psíquica ao serem ligadas a representações.

Essa herança metapsicológica, por seu turno, trouxe para o interior da teoria proposta pela Escola de Psicossomática de Paris alguns aspectos que, do nosso ponto de vista, já eram problemáticos na própria teoria freudiana. Entendemos, por exemplo, que o modelo metapsicológico que Freud propõe para a abordagem da subjetividade, baseado na metáfora de uma psique-

máquina animada por pulsões (Freud, 1915/1996, 1940/1996, 1950[1895]/1996) provenientes do corpo é solipsista, isto é, coloca em segundo plano, ou mesmo negligencia o papel fundamental das relações com os objetos nos processos subjetivos. É inegável que a centralidade conferida à dimensão pulsional afasta para a periferia a consideração das vicissitudes relacionais bem como obscurece o papel desempenhado por outras tendências individuais que não estão contempladas no conceito de pulsão, como as que Winnicott (1960a/1983) chamou de “necessidades do ego”. Essa concepção solipsista da subjetividade se faz presente na teoria da EPS, ainda que em alguns momentos Marty, por exemplo, faça referência ao papel desempenhado pelas relações do bebê com a mãe na formação do aparelho psíquico. Ao longo do capítulo tentaremos mostrar com maior profundidade argumentativa o fundamento solipsista da teoria proposta pela EPS. Neste momento, mencionaremos apenas um trecho de uma das principais obras de Marty, *A psicossomática do adulto*, que evidencia a centralidade atribuída pelo autor à dimensão pulsional: “Definitivamente, o fluxo das excitações instintuais e pulsionais, de essência agressiva e erótica, constitui o problema central das somatizações” (Marty, 1993, p. 31). Nota-se claramente que, do ponto de vista do autor, as enfermidades somáticas são manifestações cuja origem está relacionada principalmente a processos que ocorreriam no *interior* do indivíduo¹.

Outro aspecto problemático presente na teoria da Escola de Psicossomática de Paris associado à herança metapsicológica freudiana é a superioridade atribuída à psique em relação ao corpo. Na metapsicologia, o aparelho psíquico é pensado como uma máquina que torna possível a representação e o processamento (destinação) de algo que é da ordem de uma intensidade advindo do corpo. Em outras palavras, a psique é responsável por dominar o corpo em sua efervescência pulsional (Freud, 1915/1996, 1940/1996). Por que vemos nessa ideia a afirmação de uma superioridade do aparelho psíquico sobre o somático? Porque um dos corolários que se pode extrair dessa ideia é o de que o corpo *precisa* ser domado, controlado, domesticado. Do contrário, pode adoecer – essa, aliás, como já sabemos, é a tese fundamental defendida

¹ Sabemos que alguns autores importantes do campo psicanalítico, notadamente Jacques Lacan, questionam a definição de pulsão como uma força que brota do interior do indivíduo. Contudo, é dessa forma que Freud caracteriza o conceito e Marty não problematiza essa definição original.

pela EPS. Tentaremos mostrar ao longo do capítulo que essa ideia de que o soma é algo que precisa ser contido pela psique não é nova. Platão já sustentava essa imagem do corpo como uma dimensão naturalmente inclinada para o excesso e, portanto, para a autodestruição. Aliás, com raras exceções², praticamente toda a tradição filosófica ocidental trabalhou com essa desconfiança em relação ao corpo, ao passo que supervalorizou a razão e a mente. Nesse sentido, cremos que autores da EPS, na medida em que adotam os pressupostos metapsicológicos de Freud, traduziram em termos psicanalíticos essa espécie de desprezo ocidental pelo corpo, como dizia Nietzsche.

Essa visão depreciativa da dimensão somática revela também uma concepção dicotômica das relações entre corpo e psique. Já se tentou negar a existência de tal dicotomia no pensamento freudiano utilizando-se o argumento de que a própria noção de pulsão evidenciaria a suposição de uma indissociabilidade entre corpo e psiquismo. Com efeito, Freud (1915/1996) qualifica a pulsão como um conceito fronteiro, ou seja, como uma noção que faria referência a fenômenos que não podem ser situados exclusivamente no campo do corpo nem no da psique. De fato, Freud afirma que as pulsões são fenômenos psíquicos que representam determinados processos somáticos. Em outras palavras, trata-se de manifestações mentais que não existiriam se não houvesse uma estimulação somática subjacente. Por outro lado, o autor admite a possibilidade de que a estimulação somática exista *sem uma correspondência psíquica*. Essa hipótese sustenta a teoria que o médico vienense elaborou para explicar o mecanismo de formação das chamadas “neuroses atuais”. Teoria, aliás, que tem sido associada à matriz de compreensão das doenças psicossomáticas proposta pela EPS (Ferraz, 1997, 2010; Laplanche & Pontalis, 1992; Quintella, 2003). Para explicar, por exemplo, o advento da neurose de angústia (uma das espécies de neuroses atuais), Freud propõe a hipótese de um acúmulo de excitação somática que não seria representada psiquicamente e, em decorrência disso, seria descarregada por meio dos sintomas físicos próprios do estado de angústia.

² Dentre tais exceções, destacamos a obra de Spinoza, cujo pensamento sobre as relações entre corpo e psique será nosso objeto de estudo no terceiro capítulo.

Todas essas indicações – de que estamos diante de um acúmulo de excitação; de que a angústia, provavelmente correspondente a essa excitação acumulada, é de origem *somática*, de modo que o que se está acumulando é uma excitação somática; e ainda, de que essa excitação somática é de natureza sexual é acompanhada por um decréscimo da participação *psíquica* nos processos sexuais – todas essas indicações, dizia eu, levam-nos a esperar que o *mecanismo da neurose de angústia deva ser buscado numa deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica e no conseqüente emprego anormal dessa excitação* (Freud, 1895/1996, p. 108, grifos do autor)

Nota-se, portanto, que a hipótese de que a incapacidade do psiquismo de representar as excitações endógenas (noção que posteriormente dará lugar ao conceito de pulsão na obra freudiana) favoreceria o surgimento de uma desordem de natureza somática já se fazia presente no modelo freudiano de compreensão das neuroses atuais. Nesse sentido, nos parece justificada a tese de que tal modelo pode ter funcionado de fato como um ponto de partida para a abordagem do adoecimento somático promovida pelos teóricos da EPS.

Nas duas espécies de neuroses atuais analisadas por Freud, neurastenia e neurose de angústia, o elemento responsável pela produção dos sintomas seria o acúmulo de tensão sexual no corpo, acompanhado da ausência de um trabalho psíquico sobre essa soma de excitação. Como vimos, Freud (1895/1996) observara que à medida que a excitação sexual permanecia concentrada no corpo, o psiquismo deixava de participar dos processos sexuais. A conclusão, portanto, fora a de que a psique se mostraria insuficiente para manejar tamanha quantidade de excitação. Nesse sentido, os sintomas das neuroses atuais seriam o resultado tanto do acúmulo de tensão sexual no corpo quanto da insuficiência do psiquismo em dar vazão a tal soma de excitação. Portanto, tais afecções não apresentariam uma consistência simbólica, pois não seriam frutos dos processos de deslocamento e condensação (próprios da esfera psíquica), mas a expressão direta dos efeitos “tóxicos” da concentração de excitação sexual no organismo (Freud, 1912a/1996; 1917a/1996).

Dessa hipótese é possível inferir a ideia – que será trabalhada por Marty e seus colegas – de que, desprovido de representação psíquica, o corpo torna-se perigoso para si mesmo na medida em que passa a produzir manifestações autodestrutivas. Nesse sentido, a representação psíquica não é tomada como um processo que *acompanha* as modificações somáticas, sendo tão-somente seu correspondente na esfera mental. No modelo freudiano, as representações

funcionam como circuitos de drenagem das excitações que incidem sobre e emanam do corpo (Freud, 1900/1996). Percebe-se que, desse ponto de vista, corpo e psique não funcionam como dimensões que respondem, de modo concomitante, cada uma a seu modo, aos acontecimentos (como propõe Spinoza). Nesse sentido, discordamos da interpretação proposta por Winograd (2004, 2011) acerca da concepção freudiana das relações entre corpo e psique. De acordo com a autora, para Freud

processos fisiológicos e processos psíquicos acontecem concomitantemente e na interdependência uns dos outros; não são processos autônomos, mas também não podem ser reduzidos uns aos outros com o estabelecimento de uma hierarquia causal (Winograd, 2011, p. 460)

Do nosso ponto de vista, há, sim, no pensamento freudiano a pressuposição de uma relação hierárquica entre corpo e mente. Com efeito, para Freud, a função primordial do aparelho psíquico é a de conter e dominar os excessos do corpo. Tanto é assim que no artigo metapsicológico “Os instintos e suas vicissitudes” (Freud, 1915/1996), o médico vienense afirma que são justamente as pulsões as responsáveis pelos progressos experimentados pelo sistema nervoso humano (e, por consequência, pelo aparelho psíquico) ao longo da evolução da espécie. Em outras palavras, o que Freud está dizendo é que se o corpo não impusesse tanto trabalho, a mente não se desenvolveria. Trata-se de uma perspectiva completamente diferente de outra, como a de Winnicott, por exemplo, que trabalha com a noção de *parceria psicossomática* e propõe que uma das funções da psique é a de elaborar imaginativamente a vivência física (Winnicott, 1949/1988).

Consideramos necessário introduzir este capítulo com essa leitura crítica da metapsicologia freudiana precisamente porque ela se configura como a matriz fundamental a partir da qual os autores da EPS formularam sua teoria acerca do adoecimento psicossomático. Nesse sentido, as críticas que faremos ao quadro teórico desenvolvido por Marty e seus colegas não incide diretamente sobre os conceitos e modos de compreensão formulados por esses autores, mas sobre os pressupostos que os sustentam.

2.2

A formação da Escola de Psicossomática de Paris

Com o objetivo de traçarmos o processo de constituição do quadro teórico que norteia o pensamento dos autores da EPS utilizaremos na maior parte das vezes a exposição resumida desse processo que Marty fez no livro *A Psicossomática do Adulto*, publicado originalmente em 1990. A obra apresenta tanto aspectos históricos relativos ao surgimento dos conceitos e hipóteses que compõem a referida matriz conceitual como também expõe de modo resumido o pensamento de Marty e de seus colegas a respeito do adoecimento psicossomático.

Marty (1993) afirma que, a partir de 1947, o interesse pelas doenças psicossomáticas começou a crescer na França não só no campo da medicina e da psicanálise. De pesquisas com abordagem psicofisiológica até estudos feitos no âmbito da sociologia, a investigação dos fenômenos psicossomáticos começava a florescer. Contudo, a essa diversidade de pontos de vista e de métodos se contrapunha justamente a reivindicação de que deveria haver uma formação teórico-metodológica homogênea para o estudo desses distúrbios. Em outras palavras, segundo Marty, já nesse primeiro momento se fazia presente a busca pela constituição de um verdadeiro *campo psicossomático*, relativamente independente de outras disciplinas.

Isso aconteceu, do ponto de vista do autor, a partir do momento em que, sob sua liderança, alguns psicanalistas da Sociedade Psicanalítica de Paris constituíram um grupo de reflexão e de pesquisa. Na medida em que os autores compartilhavam uma visão comum acerca do adoecimento psicossomático, tal grupo acabou se constituindo como uma verdadeira escola de pensamento, a Escola de Psicossomática de Paris. De acordo com Marty (1993), o ponto de partida para o advento dessa “visão comum” foi a compreensão de que havia manifestações de natureza somática que não poderiam ser situadas adequadamente na categoria de conversões históricas nem no campo das neuroses atuais. Nesse sentido, podemos concluir que a hipótese que deu origem ao surgimento da EPS foi a de que o adoecimento somático é um

fenômeno *sui generis*, distinto de outras formas de manifestação corporal já conhecidas no campo psicanalítico.

É interessante observar que tal procedimento, que consistiu em isolar a doença psicossomática como uma manifestação específica e irreduzível, era de fato necessário para a constituição da psicossomática como uma disciplina científica autônoma. Afinal, como diz apropriadamente Lacan no Seminário 11, ao discutir o estatuto científico da psicanálise, “o que especifica uma ciência é ter um objeto” (Lacan, 1998, p. 15). De fato, se Marty e os demais analistas que o acompanharam tivessem considerado o adoecimento orgânico como um fenômeno homólogo à conversão histérica (como fez Groddeck, por exemplo), a psicossomática jamais teria se constituído como um campo independente de pesquisas.

De nossa parte, no entanto, consideramos essa independência um tanto questionável, pois, como defenderemos adiante, a hipótese básica de compreensão dos mecanismos subjacentes a uma doença somática proposta pela EPS é quase idêntica à hipótese que Freud utilizou para analisar as neuroses atuais. Dito de outro modo, temos a suspeita de que, em última instância, Marty expandiu a teorização freudiana das neuroses atuais para todas as demais patologias somáticas não-histéricas. Assim, o argumento de que a psicossomática teria se constituído como uma disciplina científica a partir dos trabalhos de Marty e de seus colegas pode ser refutado pelo argumento de que o suposto objeto que conferiria autonomia ao campo se mostraria, na verdade, redutível a outro, mesmo que apenas do ponto de vista de sua determinação.

Como temos dito desde o início deste trabalho, a hipótese principal que constitui a base do quadro teórico da EPS é a de que o adoecimento somático, seja ele brando ou grave, é resultante de déficits que podem ser passageiros ou fundamentais no funcionamento mental. De acordo com Marty (1993), as primeiras inferências que deram origem a essa hipótese foram realizadas no início da década de 1950 a partir de pesquisas com pacientes que sofriam de tuberculose, cefalalgias e raquialgias.

Em 1953, Marty publica juntamente com Michel Fain um trabalho sobre os aspectos psicossomáticos da tuberculose. Naquele momento, estava em voga

o modelo proposto por Alexander e outros pesquisadores da chamada Escola de Chicago para a abordagem das doenças psicossomáticas. Como vimos na Introdução, esse modelo estava baseado na tese de que haveria correlações entre certos perfis de personalidade e determinadas enfermidades orgânicas. Embora Marty viesse futuramente a contestar essa ideia, naquele momento ele e Michel Fain extraíram de suas respectivas experiências clínicas a hipótese de que os tuberculosos pulmonares efetivamente compartilhavam certos traços, os quais constituiriam uma estrutura de personalidade definida. Os autores observaram, por exemplo, que em muitos dos pacientes tuberculosos era possível observar “um distanciamento efetivo, topográfico, até mesmo geográfico, em relação ao objeto conflitual real (a mãe, na maioria das vezes)” (Marty, 1993, p. 13). Marty assevera que nesses casos não se tratava do fenômeno que Maurice Bouvet havia chamado de “distância do objeto”, o qual se faria presente principalmente na neurose obsessiva. O distanciamento verificado na dinâmica relacional dos tuberculosos era efetivo e não apenas psíquico, como na situação descrita por Bouvet. Tratava-se, portanto, de um mecanismo de defesa que não operava na dimensão intrapsíquica. Essa inferência, afirma Marty, abriu caminho tanto para a formalização das *neuroses de comportamento* como uma categoria clínica distinta das neuroses clássicas, quanto para a hipótese de uma ineficiência defensiva do funcionamento mental nos pacientes somáticos.

Em relação às cefalalgias, Marty escreveu dois artigos na década de 1950 (um em 1951 e outro em 1955). Em ambos o autor defendeu a mesma posição: a de que essa afecção deveria ser considerada como uma manifestação regressiva (erotização do pensamento) passível de se fazer presente em qualquer estrutura. Dores intensas de cabeça seriam a expressão de uma inibição do ato de pensar vinculada à possibilidade de uma transgressão edipiana. Olhando em retrospectiva essas conclusões da década de 1950, Marty afirma que agora (isto é, em 1990), compreende as cefalalgias como “doenças funcionais regressivas” (p. 14) que, do ponto de vista econômico, testemunham uma sobrecarga pulsional passageira do aparelho psíquico. Embora sejam manifestações distintas das conversões históricas, as cefalalgias seriam oriundas de conflitos intrapsíquicos clássicos de matiz edipiano. Nesse sentido,

as dores de cabeça não evidenciariam uma insuficiência fundamental do funcionamento mental, mas uma insuficiência apenas passageira, resultante do excesso de excitação pulsional.

As raquialgias, patologias caracterizadas principalmente por dores na espinha dorsal, constituíram o terceiro grupo de doenças investigado por Marty e seus colegas nesse período inicial de formação da EPS. Desde o primeiro trabalho publicado acerca dessas patologias por Marty e Michel Fain em 1952 (“Contribuição ao estudo das raquialgias pelo exame psicodinâmico dos doentes”), a hipótese que prevalecia na explicação dos mecanismos que estariam por trás do surgimento de uma raquialgia já fazia referência a uma impossibilidade de descarga pulsional pela via da elaboração mental. Em outras palavras, nesse primeiro trabalho já se considerava que as dores próprias da patologia seriam a expressão de uma descarga (inadequada) das excitações resultante da impossibilidade de se empregar tanto a mente quanto a musculatura para essa finalidade. Marty (1993) afirma que, assim como as cefalalgias, as raquialgias também seriam derivadas de uma sobrecarga de excitações que excederia a capacidade de contenção e elaboração do aparelho psíquico. Justamente em função do caráter passageiro desse excesso pulsional, Marty argumenta que as raquialgias seriam doenças geralmente reversíveis, embora houvesse o risco de eventualmente acontecerem processos de desorganização mais graves.

Ainda na década de 1950, Marty escreve um artigo sobre as doenças de natureza alérgica (como a asma brônquica) com o objetivo de caracterizar o que chamou de “relação objetal alérgica”. Esse trabalho testemunha a presença ainda significativa da influência das pesquisas de Alexander e da Escola de Chicago no pensamento inicial de Marty. De fato, como o próprio autor reconhece, “persistia a esperança de descobrir verdadeiras estruturas psicossomáticas relacionando regularmente certos sistemas psíquicos e certas afecções físicas determinadas.” (Marty, 1993, p. 15). Na verdade, como afirma o analista francês, essa esperança foi frustrada em relação a todas as demais doenças, com exceção das alergias. Marty verificou no tratamento de diversos pacientes alérgicos a existência de um tipo específico de relação objetal caracterizada por tentativas sempre malsucedidas de aproximação do objeto

que, por sua vez, provocariam um processo de regressão do qual resultariam as crises de alergia.

Na medida em que a busca por organizações mentais específicas associadas regularmente a certas doenças se mostrou infrutífera (a não ser no caso das alergias), Marty e seus colegas romperam definitivamente com a orientação teórica de Alexander e da Escola de Chicago. A linha de pesquisa adotada foi aquela sugerida pelos primeiros estudos com a tuberculose, as cefalalgias e as raquialgias, a saber: a que associa o surgimento de uma doença orgânica à qualidade do funcionamento mental do indivíduo. Faz-se necessário, portanto, compreender como Marty e os demais analistas da EPS entendem por “funcionamento mental”.

Para Marty (1993), as representações mentais poderiam ser definidas como evocações de percepções inscritas no aparelho psíquico. Tanto a inscrição quanto a evocação das percepções seriam processos que aconteceriam geralmente acompanhados de afetos. Seguindo a classificação proposta por Freud, o analista francês afirma que existem dois tipos de representação: as *representações de coisa* e as *representações de palavra*. As primeiras não seriam facilmente mobilizáveis pelo psiquismo na medida em que estariam restritas à dimensão da experiência sensório-motora, o que lhes conferiria um potencial associativo/simbólico muito baixo ou nulo. Já as representações de palavra seriam evocações de experiências verbais. Por essa razão, inicialmente as representações de palavra seriam equivalentes às representações de coisa. Contudo, à medida que as trocas verbais entre o indivíduo e os outros fossem se intensificando, as representações de palavra adquiririam um estatuto distinto e, por apresentarem valor simbólico, e se tornariam mobilizáveis pelos afetos.

Tanto a riqueza de representações de palavra e representações de coisa quanto as interações entre elas no pré-consciente caracterizam o que Marty denomina de uma boa mentalização, a qual seria um fator de proteção em relação ao surgimento do adoecimento somático. Para o autor, é o sistema pré-consciente o responsável por promover a articulação entre o registro sensório-motor e a linguagem, ou seja, possibilitar a ligação entre as representações de coisa e as representações de palavra (Marty, 2001). Por essa razão, Marty

considera a avaliação do pré-consciente como uma estratégia clínica fundamental para a compreensão e a abordagem do adoecimento somático a partir da psicanálise:

Poder-se-ia finalmente dizer que, quanto mais o Pcs [pré-consciente] de um sujeito se mostrar rico de representações permanentemente ligadas entre si, mais a patologia eventual correrá o risco de se situar na vertente mental. Quanto menos o Pcs de um sujeito se mostrar rico de representações, de ligações entre as que existem e de permanência das representações e de suas ligações, mais a patologia eventual correrá o risco de se situar na vertente somática. É nesse sentido que qualificamos o Pcs de ‘peça central’ da economia psicossomática. (Marty, 1993, p. 28)

Na má mentalização haveria poucas representações no pré-consciente ou a associação entre as que existem ocorreria de uma maneira muito pobre. Nesse caso, as representações de palavra poderiam eventualmente apresentar um estatuto de representações de coisa na medida em que poderiam perder seu potencial associativo, servindo apenas como “testemunhos de eventos registrados” (Marty, 1993, p. 26). Reduzidas a tal função, essas representações não se mostrariam capazes de servir como veículos para a tradução dos movimentos do Inconsciente, fazendo com que esses só pudessem encontrar expressão através do comportamento.

A má mentalização decorreria de lacunas fundamentais e secundárias na organização pré-consciente, isto é, de uma insuficiência tanto na quantidade quanto na qualidade das representações. As lacunas fundamentais seriam derivadas, do ponto de vista de Marty, de “deficiências congênitas ou acidentais das funções sensório-motoras da criança ou de sua mãe, ou, o mais frequente, aos excessos ou às carências dos acompanhamentos afetivos da mãe.” (Marty, 1993, p. 28). Em virtude desses percalços, não seriam estabelecidos pontos de fixação ao longo do desenvolvimento da criança, inviabilizando a possibilidade de regressões e, em contrapartida, oferecendo as condições necessárias para uma eventual desorganização progressiva³. Já nas lacunas secundárias, haveria uma espécie de apagamento de determinados grupos de representações a partir de um processo de evitação distinto do mecanismo de recalque. Essas lacunas, embora muito menos graves que as

³ Falaremos sobre as diferenças entre os processos de regressão e desorganização progressiva adiante.

primeiras, poderiam dar origem a irregularidades do funcionamento mental e, conseqüentemente, ao adoecimento somático (Marty, 1993).

Nota-se, portanto, que a concepção de funcionamento mental com a qual trabalham os autores da EPS é aquela que faz referência à quantidade e à qualidade das representações disponíveis no pré-consciente, as quais podem ser encaradas como vias através das quais o fluxo pulsional pode circular no interior do aparelho psíquico. Ao explorarem a hipótese de que o adoecimento somático estaria vinculado a uma insuficiência do funcionamento mental, os autores da EPS delimitaram realidades clínicas que até a década de 1960 eram completamente desconhecidas pela comunidade psicanalítica. Ao interpretar esses fenômenos clínicos até então inexplorados, Marty e seus colegas foram levados a introduzir três novos conceitos: *pensamento operatório*, *depressão essencial* e *desorganização progressiva*. Na medida em que essas noções funcionam como sustentáculos do edifício teórico proposto por esses autores, é conveniente analisá-las com em profundidade.

2.3

Pensamento operatório

A noção de “pensamento operatório” foi introduzida em 1962 por Pierre Marty e Michel de M’Uzan num artigo apresentado no 23º Congresso dos Psicanalistas de Línguas Romanas e que foi publicado na Revista Francesa de Psicanálise em 1963. Nesse texto, os autores tomam como ponto de partida algumas conclusões extraídas de um relatório apresentado por Michel Fain e Christian David no mesmo evento⁴. Nesse relatório, Fain e David teriam chamado a atenção para o valor *funcional* dos sonhos na vida psíquica, defendendo a tese de que as produções oníricas não seriam apenas a expressão disfarçada de desejos inconscientes. Para os autores, os sonhos, por se tratarem de produções carregadas de representações, também exerceriam um papel fundamental no processo de integração das excitações pulsionais ao aparelho

⁴ Trata-se do relatório “Aspects fonctionnels de la vie onirique”.

psíquico. Nesse sentido, a presença de produções oníricas seria um indicativo de um bom funcionamento mental.

Em seu artigo, Marty e M'Uzan (1963) defendem a tese de que tal função exercida pelos sonhos poderia ser encontrada em todas as produções psíquicas de natureza fantasmática. Para os autores, todos os processos de cunho simbólico que ocorrem no interior do aparelho psíquico seriam não apenas derivações indiretas de conteúdos inconscientes, mas também meios através dos quais a pulsão ganharia lugar no psiquismo. Marty e M'Uzan dizem que esse valor funcional dos sonhos e da atividade fantasmática como um todo se tornou evidente quando observaram a ausência dessas produções em muitos pacientes que sofriam de doenças orgânicas. Na verdade, os próprios Fain e David já haviam observado a relação entre adoecimento somático e pobreza de produções oníricas, inclusive formulando uma hipótese para explicar tal correlação. Para eles, ao promover a ligação entre as excitações pulsionais e as representações mentais, os sonhos “protegeriam” o corpo de sofrer os efeitos do acúmulo de tensão pulsional. Nesse sentido, a ausência ou a presença bastante reduzida de sonhos em pacientes somatizantes poderia ser um dos fatores que estariam na própria origem do adoecimento. Esse mesmo raciocínio clínico será adotado por Marty e M'Uzan, com a diferença de que, para esses, a função de “proteção” do corpo não seria exercida apenas pelos sonhos, mas por toda a atividade fantasmática do psiquismo⁵. O objetivo dos autores no artigo será o de apresentar como se dá o funcionamento de um psiquismo no qual a atividade fantasmática não está presente. A esse modo de funcionamento, os autores deram o nome de “pensamento operatório” (*pensée opératoire*)⁶.

Os autores afirmam que até o momento da escrita do artigo, o pensamento operatório ainda não havia sido descrito por outros analistas, talvez até em

⁵ Nota-se nesse raciocínio a presença implícita do pressuposto de que a pulsão é, em si mesma, danosa para o organismo. Afinal, de acordo com os autores, ela só deixaria de provocar danos ao corpo na medida em que fosse vinculada a representações mentais pela via do sonho ou de outra atividade fantasmática. Essa maneira de encarar a pulsão, como naturalmente destrutiva, costuma ser justificada fazendo-se referência à sua natureza supostamente excessiva, indicada pelo fato de que exerceria uma pressão ininterrupta sobre o psiquismo.

⁶ Em inglês, a expressão “*pensée opératoire*” costuma ser traduzida por “*mechanical thinking*”, o que nos leva a pensar que, na língua portuguesa, outra tradução possível para o conceito poderia ser “pensamento mecânico”. Essa alternativa nos parece mais conveniente na medida em que descreve com mais clareza a natureza do funcionamento psíquico a que se faz referência.

função das características próprias desse tipo de funcionamento mental. De fato, em certos contextos, a presença do pensamento operatório pode passar completamente despercebida. Por outro lado, quando é notado, chama mais a atenção pelo que nele falta do que por seus próprios atributos. Marty e M'Uzan destacam duas características essenciais do pensamento operatório, para-almém do fato de se tratar de um pensamento que ocorre no nível da consciência: (1) aparentemente não apresenta uma ligação íntima com uma atividade fantasmática significativa e (2) reproduz de modo meramente especular e ilustrativo as ações que o indivíduo já realizou ou realizará. Metaforicamente, o pensamento operatório equivaleria a um mero registro burocrático da realidade vivida, sem qualquer traço de simbolismo. A esse respeito consideramos necessário fazer um questionamento: seria efetivamente possível a existência de um psiquismo humano no qual a dimensão simbólica estaria ausente ou tão gravemente deteriorada?

Antes de analisarem detalhadamente as especificações clínicas do pensamento operatório, os autores apresentam uma descrição genérica do que acontece numa sessão com pacientes que apresentam tal funcionamento. Segundo eles, usualmente tais indivíduos apresentam vários sintomas somáticos e expõem suas queixas como um amontoado de fatos isolados. Os autores notam que os pacientes encaram o terapeuta apenas como um receptor de suas queixas e não esperam dele nada além do tratamento para sua doença. Em outras palavras, não haveria da parte desses pacientes a típica demanda de amor encontrada habitualmente na clínica psicanalítica. A relação terapêutica seria esvaziada de qualquer traço de afetividade, prevalecendo a dimensão meramente pragmática do encontro entre o doente e o médico, isto é, entre alguém que apresenta determinadas queixas e alguém que supostamente possui os conhecimentos e procedimentos necessários para solucioná-las.

É surpreendente constatar que esse modo de estruturação da relação médico-paciente vai justamente ao encontro das expectativas do modelo biomédico de cuidado em saúde que norteia as ações de boa parte dos

profissionais de saúde na contemporaneidade, especialmente os médicos⁷. Com efeito, como assinalaram Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2006), a subjetividade é tomada pelo paradigma⁸ biomédico como uma anomalia, isto é, como um conjunto de fenômenos com os quais tal racionalidade ainda não seria capaz de lidar. Assim, um paciente que se limita a descrever seus problemas de modo objetivo e desafetado, esperando do médico tão-somente a prescrição de um tratamento é, para utilizar uma expressão jocosa, “o sonho de consumo” dos profissionais de saúde que adotam a racionalidade biomédica como guia de sua atuação. No modelo biomédico, as doenças são encaradas apenas como fenômenos físicos e não como uma experiência de sofrimento que demanda práticas de cuidado que incluam a dimensão emocional. Assim, os aspectos afetivos que inevitavelmente permeiam a relação médico-paciente são negados ou percebidos como irrelevantes.

Nesse sentido, ousamos conjecturar que a suposta ausência de simbolismo no pensamento operatório e de afetividade na relação desses pacientes com o terapeuta poderiam ser encarados como manifestação da eficácia do *discurso biomédico*. De fato, como propõe Camargo Jr. (1997), a racionalidade biomédica permanece vigente no campo da saúde desde meados do século XIX, quando a anatomia patológica e outras disciplinas voltadas para o estudo do corpo exclusivamente do ponto de vista físico se tornaram as vigas mestras da nascente ciência médica. Desde então, a doença passou a ser compreendida como um fenômeno essencialmente orgânico, de modo que tanto o diagnóstico quanto o tratamento passaram a contemplar exclusivamente aspectos somáticos. O advento desse *reducionismo organicista* está associado à busca por uma suposta legitimidade científica da medicina, anseio comum a diversas disciplinas que adquiriram certa autonomia no século XIX, tais como a sociologia, a antropologia e a psicologia. Na tentativa de se apresentar efetivamente como uma ciência, a medicina recorreu a pressupostos materialistas e mecanicistas, o que fez com que o corpo tomado em sua

⁷ No primeiro capítulo do livro *A doença como manifestação da vida: Georg Groddeck e um novo modelo de cuidado em saúde* faço uma detalhada análise histórica e conceitual dessa racionalidade médica. Cf. Santos (2013).

⁸ Não utilizo aqui o termo paradigma no sentido estrito com que Thomas Kuhn (1975) o introduziu na filosofia da ciência. Emprego a expressão de modo menos preciso, como sinônimo de racionalidade e matriz teórica.

dimensão somática passasse a ser encarado como o substrato empírico que conferiria legitimidade científica ao campo médico. Por essa razão, os elementos de ordem subjetiva, incluindo as manifestações afetivas na clínica e a própria fala do paciente passaram a ser considerados como “vieses” nos processos de investigação científica a que se converteram o diagnóstico e a terapêutica.

Diferentemente do que muitos acreditam, a psicanálise tomada em sua vertente freudiana clássica incorporou alguns desses traços do modelo biomédico. De fato, quando Freud, no início de seu percurso psicanalítico, se dispõe a escutar as mulheres histéricas, cuja fala era completamente negligenciada pela maioria dos médicos da época, ele o faz convertendo o discurso histérico e, por conseguinte, o psiquismo histérico em objetos científicos tão legítimos quanto o corpo. Em outras palavras, se anteriormente as falas e as manifestações afetivas do paciente eram completamente escamoteadas pela clínica médica, depois de Freud elas adquiriram legitimidade, mas às custas de se converterem em objetos a serem abordados com base nos mesmos pressupostos empregados na investigação do corpo. Isso se verifica de forma evidente no modo como Freud aborda o fenômeno da transferência, por exemplo. Embora considere que se trate de uma manifestação inevitável e mesmo desejável para a evolução do tratamento, o médico vienense insiste reiteradamente que a transferência é uma expressão de resistência e que deve ser adequadamente manejada pelo analista. Considerada como uma atualização do inconsciente do paciente na relação terapêutica, a transferência é vista por Freud como um obstáculo ao processo de rememoração e elaboração necessários para a evolução do tratamento. Ora, essa avaliação da transferência como “a *resistência mais poderosa* ao tratamento” (Freud, 1912b/1996, p. 112, grifos do autor) não seria um resquício ou mesmo uma derivação direta da orientação geral da racionalidade biomédica de negligenciar ou escamotear a dimensão afetiva da clínica?

Feita essa digressão da qual certamente colheremos os frutos nos capítulos posteriores desta tese, retornemos ao argumento que vínhamos desenvolvendo até então. Na medida em que adquire estatuto científico por meio da eleição do corpo físico como substrato empírico, a medicina passa a considerar toda e

qualquer manifestação anímica (para utilizar um termo próprio do século XIX) como fenômeno irrelevante ou que atrapalha tanto o diagnóstico quanto o tratamento. Não por acaso, com o passar dos anos, os chamados exames complementares (laboratoriais e de imagem) foram adquirindo maior proeminência a ponto de passarem, em muitos casos, a ocupar o plano principal de um diagnóstico, outrora reservado à anamnese e/ou ao exame físico feito pelo próprio médico. Nota-se, portanto, uma intensificação desse processo de esvaziamento da relação médico-paciente e uma correlata valorização dos dados mensuráveis do corpo físico. Ora, é difícil imaginar que essa maneira de encarar o cuidado em saúde tenha afetado tão-somente os profissionais que via de regra são formados nesse modelo. Na medida em que a racionalidade biomédica adquire hegemonia, é forçoso supor que os próprios pacientes passem a sofrer uma pressão para adequarem suas atitudes e comportamentos a tal modelo. Se essa hipótese é plausível, é possível avaliar as manifestações clínicas de um paciente operatório podem ser interpretadas não só como resultantes de falhas no processo de estruturação psíquica (como defendem Marty e M'Uzan), mas também como o produto da prevalência de uma abordagem biomédica nos serviços de saúde. Afinal, embora Marty e seus colegas estivessem lidando com o adoecimento somático dos pacientes com base numa abordagem psicossomática, é bastante provável que, do ponto de vista dos indivíduos que eram atendidos, as sessões fossem encaradas como consultas médicas habituais. Dito de outro modo, provavelmente a maioria dos pacientes atendidos no Instituto de Psicossomática por Marty e seus colegas não estavam em busca de um tratamento psicoterapêutico. Logo, não seria surpreendente imaginar que buscassem inconscientemente adequar seu discurso à expectativa de que se tratava de uma consulta médica como outra qualquer, na qual o profissional estaria mais interessado na realidade objetiva de seus sintomas do que em suas vicissitudes existenciais.

A continuação do artigo de Marty e M'Uzan corrobora essa interpretação. Com efeito, os autores afirmam que nas consultas com tais pacientes, o terapeuta sempre permanece insatisfeito, ainda que o doente costume responder a todas as suas perguntas. Nota-se, portanto, que o incômodo surge *do lado do analista* que provavelmente esperava encontrar um paciente psicanalítico

típico, isto é, aquele que procura tratamento não só para se livrar de seus sintomas, mas também para compreender a si mesmo. Em vez disso, o terapeuta se depara com um indivíduo que não admite de antemão qualquer articulação entre sua doença e sua história de vida. Nossa hipótese é a de que, diante desse cenário, o analista se mostra insatisfeito porque não está habituado a trabalhar com pacientes que, tal como postula o modelo biomédico, consideram sua enfermidade apenas como uma alteração anátomo-fisiológica sem qualquer simbologia subjacente.

Embora o paciente não se apresente desejoso de compreender o sentido de seus sintomas, os autores afirmam que a investigação feita pelo terapeuta não é de todo infrutífera. De fato, a partir das respostas dadas pelo doente, é possível verificar a relação entre o surgimento dos sintomas e certos fatos de sua história de vida. Contudo, o paciente não elabora espontaneamente uma articulação entre os dois registros, ou seja, não produz associações de natureza simbólica, oferecendo ao terapeuta tão-somente as descrições de determinados acontecimentos. Os autores consideram que essa incapacidade de fazer associações entre a doença e aspectos da história de vida é derivada da má mentalização desses pacientes, ou seja, do déficit representacional em seu aparelho psíquico. Marty e M'Uzan ignoram completamente o fato de que os pacientes a que se referem não procuraram ajuda em função de sintomas neuróticos, mas sim por estarem acometidos de patologias físicas. Qualquer paciente neurótico que procura tratamento psicanalítico, ainda que não conheça nada a respeito da psicanálise, certamente já adentra o consultório com a suspeita de que seus sintomas têm íntima relação com sua história de vida. Ora, o mesmo não se passa com indivíduos que sofrem de uma doença orgânica. Ainda que na década de 1960 a noção de “doença psicossomática” já estivesse em voga, é provável que a grande maioria dos pacientes não encarasse (como mesmo atualmente não encaram) seus sintomas físicos como estando relacionados a fatores psicológicos e emocionais. Nesse sentido, dizer que o paciente sofre de uma má mentalização e apresenta um funcionamento mental de caráter mecânico significa admitir como premissa que um paciente “normal”, isto é, com uma boa mentalização, certamente perceberia a

vinculação entre sua doença e sua história de vida – o que, do nosso ponto de vista, é uma afirmação falaciosa.

Marty e M'Uzan também afirmam que a relação que o paciente estabelece com o terapeuta parece ser tão “neutra” quanto o modo como o doente descreve os acontecimentos de sua vida. Não poderíamos deixar de mencionar a esse respeito o fato de que a neutralidade é um dos aspectos que a racionalidade científica moderna considera necessário na relação entre o pesquisador e seu objeto de estudo. O modelo biomédico, na medida em que herda os pressupostos da racionalidade científica moderna, também preconiza a necessidade da adoção de um ponto de vista neutro e objetivo na clínica médica, o que só se tornou possível pela excessiva valorização dos exames de imagem em detrimento da escuta ao discurso do paciente. Portanto, a neutralidade com que o indivíduo operatório se relaciona com o médico é mais um traço que pode evidenciar o quão bem adaptado se mostra esse paciente em relação à racionalidade médica hegemônica.

Esse aparente distanciamento em relação ao terapeuta poderia levar um observador incauto a imaginar que o paciente está fazendo uso do mecanismo de isolamento, próprio da neurose obsessiva, mas não é esse o caso. Marty e M'Uzan dizem que o paciente se faz presente, próximo, mas vazio. Os autores destacam também a ausência de um jogo identificatório no paciente, o que tende a levar analistas, sobretudo os menos experientes, a sentirem certo grau de confusão.

Após apresentarem esses traços clínicos, os autores afirmam que o funcionamento operatório pode se apresentar em diversos quadros clínicos, porque seria da ordem de um sintoma e não de uma estrutura clínica. Assim, ele não se faria presente apenas em pacientes somatizantes, mas também nas chamadas “neuroses de caráter” e talvez até nas psicoses.

A fim de melhor descreverem as características próprias do pensamento operatório, na sequência do artigo Marty e M'Uzan apresentam uma vinheta clínica. Trata-se do caso de um paciente de 25 anos, que apresenta vários sintomas físicos e psíquicos, tais como: dores de cabeça, tremores, problemas de memória e falta de coordenação motora. Os problemas tiveram início seis

meses depois de o paciente ter sofrido um acidente que provocou danos superficiais em seu couro cabeludo. O trecho da entrevista apresentado pelos autores está centrado na narrativa de um acontecimento banal, mas que revela, do ponto de vista do analista, a rivalidade entre o paciente e o seu pai. Contudo, por mais que o terapeuta tentasse fazer o paciente pensar sobre isso, esse restringia suas reflexões a particularidades da realidade concreta, como se não percebesse a “outra cena” que se fazia presente nos episódios cotidianos que narra. Marty e M’Uzan veem nesse aspecto a ausência de ligação com a atividade fantasmática no pensamento. Os autores dizem que é como se o pensamento do indivíduo estivesse colado à materialidade dos fatos e ao caráter meramente utilitário dos objetos. A esse respeito, fazemos o seguinte questionamento: a relação entre os acontecimentos que o paciente relatou e o suposto caráter edípiano da cena seriam tão facilmente relacionáveis como supõem os autores? Dito de outro modo, para um paciente que provavelmente compareceu à consulta com o único objetivo de se ver livre de seus sintomas, seria tão fácil perceber o significado simbólico do episódio relatado? A ênfase que o paciente dá aos aspectos concretos da cena evidenciariam sua carência de atividade fantasmática ou denunciaria o fato de que esse indivíduo está tão alojado no discurso biomédico que não consegue perceber aquilo que, do ponto de vista do discurso psicanalítico, se mostra quase óbvio?

Marty e M’Uzan afirmam ainda que o paciente parece confinado ao presente, à atualidade, de modo que a projeção para o futuro e a memória do passado se configuram como partes do bloco maciço do presente. Apesar disso, os autores enfatizam que o funcionamento operatório não é uma modalidade de pensamento ineficiente ou intelectualmente inferior. Pelo contrário, ele seria bastante “adaptado à sua tarefa” (p. 348), mas essa eficácia adaptativa constituiria, ao mesmo tempo, seu limite, pois ele não se abriria a outras possibilidades interpretativas. Segundo os autores, aparentemente, para tais pacientes, a realidade não expressa nada que não esteja objetivamente indicado. Tudo está restrito à dimensão da sensório-motricidade. Por isso, Marty e M’Uzan frisam que se trata de um pensamento que não dá sentido à ação, mas que meramente a duplica.

Outra prova de que o pensamento operatório não é intelectualmente inferior ou rudimentar é que ele pode ser altamente abstrato. No entanto, faltaria sempre a “referência a um objeto interior realmente vivo” (p. 349). Por essa falta de valor simbólico ou sublimatório, os autores dizem que se trata de um pensamento inapto à criação artística e à verdadeira produção científica. Nesse ponto, a descrição que Marty e M’Uzan fazem do funcionamento operatório se assemelha bastante ao modo como Winnicott (1949/1988, 1960a/1983) compreende o hiperdesenvolvimento reativo da mente associado ao funcionamento do tipo “falso *self*”. Marília Aisenstein (2006, p. 678), uma das principais representantes contemporâneas da Escola de Psicossomática de Paris, também faz a aproximação entre os dois conceitos: “Nota-se, de passagem, uma certa proximidade entre o funcionamento operatório e o falso-self descrito por Winnicott, especialmente considerando o ‘conformismo’ desses pacientes.”.

De fato, do ponto de vista winnicottiano, a mente emerge como um aspecto da experiência psíquica que permite ao bebê compreender as inevitáveis e necessárias falhas do cuidado materno. Contudo, quando tais falhas ocorrem com intensidades e frequências que superam a capacidade do bebê para suportá-las, a mente passa a funcionar de modo excessivo a fim de apaziguá-lo, fornecendo a ele explicações sobre o estado caótico que vivencia. Assim, o funcionamento mental assume certa autonomia, podendo tornar-se complexo e abstrato, mas sem conexão com a vivência afetiva do bebê (Winnicott, 1949/1988). Para Winnicott, contudo, o caráter patológico do hiperfuncionamento mental está ligado ao fato de que seu desenvolvimento ocorre de modo independente da experiência efetiva do bebê com o ambiente. O que falta à mente precocemente desenvolvida não é uma ligação à atividade fantasmática (como propõem Marty e M’Uzan para o caso do pensamento operatório), mas uma vinculação com a própria vivência psicossomática do bebê.

Continuando a exposição das características específicas do funcionamento mental operatório, Marty e M’Uzan afirmam que se trata de um pensamento que apresenta um caráter superegoico. Contudo, o superego nesse caso seria do tipo que os autores qualificam como “esquemático”, não integrado ao restante

da vida psíquica. Os pacientes com funcionamento operatório seriam capazes apenas de identificações superficiais, que passariam pela mera imitação. Os autores também sublinham outro aspecto que torna a descrição desses pacientes semelhante à que Winnicott faz do falso *self*: o conformismo, como já indicado no trecho citado do artigo de Aisenstein. Com efeito, a conformação com o ritmo e as demandas do ambiente é o traço que melhor caracteriza o falso *self*, já que, do ponto de vista winnicottiano, ele se forma justamente pela submissão do bebê ao ambiente que não acolheu suficientemente bem sua espontaneidade (Winnicott, 1960a/1983).

Os autores apresentam mais duas ilustrações clínicas. Com a primeira, pretendem evidenciar a superficialidade da dinâmica identificatória no funcionamento operatório. Na narrativa, o paciente se mostra interessado pelas notas que o terapeuta está fazendo durante a entrevista. Quando o terapeuta lhe pergunta: “O que você acha que estou escrevendo?”, o paciente responde que provavelmente se trata do número de telefone de alguém com quem o terapeuta precisaria falar posteriormente. Marty e M’Uzan veem nessa resposta a evidência de que o paciente considera que seu interlocutor é idêntico a ele, dotado da mesma forma mecânica de pensar: “O valor afetivo da entrevista, bem como o interesse que nós lhe manifestamos, pareciam ter lhe escapado completamente.” (Marty & M’Uzan, 1963, p. 349-350). Os autores voltam a frisar que, apesar de parecer uma resposta que denotaria um mecanismo de isolamento do tipo obsessivo, não se trata disso.

A segunda ilustração narra o caso de uma paciente que um dia chega à sessão emocionada dizendo que seu pai havia falecido e perguntando ao terapeuta o que se faz nesse caso. Os autores veem nessa indagação a expressão do aspecto conformista do funcionamento operatório, que leva o indivíduo a buscar se submeter aos padrões sociais de modo mecânico. Para Marty e M’Uzan a pergunta feita pela paciente não teria um caráter transferencial, mas visaria efetivamente um protocolo social que ela precisaria seguir. Em outras palavras, os autores consideram que, no caso dessa mulher, como em todos os casos de funcionamento operatório, não haveria nada para se ler nas entrelinhas do discurso: “A situação nova a deixou desamparada, ela deveria se aproximar de alguma coisa que não estivesse incluída na relação conosco, psicoterapeuta,

mas que se encontrasse em uma fórmula de comportamento imposta e socializada.” (Marty & M’Uzan, 1963, p. 350). De nossa parte, não podemos deixar de constatar no simples endereçamento da pergunta tão insólita ao terapeuta a manifestação inequívoca da transferência. Não estaria a paciente justamente colocando em evidência o caráter filial de sua vinculação ao terapeuta, dirigindo a ele na forma de uma pergunta aparentemente objetiva um questionamento muito mais profundo endereçado originalmente ao próprio pai: “O que faço da vida sem ti?”. Dito de outro modo, por que não ver na indagação feita pela paciente a angústia de não saber o que se faz da vida sem a presença paterna?

Após a apresentação dessas duas brevíssimas vinhetas clínicas, Marty e M’Uzan afirmam que o indivíduo com funcionamento operatório se apega ao atual, ao presente como uma espécie de “salvaguarda”, o que não lhe permite se beneficiar das flutuações temporais que a atividade fantasmática proporciona. Assim, participa da realidade apenas de forma empírica, objetiva, concreta, mas não a experimenta de fato, pois vivenciá-la plenamente implicaria em ser capaz de significá-la. Embora permita a expressão de alguma agressividade, o pensamento operatório seria desprovido de valor libidinal. Os autores afirmam que há certos pacientes com funcionamento operatório que apresentam de fato um comportamento libidinal ou agressivo, mas que se trata, nesses casos, de expressões do conformismo, como se estivessem apenas cumprindo ordens.

Analisando a relação entre o pensamento operatório e os processos primário e secundário, os autores afirmam que, embora o pensamento operatório possa parecer uma modalidade do processo secundário por estar voltado essencialmente para a realidade externa, não se trata disso. Diferentemente do processo secundário, o funcionamento operatório estaria relacionado essencialmente a *coisas* e não a produtos da imaginação e da simbolização. Ele não desenvolveria, por exemplo, um processo semelhante à elaboração secundária do sonho. Há, portanto, no pensamento operatório, uma precariedade na conexão com as palavras. Para os autores, isso seria a comprovação de que no funcionamento operatório verifica-se um tipo de investimento de nível arcaico. As palavras seriam utilizadas apenas como um

meio de descarga rápida de tensão. Isso ficaria explícito nos casos que os autores chamam de “pseudodeslocamento”, em que o sujeito utiliza o nome de uma coisa para designar outra, mas sem que se possa depreender a existência de uma fantasia subjacente que qualificaria tal equívoco como uma formação do inconsciente. A troca de palavras ocorreria apenas porque o indivíduo não seria capaz de reter por muito tempo a tensão. Nessa direção, os autores concluem que no caso do pensamento operatório é a função instrumental que passa a dominar o pensamento, tal como no funcionamento mental exacerbado descrito por Winnicott (1949/1988). Não obstante, nesse último caso, trata-se de uma defesa contra a angústia associada à perda da experiência de continuidade do ser resultante das falhas ambientais nos estágios precoces do desenvolvimento emocional. No caso do funcionamento operatório, a defesa seria erigida contra a tensão gerada pelo excesso pulsional que não encontraria descarga pela via fantasmática. Pretendemos evidenciar ao longo deste trabalho que uma das principais diferenças entre o modelo proposto pela EPS e os pontos de vista dos outros autores que analisaremos diz respeito exatamente à centralidade, já mencionada, que Marty e seus colegas conferem à dimensão pulsional, aspecto que não se encontra no pensamento de Ferenczi, Winnicott e Groddeck.

Marty e M’Uzan afirmam que o pensamento operatório não recompõe uma elaboração fantasmática anterior, como acontece com o processo secundário nos sonhos. Contudo, a aparição repentina de certas manifestações agressivas ou perversas que se observa em pacientes com pensamento operatório indica que tais sujeitos não estariam dissociados de seu inconsciente. Marty e M’Uzan dizem que o pensamento operatório entra em contato com o inconsciente, mas num nível inferior, rudimentar, menos elaborado. De acordo com a hipótese sustentada pelos autores, ele promove uma espécie de curto-circuito da “atividade fantasmática elaboradora” a fim de se articular com as “formas iniciais das pulsões”. Essas, por sua vez, podem: (1) efetuar retornos inesperados; (2) dar lugar a somatizações; ou (3) se inscrever em uma predominância da tensão atividade-passividade, fenômeno que seria encontrado com frequência em pacientes com doenças somáticas.

Marty e M'Uzan também insistem na afirmação de que não se deve confundir o pensamento operatório com outras modalidades de pensamento encontradas nas neuroses clássicas. Para os autores, não se verifica o funcionamento operatório naqueles indivíduos que conseguiram alcançar o estágio genital de desenvolvimento psicosssexual. Afinal, nos indivíduos que atingem a fase genital, o pensamento que acompanha a ação não exerce uma função meramente instrumental, descritiva e mecânica, mas também simbolizante.

Os autores também reiteram a importância de distinguir o pensamento operatório do pensamento obsessivo. Em ambos haveria uma tentativa falha de domínio da realidade. Contudo, no pensamento obsessivo se busca a promoção da distância em relação ao objeto, ao passo que no pensamento operatório o contato com o objeto existe, mas é superficial. Como dizem os autores, no funcionamento operatório “o sujeito está presente, mas vazio”. Além disso, o obsessivo busca um domínio da realidade por meio de uma manipulação ativa de um pensamento “rico em valores simbólicos e mágicos”. Já no pensamento operatório, trata-se da busca por um controle imediato das ações. Além disso, os autores notam que no caso do pensamento operatório a dúvida não costuma se colocar, ao passo que no pensamento obsessivo ela é um elemento central. No pensamento obsessivo, as palavras são superinvestidas, adquirem significações extras, enquanto no pensamento operatório as palavras são *subinvestidas*, servindo apenas para descrever as coisas ou ações. Trata-se, nesse caso, de um uso da palavra como signo, ou seja, com um significado fixo. Como os autores observam, parece haver uma eliminação da distância entre significante e significado. Nesse sentido, no pensamento operatório, a expressão “caixa de joias”, por exemplo, serviria apenas para denotar o objeto onde certos artefatos são armazenados e nada mais. Já no pensamento obsessivo, a mesma expressão funcionaria como significante, podendo servir para denotar simbolicamente o órgão genital feminino. A relação com a temporalidade também é diferente no pensamento obsessivo e no pensamento operatório. Enquanto nesse último, o pensamento está restrito a uma dimensão temporal atual bastante limitada, o pensamento do obsessivo se caracteriza

justamente pelo afastamento da ação presente e se desenvolve “em um tempo com limites bastante imprecisos”.

Já se encaminhando para o final do artigo, Marty e M’Uzan fazem referência a casos em que o pensamento operatório se desenvolve em função de pressões exteriores, geralmente de natureza profissional. Para os autores, há certas atividades que forcem o sujeito a adotar quase que exclusivamente esse tipo de funcionamento como recurso adaptativo, de modo que a expressividade pessoal fica restrita à dimensão dos sonhos. Percebe-se, portanto, que os autores reconhecem a conveniência do pensamento operatório em relação a certos contextos e a possibilidade de que tais ambientes possam efetivamente levar determinados indivíduos a adotarem um funcionamento mental de caráter operatório. Ora, não é precisamente essa a hipótese que temos defendido ao longo desta seção, isto é, que a submissão à racionalidade biomédica pela maioria dos usuários de saúde pode muito bem levá-los ao desenvolvimento de uma maneira operatória de lidar com seu adoecimento? É surpreendente perceber que nenhum dos representantes da EPS, nem mesmo os contemporâneos, se deram conta de como a subjetividade operatória está em sintonia com o discurso biomédico.

Os autores afirmam que, não raro, nesses casos em que o pensamento operatório se desenvolve em virtude da pressão exercida por certos ambientes de trabalho, também se verifica a presença de somatizações, se constata a receptividade do paciente a incitações afetivas e queixas em relação a seu modo de ser. Por essa razão, o prognóstico costuma ser significativamente melhor do que nos casos em que o pensamento operatório se desenvolve “espontaneamente”.

Comentando novamente o relatório de Fain e David, Marty e M’Uzan assinalam que os pacientes com pensamento operatório não costumam sonhar e, quando o fazem, não conseguem narrar suas produções oníricas ou a narrativa é desenvolvida também de modo mecânico, fazendo referência apenas a conteúdos da realidade atual. Os autores afirmam que, talvez, justamente pela ausência de produções oníricas, tais pacientes sejam tão propensos à insônia.

Marty e M'Uzan finalizam o artigo reafirmando que nos pacientes que apresentam funcionamento operatório o corpo é a via econômica por excelência, ou seja, é por meio das funções somáticas que as tensões pulsionais costumam ser descarregadas já que não há atividade fantasmática suficiente para integrá-las. No tratamento desses pacientes seria preciso empregar certos procedimentos técnicos que destoam do modelo clássico. Os autores recomendam, por exemplo, que o analista não interrompa uma elaboração fantasmática que começa a ser feita pelo paciente (qualquer que seja ela) nem interprete seu conteúdo.

Em síntese, é possível concluir que o funcionamento operatório é concebido por Marty e M'Uzan como a expressão, no nível mental, da insuficiência do processo de ligação das excitações pulsionais. Tal processo de ligação dependeria da existência de representações que se articulassem em atividades de natureza fantasmática. Nos indivíduos com funcionamento operatório, não haveria disponibilidade dessas representações, de modo que as excitações pulsionais precisariam ser escoadas através do próprio corpo. O pensamento operatório, portanto, seria a expressão de um aparelho psíquico desvitalizado pela ausência de atividade pulsional que precisou manter-se confinada à dimensão somática.

2.4

Depressão essencial e desorganização progressiva

Assim como a noção de pensamento operatório, o conceito de “*depressão essencial*” também emergiu da investigação clínica de pacientes que sofriam de doenças somáticas e é concebido igualmente como um processo tributário da insuficiência do funcionamento mental. Marty (1993) relata que a primeira referência aos fenômenos clínicos que designaria posteriormente com o termo “depressão essencial” está no livro *L'investigation psychosomatique*, publicado em 1963 com a coautoria de Michel de M'Uzan e Christian David. Naquela obra, Marty descreveu um tipo específico de depressão que se manifestava em pacientes com adoecimento orgânico e que se caracterizava pela ausência tanto

de referência a objetos quanto de sintomas clássicos da melancolia como as autoacusações e a culpa. Nesse primeiro momento, esse quadro clínico foi chamado de “depressão sem objeto” ou “depressão psicossomática” (Marty, 1993).

O termo “depressão essencial” só viria a aparecer em 1966, numa breve comunicação de autoria exclusiva de Pierre Marty intitulada apenas como “A depressão essencial”, que foi publicada na Revista Francesa de Psicanálise em 1968. A fim de sermos fieis ao raciocínio clínico desenvolvido pelo autor, faremos uma análise pormenorizada daquele texto de modo semelhante à que empreendemos na seção anterior em relação ao artigo que introduziu a noção de pensamento operatório.

Marty (1968) inicia o artigo justificando seu título. Como já mencionamos, o tipo de afecção que o autor pretende descrever e analisar foi outrora chamada por ele próprio e alguns colegas de “depressão psicossomática” ou “depressão sem objeto”. O autor frisa, no entanto, que a melhor expressão para caracterizá-la seria mesmo “depressão essencial”. Com efeito, tratar-se-ia de uma modalidade de sofrimento psíquico que se caracterizaria precisamente pelo sintoma fundamental de todas as síndromes depressivas, a saber: o rebaixamento da força libidinal. No clássico artigo “Luto e Melancolia”, Freud corrobora essa afirmação ao dizer que

Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima *a ponto de encontrar expressão* em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. (Freud, 1917b/1996, p. 250, grifo nosso)

Nesse trecho, nota-se que Freud acrescenta aos sintomas melancólicos negativos, isto é, que indicam um rebaixamento da libido (desânimo, perda de interesse e da capacidade de amar, inibição e diminuição da autoestima) três outros sintomas de caráter positivo (no sentido de que acrescentam determinados elementos na atividade psíquica). São eles: a autorecriminação, o autoenvilecimento e a expectativa delirante de punição. Ora, são justamente esses sintomas que não se fazem presentes na depressão essencial. Como destacamos no trecho citado, Freud parece conceber tais sintomas culposos

como sendo investidos pela libido cuja ausência se manifesta nos sintomas negativos. Na depressão essencial não haveria essa contrapartida econômica à contração da libido, como se a energia psíquica tivesse sido simplesmente drenada do aparelho psíquico.

Na sequência do artigo, Marty assinala que é por meio da relação com o terapeuta que se tem condições de avaliar com mais acuidade as manifestações da depressão essencial. Entendemos que ao enfatizar esse aspecto, o autor pretende fazer uma ressalva quanto à possibilidade de identificar corretamente os traços da depressão essencial fora do *setting* terapêutico. Em outras palavras, o autor parece estar dizendo que essa afecção só se apresentaria como tal na relação com o terapeuta ou, nas palavras do próprio Marty, o investigador (*l'investigateur*) psicossomático. Diante disso, vemo-nos tentados a fazer o mesmo questionamento que fizemos anteriormente em relação ao funcionamento operatório, a saber: qual é o papel do discurso biomédico no engendramento das manifestações (ou na ausência delas) que indicariam a existência da depressão essencial? Marty e seus colegas estariam efetivamente diante de pacientes desvitalizados, destituídos de tónus libidinal e funcionando subjetivamente de modo mecânico ou o enquadre clínico clássico (que a EPS parece não questionar explicitamente) convoca tais indivíduos a se apresentarem dessa maneira?

Esses questionamentos se justificam quando acompanhamos a descrição que Marty faz da experiência clínica com esses pacientes. Segundo o autor, o que se observa inicialmente - e isso vai gradualmente ficando mais claro ao longo da avaliação - é que na depressão essencial não se verifica a presença de sintomas no sentido mais clássico do termo, isto é, como expressões de impulsos ou de defesas contra impulsos. Com exceção de certos episódios de angústia que podem aparecer nos casos em que a depressão essencial ainda não se estabeleceu definitivamente, na maior parte do tempo a patologia não se apresenta de modo claramente perceptível.

Note-se que tanto na abordagem da depressão essencial quanto na análise do pensamento operatório, Marty destaca os pontos que sinalizam a diferença entre essas manifestações e as neuroses clássicas. No caso do funcionamento

operatório, Marty enfatiza a ausência de simbolismo e de atividade fantasmática. Já na depressão essencial o acento é posto na ausência de sintomas neuróticos clássicos. No limite, Marty parece estar dizendo que não há expressão do inconsciente na clínica com esses pacientes. Ora, é justamente essa negligência não só do inconsciente, mas de toda a dimensão subjetiva que está na base do modelo biomédico! Para os profissionais que fundamentam sua atuação nessa racionalidade, nenhum sintoma é visto como expressão de impulsos ou de defesas contra impulsos. No máximo são tomados como “consequência do estresse” ou “de fundo emocional”. Nesse sentido, os indivíduos que, de acordo com Marty, apresentam depressão essencial são, assim como os pacientes operatórios, um público *desejável* pela racionalidade biomédica. De fato, é muito mais fácil recomendar tão-somente uma terapia medicamentosa para um paciente deprimido que se queixa apenas de falta de vontade de viver do que para um melancólico com delírios de culpa e punição. Em outras palavras, um paciente que se apresenta *como que* destituído de inconsciente se presta muito mais facilmente ao *modus operandi* biomédico. Tratar-se-ia aqui, como no caso dos indivíduos com funcionamento operatório, de uma mera coincidência? Ou, como já argumentamos anteriormente, estariam Marty e seus colegas trabalhando com pacientes que, por apresentarem patologias somáticas, já se apresentariam clinicamente ajustados ao modelo biomédico?

Com efeito, Marty afirma que geralmente o paciente com depressão essencial procura ajuda não em função dos traços propriamente depressivos, mas por outro motivo qualquer, como fadiga ou algum adoecimento somático. A ausência de uma sintomatologia ruidosa e expressiva faz com que nem o paciente nem as pessoas de seu convívio ou o próprio médico pensem em encaminhá-lo a um tratamento psicoterapêutico. Como vimos na seção anterior, com os pacientes que apresentam funcionamento operatório ocorre exatamente o mesmo processo: o indivíduo não procura ajuda por conta do seu modo mecânico de pensar, mas em função de patologias de natureza orgânica. Isso significa que não há por parte do paciente a formulação do desejo de autoconhecimento que geralmente acompanha todo pedido de ajuda psicoterapêutica. Como já dissemos, na medida em que o paciente não

considera que esteja emocionalmente doente, nos parece evidente que ao se dirigir ao médico, seja ele um clínico geral ou um psicanalista, dificilmente colocará em questão a possibilidade de que seus sintomas físicos possam estar relacionados a aspectos de ordem subjetiva. Nesse sentido, não caberia ao próprio terapeuta investir na tentativa de levar o paciente a pensar em sua doença como um enigma a ser decifrado em vez de simplesmente constatar que tal reflexão não brota espontaneamente no indivíduo? Essa aposta na potência do inconsciente foi a tônica da experiência clínica de Georg Groddeck, médico que trabalhou basicamente com doentes orgânicos e sobre o qual falaremos no próximo capítulo.

Marty assinala que, diante de um quadro de depressão essencial, o terapeuta não sente que é introjetado transferencialmente pelo paciente. Aliás, a impressão que se tem é a de que o paciente sequer estabelece com ele uma relação efetivamente pessoal, tratando-o tão-somente como um profissional. O paciente parece apresentar o seu caso como se estivesse falando de outra pessoa. Ao longo da entrevista, a situação não evolui e o terapeuta começa a se perguntar o que pode fazer por aquela pessoa já que ela não demanda nada, pois aparenta quase não sofrer. Novamente se percebe aqui a conformidade dos pacientes com depressão essencial à racionalidade biomédica. Como no caso dos indivíduos com funcionamento operatório, toda manifestação subjetiva é simplesmente removida do campo clínico não por uma intervenção do profissional, mas porque o próprio paciente já se apresenta subjetivamente esvaziado.

Marty aponta que embora o paciente com depressão essencial não procure ajuda médica em função do quadro depressivo, mas geralmente devido a complicações de natureza somática, o contato com o paciente e uma anamnese bem conduzida permitem verificar a presença da depressão. De fato, ela pode ser constatada na redução da energia libidinal tanto objetual quanto narcísica. Para o autor, trata-se, portanto, de um processo patológico que se desenvolve de modo silencioso, sem sintomas claramente perceptíveis, mas que vai gradualmente possibilitando a instalação do que, nesse momento, Marty

denomina de *vida operatória*⁹. Ao afirmar isso, o autor deixa claro que, do seu ponto de vista, a perda de vitalidade e a transformação da existência em um processo basicamente mecânico são resultantes de um rebaixamento do tónus libidinal, ou seja, da falta de expressão psíquica da pulsão. É importante salientar isso para frisar a incompatibilidade entre o modelo teórico proposto por Marty e os pontos de vista dos autores com os quais trabalharemos nos próximos capítulos. Insistimos no fato de que é preciso evidenciar a centralidade que a EPS confere à dimensão pulsional. Para Marty e seus colegas, a vida se torna mecânica e o pensamento adquire um caráter meramente instrumental quando a ligação entre a pulsão e o aparelho psíquico se perde. Trata-se de um ponto de vista completamente diferente, por exemplo, de Winnicott para quem a falta de vitalidade está associada muito mais a reações a um ambiente negligente ou intrusivo que enseja uma perda do sentimento de continuidade do ser (Winnicott, 1949/1988, 1960a/1983).

Na sequência do artigo, Marty faz referência ao terceiro dos principais conceitos do quadro teórico da EPS. Trata-se da noção de *desorganização progressiva*, que o autor concebe como um processo que sucede a depressão essencial: “Em resumo, a depressão essencial se apresenta como um desaparecimento da libido tanto narcísica quanto objetal, e isso sem outra compensação econômica que não a desintegração funcional” (Marty, 1968, p. 596).

Assim como a noção de “depressão essencial”, o conceito de “desorganização progressiva” também foi introduzido por Marty no ano de 1966, no XXVII Congresso de Psicanalistas de Línguas Romanas. A comunicação apresentada pelo autor naquele evento e publicada no ano seguinte pela Revista Francesa de Psicanálise, chamava-se “Un processus majeur de somatisation; la désorganisation progressive”. Nesse texto, Marty (1967 *apud* Marty, 1993) mostra que, em função dos resultados encontrados a partir da investigação clínica de pacientes que apresentavam adoecimento somático grave, foi necessário elaborar um novo conceito para caracterizar um

⁹ Em trabalhos posteriores, Marty substituiu o termo “pensamento operatório” por “vida operatória”, pois verificou-se que o caráter mecânico observado inicialmente no âmbito mental pode estender-se também para o domínio do comportamento

processo de desorganização psíquica e somática distinto das regressões, já conhecidas no campo psicanalítico.

Para Marty (1968), a falta de libido no aparelho psíquico provoca gradativamente a destruição de funções capitais que mantêm o equilíbrio da dinâmica mental tais como a projeção, a identificação, o deslocamento, a condensação, a associação de ideias e a vida onírica e fantasmática. Esse processo de paulatina desorganização se inicia no nível psíquico mas tende a desembocar na dimensão somática, dando origem a enfermidades graves. Embora a desorganização progressiva se desenvolva numa direção regressiva, isto é, iniciando o processo de destruição a partir das funções que teriam se desenvolvido por último na ordem do desenvolvimento concebida por Marty, não se deve confundi-la com a regressão. Com efeito, a regressão libidinal, tal como descrita inicialmente por Freud (1917c/1996), possui um caráter patológico, na medida em que promove um abandono das organizações libidinais mais maduras, mas também apresenta um potencial de reorganização, pois não inviabiliza a retomada do processo de amadurecimento. Por outro lado, Marty (1993) afirma que os processos aparentemente regressivos verificados nos casos de desorganização progressiva seriam amiúde definitivos, ou seja, teriam um caráter eminentemente destrutivo. Nas regressões típicas, haveria sempre um sistema (o estágio de fixação libidinal) que “freada” o processo de desorganização, impedindo que ele continuasse avançando e comprometendo a saúde do indivíduo. Na desorganização progressiva, por outro lado, haveria uma verdadeira destruição da organização libidinal e, conseqüentemente, uma desorganização do psiquismo como um todo.

É preciso assinalar que a noção de “desorganização progressiva”, assim como a de regressão, pressupõe uma concepção evolutiva da subjetividade. De fato, para Marty, tanto o psiquismo quanto o corpo se desenvolvem de modo concomitante, em um processo de hierarquização funcional. A desorganização progressiva trabalharia num sentido oposto ao dessa hierarquização, levando o indivíduo, por essa razão, não só a uma perda significativa da capacidade de elaboração mental, mas também ao adoecimento somático (Marty, 1993). Por essa razão, Marty postula que tanto a desorganização progressiva quanto a depressão essencial seriam expressões inequívocas da pulsão de morte

desintrincada da pulsão de vida. Por outro lado, em um texto posterior, de 1980, *L'Ordre psychosomatique*, o autor afirma que a depressão essencial possui uma etiologia traumática. O aparelho psíquico seria incapaz de lidar com o fluxo excessivo de excitações em jogo no trauma. Por essa razão, a depressão essencial seria geralmente precedida de angústias difusas, as quais não teriam a função de alarme geralmente atribuída a tais afetos. Essas angústias já seriam o indicativo de que o volume de excitações teria transbordado a capacidade de elaboração do aparelho psíquico (Marty, 1993). Contudo, a despeito desse reconhecimento da existência de traumas na origem da depressão essencial, o autor entende que o aparente desaparecimento da dinâmica libidinal no psiquismo e todo o processo de desorganização progressiva seriam a expressão ruidosa da pulsão de morte.

À luz da análise desses três conceitos fundamentais para a matriz teórica da Escola de Psicossomática de Paris, é possível concluir que a doença orgânica seria um dos efeitos de um processo mais amplo de desorganização psicossomática que teria sua origem na ação direta da pulsão de morte dissociada da pulsão de vida. O potencial desagregador da pulsão de morte levaria à destruição da organização psicossomática conquistada ao longo do desenvolvimento, ao esvaziamento de libido no aparelho psíquico e à perda de atividade fantasmática, ocasionando, respectivamente, a *desorganização progressiva*, a *depressão essencial* e o *pensamento operatório*. Não obstante, apesar de todo o processo global que culmina no advento do adoecimento somático ter como ponto de partida, do ponto de vista de Marty e seus colegas, a desintrincação pulsional e a conseqüente ação direta da pulsão de morte, aquilo que poderíamos qualificar como sendo a causa “proximal” da doença orgânica, para esses autores, seria a insuficiência do funcionamento mental.

2.5

Um modelo solipsista, dualista e iluminista

Dissemos no início deste capítulo que a abordagem proposta pela EPS a respeito do adoecimento somático privilegia a dimensão intrapsíquica. Essa

conclusão é aparentemente desmentida pela tese que Marty sustenta na página 29 de *A Psicossomática do Adulto*: “As doenças somáticas decorrem, geralmente, das inadequações do indivíduo às condições de vida que encontra” (Marty, 1993, p. 29). Não estaria o autor defendendo aqui uma perspectiva relacional de abordagem do adoecimento orgânico? Não, se levarmos em conta os desdobramentos a que o autor consagra essa hipótese de que o adoecimento somático seria sempre uma consequência do descompasso entre o indivíduo e as condições ambientais em que se encontra. Embora faça menção ao papel do ambiente, Marty logo redireciona a ênfase para o indivíduo e suas aptidões para se adaptar. O autor reconhece que certo grau de desarmonia está sempre presente na relação entre indivíduo e ambiente de modo que desde o início do desenvolvimento será necessário um processo de adaptação. Não obstante, para se adaptar, o indivíduo precisaria lançar mão de recursos específicos. Do ponto de vista do analista francês tais recursos pertencem a três grandes domínios: o aparelho somático, o aparelho mental e os comportamentos (ação). Dos três, o menos maleável é evidentemente o primeiro. Por essa razão, o aparelho somático é sempre o último domínio utilizado pelo indivíduo para se adaptar. O corpo só responde ao processo de adaptação caso os comportamentos e os mecanismos mentais não estejam disponíveis. Tal situação pode se dar de modo circunstancial ou se constituir no padrão de funcionamento do indivíduo. Em outras palavras, um indivíduo com um aparelho mental suficientemente amadurecido pode passar por situações traumáticas, que excedem sua capacidade de elaboração mental e, por conta disso, lançar mão dos comportamentos ou do corpo como recursos adaptativos. Nesse caso, o aparelho mental tenta obstruir o processo de desorganização ensejado pela situação traumática através dos diversos mecanismos de defesa (deslocamento, condensação, projeção etc.), mas fracassa nessa tarefa em função do nível elevado de excitações. Há outros casos, contudo, em que o aparelho mental do indivíduo não está preparado sequer para operar esse primeiro combate, fazendo com que o comportamento e, sobretudo, o corpo tornem-se os recursos primários de adaptação a situações traumáticas.

No primeiro caso, em que os indivíduos apresentam uma boa mentalização, as doenças somáticas que eventualmente surjam em função da

utilização do corpo como último recurso adaptativo costumam ser reversíveis na medida em que geralmente são derivadas de um processo de “regressão somática”. Isso não significa que indivíduos bem mentalizados estejam absolutamente imunes a doenças somáticas graves, de difícil recuperação. O fator determinante, para Marty, é o nível de excitações com o qual o aparelho psíquico precisa lidar. A tese central, aqui, é a de que *o corpo só fala quando a mente se cala ou está muda*. Nesse segundo caso, o dos indivíduos mal mentalizados, as doenças tendem a ter um caráter evolutivo, ou seja, de difícil reversão. Trata-se agora, para Marty, de um processo de desorganização psicossomática e não de regressão (Marty, 1993). Nota-se, portanto, que a ênfase do autor é posta sobre os recursos dos quais o indivíduo dispõe para se adaptar ao ambiente. As vicissitudes do próprio ambiente não são destacadas, o que indica com clareza que Marty e os demais representantes da EPS valorizam uma perspectiva eminentemente intrapsíquica, o que os distancia, sobretudo, de Ferenczi e Winnicott, dois dos autores com os quais trabalharemos no próximo capítulo.

Creemos que a concepção proposta pela EPS acerca da origem e dos processos subjacentes ao adoecimento somático reproduz inadvertidamente um conhecido dito popular cujo enunciado geralmente é expresso da seguinte forma: “Quando a cabeça não pensa, o corpo padece”. Tanto essa concepção popular das relações entre corpo e mente quanto a matriz teórica da EPS estão fundamentadas em pelo menos duas ideologias modernas: o *dualismo* e o *iluminismo*. De fato, o aforismo popular é dualista, na medida em que concebe a cabeça (mente) como algo essencialmente distinto do corpo. É também iluminista, pois postula uma concepção em que a mente possui a função ativa de elaboração das experiências, ao passo que o corpo seria apenas a substância passiva que sofre os efeitos dessa elaboração. Nesse sentido, podemos considerar esse ditado como uma espécie de tradução popular tanto da concepção dualista sistematizada por René Descartes no século XVII quanto da ideologia iluminista, herdeira do platonismo e do próprio cartesianismo, que vê na razão a luz que ilumina a escuridão em que a natureza (corpo) supostamente tende a nos deixar (Luz, 1988).

De fato, outro corolário que pode ser extraído do referido adágio é a ideia de que o pensamento (a razão) só é produzido no âmbito da mente (cabeça). O corpo padeceria justamente porque não seria capaz de exercer nenhum papel na produção dos pensamentos, mas tão somente sofreria as consequências de sua (não) elaboração. Nesse sentido, o corpo seria impotente frente às intensidades afetivas, necessitando da mente (razão) para ser “salvo” dos possíveis efeitos traumáticos das experiências.

Numa análise mais profunda e de inspiração genealógica (Nietzsche, 1887/2009), o que se verifica tanto na concepção de adoecimento somático proposta pela EPS quanto na matriz metapsicológica freudiana é a presença, como mencionamos no início, de certo *repúdio* pela dimensão do corpo. Com efeito, a ideia de que, na ausência de mecanismos mentais suficientes, a estimulação advinda do corpo (pulsão) irá voltar-se contra o próprio indivíduo ocasionando o surgimento de patologias, evoca, do nosso ponto de vista, uma concepção de corpo como algo perigoso e potencialmente explosivo. Corpo-bomba que demandaria uma máquina mental suficientemente forte para controlá-lo e evitar uma implosão (adoecimento). Ora, essa não é a descrição precisa da orientação ética presente no pensamento platônico: agir de tal modo que a razão prevaleça sobre o corpo?

Creemos ter mostrado, portanto, que o modelo teórico proposto pela Escola de Psicossomática de Paris para a abordagem do adoecimento somático herda os pressupostos da metapsicologia freudiana e da abordagem clínica que Freud consagrou às neuroses atuais. É possível afirmar que, de certo modo, Marty e seus colegas expandiram a hipótese freudiana de explicação das neuroses atuais para outras patologias orgânicas. Por essa razão, as premissas teóricas que sustentavam o modelo freudiano acabaram sendo integralmente adotadas pela Escola de Psicossomática de Paris sem qualquer tipo de questionamento. Assim, a compreensão do funcionamento psíquico através da analogia com uma máquina de descarga de tensões provenientes do corpo, bem como a tese de que um funcionamento mental suficientemente potente protege o organismo contra sua autodestruição se impuseram como os fundamentos da matriz teórica da EPS.

Apontamos também que tais fundamentos, embora tenham sido derivados do modelo freudiano, são, na verdade, premissas presentes num quadro teórico-ideológico mais amplo que qualificamos aqui como iluminista, inserido na tradição metafísica. Trata-se, com efeito, da racionalidade vigente na modernidade, a qual concebe a associação entre corpo e mente a partir do mesmo raciocínio utilizado para analisar a relação entre natureza e cultura. Assim como a natureza é vista por essa racionalidade como ameaçadora, o corpo, supostamente a parcela de natureza em nós, também é tomado como potencialmente perigoso. Nesse sentido, da mesma forma que a cultura deveria prevalecer sobre a natureza, domando-a, controlando-a, domesticando-a, a mente também deveria dominar o corpo, protegendo-o de se autodestruir com a intensidade excessiva de seus afetos. Vimos que esse modo de analisar as relações entre corpo e mente se encontra ainda tão arraigado na cultura ocidental que o próprio senso comum o reproduz através de adágios como “Quando a cabeça não pensa, o corpo padece”.

Sustentamos ainda que a depressão essencial e o funcionamento operatório, fenômenos clínicos que Marty considera estarem correlacionados ao adoecimento somático podem ser interpretados como a expressão de uma adequação dos pacientes com patologias físicas ao discurso biomédico. Como vimos, a racionalidade biomédica desconsidera os aspectos subjetivos que podem estar relacionados às doenças, privilegiando uma abordagem clínica instrumental, objetiva e desvitalizada. Nesse sentido, pode ser colocada em xeque a tese de que os pacientes com doenças orgânicas possuiriam um psiquismo pouco capaz de simbolizações e destituído de libido e atividade fantasmática. De fato, Marty e seus colegas ao abordarem pacientes aos quais qualificavam como operatórios poderiam estar apenas diante de indivíduos que se apresentavam perfeitamente adaptados à racionalidade biomédica.

Apesar da obviedade, cremos ser necessário frisar que se trata aqui tão-somente de uma leitura possível da matriz teórica da EPS. Leitura de matiz genealógico que, por essa razão, pretendeu tornar visível a possível dinâmica dos afetos que se faz presente de forma implícita nos enunciados teóricos. Com efeito, em consonância com tal orientação metodológica, não se pode deixar de mencionar aqui a intenção que se fará presente ao longo de toda a tese, a saber:

a de promover, através da crítica de um modelo hegemônico, a abertura a outras formas de se pensar o adoecimento orgânico em psicanálise.

3

O adoecimento somático em Ferenczi, Groddeck e Winnicott

No capítulo anterior desenvolvemos uma crítica à teoria proposta pela Escola de Psicossomática de Paris para a compreensão e o tratamento das doenças físicas com base em pressupostos psicanalíticos. Evidenciamos que tal teoria está fundamentada na metapsicologia freudiana e propusemos a interpretação de que tanto uma quanto outra se baseiam, por seu turno, numa concepção iluminista.

Neste capítulo apresentaremos alguns aspectos das concepções de Sándor Ferenczi, Georg Groddeck e Donald Woods Winnicott que dizem respeito ao adoecimento somático e ao problema da relação entre corpo e psique. Convém salientar desde já que, a despeito das diversas diferenças entre seus pontos de vista, os três autores propõem hipóteses explicativas para o surgimento do adoecimento orgânico que se distanciam da teoria sistematizada pela Escola de Psicossomática de Paris. No último capítulo deste trabalho tentaremos estabelecer algumas associações entre as visões dos três autores a fim de verificar se é efetivamente sustentável teoricamente a hipótese de que eles trabalham com princípios comuns, os quais constituiriam o estofa de uma matriz psicanalítica de abordagem da doença somática distinta da matriz que sustenta a teoria da Escola de Psicossomática de Paris.

3.1

Sándor Ferenczi

Sándor Ferenczi notabilizou-se no campo psicanalítico principalmente pelas inovações que propôs no plano da clínica, tais como a técnica ativa – uma estratégia para reforçar o princípio freudiano da abstinência – e a chamada neocatarse, que visaria justamente superar as limitações que Ferenczi

observava no emprego da técnica psicanalítica clássica. No entanto, apesar da relevância de sua produção no campo da técnica, Ferenczi escreveu sobre uma infinidade de outros temas, contribuindo significativamente para o enriquecimento da teoria psicanalítica. Essa outra faceta de sua obra talvez ainda não tenha recebido um olhar suficientemente atento da comunidade psicanalítica.

Nesta seção pretendemos focalizar alguns dos principais trabalhos de Ferenczi que permitem inferir quais eram as concepções do autor acerca do adoecimento orgânico e da abordagem psicanalítica desse tipo de patologia, bem como suas ideias a respeito da relação entre corpo e psique.

3.1.1

O corpo como matriz da experiência psíquica

Iniciaremos nosso percurso comentando o artigo “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios”, no qual Ferenczi (1913a/2011) apresenta e desenvolve a tese de que a passagem da vigência plena do princípio do prazer para sua coexistência com o princípio de realidade e o reconhecido da realidade externa se dá em um processo constituído por etapas. Esse texto é relevante para o que nos propomos a fazer neste trabalho porque nele Ferenczi mostra que, do seu ponto de vista, a constituição psíquica do sentido de realidade se dá a partir da dimensão corporal e em conexão íntima com ela.

O primeiro estágio do sentido de realidade proposto por Ferenczi é o período de onipotência, cujos resquícios podem ser encontrados, por exemplo, na neurose obsessiva. A experiência de onipotência se dá de modo pleno durante o período em que o bebê se encontra no ventre materno, onde todas as suas necessidades são geralmente satisfeitas sem que precise fazer qualquer esforço ou reconhecer que tal satisfação lhe é proporcionada pelo organismo da mãe. Portanto, de acordo com o autor, nesse primeiro momento a onipotência não é uma ilusão proporcionada pelas circunstâncias: o bebê *de fato* sequer experimenta necessidades, pois essas estão sendo satisfeitas plenamente.

É interessante observar desde já a articulação entre as dimensões física e psíquica que se encontra pressuposta no pensamento de Ferenczi. Com efeito, no período gestacional, a experiência de onipotência vivenciada pelo bebê se dá em função da satisfação de necessidades que são eminentemente físicas, tais como a manutenção de uma temperatura corporal adequada e a alimentação. Não obstante, quando o autor aborda os resquícios dessa experiência na criança e na dinâmica psíquica do neurótico obsessivo, o que está em jogo não é o desejo de receber novamente a satisfação de necessidades exclusivamente somáticas. Trata-se, na verdade, da nostalgia da *experiência somatopsíquica* de onipotência:

[...] a criança e o obsessivo nada pedem de impossível à realidade, quando sustentam com obstinação que seus desejos devem necessariamente cumprir-se; apenas exigem a volta de um estado que existiu outrora, a *volta* desses ‘bons tempos’ em que eram onipotentes. [...] (Ferenczi, 1913a/2011, p. 49, grifo do autor.).

Com efeito, desde os primeiros momentos após o nascimento, o bebê dá sinais de que deseja fortemente retornar para o estado anterior caracterizado por quietude e harmonia proporcionadas pelo ventre materno. Ferenczi assinala que a mãe ou outras pessoas que estão a cargo de cuidar do bebê nesses momentos iniciais intuem seu desejo de retornar à situação intrauterina e tentam proporcionar condições físicas que se aproximam o máximo possível daquelas que o infante experimentava no útero: “Põem-na no fundo do corpo tépido da mãe ou envolvem-na em cobertores e edredons quentes e macios, com o objetivo manifesto de lhe dar a ilusão da cálida proteção materna.” (Ferenczi, 1913a/2011, p. 50). Essa ilusão só pode ser sustentada porque os cuidados proporcionados pelo ambiente vão ao encontro do reinvestimento alucinatório da experiência de satisfação que o bebê produz como primeira reação às perturbações ocasionadas pelo nascimento.

Nesse sentido, os cuidados essencialmente físicos oferecidos pelo ambiente se mesclam ao processo eminentemente psíquico do reinvestimento alucinatório, produzindo uma *experiência somatopsíquica integral*. Vale ressaltar que, na medida em que o ambiente satisfaz as necessidades do bebê nesse período imediatamente posterior à saída do útero e que essa satisfação vai ao encontro da tentativa de reinvestimento alucinatório, o infante ainda não

é capaz de perceber que a realização de seus anseios é proporcionada pelo mundo externo. Para Ferenczi, agora sim o bebê experimenta a ilusão de que foi ele mesmo quem lhe forneceu satisfação pelo simples fato de representá-la. A esse estágio do processo de desenvolvimento do sentido de realidade o autor denomina “período da onipotência alucinatória mágica” (Ferenczi, 1913a/2011, p. 50).

Esse período, no entanto, tem curta duração, pois brevemente o descompasso entre o surgimento das necessidades e desejos no bebê e sua satisfação por parte do ambiente se tornará cada vez maior, de modo que “a representação alucinatória da realização do desejo não bastará em breve para acarretar efetivamente a realização do desejo” (Ferenczi, 1913a/2011, p. 51). Assim, o bebê precisará inicialmente recorrer a sinais de caráter motor para que o ambiente lhe proporcione a satisfação desejada. De fato, já no período anterior, a criança se manifestava com processos motores como choro, gritos e agitação no momento do aparecimento das necessidades. Contudo, somente agora o bebê se torna capaz de perceber o efeito que tais reações produzem sobre o ambiente, o que o leva a imaginar que tais sinais motores funcionam como gestos mágicos que produzem por si mesmos os objetos de satisfação.

Portanto, ainda nesse estágio, que Ferenczi denomina de “período da onipotência com a ajuda de gestos mágicos”, não há o reconhecimento da independência do mundo externo. O bebê continua imaginando que ele próprio proporciona satisfação para si mesmo, desta feita mediante a execução de certos sinais motores, os quais tornam-se cada vez mais sofisticados e específicos à medida que cresce a complexidade dos desejos da criança.

Para Ferenczi, os sintomas somáticos da histeria são o resultado de uma regressão ao período da onipotência com a ajuda de gestos mágicos. Essa é a hipótese que o autor propõe para explicar o fenômeno que Freud considerava intrigante na neurose histérica e que qualificou como “o enigmático salto do mental para o físico” (Freud, 1917d/1996, p. 266). Com efeito, Freud conseguiu evidenciar que os sintomas conversivos histéricos poderiam ser interpretados como símbolos de um conflito psíquico, mas a questão relativa às razões pelas quais na histeria os conflitos se manifestam predominantemente

por meio de fenômenos somáticos permaneceu em aberto na obra freudiana. A hipótese proposta por Ferenczi é a de que na histeria ocorreria uma “regressão ao estágio da magia gestual” (Ferenczi, 1913a/2011, p. 53). Nesse sentido, pode-se concluir que o indivíduo histérico teria permanecido fixado no estágio do desenvolvimento do sentido de realidade em que seus desejos eram atendidos em função da execução de determinados gestos corporais. No artigo “Fenômenos de materialização histérica” (1919), que comentaremos posteriormente, Ferenczi desenvolverá com mais profundidade o tema da conversão histérica, propondo uma explicação mais completa para o fenômeno. Por ora, vale a pena refletir sobre as implicações da hipótese de considerar o sintoma conversivo como sendo equivalente aos gestos realizados pelo bebê no período da onipotência com a ajuda de gestos mágicos.

Ferenczi parece estar chamando a atenção para o fato de que nos estágios iniciais da existência, a relação que o indivíduo estabelece com o mundo é desenvolvida predominantemente por meio do corpo, embora a atividade psíquica já se encontre em pleno funcionamento, como se pode depreender da hipótese de um reinvestimento alucinatório. Nesse sentido, é como se o bebê, que ainda não desenvolveu a fala, estivesse “falando com o próprio corpo”, embora nesse momento ainda não seja capaz de reconhecer a existência do mundo externo. Ferenczi evidencia, portanto, que desde os primeiros momentos da existência, a experiência que o indivíduo tem de seu corpo não é de natureza meramente fisiológica, mas *expressiva*. Em outras palavras, gradativamente a experiência somática vai adquirindo sentidos e intencionalidades, o que permite inferir que, do ponto de vista ferencziano, o corpo constitui-se como uma espécie de *matriz da subjetividade*. Essa afirmação pode ser atestada quando se analisa a descrição que Ferenczi propõe para as fases que sucedem o período da onipotência com a ajuda de gestos mágicos.

O próximo estágio do desenvolvimento do sentido de realidade descrito pelo autor é designado por ele como “fase de projeção” (Ferenczi, 1913a/2011, p. 53) e corresponde ao período em que o bebê se torna capaz de reconhecer a existência do mundo externo. A vigência desse estágio se dá na medida em que as necessidades do bebê vão crescendo em número e em complexidade e, ao

mesmo tempo, o ambiente começa a não atendê-las de modo imediato, levando o bebê a se deparar inevitavelmente com uma realidade que resiste a seus desejos. Ferenczi denomina esse período de “fase de projeção” em contrapartida à expressão “fase de introjeção”¹⁰ que o autor já utilizara para se referir ao primeiro dos estágios do desenvolvimento do sentido de realidade, “quando todas as experiências ainda estão incluídas no ego” (Ferenczi, 1913a/2011, p. 53). Além disso, Ferenczi postula que nessa fase a criança ainda não é capaz de reconhecer plenamente a independência do mundo externo, projetando sobre ele elementos de seu mundo interno.

O autor ressalta o papel exercido pelo corpo nesse processo, pois, segundo ele, o investimento que a criança faz no mundo externo nesse momento é baseado em sua própria experiência corporal, já que inicialmente o corpo e suas funções se constituem nos principais objetos de interesse do bebê:

O psiquismo da criança (e a tendência do inconsciente que subsiste no adulto) confere – no que se refere ao próprio corpo – um interesse inicialmente exclusivo, mais tarde preponderante, pela satisfação de suas pulsões, pelo gozo que lhe propiciam as funções de excreção e atividades tais como chupar, comer, tocar as zonas erógenas. Nada tem de surpreendente que sua atenção seja atraída, em primeiro lugar, para as coisas e os processos do mundo externo que lhe recordam, em virtude de uma semelhança mesmo longínqua, suas experiências mais caras. (Ferenczi, 1913a/2011, p. 54)

Nesse sentido, Ferenczi está propondo a tese de que a matriz da experiência do indivíduo com a realidade é a experiência que tem inicialmente com seu próprio corpo. Em outras palavras, o autor está dizendo que o caminho que leva o indivíduo de uma experiência primordial de onipotência ao reconhecimento da realidade como uma dimensão independente e externa é *pavimentado pela experiência corporal*. Por essa razão, Ferenczi afirma que no estágio de projeção, em que o bebê reconhece a existência do mundo externo, mas ainda não admite sua independência, a criança percebe a realidade *através*

¹⁰ Em um dos textos mais clássicos da obra ferencziana, “Transferência e Introjeção”, de 1909, o autor já trabalhava com a ideia de que o desenvolvimento do sentido de realidade se dá a partir de uma experiência original de relação com o mundo em que as distinções entre realidade externa e realidade interna bem como entre corpo e psique ainda não foram instauradas. Naquele texto, Ferenczi (1909/2011, p. 96) afirma que “o recém-nascido experimenta todas as coisas de maneira *monista*, quer se trate de um estímulo externo ou de um processo psíquico.” (grifo do autor). Naquele momento, o analisa húngaro concebe a introjeção como um mecanismo de reabsorção de partes do mundo externo. Contudo, é importante destacar que, para ele, a realidade externa emerge para o indivíduo inicialmente como uma projeção da experiência original, ou seja, como uma objetivação de sua *sensorialidade* (o termo é de Ferenczi).

da relação com o próprio corpo. É nesse período que o autor localiza a emergência do que ele denomina de “relações simbólicas” (Ferenczi, 1913a/2011, p. 54): a criança passa a estabelecer associações entre aspectos da sua experiência corporal e elementos do mundo externo. Nas palavras do autor, “nesse estágio, a criança só vê no mundo reproduções de sua corporalidade e, por outro lado, aprende a figurar por meio do seu corpo toda a diversidade do mundo externo.” (Ferenczi, 1913a/2011, p. 54).

Nota-se que Ferenczi não concebe a psique como um aparelho separado da experiência corporal com a função de representar a realidade externa à semelhança de uma câmera fotográfica, ou seja, de modo objetivo e supostamente neutro. Se levamos em conta que, para o autor, o primeiro movimento da criança na direção do mundo externo reconhecido como tal se dá por meio da projeção de sua experiência corporal, podemos concluir que mais do que representar o mundo externo, a psique, para Ferenczi, parece ter a função de possibilitar a *elaboração da vivência corporal*. Com efeito, esse movimento inicial do bebê – pelo menos tal como o descreve Ferenczi – parece ter como objetivo o *fornecimento de sentido* à realidade externa e não a busca por conhecê-la objetivamente. Trata-se de um sentido que é encontrado na corporeidade. A psique, portanto, não seria um aparelho cuja função é conter e inibir aquilo que vem do corpo, mas, sim, uma *expressão imaginativa e simbólica* da realidade corporal. Expressão que se dá, por sua vez, mediante uma espécie de negociação com as limitações apresentadas pelo mundo externo.

Na sequência do processo de desenvolvimento do sentido de realidade Ferenczi localiza a fase dos “pensamentos e palavras mágicos” (Ferenczi, 1913a/2011, p. 56). Nesse período a criança já desenvolveu o simbolismo verbal, que substitui o simbolismo gestual que o bebê vinha utilizando até então para expressar suas necessidades. Inicialmente imitando sons e ruídos presentes à sua volta e, posteriormente, concatenando sequências de palavras, o bebê vai gradativamente adquirindo a capacidade de expressar seus desejos de modo mais econômico e preciso. Ferenczi localiza nesse período o desenvolvimento do pensamento consciente, subscrevendo a tese freudiana de que ele é um resultado da articulação entre representações de palavras e

representações de coisas. Não obstante esse desenvolvimento, Ferenczi afirma que, nesse momento, a criança ainda mantém em alguma medida seu sentimento de onipotência, já que o ambiente consegue perceber as necessidades do bebê antes mesmo que ele seja capaz de enuncia-las por meio de sequências de sons. Como afirma o autor, “as mímicas que acompanham em geral o pensamento (sobretudo nas crianças) facilitam muito para os adultos essa espécie de leitura dos pensamentos.” (Ferenczi, 1913a/2011, p. 56). Por essa razão, o bebê conserva a ilusão de que são seus pensamentos que produzem magicamente a emergência dos objetos de satisfação. Para Ferenczi, o indivíduo só consegue abandonar essa ilusão (o que nunca ocorre completamente) mediante o desligamento dos pais.

Não continuaremos a analisar o restante do artigo, pois cremos já ter atingido o objetivo de mostrar que, nesse texto, Ferenczi advoga em favor de uma concepção de psique que se desenvolve em estrita articulação com a experiência corporal. Mais do que isso: é possível concluir que, do ponto de vista ferencziano, é justamente o corpo que se configura como matriz da subjetividade, na medida em que, no início do processo de desenvolvimento, é por meio das figurações do corpo, em sua dimensão expressiva, que o bebê se relaciona com o ambiente. Veremos no capítulo 03 o quão próximas essas ideias estão da maneira como filósofo holandês Benedictus de Spinoza concebe as relações entre corpo e mente.

No texto “O simbolismo dos olhos”, também de 1913, Ferenczi (1913b/2011) cita uma série de casos em que sintomas, inibições e sonhos relacionados a olhos permitiam a interpretação de que tais partes do corpo estariam representando os órgãos sexuais. Para explicar essa equivalência simbólica, o autor faz menção justamente ao artigo “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios”, no qual, como já dissemos, Ferenczi argumenta que o simbolismo é derivado da tendência do bebê de “reencontrar” imaginariamente no mundo externo “os órgãos altamente valorizados de seu próprio corpo” (Ferenczi, 1913b/2011, p. 66). Esse mesmo processo vale também para outras partes do corpo que, tal como os objetos do mundo externo, podem assumir a significação de outros órgãos mais investidos afetivamente.

Creemos que é possível extrair desse raciocínio proposto por Ferenczi uma noção de corpo como um campo que apresenta uma relação de continuidade com o ambiente, ou seja, não se trata de um corpo que está restrito aos limites da pele. Com efeito, se um determinado objeto pode figurar determinados órgãos do corpo, por que não considerar que tal objeto não seja também, pelo menos enquanto é investido de tal significação, como uma parte do corpo? Tratar-se-ia, nesse caso, da noção de um corpo que se faz e refaz o tempo todo em função do modo como afeta e é afetado.

Em “Ontogênese dos símbolos”, um pequeno artigo de 1914, Ferenczi (1914/2011) retorna ao tema do simbolismo a fim de descrever de modo mais detalhado o processo que estaria na origem dos processos de simbolização. Para o autor, a criança apresentaria uma capacidade muito pródiga de associação, sendo capaz de deslocar os afetos ligados a um determinado objeto para outro completamente diferente, os quais, entre si, guardam pouquíssimas semelhanças. O adulto, em contrapartida, seria capaz de distinguir com facilidade objetos que, embora apresentem alguma semelhança, são essencialmente diferentes. Contudo, essa capacidade de discriminação valeria apenas para o pensamento consciente, já que no inconsciente essa espécie de compulsão à associação verificada na criança continuaria a vigorar.

Por outro lado, Ferenczi (1914/2011) esclarece que nem toda associação pode ser considerada um símbolo no sentido psicanalítico da palavra. Para o autor, o processo de simbolização só ocorre quando um dos elementos associados foi recalcado, ou seja, encontra-se no inconsciente. Nesse sentido, só se poderia falar em símbolo no sentido psicanalítico diante de representações conscientes cujo investimento afetivo parece inexplicável racionalmente. Com efeito, tais representações seriam símbolos de outras que estão no inconsciente às quais pertence originalmente a carga afetiva deslocada para a representação consciente. Após fazer esse esclarecimento, Ferenczi passa a explicar as condições que tornam possível a emergência de um verdadeiro símbolo. É nesse momento que o autor retorna à temática da importância do corpo na origem do processo de simbolização, recuperando algumas teses que defendera no artigo “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios”.

Ferenczi assevera que, no início do desenvolvimento, o investimento afetivo do bebê é direcionado primordialmente para seu próprio corpo, especialmente para as chamadas zonas erógenas, isto é, aquelas partes do corpo que facilmente são capazes de proporcionar prazer. Por essa razão, o autor acredita que os primeiros movimentos de simbolização produzidos pela criança são estabelecidos a partir de associações entre sua corporeidade e o os objetos do mundo. À luz desse raciocínio, podemos dizer que originalmente o mundo com a qual estabelecemos contato é um mundo que reproduz nossa corporeidade. Como dissemos anteriormente, para Ferenczi o psiquismo não se desenvolve originalmente como um instrumento que possibilita o conhecimento da realidade externa, mas como um *movimento de figuração do mundo* a partir da experiência corporal. Além das associações entre determinadas zonas do corpo e os objetos do mundo, a criança também realiza assimilações entre diferentes órgãos, como as identificações típicas entre o pênis e os dentes, e o ânus e a boca. Não obstante, Ferenczi assevera que tais assimilações ainda não se configuram como símbolos, pois esses só aparecerão como tais quando um dos termos da associação for recalcado em função do que o autor denomina de “educação cultural” (Ferenczi, 1914/2011, p. 118). Como a experiência analítica evidencia, via de regra os elementos recalcados são aqueles que dizem respeito à dimensão sexual da corporeidade.

É importante observar que esse corpo que se prolonga nos objetos do mundo e que se constitui com base em equivalências entre determinados órgãos, na verdade não deixa de existir pela incidência da educação cultural; ele só se torna menos evidente. Com efeito, trata-se de um corpo que continua se expressando como tal a despeito das elucubrações racionais da consciência e sua crença de que a dimensão do organismo esgota a corporeidade.

3.1.2

Fenômenos de materialização histórica e a dimensão plástica do corpo

Outro texto fundamental para compreendermos as concepções de Ferenczi acerca das relações entre corpo e psique e os processos que estariam

subjacentes ao adoecimento somático é o artigo de 1919 “Fenômenos de materialização histérica”. O autor inicia esse texto fazendo uma rápida revisão da teoria freudiana da histeria. Afirma que Freud propôs que os sintomas de conversão histérica podem ser interpretados como símbolos de fantasias inconscientes; que tais fantasias estão vinculadas a pulsões de natureza sexual e agressiva; e que a expressão das fantasias por meio de disfunções em determinados órgãos seria resultante de um recalçamento das moções pulsionais de caráter genital. Ferenczi (1919/2011) também faz referência às suas próprias contribuições para o esclarecimento da sintomatologia histérica apresentadas no artigo “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios”. Como vimos, naquele texto o autor propõe a tese de que a conversão histérica seria, do ponto de vista da psicologia do ego, uma regressão ao período do desenvolvimento do sentido de realidade em que o bebê “tenta adaptar-se à realidade modificando – por gestos mágicos – o próprio corpo e não o mundo externo” (Ferenczi, 1919/2011, p. 44). Após fazer essa espécie de revisão da literatura psicanalítica sobre a histeria, Ferenczi apresenta o objetivo do artigo: propor uma hipótese para explicar como ocorre o processo verdadeiramente *psicossomático* que se manifesta na conversão histérica e que Freud qualificou como uma espécie de “salto” do psíquico sobre o somático.

Antes de analisarmos as hipóteses propostas por Ferenczi, é relevante assinalar que a própria ideia de que na conversão ocorreria um processo de “salto” do psíquico sobre o somático já evidencia com clareza a tese que defendemos no primeiro capítulo deste trabalho, a saber: que Freud trabalha com o pressuposto de que há não apenas uma diferença, mas uma efetiva *separação* entre as dimensões do psíquico e do orgânico. Se assim não fosse, como compreender essa ideia de que no sintoma conversivo o psiquismo iria *ao encontro* do somático, “saltando” sobre ele? Veremos mais adiante que, numa carta a Groddeck, Freud diz textualmente que, do seu ponto de vista, há uma relação dicotômica entre corpo e psique. Tentaremos mostrar que em “Fenômenos de materialização histérica”, Ferenczi rompe com esse pressuposto freudiano e é justamente com base nesse rompimento que o analista húngaro elabora suas concepções acerca das relações entre corpo e psiquismo na conversão histérica.

Na sequência do artigo, Ferenczi assinala que na sintomatologia histérica não se encontram apenas afecções que interrompem o funcionamento de determinadas partes do corpo, como as paralisias e as anestésias. Verifica-se também o que o autor denomina de “hiperprodução” (Ferenczi, 1919/2011, p. 44), ou seja, fenômenos de modificação e exacerbação do funcionamento de determinados órgãos: “A vontade inconsciente do histérico gera fenômenos motores, modificações da circulação sanguínea, distúrbios da função glandular e da nutrição dos tecidos que o não histérico é incapaz de produzir mediante sua vontade consciente.” (Ferenczi, 1919/2011, pp. 43-44). Ferenczi está esclarecendo, portanto, que, do seu ponto de vista, na histeria não ocorrem alterações de natureza apenas funcional, mas também modificações que incidem sobre a própria fisiologia.

Ao propor essa ideia, Ferenczi, mesmo sem utilizar o termo *doença psicossomática*, está inadvertidamente estabelecendo uma relação de continuidade entre a conversão histérica e o que viria a ser denominado na literatura psicanalítica de *fenômeno psicossomático*. Com efeito, para muitos analistas contemporâneos, haveria uma diferença radical entre conversão histérica e fenômeno psicossomático marcada justamente pela ausência de lesões de órgão na primeira (Guir, 1988; Berlinck, 1999; Nicolau e Guerra, 2012). Ora, se considerarmos que uma lesão pode ser definida como uma alteração anátomo-fisiológica danosa para o organismo, na conversão histérica também haveria lesão, pelo menos do ponto de vista ferencziano. Afirma Ferenczi: “[...] conhecemos a aptidão do histérico, embora mais rara, para provocar hemorragias locais, erupções cutâneas e tumescências das mucosas.” (Ferenczi, 1919/2011, p. 45). Adiante veremos que Groddeck também não trabalha com o pressuposto de que haveria uma distinção essencial entre a conversão histérica e outras formas de adoecimento somático.

Ferenczi afirma que esses fenômenos de alteração do funcionamento fisiológico que se verificam na histeria podem ser encontrados também fora do contexto psicopatológico, como, por exemplo, em exposições artísticas nas quais determinados indivíduos conseguem voluntariamente alterar o funcionamento do coração, do estômago ou do intestino. Para o autor, esse uso plástico do corpo, que subverte o padrão fisiológico médio, é uma capacidade que todos os

indivíduos possuem e que é efetivamente exercida por todas as pessoas durante a infância. Ferenczi argumenta que o processo educativo tem o objetivo justamente de estabelecer limites sobre essa plasticidade, levando a criança a exercer um domínio sobre o próprio corpo de acordo com as normas da civilização: “Penso, por exemplo, no funcionamento regular dos esfíncteres que comandam a abertura e o fechamento do intestino e da bexiga, no fato de adormecermos e despertarmos a intervalos regulares, etc.” (Ferenczi, 1919/2011, p. 45).

Temos aqui, portanto, a ideia de que originalmente, ou seja, antes da incidência do processo educacional, o corpo ainda não se apresenta com uma organização fisiológica rígida, mas extremamente *plástica* e passível de *experimentações*. Trata-se, por conseguinte, de um *corpo intensivo*, que não obedece à lógica do organismo, mas se apresenta como um campo aberto por onde a libido circula. Se estamos corretos ao fazer essa aproximação, torna-se inevitável associar a concepção ferencziana de corpo à noção de “corpo sem órgãos”, introduzida pelo poeta Antonin Artaud (1948/2004) e alçada à categoria de conceito pelos filósofos Gilles Deleuze e Félix Guattari em “*Mil Platôs*”. Com efeito, no terceiro volume dessa obra escrita a quatro mãos, Deleuze e Guattari (1980/2012) propõem a ideia de que o organismo, isto é, essa “organização dos órgãos” (Deleuze e Guattari, 1980/2012, p. 16) não é o mesmo que o corpo. O organismo seria uma camada que se sobrepõe ao corpo, submetendo-o à cultura, conformando-o àquilo que dele se espera socialmente. O corpo, por seu turno, “[...] é feito de tal maneira que ele só pode ser ocupado, povoado por intensidades. Somente as intensidades passam e circulam.” (Deleuze e Guattari, 1980/2012, p. 16). Retornaremos a essa articulação entre o conceito de corpo sem órgãos e a concepção de corpo em Ferenczi no último capítulo deste trabalho, quando desenvolveremos tal cotejamento de forma mais elaborada e em diálogo com o pensamento de Groddeck, Winnicott e Spinoza.

Por ora, retornemos ao comentário do artigo “Fenômenos de materialização histórica”. A fim de propor uma hipótese explicativa para a natureza psicossomática da conversão histórica, Ferenczi opta por concentrar-se nos fenômenos que ele denomina de hiperproduções, as quais, como já

dissemos, são manifestações que *acrescentam* algo novo à experiência do paciente e não manifestações que *retiram* algo dessa experiência, a exemplo das anestésias e paralisias. Dentre os fenômenos de hiperprodução, Ferenczi escolhe abordar aqueles que estão relacionados especificamente ao tubo digestivo. Menciona inicialmente um sintoma relativamente frequente nos quadros histéricos da época, o chamado “*globus hystericus*”, que se caracteriza pela sensação de que se tem uma espécie de bola na garganta. O autor assinala que a análise de pacientes que se queixam desse sintoma tende a revelar que tal manifestação é resultante de uma genitalização da região faríngea. Em seguida, o autor menciona o fenômeno da gravidez imaginária e dos vômitos que costumam estar presentes tanto na gravidez real quanto na imaginária. Ferenczi faz referência também a alguns sintomas histéricos relacionados ao intestino, nos quais o acúmulo e a expulsão das fezes assumem determinadas significações. Após a apresentação desses exemplos de hiperprodução, o analista húngaro passa a examinar qual seria o traço comum entre eles. A hipótese proposta pelo autor é a de que, em todos os esses casos, diferentemente talvez do que ocorre nas parestesias, anestésias e paralisias, os fenômenos em questão não são de natureza imaginária:

Quando, no *globus hystericus*, o desejo inconsciente de felação produz uma bola na garganta, quando a histérica grávida (gravidez real ou imaginária) fabrica uma ‘criança estomacal’ com o conteúdo e a parede de seu estômago, quando o homossexual inconsciente modela seu intestino e o conteúdo deste num corpo de forma e tamanho determinados, trata-se de processos que, por sua natureza, não correspondem a nenhum dos modos conhecidos de ‘percepções ilusórias’. Não podemos falar neste caso de *alucinações*. (Ferenczi, 1919/2011, pp. 48-49, grifos do autor)

Utilizando termos contemporâneos, poderíamos dizer que, para Ferenczi, as conversões histéricas que se caracterizam como hiperproduções não seriam constituídas apenas por alterações no nível das sinapses cerebrais, mas também por processos que ocorrem nas próprias partes do corpo implicadas. Por essa razão, Ferenczi decide introduzir o conceito de “fenômenos de materialização” (Ferenczi, 1919/2011, p. 49) para caracterizar essas manifestações, pois tratar-se-ia de expressões verdadeiramente somáticas de desejos e fantasias. O autor afirma que, nesses casos, é como se o corpo se transformasse numa espécie de massa de modelar, passível de assumir as formas que o inconsciente lhe impõe.

Na verdade, à luz do próprio conjunto do pensamento ferencziano, podemos dizer que não se trata verdadeiramente de uma transformação. Com efeito, para Ferenczi, o corpo nunca deixou de ser primariamente um meio de expressão do inconsciente. Afinal, já comentamos anteriormente que, para o analista húngaro, inicialmente a dimensão do corpo que se apresenta para a criança é justamente essa dimensão plástica e aberta à circulação das intensidades libidinais. Só depois, com a educação, é que emerge a dimensão do organismo. Portanto, nos sintomas que Ferenczi está qualificando como “fenômenos de materialização”, o que estaria em jogo seria a revelação incontestável do corpo intensivo, campo de expressão do inconsciente, que jamais deixou de estar presente, mas talvez estivesse silenciada, como já dissemos, pela prevalência da dimensão do organismo.

Na sequência do artigo, Ferenczi afirma que os fenômenos de materialização não acontecem somente em condições de adoecimento, mas também na saúde:

É perfeitamente admissível que a maioria dos movimentos expressivos que acompanham as emoções humanas – ruborizar-se, empalidecer, desmaiar, ter medo, rir, chorar – ‘represente’ eventos importantes do destino humano, individual e coletivo, e sejam, por conseguinte, outras tantas ‘materializações’. (Ferenczi, 1919/2011, p. 50)

O autor parece estar chamando a atenção justamente para o fato de que, para-além do organismo, o corpo se apresenta como um *campo expressivo* e que, possui uma relação de correspondência com a experiência psíquica. O desmaio, por exemplo, embora possa ser avaliado de um ponto de vista fisiológico, também precisa ser considerado como um movimento expressivo, ou seja, como uma resposta possível para as relações que o indivíduo estabelece com o mundo. Esse raciocínio dá margem para se pensar na tese defendida por Groddeck, segundo a qual todas as doenças e afecções físicas podem ser concebidas como expressões simbólicas. Mais adiante, ainda neste capítulo, discutiremos as concepções groddeckianas e, no último capítulo, estabeleceremos um diálogo entre elas e as ideias de Ferenczi.

Para explicar os mecanismos que estariam subjacentes ao surgimento de uma materialização histérica, o analista húngaro lança mão da comparação com o fenômeno do sonho. Para o autor, assim como a atividade onírica, as

materializações históricas seriam resultado de um processo de regressão. A diferença é que no sonho a regressão se limitaria ao plano psíquico, operando a realização alucinatória do desejo inconsciente. Já na materialização histórica haveria uma regressão mais profunda, “onde os estados de excitação já não se liquidam por um investimento psíquico – ainda que fosse alucinatório – mas simplesmente pela descarga motora” (Ferenczi, 1919/2011, p. 50). Do ponto de vista temporal, trata-se de uma regressão ao estágio do desenvolvimento do sentido de realidade em que o indivíduo utiliza predominantemente o corpo no processo de adaptação à realidade externa. Já do ponto de vista formal, a materialização histórica expressaria uma regressão à dimensão que Ferenczi denomina de “protopsique” (Ferenczi, 1919/2011, p. 51), que corresponde ao nível do funcionamento fisiológico, isto é, a circulação sanguínea, os reflexos próprios do aparelho digestivo, a atividade das glândulas etc. Tais processos, afirma o autor, não estariam – pelo menos, em princípio – sob controle da atividade psíquica. Contudo, na histeria,

[...] todos esses mecanismos fisiológicos são postos à disposição dos impulsos de desejos inconscientes e, por uma inversão completa do curso normal da excitação, um processo puramente psíquico pode assim exprimir-se numa modificação fisiológica do corpo. (Ferenczi, 1919/2011, p. 51).

Ora, se levarmos em conta que o próprio Ferenczi, nesse mesmo artigo, considera que manifestações da vida cotidiana como o rubor e o choro são também fenômenos de materialização, podemos concluir que não é só na histeria que a “protopsique” é utilizada para a expressão de desejos inconscientes; na verdade, esse processo estaria acontecendo o tempo todo. Nesse sentido, não haveria de fato um “[...] salto tão misterioso do psíquico para o corporal no sintoma de conversão [...]” (Ferenczi, 1919/2011, pp. 50-51) como o próprio Ferenczi afirma. Não seria necessário supor o salto de um sobre o outro, pois ambos jamais teriam deixado de estar juntos. O que estaria em jogo na conversão histórica, ou melhor, em todo adoecimento somático, seria apenas uma *expressão mais explícita dessa articulação entre psique e soma*. De todo modo, é curioso observar que, na sequência do artigo, Ferenczi continuará analisando o fenômeno da materialização como uma especificidade da histeria e não uma manifestação que ocorre cotidianamente tanto em pessoas doentes quanto nas saudáveis.

O autor comenta que Freud, ao explicar a formação dos processos oníricos em *A Interpretação dos Sonhos*, menciona a incidência de dois tipos de fatores na produção dos sonhos. O fator positivo seria caracterizado pela facilidade de circulação das intensidades no psiquismo, que possibilita a transferência de intensidades ligadas ao pensamento para o campo da percepção. Já o fator negativo corresponderia à redução das excitações sensoriais provocada pelo estado de sono. A conjugação desses dois fatores é que possibilitaria o fenômeno do sonhar. Ferenczi tenta aplicar as mesmas categorias para pensar os sintomas histéricos. Assim, nos fenômenos de materialização haveria uma incidência bastante forte de um fator positivo, análoga à que ocorre na psicose, já que não haveria a presença do fator negativo. Para o autor, o fator positivo em questão seria a fonte pulsional genital. Segundo Ferenczi, ao longo do desenvolvimento individual ocorreria um processo de diferenciação relativo afastamento entre o aparelho psíquico e os órgãos genitais. Enquanto o primeiro estaria associado ao pensamento, controlando e distribuindo excitações, os segundos teriam a função de descarregá-las periodicamente. Nos fenômenos de materialização histérica ocorreria uma regressão ao período em que essas funções ainda não estariam diferenciadas, o que se expressaria por uma “[...] irrupção de movimentos pulsionais genitais na esfera do pensamento [...]” (Ferenczi, 1919/2011, p. 52). Os sintomas somáticos seriam, então, o resultado da tentativa do psiquismo de repelir o movimento pulsional genital. Esse, por sua vez, ao ser dissociado da dimensão psíquica, invadiria o terreno somático, ocasionando a emergência do sintoma.

Nesse momento, um leitor mais afoito poderia argumentar que essa hipótese é a mesma proposta por Marty e seus colegas da Escola de Psicossomática de Paris para explicar o adoecimento somático. Logo, Ferenczi também estaria operando no interior da matriz freudiana das neuroses atuais. A essa alegação podemos objetar com alguns esclarecimentos. Diferentemente do que sustenta a Escola de Psicossomática de Paris, Ferenczi não propõe, na explicação dos fenômenos de materialização, que o fluxo das intensidades pulsionais genitais na direção do corpo seja resultante de um déficit representacional do psiquismo. Na verdade, do ponto de vista ferencziano, o psiquismo impede a entrada do fluxo pulsional por encará-lo como um perigo

devido à força com que as intensidades se manifestam. Além disso, para Ferenczi, as materializações são fenômenos de natureza simbólica, passíveis de interpretação. Como vimos no capítulo anterior, Marty e seus colegas postulam que não há significação a ser extraída de um adoecimento somático. De acordo com Ferenczi, embora tenha sofrido um processo de dissociação, ao passar pelo psiquismo a energia pulsional foi submetida a um processo de elaboração. Assim, “ela deixou de ser um simples quantum, passou por uma diferenciação qualitativa que a converteu num meio de expressão simbólica de conteúdos psíquicos complexos.” (Ferenczi, 1919/2011, p. 53).

Para Ferenczi, Freud teria revelado que todas as atividades das quais o inconsciente participa adquirem uma dimensão simbólica. Assim, seria possível interpretar não apenas os sonhos em termos de um simbolismo sexual, mas também os sintomas corporais que se manifestam na histeria. Em seguida, o autor apresenta diversos exemplos que mostram como os mesmos órgãos e partes do corpo que costumam aparecer nos sonhos como representantes de órgãos genitais também são utilizados concretamente na histeria como forma de expressão de uma simbologia sexual: “No sonho, *defecar* significa, por vezes, ‘dar um presente’ e, com frequência, o desejo de dar um filho a alguém, sentido possível, como já vimos, desse mesmo *sintoma intestinal na histeria*.” (Ferenczi, 1919/2011, p. 54, grifos do autor)

Levando em conta tais equivalências, Ferenczi propõe a hipótese de que a sintomatologia orgânica da histeria permite observar a base orgânica sobre a qual o simbolismo psíquico é construído. Com efeito, tal simbolismo seria uma consequência do processo de desenvolvimento libidinal, que partiria do autoerotismo em direção à genitalidade. O primado das zonas genitais só seria atingido ao final de um processo ao longo do qual as demais partes do corpo teriam sido investidas libidinalmente. Nesse sentido, quando, por exemplo, num sonho ou num sintoma somático, o nariz aparece como um representante do pênis, tratar-se-ia de um *reinvestimento* libidinal. O nariz só pode servir ao propósito de expressar uma fantasia sexual inconsciente porque no início do processo de desenvolvimento libidinal tal órgão, assim como as demais partes do corpo, se constituíam em zonas erógenas (autoerotismo). Contudo, Ferenczi assinala que não se trata, na histeria, de uma simples decomposição da

genitalidade em outros erotismos de órgão. No caso de um sintoma nasal, por exemplo, o reinvestimento libidinal sobre o nariz aconteceria com toda a intensidade do erotismo genital e mesmo com algumas de suas características mais específicas: “Essa qualidade genital manifesta-se na tendência dos tecidos para a turgescência e a umidificação (Freud), forçando a fricção e, por meio dela, a liquidação da excitação.” (Ferenczi, 1919/2011, p. 55)

Temos aqui, novamente, uma amostra da concepção de Ferenczi acerca das relações entre corpo e psiquismo. Para o autor, a dimensão psíquica é construída não só a partir de um relacionamento estrito com a dimensão somática, mas *com base* nessa última. De fato, Ferenczi sustenta que as fantasias inconscientes que eventualmente se expressam nos sonhos e nos sintomas orgânicos não são produtos de um processo exclusivamente psíquico, mas são construídas como *correlatos da dimensão somática*. Nesse sentido, podemos inferir das proposições do autor que os fenômenos de materialização histórica não são a expressão somática de algo que originalmente seria psíquico. Sustentar essa ideia seria equivalente a supor uma separação entre corpo e psiquismo que, como temos defendido, não parece estar presente no quadro teórico ferencziano. De fato, a materialização histórica poderia ser compreendida como uma expressão ao mesmo tempo psíquica e somática derivada de um processo que não ocorreria apenas psiquicamente, mas que envolveria o indivíduo de modo integral. Corrobora essa interpretação as afirmações de Ferenczi sobre os movimentos expressivos humanos, tais como o choro, o desmaio e o riso. Como vimos, para o autor, tais fenômenos também poderiam ser vistos como materializações. No entanto, não supomos que esses processos sejam tão-somente a expressão material de algo que originalmente seria psíquico. O próprio autor afirma que os movimentos expressivos “[...] *acompanham* as emoções humanas [...]” (Ferenczi, 1919/2011, p. 51, grifo nosso), ou seja, entre eles e as emoções haveria uma relação de *concomitância* e não de causalidade. Ambos seriam expressões de uma determinada afetação experimentada pelo indivíduo em sua relação com o mundo.

No final do artigo, Ferenczi retoma essa ideia de que os fenômenos de materialização não ocorreriam apenas nos quadros de adoecimento psíquico, mas estariam presentes na vida cotidiana de qualquer indivíduo. O que permite

ao autor pensar dessa maneira é a ideia, que será desenvolvida com mais profundidade no artigo sobre as neuroses de órgão (1926) acerca do corpo como um campo de circulação de intensidades. Ferenczi afirma que nos casos de histeria¹¹ é possível observar o que acontece quando, em certas zonas do corpo, somente a dimensão libidinal passa a vigorar, a despeito da dimensão fisiológica. Na saúde, por outro lado, haveria uma espécie de equilíbrio entre essas duas dimensões, pois “[...] é possível que as tendências para o prazer de que os órgãos do corpo dão provas tampouco cessem por completo durante o dia [...]” (Ferenczi, 1919/2011, p. 56). A esse respeito, o autor faz uma breve crítica às ciências que tomam por objeto os processos vitais justamente por não levarem em conta essa dimensão intensiva e libidinal do corpo, tomando-o apenas como uma máquina fisiológica.

Ferenczi termina o artigo fazendo menção ao aspecto criativo que se faz presente nos fenômenos de materialização histérica. Com efeito, tais manifestações evidenciariam uma plasticidade do corpo, que lhe permite ultrapassar os limites da fisiologia. O autor, inclusive, compara essa capacidade do corpo de figurar determinadas fantasias com o trabalho dos artistas, especialmente daqueles que lidam com as artes plásticas. Em outras palavras, o adoecimento, para-além do sofrimento que produz, poderia ser comparado a uma obra de arte¹².

No artigo “As neuroses de órgão e seu tratamento”, de 1926, Ferenczi mostra como a dimensão intensiva, erógena, plástica e sem fronteiras fixas do corpo pode acabar, em certos casos, subvertendo a própria fisiologia. No texto, o autor analisa o que ele denomina de “neuroses monossintomáticas” (Ferenczi, 1926/2011, p. 416). Embora essa expressão leve o leitor a imaginar que se tratam de doenças com um único sintoma, Ferenczi está se referindo a determinadas patologias orgânicas cujos sintomas se aglutinariam em torno de um determinado órgão. Asmas, “neuroses de estômago” e “neuroses cardíacas” seriam exemplos dessa classe nosológica. Diferentemente das neuroses atuais (as quais abordamos no capítulo anterior), as monossintomáticas não seriam resultantes de uma descarga inadequada de libido ou da ausência de descarga.

¹¹ Poderíamos complementar: e também nas demais formas de adoecimento nas quais os sintomas somáticos se mostram com mais proeminência.

¹² Veremos uma comparação semelhante ao tratarmos do pensamento de Georg Groddeck.

Com base em sua experiência clínica, Ferenczi compreende tais patologias como sendo produzidas por um investimento libidinal *excessivo* em determinado órgão, o que faria com que a parte do corpo em questão ficasse impossibilitada de exercer seus processos fisiológicos.

O que permite ao autor chegar a essa conclusão é justamente sua concepção intensiva de corpo. Como temos visto, Ferenczi sustenta que, para além do cumprimento de funções fisiológicas, os órgãos do corpo se apresentam na experiência humana como vias de circulação da libido, ou seja, como fontes de prazer:

Está hoje fora de dúvida que não só os órgãos sexuais e os órgãos sensoriais servem para proporcionar um ganho de prazer mas que todos os nossos órgãos, além de sua função de autoconservação, consagram uma parte de sua atividade à obtenção de prazer; eles auferem uma espécie de prazer de órgão (Alfred Adler) que se poderia conceber, de certo modo, como uma autossatisfação erótica que os órgãos extraem de sua própria atividade (Ferenczi, 1926/2011, p. 416).

Embora essa ideia já estivesse presente de forma embrionária na obra freudiana, Ferenczi foi o primeiro autor a apontar os efeitos da dimensão erógena da experiência corporal sobre a própria fisiologia. Além disso, Freud entendia os sintomas somáticos da histeria como o resultado de um deslocamento da libido originalmente vinculada a uma zona erógena para outras partes do corpo. De acordo com Ferenczi, nas neuroses monossintomáticas o órgão não se torna doente por receber um investimento libidinal proveniente de uma zona erógena, pois o corpo como um todo teria o atributo da erogeneidade. A doença aconteceria quando essa dimensão libidinal do corpo adquire uma importância excessiva para o indivíduo a ponto de prejudicar o funcionamento fisiológico de um determinado órgão. Trata-se, portanto, de uma espécie de *desequilíbrio libidinal* que tornaria evidente a fixação do investimento em uma única zona, o que, em contrapartida, significaria um esvaziamento libidinal do restante da corporeidade. Em poucas palavras, o corpo se reduziria a um órgão.

É curioso notar que esse excesso de investimento libidinal sobre um único órgão não produz, como talvez se poderia esperar, um excesso equivalente de prazer. Ao contrário: o signo desse excesso é justamente dor e adoecimento. Embora a neurose de órgão possibilite a manifestação do corpo intensivo

outrora silencioso pela prevalência da dimensão fisiológica, essa subversão do funcionamento do organismo se dá de modo autodestrutivo. Essa constatação nos permite aventar a hipótese de que, do ponto de vista ferencziano, o adoecimento somático estaria denunciando uma *dificuldade de integração entre a dimensão orgânica e a dimensão intensiva do corpo*. Ao mesmo tempo, os sintomas da doença sinalizam uma espécie de tentativa de promover essa integração de maneira forçada, pela via da dor e do sofrimento. Numa neurose cardíaca, por exemplo, ao excesso de investimento libidinal no coração *corresponderia* um processo de adoecimento no mesmo órgão, ou seja, tem-se uma relação de *equivalência* entre a dimensão intensiva e a dimensão fisiológica do corpo. Não obstante, se a doença se faz necessária para que essa articulação seja evidenciada, pode-se supor que antes do aparecimento da enfermidade tal ligação encontrava-se fragilizada. Coincidentemente, encontraremos na obra de Winnicott uma hipótese semelhante para a explicação do adoecimento somático. Para o analista inglês, a enfermidade seria a expressão de uma tentativa precária de promover a ligação entre psique e soma. Adiante, quando estivermos analisando o pensamento de Winnicott apresentaremos em detalhes essa concepção.

A concepção intensiva do corpo perpassa toda a obra ferencziana e, como temos indicado, nos permite compreender a visão do autor a respeito da relação corpo-mente. É possível supor que, ao acentuar a dimensão erógena do corpo, Ferenczi está implicitamente indicando o equívoco de se pensar a experiência corporal desvinculada do psiquismo. Nas experiências que realizou com a chamada técnica ativa era justamente essa premissa que fundamentava suas intervenções. Embora as injunções e proibições que o autor aplicava em seus pacientes tivessem como objetivo final uma transformação de ordem psíquica, elas eram quase sempre referidas a determinadas práticas que estavam mais diretamente associadas ao registro do corpo.

No artigo “Prolongamentos da ‘técnica ativa’ em psicanálise”, Ferenczi (1920/2011) comenta o caso de uma paciente que, dentre outros sintomas, apresentava uma forte resistência a tocar piano diante de outras pessoas por medo de ser ridicularizada. O analista se dá conta de que esse receio estava ligado a fantasias inconscientes de masturbação associadas ao ato de tocar

piano. Fazendo uso da técnica ativa, inicialmente Ferenczi pede à paciente que enfrente sua inibição de forma direta, ou seja, que não deixe de fazer suas apresentações ainda que isso lhe cause ansiedade. Como resultado, a jovem artista se livra do medo de se apresentar perante uma plateia e passa a experimentar muito prazer ao tocar piano em público. Apesar do aparente sucesso terapêutico, as fantasias de masturbação e as lembranças infantis a elas associadas permaneciam encobertas. A fim de suscitá-las, Ferenczi propõe à paciente que pare temporariamente de tocar piano. A hipótese do autor é a de que ao obstruir a expressão das fantasias inconscientes no registro do corpo (ato de tocar piano), o psiquismo se apresentaria como o único caminho possível de satisfação, possibilitando, assim, que o conteúdo recalçado viesse à luz e se tornasse objeto do trabalho analítico:

[...] quando lhe foi recusada a satisfação proporcionada pela ação agora impregnada de voluptuosidade, as moções psíquicas despertadas encontraram o caminho do material psíquico recalçado desde longa data e das lembranças infantis, sem o que o analista teve que interpretá-las como a repetição de algo infantil e reconstruir os detalhes e as circunstâncias dos eventos infantis com a ajuda do material analítico fornecido por outros meios (sonhos, associações, etc.) (Ferenczi, 1920/2011, p. 124)

Essa vinheta clínica nos permite concluir que, do ponto de vista ferencziano, o corpo, tal como a mente, se apresenta como uma via possível de manifestação do inconsciente. Além disso, as experiências com a técnica ativa evidenciam que existe uma espécie de reciprocidade nas relações entre o somático e o psíquico. As afecções de um registro seriam inevitavelmente acompanhadas de modificações no outro, de sorte que as relações entre corpo e mente seriam da ordem de uma *afetação concomitante*.

3.2

Georg Groddeck

Georg Walther Groddeck nasceu em 13 de outubro de 1866 na cidade alemã de Bad Kösen. Além de médico e, principalmente, após ter conhecido a psicanálise, Groddeck realizou incursões no campo da literatura, não só produzindo seus próprios escritos, como também comentando e analisando as

produções de outros autores. Do lado da medicina, Groddeck sofreu uma forte influência de um de seus professores, Ernst Schweninger, o qual se notabilizou por ter sido o único médico capaz de conter o gênio irascível do famoso chanceler alemão Otto von Bismarck (1815-1898). Schweninger considerava que a personalidade do médico exercia um papel fundamental no tratamento e que era necessário obter a confiança do paciente no trabalho do profissional para que os resultados terapêuticos fossem satisfatórios. Schweninger também ficou conhecido no meio médico de sua época por defender teses que aparentemente se contrapunham ao espírito beligerante que começava a despontar no campo da medicina. Ao invés de considerar os métodos de tratamento como armas para combater as doenças, Schweninger postulava que a função do médico era tão-somente a de facilitar os processos naturais de cura, presentes no próprio organismo.

Mesmo após conhecer a psicanálise, Groddeck jamais deixou de se manter fiel aos ensinamentos do mestre Ernst Schweninger. Como veremos adiante, Groddeck não concebe a doença como algo que se apossa do indivíduo e que possui uma existência independente dele. A enfermidade seria uma modalidade de expressão subjetiva, isto é, o produto final de uma série de processos que não são exclusivamente fisiológicos, mas que dizem respeito também à história do indivíduo e suas relações com o mundo.

3.2.1

A inserção de Groddeck no campo psicanalítico

A inserção de Groddeck no campo psicanalítico foi precedida de uma atitude inicial de repúdio ao novo método terapêutico criado por Sigmund Freud. Como confessa na primeira carta que escreveu ao colega austríaco em 27 de maio de 1917, Groddeck tecera críticas à psicanálise no livro *Nasamecu*. Contudo, na mesma epístola, o autor firma ter mudado de opinião ao reconhecer que sua resistência em aceitar a teoria psicanalítica era fruto, na verdade, da inveja que sentira do pioneirismo de Freud. Com efeito, as descobertas do inconsciente feitas pelo médico vienense a partir da abordagem

das neuroses também haviam sido reveladas a Groddeck, mas pela via do tratamento de doentes orgânicos. Enquanto os ataques histéricos, as rumações obsessivas e os impasses da fobia haviam aberto as portas do inconsciente para Freud, Groddeck fora convidado a nele entrar por hemorragias, eczemas, herpes, pedras nos rins, dentre outros sintomas somáticos (Groddeck, 1994c).

Sem nunca ter ouvido falar da psicanálise, Groddeck havia chegado a certos conhecimentos que, coincidentemente, eram muito próximos daqueles que Freud vinha publicando em seus escritos. Isso começou a acontecer a partir do tratamento de uma paciente que, em *O livro dlso*, o autor denomina apenas de Srta. G (Groddeck, 1923/2008). Por meio do tratamento dessa mulher, Groddeck teve contato com uma série de fenômenos para os quais encontraria uma expressão conceitual após conhecer a psicanálise:

Posso garantir, com certeza, que aquela doente não conhecia nem mesmo a palavra psicanálise, e de mim acredito poder afirmar a mesma coisa. Por ela comecei a conhecer as peculiaridades da sexualidade infantil e do simbolismo, e logo me defrontei, após algumas semanas, com os conceitos de transferência e de resistência, conceitos que vim a conhecer somente agora e que se transformaram, quase que automaticamente, nos eixos do tratamento. (Groddeck, 1994c, p. 4)

Entusiasmado com os resultados obtidos por Groddeck no tratamento das doenças orgânicas – mas desde o início manifestando certa resistência em aceitar seu ponto de vista monista acerca das relações entre mente e corpo – Freud pede a ele que escreva um artigo relatando suas descobertas para ser publicado no periódico oficial da Associação Psicanalítica Internacional, o *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*. O artigo vem à luz ainda em 1917 com o título “Condicionamento psíquico e tratamento de moléstias orgânicas pela psicanálise”. Nesse texto fascinante, Groddeck (1992c) apresenta e comprova através de algumas vinhetas clínicas sua tese fundamental de que a doença, seja ela mental ou orgânica, sempre pode ser vista como um símbolo, uma metáfora, um enigma passível de ser decifrado. Em decorrência, a psicanálise seria um método terapêutico útil não apenas para o tratamento das neuroses, mas para todas as especialidades médicas. Com efeito, defende Groddeck, contradizendo o próprio título de seu artigo, “não existe separação entre corpo e alma para o inconsciente; conforme suas conveniências ele se utiliza alternadamente do corpo e da alma” (Groddeck, 1992c, p. 19).

Apesar de continuar mantendo a correspondência com Freud, Groddeck prefere manter-se alheio ao movimento psicanalítico, frequentemente recusando os pedidos do colega para que fizesse parte da Associação Internacional de Psicanálise. Talvez justamente em função de sua não adesão ao movimento psicanalítico e da resistência de alguns dos primeiros analistas em relação a suas ideias, os pontos de vista de Groddeck acerca das doenças orgânicas acabaram sendo vistos de forma geral ao longo da história da psicanálise como uma espécie de exagero a ser esquecido. Comprovam-no as raras menções que se fará posteriormente a Groddeck nas obras dos autores que se dedicaram ao problema da abordagem psicanalítica do adoecimento somático.

Um dos poucos analistas da primeira geração a revelar simpatia e sincero interesse pelas ideias de Groddeck foi justamente Ferenczi. Os dois médicos mantiveram uma correspondência que cobre um período de 12 anos, a qual registra o desenvolvimento de uma sólida amizade, para-além de um simples diálogo profissional. O fato de Groddeck ter desde o início (e deliberadamente) ocupado uma posição marginal em relação ao movimento psicanalítico e Ferenczi ter passado a estar num lugar semelhante na fase final de sua trajetória analítica por conta das inovações técnicas que propunha talvez tenha sido um elemento de aproximação entre os dois autores. Outro ponto de convergência entre Ferenczi e Groddeck mencionado por Judith Dupont na introdução à edição original francesa da correspondência dos autores é o fato de que ambos se consideravam, acima de tudo, médicos e se preocupavam muito mais em ajudar seus pacientes do que em formular construções teóricas precisas (Ferenczi e Groddeck, 2002). Para os dois autores, era preciso adaptar os métodos terapêuticos às necessidades do doente e não selecionar os pacientes de acordo com as imposições da técnica.

Quem colocou Ferenczi em contato com Groddeck foi Freud que, já na resposta à primeira carta que o médico alemão lhe enviou, fez menção a um artigo de Ferenczi que tratava das relações entre o psiquismo e as doenças orgânicas. De acordo com Christopher Fortune, autor responsável pela organização e pelas notas de rodapé da edição em inglês da correspondência entre Ferenczi e Groddeck, o analista húngaro inicialmente teve uma reação

semelhante à de Freud frente às hipóteses propostas por Groddeck, suspeitando de que nelas haveria um tom de misticismo (Ferenczi e Groddeck, 2002). Posteriormente, os pontos de vista de Ferenczi se modificaram significativamente no que concerne às relações entre a dimensão orgânica e a dimensão psíquica. Nas hipóteses que o autor desenvolve, por exemplo, no livro “Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade” (Ferenczi, 1924/2011) está implícita a ideia de que processos atribuídos inicialmente apenas ao psiquismo, como o recalque e a simbolização, também estariam presentes na própria evolução orgânica da espécie humana. Groddeck, inclusive, atribui à sua própria influência essa mudança no pensamento do analista húngaro. Numa carta enviada no dia 13 de junho de 1929, o médico alemão queixa-se com o colega pelo fato de Ferenczi não ter reconhecido que fora ele (Groddeck) quem havia proposto de forma pioneira a possibilidade de aplicação das hipóteses psicanalíticas no domínio orgânico:

Querido Sándor,

Um tanto por acaso, ou – para ser mais específico – foi meu livreiro quem me contou sobre seu pulo arbitrário do psíquico para o orgânico e agora eu não sei ao certo o que fazer em relação a você. Talvez você possa resolver isso; seria bom para nós dois.

Em primeiro lugar, não há dúvida de que foi um pulo arbitrário: foi eu quem introduzi você suave e cuidadosamente a essas ideias. Esse cuidado foi necessário já que você mesmo me contou como reagiu às minhas primeiras comunicações com Freud. Se eu quisesse chegar a algum lugar com você, teria que prosseguir muito suavemente. (Carta de Groddeck a Ferenczi, de 13 de junho de 1929, Ferenczi e Groddeck, 2002, p. 87)¹³

No último capítulo deste trabalho voltaremos a analisar a relação entre Ferenczi e Groddeck buscando aproximações entre aspectos das concepções dos autores a respeito das relações entre corpo e psiquismo e do adoecimento somático.

¹³ A tradução é de nossa lavra.

3.2.2

O conceito de Isso

Uma das proposições teóricas de Groddeck que mais incomodou a nascente comunidade psicanalítica entre o final dos anos 1910 e início dos anos 1920 foi o conceito de Isso (*Es*). Formados na tradição da racionalidade científica moderna, a maior parte dos analistas se sentia muito à vontade com o conceito freudiano de inconsciente, um sistema psíquico com características específicas, passíveis de serem inferidas a partir de acuradas observações clínicas. O Isso groddeckiano, por seu turno, fora concebido simultaneamente como a totalidade da vida individual e como o princípio que dinamiza essa totalidade. Trata-se de um conceito que permite pensar o inconsciente para além do psiquismo, como uma força que se expressa na vida de modo geral, tanto na dimensão psíquica quanto no registro somático. Já na primeira carta enviada a Freud, Groddeck esclarece que a noção de Isso lhe pareceu oportuna justamente para pensar os fenômenos clínicos fora do binarismo corpo-mente:

Muito antes de ter conhecido, em 1909, a doente mencionada acima, formara-se em mim a convicção de que a distinção entre corpo e alma é apenas uma diferença de nome e não de essência; que o corpo e a alma são alguma coisa de comum, que neles habita um Isso, uma força pela qual somos vividos, enquanto nós acreditamos viver. (Groddeck, 1994c, p. 05)

Como exemplificamos no primeiro capítulo ao nos referirmos à concepção freudiana de aparelho psíquico, Freud pode ser considerado um zeloso defensor das clássicas oposições instauradas pela racionalidade científica moderna, tais como natureza/cultura, indivíduo/sociedade e corpo/mente. Não por acaso, como já mencionamos, em sua carta de resposta o médico vienense censura Groddeck justamente por sua proposição de que a distinção entre corpo e alma seria meramente didática. Freud se mostra tão incomodado com essa ideia que chega a acusar o colega alemão de estar propondo uma tese não científica:

Por que o Sr. se precipita, a partir de sua bela base, no *misticismo*, por que elimina a diferença entre o espiritual e o corporal, e se apega a *teorias filosóficas* que não têm propósito? [...] A mim me parece tão audacioso dar uma alma à natureza quanto desespiritualizá-la radicalmente. Deixemos-lhe, portanto, a sua grandiosa multiplicidade que se eleva do inanimado ao animado orgânico, do vivo corporal ao espiritual. (Carta de Freud a Groddeck, de 05 de junho de 1917, Groddeck, 1994c, pp. 10-11, grifos nossos).

Esse trecho da carta deixa claro que, do ponto de vista de Freud, só se está no terreno da ciência quando se trabalha com as categorias da racionalidade científica moderna. Uma mera proposta de relativização de tais categorias já é tomada pelo fundador da psicanálise como um devaneio especulativo ou místico. Para Freud, as experiências clínicas narradas por Groddeck eram efetivamente fascinantes, mas serviriam não para expandir o conceito de inconsciente e sim para confirmar a hipótese do próprio Freud de que o inconsciente seria o elemento que promove a ligação entre o corpo e o psiquismo: “Permita-me que lhe demonstre que não há necessidade de *nenhuma* extensão do conceito de ‘ics’ para abarcar suas experiências com doenças orgânicas.” (Carta de Freud a Groddeck, de 05 de junho de 1917, Groddeck, 1994c, p. 09, grifo de Freud).

A esse repúdio de Freud pelo conceito de Isso, Groddeck responde com bom humor, tecendo uma crítica sutil ao cientificismo freudiano. Na segunda carta enviada ao colega vienense, Groddeck afirma que não se considera um monista, pois considera que a realidade seja um “jogo multicolorido” (Groddeck, 1994c, p. 12). Contudo, acredita que a ciência também seja um jogo, não sendo dotada de uma “seriedade sacrossanta” (Groddeck, 1994c, p. 12). O autor expõe a Freud uma concepção de ciência que estará presente ao longo de toda a sua obra e que se contrapõe justamente à noção moderna de ciência como um conhecimento neutro, imparcial e capaz de produzir um saber universal. À acusação de misticismo feita por Freud, Groddeck faz o seguinte comentário:

O fato de [...] se confundirem para mim as fronteiras entre a ciência e a mística, bem como aquelas entre o corpo e a alma (que, aliás, o grego não conhecia em sua boa época) não considero nenhuma desgraça, pelo menos não para mim, porque isso me diverte, nem para meus doentes, porque a eles ajudo bem ou mal [...] (Groddeck, 1994c, p. 13)

Para Groddeck não importa se suas hipóteses e proposições correspondem efetivamente à realidade, no sentido de serem passíveis de se converterem em leis que supostamente refletiriam a verdade. O desejo de ajudar seus pacientes se coloca, para o autor, acima de qualquer preocupação de natureza teórica, aspecto que o aproxima de Ferenczi, como já salientamos. O conceito de Isso seria uma prova disso, pois tratar-se-ia de uma noção que não nascera da busca

por uma descrição mais acurada e fiel dos fenômenos com os quais Groddeck se deparava. O médico de Baden-Baden passou a utilizar esse conceito simplesmente porque ele lhe pareceu útil do ponto de vista terapêutico.

Ao adotar em seus escritos e conferências um estilo por vezes poético, Groddeck pode levar alguns leitores e ouvintes mais apressados (como talvez tenha sido o caso de Freud) a considerar que, ao introduzir o conceito de Isso, o médico alemão não esteja fazendo mais do que vãs especulações em torno de questões de natureza puramente filosófica, como causalidade, livre-arbítrio etc. Uma leitura mais atenta, contudo, permite observar que se trata muito mais de um esforço para eliminar determinadas dicotomias que, sobretudo no campo da saúde, se mostram altamente deletérias. Por exemplo, a ideia clássica de que existem doenças cuja origem é psicológica e outras que possuem uma causalidade orgânica estão fundamentadas no pressuposto altamente questionável de que o corpo e o psiquismo são sistemas independentes e dá ensejo a práticas de saúde que *compartimentalizam* o indivíduo. O conceito de Isso, por mais vago que possa parecer em algumas das descrições fornecidas por Groddeck, representa justamente a tentativa do autor de propor uma concepção de indivíduo que possa prescindir das dicotomias e compartimentalizações. O que Groddeck propõe é que, em vez de tratar o corpo ou tratar o psiquismo, como se fossem dimensões que pudessem ser trabalhadas de modo completamente independente, os profissionais de saúde deveriam buscar tratar o Isso, o qual contém dimensões físicas e psíquicas que devem ser pensadas como indissociáveis.

3.2.3

Toda doença é psicossomática

Em uma carta de resposta a um paciente que esteve internado durante algum tempo em seu sanatório, Groddeck (1994e) discute especificamente a suposta distinção essencial entre doenças orgânicas e doenças psíquicas e os princípios que, do seu ponto de vista, devem ser levados em conta pelo profissional de saúde no tratamento de seus pacientes.

Pelo que se depreende da carta de Groddeck, na epístola enviada ao médico, o paciente defende a existência de uma diferença radical entre enfermidades físicas e enfermidades funcionais (que não apresentariam alterações anátomo-fisiológicas). Groddeck (1994e) argumenta que, embora a ciência médica trabalhe com essa distinção, ainda não fora descartada a hipótese de que processos físicos sejam capazes de influenciar as chamadas doenças funcionais e, em contrapartida, processos psíquicos possam contribuir para a ocorrência de enfermidades orgânicas. Para o médico alemão, contudo, tal hipótese é verdadeira. Para ele, corpo e psiquismo atuam num regime de afetação concomitante, pois ambos só podem existir conjuntamente; não existiria corpo sem psiquismo assim como não existiria psiquismo sem corpo. Nas palavras do próprio autor,

[...] não só é possível influenciar fisicamente o psíquico e psiquicamente o físico, mas também *não se pode fazer de modo nenhum diferentemente*. Que existem pessoas que duvidam disso e o contestam, eu sei, mas isso não muda em nada o fato. (Groddeck, 1994e, p. 112, grifo nosso).

É importante chamar a atenção do leitor para o trecho que grifamos na citação acima. Nele fica claro que Groddeck não está propondo uma concepção que advoga a existência de *ocasionais* influências do corpo sobre o psiquismo e do psiquismo sobre o corpo. Para o autor, essa afetação concomitante entre as duas instâncias está em operação o tempo todo, de modo que todas as vezes em que um profissional de saúde utiliza meios físicos para tratar um paciente, não são apenas efeitos de natureza orgânica que decorrem dessa intervenção. Em outras palavras, para Groddeck, qualquer evento, seja ele físico ou psíquico, produz consequências tanto orgânicas quanto psíquicas sobre o indivíduo, pois esse se constitui em uma integralidade.

A presença indissociável do psiquismo na dimensão orgânica introduz um fator de imponderabilidade tanto sobre a possibilidade de surgimento de uma doença quanto sobre a eficácia do tratamento. Talvez com algum tom de exagero, Groddeck chega a dizer que “três quartos dos doentes saram sob qualquer tratamento; do quarto restante a maioria morre.” (Groddeck, 1994e, p. 112). Embora possamos relativizar essa estimativa do autor, é relevante considerar com atenção o princípio sobre o qual ele está construindo seu argumento. O que o médico alemão está criticando é justamente a tendência da

medicina moderna de considerar que o tratamento de uma doença pode ser planejado e executado com o mesmo grau de exatidão que um mecânico utiliza para reparar um defeito em um carro. Groddeck está chamando a atenção para o fato de que, no caso do ser humano, existe uma dimensão que não obedece a uma lógica mecânica e que não deixa de se fazer presente no curso de uma doença. É precisamente por levar em conta esse aspecto que Groddeck conceberá o tratamento como uma ferramenta meramente auxiliar para a recuperação do doente e não como o agente principal da cura.

Acerca da imponderabilidade presente no humano em função da indissociabilidade entre corpo e psiquismo, Groddeck cita para seu paciente três exemplos que ilustram sua tese de que não se deve reivindicar para a ciência médica o mesmo grau de exatidão de que gozam outras disciplinas como a Física e a Química:

Uma pessoa cai do segundo andar de um prédio e fratura ambas as pernas; uma outra cai da mesma janela e nada lhe acontece. Uma passa a vida toda com bacilos de tifo ou de difteria ou de tuberculose e é sadia; outra fica doente tão logo um bacilo penetra em seu corpo. De cinco crianças de uma mesma família, três pegam a febre escarlatina, duas continuam sadias. O Sr. já tentou achar uma razão para isso? (Groddeck, 1994e, pp. 112-113)

É óbvio que o autor não está defendendo que em todos os casos dessa natureza o fator que provocou a diferença nos desfechos de cada caso tenha sido o psiquismo. É preciso deixar claro que, ao contrário do que alguns trechos de sua obra tomados isoladamente possam dar a entender, Groddeck não defende um *psicologismo*, isto é, uma tentativa de atribuir todas as doenças a fatores de natureza psicológica. O próprio conceito de Isso o impede de cair nessa armadilha, já que tal noção pretende abarcar o indivíduo em sua integralidade. Com a exposição daqueles exemplos, Groddeck está apenas chamando a atenção de seu interlocutor para o fato de que não se pode compreender plenamente os processos de adoecimento recorrendo-se apenas à fisiologia. Para-além dos processos orgânicos universais que se fazem presentes no corpo de uma pessoa doente, há o psiquismo dessa pessoa, que também precisa ser levado em conta no tratamento. Isso não significa também que a psicoterapia deve ser utilizada em todas as formas de adoecimento. Como dissemos, Groddeck não é partidário do psicologismo. Para ele, a psicoterapia é uma das ferramentas com as quais os profissionais de saúde

podem contar na busca por encontrar a abordagem de tratamento que seja mais conveniente para cada paciente, considerado em sua singularidade:

Tome um caso de uma doença declaradamente orgânica, digamos uma fratura de osso. Seria tolice querer tratar psicicamente uma fratura dessas, faz-se uma ligadura. O que acontece, porém, se a fratura não sara sob a atadura? Pode-se operar etc. Mas, às vezes, nem assim a fratura fica curada. Não seria então aconselhável pensar no milagre da formação do órgão? No fato de que, no ser humano, antes de existir o osso, já existia a força para a criação do osso; que esta força era um excelente químico, físico, pensador, matemático, muito antes que ela criasse o órgão do pensamento do cérebro? O osso não é objeto do tratamento, o ser humano o é, sempre e somente o ser humano. (Groddeck, 1994e, p. 113).

Groddeck está propondo, portanto, que a porta para uma investigação que não se limita à dimensão orgânica esteja sempre aberta. No entanto, para que isso ocorra, os profissionais de saúde não podem considerar que o objeto de seu tratamento seja o corpo *ou* o psiquismo de seus pacientes, mas sim o indivíduo tomado como uma unidade com aspectos físicos e psíquicos. Daí a relevância da utilização do conceito de Isso, uma concepção de indivíduo que não contempla apenas o inconsciente descoberto por Freud, mas que engloba também o corpo e os processos orgânicos.

Embora não negligencie o papel desempenhado por microrganismos e fatores de natureza eminentemente orgânica no processo de desenvolvimento de uma doença, Groddeck defende ao longo de toda a sua obra que as enfermidades devem ser consideradas como uma das inúmeras formas por meio das quais o Isso se expressa. O pressuposto que fundamenta essa proposição é a ideia de que não há nenhum processo humano, quer seja voluntário quer seja involuntário, que não possa ser pensado como um símbolo, ou seja, como uma expressão substitutiva de um conteúdo que não pôde vir à luz diretamente. De fato, a psicanálise conseguiu evidenciar que no âmbito do psiquismo os processos de simbolização estão sempre presentes na medida em que a dinâmica psíquica está fundamentada em operações de defesa que demandam associações e substituições entre representações mentais. O que Groddeck está propondo é que esses mesmos processos de simbolização que se apresentam com relativa clareza no campo psíquico também estão presentes em todas as demais dimensões da vida humana. O médico alemão argumenta, por exemplo, que até mesmo o modo como uma pessoa respira possui um caráter simbólico. Para sustentar essa tese, o autor alega que o processo de

simbolização é inevitável na medida em que ele ocorre independentemente da consciência. Haveria no humano uma espécie de compulsão por associar fenômenos, situações, palavras etc., de tal modo que não existiria um único aspecto humano que não remetesse a algo para-além de si mesmo:

Os símbolos não são inventados, eles existem simplesmente, pertencem ao patrimônio inalienável do ser humano, e até pode-se dizer que todo ato de pensar e agir consciente é uma consequência inevitável da simbolização inconsciente, que o ser humano é vivido pelo símbolo.

Tão humanamente inevitável como o destino a simbolizar é a pressão à associação, que no fundo é a mesma coisa, já que associar é sempre unir um símbolo a outro. (Groddeck, 1992d, p. 31)

Em função da submissão a essa compulsão associativa, todos os processos humanos, desde aqueles mais involuntários até os mais conscientes e deliberados carregariam uma dimensão simbólica. Por essa razão, Groddeck estabelece uma homologia entre fenômenos que aparentemente seriam diferentes, como um sonho e um adoecimento orgânico. Num texto dedicado justamente a discutir as correlações entre esses dois processos (“O trabalho do sonho e do sintoma orgânico”), Groddeck (1992e) afirma que os mesmos mecanismos que Freud descobriu como sendo responsáveis pela transformação do conteúdo latente dos sonhos em conteúdo manifesto também se fazem presentes na formação de uma doença física. Em outras palavras, sintomas de uma enfermidade orgânica seriam a expressão disfarçada de um conteúdo latente que precisou ser dissociado em função de alguma forma de censura ou defesa:

Ao deparar-se com o surgimento de febre, o médico deveria lembrar-se de que um dos fatores atuantes é o desejo do Isso de transformar em imagens a sua excessiva temperatura interna, as sensações demasiado quentes, e certamente não se cometerá nenhum erro ao achar que uma moléstia cardíaca apresenta em forma latente sofrimentos relativos ao amor e ao ódio, que se configuram sob a imagem do sintoma. Quem reparar na semelhança de características entre o trabalho de sonho e o trabalho do sintoma, achará inúmeras confirmações e irá deparar-se em toda parte com o meio da elaboração de imagens. (Groddeck, 1992e, p. 162)

Mais uma vez frisamos que, ao propor a tese de que uma doença é tão simbolicamente condicionada quanto um sonho, Groddeck não está advogando em favor do tratamento psíquico como escolha terapêutica primária para todos os tipos de adoecimento. O autor considera que as formas de intervenção baseadas exclusivamente em meios físicos como medicamentos e cirurgias podem ser plenamente eficazes. Não obstante, para ele, a leitura simbólica dos

sintomas orgânicos também pode ser uma via profícua de tratamento, especialmente quando os meios físicos tradicionais se mostram insuficientes.

Ao enfatizar a dimensão simbólica que, do seu ponto de vista, está presente em todas as formas de adoecimento, Groddeck busca chamar a atenção, sobretudo de seus colegas médicos, para a possibilidade frutífera de aplicação de procedimentos psicoterapêuticos no tratamento de doenças físicas – possibilidade que ainda hoje encontra resistência no campo da saúde. Para o médico alemão, a terapêutica de natureza psíquica deve ser incorporada como *mais uma das ferramentas* de que os profissionais de saúde dispõem para ajudar seus pacientes:

Um enfermo, cuja resistência – ou, digamos, cuja satisfação do desejo – é uma fratura, não deve ser analisado e sim engessado, deixando o processo de cura por conta do Isso; no entanto, um enfermo, cuja fratura não quer se solidificar, esse deve-se analisar pois se pode evitar-lhe muito sofrimento, e talvez se consiga eliminar a resistência contra as tendências à cura que sempre existem. Em resumo, a aplicação da psicanálise é uma questão de *conveniência*, não da área da enfermidade. (Groddeck, 1992e, p. 161, grifo nosso)

Para finalizar esta seção dedicada às concepções de Groddeck sobre as relações entre corpo e psiquismo e sobre o adoecimento somático, recorreremos à carta nº 13 de *O Livro do Isso*¹⁴, na qual Groddeck (1923/2008) expõe de forma resumida, sincera e didática seus pontos de vista acerca das doenças orgânicas.

Nos dois primeiros parágrafos da epístola, Groddeck (1923/2008) retoma a discussão da carta anterior, a qual tratava da repressão da sexualidade feminina. O autor argumenta que as cólicas que a maioria das mulheres sente no período menstrual possuem um caráter simbólico, pois podem ser consideradas como uma defesa contra a possibilidade de relações sexuais nesse período, situação que em muitas culturas configura-se como um tabu. É essa ilustração que Groddeck (1923/2008) utiliza para introduzir a discussão a respeito das possíveis finalidades de uma doença. O autor afirma que, em sua prática clínica, nunca deixa de verificar as funções que os sintomas de uma doença desempenham na dinâmica emocional e relacional do enfermo. Contudo, Groddeck não utiliza essa estratégia porque efetivamente saiba que as

¹⁴Essa obra, publicada originalmente em 1923, é composta por 33 cartas dirigidas a uma amiga imaginária que, ao longo da correspondência fictícia, se mostra reticente em aceitar as ideias de Groddeck.

doenças possuem uma finalidade, mas por constatar que, *agindo dessa forma*, consegue ajudar seus pacientes. Vemos aqui novamente o modo como o médico alemão utiliza suas hipóteses: não como possíveis descrições fiéis da realidade, mas como ferramentas de trabalho. Groddeck dá-se por satisfeito com o reconhecimento de que pensar a doença como tendo uma função na vida do paciente constitui-se em um procedimento útil no tratamento: “De um modo ou de outro, consigo assim pôr o Isso do paciente em movimento e não é raro que ele acabe contribuindo para o desaparecimento do sintoma.” (Groddeck, 1923/2008, p. 94). O autor confessa que o modo como utiliza a hipótese da finalidade da doença no tratamento de seus pacientes poderia parecer pouco científica aos olhos de seus colegas. Todavia, ele não se importa com isso.

Na verdade, o que Groddeck faz é convidar seus pacientes a pensarem em seus sintomas não como deficiências, falhas ou disfunções, mas como *produções espontâneas do seu próprio ser*, tão naturalmente determinadas como os órgãos de seus corpos. Para o médico alemão, a mesma força (o Isso) que teria sido responsável pela formação do corpo humano a partir do encontro entre o óvulo e o espermatozoide também seria capaz de fazer esse mesmo corpo padecer por razões específicas: “[...] não acho bobagem pensar que ela [a força, o Isso] pode muito bem provocar uma pleurisia, um ataque de gota ou um câncer.” (Groddeck, 1923/2008, p. 94). As finalidades de um determinado sintoma podem estar associadas às funções do órgão no qual ele se manifesta. Groddeck cita o exemplo do resfriado, cujos sintomas se localizam predominantemente nas vias respiratórias. Nesse caso, a finalidade da doença pode ser impedir que o doente experimente algum odor: “De vez em quando o paciente descobre um odor que ele de fato queria evitar e [...] quando ele encontra esse cheiro, seu resfriado desaparece.” (Groddeck, 1923/2008, p. 94).

Nota-se, portanto, que para Groddeck os sintomas de uma doença constituem-se em símbolos porque, assim como os sintomas neuróticos, eles representam a solução de um conflito por meio de uma formação de compromisso. Em outras palavras, a doença se apresenta como uma forma de impedir que certos conflitos subjetivos se manifestem à consciência do enfermo. Com base nessa premissa, o autor formulará a tese de que a gravidade de uma doença está associada à *profundidade dos conflitos* que ela busca

ocultar. Assim, conflitos que não estão vinculados a desejos e resistências muito intensos, ou seja, que podem ser mais facilmente reconhecidos pelo indivíduo, demandariam sintomas mais leves e não crônicos. Por outro lado, conflitos que exigem um nível muito maior de resistência para permanecerem afastados da consciência, dariam ensejo a patologias relativamente mais graves:

Se uma leve indisposição não consegue resolver o conflito ou recalca-lo, o Isso utilizará os grandes recursos: a febre, que obriga a mulher a ficar de cama, uma pneumonia, ou uma fratura da perna, que a imobiliza, diminuindo assim a esfera das percepções que exasperam seus desejos; o desmaio, que elimina qualquer sensação; a doença crônica – a paralisia, a consunção, câncer – que mina lentamente as forças; e finalmente, a morte. (Groddeck, 1923/2008, p. 95).

Conquanto o tema da natureza simbólica do adoecimento somático esteja presente em praticamente todas as cartas de *O Livro dlssó*, na de nº 15 Groddeck (1923/2008) volta a tratar mais especificamente do assunto, tentando novamente argumentar em favor da hipótese de que as enfermidades físicas, assim como os sintomas neuróticos, podem ser interpretadas como símbolos de conflitos recalcados. Essa insistência do autor se deve ao fato de que sua interlocutora fictícia parece ter se mostrado cética em relação àquela hipótese e mais descrente ainda quanto à possibilidade de que, por meio da técnica psicanalítica, seria possível eliminar sintomas orgânicos. Inicialmente, Groddeck (1923/2008) responde à amiga dizendo que a hipótese de que a doença somática tenha uma consistência simbólica e a abordagem psicanalítica desse tipo de enfermidade não são frutos de especulações teóricas, mas realidades que ele, como médico, vivencia cotidianamente: “Eu também não admito essas coisas, querida amiga, mas eu as constato, eu *as vivo*. Claro, construo todo tipo de ideia a respeito, mas ideias difíceis de expressar.” (Groddeck, 1923/2008, p. 111, grifos do autor).

Em seguida, Groddeck (1923/2008) propõe à interlocutora que abandone, pelo menos no âmbito da conversa entre eles, a distinção entre psiquismo e organismo, pois essa diferenciação seria uma falsa premissa no interior do quadro conceitual que o autor está propondo. O médico reafirma que, do seu ponto de vista, corpo e psique são “[...] apenas denominações cômodas para melhor entender certas singularidades da vida; no fundo ambas são uma mesma coisa.” (Groddeck, 1923/2008, p. 111). Na sequência, Groddeck enunciará uma

tese que havia aparecido já na primeira epístola que enviara a Freud: a ideia de que o Isso “escolhe” (o termo é do próprio Groddeck) qual modalidade de adoecimento será mais conveniente para atingir o objetivo de simbolizar os conflitos que não podem ser experimentados à luz da consciência. Nesse sentido, para Groddeck o surgimento de uma doença somática não depende de uma carência fantasmática ou déficit representacional no nível pré-consciente, como propõe a Escola de Psicossomática de Paris (cf. Capítulo 01). Para o médico alemão, um sintoma neurótico, uma inibição, uma afecção hipocondríaca, um delírio, uma doença física ou qualquer outra forma de adoecimento são todas, igualmente, *possibilidades de expressão* do Isso, das quais ele se serve de acordo com a oportunidade. Nesse sentido, não haveria, para Groddeck, uma estrutura psicossomática ou pacientes psicossomáticos, aos quais seria vedada a possibilidade de apresentarem sintomas neuróticos. Para o autor, todos os indivíduos podem padecer de sintomas físicos ou psíquicos, dependendo das circunstâncias:

Só o que está vivo fica doente, e como ninguém contesta que só se dá o nome de coisa viva àquilo que tem corpo e alma – mas, me desculpe, isso é conversa fiada. [...] para mim, a única coisa que existe é o Isso! Quando uso as expressões corpo e alma, o que quero dizer com isso são *modos de revelação diversos do Isso*; se preferir, funções do Isso. Em minha cabeça, não são conceitos independentes, ou opostos. (Groddeck, 1923/2008, p. 112, grifos nossos)

Na epistemologia groddeckiana, a doença, como qualquer fenômeno natural ou humano, é multideterminada, o que torna a busca por sua causalidade um procedimento fadado ao fracasso. Para o autor, é inegável, por exemplo, que a presença de um microrganismo numa doença infecciosa é fundamental para a eclosão da patologia. Todavia, não se pode dizer que seja uma causa suficiente, já que há pessoas que passam anos com um vírus em seus corpos e não desenvolvem uma doença. Nesse sentido, Groddeck prefere adotar uma atitude que poderíamos qualificar como pragmática: em vez de especular sobre as causas de uma doença, o médico alemão prefere verificar empiricamente o que efetivamente contribui para seu tratamento. Assim, a Groddeck não interessa saber se “realmente” uma enfermidade somática é uma formação simbólica destinada a manter certos conteúdos psíquicos recalcados. Dirigindo-se à amiga imaginária, o autor esclarece: “[...] a única coisa que me

interessa é que o ato de desemaranhar o recalque provoca uma melhora no estado do paciente.” (Groddeck, 1923/2008, p. 114).

Por outro lado, essa atitude pragmática não impede Groddeck de tentar fornecer uma fundamentação racional para sua constatação empírica de que a abordagem psicanalítica do adoecimento somático se mostra eficaz. É justamente nessa Carta 15 que o autor fornece uma hipótese para explicar a influência do recalque sobre o corpo. Para tal, Groddeck (1923) propõe pensar o processo de recalque não apenas como um mecanismo psíquico, mas como uma reação do indivíduo tomado em sua totalidade. Nesse sentido, ao movimento inconsciente de dissociação de certo grupo de representações *corresponderiam* determinados processos orgânicos. Em outras palavras, o recalque seria sempre um processo verdadeiramente psicossomático, ainda que a correlação entre seus efeitos psíquicos e orgânicos não se apresente de modo tão evidente, a não ser para aqueles que *tenham olhos para ver*, como é o caso de Groddeck. A fim de ilustrar essas proposições, pedimos neste momento a condescendência do leitor para fazermos uma citação excepcionalmente longa, mas necessária, pois nela o autor pede a sua interlocutora para fazer um exercício imaginário de modo que ele possa descrever minuciosamente o processo que vai do recalque ao advento de uma doença orgânica:

Peço que pense em alguma coisa que lhe está interessando. Por exemplo, se deve ou não comprar um novo chapéu. Agora, tente depressa recalcar a ideia do chapéu. Se você tiver pensado no chapéu sob um ângulo agradável, como um chapéu que particularmente lhe vai bem, se tiver pensado na inveja que provocará entre suas amigas, não lhe será possível reprimir o pensamento do chapéu sem uma contração dos músculos abdominais. E talvez outros grupos de músculos se juntarão a esse esforço de repressão; sem dúvida será a parte superior do ventre que o fará: ela é sempre utilizada para cooperar em todo trabalho de tensão, por menor que seja. Disso resultará inevitavelmente uma perturbação em sua circulação sanguínea. E através do grande simpático, essa perturbação alcançará outros setores do organismo, começando pelos mais próximos: intestinos, estômago, fígado, coração, órgãos respiratórios. Por menor que seja essa perturbação, ela existirá. E porque existe, por se estender a todo e qualquer órgão, logo se tem o início de toda uma série de processos químicos dos quais nem mesmo o mais douto dos homens nada entende. Apenas sabe que tais processos acontecem; e sabe disso ainda mais quando trabalha com psicologia. Agora, imagine que esse fenômeno, aparentemente insignificante, se repita umas dez vezes ao longo do dia. Isso já será alguma coisa. Mas se acontecer vinte vezes por hora, você se verá num rebuliço de desordens mecânicas e químicas que não é nada agradável de ver. Reforce a intensidade e a duração dessa tensão. Admita que ela se manifesta durante horas, dias inteiros, intercalada por rápidos intervalos de relaxamento na região abdominal. Você ainda tem dificuldade em

imaginar a existência de relações entre o recalque e a doença orgânica? (Groddeck, 1923/2008, pp. 114-115).

Essa citação é particularmente relevante porque ela permite perceber que há de fato no pensamento groddeckiano uma verdadeira *teoria* acerca das relações entre o psiquismo e o adoecimento orgânico. Destacamos essa constatação, pois não se trata de uma observação óbvia, já que amiúde o modo como Groddeck fala de suas concepções pode levar o leitor incauto e apressado a imaginar que, para o autor, a doença é meramente uma produção arbitrária do Isso. No entanto, como já esclarecemos anteriormente, o Isso é apenas uma figura que o médico alemão utiliza para representar “[...] a totalidade dos processos vivos em cada ser humano individual [...]” (Groddeck, 1992f, p. 174). Dito de outro modo, ao afirmar que as enfermidades são expressões do Isso, é como se Groddeck estivesse dizendo que as doenças são o produto da interação de diversos fatores (de natureza física e psíquica) presentes no indivíduo considerado em sua integralidade. Essa é uma afirmação que pode ser considerada genérica. Seu valor, no entanto, está principalmente no fato de que ela se contrapõe às concepções tradicionais no campo de saúde, as quais postulam que as doenças não são produtos do indivíduo como um todo, mas sim de fatores específicos, como microrganismos, disfunções fisiológicas, déficits representacionais no pré-consciente etc. Por outro lado, dentre os inúmeros fatores que contribuem para a ocorrência de uma doença, Groddeck se concentra, no trecho que citamos, sobre o papel do psiquismo nesse processo.

O exercício mental que Groddeck (1923/2008) propõe a sua interlocutora é revelador das concepções do autor acerca da relação entre corpo e psiquismo. Parece-nos evidente que o autor não trabalha com a hipótese de uma psicogênese das patologias orgânicas, embora em outros pontos de sua obra, ele possa dar a entender que se trata disso. No exercício, Groddeck (1923/2008) não defende que o recalque *produz* alterações no organismo, mas que ao movimento psíquico de recalque *correspondem* certos processos fisiológicos. A doença, nesse sentido, não seria *efeito* do recalque, mas sim a *expressão corporal* de uma reação do indivíduo como um todo que, *no plano psíquico*, se manifesta por meio do recalque. Essa explicação é importante porque trata-se de um ponto que nos permitirá, no último capítulo deste

trabalho, estabelecer uma ligação entre as concepções de Groddeck e a filosofia de Spinoza. Com efeito, no pensamento groddeckiano, as relações entre corpo e psiquismo não são de natureza causal, mas da ordem de uma *correspondência*.

Em 1926, Groddeck (1992g) escreveu um texto curto, cujo título era “Sobre o absurdo da ‘psicogênese’”, no qual se dedica precisamente a mostrar que o fato de que certas patologias físicas possam ser tratadas por meios psíquicos não significa que o psiquismo seja a causa dessas enfermidades. Para o médico alemão, “as enfermidades são manifestações de vida [...]” (Groddeck, 1992g, p. 126), ou seja, trata-se sempre da expressão da totalidade dos processos vivos. Essa totalidade pode responder a instrumentos físicos ou psíquicos de tratamento, pois “[...] a vida sempre foi uma misteriosa coexistência do que se convencionou chamar de corpo e alma, devendo ser entendida como uma unidade de corpo e alma [...]” (Groddeck, 1992g, p. 125). Portanto, para Groddeck a existência é sempre psicossomática, mas não no sentido de que corpo e psiquismo estão o tempo todo influenciando-se reciprocamente, mas no sentido de que o indivíduo sempre se expressa em sua integralidade, de modo que a todo movimento psíquico *correspondem* determinados processos orgânicos e vice-versa.

São essas premissas que permitem a Groddeck conceber todas as formas de adoecimento como fenômenos autenticamente psicossomáticos. Nos ditos sintomas conversivos da histeria e em doenças que popularmente são vistas como sendo “de fundo emocional” (como a chamada “úlceras nervosa”) a correlação entre corpo e psiquismo se mostra mais evidente. Isso não significa que ela não exista nas demais patologias. De fato, é importante lembrar que até as pesquisas pioneiras de Charcot, Janet, Freud e Breuer, os sintomas da histeria eram vistos pela comunidade médica como sendo fisiologicamente determinados ou como puras dramatizações. Somente após aqueles autores terem chamado a atenção de seus pares para as correlações entre o adoecimento histórico e aspectos da vida subjetiva dos pacientes é que essas correspondências começaram a ser levadas em conta, embora desde a Antiguidade já houvessem suspeitas a esse respeito. Desse modo, atualmente, para boa parte da comunidade dos profissionais de saúde, as associações entre

os sintomas somáticos da histeria e fatores psicológicos se mostra relativamente óbvia, mas, para que isso acontecesse, foi preciso que, no final do século XIX, essa “obviedade” fosse revelada. O mesmo processo não poderia acontecer em relação a todas as demais formas de adoecimento com sintomas orgânicos? Pois bem, esse era o desejo de Groddeck.

3.3

Donald Woods Winnicott

Nesta terceira seção, nosso objetivo é explorar e analisar as concepções do pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott acerca das relações entre corpo e psiquismo e a respeito do adoecimento somático. Veremos a importância que o autor atribui à dimensão corporal no processo de desenvolvimento do indivíduo; a diferenciação que ele estabelece entre as noções de *mente* e *psique* bem como as consequências dessa distinção para as hipóteses propostas por ele para a compreensão do que denomina de “transtorno psicossomático” (*psycho-somatic disorder*). Antes, porém, de explorarmos esses aspectos, apresentaremos o contexto teórico no qual se inserem, comentando alguns dos principais conceitos e postulados do pensamento de Winnicott. Com efeito, as concepções desse autor estão fundamentadas em pilares bastante distintos daqueles que sustentam o edifício teórico da psicanálise clássica de orientação freudiana.

3.3.1

Breves apontamentos sobre a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott

Como mencionamos no primeiro capítulo, na teoria freudiana a ênfase é posta sobre a dimensão pulsional. Em contrapartida, no pensamento de Winnicott a centralidade das pulsões na dinâmica subjetiva dá lugar ao primado daquilo que o próprio autor denominou de “necessidades do ego”, em

contraposição à “satisfação dos instintos”. Essa diferenciação aparece, por exemplo, no clássico artigo de 1960 “Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro ‘self’” (Winnicott, 1960a/1983). Nesse texto, fazendo um uso inequivocamente particular dos termos introduzidos por Freud na chamada segunda tópica do aparelho psíquico, Winnicott (1960a/1983) argumenta que o indivíduo só pode experimentar o id¹⁵ como uma parte de si mesmo após a integração e o fortalecimento do ego. Como assinalou Fulgêncio (2014), o analista inglês não utiliza o conceito de id no sentido de uma abstração metapsicológica, mas como uma palavra para designar as pressões pulsionais¹⁶, as quais o indivíduo pode vivenciar como contidas e integradas em si mesmo (na saúde) ou como invasivas e ameaçadoras (na doença).

Isso não significa que Winnicott desconsidere a importância da dimensão pulsional. Na verdade, fundamentado em sua experiência pediátrica com bebês, o analista inglês chamou a atenção da comunidade psicanalítica para o fato de que, antes da expressão das pressões pulsionais, há um ego em desenvolvimento. Como o autor afirma no artigo “A integração do ego no desenvolvimento da criança”, de 1962, “Não há id antes do ego” (Winnicott, 1962/1983, p. 55).

Assim, enquanto na psicanálise clássica assume-se que a “tarefa” primordial do indivíduo na existência seria *grosso modo* aprender a lidar com suas pulsões, negociando a satisfação delas com as determinações e imposições da cultura (Freud, 1930/1996), em Winnicott trata-se, antes, de conseguir alcançar e manter o *sentimento de continuidade do ser*. Novamente reiteramos que o analista inglês não está negligenciando o papel que as pulsões exercem na subjetividade, tanto na saúde quanto nas formas de adoecimento, sobretudo na neurose. O autor apenas não atribui a elas o lugar central que Freud lhes confere, pois, do seu ponto de vista, os fundamentos da subjetividade estão muito mais relacionados à *necessidade de ser*, ou seja, de experimentar-se como uma pessoa existindo de modo espontâneo e criativo.

¹⁵ Preferimos manter o termo “id” em vez de “isso”, pois essa foi a opção escolhida pelos tradutores das obras de Winnicott publicadas em português.

¹⁶ Na verdade, Winnicott utiliza em seus escritos o termo “instinto” em vez de “pulsão”. Em que pese a diferenciação que pode ser discutida em relação a esses dois conceitos, no âmbito deste trabalho eles serão utilizados como sinônimos.

Esse deslocamento da ênfase nas pulsões para a necessidade de ser deriva das experiências clínicas de Winnicott tanto com crianças quanto com adultos e da teoria do desenvolvimento emocional que o autor construiu com base nessas experiências. Embora em alguns momentos de sua obra, Winnicott faz parecer que estaria apenas acrescentando algumas contribuições à teoria freudiana, muitos comentadores defendem que suas ideias introduzem um novo paradigma no campo psicanalítico. Esse é, por exemplo, o ponto de vista de Loparic (1996), autor que, inclusive, utiliza a teoria dos paradigmas formulada por Thomas Kuhn para analisar as diferenças entre a psicanálise winnicottiana e a psicanálise tradicional. Para Loparic, o principal ponto de incompatibilidade entre o que ele supõe serem dois paradigmas estaria no lugar privilegiado que a psicanálise tradicional concede ao complexo de Édipo. Na psicanálise winnicottiana, o problema central não seria a relação triangular da criança com o casal parental, mas a relação de dependência entre o bebê e a mãe, a qual constituiria a matriz da subjetividade.

Plastino (2007) assevera que Winnicott permanece fiel a aspectos basilares do pensamento freudiano como o primado da afetividade no processo de constituição subjetiva e o lugar central atribuído à experiência no desenvolvimento da teoria. No entanto, para o autor, é inegável que a fidelidade de Winnicott não se expressa de modo ortodoxo. Para Plastino, o analista inglês desenvolveu de forma criativa diversas ideias que foram lançadas por Freud na segunda metade de sua obra, mas que o criador da psicanálise não avançou por ter permanecido aferrado aos pressupostos do paradigma moderno, tais como “a cisão entre o psiquismo e o corpo, a redução do psiquismo à consciência racional e a concepção do corpo como metáfora maquínica” (Plastino, 2007, p. 200).

Martins (2009) também trabalha com a ideia de que haveria diferenças marcantes entre o pensamento winnicottiano e a psicanálise freudiana, sobretudo no que diz respeito às ontologias implícitas em cada uma das matrizes teóricas. Com efeito, na teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott não há, por exemplo, lugar para a noção de pulsão de morte, conceito que acabou por se tornar crucial nos momentos finais da obra freudiana e foi valorizado por autores importantes como Melanie Klein e

Jacques Lacan. Martins (2009) esclarece que as expressões destrutivas da agressividade (as quais, do ponto de vista de Freud, evidenciarão a manifestação da pulsão de morte) são, para Winnicott, sempre reativas e derivadas das vicissitudes da relação do indivíduo com o ambiente. Outra diferença fundamental entre as concepções de Freud e as de Winnicott estaria no modo como cada um dos autores pensa a relação entre natureza e cultura. Estaria implícita no pensamento freudiano a ideia de que haveria uma oposição entre aquelas duas instâncias, ao passo que em Winnicott a cultura seria tomada como estando numa relação de continuidade com a natureza.

Um aspecto bastante peculiar da teoria do desenvolvimento emocional proposta por Winnicott é o fato de que ela não negligencia a importância do ambiente no processo de amadurecimento. Para o analista inglês, o bebê é dotado de uma tendência inata para alcançar as diferentes etapas do desenvolvimento, ou seja, Winnicott postula a existência de uma força *espontânea* que mobiliza o bebê na direção do amadurecimento físico e emocional. Todavia, isso não significa que o ambiente seja irrelevante: para que as tendências hereditárias do bebê se atualizem, é necessária a existência de um *ambiente facilitador*, isto é, de um ambiente que forneça as condições que possibilitem a efetivação de suas potencialidades. Nas palavras do próprio autor, “o processo de maturação só se efetiva no lactente se houver um *ambiente favorável*.” (Winnicott, 1963a/1983, p. 215, grifo do autor). Nota-se, portanto, que diferentemente da teoria freudiana, na qual o ambiente aparece mais associado à dimensão restritiva e coercitiva da cultura, no pensamento de Winnicott o ambiente é visto como o contexto que pode (ou não) possibilitar a expressão do indivíduo.

Justamente por adotar como pressuposto a ideia de que o bebê já vem ao mundo com tendências que o impulsionam na direção do crescimento, Winnicott será levado a pensar que o ambiente não precisa ser constituído de modo sofisticado ou especializado para que o bebê se desenvolva adequadamente. Para o analista inglês, é preciso que ele seja apenas *suficientemente bom*, ou seja, que propicie tão-somente as condições indispensáveis para que o próprio bebê percorra sem muitos obstáculos o caminho de seu desenvolvimento: “De fato, o sucesso ao cuidar de um bebê

depende mais da devoção do que da inteligência ou do conhecimento” (Winnicott, 1951/2000, p. 326). Em geral, isso se torna possível pelo fato de que, ao longo da gravidez e dos primeiros meses após o nascimento do bebê, a mãe desenvolve um estado de forte identificação com a criança, que Winnicott (1945/2000) denominou de “preocupação materna primária”. É esse estado psicológico *sui generis* que permite à mãe “adivinhar” corretamente as necessidades do bebê: “É por causa desta identificação com o bebê que ela sabe como protegê-lo, de modo que ele comece por existir e não por reagir.” (Winnicott, 1960a/1983, p. 135).

Nesse sentido, o ambiente que Winnicott qualifica como sendo insuficientemente bom, não é apenas aquele que explicitamente maltrata ou abandona o bebê. É também inadequado o ambiente que, sob a justificativa de proteger a criança, invade o processo espontâneo de desenvolvimento da criança, fazendo com que ela, ao invés de seguir seu próprio curso, precise reagir à “apaixonada” invasão do ambiente. Nas palavras do autor, “A mãe que não é suficientemente boa [...] falha repetidamente em satisfazer o gesto do lactente; ao invés, ela o substitui por seu próprio gesto, que deve ser validado pela submissão do lactente.” (Winnicott, 1960a/1983, p. 133).

Para Winnicott (1945/2000), são basicamente três as tarefas que o bebê precisa realizar no início da vida a fim de alcançar o estatuto de uma pessoa inteira relacionando-se com o mundo: a *integração*, a *personalização* e a *realização* ou *estabelecimento de relações com os objetos*. A integração diz respeito ao processo por meio do qual o bebê vai gradativamente se percebendo como uma unidade constante no espaço e no tempo. Trata-se de uma conquista que só se torna possível se o bebê estiver envolto por um ambiente que lhe forneça segurança, estabilidade e regularidade. Afinal, até alcançar o estágio em que se percebe como um eu separado de um não-eu, o bebê ainda não se dá conta da realidade externa, de modo que o comportamento do ambiente ainda não é experimentado como algo de fora, mas como dele mesmo. Nesse sentido, a instabilidade ou inconstância do ambiente são vivenciadas pelo bebê como a presença do caos em si mesmo, estado que Winnicott (1962/1983, p. 56) denominou de “ansiedade inimaginável”. A presença frequente desse afeto

rompe o sentimento de continuidade do ser do bebê e inviabiliza o processo de integração saudável:

Todas as falhas que poderiam engendrar a ansiedade inimaginável acarretam uma reação da criança, e esta reação corta a continuidade existencial. Se há recorrência da reação desse tipo de modo persistente, se instaura um padrão de fragmentação do ser. A criança cujo padrão é o de fragmentação da continuidade do ser tem uma tarefa de desenvolvimento que fica, desde o início, sobrecarregada no sentido da psicopatologia. (Winnicott, 1962/1983, p. 59)

Winnicott (1960b/1983) utiliza a palavra *holding* (sustentação, suporte) para se referir ao conjunto de atitudes, cuidados e provisões que o ambiente proporciona e que fornecem ao bebê segurança, estabilidade e o sentimento de que sua existência é efetivamente uma realidade. É essa dimensão ambiental que torna possível a atualização da tendência inata para a integração.

Considerando que a tarefa de personalização está ligada diretamente a nossa temática principal, deixaremos para examiná-la com mais profundidade adiante, quando estivermos analisando especificamente as concepções de Winnicott sobre as relações entre corpo e psique e os transtornos psicossomáticos. Por ora, faremos algumas breves considerações sobre a tarefa de *realização* ou estabelecimento de *relações com objetos*.

Para Winnicott, em um ambiente suficientemente bom, inicialmente o relacionamento do bebê com objetos não se faz com base no reconhecimento de que eles possuem uma existência independente. Isso acontece porque, nesse caso, há uma sintonia muito profunda entre as necessidades do bebê e a provisão ambiental. Assim, os objetos apresentados pelo ambiente são experimentados pela criança como se fossem suas próprias criações: “Neste estágio inicial o ambiente favorável está dando ao lactente a *experiência da onipotência*; com isso quero dizer mais do que controle mágico, e quero incluir no termo o aspecto criativo da experiência.” (Winnicott, 1963b/1983, p. 164, grifo do autor). Portanto, num primeiro momento a criança lida com objetos que poderíamos caracterizar como eminentemente *subjetivos*.

Ainda que seja ilusória, essa experiência de onipotência é importante porque ela fornece ao bebê a sensação de que ele pode criar o próprio mundo. Posteriormente, na medida em que for se dando conta da existência independente da realidade externa, a criança conservará o sentimento de

potência e autoconfiança para viver criativamente. Nas palavras de Winnicott, “o lactente experimentando onipotência sob a tutela do ambiente facilitador *cria e recria o objeto*, e o processo gradativamente se forma dentro dele e adquire apoio na memória.” (Winnicott, 1963b/1983, p. 164, grifo do autor).

De acordo com a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott, o estágio de *dependência absoluta*, no qual o bebê está se constituindo como uma individualidade, mas ainda não se percebe como existindo de modo independente da mãe, dá lugar ao estágio de *dependência relativa*, no qual o ambiente começa gradualmente a “falhar” na satisfação das necessidades da criança (Winnicott, 1963c/1983). Essa passagem proporciona ao bebê a oportunidade de vivenciar o que poderíamos chamar de luto de sua onipotência, pois os objetos não mais “obedecem” a seu controle mágico. Assim, o bebê é levado ao reconhecimento da realidade externa que funciona independentemente de seus desejos.

Não obstante, uma das mais notáveis descobertas de Winnicott foi justamente a de que a experiência prévia de onipotência propiciada pelo ambiente suficientemente bom leva à formação de uma terceira dimensão da realidade, que ocupa um lugar intermediário entre a realidade interna e a realidade externa. O analista inglês denominou essa dimensão de “espaço transicional”, onde se fazem presentes fenômenos e objetos transicionais (Winnicott, 1951/2000). Trata-se de experiências que, embora incluam a materialidade e a resistência própria da realidade externa, são investidas de uma significação que as tornam produções que podem também ser remetidas à realidade interna. Como afirma Winnicott, em *Natureza Humana*,

O ‘objeto transicional’, ou primeira possessão, é um objeto que o bebê criou ainda que, ao mesmo tempo em que nós assim dizemos, na realidade sabemos que se trata da ponta de um cobertor ou da franja de um chalé ou de um brinquedo. (Winnicott, 1990, p. 126).

No artigo de 1951 “Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais”, em que são introduzidos tais conceitos, Winnicott caracteriza o espaço potencial como uma área de experimentação em que o indivíduo pode “descansar” da tarefa de manter separadas a realidade interna e a realidade externa. Na vida adulta, o espaço transicional ou potencial passa a ser ocupado por atividades relacionadas à arte, à cultura e à religião. Para Winnicott, tais atividades

possuem uma característica que as torna homólogas aos objetos e fenômenos transicionais da infância, a saber: não podem ser situadas exclusivamente no plano da realidade interna nem tampouco da realidade externa.

Verifica-se, portanto, que a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott se caracteriza fundamentalmente pela ênfase na relação complementar entre as tendências hereditárias para o amadurecimento presentes no indivíduo desde a concepção e as vicissitudes do ambiente que pode ser (ou não) suficientemente facilitador da atualização e expressão das tendências inatas do indivíduo. Veremos, a seguir, que o modo como Winnicott pensará a relação entre o corpo e o psiquismo bem como as hipóteses que formulará para a compreensão das diversas modalidades de adoecimento orgânico só adquirem significação à luz daquele contexto teórico mais amplo, em que indivíduo e ambiente formam uma unidade indissociável.

3.3.2

Corpo, psique, mente e personalização

Para Winnicott, a integração entre o psiquismo e o corpo é uma *conquista* a ser obtida ao longo do desenvolvimento e não uma condição já estabelecida desde o início da vida. Essa ideia aparece logo no início de seu percurso teórico na psicanálise, num dos primeiros e mais importantes artigos especificamente psicanalíticos do autor: o texto “Desenvolvimento emocional primitivo”, de 1945. Nesse escrito, o analista inglês já utiliza o termo “personalização” para se referir ao processo de superposição da experiência psíquica sobre a experiência somática. Citando o caso de uma paciente que na infância acreditava viver no corpo da irmã gêmea e de outra cuja “personalidade não era sentida como localizada no corpo” (Winnicott, 1945/2000, p. 223), o autor argumenta que a experiência de estar vivendo no próprio corpo eventualmente pode não se estabelecer ou funcionar de modo precário.

Para Winnicott, todo bebê é dotado de um potencial inato para desenvolver “[...] o sentimento de estar dentro do próprio corpo” (Winnicott, 1945/2000, p. 225). Não obstante, sem os cuidados suficientemente bons fornecidos pelo

ambiente, esse potencial não se converte em ato, o que pode dar origem a fenômenos como a *despersonalização*. Naquele texto de 1945, Winnicott afirma que a personalização é construída paulatinamente à medida que o bebê experimenta a regularidade dos cuidados físicos proporcionados pela mãe. Assim, é o contato com o *corpo do outro* numa experiência de confiabilidade que vai pouco a pouco definindo os contornos do psiquismo da criança com base na vivência corporal. Nota-se, portanto, que, para Winnicott, a psique originalmente não exerceria uma função cognitiva nem teria o papel de promover o escoamento de tensões pulsionais. O autor não caracteriza o psiquismo como um aparelho, mas como uma *experiência do próprio corpo* resultante de um processo de afetação mútua entre o bebê e a mãe. Arriscaríamos a dizer que se trata, na verdade, da produção de um *novo corpo* carregado de sentido. Peixoto Junior (2013) propõe a utilização do termo “corpo-afeto” para caracterizar esse corpo que jamais pode ser confundido com a noção de organismo, isto é, de um aparelho anátomo-fisiológico. Como veremos adiante, o corpo winnicottiano é o corpo personalizado, vivo e criativo, “que afirma a potência imanente de afetar e ser afetado como instância de intensificação da vitalidade da existência” (Peixoto Junior, 2013, p. 02).

Outro texto clássico de Winnicott que nos permite compreender detalhadamente o modo como ele concebia o psiquismo é o artigo de 1949 “A mente e sua relação com o psicossoma”, no qual o autor introduz uma diferenciação entre *psique* e *mente*, termos que, tradicionalmente, tanto na filosofia quanto na psicologia, são utilizados como sinônimos. Nesse texto, Winnicott (1949/2000) chama a atenção do leitor para o fato de que a própria diferenciação entre uma atividade de natureza psíquica e fenômenos de ordem somática só pode ser feita quando se decide, por razões metodológicas, adotar um olhar que se concentra sobre uma dimensão ou outra. Na experiência individual, corpo e psique seriam indistinguíveis: haveria tão-somente um ser existindo somatopsiquicamente: “Eis aqui um corpo, sendo que a psique e o soma não devem ser distinguidos um do outro, exceto quanto à direção desde a qual estivermos olhando.” (Winnicott, 1949/2000, p. 333).

Tomando como ponto de partida justamente um olhar que se propõe a compreender a experiência do ser existindo e não a dissecá-la em categorias,

Winnicott apresenta sua definição de psique. Para o autor, trata-se de uma “*elaboração [imaginativa]*”¹⁷ (imaginative) *dos elementos, sentimentos e funções somáticos*, ou seja, da vitalidade física.” (Winnicott, 1949/2000, p. 333, grifos do autor). Nota-se que Winnicott designa a psique como um *processo* e não como uma instância fechada, um aparelho, como faz Freud. Trata-se de um trabalho, uma produção, que o indivíduo desenvolve continuamente sobre as experiências corporais. Ao qualificar esse processo como imaginativo, o autor evidencia que não se trata de um processo mecânico de mera representação do que se passa na experiência somática. Há criatividade na elaboração imaginativa, pois se trata de um corpo vivo, pulsante, como Winnicott deixa claro no fim da definição. Por isso, não se trata da simples reprodução no plano psíquico de processos que acontecem no plano somático. A elaboração imaginativa confere sentido à vivência física, isto é, possibilita a conquista de uma experiência pessoal do próprio corpo (Dias, 2012).

Outro aspecto que merece ser ressaltado é o fato de que o autor não restringe a experiência somática à dimensão pulsional, como faz Freud. É a vitalidade física como um todo que se apresenta para o próprio indivíduo como objeto de elaboração e não apenas os impulsos de natureza pulsional. Para Freud, a psique se desenvolve, se complexifica, porque o corpo, em sua efervescência pulsional, dá trabalho! A psique freudiana emerge e se dilata de forma reativa, para conter o estado de ebulição do corpo. Loparic (2000) comenta que essa concepção evidencia uma tendência própria da psicanálise tradicional que, no limite, parece tomar o corpo como uma dimensão a ser expurgada. Ferraz (2007), por exemplo, autor que trabalha a temática do adoecimento somático à luz dos pressupostos da Escola de Psicossomática de Paris, afirma textualmente em artigo dedicado à noção de corpo em psicanálise que “O corpo, em psicanálise, é essencialmente um ‘resto’” (Ferraz, 2007, p. 68). Nesse sentido, para o autor – que nesse ponto está apenas reiterando o que Freud, Marty e Lacan já haviam sustentado – o corpo não se constitui como base da subjetividade, mas como algo que *sobra* do processo de subjetivação,

¹⁷ A tradução que utilizamos optou pelo termo “imaginária” em vez de “imaginativa”. Contudo, discordamos dessa escolha em função da forte associação existente entre a noção de “imaginário” e a teoria lacaniana, sobretudo no meio psicanalítico brasileiro. Por essa razão, nessa citação e na sequência do artigo, optamos por utilizar livremente o termo “elaboração imaginativa” que, aliás, é a tradução mais consagrada na literatura relacionada ao pensamento de Winnicott.

ou seja, como algo análogo ao lixo. Trata-se de uma visão depreciativa do corpo que se manifesta como tal quando observamos que esse corpo que sobra do processo de subjetivação por não ter se deixado “colonizar” pelo domínio da representação é associado à pulsão de morte (Ferraz, 2007). Temos novamente aqui a presença da ideia de que o corpo deixado “à sua própria sorte” estaria condenado à autodestruição provocada pela suposta pulsão de morte. O que salvaria o indivíduo desse trágico destino seria o domínio da representação e sua capacidade de converter o corpo biológico em corpo erógeno.

Winnicott, por seu turno, concebe as relações entre a psique e o corpo sob o signo de uma *parceria*, pois, do seu ponto de vista, a função do psiquismo não é a de conter as excitações provenientes do soma submetendo-o ao domínio da representação. Para Winnicott, a psique atua na direção de *dar sentido* às experiências somáticas, elaborando-as imaginativamente. Contudo, é importante esclarecer que “dar sentido” aqui também não se refere a uma atribuição de significação simbólica ou ao processo que genericamente se denomina no campo lacaniano de “nomeação”. Como já frisamos, tais procedimentos se fundamentam na premissa de que, para adquirir sentido, uma experiência precisa ser submetida ao domínio da representação. Para Winnicott, a psique confere sentido à experiência corporal na medida em que possibilita, pela via da elaboração imaginativa, que os processos somáticos se constituam efetivamente como experiências, isto é, como fenômenos dos quais o indivíduo se apropria de forma criativa e espontânea. Na verdade, como assinala Loparic (2000), o processo de elaboração imaginativa se inicia antes mesmo do bebê começar a operar com a verbalização, a representação e a simbolização. Em outras palavras, a psique é um processo que se desenrola independentemente dessas operações.

Com efeito, a personalização é justamente o processo por meio do qual o produto da elaboração imaginativa se conjuga efetivamente com a experiência somática. É instrutivo observar que personalização é um termo que evoca a noção contemporânea de *customização*, isto é, a transformação de determinados objetos como roupas e carros com o objetivo de conferir a eles traços exclusivos relacionados ao estilo de seu proprietário. A customização faz com que um produto que foi produzido em série e que poderia ter sido

adquirido por qualquer pessoa seja provido de características que o tornam *único, singular*. Ora, não é precisamente um processo análogo que Winnicott imagina que o indivíduo realiza desde a vida intrauterina com o aparato anátomo-fisiológico com que foi dotado? O analista inglês fala de personalização porque de fato trata-se da emergência de uma pessoa singular a partir das experiências corporais:

[...] os rudimentos de uma elaboração [imaginativa] de exclusivo funcionamento do corpo devem ser pressupostos se se pretende afirmar que este novo ser humano começou a existir e começou a adquirir experiências que podem ser consideradas pessoais. (Winnicott, 1962/1983, p. 59, grifo nosso).

A importância que Winnicott concede à apropriação singular que o indivíduo faz de seu aparato biológico aparece de forma explícita em um artigo mais tardio, de 1971, chamado “Sobre as bases para o *self* no corpo”. Nesse texto, Winnicott (1971/1994), comenta dois casos, um de uma criança e outro de uma adolescente, sendo que ambos os pacientes nasceram com certas anomalias físicas. O autor mostra que vários aspectos da dinâmica psíquica desses pacientes estavam diretamente vinculados às características de seus corpos, o que fundamentaria a tese winnicottiana de que o *self* é construído com base na experiência corporal. Além disso, Winnicott (1971/1994) argumenta que a presença de anomalias físicas não implica no desenvolvimento de um *self* distorcido. Para o autor, se o bebê sente que é amado tal como é pelo ambiente, ele não perceberá sua condição física como fora da normalidade. Isso só acontecerá num momento posterior, ao se deparar com pessoas que o percebem como “anormal”. Não obstante, seu *self* estará intacto, pois foi formado num período em que não era percebido como “defeituoso” pelo ambiente. Nota-se, portanto, que, para Winnicott, a vivência corporal fornece as bases para o desenvolvimento de uma experiência psíquica singular. Para Peixoto Junior (2013), esse aspecto insere o analista inglês na tradição de Ferenczi, autor que, como vimos na seção anterior, também concebe a corporeidade como matriz da subjetividade:

Dada a importância fundamental atribuída por ele ao corpo, diríamos que, para além de qualquer utilização instrumental da corporeidade, Winnicott, na tradição psicanalítica de Ferenczi e no esteio das filosofias de Espinosa e Nietzsche, talvez tenha sido o psicanalista que mais contribuiu para reverter as pretensões cartesianas dos desprezadores do corpo no meio psicanalítico. (Peixoto Junior, 2013, p. 13)

Winnicott trabalha o tempo todo com a ideia de que a vivência corporal ocorre num regime de afetação mútua com o ambiente. Dito de outro modo, não se trata de uma elaboração imaginativa que o indivíduo faz sobre si mesmo, de modo solipsista. Embora o processo de personalização vá gradualmente produzindo uma espécie de apropriação criativa do próprio corpo pelo indivíduo, tal apropriação se dá *na relação com o ambiente*. Assim como o objeto transicional é paradoxal, na medida em que é tanto interno quanto externo, a vivência corporal e, por conseguinte, a psique é tão construída pelo indivíduo com sua criatividade primária quanto pelo ambiente com seus cuidados.

Pela noção de “mente”, Winnicott compreende uma dimensão especializada da psique, ou seja, uma instância derivada e não primária. A emergência do funcionamento mental aconteceria na fase de dependência relativa, quando a mãe suficientemente boa começa a apresentar “falhas” no cuidado dispensado ao bebê. Assim, a atividade da mente seria colocada em cena a fim de possibilitar a compreensão das vicissitudes de um ambiente que agora não se apresenta mais como uma extensão da experiência individual do bebê. Como afirma Winnicott (1949/2000, p. 335), numa frase primorosa: “O que libera a mãe da necessidade de ser quase perfeita é a compreensão do bebê”.

Apesar de emergir como uma reação à perda de uma relação harmônica com o ambiente, a mente não é pensada pelo autor como tendo a função de “elaborar” essa experiência de ruptura. Pelo menos, não no sentido em que a noção de elaboração é entendida tradicionalmente em psicanálise. Com efeito, não se trata, para o analista inglês, de prover representações mentais para conter uma suposta experiência de angústia na qual o bebê seria lançado pelas falhas maternas. Em outras palavras, a mente não exerceria uma função de pára-excitação, a não ser nos casos em que seu advento ocorresse precocemente ou nos quais as falhas ambientais acontecessem num nível intolerável para o bebê. Quando tudo vai bem, a atividade mental funciona como uma espécie de suplemento necessário para a manutenção do sentimento de continuidade do ser após a saída da fase de dependência absoluta. Dito de outro modo, a mente não fornece significação simbólica para aplacar uma

suposta angústia, mas sim torna possível a compreensão dos eventos ambientais, permitindo ao indivíduo apropriar-se ativa e criativamente das experiências que vivencia.

Creemos que a mente só funciona como um mecanismo de pára-excitação justamente quando deixa de exercer esse modesto papel de instrumento de compreensão e passa a dominar a vida psíquica do indivíduo. Isso ocorre quando o nível de falhas ambientais ultrapassa a capacidade de tolerância do bebê, ocasionando uma dissociação entre o funcionamento mental e a experiência do psicossoma. Nesse contexto, a mente passa a funcionar de modo exacerbado, aplacando a angústia na qual o bebê é lançado pelo que Winnicott (1949/2000, p. 336) chama de “comportamento errático” da mãe. O autor afirma que, quando isso acontece, a mente passa a exercer uma função que originalmente é de responsabilidade do ambiente, a saber: cuidar do psicossoma. Em decorrência disso, a psique tende a abandonar sua vinculação íntima com a experiência corporal para converter-se exclusivamente no funcionamento mental. Winnicott (1949/2000) afirma que é como se a psique fosse “seduzida” a transformar-se em mente.

3.3.3

A concepção winnicottiana de transtorno psicossomático

A conversão do funcionamento mental em um aparelho de pára-excitação ocasiona um afastamento entre o psiquismo e o corpo. Por essa razão, Winnicott acredita que o advento do que ele denomina de “transtorno psicossomático” seja justamente uma tentativa de preservar os vínculos entre a psique e o soma. É como se o corpo, através da enfermidade, buscasse reatar a união perdida com a psique:

a doença psicossomática é muitas vezes pouco mais que o reforço deste elo psicossomático em face da ameaça de rompimento do mesmo; esse rompimento resulta em vários casos clínicos que recebem o nome de ‘despersonalização’ (Winnicott, 1963d/1983, p. 201-202).

Nesse sentido, haveria um valor positivo no adoecimento somático, de modo que a busca ávida por eliminá-lo seria, curiosamente, deletéria para o

indivíduo, na medida em que procuraria destruir justamente uma tentativa espontânea de cura. Em *Natureza Humana*, o analista inglês assinala que

É importante ter sempre em mente o seguinte ponto sobre os problemas psicossomáticos: o elemento físico da doença empurra a doença psicológica de volta para o corpo. Isto é particularmente importante por constituir uma defesa contra a fuga para o puramente intelectual, que levaria o indivíduo a perder uma parte do vínculo entre a psique e o soma. (Winnicott, 1990, p. 185)

Nesse sentido, a “verdadeira doença”, não é a enfermidade somática, mas sim o processo de dissociação entre a psique e o soma. Logo, é possível concluir que o distúrbio físico conserva, no interior das manifestações patológicas, algum resquício da tendência inata para a integração, pois busca reconstituir o assentamento da psique no corpo – processo que tende a ocorrer espontaneamente nos estágios iniciais do amadurecimento emocional.

Embora Winnicott tenha abordado a temática do chamado transtorno psicossomático ao longo de toda a sua obra, foi no artigo “Doença Psicossomática em seus Aspectos Positivos e Negativos”, de 1966, que o autor se dedicou a analisar o assunto de modo mais profundo e detalhado. Por essa razão, faremos um comentário de alguns dos principais pontos desse texto com o objetivo de sublinhar as especificidades do ponto de vista winnicottiano a respeito do adoecimento somático.

Winnicott (1966/1989) inicia o artigo fazendo um apontamento acerca da própria palavra “psicossomática”. De acordo com o autor, ela se faz necessária porque permite circunscrever de modo mais específico certos estados clínicos. Em inglês, a palavra “psicossomática” pode ser escrita com hífen (“*psychosomatic*”), sendo essa a forma que Winnicott adota. Segundo ele, o hífen une e, ao mesmo tempo, separa as duas dimensões da prática médica: a psique e o corpo.

Winnicott afirma que, no transtorno psicossomático, *a doença não se refere aos problemas físicos apresentados pelo paciente*, os quais o autor classifica em dois tipos: patologia somática e funcionamento patológico. Como exemplos do funcionamento patológico ele cita a colite, a asma e o eczema crônico, ou seja, manifestações que se caracterizam por uma perturbação do funcionamento de certos órgãos ou sistemas do corpo. Para Winnicott, a verdadeira doença presente no transtorno psicossomático é a persistência de

uma cisão (*split*) ou de múltiplas dissociações na organização do ego do paciente.

Em *Natureza Humana*, Winnicott (1990) estabelece as diferenças entre os conceitos de “cisão” e “dissociação”, explicando que o primeiro se refere a uma condição básica de todo ser humano que só adquire caráter patológico na ausência de um ambiente suficientemente bom. A dissociação, por sua vez, diz respeito a um mecanismo de defesa passível de ser empregado por indivíduos que experimentaram um bom desenvolvimento inicial. Nas palavras do próprio autor,

A cisão é um estado essencial em todo ser humano, mas não é necessário que ele se torne significativo se a camada protetora da ilusão se tornou possível através do cuidado materno. Na ausência de uma adaptação ativa suficientemente boa, a cisão se torna significativa [...] Dissociação é um termo que descreve uma condição da personalidade relativamente bem desenvolvida, na qual há uma excessiva falta de comunicação entre os diversos elementos. (Winnicott, 1990, pp. 158-159)

Um exemplo típico de dissociação, citado por Winnicott, é o fenômeno das chamadas “ausências” característico de certos quadros histéricos em que o indivíduo dissocia do conjunto de suas lembranças determinados acontecimentos ou períodos inteiros de sua história. Portanto, quando o autor afirma que na raiz dos transtornos psicossomáticos está a persistência de uma cisão ou de múltiplas dissociações, ele está indicando que, do seu ponto de vista, tanto neuróticos quanto não-neuróticos podem apresentar transtornos psicossomáticos. Além disso, o fato de Winnicott assinalar que se trata da persistência de um estado cindido ou dissociado de separação entre psique e soma nos parece relevante, pois vai ao encontro da hipótese que Groddeck propõe para explicar a formação do adoecimento somático, tal como apresentamos no final do item 3.2.4.

Para Winnicott, as manifestações físicas presentes no transtorno psicossomático constituem, na verdade, uma organização defensiva que busca frear o processo de afastamento entre a psique e o corpo produzida pela cisão ou pelas múltiplas dissociações. Evidentemente, esse próprio afastamento já é, em si uma defesa contra a angústia, o que nos leva a pensar que o adoecimento somático seria uma modalidade defensiva que, paradoxalmente, expressaria a atuação inexorável da tendência inata para a integração, já que a manifestação

física visa justamente manter, ainda que precariamente, a articulação entre a psique e o soma.

O analista inglês comenta que, ao desconhecerem o fato de que a doença em jogo no transtorno psicossomático é a cisão ou as múltiplas dissociações e não a patologia somática ou o funcionamento patológico em questão, muitos profissionais de saúde não conseguem ajudar seus pacientes. Afinal, ao intervirem sobre as manifestações físicas, acabam por tentar debelar exatamente aquilo que foi organizado no indivíduo como defesa contra a verdadeira doença que é o progressivo afastamento entre a psique e o corpo.

Winnicott reconhece, contudo, que praticar uma abordagem psicossomática do adoecimento orgânico é efetivamente difícil. Alguns médicos de fato teriam dificuldade para trabalhar com a dimensão psíquica e a dimensão somática ao mesmo tempo, inclusive porque alguns deles podem sofrer do mesmo tipo de dissociação encontrada nos pacientes, de modo que a dificuldade para lidar com o corpo e o psiquismo simultaneamente talvez esteja associada a problemas na integração dessas duas dimensões no próprio profissional de saúde.

Outro argumento que Winnicott cita para explicar porque a prática psicossomática é difícil refere-se ao fato de que muitos pacientes procuram cuidado de saúde numa lógica que o autor denominou de “dispersão de agentes responsáveis”, o que corresponde a uma espécie de dissociação. É como se o indivíduo se percebesse como um conjunto de compartimentos, tendo cada um deles um tipo de profissional diferente para ser destinado. Para Winnicott, essa tendência a “se dividir” entre diferentes especialidades seria característica de pacientes com múltiplas dissociações.

Creemos, no entanto, que esse movimento de fragmentação se faz presente no próprio discurso contemporâneo do cuidado em saúde. A cada dia surgem novas especialidades médicas com o objetivo de contemplar dimensões cada vez mais específicas do corpo, o que faz com que a proposta de um cuidado em saúde integral acabe sendo vista como a possibilidade de oferecer ao indivíduo uma multiplicidade de olhares dissociados ao invés de olhares integrados capazes de compreender a complexidade individual. Assim, a abordagem

psicossomática se torna realmente difícil já que ela demanda um olhar capaz de enxergar o indivíduo e não um único órgão ou sistema. Galván (2007) corrobora esse raciocínio ao afirmar que:

[...] as dificuldades no tratamento aos indivíduos com doenças psicossomáticas acentuam-se pela própria característica da assistência médica contemporânea, que se baseia em um sistema de especialidades, no qual cada profissional da saúde cuida de uma parte do corpo, de um problema ou de um sintoma, o que multiplica o número de profissionais que tratam, simultaneamente, o mesmo indivíduo que apresenta diversas patologias. Esse sistema reproduz – no ambiente – a dissociação presente como defesa, no paciente. (Galván, 2007, p. 69)

Em certo ponto do artigo, Winnicott assinala que, do seu ponto de vista, nem todas as formas de adoecimento somático associadas a processos emocionais e conflitos psíquicos são de fato transtornos psicossomáticos. Esse é um ponto muito importante da concepção winnicottiana a respeito desse tema, pois tal distinção feita pelo analista inglês evidencia que para ele a característica mais essencial do transtorno psicossomático não é a presença de lesões orgânicas, mas o progressivo afastamento entre a psique e o corpo provocado pela cisão ou por múltiplas dissociações:

Eu não necessariamente chamo minha paciente cuja dismenorrea está relacionada a componentes anais na organização genital de um caso psicossomático, nem o homem que precisa urinar urgentemente em certas circunstâncias. Isso é só vida, e viver. (Winnicott, 1966/1989, p. 106).

Faria (2012) realizou um estudo minucioso e sistemático das referências de Winnicott aos fenômenos psicossomáticos, explorando não só os enunciados teóricos do autor a respeito do tema, mas, sobretudo, os inúmeros casos e vinhetas clínicas dispersas pela obra de Winnicott referentes a pacientes com sintomas somáticos. Com base nesse levantamento, Faria (2012) propõe uma classificação das formas de adoecimento somático na concepção winnicottiana. Para a autora, o analista inglês faz referência a duas grandes categorias de patologias somáticas: o “Verdadeiro distúrbio psicossomático” e o “Falso distúrbio psicossomático”. A primeira categoria contemplaria os casos que denotariam a presença do que o próprio Winnicott denomina de “*psychosomatic disorder*” e que se caracterizariam genericamente por serem resultantes de falhas significativas no processo de personalização. Como mencionamos anteriormente, o que definiria tais transtornos como psicossomáticos não seria a presença de sintomas físicos no quadro clínico,

mas a existência de um processo de cisão patológica ou múltiplas dissociações entre a psique e o corpo. Em outras palavras, a enfermidade é chamada de *psicossomática* porque o que estaria em jogo seria uma relação *dissociada* entre psique e soma.

Winnicott afirma que a enfermidade psicossomática (nesse caso o “Verdadeiro distúrbio psicossomático”) é o negativo de um positivo, ou seja, é o correlato patológico do processo de personalização que ocorre na saúde. Na presença de um ambiente suficientemente bom, sobretudo nos estágios mais precoces do desenvolvimento, o indivíduo se torna capaz de conquistar um estado de unidade entre a experiência psíquica e a vivência somática. O analista inglês retoma a célebre asserção freudiana de que o ego é fundamentalmente um ego corporal (Freud, 1923/1996, p. 39) para retificá-la, assinalando que essa experiência integrada entre o ego e o corpo só acontece na saúde.

Vemos, portanto, que os distúrbios que Winnicott designa em sua obra como sendo verdadeiramente psicossomáticos não contemplam necessariamente o conjunto de manifestações orgânicas que tradicionalmente são denominadas de psicossomáticas, como alergias, hipertensão, cefaleias, úlceras estomacais etc. Do ponto de vista winnicottiano, pode até ser que alguma dessas patologias revele a existência de um processo subjacente de dissociação entre a psique e o corpo, mas essa não é a regra. Na verdade, para Winnicott, o que a maioria das enfermidades somáticas evidencia é justamente o fato de que, na saúde, corpo e psiquismo se expressam de forma simultânea e correlata, de modo que o adoecimento físico nada mais é do que a expressão orgânica correspondente a determinados estados subjetivos. Tais estados podem ser apenas uma *reação natural* às dificuldades inevitáveis do processo de amadurecimento, como no caso de uma criança que adoece após o nascimento de um irmão ou um *sintoma patológico* que expressa organicamente determinadas dificuldades atípicas que o indivíduo vivencia e que são expressas também como psicopatologia. Tal psicopatologia, contudo,

não está relacionada ao processo de personalização, mas a tarefas posteriores do processo de desenvolvimento, como a passagem pelo complexo de Édipo¹⁸.

Winnicott, portanto, parece reservar o termo “distúrbio psicossomático” apenas para aqueles casos em que um adoecimento físico se apresenta clinicamente como uma defesa contra um processo subjacente de afastamento entre psique e soma, resultante de falhas na tarefa de personalização. Todas as demais formas de adoecimento orgânico, sejam elas sintomas patológicos ou reações naturais a dificuldades inerentes à existência são, na verdade a expressão do “problema clínico quase universal do envolvimento funcional em processos emocionais e conflitos mentais” (Winnicott, 1966/1989, p. 106). Em outras palavras, essas enfermidades evidenciariam muito mais a existência de uma unidade do que uma dissociação entre psique e soma. Embora Winnicott utilize o termo “envolvimento” (*involvement*) para se referir à relação entre o corpo e a psique nesses casos, tentaremos mostrar no último capítulo deste trabalho que, à luz da filosofia de Spinoza, não é necessário pressupor a influência da psique sobre o corpo e vice-versa para compreender as patologias nas quais se verifica com clareza a existência de uma correspondência entre estados subjetivos e manifestações somáticas. Tentaremos mostrar que é possível pensar tal correspondência como a indicação de que o indivíduo se expressa sempre de forma integral, de corpo e alma.

Neste capítulo, procuramos percorrer a obra de três autores do campo psicanalítico que apresentam o traço comum de não terem percorrido a trilha da ortodoxia. De fato, embora os três façam uso do arcabouço conceitual formulado por Freud, nenhum deles se manteve fiel às premissas ontológicas e epistemológicas que fundamentaram o pensamento freudiano, as quais, como mostramos no primeiro capítulo, estão vinculadas à racionalidade moderna, de matiz iluminista. Em nenhum dos autores, por exemplo, o adoecimento somático é concebido como uma manifestação derivada de falhas nos processos de representação. E isso ocorre porque nas obras dos três autores, o corpo não aparece reduzido a um organismo gerador de excitações que

¹⁸ Os termos “reação natural” e “sintoma patológico” foram propostos por Faria (2012) como uma subdivisão dentro da categoria “Falso distúrbio psicossomático”.

precisam ser drenadas e elaboradas por um aparelho psíquico gerador de representações. Por meio da análise dos chamados fenômenos de materialização histórica e das neuroses de órgão, é possível verificar em Ferenczi a noção de um corpo tomado como um campo de circulação de intensidades, suficientemente plástico para expressar fisicamente os mesmos processos manifestos na forma de elementos subjetivos no psiquismo. Em Groddeck, o adoecimento somático é tomado como uma expressão sempre simbólica do Isso, considerado como a totalidade individual na qual corpo e psique são apenas dois aspectos. Em Winnicott, por sua vez, vimos que o adoecimento somático na maioria das vezes expressa apenas o fato de que corpo e psique respondem conjuntamente às experiências. Por outro lado, há casos em que a enfermidade orgânica promove justamente a ligação entre a dimensão somática e a dimensão psíquica que se encontram em processo de dissociação.

Ao longo do capítulo, vimos que os três autores eventualmente utilizam expressões que levam o leitor a imaginar que, para eles, o adoecimento orgânico seria o resultado da influência da psique sobre o corpo. Como vimos na Introdução, essa é a concepção tradicional de doença psicossomática que se faz presente na tradição médica e psicanalítica desde que o termo foi inventado por Heinroth em 1818. Contudo, neste trabalho defendemos que essa é uma maneira problemática de se pensar o adoecimento somático, pois ela se baseia na premissa de que corpo e psique são duas coisas diferentes, o que levanta sempre a pergunta: De que modo algo que é de natureza psíquica se converte em algo que é de natureza física? Como se opera essa transformação?

No próximo capítulo, apresentaremos uma breve exposição das proposições do filósofo holandês Benedictus de Spinoza a respeito do corpo e da mente e veremos que esse autor propõe a ideia de que essas duas instâncias não são duas coisas diferentes, mas apenas aspectos distintos de uma mesma coisa. Logo, não seria possível haver entre elas uma relação de influência, mas de correlação. Tentaremos mostrar, à luz das ideias propostas pelo filósofo, que é possível pensar o adoecimento somático sem tomá-lo como a expressão física de elementos originalmente psíquicos, mas também sem reduzi-lo a um fenômeno puramente orgânico. Após sustentarmos filosoficamente essa

hipótese, mostraremos no último capítulo que, a despeito das expressões utilizadas pelos próprios autores, é possível extrair das obras de Ferenczi, Groddeck e Winnicott, os fundamentos conceituais de uma matriz de compreensão do adoecimento psicossomático em Psicanálise que não recorre à hipótese da influência do psiquismo sobre o corpo e que, portanto, se diferencia da matriz clássica proposta pela Escola de Psicossomática de Paris.

4

Spinoza e a possibilidade de uma psicossomática não dualista

4.1

Considerações preliminares

Neste terceiro capítulo faremos uma incursão pelo pensamento do filósofo holandês Benedictus de Spinoza a fim de sustentarmos a hipótese de que esse autor fornece, notadamente na obra *Ética*, elementos de natureza filosófica que permitem pensar as doenças ditas psicossomáticas não como o resultado de uma suposta interferência de processos psíquicos sobre processos somáticos. Com efeito, cremos que é precisamente esse pressuposto (o de que a doença dita psicossomática é o resultado da ação da psique sobre o corpo) que está na base do modelo teórico proposto pela Escola de Psicossomática de Paris, o qual julgamos equivocados.

Consideramos necessário e relevante incluir este capítulo de caráter essencialmente filosófico em uma tese de doutoramento em Psicologia Clínica porque acreditamos que as contribuições aqui apresentadas serão úteis para esclarecer certos aspectos das teorias propostas pelos autores abordados no capítulo precedente. Portanto, não se trata de fazer uso da filosofia de Spinoza como caução para as teses que defendemos no âmbito deste trabalho. Nossa intenção neste capítulo é a de expor os aspectos do pensamento de Spinoza que nos interessam a fim de conjugá-los no próximo capítulo às formulações dos autores que apresentamos no capítulo anterior.

Essa articulação interdisciplinar nos parece necessária visto que no primeiro capítulo desenvolvemos uma crítica às concepções da Escola de Psicossomática de Paris que enveredou pela investigação de certos pressupostos filosóficos que podem ser inferidos daquela matriz teórica. Logo, se o objetivo principal desta tese é o de propor uma nova maneira de pensar o

adoecimento dito psicossomático, torna-se necessário apontar quais seriam as premissas de natureza filosófica que estariam na base dessa nova concepção.

Antes de iniciarmos propriamente este capítulo, é preciso fazer alguns apontamentos de ordem metodológica. A edição da *Ética* que utilizamos foi a publicada pela Editora Autêntica em 2009, cuja tradução ficou a cargo do professor Tomaz Tadeu. Trata-se de um esclarecimento importante, pois, embora se saiba que toda tradução seja, em alguma medida, uma interpretação, é forçoso constatar que uma tradução pode ser mais ou menos fiel ao sentido original de uma obra. Nesse sentido, dentre as traduções que tivemos à disposição, a de Tomaz Tadeu foi a que nos pareceu a mais coerente com o texto original, levando em conta apontamentos de alguns comentadores. A outra tradução a que tivemos acesso, da autoria de Joaquim de Carvalho, Joaquim Ferreira Gomes e Antônio Simões, publicada no volume dedicado a Spinoza da clássica coleção “Os Pensadores” optou por traduzir termos cruciais da *Ética* como “*mens*” e “*affectus*” por “alma” e “afecção”, respectivamente. Tomaz Tadeu, por sua vez, traduz aqueles mesmos termos por “mente” e “afeto”, respectivamente, o que nos parecem opções mais fiéis ao texto original e que trazem menos inconvenientes para a análise do pensamento de Spinoza. Com efeito, “alma” é uma palavra que possui certa conotação religiosa e que, por essa razão, expressa com menos clareza a concepção de *mens* como ideia do corpo e não como uma essência espiritual que comanda o corpo. Já a tradução de *affectus* por afecção nos parece equivocada na medida em que no próprio interior da *Ética*, Spinoza parece estabelecer uma diferença entre as afecções que são afetos e as que não são. Como Jaquet (2011) esclarece, só são considerados afetos aquelas afecções que incidem sobre a potência de agir, aumentando-a, diminuindo-a, ajudando-a ou coibindo-a. Esses são, portanto, alguns dos motivos pelos quais optamos pela tradução de Tomaz Tadeu.

Além da *Ética*, utilizaremos textos de comentadores que nos ajudaram a compreender melhor as formulações de Spinoza, especialmente dois: *A unidade do corpo e da mente*, livro da filósofa Chantal Jaquet e o artigo do médico e filósofo Henri Atlan, “Auto-organização intencional: uma ‘neurofisiologia spinozista?’”, publicado como um dos capítulos do livro *As*

ilusões do eu: Spinoza e Nietzsche, organizado por André Martins, Homero Santiago e Luís César Oliva.

4.2

O monismo spinozano e os conceitos de substância, atributo e modo

Como mencionamos acima, nosso objetivo neste capítulo é verificar a possibilidade de se fundamentar, com base no pensamento de Spinoza, uma concepção de adoecimento psicossomático que não recorra à hipótese de uma influência da psique sobre o corpo, tal como tradicionalmente se concebe as patologias dessa natureza tanto na medicina quanto na psicanálise. Nosso percurso, portanto, deve se iniciar por uma análise dos pressupostos que norteiam o pensamento de Spinoza e dos aspectos que os diferenciam das premissas que fundamentam a tradição filosófica.

Um desses pressupostos é justamente a *rejeição do dualismo de substâncias* presente no pensamento de Platão e postulado mais explicitamente por René Descartes, conforme assinalamos no primeiro capítulo. Com efeito, Platão postula a existência de dois mundos radicalmente distintos, o mundo das formas ou ideias e o mundo material, distinção à qual corresponde a separação entre o corpo, entendido como um ente do mundo material e a alma, concebida como imaterial e imortal, oriunda do mundo das ideias (Marcondes, 2001). Para Spinoza, a tese de que existiriam duas substâncias distintas na natureza seria absurda posto que a própria definição de substância inviabilizaria isso. Na parte I da *Ética*, dedicada a Deus – designação que o filósofo concede à única substância existente – Spinoza define substância como “aquilo que existe em si mesmo e que por si mesmo é concebido, isto é, aquilo cujo conceito não exige o conceito de outra coisa do qual deva ser formado” (Spinoza, 1677/2009, p. 13).

Já em Descartes, conforme Beyssade (2013), temos duas concepções de substância: uma definição que vale para Deus e outra que vale para o corpo e a alma. No artigo 51 de seus *Princípios da Filosofia*, Descartes (1644/1997, p.

45) define substância como “uma coisa que existe de tal maneira que só tem necessidade de si própria para existir”. Contudo, para o pensador francês, a mesma palavra substância também pode ser empregada num sentido diferente, para designar aquelas coisas que, embora não sejam causas de si mesmas, só dependem “do concurso ordinário de Deus” para existirem, diferentemente daquelas coisas que “não podem existir sem outras” e que seriam melhor qualificadas como “qualidades ou atributos das substâncias”. Assim, para Descartes, corpo e alma seriam substâncias nesse segundo sentido, pois não dependeriam de nada além de Deus para existirem e teriam a extensão e o pensamento, respectivamente, como atributos principais.

Da proposição 1 à proposição 15 da primeira parte da *Ética*, Spinoza vai gradativamente demonstrando, com a utilização do método geométrico, que não pode existir nenhuma outra substância além de Deus por diversas razões, dentre elas o fato de que a essência de uma substância deve envolver necessariamente sua existência visto que, pela definição proposta pelo filósofo, a substância é causa de si mesma. Só não são existentes necessariamente aquelas coisas que são causadas por outras. Nesse sentido, admitir que uma substância pudesse ser finita significaria negar que sua essência envolve a existência. Como é absurdo supor a existência de duas substâncias infinitas, segue-se que só há uma única substância que “consiste de infinitos atributos, cada um dos quais exprime sua essência eterna e infinita” (Spinoza, 1677/2009, p. 13, def. 6, parte I). Portanto, o primeiro pressuposto a ser destacado no pensamento de Spinoza é a tese de que há somente uma substância, de sorte que todas as coisas existem em um *único plano imanente*, isto é, no plano da experiência, o que significa dizer que aquilo que é a da ordem do pensamento não se localizaria numa dimensão transcendente à realidade sensível. De fato, do ponto de vista spinozano, o sensível e o inteligível não representam dois mundos distintos, como supunha Platão. Para usar uma expressão de Peixoto Junior (2009, p. 373), ambos são “regiões diferenciadas” de uma mesma realidade.

Desse pressuposto fundamental, segue-se a distinção que Spinoza estabelece entre *atributos* e *modos*. Na definição 4 da primeira parte da *Ética*, Spinoza define atributo como aquilo que exprime a essência da substância e

que o intelecto é capaz de perceber. Em outras palavras, os atributos poderiam ser considerados como respostas para a pergunta: “Como Deus é?” ou “Quais são as características da substância?”. De acordo com o filósofo holandês, dentre os infinitos atributos que podem ser elencados numa possível resposta a essas questões, dois seriam perceptíveis ao homem: a *extensão* e o *pensamento*. Nesse sentido, dentre os infinitos atributos que caracterizam Deus, podemos dizer certamente que ele é uma substância extensa (prop. 2, parte II) e, ao mesmo tempo, também uma substância pensante (prop. 1, parte II).

Já os *modos* são definidos por Spinoza (1677/2009, p. 13) como “afecções de uma substância” (def. 5, parte I), ou seja, trata-se das diversas formas de expressão da substância. Enquanto os atributos são eternos (prop. 19, parte I) e infinitos (prop. 11, parte I) na medida em que exprimem a essência eterna e infinita de Deus, os modos podem ser finitos. As coisas particulares, por exemplo, são modos nos quais os atributos de Deus “exprimem-se de uma maneira definida e determinada” (Spinoza, 1677/2009, p. 33, prop. 25, parte I). Para Spinoza, portanto, existe uma única substância, caracterizada por infinitos atributos e que se expressa de infinitos modos.

Cada modo só pode ser explicado pelo atributo que exprime, ou seja, uma coisa física não pode ser explicada por ideias na medida em que ideias são modificações do atributo pensamento e as coisas físicas são modificações do atributo extensão. Na proposição 10 da parte I da *Ética*, Spinoza (1677/2009, p. 18) afirma que “cada atributo de uma substância deve ser concebido por si mesmo”. Essa formulação deixa claro que, para o autor, os atributos não podem ser entendidos como *partes da substância*. Melhor seria compreendê-los como as infinitas características através das quais a essência da substância pode ser apreendida. Embora sejam diferentes, cada atributo permite perceber a substância em sua integralidade. Nesse sentido, é possível explicar as modificações da substância integralmente sob qualquer um dos atributos, de modo que não precisaríamos recorrer às modificações da substância vistas sob o atributo pensamento, ou seja, a ideias, para explicar o comportamento da substância visto sob o atributo extensão. Como aponta Peixoto Junior (2009, p. 373), trata-se de expressões distintas de um mesmo ser, de modo que aquilo que “um atributo realiza numa esfera de realidade é realizado de maneira

diferente noutra por outro atributo, e as atividades de ambos se exprimem reciprocamente porque são ações da mesma substância complexa”.

Como veremos adiante em maiores detalhes, o fato de que cada atributo deva ser concebido por si mesmo, isto é, “um sem a mediação do outro” (Spinoza, 1677/2009, p. 18, prop. 10, esc., parte I) é o aspecto do sistema filosófico de Spinoza que coloca em xeque o pressuposto fundamental da visão tradicional que se tem das doenças ditas psicossomáticas. Com efeito, na concepção tradicional entende-se que a enfermidade psicossomática é uma patologia eminentemente física *causada* por elementos de natureza psíquica. Ora, em termos spinozanos isso significaria dizer que determinados modos da substância considerada como coisa extensa (sintomas físicos) foram produzidos por outros modos da substância considerada como coisa pensante (elementos psíquicos). Em outras palavras, se estaria dizendo que as causas para o comportamento da substância vista sob um atributo estariam no comportamento da substância vista sob outro atributo. Isso seria absurdo no interior do sistema spinozano porque significaria dizer que um atributo não exprimiria completamente a essência da substância, de modo que seria preciso recorrer à percepção da substância sob outro atributo. De fato, um dos fatores que legitimam o emprego da noção de doença psicossomática mesmo em contextos marcados por uma visão organicista das enfermidades é justamente a ideia de que em certas patologias os fatores psicológicos precisam ser tomados como causas dos sintomas visto que não haveria uma etiologia orgânica. Mostraremos adiante que a filosofia de Spinoza, ao recusar a ideia de interação entre mente e corpo, não nos leva necessariamente ao abandono da noção de doença psicossomática. Pelo contrário, veremos que o modo como Spinoza concebe a relação entre o corpo e a mente permite justamente a ampliação do conceito de doença psicossomática para todas as enfermidades.

Na proposição 7 da parte II da *Ética*, Spinoza (1677/2009, p. 55) afirma que “A ordem e a conexão das ideias é o mesmo que a ordem e a conexão das coisas”. Isso significa que, embora as coisas físicas sejam modificações da substância sob o atributo extensão e as ideias modificações da substância sob o atributo pensamento, ambas exprimem *uma mesma realidade*, que é o comportamento da substância. Isso se explica pelo fato de extensão e

pensamento serem tão-somente formas diferentes de perceber a mesma e única substância, como temos enfatizado desde o início deste capítulo. Nesse sentido, pode-se concluir que todas as afecções do atributo extensão possuem equivalentes no atributo pensamento, assim como nos outros infinitos atributos. Como veremos mais adiante com a ajuda de Chantal Jaquet, *essa equivalência não significa paralelismo*, pois não se trata de uma correlação ponto a ponto. Trata-se, na verdade, de expressões diferentes de uma mesma realidade.

Assim, podemos dizer que, para Spinoza, a realidade nada mais é do que a substância se expressando em uma ordem única, a qual pode ser percebida através de infinitas formas, sendo que o intelecto humano consegue ter acesso a duas delas: a extensão e o pensamento. Não obstante, quer observemos a substância pelo atributo extensão quer observemo-la pelo atributo pensamento, o comportamento será o mesmo. Essa identidade é um aspecto fundamental para compreendermos o modo como Spinoza conceberá a relação entre corpo e mente. Com efeito, para o filósofo, o ser humano é um indivíduo, ou seja, uma unidade indivisível que, concebida sob os atributos extensão e pensamento, é, constituída, respectivamente, de um corpo e de uma mente.

4.3

Os conceitos de corpo e de mente na *Ética*

Para Spinoza, embora a atividade da mente se constitua na produção de ideias, ela própria pode ser considerada em si mesma como uma ideia, na medida em que é um modo da substância concebida sob o atributo pensamento. Com efeito, o filósofo holandês não entende o conceito de ideia como um *conteúdo da mente*, como se essa fosse um espaço imaginário no qual cada ideia ocupasse um lugar específico¹⁹. Para Spinoza (1677/2009, p. 51), ideia é “um conceito da mente, que a mente forma porque é uma coisa pensante”. Nesse sentido, as ideias são produções infindáveis e incessantes da mente justamente porque ela é um modo do atributo pensamento. Em outras palavras,

¹⁹ Essa compreensão do conceito de ideia em Spinoza nos foi sugerida por André Martins na palestra “Mente e realidade”, proferida no âmbito do programa de televisão “Café Filosófico” da TV Cultura, em 2008.

a mente não é um continente de ideias, mas pode ser caracterizada como um verdadeiro *movimento de produção de ideias*. Tanto é assim que no corolário da definição de ideia que citamos (def. 3, parte II), Spinoza faz questão de explicar por que utilizou a palavra “conceito” e não “percepção”. Para o filósofo, o termo “conceito” exprime melhor o entendimento de que a ideia é uma produção *ativa* da mente e não algo que meramente ocorre nela como uma espécie de reflexo da realidade, como pode dar a entender o termo “percepção”. Com efeito, a palavra “conceito” está ligada etimologicamente à noção de “conceber” que evoca as noções de gerar, produzir, dar à luz. E, de fato, para Spinoza, é exatamente isso o que a mente faz: gera, produz, dá à luz ideias.

É importante mencionar aqui que o termo “*representação*” também não é adequado para exprimir a definição de ideia proposta por Spinoza. Com efeito, “representação” significa literalmente apresentar novamente, o que poderia dar a entender que o trabalho da mente consiste em fornecer ideias para coisas que originalmente foram “apresentadas” fisicamente, como se a mente fizesse um trabalho *posterior* a uma incidência primária de afecções físicas. Ora, se extensão e pensamento são dois dos infinitos atributos da substância que exprimem, *ao mesmo tempo e diferencialmente* os mesmos eventos, o entendimento da ideia como representação não se sustenta. Além disso, como aponta Peixoto Junior (2009, p. 377), se as ideias fossem tão-somente representações das afecções do corpo, elas seriam apenas “experiências dispersas e sem sentido”. Se Spinoza optou por designá-las como “conceitos” formados pela mente, isso se deve também ao fato de que ela é constituída pelo esforço de perseveração no ser (*conatus*) de modo que toda produção mental é dotada de sentido. As ideias são, portanto, “significações psíquicas dessa vida corporal, fundadas no interesse vital que, do lado corpo, o faz mover-se (afetar e ser afetado por outros corpos) e, do lado da mente, a faz pensar.” (Peixoto Junior, 2009, p. 377).

Como o leitor pôde notar no primeiro capítulo, a Escola de Psicossomática de Paris, cuja concepção de doença psicossomática é hegemônica no campo psicanalítico, trabalha justamente com uma concepção de mente como entidade fictícia que funciona como continente – noção herdada da metapsicologia

freudiana – e com a noção de ideia como representação. Nota-se, portanto, que a matriz teórica de Pierre Marty e seus colegas é incompatível com a filosofia de Spinoza. Por outro lado, veremos no capítulo subsequente, que a concepção spinozana da mente como produção de ideias e das ideias como modos do pensar se coaduna muito bem com alguns aspectos dos pensamentos de Ferenczi, Groddeck e Winnicott, especialmente desse último.

Como, para Spinoza, o homem não é uma substância, mas um modo de Deus/Natureza isso significa que ele é, ao mesmo tempo, um modo definido do atributo extensão, ou seja, um corpo, e um modo do atributo pensamento, ou seja, uma ideia. O que se chama de mente humana é justamente essa ideia que tem como objeto o homem considerado a partir do atributo extensão, ou seja, o corpo humano. Por essa razão, na proposição 12 da parte II da *Ética*, Spinoza afirma que há uma relação indissociável entre a mente e o corpo:

Tudo aquilo que acontece no objeto da ideia que constitui a mente humana deve ser percebido pela mente humana, ou seja, a ideia daquilo que acontece nesse objeto existirá necessariamente na mente; isto é, se o objeto da ideia que constitui a mente humana é um corpo, nada poderá acontecer nesse corpo que não seja percebido pela mente. (Spinoza, 1677/2009, p. 60, prop. 12, II, grifo nosso)

Essa proposição de Spinoza evidencia outro ponto de incompatibilidade entre o pensamento do filósofo e a Escola de Psicossomática de Paris. Afinal, se a mente nada mais é do que a ideia do corpo, isto é, a atividade de pensar o corpo, não é possível admitir que haja eventos que ocorrem no corpo e que não sejam pensados, ou seja, que não possuam correspondentes no âmbito do atributo pensamento. Como mostramos no primeiro capítulo, Marty e seus colegas defendem a tese de que o adoecimento psicossomático é, em última instância, resultado de falhas no processo de representação. Para eles, aquilo que não encontrou lugar representacional na mente, explode no corpo na forma de uma doença. Do ponto de vista spinozano, esse raciocínio é absurdo visto que, sendo uma ideia do corpo, a mente está o tempo todo pensando-o. Essa é uma das razões pelas quais ousamos defender a tese de que, com base no pensamento de Spinoza, é forçoso concluir que *todo adoecimento é psicossomático*. Evidentemente, psicossomático não no sentido de que em toda enfermidade a mente funciona como causa, mas no sentido de que há

correspondentes na mente para toda e qualquer afecção corporal, embora essa correspondência não se dê ponto a ponto, como veremos adiante.

Na proposição 15 da parte II da *Ética*, Spinoza explica que, embora a essência da mente humana seja constituída por uma ideia, tal ideia não é simples, visto que o próprio objeto dessa ideia, o corpo, também não é simples, mas composto por muitos indivíduos que, por sua vez, também são compostos. Levando em conta que, para cada um desses indivíduos, há uma ideia correspondente, isso significa que a mente humana é uma ideia composta por diversas outras ideias. Mais uma vez, nota-se aqui a ênfase de Spinoza na asserção de que a mente expressa na forma de produção de ideias exatamente aquilo que se manifesta na dimensão do corpo na forma de afecções físicas. Na proposição 16, essa união entre mente e corpo novamente é reforçada quando Spinoza postula que as ideias correspondentes às experiências relacionais do homem com o ambiente envolvem necessariamente a natureza dos eventos do ambiente e a natureza do corpo humano. Essa formulação rompe com a ideia de que seja possível separar o sujeito do objeto de conhecimento. Afinal, se as ideias formadas pela mente envolvem não apenas a natureza dos corpos exteriores, mas também a natureza do corpo humano, isso significa que a ideia é, na verdade, uma ideia do modo como a interação com o corpo exterior afeta o corpo humano: “Segue-se [...] que as ideias que temos dos corpos exteriores indicam mais o estado de nosso corpo do que a natureza dos corpos exteriores.” (Spinoza, 1677/2009, p. 67, prop. 16, II, corol. 2). Nesse sentido, o conhecimento da realidade não é resultado de um processo de observação e representação mental, mas de *afetação psicossomática*:

Para Spinoza, somos corpo, e a mente é a ideia desse corpo. O corpo por sua vez é o resultante em devir de relações entre as suas partes, resultante dinâmico que age como uma unidade múltipla em sua interação com o mundo. A razão em Spinoza não é portanto uma faculdade do homem, mas uma forma de conhecimento, e um conhecimento que se dá pelos afetos, como uma compreensão e concatenação de afetos. (Martins, 2011, p. 120)

Essa concepção spinozana de corpo (e, por consequência, de mente) como abertos e integrados ao ambiente, para a qual Martins chama a atenção, aponta para uma impossibilidade de conceber o adoecimento como um fenômeno meramente anátomo-fisiológico ou intrapsíquico. Se, como afirma Peixoto Junior (2009, p. 382), em Spinoza o corpo “não é pensado em absoluto como

uma entidade separada, mas como um sistema de relações mais ou menos complexas com o mundo exterior”, isso significa que uma doença jamais pode ser compreendida sem levar em conta a *relação* do indivíduo com o mundo. A Escola de Psicossomática de Paris acaba por negligenciar essa dimensão relacional ao propor uma abordagem fundada eminentemente na análise de aspectos de cunho intrapsíquico como o grau de mentalização do indivíduo. Por outro lado, como vimos no capítulo precedente, Ferenczi, Groddeck e Winnicott são autores que deram ênfase ao fator relacional, e este é um dos aspectos que nos levam a sustentar a hipótese de que é possível extrair uma matriz teórica comum acerca do adoecimento a partir de suas concepções.

Para concluir esta seção, faremos uma síntese dos aspectos do pensamento de Spinoza que comentamos até o momento. Verificamos que o modo como o autor concebe a natureza do corpo e a natureza da mente bem como a relação entre essas duas instâncias está enraizado numa concepção inteiramente imanente da realidade, sendo essa constituída pela única substância existente, dotada de infinitos atributos e que se expressa de infinitos modos. O intelecto humano é capaz de perceber dois dos infinitos atributos da substância: a extensão e o pensamento. Isso significa que ao ser humano a realidade se apresenta em sua dimensão material e em sua dimensão psíquica. O corpo humano é um modo da substância em sua dimensão material e a mente é um modo da substância em sua dimensão psíquica. Embora os atributos devam ser concebidos em si mesmos, eles não são *partes* da substância, sendo melhor comparados a *facetas* dela. Por conseguinte, o corpo e a mente são duas facetas de uma mesma coisa, de uma mesma modificação da substância. Assim, tudo o que acontece com um indivíduo pode ser percebido tanto na forma de afecções do corpo quanto na forma de ideias, isto é, de produções da mente. As ideias que a mente produz são correlatas às afecções do corpo, o que não significa que a mente representa aquilo que “vem do corpo”. *Nada vem do corpo para a mente e nada vai da mente para o corpo*. Não pode haver interação entre as duas instâncias, pois elas são *dimensões de uma mesma coisa*. Nesse sentido, para Spinoza, a mente não está unida ao corpo porque entre eles haja uma relação de influência mútua, mas porque a mente produz ideias que são correlatas às afecções que o corpo experimenta. É por essa razão que Spinoza

define a mente como a ideia do corpo e, por consequência, concebe o corpo como objeto da mente.

Faremos agora uma incursão pelos textos de dois comentadores da obra de Spinoza que se dedicaram a tratar especificamente das concepções do filósofo acerca do corpo e da mente. O leitor perceberá que eventualmente repetiremos alguns pontos que já foram objeto de nossas considerações nas páginas precedentes. Trata-se de um método proposital. Cremos que a maneira como Spinoza concebe a união do corpo e da mente é revolucionária em relação à tradição filosófica para a qual, em linhas gerais, corpo e mente são duas substâncias diferentes, sendo a primeira considerada inferior à segunda. Por conseguinte, as proposições de Spinoza não são imediatamente compreensíveis para a maior parte dos leitores acostumada aos pressupostos da tradição filosófica. Assim, o reforço de certos aspectos do pensamento do autor constitui-se em uma estratégia frutífera para uma assimilação suficientemente boa de seu raciocínio.

4.4

Igualdade e simultaneidade: a relação entre corpo e mente em Spinoza

Nossa primeira incursão será no livro *A unidade do corpo e da mente: afetos, ações e paixões em Espinosa*, da autoria de Chantal Jaquet. Trata-se de uma obra escrita com o objetivo de refutar duas interpretações da filosofia de Spinoza que a autora considera equivocadas. A primeira diz respeito à chamada “doutrina do paralelismo” entre corpo e mente, sustentada por alguns comentadores. De acordo com essa doutrina, a relação entre as afecções do corpo e as ideias produzidas pela mente seria análoga à relação entre duas retas paralelas, de sorte que haveria uma correspondência ponto a ponto entre as ideias e as afecções do corpo. O segundo equívoco interpretativo que a autora se dedicará a refutar é aquele defendido pelo neurologista António Damásio e pelo neurobiólogo Jean-Pierre Changeux. Segundo esses autores seria possível extrair da obra spinozana a ideia de que a mente *emergiria* do corpo, de modo

que haveria como que uma *precedência* do corpo sobre a mente. Aliás, Jaquet inicia o livro fazendo referência a tais neurocientistas como exemplos que confirmam a atualidade do pensamento de Spinoza. A autora também menciona autores de outros campos, como a biologia, a economia e a psicomotricidade que têm buscado interlocuções com a filosofia spinozana.

Após essa contextualização inicial que torna evidente o interesse contemporâneo de autores de diversas áreas do conhecimento pela filosofia de Spinoza, Jaquet passa a indicar os motivos pelos quais as concepções do filósofo holandês acerca da união do corpo e da mente têm sido consideradas como precursoras de descobertas recentes. Para a autora, essa avaliação está ligada à solução que Spinoza oferece para o velho problema filosófico da relação entre corpo e mente. Uma das respostas mais conhecidas para esse problema é aquela proposta por Descartes, à qual já fizemos menção. Jaquet apresenta a crítica que Damásio faz à concepção cartesiana. Para o neurologista, Descartes não conseguiu demonstrar de que maneira corpo e mente se influenciariam mutuamente, a despeito da hipótese de que a glândula pineal seria o meio através do qual ocorreriam as interações. Afinal, como Damásio notou, não seria possível sustentar a possibilidade de interação entre duas substâncias, sendo uma delas material e a outra imaterial. Para Damásio, Spinoza apresenta uma solução melhor para o problema da relação entre corpo e mente ao considerar tais instâncias como idênticas e como expressões paralelas (no entender de Damásio) de uma única substância. Jaquet deixa claro que a interpretação feita por Damásio é a de que Spinoza seria um precursor das modernas concepções das neurociências porque supostamente teria proposto a tese de que os eventos de natureza mental seriam correlatos de eventos de natureza física, de modo que haveria supostamente um paralelismo entre o que se passa no corpo (leia-se no cérebro) e o que se passa na mente. Essa interpretação, de acordo com Jaquet, também teria sido feita por Jean-Pierre Changeux. Jaquet mostrará ao longo do livro, através de uma análise extremamente rigorosa do texto da *Ética*, os motivos pelos quais essa interpretação seria equivocada. Para Jaquet, trata-se, na verdade, de uma interpretação *materialista* de cunho reducionista do pensamento de Spinoza. Com efeito, a tese fundamental que esses autores buscam sustentar é a de que

os fenômenos mentais seriam uma espécie de “emanação” do substrato orgânico do cérebro. Ora, como Jaquet argumentará, essa concepção não faz jus à filosofia de Spinoza, na qual corpo e mente são concebidos sob a égide do conceito de *igualdade*, como expressões *simultâneas* e *correlatas* do mesmo indivíduo.

Na parte II de sua obra, dedicada a tratar da *natureza* da união do corpo e da mente, Jaquet inicia enfatizando que Spinoza, diferentemente de Descartes, não é dualista, embora afirme que o homem é composto por um corpo e por uma mente. Para Jaquet, essa *dualidade* não se converte em um *dualismo*, na medida em que, para Spinoza, corpo e mente são *aspectos de uma só e mesma coisa*. No entanto, se corpo e mente são uma só coisa que se expressa de duas maneiras distintas, como essas duas formas de expressão se articulam? Essa é a pergunta que Jaquet se esforçará para responder.

A autora começa dizendo primeiramente o que a mente não é: ela não é um *receptáculo* nem uma *faculdade*²⁰. Como já mencionamos no início, para Spinoza a mente não contém ideias; ela é, em si mesma, o próprio movimento de produção de ideias, na medida em que seu objeto é o corpo e sua potência de agir. Nas palavras da autora, “A mente, por conseguinte, é uma *maneira de pensar o corpo*, de formar uma ideia dele, mais ou menos adequada em função da natureza clara ou confusa das afecções que o modificam” (Jaquet, 2011, p. 22, grifo nosso).

Jaquet assinala que, ao postular que a mente é a ideia do corpo, Spinoza estava propondo pensar a relação da mente com o corpo a partir do modelo da relação entre a ideia e seu objeto. De fato, no escólio da proposição 7 da parte II da *Ética*, o filósofo utiliza o exemplo do círculo para ilustrar essa relação. Ele afirma que um círculo existente na natureza e a ideia desse círculo são *a mesma coisa*, concebida ora sob o atributo da extensão, ora sob o atributo do pensamento (Spinoza, 1677/2009). Por outro lado, Jaquet salienta que a identidade entre a ideia e seu objeto não exclui o fato de que mente e corpo são modos diferentes. Nesse sentido, eles *não são redutíveis um ao outro*. O corpo

²⁰ Como veremos no capítulo subsequente, a concepção da mente em Spinoza como não sendo uma capacidade ou aptidão, ou seja, como não tendo uma natureza instrumental, torna esse conceito muito mais próximo da noção de *psique* do que da noção de *mente* no pensamento de Winnicott.

é um modo da extensão determinado unicamente por modos da extensão e a mente é um modo do pensamento determinado unicamente por modos do pensamento. Embora a ordem e a conexão entre as ideias e entre as afecções corporais sejam exatamente as mesmas, isso não significa que fenômenos mentais e fenômenos corporais sejam intercambiáveis.

Jaquet se pergunta, então, como seria possível conceber a natureza dessa união entre corpo e mente que “implica simultaneamente a identidade e a diferença” (Jaquet, 2011, p. 24). A autora afirma que muitos comentadores, apoiados na proposição 7 da parte II da *Ética* segundo a qual haveria igualdade entre a ordem e a conexão das ideias e a ordem e a conexão das coisas, propuseram a tese de que Spinoza teria pensado a união entre corpo e mente como uma relação entre duas cadeias paralelas de eventos. Contudo, Jaquet aponta que o verdadeiro criador dessa teoria fora Leibniz e que ela teria sido equivocadamente “importada” para o interior do sistema de Spinoza.

A autora confessa que o termo “paralelismo” é cômodo porque evita a suposição de influência mútua e causalidade recíproca entre a mente e o corpo, hipótese claramente rejeitada por Spinoza. No entanto, trata-se de um termo que também evoca certas representações que não são adequadas para se pensar a relação entre corpo e mente tal como propõe Spinoza. A ideia de paralelismo leva-nos, por exemplo, a pensar a realidade como uma série de linhas correlatas que não se recortam, o que não se coaduna com a concepção imanente de Spinoza. No limite, o paralelismo acaba por ressuscitar o dualismo cartesiano, reduzindo drasticamente o alcance e a relevância da afirmação de Spinoza de que “a mente e o corpo, são um único e mesmo indivíduo, concebido ora sob o atributo do pensamento, ora sob o da extensão.” (Spinoza, 1677/2009, p. 71, prop. 21, parte II, esc.). Como temos frisado desde o início deste capítulo, para Spinoza corpo e mente são apenas formas de expressão diferentes de uma mesma coisa. Não se trata, portanto, de duas coisas distintas (como no sistema de Leibniz) cuja propriedade comum seria o fato de obedecerem a uma mesma ordem.

Outro ponto problemático da doutrina do paralelismo é o fato de que ela leva à suposição de que haveria uma correspondência ponto a ponto entre o que

se passa no modo da extensão e o que se passa no modo do pensamento. Jaquet assinala que essa interpretação não se sustenta quando se analisa o modo como Spinoza trabalha a questão do verdadeiro e do falso na parte II da *Ética*. Par a autora, nesse trecho o filósofo holandês deixa claro que nem sempre há uma *uniformidade* entre o que acontece na mente e o que acontece no corpo, embora sejam fenômenos que entre si guardem uma relação de simultaneidade e correspondência. No escólio da proposição 47 da parte II da *Ética*, ao explicar as causas dos erros que cometemos, Spinoza (1677/2009) cita exemplos de situações em que um indivíduo teria pensado “corretamente”, mas escrito ou falado de forma “errada”, ou seja, situações nas quais teria havido uma “divergência” entre modos do pensamento e modos da extensão. Isso ocorreria porque, embora sejam correlatos aos modos do pensamento, os modos da extensão são determinados por outros modos da extensão. Assim, não é a mente, pensando corretamente, que leva o corpo a escrever ou calcular corretamente. A mente pensando corretamente e o corpo agindo “incorretamente” são, ambos, expressões de uma *mesma realidade*. É justamente a possibilidade dessa “divergência” nas formas de expressão de cada atributo o que dá margem para a hermenêutica, por exemplo:

A necessidade de interpretação das palavras ou dos textos, sejam eles profanos ou sagrados, prova a contrário que a correlação entre o corpo e a mente não desposa a forma simples de um sistema linhas paralelas. Se desposasse, não seria de modo algum necessário extrair regras de hermenêutica para decifrar as significações. Bastaria examinar palavra por palavra para extrair linearmente o sentido e passar do registro corporal ao registro espiritual. (Jaquet, 2011, p. 28).

Nesse sentido, a suposta divergência que verificamos entre palavras e pensamentos, por exemplo, quando cometemos algum erro, se deve ao fato de tomarmos um dos dois modos como referente e buscarmos no outro uma mesma forma expressiva correspondente. Por essa razão, Jaquet dirá, à luz do texto spinozano, que, na verdade, não há divergência, pois a verdade e a falsidade ou o acerto e o erro são características que só podem ser atribuídas a ideias e não aos modos da extensão. Em outras palavras, o corpo simplesmente age. É a mente que pode ter ideias adequadas ou confusas, verdadeiras ou falsas. Assim, quando alguém comete, por exemplo, um ato falho, como no exemplo citado pelo próprio Spinoza (1677/2009, p. 87, prop. 47, esc., parte II) de um homem que gritara que “o seu pátio tinha levantado voo em direção à

galinha do vizinho” isso não quer dizer que o corpo (através da fala) não está agindo corretamente:

A inversão das palavras em relação às ideias resulta, com efeito, de um movimento corporal que manifesta fisicamente a comoção, a surpresa ou a confusão diante do voo de uma ave pesada ou de sua fuga para o vizinho. Ela corresponde bem a um estado de espírito e é uma só coisa com ele, de sorte que a divergência de expressão não contradiz a unidade psicofísica, mas a revela em toda a sua amplitude e complexidade. (Jaquet, 2011, p. 29)

Poderíamos dizer, portanto, que a reação do indivíduo de pensar “Minha galinha voou para o pátio do vizinho”, mas dizer “Meu pátio voou para a galinha do vizinho” constitui-se como uma unidade e a própria divergência entre o que pensou e o que efetivamente disse expressam o modo como foi afetado por aquela experiência. Provavelmente, um indivíduo que estivesse assistindo à mesma cena com um canário em vez de uma galinha dificilmente incorreria nesse tipo de divergência.

Jaquet mostra, assim, que a ideia de paralelismo leva a pensar a *unidade* como *uniformidade* e a buscar “sistematicamente equivalências entre os movimentos corporais e os pensamentos, a colocá-los no mesmo plano.” (Jaquet, 2011, p. 30). Além disso, de acordo com Jaquet, a doutrina do paralelismo ignora o fato de que “certos eventos se exprimem melhor em um registro do que em um outro” (Jaquet, 2011, p. 30). Para descrever certos afetos, por exemplo, não é necessário enumerar os processos físicos que neles estão envolvidos, bastando caracterizar os modos do pensar que lhes são pertinentes. Inversamente, não é necessário indicar as ideias que acompanham determinados processos físicos como o ato de nadar ou pedalar, por exemplo.

É importante assinalar, no entanto, que embora certos eventos sejam mais bem expressos do ponto de vista físico ou do ponto de vista psíquico, defendemos aqui a tese de que a possibilidade de descrever os eventos a partir dos dois registros deve ser uma via sempre aberta, especialmente quando se trata de um processo de adoecimento. Por exemplo, embora seja possível explicar uma hepatite recorrendo-se apenas aos modos da extensão envolvidos no processo, uma compreensão mais complexa e profunda da doença pode advir justamente quando se leva em conta os modos do pensar. Não se trata obviamente de imaginar que a mente tenha causado alterações no corpo (como

defende a psicossomática tradicional), mas de compreender que àquelas alterações físicas observáveis correspondem certos modos do pensar que podem ser indicativos da *reação psicossomática global* que o indivíduo teve diante de determinadas experiências, da mesma forma que o ato falho do homem citado no exemplo de Spinoza indica o estado de espírito daquele homem diante da observação de sua galinha voando para a casa do vizinho. Ou seja, não se trata de buscar as causas para o adoecimento na mente, mas de compreender que o conjunto de alterações anátomo-fisiológicas apresentadas pelo indivíduo é apenas um dos aspectos de uma reação global que, eventualmente, pode ser melhor explicada quando se recorre aos modos do pensar que estiveram envolvidos nessa reação. O exemplo citado por Spinoza corrobora fortemente essa ideia. Com efeito, se não se leva em conta o estado de espírito do sujeito que viu sua galinha voando para a casa do vizinho, a explicação de seu ato falho se mostra insuficiente, ainda que virtualmente seja possível descrever todos os processos físicos que funcionaram como causa eficiente dos movimentos vocálicos feitos por ele.

Jaquet aponta que, em vez de paralelismo, Spinoza utiliza as noções de *igualdade* e *simultaneidade* para se referir à relação entre os modos do pensar e os modos da extensão. Comprova-o a concepção dos afetos proposta pelo filósofo, a qual evidencia justamente como corpo e mente se expressam de modo *simultâneo* e não *paralelo*. Com efeito, o filósofo concebe os afetos como realidades *psicofísicas*, pois, para ele, a noção de afeto contempla, *ao mesmo tempo*, uma afecção do corpo que aumenta ou diminui sua potência de agir e a ideia dessa afecção. Nesse sentido, os afetos são coisas físicas e psíquicas concomitantemente, ou seja, fenômenos verdadeiramente *psicossomáticos*.

O afeto exprime a simultaneidade, a contemporaneidade do que se passa na mente e no corpo. Com efeito, não há primeiro uma afecção do corpo de que a mente em seguida tomara conhecimento ao formar uma ideia. Não mais do que a mente não produz afecções físicas, o corpo não é causa das ideias. Toda ideia de interação ou causalidade recíproca é afastada imediatamente. (Jaquet, 2011, p. 39)

Trata-se de uma concepção radicalmente distinta daquela proposta por Descartes, em que as paixões são tomadas como efeitos psíquicos produzidos por causas somáticas. De fato, vale ressaltar que o filósofo francês se esforçou para pensar a relação entre corpo e mente como uma união. Não obstante, essa

união fora concebida sob o signo “de uma interação ou sob a forma de um ‘paralelismo’ entre as disposições da alma e os movimentos do corpo.” (Jaquet, 2011, p. 45). Para Descartes, certos afetos seriam causados pela alma e experimentados por ela própria. Já as paixões seriam afetos causados pelo corpo e experimentados pela alma. Jaquet comenta que Spinoza reconheceu o valor da análise cartesiana dos afetos posto que ela se propõe a pensá-los não como anomalias ou perturbações, mas como fenômenos naturais que obedecem a leis que podem ser discernidas. O ódio, por exemplo, seria tão explicável quanto o funcionamento de uma planta. O problema é que para Descartes, as paixões teriam uma causa *física*. De fato, elas seriam paixões quando vistas da perspectiva da alma (na qual se manifestam). Contudo, vistas da perspectiva do corpo, poderiam ser consideradas como *ações do corpo sobre a alma*. Assim, do ponto de vista cartesiano, para compreender as paixões seria preciso compreender as funções e os movimentos do corpo. É nesse ponto, principalmente, que ocorre a ruptura entre Descartes e Spinoza.

Jaquet aponta que, para Spinoza, os afetos podem ser ativos (ações) ou passivos (paixões) *dependendo da causa que os produz*. Se nós somos a causa adequada, ou seja, se a ocorrência dos afetos é passível de ser explicada apenas pela nossa própria natureza, então tais afetos são ativos. Se, ao contrário, somos causa inadequada, isto é, se a ocorrência dos afetos implica na consideração de causas exteriores, então tais afetos são passivos. Jaquet afirma que Spinoza poderia até concordar com Descartes que os afetos ativos dependeriam apenas da mente. No entanto, discordaria radicalmente da ideia de que as paixões seriam causadas pelo corpo, pois, como já dissemos, para Spinoza os afetos são realidades psicossomáticas que contemplam tanto as afecções físicas quanto as ideias dessas afecções. Nesse sentido, a causa para as paixões deve ser buscada *fora do corpo*, na interação do indivíduo com as causas exteriores. O indivíduo só padece, isto é, experimenta afetos passivos, quando não é a causa adequada de uma determinada experiência, ou seja, quando forma ideias inadequadas. Isso é possível pelo fato de o homem ser uma parte da natureza, um modo finito, que está submetido à ação de causas externas que nem sempre são convenientes à sua natureza.

Essa, portanto, é a primeira divergência de Spinoza em relação à concepção dos afetos de Descartes, de acordo com Jaquet: diferentemente do que pensa o filósofo francês, para Spinoza as paixões não são causadas pelo corpo, mas são resultantes da ação de causas externas sobre o indivíduo, as quais promovem a formação de ideias inadequadas. Em outras palavras, do ponto de vista spinozano, as paixões, assim como os demais afetos, são *reações psicossomáticas* a determinadas experiências.

A segunda divergência diz respeito ao poder da mente sobre os afetos. Para Descartes, por ser dotada de livre-arbítrio e possuir uma vontade infinita, a alma seria capaz de controlar de forma absoluta e direta suas ações. Sobre as paixões, contudo, pelo fato de serem causadas pelo corpo, a alma não exerceria controle direto, mas poderia não consentir com os efeitos para os quais o corpo a predispõe. A alma poderia, por exemplo, por meio da vontade, reter a mão que se ergue para bater em função da paixão da cólera. Descartes, no entanto, afirma que, através do hábito, do esforço e do exercício, é efetivamente possível que a mente adquira um poder absoluto sobre as paixões.

Jaquet afirma que Spinoza poderia até concordar com Descartes quanto à possibilidade de que a alma adquirisse um controle de suas paixões. No entanto, para Spinoza, esse controle não seria derivado de uma vontade supostamente livre, o que significa que não seria de fato absoluto e não constituiria um império sobre o corpo, mas um império da alma sobre a própria alma. Além disso, para o filósofo holandês, a alma jamais seria capaz de impedir a ocorrência de paixões pelo fato de que o homem está inserido na natureza e é passível de ser afetado por causas externas. O poder da mente, para Spinoza, estaria em possibilitar a transformação de um afeto passivo em um afeto ativo graças a sua capacidade de compreender as causas desse afeto. Portanto, enquanto para Descartes, o homem se torna capaz de exercer um controle (no limite, supostamente absoluto) sobre seus afetos passivos exercendo sobre eles a vontade por meio do esforço, do exercício e do hábito, para Spinoza o homem se torna capaz de exercer controle sobre seus afetos passivos tornando-se causa adequada de suas paixões, o que se torna possível na medida em que ele se propõe a conhecer o modo como foi afetado. Na proposição 3 da parte 5 da *Ética*, Spinoza (1677/2009, p. 216) afirma que “Um afeto que é uma paixão deixa de ser uma paixão assim que

formamos dele uma ideia clara e distinta” e, no corolário dessa mesma proposição, o filósofo conclui dizendo que “Portanto, um afeto está tanto mais sob nosso poder, e a mente padece tanto menos, por sua causa, quanto mais nós o conhecemos.” (Spinoza, 1677/2009, p. 217).

Como temos enfatizado desde o início do capítulo, para Spinoza, a mente não possui o poder de exercer alterações sobre o corpo visto que é um modo do pensamento. Para o filósofo holandês, a mente é um movimento de formação de ideias. Logo, a potência da mente não se expressaria na forma de uma capacidade de determinação sobre o corpo, mas por meio da formação de ideias adequadas. Levando em conta que, para Spinoza, há uma correlação entre as afecções da mente e do corpo, isso significa que quando a mente forma ideias adequadas, a potência de agir do corpo é aumentada. Nesse sentido, quando Spinoza afirma que a mente deixa de padecer de um afeto quando forma dele uma ideia clara e distinta, ou seja, quando o conhece, o que o filósofo está propondo não é apenas o exercício de “pensar diferentemente” sobre aquilo que sentimos, como se o que estivesse em jogo fosse uma operação puramente intelectual. A conversão das ideias inadequadas em ideias adequadas em função do conhecimento dos afetos é a *expressão²¹ mental de um processo de transformação que também possui uma dimensão somática correlata*. Isso significa que o indivíduo não apenas *pensa* diferentemente sobre aquilo que sente, mas *sente diferentemente* também. Trata-se de uma concepção significativamente original na história da filosofia, visto que a tradição filosófica de modo geral sempre pensou o corpo e a mente como estando numa relação de antagonismo, de modo que se uma instância era ativa, a outra deveria ser necessariamente passiva. No primeiro capítulo deste trabalho, assinalamos, inclusive, que é justamente esse pressuposto que subjaz ao modelo teórico da Escola de Psicossomática de Paris. Com efeito, para os autores dessa escola, o adoecimento psicossomático seria resultante de uma espécie de passividade da

²¹ Vale mencionar que o termo “expressão” é fundamental na leitura que Gilles Deleuze faz da filosofia de Spinoza. Para o filósofo francês, embora essa palavra não apareça nos escritos spinozanos como um conceito propriamente dito, ela é crucial para o entendimento da relação entre a substância, seus atributos e os modos. Com efeito, Deleuze (1968) esclarece que, para Spinoza, os atributos e modos não são criações ou emanações de uma substância transcendente, mas expressões de uma substância imanente. Nesse sentido, aquilo que se passa no corpo não pode expressar algo que ocorre na mente e vice-versa, pois tanto as ideias quanto as afecções do corpo são expressões da substância.

mente (déficit representacional) diante da atividade do corpo. Spinoza, por seu turno, nos convida a pensar a atividade e a passividade como modalidades de reação que o corpo e a mente experimentam em conjunto, simultaneamente, na relação com o mundo:

Pela primeira vez na história da filosofia, corpo e mente são ativos ou passivos juntos e por inteiro, em igualdade de condições e sem hierarquia entre eles. Nem o corpo comanda o espírito nem o espírito comanda o corpo, como queria a tradição. Do ponto de vista espinosano, a mente vale e pode o que vale e pode seu corpo. O corpo vale e pode o que vale e pode sua mente. (Peixoto Junior, 2009, p. 379)

Como mencionamos anteriormente, o objetivo inicial de Jaquet em *A unidade do corpo e da mente* é o de contestar algumas interpretações acerca do modo como Spinoza concebe a relação entre corpo e mente consideradas pela autora como equivocadas. Por outro lado, a partir do terceiro capítulo da obra, Jaquet também se esforça por esclarecer qual seria de fato a concepção de união do corpo e da mente presente no pensamento de Spinoza. Para cumprir essa tarefa, a autora toma como ponto de partida a noção spinozana de afeto. Jaquet afirma que a definição de afeto proposta por Spinoza carrega uma originalidade por englobar as duas acepções que o termo já possuía na tradição. Com efeito, o termo “*affectus*” era utilizado na filosofia no sentido de um certo estado da alma e na medicina como determinada disposição do corpo, como uma doença, por exemplo. Spinoza teria congregado esses dois sentidos em sua definição, pois, para ele, o afeto contemplaria, como já assinalamos, simultaneamente uma afecção corporal e uma modificação mental. De fato, se de um lado os afetos dependem da existência de um corpo que pode ser afetado de muitas maneiras diferentes, por outro eles dependem também da existência de uma mente que consiste justamente num pensamento sobre as afecções do corpo.

Antes de avançar na análise do conceito de afeto na *Ética*, Jaquet procura esclarecer uma aparente contradição presente naquela obra, que diz respeito às duas definições de afeto que Spinoza apresenta. A primeira aparece na definição 3 da parte III da *Ética*: “Por afeto compreendo as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções.” (Spinoza, 1677/2009, p. 98). Diferentemente dessa primeira noção que contempla tanto o aspecto físico quanto mental do afeto e também suas modalidades ativa e passiva, a segunda

definição, que aparece no final da parte III da *Ética*, abrange apenas os afetos passivos e se concentra mais explicitamente nos aspectos mentais do afeto:

O afeto, que se diz *pathema* [paixão] do ânimo, é uma ideia confusa, pela qual a mente afirma a força de existir, maior ou menor do que antes, de seu corpo ou de uma parte dele, ideia pela qual, se presente, a própria mente é determinada a pensar uma coisa em vez de outra. (Spinoza, 1677/2009, p. 152).

Jaquet evidencia que, na verdade, não há contradição entre as duas definições, pois a última seria apenas uma espécie de recorte da primeira. Spinoza teria lançado mão desse expediente em função do objetivo que visava na *Ética*, a saber: demonstrar o poder da mente sobre a força dos afetos. É por essa razão que na segunda definição “o acento é posto não somente sobre o aspecto mental, mas sobre o aspecto passivo do afeto.” (Jaquet, 2011, p. 113). Embora o filósofo utilize a expressão “definição geral dos afetos” no fim da parte III, trata-se, nesse caso, do uso do adjetivo geral (*generalis*) não no sentido de universal, mas no sentido de *genérico*, pois a intenção de Spinoza seria a de propor uma definição de um determinado *gênero* de afetos, qual seja, aquele que engloba os afetos que podem ser denominados de paixões da alma.

Após esclarecer que não há de fato contradição entre as duas definições, Jaquet passa a analisar mais detidamente a primeira delas, a qual engloba a segunda. A autora chama a atenção para o fato de que Spinoza, fazendo jus a sua concepção de mente como ideia do corpo, enfatiza primeiramente o aspecto corporal do afeto: “Por afeto compreendo as afecções do corpo [...]” (Spinoza, 1677/2009, p. 98), indicando que a compreensão do aspecto mental demanda o discernimento do modo como o corpo é afetado. Isso não significa que o papel da mente seja meramente o de registrar ou representar aquilo que ocorre no corpo. A mente tem uma potência própria de pensar, perfazendo um trabalho de produção de ideias sobre aquilo que se passa no corpo. Jaquet (2011, p. 122) esclarece que “não se deve crer que o lugar concedido ao corpo na definição III testemunhe um privilégio do modo da extensão [...]”. Com efeito, a classificação dos afetos em ativos e passivos repousa justamente em um critério mental: a adequabilidade ou não das ideias formadas na experiência afetiva. Tanto é assim que a definição que aparece no final da parte III, que contempla apenas os afetos passivos, detém-se particularmente no aspecto mental do afeto.

Jaquet considera também relevante esclarecer a relação entre os conceitos de *afeto* e *afecção*. A autora afirma que Spinoza compreende por afecção um estado qualquer da essência humana que pode ser inato ou adquirido. Estado que pode ser concebido somente pelo atributo pensamento ou pelo atributo extensão ou por ambos ao mesmo tempo. Com efeito, haveria certas afecções para cujo conhecimento seria necessário apenas a referência ao corpo ao passo que outras demandariam uma referência apenas à mente ou a ambos ao mesmo tempo. O conceito de afeto, por sua vez, contemplaria apenas aquelas afecções que exercem algum impacto sobre a potência de agir, aumentando-a, diminuindo-a, ajudando-a ou coibindo-a. Não obstante, assinala Jaquet, levando em conta que qualquer afecção pode ser compreendida de modo claro e distinto (como se pode observar na prop. 4 da parte V da *Ética*) e tal compreensão se expressa necessariamente com um aumento da potência, logo, qualquer afecção, ainda que imediatamente não incida sobre a potência de agir, pode tornar-se um afeto desde que se forme dela um conceito claro e distinto: “Uma modificação neutra que é objeto de um conhecimento verdadeiro aumenta minha potência de pensar e, portanto, me enche de alegria.” (Jaquet, 2011, p. 128).

Nota-se, portanto, que a fronteira entre afeto e afecção é bastante tênue visto que um determinado estado do indivíduo que, a princípio, não incide sobre sua potência de agir, sendo, portanto, uma afecção, pode converter-se em um afeto. Isso pode acontecer não só quando o indivíduo forma uma ideia clara e distinta dessa afecção, mas também quando se acrescenta a ela uma intenção, por exemplo. A ilustração que Jaquet fornece para essa ideia é o movimento de olhar para os pés. Ora, se tal movimento ocorre sem qualquer intenção particular, trata-se de uma afecção, pois “esse gesto é sem efeito sobre minha potência de agir.” (Jaquet, 2011, p. 128). Contudo, se o mesmo gesto de olhar para os pés é feito com a intenção de retirar uma farpa do pé, então o movimento de olhar para os pés constitui-se em um afeto na medida em que visa um aumento da potência de agir. Vemos, portanto, que, do ponto de vista spinozano, os afetos são considerados como um gênero de afecções que incidem sobre a potência de agir.

Na *Ética*, como já assinalamos, são apenas os afetos e não as afecções em geral os objetos de investigação destacados por Spinoza. Por essa razão, Jaquet se concentra na análise da natureza psicofísica dos afetos a fim de evidenciar o

modo como a união do corpo e da mente é concebida no sistema spinozano. A autora esclarece que, assim como as afecções, os afetos são realidades psicofísicas, mas não necessariamente precisam ser explicados a partir dos dois atributos:

Dizer que o afeto é ao mesmo tempo uma afecção do corpo e uma ideia dessa afecção é portanto convidar a pensá-lo como uma realidade em que os estados corporais e intelectuais são apreendidos seja simultaneamente, seja separadamente, estando entendido que eles têm sempre um correlato e que a todo afeto do corpo corresponde uma ideia e que a todo afeto da mente corresponde uma determinação do corpo. (Jaquet, 2011, p. 164)

Jaquet (2011) assinala que de fato há certos afetos que só podem ser suficientemente compreendidos quando estão referidos simultaneamente à mente e ao corpo. É o caso, por exemplo, dos três afetos primitivos: a alegria, a tristeza e o desejo. No escólio da proposição 9 da parte III da *Ética*, Spinoza (1677/2009) define o desejo como o apetite consciente. O apetite, por sua vez, é concebido como o esforço de perseveração no ser enquanto referido simultaneamente ao corpo e à mente. Já a alegria e a tristeza são definidas, respectivamente, por Spinoza (1677/2009), como a passagem do homem, isto é, do ser constituído de mente e corpo, de uma perfeição menor a uma maior e de uma maior a uma menor. A humildade também é um afeto cuja compreensão é referenciada simultaneamente ao corpo e à mente: “A humildade é uma tristeza que surge porque *o homem* considera a sua impotência ou debilidade” (Spinoza, 1677/2009, p. 146, grifo nosso). Já a dor, a excitação, a melancolia, o contentamento, o fastio e o tédio são exemplos de afetos que Jaquet qualifica como corporais, posto que Spinoza os conceba como mais referidos ao corpo, embora a mente tenha necessariamente a ideia deles. Em relação ao corpo,

[...] eles concernem a modificações que tocam a estrutura de movimento e de repouso que o define e exprimem uma relação de equilíbrio entre suas partes conforme elas são afetadas igualmente ou não. Eles se constituem portanto no nível da extensão, encontram seu princípio nesse atributo e traduzem as variações da potência de agir do corpo. (Jaquet, 2011, pp. 172-173)

Assim, os afetos ditos corporais possuem evidentemente um aspecto mental, mas esse aspecto não é necessário para compreender a constituição desses afetos. Em contrapartida, existem os afetos que Jaquet qualifica como mentais, pois são aqueles referidos principalmente a modos do pensar tais como ideias, decisões e vontades e para cuja explicação seus aspectos corporais não são muito

relevantes. A glória, por exemplo, é definida por Spinoza (1677/2009, p. 148) como “uma alegria acompanhada da ideia de alguma ação nossa que imaginamos ser elogiada pelos outros”, ou seja, trata-se da passagem para uma perfeição maior que se explica suficientemente pela referência a elementos mentais. Isso não significa que os aspectos corporais que necessariamente estão presentes nos afetos mentais devam ser desprezados, assim como os aspectos mentais dos afetos corporais também possuem a sua pertinência em alguma medida:

Se hilaridade [contentamento] e melancolia, dor e carícia [excitação] se enraízam no corpo, elas se acompanham necessariamente de repercussões mentais, de sorte que o discurso físico sobre esses afetos não exclui considerações sobre a mente, mas as integra a título de correlato. (Jaquet, 2011, p. 176)

Esse mesmo raciocínio pode ser aplicado em relação às diversas formas de adoecimento, sejam elas físicas ou mentais. Frequentemente, por exemplo, em certas depressões graves é preciso levar em conta alguns aspectos somáticos do paciente para verificar se não é necessário que o indivíduo faça a ingestão de certas medicações com o objetivo de tratar o desequilíbrio de determinadas substâncias em seu corpo, como neurotransmissores. Tal disfunção fisiológica é justamente o correlato físico dos sintomas psíquicos da depressão grave. O fato de que se saiba que o princípio constitutivo da depressão é psíquico, não inviabiliza a consideração dos aspectos somáticos que necessariamente estão presentes na enfermidade. Essa concepção é oposta justamente ao *psicologismo* – ideologia que propõe considerar a depressão e outras formas de adoecimento emocional como fenômenos exclusivamente psíquicos – e oposta também ao *organicismo*, que encara todos os transtornos ditos mentais apenas como consequências de disfunções que seriam fundamentalmente de natureza cerebral.

Por outro lado, não raro é preciso atentar-se para as condições psicológicas de um indivíduo que apresenta uma patologia passível de ser suficientemente explicada por variáveis exclusivamente orgânicas, como uma fratura de um osso, por exemplo. Ora, é óbvio que não é preciso fazer uma avaliação psicológica para compreender o processo que levou à fratura. Contudo, caso o indivíduo demore a se recuperar, talvez seja conveniente levar em conta os correlatos psíquicos dessa fratura.

Com o auxílio dos comentários e esclarecimentos de Jaquet, pudemos perceber que a concepção spinozana dos afetos permite pensar todas as formas de adoecimento como fenômenos psicossomáticos, embora isso não signifique que um olhar duplo (psíquico e somático) seja sempre necessário para que uma doença possa ser suficientemente compreendida e tratada. Não obstante, a consideração de todas as enfermidades como essencialmente psicossomáticas conduz a um olhar clínico que se predispõe a contemplar, quando necessário, os aspectos psíquicos das patologias somáticas e os aspectos físicos dos transtornos emocionais. É essa perspectiva ampliada que, do nosso ponto de vista, não se faz presente no modelo de cuidado em saúde atual. Consideramos que a Escola de Psicossomática de Paris propõe uma matriz teórica que é justamente herdeira daquele modelo. Com efeito, a tese de que o adoecimento psicossomático só ocorre quando o indivíduo apresenta dificuldades no plano da simbolização e da representação está fundamentada justamente no pressuposto de que nem todas as patologias são, por natureza, psicossomáticas.

4.5

Uma psicossomática sem psicogênese

Faremos agora uma incursão pelo texto “Auto-organização intencional: uma ‘neurofisiologia spinozista’?”, do médico e filósofo Henri Atlan, que nos ajudará a compreender mais claramente de que modo a união do corpo e da mente na filosofia de Spinoza pode ser compreendida sem a suposição de uma relação de influência mútua entre as duas instâncias. Não faremos uma análise exaustiva do texto de Atlan assim como não fizemos com o de Jaquet. Buscaremos nos concentrar tão-somente nos pontos assinalados pelo autor que nos auxiliarão a aplicar as concepções de Spinoza acerca da relação entre corpo e mente ao campo das doenças.

Atlan inicia o texto contextualizando o problema da relação entre o corpo e a mente. O autor afirma que se trata de um velho problema cujas respostas propostas são geralmente as mesmas, variando apenas os argumentos favoráveis e contrários a cada uma conforme a conjuntura científica e filosófica de cada

época. Para Atlan, existem na tradição filosófica três respostas básicas para o problema da relação entre corpo e mente: o dualismo (representado principalmente por Descartes), o monismo idealista e o monismo materialista. Spinoza, por sua vez, também teria oferecido uma solução original para o problema, mas, segundo Atlan, tal solução frequentemente não seria lembrada como “uma alternativa séria às respostas que a tradição oferece” (Atlan, 2011, p. 529) porque o monismo spinozano não seria nem idealista nem materialista. Não obstante, Atlan defende que a concepção do filósofo holandês é a que estaria mais em sintonia com a evolução recente das ciências biológicas e cognitivas.

Atlan assinala que uma das questões mais difíceis relacionadas ao problema da relação entre corpo e mente diz respeito à existência ou não de uma relação causal entre as duas instâncias. Segundo ele, desenvolvimentos recentes das ciências cognitivas argumentam em favor da não existência dessa relação de causalidade, indicando que as ações voluntárias, por exemplo, não seriam determinações da mente sobre o corpo e que as percepções, por sua vez, não seriam consequências psicológicas derivadas de estímulos físicos. Essas novas tendências são compatíveis com a filosofia de Spinoza, a qual advogaria em favor de uma “unidade psicofísica radical” (Atlan, 2011, p. 530).

O autor menciona a existência de uma nova teoria proposta pelo filósofo Donald Davidson para explicar a existência de estados mentais sem abrir mão de uma perspectiva materialista. É nesse contexto que se introduz a noção de “superveniência” (*supervenience*). De acordo com Atlan, Davidson sustentaria que os fenômenos psicológicos seriam supervenientes aos estados cerebrais, ou seja, emergiriam deles, de modo que a diversos estados cerebrais poderiam corresponder um mesmo estado mental ao passo que diversos estados mentais correspondem necessariamente a diversos estados cerebrais. Em suma, a teoria proposta por Davidson advoga em favor da ideia de que para todo estado mental haveria um fundamento físico. Essa concepção, contudo, não explica como ocorreria a passagem do físico para o psíquico. Ela apenas descreve as relações entre estados mentais e estados cerebrais. Por essa razão, assinala Atlan, trata-se de uma teoria que se pretende um monismo materialista, mas que acaba recaindo no dualismo que critica. Para Atlan, a concepção monista proposta por Spinoza permite justamente superar as dificuldades que toda tentativa de explicação

materialista da mente enfrenta. Assim, o autor se propõe, na primeira parte do capítulo (a que mais nos interessa), a esclarecer alguns aspectos da teoria spinozana da relação entre corpo e mente com o objetivo de eliminar alguns equívocos.

Atlan inicia esse percurso fazendo um comentário do chamado “pequeno tratado de física”, que se encontra entre as proposições 13 e 14 da parte II da *Ética*. O autor assinala que o objetivo de Spinoza nesse trecho não é o de explicar o corpo, mas tão-somente o de caracterizar as propriedades do corpo que possibilitarão a ele demonstrar a natureza da *mente*, que é o tema central dessa parte da *Ética*. Atlan argumenta que esse breve tratado de física elaborado por Spinoza está relacionado menos à mecânica do que à química ou à biofísica. De fato, trata-se de axiomas, lemas e postulados que se aplicam tanto aos corpos vivos quanto aos não vivos. Para Spinoza, a forma do indivíduo, isto é, aquilo que lhe confere identidade, seria a relação invariável de movimento e repouso entre suas partes, a qual Atlan identifica como sua lei de organização. Essa relação entre movimento e repouso pode ser manter invariável apesar das modificações que o corpo experimenta, como o crescimento e a locomoção. Contudo, essa invariabilidade que determina a forma do indivíduo não é conferida a ele por sua mente, mas pela própria relação entre suas partes, que se auto-organizariam:

A lei de organização não resulta senão da maneira pela qual as partes estão em contato umas com outras, e o processo que a conserva invariável não é produzido nem por uma fonte de energia exterior nem pela transcendência da vida, mas pelo metabolismo e pela atividade das próprias partes que a formam. (Atlan, 2011, p. 534)

O fato de que o pequeno tratado de física de Spinoza se aplique tanto aos corpos vivos quanto aos não vivos não significa que Spinoza esteja argumentando em favor de um suposto animismo universal. De fato, para o filósofo holandês, a todo corpo, isto é, a todo modo do atributo extensão, corresponderia uma ideia, isto é, um modo do atributo pensamento. É justamente esse raciocínio que permite pensar a mente humana como a ideia do corpo humano. Nesse sentido, a ideia de uma pedra seria como a mente dessa pedra. Isso não significa que uma pedra seja um ente consciente, pense, experimente sentimentos ou desenvolva qualquer outro tipo de atividade psíquica dessa

natureza: “Essa mente, como a mente humana, é simplesmente a ideia que é sempre associada, na natureza, a um objeto material existente.” (Atlan, 2011, p. 535). Entre a mente da pedra e a mente humana há uma diferença de *complexidade* que é correlata à diferença de complexidade entre a pedra e o corpo humano. Nesse sentido, se a mente humana é capaz de se modificar de modos tão diversos, isso se deve ao fato de que o corpo humano é capaz de ser afetado de inúmeros modos diferentes. Nas palavras de Spinoza:

[...] quanto mais um corpo é capaz, em comparação com outros, de agir simultaneamente sobre um número maior de coisas, ou de padecer simultaneamente de um número maior de coisas, tanto mais sua mente é capaz, em comparação com outras, de perceber, simultaneamente, um número maior de coisas. (Spinoza, 1677/2009, pp. 61-62)

Nota-se, portanto, que Spinoza não estabelece uma diferença entre o homem e os demais seres apelando para a ideia de que só o homem teria uma “alma”. Para o filósofo holandês, essa “alma” nada mais é do que o correlato mental do corpo. Quanto mais complexo o corpo, mais complexa a mente. Nesse sentido, se corpo e mente são dimensões de uma mesma realidade, não há interação entre eles: nem a mente é afetada por aquilo que vem do corpo nem o corpo determinado a agir em função de fenômenos mentais.

A fim de reforçar essa ideia spinozana de que corpo e mente seriam idênticos e que, portanto, não haveria a possibilidade de pensar numa relação causal entre as duas instâncias, Atlan recorre à análise que o filósofo Hilary Putnam faz da identidade sintética das propriedades em física. De acordo com Putnam, as grandezas físicas como a temperatura, por exemplo, permitiriam descrições que não são uniformes, mas, ao mesmo tempo, são *idênticas*. Por exemplo, seria possível dizer que certo gás possui uma temperatura T e dizer que as moléculas desse gás têm uma energia cinética média igual a $3/2 kT$. Os enunciados seriam idênticos na medida em que expressariam *uma mesma realidade*, mas observada e analisada a partir de *dois níveis diferentes de análise*: “o nível microscópico, descrito em termos de movimentos de moléculas, e o nível macroscópico, descrito em termos de temperatura, em geral associada às experiências de calor e de frio.” (Atlan, 2011, p. 538). Em outras palavras, a análise de Putnam corroboraria a ideia de que uma mesma realidade pode ser integralmente abordada a partir de dois ângulos diferentes. Não é a

energia cinética média de $3/2 kT$ que causa a temperatura T , experimentada pelo indivíduo dentro do espectro frio-calor. A temperatura e a energia cinética média são precisamente *a mesma realidade*, embora não sejam redutíveis uma à outra nem a um terceiro conceito.

A partir da quarta parte do texto, Atlan se dedica a tecer críticas à teoria do “monismo anômico” (*anomalous monism*) proposta por Donald Davidson. Essa concepção busca conciliar uma visão monista da realidade, isto é, que recusa a ideia de que mente e corpo seriam duas substâncias diferentes, com a afirmação da possibilidade de interações causais entre corpo e mente. De acordo com a interpretação de Atlan, para Davidson seria absurdo negar a realidade atestada pelo senso comum de que nossas percepções são efeitos mentais de causas corporais e nossas ações são efeitos corporais de causas mentais. Para não cair no dualismo, Davidson recorreria a uma interpretação muito particular do pensamento de Spinoza. Para o filósofo americano, quando Spinoza afirma que o corpo não pode determinar a mente e vice-versa, a noção de determinação ali diria respeito ao âmbito das *explicações causais*, mas não da causalidade propriamente dita. Em outras palavras, para Davidson, Spinoza estaria querendo dizer que nós não somos capazes de dar uma explicação completa para um evento mental em termos físicos nem uma explicação completa para um evento físico em termos mentais. Isso, contudo, não negaria o fato de que tais relações causais reais entre eventos físicos e mentais efetivamente existiriam. O problema, segundo Davidson, é que nós só conseguiríamos explicar eventos mentais por outros eventos mentais e eventos físicos por outros eventos físicos.

Atlan argumenta que essa interpretação é equivocada, pois em nenhuma parte da *Ética* Spinoza teria atribuído a “ausência de relação causal entre o estado físico e o estado mental a uma insuficiência de nosso conhecimento” (Atlan, 2011, p. 544). Pelo contrário, o filósofo holandês teria insistido justamente no fato de que é a experiência cotidiana de perceber que nossas ações são precedidas de determinados pensamentos que nos leva à conclusão equivocada (por insuficiência de conhecimento) de que foram os pensamentos os causadores das ações. Em outras palavras, a falta de conhecimento das verdadeiras causas nos leva justamente a imaginar que haja uma interação causal entre o corpo e a mente. Se conhecêssemos adequadamente as causas de nossas

ações perceberíamos que elas são todas físicas e que nossos pensamentos foram tão-somente correlatos mentais das modificações de nosso corpo.

Creemos que esse mesmo raciocínio pode ser aplicado para pensarmos as explicações tradicionais para as chamadas doenças psicossomáticas como sendo explicações derivadas do conhecimento insuficiente das causas dessas enfermidades. Ao cogitar essa hipótese, não estamos concordando com o postulado organicista de que todas as doenças podem ser reduzidas a um conjunto de alterações anátomo-fisiológicas e que, portanto, as patologias psicossomáticas seriam, na verdade, exclusivamente somáticas. Aqueles que sustentam essa concepção se fundamentam em uma visão materialista da realidade, a qual não se coaduna com o pensamento de Spinoza. Com efeito, para o filósofo a realidade possui efetivamente uma dimensão material, mas também outras infinitas dimensões, incluindo a do pensamento. Portanto, é preciso esclarecer o que estamos querendo dizer ao lançarmos a hipótese de que é justamente a falta de conhecimento acerca da articulação das causas no atributo extensão e no atributo pensamento que levam à explicação tradicional das doenças psicossomáticas como fenômenos resultantes da incidência da mente sobre o corpo.

Como já comentamos anteriormente, com base na concepção spinozana da mente como ideia do corpo, deve-se considerar que todo processo de adoecimento físico possui correlatos mentais. Nesse sentido, não poderiam tais correspondências mentais ajudar a explicar os sintomas somáticos embora se saiba que os primeiros não são causa dos últimos? Para sustentarmos essa hipótese, faremos uso de um esquema formulado por Atlan para explicar os argumentos propostos por Davidson para a interpretação de que é possível extrair da filosofia de Spinoza a hipótese de uma interação causal entre corpo e mente. Contudo, extrairemos desse esquema uma constatação *oposta* àquela o filósofo americano propõe. O esquema é o seguinte:

Pensamento	A	C
Extensão	B	D
I → II		

O argumento de Davidson em favor da tese de que corpo e mente interagem de modo causal é o de que, por exemplo, A poderia ser considerado causa de D na medida em que D é igual a C e A é causa de C. Atlan, no entanto, esclarece que esse raciocínio não pode ser sustentado no sistema spinozano, pois estaria se baseando na existência de relações causais transitivas, possibilidade negada por Spinoza:

Uma relação causal transitiva é tal que os seus efeitos são produzidos para além dela, são produzidos sobre outros entes que não aqueles afetados diretamente pela causa. Por exemplo, se X é causa de Y e Y causa de Z, a relação é transmitida de X a Z. Ou, ainda, se A é causa de C e D é igual a C, a relação se transmite de A a D. Ora, para Spinoza, a causalidade da Natureza é imanente e não transitiva. (Atlan, 2011, p. 545, grifo nosso).

Davidson, portanto, teria invocado inadvertidamente uma relação causal transitiva para defender a tese de que corpo e mente exercem influência mutuamente. De todo modo, o singelo esquema proposto por Atlan nos pareceu útil para explicar a hipótese de que mesmo não havendo causalidade entre os atributos, a consideração das relações causais em cada um deles pode ajudar a compreender as relações causais no outro. Em outras palavras, a ideia que estamos propondo, ilustrada pelo esquema de Atlan, é a seguinte: se D foi produzido (causado) por B e se A é o evento mental correspondente a B, isso significa que a compreensão de D passa inevitavelmente por B, mas pode ser *auxiliada* pela consideração de A *caso o conhecimento de B não esteja tão facilmente acessível*. Por exemplo, sabe-se que um indivíduo que se encontra atualmente com uma doença infecciosa vem passando por frequentes crises de ansiedade há cerca de duas semanas. Sabe-se também que crises de ansiedade são acompanhadas fisicamente por uma fragilização do sistema imunológico. Ora, nesse caso, saber que o indivíduo vem experimentando crises de ansiedade pode ajudar a entender o motivo pelo qual ele está doente. Com isso, não se está querendo dizer que foram as crises de ansiedade que produziram a patologia.

Isso seria cair no equívoco da psicossomática tradicional. O que se está querendo dizer é que os sintomas físicos da doença foram de fato resultantes da ação de algum agente infeccioso, ou seja, de uma causa física. Contudo, a infecção foi evidentemente facilitada pela fragilização do sistema imunológico do indivíduo. Tal fragilização, por sua vez, até então desconhecida, se torna evidente quando se leva em conta que o indivíduo passou pela crise de ansiedade.

Vemos, portanto, que a filosofia de Spinoza nos permite formular uma compreensão não organicista das doenças e, ao mesmo tempo, oposta à psicossomática tradicional, a qual supõe a influência causal da mente sobre o corpo. Com efeito, não se trata de conceber as enfermidades físicas como fenômenos puramente orgânicos nem como passíveis de serem causadas por elementos de ordem psicológica. Como já indicamos em outro momento, essa nova maneira de compreender o adoecimento coloca em xeque a própria pertinência do termo “doença psicossomática” como designação para *certo grupo de doenças físicas* cuja etiologia remeteria a fenômenos de natureza psicológica. Ora, dentro da concepção que estamos propondo, *todas as formas de adoecimento deveriam ser encaradas como psicossomáticas*, na medida em que são manifestações que se caracterizam mais visivelmente pelos sintomas somáticos, mas que englobam também os aspectos psicológicos correlatos às afecções físicas. Nesse sentido, discordamos da afirmação de Laurent Bove (2009) de que “seria absurdo imaginar uma ‘psicossomática espinosana’ porque na verdade não existe causalidade do corpo sobre o espírito, nem inversamente”. Do nosso ponto de vista, a noção de psicossomática que o autor tinha em mente ao formular essa tese era a psicossomática tradicional, fundamentada no pressuposto de que sintomas físicos podem ser causados por fatores psicológicos. Ora, essa não é a única maneira possível de pensar numa concepção psicossomática das doenças. Com efeito, o modelo que estamos propondo no âmbito desta tese se baseia justamente numa crítica a essa matriz teórica tradicional e, a nosso ver, pode ser legitimamente chamado de *psicossomático*, visto que admite que em todas as doenças existe uma dimensão somática e uma dimensão psíquica, as quais se manifestam de modo simultâneo e correspondente. Trata-se, portanto, de um novo modelo que propõe uma concepção psicossomática, mas não *psicogênica* da doença.

Nesse sentido, uma pneumonia, por exemplo, jamais poderia ser encarada apenas como um conjunto de alterações que incidem sobre os pulmões do indivíduo. Esse seria apenas um aspecto do fenômeno, pois os eventos de natureza psicológica que ocorreram simultaneamente ou mesmo antes da infecção bacteriana e dos sintomas físicos também devem ser considerados como parte da enfermidade. Da mesma forma, os aspectos físicos (não apenas os de ordem cerebral) que se processam concomitantemente ao surgimento de sintomas depressivos de natureza psíquica (tristeza, apatia etc.) também compõem o quadro global de uma depressão. Como já esclarecemos, nem sempre será preciso lançar luz sobre os aspectos psíquicos de uma pneumonia para compreender o desenvolvimento dessa patologia e/ou tratá-la. Como assinalamos a propósito da maneira como Spinoza analisa a constituição dos afetos, embora todos sejam realidades psicofísicas, nem sempre será necessário fazer referência às duas dimensões para compreender cada um deles.

Finalizaremos este capítulo elencando alguns pontos do pensamento de Spinoza que foram objeto de nossa análise e que se nos apresentam como contribuições relevantes para a construção de uma matriz teórica distinta da psicossomática clássica e do modelo proposto pela Escola de Psicossomática de Paris. Primeiramente vimos que Spinoza propõe uma perspectiva imanente da realidade, o que enseja uma concepção monista de indivíduo na qual corpo e mente se apresentam como *aspectos* ou *dimensões* de uma mesma unidade e não como duas *substâncias* diferentes ou duas *partes* de um indivíduo.

Por guardarem uma relação de identidade, corpo e mente não exercem influência mútua entre si, o que torna insustentável a tese fundamental da psicossomática clássica de que determinadas doenças físicas são produzidas por fatores psíquicos. Fenômenos mentais e fenômenos somáticos se relacionam num regime de simultaneidade e correspondência. A mente, para Spinoza, constitui-se na ideia do corpo, ou seja, na produção de ideias correlatas às afecções do corpo, de modo que não há nada que aconteça no corpo que não tenha uma formação psíquica correspondente. Essa constatação coloca em xeque a tese proposta pela Escola de Psicossomática de Paris, segundo a qual o adoecimento dito psicossomático seria ocasionado por uma falha no processo de elaboração psíquica das intensidades somáticas.

Outrossim, em Spinoza também não é possível sequer sustentar o postulado de que a mente exerce a função de elaborar o que vem do corpo, conjectura que a Escola de Psicossomática de Paris herdou da metapsicologia freudiana. Do ponto de vista spinozano, a mente não representa as afecções do corpo; a mente expressa, na forma de produção de ideias, aquilo que o corpo expressa na forma de afecções físicas, de modo que ambas as expressões são dimensões correlatas de uma mesma experiência. E é justamente essa constatação de que, em toda experiência, corpo e mente se expressam a seu modo, que nos autoriza a postular a tese de que *todo adoecimento deve ser encarado como um fenômeno psicossomático*. Essa perspectiva abre a possibilidade de que os aspectos psíquicos possam ser contemplados tanto na explicação quanto no tratamento de uma enfermidade somática, não como causas da patologia, mas como *indicativos* dos processos orgânicos que contribuíram para sua produção.

No próximo e último capítulo deste trabalho buscaremos revelar de que modo essas contribuições extraídas do pensamento de Spinoza podem ser articuladas às concepções de Ferenczi, Groddeck e Winnicott. Retomaremos alguns dos aspectos dos pensamentos desses autores analisados no capítulo 02 a fim de mostrar que, associados à concepção de corpo e de mente proposta por Spinoza, eles dão ensejo à construção de um novo modelo de compreensão do adoecimento.

5

Esboço de uma nova matriz de compreensão do adoecimento somático em Psicanálise

Neste quarto e último capítulo pretendemos articular e integrar as contribuições que extraímos dos pensamentos de Ferenczi, Groddeck, Winnicott e Spinoza a fim de oferecer ao leitor a versão embrionária de uma nova matriz de compreensão e abordagem do chamado adoecimento somático a partir da perspectiva psicanalítica. Evidentemente, como o leitor pôde perceber ao longo de todo este trabalho e, sobretudo, no capítulo precedente, nós questionamos a pertinência do termo “adoecimento somático” e de seus correlatos “adoecimento psíquico” e “adoecimento psicossomático”. Com efeito, um dos pontos centrais da matriz que aqui pretendemos apresentar é justamente a rejeição do *dualismo* e do *interacionismo* no que diz respeito às relações entre corpo e psique. Do nosso ponto de vista, essas duas instâncias são *aspectos* de uma mesma realidade, o que significa dizer que não são dois fenômenos diferentes e que, portanto, um não pode funcionar como causa ou efeito do outro. Assim, toda doença física é simultaneamente uma enfermidade psíquica e todo transtorno psíquico é concomitantemente um adoecimento físico. *Todas as doenças são, portanto, psicossomáticas*, é a proposição de base sobre a qual está erigido o modelo cujo esboço será apresentado aqui.

A matriz teórica que estamos propondo, portanto, se contrapõe à matriz clássica e hegemônica de abordagem das doenças ditas psicossomáticas proposta pela Escola de Psicossomática de Paris. O leitor pôde perceber que ao longo de todo o nosso percurso e, principalmente, no primeiro capítulo fizemos uma série de críticas ao modelo francês, direcionadas tanto às suas formulações explícitas quanto aos pressupostos que nele se fazem presentes de forma implícita e que se constituem em seus fundamentos. Neste capítulo, discutiremos alguns aspectos das concepções dos autores com os quais estamos trabalhando, muitos dos quais já foram mencionados nos capítulos 02 e 03 nos segmentos dedicados a cada um deles. Faremos aqui um cotejamento entre as

perspectivas dos quatro autores, extraindo delas os princípios que fundamentam a matriz teórica que estamos introduzindo. Cremos que, a despeito das diferenças entre as concepções de Spinoza, Ferenczi, Groddeck e Winnicott, há diversos pontos de convergência entre elas que nos autorizam a extrair uma matriz teórica comum com base em suas proposições.

5.1

Monismo, dualismo e interacionismo em Spinoza, Ferenczi, Groddeck e Winnicott

Desde já queremos esclarecer que, dentre os autores cujo pensamento foi objeto de nossa investigação neste trabalho, o único que rejeita *explicitamente* as visões dualista e interacionista das relações entre corpo e psique é Spinoza. Essa rejeição aparece de forma ostensiva ao longo de toda a *Ética* e é inteiramente coerente com o sistema de pensamento do filósofo holandês. Nas obras dos demais autores, essa rejeição às vezes aparece com muita clareza, mas um leitor atento pode encontrar trechos que sugerem possíveis incoerências.

Groddeck, por exemplo, chegou a escrever um texto curto chamado “Sobre o absurdo da ‘psicogênese’” justamente para refutar a tese de que certas formas de adoecimento físico seriam *causadas* por elementos psíquicos. Nesse artigo, há frases como “[...] não há ‘organismo’ e ‘psiquismo’, nem doenças físicas ou psíquicas e sim que são sempre os dois a enfermar ao mesmo tempo, em quaisquer circunstâncias” (Groddeck, 1992g, p. 126) e “[...] se o inconsciente for incluído entre as formas de expressão da psique, então nem é preciso falar-se de psicogênese, pois todas as doenças seriam concomitantemente psicogênicas e fisiogênicas.” (Groddeck, 1992g, p. 126). Afirmações como essas indicam de modo bastante evidente que o autor advoga em favor de uma perspectiva monista em que corpo e psique são tomados como dimensões de uma mesma coisa e rejeita a ideia de que possa haver uma influência causal entre as duas instâncias.

Contudo, em outros textos, essa rejeição ao interacionismo parece ser contradita por frases como “[...] a frequente incidência de câncer no útero e nos seios também tem *causas* psíquicas [...]” (Groddeck, 1992i, p. 292, grifo nosso). cremos, no entanto, que essa contradição é, de fato, apenas aparente e pode estar relacionada à tentativa do autor de dar ênfase aos aspectos psicológicos de certas patologias, os quais são frequentemente negados pela medicina moderna. Assim, podemos inferir que no último trecho citado, Groddeck não estaria querendo dizer que os tumores de útero e de seios enquanto considerados como fenômenos físicos são *produzidos* por causas psíquicas, mas que o câncer, assim como todas as demais doenças, é uma enfermidade *psíquica e somática ao mesmo tempo*. Logo, a patologia seria resultante de causas *tanto físicas quanto psíquicas*. Como as últimas não costumam ser levadas em conta ou são efetivamente negadas pela medicina moderna seria necessário enfatizar que o câncer “também tem causas psíquicas”.

Em Winnicott também observamos a presença de formulações que aparentemente se contradizem. Em “A mente e sua relação com o psicossoma”, ao falar sobre o início do desenvolvimento, o autor escreve o seguinte: “Eis aqui um corpo, sendo que a psique e o soma *não devem ser distinguidos um do outro*, exceto quanto à direção desde a qual estivermos olhando.” (Winnicott, 1949/2000, p. 333, grifo nosso). Essa afirmação dá a entender que, para o autor, corpo e psique são *facetas* de uma mesma realidade, de modo que a distinção entre uma e outra só pode ser estabelecida *pelo observador* em função do ângulo a partir do qual ele olha e não na coisa observada considerada em si mesma. Esse corolário é confirmado pelo uso que Winnicott faz do termo “psicossoma” (*psyche-soma*), que sugere a concepção de uma unidade caracterizada por dois aspectos. Isso nos levaria a concluir que o analista inglês rejeita o pressuposto interacionista.

Não obstante, essa dedução parece estar em oposição a frases como “As tensões e pressões do crescimento emocional normal, bem como certos estados anormais da psique, têm um *efeito* adverso sobre o corpo.” (Winnicott, 1990, p. 43, grifo nosso). A contradição, todavia, é irrelevante tendo em vista o conjunto da obra do autor. cremos que, apesar de frases como essa que

sugerem a afiliação de Winnicott à psicossomática clássica (que pressupõe a interação e corpo e psique), na maior parte de sua obra é possível observar uma ênfase no *psicossoma* como unidade e uma concepção do adoecimento, seja ele considerado do ponto de vista físico, psíquico ou psicossomático, como uma reação às vicissitudes da relação do indivíduo com o ambiente, conforme mostraremos adiante. De fato, no mesmo livro do qual extraímos a citação anterior, encontramos uma afirmação que se contrapõe à concepção interacionista: “Distúrbios do psicossoma são alterações do corpo ou do funcionamento corporal *associadas* a estados da psique.” (Winnicott, 1990, p. 44).

Na obra de Ferenczi, a presença de uma concepção monista e a rejeição do interacionismo podem ser inferidas com base no modo como o autor descreve o desenvolvimento do sentido de realidade bem como na análise que faz dos chamados fenômenos de materialização histórica e das neuroses de órgão. No capítulo 02 fizemos um longo comentário acerca das formulações ferenczianas em relação a esses tópicos justamente com a finalidade de evidenciar a presença de uma rejeição tanto ao dualismo quanto ao interacionismo, negação que não aparece textual e claramente em seus escritos. Com efeito, frases como “O curso de toda enfermidade orgânica é, aliás, afetado favorável ou desfavoravelmente por *influências* psíquicas.” (Ferenczi, 1926/2011, p. 417, grifo nosso) ou “[...] um processo puramente psíquico pode assim exprimir-se numa modificação fisiológica do corpo.” (Ferenczi, 1919/2011, p. 51) podem levar um leitor precipitado a afirmar categoricamente que o pensamento de Ferenczi é dualista e interacionista. Contudo, ao passarmos *da letra ao sentido*, como fizemos no capítulo 02, percebemos que, a despeito das asserções citadas, há na obra ferencziana uma concepção intensiva, expressiva e plástica de corpo que *inclui* a dimensão psíquica. Adiante, neste capítulo, tentaremos deixar essa ideia mais clara ao articularmos o pensamento de Ferenczi ao dos demais autores.

5.2

Uma releitura dos achados clínicos da Escola de Psicossomática de Paris

Um dos pressupostos que fundamentam o quadro teórico proposto pela Escola de Psicossomática de Paris para a abordagem e tratamento das chamadas doenças psicossomáticas é a ideia de que a mente tem a função de possibilitar a assimilação de traumas (Vieira, 1997). Em outras palavras, a mente seria responsável por promover o *escoamento*, a *diluição*, a *drenagem* do excesso de excitações provocado pelo trauma. Para Marty e seus colegas, o corpo não teria condições de realizar essa tarefa. Somente o aparelho psíquico o teria, por ser dotado de representações mentais, as quais funcionam, como dissemos no primeiro capítulo, como meios através dos quais a energia somática pode ser descarregada:

Normalmente, os traumatismos atingem em primeiro lugar o aparelho mental, que procura então negociar em si mesmo a variação das excitações que eles provocam. Dessa maneira, o aparelho mental bloqueia, obstrui e modera ou não, os movimentos de desorganização, antes de sua chegada no domínio somático. (Marty, 1993, p. 30)

Do nosso ponto de vista, essa é uma concepção das relações entre mente e corpo que claramente está fundamentada em uma perspectiva dualista. Com efeito, se está pressupondo que o trauma não atinge imediatamente o indivíduo como um todo, mas primeiramente a instância psíquica e, só depois, caso a mente não funcione, o corpo. Nesse sentido, a mente é considerada como uma espécie de *camada protetora* do corpo, o que evidentemente conduz ao corolário de que o corpo seria uma instância mais *vulnerável*, incapaz de responder de forma “saudável” aos traumatismos. Já a mente, com suas representações e mecanismos de elaboração, seria a parte mais evoluída do indivíduo, tendo, por conta disso, condições de enfrentar pela via da simbolização as vicissitudes da existência. Como dissemos no primeiro capítulo, de um ponto de vista genealógico é possível perceber nessa concepção ressonâncias de uma tradição filosófica na qual a mente é tomada como instância superior ao corpo e da esperança iluminista em uma razão capaz de salvar a humanidade dos efeitos deletérios de suas paixões (tradicionalmente tidas como associadas ao corpo).

Na matriz teórica que estamos propondo, a mente não pode ser tomada jamais como uma instância que se sobrepõe ao corpo com a finalidade de protegê-lo ou salvá-lo de uma sobrecarga. Em nosso modelo, corpo e mente são tomados como duas dimensões do indivíduo que experimentam os mesmos efeitos *simultaneamente* e que se manifestam de modos distintos, porém *correlatos*. Assim, um trauma não afeta primeiramente um suposto aparelho psíquico que precisaria drenar o excesso de excitações para que essas não desorganizem o corpo. O trauma afeta o indivíduo em sua *integralidade* e o efeito sobre o corpo e sobre a mente será exatamente o mesmo, ainda que expresso corporal e mentalmente de modos diversos. Essa é uma das principais contribuições que extraímos do pensamento de Spinoza para a formulação de nossa matriz. Como vimos no capítulo precedente, para o filósofo holandês, o homem é um modo da substância única, a qual possui infinitos atributos, dentre os quais dois são perceptíveis ao homem: o pensamento e a extensão. Nesse sentido, o que chamamos de mente nada mais é do que o homem considerado a partir do atributo pensamento e o que chamamos de corpo, por sua vez, é o homem considerado a partir do atributo extensão. Trata-se, contudo, de um *único e mesmo homem* que na relação com o mundo experimenta efeitos que podem ser considerados tanto do ponto de vista mental quanto do ponto de vista corporal ou de ambos ao mesmo tempo.

Em contraposição à concepção que estamos propondo, um partidário da Escola de Psicossomática de Paris poderia argumentar, recorrendo à experiência clínica, que é efetivamente possível verificar que nos pacientes que sofrem de doenças psicossomáticas, a elaboração e a simbolização não se mostram tão evidentes quanto nos pacientes neuróticos. Nesse sentido, seria inegável constatar que, na raiz do adoecimento psicossomático, haveria uma falha da mente na assimilação dos traumas. A resposta que podemos dar a esse argumento começa com uma pergunta: por que chamar de *falha* aquilo que pode ser tomado apenas como uma *modalidade distinta de reação*?

Para discutir essa questão, tomemos o exemplo que Spinoza (1677/2009) fornece ao discutir a noção de erro e que já apresentamos no capítulo anterior. No escólio da proposição 47 da parte III da *Ética*, o filósofo ilustra seu raciocínio com a imagem de um sujeito que, vendo sua galinha voar para o

pátio do vizinho, teria afirmado: “Meu pátio voou para a galinha do vizinho”. A interpretação tradicional para essa cena seria a de que a pessoa em questão teria cometido um equívoco porque sua fala não correspondera àquilo que ela gostaria de ter dito. Ora, como Spinoza (1677/2009) demonstra, essa interpretação só é possível quando se parte do pressuposto de que a “versão correta” da fala do sujeito estaria em seu pensamento, de modo que o corpo (esse velho alvo de todas as condenações) não teria “obedecido” à mente, provavelmente em função da emoção pela qual foi tomado diante da insólita cena. Spinoza (1677/2009) critica essa interpretação porque ela está baseada numa dicotomia que sua filosofia condena: ela supõe que *a mente acerta e o corpo erra*. Para o filósofo, não se pode falar de erro em relação às manifestações do corpo a não ser que se as compare com as manifestações do pensamento, buscando uma uniformidade que necessariamente não precisa existir (Jaquet, 2011). Nesse sentido, a frase dita pelo sujeito mencionado por Spinoza seria exatamente *igual* ao pensamento dele, ainda que somente esse possa ser apontado como correto no sentido de corresponder à descrição objetiva da cena. A divergência só aparece quando se compara a fala com o pensamento, mas se tomarmos cada uma das manifestações em conjunto, como dois aspectos de uma reação única, chegaremos facilmente à solução spinozana da questão: a cena provavelmente impactou o sujeito, deixando-o num estado (psicossomático, diríamos) de forte surpresa, estado que foi expresso justamente por uma divergência entre o pensamento e a fala.

Ora, esse mesmo raciocínio valeria para pensarmos os fenômenos clínicos que os autores da Escola de Psicossomática de Paris descrevem. O *pensamento operatório*, por exemplo, não precisaria necessariamente ser tomado como indicativo de uma mente incapaz de elaborar as intensidades provenientes do corpo. Poder-se-ia pensá-lo justamente como uma expressão mental correlata a um processo de adoecimento físico, não sendo um a causa do outro. Em outras palavras, o indivíduo não estaria sofrendo de uma patologia somática *porque* sua mente não fora capaz de elaborar os traumas vivenciados. A doença e a dificuldade de elaboração que se manifestam através do pensamento operatório seriam *duas manifestações de uma mesma experiência*.

Essas considerações deixam claro que a matriz teórica que estamos propondo não nega a realidade das experiências clínicas descritas por Marty e seus colegas. O que julgamos equivocadas são as *explicações* propostas por esses autores para elas. Com efeito, nossa própria experiência clínica evidencia a dificuldade que alguns de nossos pacientes com patologias físicas têm para pensarem seus sintomas como metáforas e mesmo para interpretarem suas experiências de vida do modo que tradicionalmente designamos em psicanálise como simbólico. Apesar disso, não interpretamos esses dados clínicos como a comprovação de que nesses pacientes há uma dificuldade de elaboração das intensidades somáticas pela via da representação mental. E não interpretamos assim porque não compartilhamos da concepção de que o psiquismo tenha uma *função* específica, qual seja, a de drenar excitações.

Além disso, suspeitamos de que a dificuldade dos pacientes com doenças orgânicas de encarar seus sintomas a partir de um ponto de vista simbólico talvez possa estar relacionada ao modo como a sociedade contemporânea, influenciada pelo próprio *reducionismo biomédico*, encara uma patologia física. Com efeito, na Antiguidade e na Idade Média, as doenças eram interpretadas como punições divinas, desequilíbrio dos humores, dentre outras explicações que não faziam menção à anatomia e à fisiologia. No entanto, desde meados do século XIX, conforme assinalou Foucault (2008), passamos a enxergar as doenças físicas como entidades da natureza, como fenômenos tão naturais e mecânicos quanto o funcionamento de um relógio, de sorte que não caberia mais interpretá-las, mas simplesmente descrevê-las em termos dos substratos anátomo-fisiológicos implicados no surgimento dos sintomas. Como afirma Barros (2002, p. 73), “agora, o alvo do interesse médico passou da história da doença para uma descrição clínica dos achados propiciados pela patologia [...]”. Herdeiro da racionalidade científica moderna, o modelo biomédico reduz o adoecimento a processos exclusivamente orgânicos, de modo que os aspectos relacionados à experiência subjetiva da doença são deliberadamente escamoteados ou acabam sendo também convertidos em elementos de ordem puramente orgânica: “Um paciente que, hospitalizado e prestes a submeter-se a uma cirurgia, por ventura comenta suas preocupações com algum membro do corpo médico, rapidamente se lhe diagnostica um

estado ansioso, merecedor da prescrição de um tranquilizante.” (Barros, 2002, p. 80).

Assim, gradualmente essa maneira reducionista de conceber o processo saúde-doença vai sendo propagada na direção da visão dos indivíduos a respeito de sua saúde, de modo que o próprio paciente passa a interpretar o adoecimento como um fenômeno estritamente físico e que demanda uma terapêutica de ordem exclusivamente somática. Explica-se assim o fato de muitos pacientes saírem insatisfeitos de uma consulta médica quando o profissional não solicita exames complementares ou não prescreve medicamentos. Essa insatisfação atesta uma espécie de adesão tácita do leigo ao sistema de crenças sobre o processo saúde-doença que sustenta o modelo biomédico. Ora, o poder exercido por um sistema de crenças reforçado cotidianamente pelo meio social sobre a própria saúde do indivíduo foi mostrada com suficiente clareza por Lévi-Strauss no texto “O feiticeiro e sua magia”, em que o antropólogo comenta os casos de morte por feitiço em certas regiões do mundo: “um indivíduo consciente de que é objeto de um malefício fica profundamente convencido, pelas tradições mais solenes de seu grupo, de que está condenado, e parentes e amigos compartilham a certeza.” (Lévi-Strauss, 1949/2009, p. 181). Da mesma forma, é de se esperar que na medida em que o modelo biomédico se constitui como racionalidade hegemônica no campo da saúde, os indivíduos, na condição de doentes, passem também a olhar para seus processos de adoecimento a partir de uma perspectiva mecanicista e organicista, concebendo as enfermidades das quais padecem como fenômenos exclusivamente somáticos que demandam uma terapia medicamentosa. Assim, as dimensões simbólica e subjetiva do adoecimento são desvalorizadas e encaradas como pouco relevantes para o diagnóstico e o tratamento ou são subsumidas a uma noção superficial de estresse. Tesser e Luz (2008) descrevem essa adesão dos pacientes à concepção biomédica de doença gestada no âmbito das ciências da saúde:

A influência centrífuga e poderosa desses círculos se deu para a periferia intermediária e exotérica de forma coerente, contribuindo muito para o processo de medicalização social. Nesse processo, os leigos (exotéricos) aprendem a conceberem-se apenas como carentes de exames para diagnósticos precisos e quimioterápicos (ou cirurgias) de ação quase mágica. Assim, a concepção de uma integralidade possível vai sendo transformada na biomedicina, tanto no meio

esotérico como exotérico, direcionando-se para o consumo de procedimentos especializados que devem suprir as necessidades de saúde-doença do cidadão. (Tesser e Luz, 2008, p. 201).

Nesse sentido, esperar que hoje um paciente acometido por uma enfermidade orgânica chegue a um consultório médico encarando seus sintomas como “formações do inconsciente” seria o mesmo que imaginar que um doente do século IX olharia para sua enfermidade como um fenômeno meramente natural, sem conotações religiosas. Portanto, ousamos reafirmar a hipótese de que os pacientes ditos operatórios, com seu discurso mecânico, pobre em conteúdos fantasmáticos e restrito à descrição objetiva da realidade, são justamente indivíduos que, nutridos culturalmente pelo modelo biomédico, aprenderam, como dizem Tesser e Luz (2008, p. 2001) “a conceberem-se apenas como carentes de exames para diagnósticos precisos e quimioterápicos (ou cirurgias) de ação quase mágica”. Isso não significa que eles sejam inaptos a encarar sua doença sob um ponto de vista simbólico. O que lhes falta não são representações mentais no pré-consciente, mas a inserção em um outro sistema de crenças no qual o adoecimento seja pensado de modo complexo e integral, em que a dimensão psíquica e simbólica seja contemplada.

Contudo, não se deve esperar que essa passagem do olhar anátomo-fisiológico para o olhar simbólico ocorra espontaneamente no paciente. A inserção do doente num sistema de crenças distinto do modelo biomédico demanda um esforço que, a princípio, deve ser muito maior do terapeuta, no sentido de que ele precisaria manter, a despeito da falta de engajamento do paciente, uma aposta na possibilidade de leitura da doença não só como um fenômeno orgânico, mas como uma *expressão individual*.

Exemplos abundantes de que isso é possível encontram-se na obra de Groddeck. De fato, esse autor não esperava que seus pacientes, de saída, olhassem para os próprios sintomas como simbólicos. Era o próprio Groddeck quem já iniciava o tratamento considerando essa possibilidade, embora não descartasse outros meios terapêuticos. Assim, talvez justamente por sempre ter atendido seus pacientes considerando que a doença fosse a expressão daqueles indivíduos em sua integralidade, Groddeck nunca tenha enxergado uma diferença fundamental entre os pacientes histéricos e os demais doentes: “Eu considero um erro fundamental e perigoso achar que só o histérico tem o dom

de ficar doente para atender a algum propósito. Qualquer pessoa possui essa capacidade e qualquer uma a aplica em tão grande extensão que nem sequer conseguimos imaginar.” (Groddeck, 1992c, p. 12).

Portanto, do nosso ponto de vista, os fenômenos clínicos que os autores da Escola de Psicossomática de Paris consideram como indicativos de um funcionamento insuficiente do aparelho psíquico nos casos de doenças orgânicas, podem ser interpretados de duas formas em nosso modelo. Primeiramente, à luz das contribuições de Spinoza, consideramos que a mente não é uma instância separada do corpo, capaz de agir antes dele e tendo como finalidade protegê-lo. Nesse sentido, não podemos admitir que num caso de adoecimento somático haja uma *insuficiência mental*, posto que corpo e mente são, do nosso ponto de vista, *dimensões diferentes de uma mesma coisa*, de modo que ambos estão *sempre* em um funcionamento simultâneo. Assim, o pensamento operatório e a depressão essencial, que os autores da Escola de Psicossomática de Paris consideram como expressões de uma mente insuficiente, são tomados, em nosso modelo, como modalidades de expressão psíquica que são distintas daquelas que estão presentes nos casos de neurose. Isso não significa, contudo, que no pensamento operatório e na depressão essencial a mente esteja sendo menos potente que nos casos de neurose, mas sim que há uma diferença na *modalidade* de expressão psíquica em função das especificidades de cada condição clínica.

A segunda possibilidade de interpretação é aquela que considera que a dificuldade que alguns pacientes que sofrem de patologias somáticas têm de elaborarem simbolicamente suas narrativas e de pensarem sobre suas enfermidades de um ponto de vista simbólico pode ser resultante do contexto sociocultural contemporâneo²². Com efeito, atualmente no campo da saúde ainda impera uma concepção reducionista da doença, que a considera apenas como um conjunto de alterações anátomo-fisiológicas. Em função disso, é esperado que os pacientes também adotem inconscientemente esse ponto de vista reducionista e, por consequência, acabem apresentando um discurso que, aos olhos do psicanalista, pareça mecânico e sem vida.

²² O próprio Pierre Marty assinala que um dos traços de personalidade dos indivíduos com funcionamento operatório é o conformismo, ou seja, uma adaptação passiva ao contexto.

Aisenstein (2006), num artigo dedicado a apresentar um resumo das concepções da Escola de Psicossomática de Paris, comenta que Pierre Marty e seus colegas se dispuseram a abordar as doenças orgânicas de um ponto de vista psicanalítico e que o que os surpreendera logo no início da empreitada foi “a ausência de demanda e de ansiedade” nos pacientes com patologias somáticas. Marty e seus colegas teriam ficado impactados com o fato de que “a maioria daqueles que estavam hospitalizados pareciam ‘sensatos, racionais... sem emoções’ – como se suas vidas afetivas estivessem congeladas ou reprimidas” (Aisenstein, 2006, p. 669). Ora, poderíamos perguntar, o que aqueles analistas esperavam encontrar ao abordarem tais doentes nos hospitais? Indivíduos cheios de angústia suplicando por um tratamento psicanalítico a fim de compreenderem o sentido de seus sintomas? Parece-nos perfeitamente plausível, considerando a prevalência do reducionismo biomédico no campo da saúde, que aqueles pacientes se apresentassem daquela maneira mecânica, racional e desafetada. Como dissemos no primeiro capítulo, no modelo biomédico – racionalidade hegemônica no campo da saúde – o olhar do profissional de saúde é voltado quase que exclusivamente para a doença, considerada apenas do ponto de vista anátomo-fisiológico, e não para o doente. Nesse sentido, desafetação e discurso mecânico podem ser interpretados justamente como os *efeitos do discurso biomédico* e não como características intrínsecas daqueles pacientes.

5.3

A psique como produção de sentido

Como dissemos acima, a premissa que nos impede de concordar com a ideia de que, no adoecimento somático, a mente estaria funcionando de modo insuficiente, é a concepção de psiquismo que sustentamos à luz de Spinoza, Ferenczi, Groddeck e Winnicott. De fato, com base nas contribuições desses autores, entendemos que a psique não deve ser tomada metaforicamente como um aparelho, mas como um *movimento produtivo ininterrupto*, que promove continuamente uma elaboração imaginativa do corpo. Essa elaboração

imaginativa não significa em absoluto um escoamento das intensidades físicas através de representações mentais. Elaborar psicicamente o corpo consiste, no nosso entender, em ensejar uma *experiência pessoal e singular do funcionamento somático* por meio de produções de natureza propriamente psíquica, tais como símbolos, fantasias, sonhos, brincadeiras, criações etc. A psique, portanto, não deve ser concebida “como se fosse um aparelho, passível de ser visualizado e figurado espacialmente, tal como ocorre quando lidamos com um telescópio, um microscópio ou qualquer objeto similar” (Fulgêncio, 2003, p. 145). Cremos que o psiquismo deve ser pensado como uma *atividade*, um *processo* dinâmico e, ao mesmo tempo, como a composição orgânica dos resultados desse *fluxo imaginativo* que se desenvolve com base na experiência do corpo, *personalizando-o*, dando origem a uma apropriação psíquica dele por meio das produções criativas a que fizemos referência.

Trata-se, portanto, de uma psique que elabora o corpo, mas não no sentido de dominar seus excessos, ideia vinculada a uma concepção de corpo que o reduz à sua dimensão pulsional. Na matriz que estamos propondo, o corpo possui, sim, um aspecto pulsional e, inclusive, esse aspecto pode se fazer mais influente em certas patologias do que em outras. Contudo, a dimensão pulsional não esgota a corporeidade e a psique não tem a função de “dar conta” da força das pulsões. Como dissemos, a psique se constitui em um movimento de *personalização* do corpo, conferindo a ele um caráter singular, próprio, pessoal. Com efeito, embora cada corpo seja dotado de especificidades que o tornam único e “irrepetível”, inclusive do ponto de vista genético, só haverá de fato uma pessoa no corpo à medida que ele for sendo personalizado por esse movimento psíquico que acompanha seu funcionamento, conferindo a ele sentidos experienciais e pessoais derivados das relações com o ambiente.

Embora tais sentidos não sejam expressos sempre e necessariamente pela via da simbolização, essa, no entanto, constitui-se em uma forma típica de personalização do corpo. O próprio Freud já havia se dado conta disso logo no início de seu percurso psicanalítico quando observara que os sintomas histéricos indicavam a existência de uma anatomia imaginária que não coincidia com a *anatomia da medicina*: “[...] nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se anatomia não existisse, ou como

se não tivesse conhecimento desta.” (Freud, 1893/1996, p. 212). É uma pena que, posteriormente, as elucubrações metapsicológicas tenham tomado a cena no pensamento freudiano e a anatomia imaginária da histérica, em vez de ser pensada como um movimento criativo da psique, acabasse sendo reduzida a mecanismos de deslocamento e condensação entre representações mentais destinados a promover o escoamento das tensões libidinais. Isso, contudo, não nos impede de pensar os processos de simbolização presentes notadamente nos quadros históricos como resultantes da personalização do corpo ensejada pela psique. Como afirma Winnicott (1990, p. 116), “no estudo da histeria de conversão há algo a ganhar com o exame da mistura original que o bebê faz entre o corpo propriamente dito e os sentimentos e ideias a respeito do corpo.”. Essa “mistura original” mencionada pelo analista inglês é justamente o processo de personalização que expressa o movimento de afetações do psicossoma.

Em sua descrição do desenvolvimento do sentido de realidade, Ferenczi (1913a/2011) observou que um dos primeiros movimentos que a criança faz na direção do reconhecimento da realidade externa é a produção de equivalências entre os objetos e partes de seu corpo e também entre as próprias partes do corpo. Assim, determinadas zonas erógenas passam a ser figuradas por outras regiões somáticas, associação que justamente está na base dos quadros históricos. Esse processo, que na metapsicologia freudiana poderia ser interpretado como sendo apenas uma tentativa da criança de escoar as tensões advindas das zonas erógenas, pode ser pensado, à luz do pensamento de Winnicott e do próprio Ferenczi, como um trabalho de *apropriação criativa do corpo* pela via do estabelecimento de equivalências e, posteriormente, da formação de símbolos. Como veremos em maiores detalhes adiante, na matriz que estamos propondo o corpo não é redutível à condição de um sistema anátomo-fisiológico isolado, mas é considerado como um campo de circulação de intensidades e um sistema aberto em regime permanente de afetação mútua com o ambiente. Por essa razão, a psique deve ser vista como a expressão *dessa mesma realidade intensiva e aberta* na forma de produções imaginativas.

Conceber tais produções como expressões psíquicas da mesma realidade vivencial do corpo significa dizer que elas brotam espontaneamente, pois são

resultantes da própria interação entre o indivíduo e o ambiente (também considerando em suas dimensões física e psíquica). Portanto, quando dizemos que a formação de símbolos pode ser considerada como a modalidade por excelência de elaboração imaginativa, estamos discordando frontalmente de uma concepção do símbolo como sendo o resultado da incidência de uma ordem transcendente sobre uma realidade bruta. Em outras palavras, os símbolos, como produções imaginativas da psique, não são da ordem da representação, mas da *expressão*. Assim como o improvisado de um violonista durante uma apresentação musical é uma modalidade de expressão de sua experiência afetiva durante aquela situação e não uma representação daquela experiência, assim também os símbolos exprimem a realidade individual, ou seja, não são adicionados a essa realidade como representantes dela. Na matriz que estamos propondo, não há separação entre a experiência sensível e a elaboração imaginativa que se faz dessa experiência.

Para Groddeck, por exemplo, o homem é um ser essencialmente expressivo. Todos os seus atos e processos, inclusive fisiológicos, por mais mecânicos que pareçam ser, revelam sua singularidade. À luz de Winnicott, poderíamos dizer que essa dimensão expressiva do ser humano se deve ao fato de que o processo de elaboração imaginativa ocorre desde o início da vida e jamais cessa. Assim, tudo o que o homem faz é simbólico no sentido de que é expressão do processo de elaboração imaginativa que produz sentido com base nos encontros, composições e decomposições que o indivíduo estabelece com os demais entes:

Todos nós lemos na fisionomia do nosso vizinho se ele está triste ou alegre, sabemos que seu rosto muda simbolicamente; reconhecemos seu humor pelo modo de caminhar, pela sua postura, pelo cantarolar de uma melodia. Talvez ele não queira demonstrar como se sente, mas o inconsciente obriga-o a simbolizar. Assim, a mulher que se deita na presença de outro automaticamente cruza os pés, expressando simbólica e inconscientemente: eu sei o que pode me acontecer agora; assim também acontece com o homem que se apruma quando quer parecer forte [...] (Groddeck, 1992k, p. 94)

Temos na citação acima alguns exemplos que evidenciam o fato de que a elaboração imaginativa, que Groddeck concebe como sendo uma espécie de “pulsão à simbolização”, faz com que o corpo não possa ser concebido apenas como um organismo, ou seja, como um sistema fechado que funciona unicamente de acordo com uma lógica homeostática. O corpo é uma dimensão

de uma realidade que se apresenta como elaborada imaginativamente. Nesse sentido, a doença também não pode ser tomada como um fenômeno meramente fisiológico. Ela sempre será um acontecimento expressivo na medida em que simboliza a experiência individual que se dá psicossomaticamente.

Essa dimensão expressiva do corpo, ensejada pela elaboração imaginativa feita pela psique, também é ilustrada por Ferenczi nos casos que o autor denomina de “anomalias psicogênicas da fonação”. Trata-se de uma condição apresentada por alguns pacientes que são capazes de exprimir involuntariamente diferentes tipos de vozes de acordo com a situação em questão. A respeito de um desses pacientes, Ferenczi relata:

Não tardei em observar que o paciente só utilizava sua voz de barítono quando estava séria e objetivamente absorvido num assunto; mas assim que queria, na transferência, mostrar-me inconscientemente sua garridice, ou agradar-me, ou seja, quando o efeito de suas palavras preocupava-o mais do que o seu conteúdo, punha-se a falar com sua voz feminina. (Ferenczi, 1915/2011, p. 201).

Esses casos de natureza patológica só evidenciam aquilo que acontece o tempo todo na experiência humana tanto na saúde quanto na doença: que a voz, assim como todos os aspectos relativos à corporeidade são elaborados imaginativamente e, por essa razão, são dotados de sentido. O corpo pode ser considerado, portanto, como uma plataforma de expressão na medida em que se manifesta sempre como objeto de uma elaboração imaginativa.

5.4

O valor heurístico do conceito de Isso

Dentre os conceitos introduzidos pelos autores com os quais estamos trabalhando, talvez o mais heurísticamente relevante para pensarmos numa concepção monista de indivíduo seja o conceito groddeckiano de Isso. Tanto em Ferenczi e Winnicott quanto em Spinoza falamos de corpo e de psique, ainda que estejamos pensando essas duas instâncias como dimensões do indivíduo e não como partes que interagem entre si ou como duas substâncias separadas. Groddeck, no entanto, nos permite dar um nome para o indivíduo considerado em sua totalidade, ou seja, sem que precisemos necessariamente

adotar a linguagem dual de corpo e psique. Embora Winnicott, de certo modo, também nos permita isso com sua noção de psicossoma, é preciso considerar que essa noção não tem o mesmo peso e centralidade que o conceito de Isso possui na obra groddeckiana.

Groddeck introduz a noção de Isso inspirado por Nietzsche, autor que, em *Além do Bem e do Mal*, utilizou o pronome impessoal alemão *Es* (Isso) como substantivo ao fazer uma crítica ao cogito cartesiano. Para Nietzsche, o Eu não deveria ser tomado, como na fórmula cartesiana, como o centro da subjetividade, mas como um *efeito*. Nesse sentido, em vez de “Eu penso”, deveríamos dizer: “Isso pensa em mim.”, ou seja, o eu não deveria ser tomado como autônomo (Nietzsche, 1886/2008). Inspirado no filósofo alemão, Groddeck também fará uma série de críticas a essa centralidade do eu, chegando até a dizer que o eu seria de fato uma ficção forjada pela natureza com o objetivo de possibilitar a responsabilização e a imputabilidade moral. Nesse sentido, o eu seria em essência uma construção, não podendo ser considerado como agência da subjetividade. Suas aparentes “escolhas” e deliberações seriam tão determinadas quanto o funcionamento do estômago. Determinadas pela natureza, pelo todo, ou seja, pelo conjunto de processos naturais.

Essa afirmação, no entanto, levada às últimas consequências, tornaria inviável a análise e a compreensão de qualquer indivíduo, pois, em última instância, o todo seria responsável por cada modificação da realidade. Cada fenômeno seria tão-somente um elo de uma cadeia virtualmente infinita de causas. Essa é uma das razões pelas quais Groddeck decide transformar em conceito a intuição nietzschiana do Isso como substantivo. Se o Eu não pode ser tomado como o ponto de partida na medida em que ele não é causa, mas efeito, qual seria então o centro da subjetividade? O inconsciente freudiano também não se prestaria a ocupar esse lugar na medida em que, do modo como Freud o estabeleceu, ele se restringe à dimensão psíquica e Groddeck, justamente por sua experiência com pacientes sofrendo de doenças orgânicas, não admitia que a subjetividade pudesse ficar confinada à psique. Por essa razão, após conhecer a psicanálise, Groddeck passou a considerar o inconsciente, assim como o eu, como partes de algo maior, que ele decidiu

chamar de Isso. Apesar de ter a consciência de que estava fazendo um recorte arbitrário, estabelecendo, por exemplo, que o Isso começaria a existir a partir da concepção, Groddeck considerava que esse era o conceito mais amplo de indivíduo que ele poderia formular; um conceito que, ao mesmo tempo em que impedia a diluição da individualidade no todo, contemplava uma série de dimensões que o conceito tradicional de indivíduo (restrito ao eu) escamoteava.

Assim, o Isso pode ser caracterizado como o indivíduo considerado em sua integralidade. Para Groddeck, após a formulação desse conceito, não faz mais sentido falar em doenças orgânicas e doenças psíquicas. Todas as doenças são *doenças do Isso*, são expressões de um indivíduo que é corpo e psique ao mesmo tempo. Nesse sentido, todas as doenças são efetivamente psicossomáticas porque elas brotam de um ente que é um psicossoma, para utilizar o termo winnicottiano. É importante deixar claro que Groddeck não está menosprezando a utilidade das distinções entre fenômenos corporais e fenômenos psíquicos. O autor está apenas dizendo que essa separação deve ser utilizada de modo estritamente didático ou com finalidades meramente metodológicas. O Isso é uma unidade e deve ser abordado como tal.

A Escola de Psicossomática de Paris, por seu turno, não considera que a doença psicossomática deva ser vista como uma expressão do indivíduo considerado em sua integralidade. Marty e seus colegas, na esteira da concepção freudiana das neuroses atuais, pensam o adoecimento psicossomático como um fenômeno eminentemente somático, na medida em que o corpo teria sido forçado a produzi-lo pela impossibilidade de a mente descarregar suas tensões. Como já dissemos, para esses autores a doença dita psicossomática seria uma espécie de implosão pulsional produzida por uma mente insuficiente.

O conceito de Isso permite romper com essa separação entre mente e corpo que está na base das concepções da Escola de Psicossomática de Paris. Na medida em que pretende ser uma noção mais elástica de indivíduo, o Isso contempla tanto os aspectos psíquicos quanto os somáticos: “[...] O Isso engloba consciente e inconsciente, o Ego e os impulsos, corpo e alma, o fisiológico e o psicológico; perante o Isso não há uma fronteira demarcando o

físico e o psíquico. Ambos são manifestações do Isso, formas de apresentação.” (Groddeck, 1992j, p. 118). Diferentemente do inconsciente freudiano, que permanece restrito à dimensão psíquica, o Isso abrange a totalidade dos processos que ocorrem no indivíduo. Assim, com a noção de Isso, não é preciso supor, como o faz Freud, a existência de um processo de *conversão* de elementos psíquicos em elementos somáticos para explicar os sintomas físicos de um quadro histérico. Como manifestações do Isso, tais sintomas podem ser físicos e, ao mesmo tempo, simbólicos, ou seja, uma paralisia histérica, por exemplo, não *representa* uma fantasia inconsciente que teria sido *transformada* em um sintoma físico por uma operação de conversão de elementos psíquicos em inervações somáticas. A paralisia é a expressão orgânica concomitante à fantasia inconsciente que, por sua vez, é a expressão psíquica de um processo que não é nem exclusivamente físico nem exclusivamente psíquico, mas ambos ao mesmo tempo. Ora, o conceito de inconsciente não permite pensar essa simultaneidade entre a psique e o corpo, pois Freud restringiu-o ao campo do psiquismo.

Como se sabe, em 1923, com a publicação de *O Ego e o Id*, Freud introduziu em seu próprio sistema teórico o termo Isso (Id), mas num sentido completamente diferente daquele que Groddeck atribuiu originalmente ao conceito. O Isso freudiano acabou sendo reduzido a uma espécie de aparelho psíquico original, reservatório das pulsões, de onde emerge o ego por influência da experiência do corpo e do mundo externo e o superego como um precipitado dos investimentos objetivos do Isso. O próprio Groddeck se deu conta de que Freud havia pervertido o sentido original de seu conceito:

Em seu livro, *O Ego e o Id (Das Ich um das Es)*, Freud me concedeu a honra de me indicar como sendo a primeira pessoa a empregar a expressão ‘o Isso’ (*das Es*) e afirmar que iria assumi-la. É verdade, mas só que o conceito do ‘Isso’ como eu o utilizava para minhas finalidades, não servia para Freud e conseqüentemente ele o transformou em outra coisa diferente do que eu concebi [...]. Mas com isso não modificou nada essencial na psicanálise, não acrescentou nem tirou. Ela continuou a ser o que era, a análise do consciente e dos recalques, em suma: da psique. (Groddeck, 1992e, p. 161)

De fato, como Groddeck assinala, o conceito de Isso na obra freudiana não revolucionou em nada a prática da psicanálise e a própria concepção de Freud a respeito das relações entre corpo e psique. O que houve foi uma mudança apenas no âmbito da metapsicologia: de um aparelho psíquico topicamente

divido em consciente, pré-consciente e inconsciente passou-se a um aparelho psíquico dividido em isso, eu e supereu. Assim, enquanto o Isso groddeckiano contempla o indivíduo em sua totalidade, o Isso freudiano consiste tão-somente na máquina psíquica em seu estado original, isto é, um reservatório de energia pulsional derivada do corpo. No *Esboço de Psicanálise*, um de seus últimos textos, Freud descreve expressamente essa concepção redutora do Isso: “À mais antiga destas localidades ou áreas de ação psíquica damos o nome de *id*. Ele contém tudo o que é herdado, que está assente na constituição – acima de tudo, portanto, os instintos, que se originam na organização somática [...]” (Freud, 1940/1996, p. 158, grifo do autor). Groddeck (1992f, p. 174), por seu turno, utiliza o conceito de Isso para descrever “a totalidade dos processos vivos em cada ser humano individual, a partir da concepção”. É essa noção de Isso que permite ao médico alemão não cair nas armadilhas do psicologismo. Com efeito, se Groddeck tivesse reduzido o Isso ao âmbito psíquico, isso significaria dizer que todas as doenças, na medida em que são manifestações do Isso, são psicogênicas e, portanto, precisam ser sempre tratadas com psicoterapia. No entanto, como, na verdade, o Isso contempla “a totalidade do que é vivo num ser humano individual” (Groddeck, 1992f, p. 174), a decisão quanto ao tipo de tratamento a ser empregado na abordagem de uma enfermidade irá variar em função de cada caso. Se o indivíduo não é reduzido a um corpo nem a uma psique, mas é tomado como Isso complexo e multifacetado, qualquer método de tratamento incidirá sobre esse Isso em todas as suas dimensões:

No fundo, sou da opinião de que o ponto de intervenção do tratamento psíquico e orgânico é o mesmo, é o Isso do ser humano, e que esse Isso tem a capacidade de fazer um uso psíquico de uma laparotomia ou de uma dose de digitalina, ou então um uso físico através da sugestão ou da influência da análise. (Groddeck, 1992f, p. 169).

O que Groddeck está assinalando é que qualquer forma de tratamento, ao ter como alvo o Isso e não a psique ou o corpo tomados isoladamente, sempre será experimentado psicossomaticamente, de modo que alterações de ordem física podem se seguir a métodos psicoterapêuticos bem como alterações psíquicas podem ser produzidas em função da aplicação de meios considerados físicos, como cirurgias e uso de medicamentos. Com isso não se está sugerindo que algo físico cause alterações psíquicas nem vice-versa. Na medida em que o

Isso é uma totalidade psicossomática, qualquer procedimento, seja ele “físico” ou “psíquico” irá afetá-lo psicossomaticamente, de modo que alterações orgânicas e psíquicas concomitantes irão se produzir. Essa consideração evidencia que a utilização do conceito de Isso em substituição às noções de organismo e psiquismo possibilita uma libertação tanto do olhar quanto da abordagem sobre a doença. A enfermidade não precisa ser mais vista como um fenômeno de ordem estritamente orgânica ou psíquica. Entender a patologia como uma expressão da “totalidade dos processos vivos em cada ser humano individual” permite flexibilizar o olhar de modo a contemplar a variedade desses processos e não apenas aqueles pertencentes a uma ou outra dimensão. Semelhantemente, a abordagem terapêutica também se torna muito mais flexível na medida em que pode contar tanto com os elementos tradicionais da medicina somática quanto com os métodos psicoterapêuticos. O importante é atingir os objetivos almejados com o tratamento, os quais, do ponto de vista de Groddeck, podem ser sintetizados no esforço para “convencer” o Isso de que é melhor se expressar na linguagem da saúde do que na linguagem da doença.

A afirmação de que uma determinada doença é psíquica ou somática sempre pressupõe um recorte reducionista prévio, pois implica na consideração apenas de elementos psíquicos ou de elementos somáticos. Assim, a cada afirmação dessa natureza, escamoteia-se uma parcela significativa da realidade. Por isso, se em vez de falarmos em organismo e psiquismo, passássemos a falar em um Isso, o recorte inevitável da realidade na abordagem de uma doença iria se tornar menos redutor visto que passaria a contemplar mais fatores. De fato, a redução é inevitável já que a enfermidade, como qualquer fenômeno, só pode ser circunscrita e separada do contexto do qual emerge de forma arbitrária. Poderíamos nos perguntar, por exemplo: quais são os limites espaciais de uma tuberculose? Ou: em quais regiões do corpo ela está e em quais não está? Há critérios absolutos para definir quando uma patologia como essa se inicia e quanto termina? É óbvio que a medicina moderna adota parâmetros para definir o que é e o que não é uma tuberculose bem como o curso e a duração da doença. Contudo, trata-se sempre de um *recorte* que, para funcionar, precisa isolar a doença do doente e considerá-la como um fenômeno independente. Ora, se esse procedimento é útil em muitos casos, não o é para

todos, pois nem sempre o curso da doença será conforme os manuais médicos. Afinal, o corpo que experimenta a doença é um corpo-elaborado-imaginativamente, um corpo singular em permanente afetação com outros corpos. Por essa razão, o conceito de organismo é insuficiente para abordar esse corpo. Isso não significa que, diante das limitações da abordagem organicista, se deva convocar o psiquismo como uma espécie de tábua de salvação para explicar o desenrolar “atípico” da doença. Não se trata de considerar a patologia como sendo de “fundo emocional”. Trata-se, na verdade, de considerar o doente como uma realidade complexa, psíquica, somática, relacional e social, como um Isso que está sempre para-além de qualquer recorte.

Portanto, o conceito de Isso permite romper com a separação entre doenças orgânicas para as quais se busca um substrato anátomo-fisiológico e doenças psicossomáticas, para as quais se pretende encontrar uma razão de ordem “emocional”. Se a doença é tomada não como produção somática nem como produção psíquica, mas como expressão do Isso, a existência de causas de ordem biológica não é incompatível com a existência de razões de ordem psíquica. Como manifestação do Isso, o adoecimento passa a ser visto como um fenômeno complexo, simultaneamente somático e psíquico e que se constitui como expressão das relações do indivíduo com o ambiente.

5.5

Uma perspectiva relacional do adoecimento

Se trabalhamos com uma concepção de indivíduo como um Isso psicossomático, torna-se possível compreender a ausência de simbolizações, fantasias e outras produções dessa natureza no discurso do paciente não como evidências de uma insuficiência do funcionamento mental, mas como um indicativo de que *o indivíduo como um todo está doente*, de modo que a falta daquelas produções poderia ser tomada como apenas um dos aspectos da doença, mas não a causa dela. Em outras palavras, a ausência de produções ditas fantasmáticas não poderia ser tomada como causa do adoecimento, mas

como parte dele. A enfermidade da qual o paciente padece não seria constituída apenas pelos sintomas físicos, mas pelo *conjunto de manifestações* que ele apresenta, dentre as quais poder-se-ia incluir a ausência de produções fantasmáticas.

As causas do adoecimento em suas dimensões física e somática devem ser buscadas na relação do indivíduo com o mundo, assim como Spinoza (1677/2009) propõe em relação às paixões. Essas, para o filósofo, não devem ser tomadas como fenômenos *causados* pelo corpo. Elas são *efeitos* que se manifestam psicossomaticamente em função das experiências que o indivíduo vive em sua relação com o contexto. Propomos que a doença também seja encarada como um fenômeno que é resultante das relações do doente com o mundo, o que implica em considerar todas as manifestações físicas e psíquicas presentes no quadro de adoecimento como expressões diversas daquelas relações.

Esse ponto de vista *relacional* sobre os processos de adoecimento no campo psicanalítico é uma das marcas mais conhecidas de dois dos autores com os quais trabalhamos nesta tese, a saber: Ferenczi e Winnicott. Com efeito, as inovações técnicas que Ferenczi formulou para o tratamento psicanalítico se baseiam justamente numa perspectiva que considera o adoecimento psíquico não apenas como resultante da ação de mecanismos de defesa frente a moções pulsionais, mas principalmente como resposta a um ambiente traumático.

A Escola de Psicossomática de Paris, embora identifique os traumatismos como fonte dos processos ditos de somatização, acaba por relativizar a importância do fator ambiental na medida em que considera que a condição essencial para o advento de uma doença orgânica é a insuficiência do funcionamento mental²³. Assim, para os autores dessa escola, o trauma só tem um efeito desestruturante se o psiquismo não está suficientemente munido de

²³ Uma crítica semelhante à Escola de Psicossomática de Paris acerca desse tópico foi feita por Christophe Dejours no artigo “Biologia, psicanálise e somatização” (Dejours, 1998, p. 48): “A posição que eu defendo é constituída como uma crítica ao solipsismo, presente na obra de Marty, mas que, em certa medida, também é presente na obra de Freud. Consiste em analisar os movimentos psíquicos unicamente em função do que se passa no interior do sujeito tomado isoladamente, e, portanto, a não considerar o exterior, inclusive o outro.” Para uma análise comparativa entre as concepções de Dejours e as nossas, ver a Conclusão do presente trabalho.

representações e mecanismos de defesa. Divergindo desta perspectiva, para Ferenczi o elemento traumático incide sobre o indivíduo em sua integralidade, especialmente nos primeiros anos de vida, quando a dependência da criança em relação ao ambiente é muito maior. No artigo “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte”, o analista húngaro descreve o que pode acontecer, por exemplo, com um bebê traumatizado pela falta de acolhimento adequado do ambiente:

Eu queria apenas indicar a probabilidade do fato de que crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente ou, se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida. (Ferenczi, 1929/2011, p. 58)

Esse trecho nos permite perceber com clareza que, do ponto de vista de Ferenczi, o indivíduo reage *integralmente* ao trauma, utilizando para isso meios psíquicos e orgânicos. Num trecho anterior do texto, Ferenczi cita outros exemplos de sintomas que ele percebe como derivações do trauma infantil produzido pelo mau acolhimento da criança: pessimismo moral e filosófico, desconfiança, dificuldade para sustentar um esforço prolongado, friidez, impotência, disposição incomum para resfriados, quedas noturnas de temperatura, dentre outros. Percebe-se, pelo texto, que Ferenczi não estabelece uma diferenciação de *natureza* entre os sintomas psíquicos e os sintomas físicos. Para o autor, todos eles são expressões da relação do indivíduo com um ambiente que não o recebeu bem quando bebê. Em outras palavras, o que importa para o analista húngaro nessas situações não é a presença mais proeminente de sintomas psíquicos num caso e de sintomas físicos em outro, mas sim o fator traumático que está na origem de todos eles. Com efeito, a consideração da incidência do ambiente na etiologia do adoecimento levará a uma concepção de tratamento fundamentada muito mais na relação entre paciente e analista do que na investigação dos elementos intrapsíquicos:

De acordo com as minhas tentativas de ‘elasticidade’ da técnica analítica, relatadas em outro artigo, nesses casos de diminuição do prazer de viver, vi-me pouco a pouco na obrigação de *reduzir cada vez mais as exigências quanto à capacidade de trabalho dos pacientes*. Finalmente, impôs-se uma situação que só pode ser assim descrita: deve-se deixar, durante algum tempo, o paciente agir como criança [...] (Ferenczi, 1929/2011, p. 59, grifo nosso)

Note-se que quando Ferenczi fala em “reduzir cada vez mais as exigências quanto à capacidade de trabalho dos pacientes”, isso não significa que o autor esteja dizendo que tais pacientes são incapazes de elaborar simbolicamente os conteúdos abordados em análise. Ferenczi está chamando a atenção da comunidade analítica para a *dimensão relacional do que acontece em análise*. Com efeito, a demanda de trabalho que o analista propõe pode se configurar para aqueles pacientes como a reprodução do ambiente intrusivo e não acolhedor com que conviveram na infância. Por essa razão, seria conveniente modificar um pouco a estrutura do tratamento de modo a possibilitar que o paciente experimente um ambiente que, diferentemente daquele do qual é proveniente, seja suficientemente acolhedor para que ele se sinta o mais livre possível. Assim, para Ferenczi, deve-se criar uma atmosfera de *laissez-faire* porque certos pacientes não seriam capazes de suportar o peso do *setting* analítico tradicional sem adoecer ainda mais e não porque apresentariam um psiquismo insuficiente.

Percebe-se, portanto, que a Ferenczi não interessa distinguir entre sintomas físicos e sintomas psíquicos, mas entender como se estabeleceu a relação entre o indivíduo e o mundo, da qual os sintomas são a expressão. Assim, para o autor, não é uma boa mentalização que protege o corpo, evitando o surgimento de um adoecimento orgânico. Essa “proteção”, que não seria do corpo apenas, mas do corpo e do psiquismo considerados como uma unidade, estaria vinculada justamente à relação com o ambiente:

A ‘força vital’ que resiste às dificuldades da vida não é, portanto, muito forte no nascimento; segundo parece, ela só se reforça após a *imunização progressiva contra os atentados físicos e psíquicos*, por meio de um tratamento e uma educação conduzidos com tato. (Ferenczi, 1929/2011, p. 59, grifo nosso)

Para Ferenczi, portanto, um ambiente acolhedor e empático contribui para o fortalecimento das defesas naturais do indivíduo consideradas de um ponto de vista psicossomático. Nesse sentido, o que colabora para que o indivíduo não se desorganize diante de um traumatismo futuro é a presença no início da vida de um ambiente que estimule e fortaleça sua “força vital”. Como vimos no trecho citado, para Ferenczi o efeito desestruturante de um mau acolhimento no início da vida é muito significativo, pois a força vital do bebê ainda não é muito intensa. Por essa razão, o trauma nesse momento tem um efeito

devastador, produzindo uma espécie de *tendência inconsciente para a autodestruição*. O modo como Ferenczi chegou a essa descoberta é muito ilustrativo da abordagem que estamos propondo para o adoecimento, a qual prescinde da diferenciação entre doenças físicas, doenças psíquicas e doenças psicossomáticas:

Foi a análise de certos distúrbios circulatórios e respiratórios, de origem nervosa, em particular a *asma brônquica*, mas também casos de inapetência total e de emagrecimento, anatomicamente inexplicáveis, que me permitiram examinar mais a fundo a gênese das tendências inconscientes de autodestruição. Todos esses sintomas condiziam bem, na ocasião, com a tendência psíquica geral dos pacientes que tinham de lutar muito contra tendências suicidas. (Ferenczi, 1929/2011, p. 56, grifo do autor)

É possível observar que Ferenczi não toma “as tendências suicidas” dos pacientes como *causas* dos sintomas orgânicos que apresentavam, mas como *manifestações correlatas*. Para o autor, tanto os desejos de morte quanto os distúrbios circulatórios e respiratórios seriam expressões das “tendências inconscientes de autodestruição”, as quais, podemos inferir, não são de natureza exclusivamente psíquica. A palavra “inconsciente” não deve ser tomada no sentido clássico de representação mental recalcada, mas no sentido de uma tendência presente no indivíduo e que ainda não foi objeto da consciência. Trata-se, portanto, de uma tendência que se expressa tanto física (através dos sintomas somáticos) quanto psiquicamente (através das tendências suicidas).

Assim, ao correlacionar os distúrbios orgânicos com as tendências suicidas dos pacientes, Ferenczi pôde enxergar a presença nesses indivíduos de uma *tendência psicossomática de autodestruição*. Com Groddeck, poderíamos dizer que se trata de uma tendência do Isso. Inclusive, a própria perspectiva ferencziana de pensar o corpo como sendo uma plataforma de expressão simbólica – tendência que atinge seu apogeu no livro *Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade* – pode ser atribuída à influência de Groddeck. A correspondência entre os dois autores (Ferenczi e Groddeck, 2002) revela como Ferenczi foi se tornando cada vez mais simpático às ideias inovadoras de Groddeck acerca da possibilidade de aplicação da psicanálise no tratamento das

doenças orgânicas e também à maneira livre e com que o colega alemão conduzia o tratamento de seus doentes em seu sanatório²⁴.

Winnicott, assim como Ferenczi, também colocou acento na dimensão relacional como matriz da experiência individual. Como vimos no capítulo 02, para o analista inglês todo ser humano é dotado de uma tendência inata para a integração que poderíamos relacionar à “força vital” de Ferenczi e ao “esforço de perseverança na existência” (*conatus*) de Spinoza. Com efeito, essa tendência inata se constitui em uma espécie de inclinação do ser para o desenvolvimento saudável que, no início da vida, significa a realização das tarefas básicas da existência. Inclusive, assim como a “força vital” de Ferenczi precisa ser fortalecida por um ambiente acolhedor, a tendência inata para a integração de Winnicott também necessita de uma contrapartida ambiental suficientemente boa. Assim, o bebê só poderá se desenvolver *psicossomaticamente* de forma saudável na medida em que puder contar com um ambiente que facilite a ação dos processos naturais de maturação. Isso significa que a compreensão das formas de adoecimento, do ponto de vista winnicottiano, passa inevitavelmente pela consideração da relação do indivíduo com o ambiente – e isso não só nas fases iniciais do desenvolvimento, mas ao longo de toda a vida.

No artigo “Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica”, Winnicott (1963e/1983) enfatiza a necessidade de levar em conta o fator ambiental não apenas para compreender as formas de adoecimento psíquico que estão diretamente ligadas a falhas do cuidado no início da vida, mas também para discernir a importância da pessoa do analista no *setting*. Esse texto nos é particularmente conveniente porque, ao discutir o peso do fator ambiental e o lugar da relação de dependência na situação analítica, Winnicott recorre justamente ao caso de uma paciente que desenvolveu sintomas físicos como expressão da dependência em relação a ele.

²⁴ No artigo “Princípio de relaxamento e neocatarse”, que expõe algumas das principais inovações técnicas de Ferenczi, o autor afirma ter sido Groddeck quem o influenciou a adotar medidas de relaxamento paralelamente à aplicação da técnica analítica clássica: “Ao aproximar esses dois modos de tratamento, fui influenciado, sem dúvida, pelo meu encontro com Groddeck, o corajoso precursor da psicanálise dos distúrbios orgânicos, a quem me dirigira por causa de uma doença orgânica. Aprovei-o quando quis encorajar seus pacientes a darem provas de uma ingenuidade infantil, e pude constatar os resultados assim obtidos.” (Ferenczi, 1930/2011, p. 75).

Trata-se de uma jovem que o analista inglês começou a atender com mais frequência precisamente às vésperas de fazer uma viagem para o exterior. Como reação à proximidade da separação temporária do analista, a paciente passou a ter sonhos que indicavam forte dependência e tendências suicidas. A análise evidenciou que a partida de Winnicott estava sendo experimentada pela paciente como a repetição de um ou mais episódios traumáticos que ela teria vivenciado quando bebê. Essa reconstituição do trauma teria reavivado um desejo de morte experimentado pela paciente no início da vida como defesa contra as ameaças de aniquilação:

Ao se matar ela conseguiria controle sobre ser aniquilada no momento de ser dependente e vulnerável. No seu eu e corpo sadios, com seus tremendos impulsos para viver, ela tinha carregado por toda a sua vida a lembrança de ter tido alguma vez um tremendo desejo de morrer; e agora a doença física vinha como uma localização em um órgão do corpo desse desejo tremendo de morrer. (Winnicott, 1963e/1983, p. 226)

Winnicott mostra nesse trecho que a doença física apresentada pela paciente foi uma expressão do “tremendo desejo de morrer” que nela se ocultara até a reconstituição do trauma na situação analítica. Contudo, diferentemente do que supõe a Escola de Psicossomática de Paris, essa paciente não apresentava uma “carência fantasmática”, nem um “pensamento operatório”. Pelo contrário, seus sonhos atestam uma rica produção psíquica e, pela descrição de Winnicott, ela não parecia ter qualquer dificuldade em encarar simbolicamente o que acontecia tanto dentro quanto fora da situação analítica. Portanto, assim como Ferenczi percebera que as tendências suicidas e os distúrbios circulatórios e respiratórios dos pacientes que atendera eram expressões correlatas de uma mesma realidade – naquele caso, a “tendência inconsciente de autodestruição” – também Winnicott notou que os sonhos de sua paciente e a doença eram, ambos, modos autodestrutivos de reação à sua partida.

Semelhantemente a Ferenczi, o analista inglês não encara o surgimento do sintoma somático com espanto, pois seu olhar não está voltado para a doença, mas para a paciente e sua relação de dependência. Assim, a Winnicott não causa espécie a presença de uma doença orgânica lado a lado com fenômenos psíquicos de ordem simbólica, como sonhos. Para o analista inglês, o corpo é um meio de expressão individual assim como a psique, de modo que a doença

física não é considerada por ele como uma implosão de excitações não elaboradas, mas como a expressão somática de uma realidade que também se manifesta pela via psíquica. Assim, ao comentar o adoecimento físico apresentado pela paciente apresentada no artigo, Winnicott examina a fraqueza do ego daquela moça, fragilidade que se expressava psiquicamente na forma de sonhos que denotavam vulnerabilidade e somaticamente por meio de perturbações orgânicas:

De fato, o seu ego era incapaz de acomodar qualquer emoção forte. Ódio, excitação, medo – cada qual se separava como um corpo estranho, e se tornava com excessiva facilidade localizado em um órgão do corpo que entrava em espasmo e tendia a se destruir pela perversão de seu funcionamento fisiológico. (Winnicott, 1963e/1983, p. 228)

Percebe-se que Winnicott compreende os sintomas físicos no interior de um quadro mais amplo de adoecimento que, para o autor, diz respeito às vicissitudes da relação da paciente com o ambiente quando bebê e agora na situação analítica. A doença física é compreendida nesse contexto como *efeito dessas interações*. Em uma das sessões, Winnicott aponta para a paciente justamente esse significado relacional dos sintomas físicos de que ela sofre: “Pois eis você doente, e podemos observar que a doença física oculta uma reação extrema à minha partida, embora você não seja capaz de atingir uma percepção direta pelo sentimento da mesma.” (Winnicott, 1963e/1983, p. 229).

Também em Groddeck encontramos uma ênfase no aspecto relacional do adoecimento. Como vimos no capítulo 02, para o médico de Baden-Baden a doença deve ser entendida sempre como uma *mensagem*, o que não significa a suposição de uma determinação psicológica sobre as afecções do corpo. Com o conceito de “Isso” Groddeck consegue formular uma concepção de indivíduo em que corpo e psique são tomados como aspectos e não como partes, o que permite evitar a suposição de uma relação de causalidade entre eles ao mesmo tempo em que se admite que ambos atuam num regime de concomitância: “[...] a doença orgânica, que ao mesmo tempo é psíquica, nos revela algo sobre o Isso e seu inconsciente com a mesma clareza que as enfermidades psíquicas, que concomitantemente são físicas.” (Groddeck, 1992j, pp. 118-119). Portanto, quando Groddeck propõe olhar a doença como uma mensagem, ele não está querendo dizer com isso que toda patologia física é a expressão de um

conteúdo psíquico. Na medida em que o Isso não é nem físico nem psíquico, mas ambos ao mesmo tempo, as mensagens que o Isso veicula também são psicossomáticas. Nesse sentido, a doença é uma mensagem que se expressa igualmente na dimensão psíquica (amiúde de modo inconsciente) e na dimensão física.

Portanto, para Groddeck, a doença pode ser considerada como um *meio de comunicação inconsciente*. Ora, a comunicação pressupõe a presença de um interlocutor ou, pelo menos, de uma audiência. Nesse sentido, arriscaríamos a dizer que, do ponto de vista groddeckiano, a enfermidade é *um modo de estabelecer relações com o outro*, especialmente pela via da demanda. Trata-se, contudo, de um estado de exceção. Groddeck salienta o fato de que o adoecimento não é a forma mais espontânea de expressão e comunicação do Isso, que só recorre a ele quando as vias saudáveis estão obstruídas:

A doença é uma forma de expressão do Isso: se os gestos, as palavras, os pensamentos, as ações, mecanismos fisiológicos como a respiração, o pulso, o sono, a digestão ou a evacuação, não bastam para manifestar claramente certos processos internos do Isso individual de cada ser humano, ele recorre ao meio ambiente, ali escolhendo algum elemento que lhe sirva para ficar doente e assim exprimir, com a ajuda das manifestações patológicas, o que não consegue exprimir por vias normais. (Groddeck, 1992a, p. 103)

Esse é um ponto de convergência entre as concepções de Groddeck e de Winnicott a respeito do adoecimento. Com efeito, vimos anteriormente na ilustração clínica apresentada por Winnicott que, para o analista inglês, a paciente teria recorrido à patologia física como forma de expressar sua reação à separação temporária do analista e os fortes sentimentos que decorreram dessa reação e que não podiam ser suportados conscientemente. Portanto, também para Winnicott, o adoecimento é tomado como um recurso excepcional do qual o indivíduo inconscientemente lança mão para expressar aquilo que não pode ser manifesto por vias mais saudáveis.

Outro ponto comum entre os olhares de Groddeck e Winnicott para o adoecimento é a percepção que ambos os autores têm do efeito que o padecimento de uma enfermidade física produz sobre o ambiente imediato do doente. No mesmo artigo citado anteriormente, Winnicott observa a *função* que a patologia orgânica exerceria para a paciente que vinha tendo dificuldades para lidar com sua ida para o exterior. O analista inglês percebe claramente que

a doença era a única forma que a paciente havia encontrado para fazer frente às tendências suicidas e, ao mesmo tempo, ter a oportunidade de regredir e obter o cuidado de que se vira privada quando bebê:

Esta fase de dependência seria muito dolorosa para a paciente, e ela o sabia, e um risco de suicídio se associava a isso, mas, como ela dizia, não havia outro jeito. *Havia* um outro jeito, pois se seu analista não fosse capaz de se defrontar com sua dependência de modo que a regressão se tornasse uma experiência terapêutica ela sucumbiria em uma doença psicossomática que traria o tão necessitado cuidado [...] (Winnicott, 1963e/1983, p. 228, grifo do autor)

Para Winnicott, portanto, adoecer ainda é uma expressão de saúde, pois, no caso dessa paciente, por exemplo, a patologia física representava uma alternativa à possibilidade do suicídio. Groddeck também pensa de modo semelhante ao postular que uma das funções do adoecimento é justamente a de produzir uma alteração no ambiente que permita ao Isso voltar a se expressar por vias não patológicas. Nesse sentido, para-além do simbolismo e dos conteúdos inconscientes que se expressam nos sintomas, uma enfermidade manifesta sempre um pedido de ajuda, uma demanda de cuidado ao ambiente. E, de fato, ao adoecer o indivíduo torna-se vulnerável e dependente, o que o coloca numa posição muito semelhante à do bebê. Como se sabe, dependendo do tipo de doença, o indivíduo pode perder quase que completamente sua autonomia, como nos casos em que o paciente precisa ficar internado por semanas a fio, dependendo de familiares, amigos e profissionais de saúde para realizar atividades básicas como se alimentar ou ir ao banheiro. Levando essas circunstâncias em conta, Groddeck propõe a tese de que a doença é sempre um fenômeno *regressivo*, ou seja, contém sempre em sua origem a necessidade de um retorno aos estágios iniciais do desenvolvimento nos quais a dependência em relação ao ambiente se apresentava como um fato:

O doente procura ajuda, e por certo um tipo bem determinado de ajuda, que já conhece por experiência, ele procura a ajuda da mãe ou do seu substituto. Doença é sempre e em todas as circunstâncias aspiração pela mãe, pela boa e preocupada mãe; doença é volta à infância. Antes que o isso decida adoecer, deve existir de algum modo o desejo de brincar de criança, de ser criança. (Groddeck, 1994f, p. 208)

Estaria Groddeck tomando os efeitos pelas causas nesse caso? Uma leitura superficial poderia nos levar a crer que sim, imaginando que a ajuda que o estado de dependência ao qual o indivíduo sucumbe ao adoecer seria tão-somente uma *consequência* e não uma das *causas* do processo de adoecimento.

Esse é um raciocínio que busca negar a existência de uma dimensão teleológica da doença. Groddeck, contudo, apresenta argumentos que evidenciam que sua concepção da doença como um fenômeno dotado de intencionalidades não está baseada na ideia de que tais intencionalidades poderiam ser tomadas efetivamente como *causas* do adoecimento.

Quem nos ajuda a explicar essa ideia é o médico e filósofo Henri Atlan, citado no capítulo anterior. Em sintonia com a filosofia de Spinoza que nega a existência do livre-arbítrio, mas não a existência de ações intencionais, Atlan propõe pensar o indivíduo como um sistema auto-organizado em que a repetição de determinados eventos vai gradualmente levando à formação de “padrões de comportamento autoexecutáveis” (Atlan, 2011, p. 549). Assim, os resultados que se apresentam com recorrência nesses padrões convertem-se, pela lógica da auto-organização, em objetivos e intencionalidades:

A memorização de comportamentos auto-organizados e sua repetição desencadeada pela reiteração de seu resultado final (que desempenha, então, o papel de um ‘objetivo’ não programada nem produzido por auto-organização) podem, sob certas condições, gerar intencionalidade e sentido em um processo que chamamos de ‘auto-organização intencional’. (Atlan, 2011, p. 549)

Aplicando o mesmo raciocínio para pensar a intencionalidade das doenças postulada por Groddeck, teríamos a seguinte formulação: na medida em que as consequências do adoecimento no ambiente do doente são semelhantes ou às vezes idênticas desde a infância do indivíduo, pode-se imaginar que, após certo tempo tais consequências passariam a ser inconscientemente *buscadas*. Em outras palavras, aquilo que outrora teria vindo por acaso, sem intencionalidade, passa a ser desejado intencionalmente. Assim, para Groddeck, a descoberta de que o adoecimento provoca no ambiente uma série de alterações que podem nos ser bastante prazerosas, é algo que aprendemos logo no início da vida.

Na medida em que, para Groddeck, corpo e psique são apenas dois aspectos de uma mesma coisa, esse aprendizado acerca dos efeitos da doença sobre o ambiente não deve ser pensado como uma apreensão exclusivamente psíquica. O Isso, ou seja, o indivíduo como um todo, assimila o que ocorre à sua volta durante o processo de adoecimento. Portanto, desde esse momento não é mais possível supor que o funcionamento do corpo obedeça unicamente às leis da fisiologia. Os resultados da interação do corpo com o ambiente,

convertidos gradualmente em intencionalidades, passam a se fazer presentes, de modo que considerar que uma patologia é apenas um fenômeno anátomo-fisiológico desvinculado do ambiente equivale a pensar que o corpo é um sistema fechado impermeável às influências relacionais. Para Groddeck, portanto, a intencionalidade cuja presença é possível inferir nos processos de adoecimento é resultante de uma aprendizagem deflagrada desde o início da vida:

[...] até mesmo um bebê, que dispõe relativamente de poucos meios de expressão, sente que ficar doente é um meio infalível de exercer o poder. Quanto mais cedo o Isso infantil fizer tal descoberta, tratando de averiguar que tipo de doença forçaria o meio ambiente, isto é, principalmente a mãe, a desdobrar-se em carinhos e atenções, mais arraigado será o costume de ‘falar’ através do estado doentio, sobretudo das enfermidades crônicas. (Groddeck, 1992a, p. 104)

Essa perspectiva do adoecimento como um fenômeno regressivo, na medida em que leva o indivíduo a ocupar uma posição de dependência análoga à do bebê, também aparece no pensamento de Winnicott. Como vimos no capítulo 02, para o analista inglês, o “verdadeiro” distúrbio psicossomático é constituído como uma reação, pela via da doença física, ao processo de dissociação entre a psique e o soma. Na teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott, o assentamento da psique no soma, ou seja, o processo de personalização, só pode se atualizar plenamente em função de um cuidado suficientemente bom. Portanto, a fragilização do vínculo entre psique e soma é freada por meio da doença e, ao mesmo tempo, ao adoecer, o indivíduo passa a receber cuidados que podem facilitar a retomada do processo de personalização.

Na obra de Ferenczi também podemos encontrar referências a uma concepção de adoecimento físico como um meio regressivo de expressão. Como vimos no capítulo 02, ao analisar o que chama de “fenômenos de materialização histórica”, o autor aponta que tais fenômenos podem ser considerados como resultado de uma regressão na medida em que indicam uma tentativa de adaptação às vicissitudes da existência que recorre à modificação do próprio corpo e não da realidade externa. Ferenczi observa que, no curso do que ele chama de “desenvolvimento do sentido de realidade”, há de fato um estágio em que o bebê ainda não tem recursos para satisfazer suas necessidades e desejos pela via da alteração do mundo externo e, por isso, utiliza seu próprio

corpo como plataforma de expressão, por meio de gestos e de uma espécie de manipulação criativa da própria fisiologia. Assim, na dificuldade ou impossibilidade de manifestar certas demandas e desejos pela via da fala ou outro meio, o indivíduo faria uso de seu próprio corpo, sucumbindo a uma doença.

Trata-se de uma explicação quase idêntica à que Groddeck fornece, o que nos leva a concluir que para ambos os autores o adoecimento se apresenta como um estado de exceção ao qual o indivíduo se submete quando as demais vias de expressão encontram-se bloqueadas. Esse bloqueio, contudo, não se deve à ausência de representações mentais suficientes no psiquismo. Tanto para Groddeck quanto para Ferenczi, a obstrução das vias “saudáveis” de expressão está mais associada às resistências do ego quanto ao reconhecimento de determinados conteúdos. Trata-se, portanto, da velha censura freudiana, a qual, do ponto de vista desses autores e também de Winnicott, não deve ser tomada como um elemento exclusivamente intrapsíquico, pois tem uma origem relacional.

No artigo “A adaptação da família à criança”, Ferenczi (1928/2011) desenvolve a formulação freudiana de que o superego se forma com base no contexto familiar e indica que, embora o desenvolvimento da criança envolva o abandono de certas formas infantis de satisfação pulsional, esse processo não precisa necessariamente acontecer às custas de um recalçamento excessivo. Nesse sentido, a severidade do superego e da censura não seriam características estruturais do psiquismo, mas contingentes às vicissitudes da relação que a família estabeleceu com o indivíduo na infância, ou seja, ao modo como a família se adaptou à criança e esta se adaptou à família. Nas palavras de Ferenczi, “o superego é, portanto, o resultado de uma interação do ego com uma parte do meio ambiente. A severidade excessiva pode acarretar prejuízos para a criança por toda a vida, dotando-a de um superego demasiado rígido.” (Ferenczi, 1928/2011, p. 13).

Vemos, portanto, à luz das contribuições de Ferenczi, que o processo de recalçamento possui uma origem ambiental e se expressa por uma cisão entre produções da psique que podem ser reconhecidas na medida em que são

conformes ao ambiente e produções que não podem ser reconhecidas e que precisam ser mantidas afastadas da consciência. Ora, se estamos propondo uma matriz na qual corpo e psique são considerados como dimensões de uma mesma realidade, é possível concluir que o recalçamento e os diversos mecanismos de defesa que permitem a manutenção da cisão no plano da elaboração imaginativa são acompanhados por afecções corporais. É esse pressuposto que permite compreender o adoecimento como produto final de um processo de defesa psicossomática.

Trata-se de uma formulação distinta da concepção freudiana da conversão histérica. Com efeito, para Freud, a conversão é um meio através do qual as excitações pulsionais vinculada às representações recalçadas no inconsciente são descarregadas. Para o médico vienense, se a psicanálise funciona no tratamento dos sintomas conversivos é justamente porque ela possibilita o retorno das excitações pulsionais para o plano da representação por intermédio do processo de elaboração psíquica. Em outras palavras, para Freud, a conversão histérica é um *efeito físico de um recalçamento psíquico*.

Em nossa matriz, o recalçamento é um processo *psicossomático*, ou seja, ele se expressa psiquicamente na forma da cisão subjetiva, mas também se manifesta correlativamente no âmbito do corpo. Se a resistência à integração consciente das produções psíquicas recalçadas é baixa, ou seja, se o indivíduo não precisa empregar esforços demasiados na manutenção da cisão, as modificações corporais correlatas serão praticamente imperceptíveis ou clinicamente insignificantes. Uma dor de cabeça passageira, por exemplo, pode ser a expressão orgânica de uma experiência que na psique toma a forma de uma tentativa de recalçar certos pensamentos incômodos, mas que não são absolutamente intoleráveis. Contudo, a necessidade de repetição cotidiana do processo de recalçamento pode acabar dando origem a uma enfermidade mais ou menos grave, dependendo do nível de defesa exigido. A esse respeito, Groddeck fornece o seguinte exemplo:

Pense num ser humano assombrado durante anos, décadas, pela angústia de subir ou descer escadas. A escada é um símbolo sexual e há inúmeras pessoas perseguidas pelo terror de cair da escada. Ou pense em alguém que obscuramente imagina o chapéu como símbolo sexual. Pessoas assim se veem constantemente obrigadas a recalçar, são obrigadas a submeter o tempo todo seus ventres, peitos,

rins, corações, cérebros, a certas surpresas, a envenenamentos químicos. (Groddeck, 1923/2008, p. 115)

Quanto mais intensa for a necessidade de recalcar, mais grave será a doença, posto que ela aparece como resultado de um longo e dispendioso processo psicossomático de manutenção da cisão subjetiva. O adoecimento é, nesse sentido, o produto final de uma experiência de afetação com o ambiente. A necessidade de se defender do reconhecimento de certas produções psíquicas nasce na interação com o mundo e é mantida (ou não) por essa interação. Não se trata, portanto, de um processo exclusivamente intrapsíquico, mas relacional.

Conceber a doença como sendo a expressão de um processo psicossomático de defesa não significa defender a psicanálise como uma panaceia. Embora seja de se esperar que, ao adquirir a capacidade de reconhecer conscientemente as produções psíquicas recalçadas, o indivíduo passe a não mais precisar recorrer às resistências psíquicas e, por consequência, aos processos físicos deletérios que as acompanham, isso não implica necessariamente num desaparecimento imediato da doença. Como afirma Groddeck, “Tenho a vaga ideia de que a ação de libertar do recalque o que está recalçado tem uma certa importância. Mas duvido que o mecanismo da cura esteja aí.” (Groddeck, 1923/2008, p. 117). Para o médico alemão, é impossível descrever completamente como ocorre o processo de cura de uma doença, pois o Isso não é cognoscível em sua plenitude já que se trata da “totalidade dos processos vivos de um indivíduo”. Por isso, todo método de tratamento, como já dissemos, é relativo e precisa ser escolhido de acordo com as condições de cada caso. Tanto para Groddeck quanto para Ferenczi e Winnicott, o mais importante não é conseguir oferecer uma descrição objetiva dos processos que levaram determinado indivíduo a adoecer e a se recuperar de uma doença. Para esses autores, o fundamental é conseguir ajudar o paciente a se recuperar. As teorias e técnicas são vistos por eles apenas como meios para alcançar esse objetivo primordial.

5.6

Para-além da anatomia e da fisiologia: um corpo sem órgãos

Assim, quando Groddeck e Ferenczi postulam que o adoecimento físico se apresenta como uma via excepcional de expressão, isso não se deve a uma suposta falha do psiquismo em conter e drenar excitações pela insuficiência de representações mentais. Trata-se, na verdade, do mesmo mecanismo presente nas neuroses: defesa contra o retorno do recaiado. Como apontamos no capítulo 02, ao formular a noção de “fenômenos de materialização histérica”, Ferenczi acabou relativizando um dos principais elementos que tradicionalmente eram apontados no campo psicanalítico como fatores de diferenciação entre a conversão histérica e os distúrbios psicossomáticos, a saber: a ausência de lesão de órgão no primeiro caso. Ora, os “fenômenos de materialização” descritos pelo analista húngaro implicam efetivamente na presença de alterações anátomo-fisiológicas, ou seja, não se trata apenas de sintomas ditos funcionais, para os quais não haveria um substrato orgânico correspondente, como nas clássicas cegueiras e parestesias histéricas:

As fibras lisas da musculatura do tubo digestivo, dos brônquios, das glândulas lacrimais e sudoríparas, os corpos eréteis do nariz, etc. encontram-se à disposição do inconsciente do histérico; ele tem a faculdade de realizar inervações isoladas (por exemplo, dos músculos dos olhos e da laringe) que são impossíveis para o indivíduo saudável; também conhecemos a aptidão do histérico, embora mais rara, para provocar hemorragias locais, erupções cutâneas e tumescências das mucosas. (Ferenczi, 1919/2011, p. 45)

Nesse mesmo artigo sobre os fenômenos de materialização, Ferenczi esclarece que essa capacidade de produzir alterações orgânicas que subvertem os mecanismos supostamente universais da fisiologia não é uma habilidade que apenas certos indivíduos adquirem ao tornarem-se histéricos. Na verdade, como vimos no capítulo 02, essa dimensão plástica e criativa do corpo que poderíamos associar ao conceito de “*corpo sem órgãos*” formulada por Artaud (1948/2004) e explorada por Deleuze e Guattari (1980/2012), se faz presente na infância, quando a dimensão do *organismo* (que, portanto, não é naturalmente dada) ainda não foi introduzida pela via da educação. Nesse sentido, o histérico, para Ferenczi, é aquele que declara uma espécie de rebelião contra o estrato do organismo; é aquele que denuncia o caráter

artificial desse estrato e expõe o corpo sem órgãos como esse campo de *experimentação e circulação de intensidades*: “Ora, as ‘materializações’ históricas mostram-nos o organismo em toda a sua plasticidade e mesmo em sua habilidade criadora.” (Ferenczi, 1919/2011, p. 57).

No capítulo 7 de *Francis Bacon: lógica da sensação*, Deleuze (1981) retoma a temática do corpo sem órgãos em articulação justamente com a histeria. O filósofo toma a histeria como uma espécie de tipo para caracterizar a realidade viva do corpo sem órgãos. Com efeito, os órgãos na histeria não são os órgãos do organismo. Eles não se definem pelo seu lugar nos sistemas anatômicos e por sua função fisiológica:

Uma onda de amplitude variável percorre o corpo sem órgãos; traça zonas e níveis segundo as variações de amplitude. No encontro da onda, a tal nível, e de forças exteriores, aparece a sensação. Um órgão será então determinado por este encontro, mas é um órgão provisório, que não dura a não ser a duração da passagem da onda e da ação da força, e que se deslocará para se colocar em outro lugar. (Deleuze, 1981, p. 25)

O corpo sem órgãos, portanto, tal como expresso na histeria, fabrica órgãos provisórios, intensivos e expressivos, subvertendo o caráter estático do organismo. Em oposição à fixidez da anatomia e da fisiologia, o corpo histórico se manifesta como um campo flexível, plástico no qual os órgãos não são mais aparelhos de digerir, respirar, excretar, mas se convertem em circuitos de intensidades, expressando a experiência somática em sua dimensão afetiva e lúdica: “a onda percorre o corpo; em um dado nível um órgão se determinará, segundo as forças de encontro; e este órgão mudará se a própria força mudar ou se passar de um nível a outro.” (Deleuze, 1981, p. 25).

O problema, poderíamos dizer à luz tanto de Ferenczi quanto das reflexões de Deleuze e Guattari a respeito do corpo sem órgãos, é que o histórico faz esse trabalho de desarticulação do estrato do organismo de modo *reativo* e não *espontâneo*, ou seja, nos termos de Deleuze e Guattari, sem “prudência”:

Não se faz a coisa com pancadas de martelo, mas com uma lima muito fina. Inventam-se autodestruições que não se confundem com a pulsão de morte. Desfazer o organismo nunca foi matar-se, mas abrir o corpo a conexões que supõem todo um agenciamento, circuitos, conjunções, superposições e limiares, passagens e distribuições de intensidade, territórios e desterritorializações medidas à maneira de um agrimensur. (Deleuze e Guattari, 1980/2012, p. 25)

Portanto, a anatomia imaginária da histeria da qual o próprio Freud já havia se dado conta não está restrita ao campo da representação nem consiste apenas em uma fantasia sem vinculação com a experiência afetiva do corpo. A partir de Ferenczi podemos compreender essa anatomia imaginária justamente como o correlato psíquico dessa dimensão intensiva e plástica do corpo que permanece insubmissa à dimensão do organismo, à qual associamos a noção de corpo sem órgãos. Esse conjunto formado pela anatomia imaginária e pela dimensão intensiva do corpo não é resultado do processo de adoecimento histórico, mas um recurso do qual a doença lança mão para se expressar quando outras vias de manifestação se encontram bloqueadas. Isso significa que o “problema” não é o uso do corpo como plataforma de expressão, mas o uso *reativo* do corpo pela via da enfermidade. Com efeito, Ferenczi chega a dizer que essa capacidade de utilizar o corpo em sua dimensão plástica e desobediente ao estrato do organismo é a mesma que se faz presente na arte:

As proezas puramente ‘autoplásticas’ do histórico poderiam muito bem constituir o modelo dos desempenhos corporais realizados pelos atores e pelos artistas, inclusive o modelo das artes plásticas, em que os artistas trabalham um material fornecido não por seus próprios corpos mas pelo mundo. (Ferenczi, 1919/2011, p. 57)

Essa concepção do adoecimento como revelador de uma dimensão intensiva e plástica do corpo/psiquismo que se expressa a despeito da dimensão “oficial” do organismo também se faz presente tanto em Groddeck quanto em Winnicott. No texto “Da barriga e sua alma”, Groddeck mostra que a divisão do corpo em sistemas, órgãos, tecidos etc. introduzida pela medicina moderna e que parece tão “natural” e óbvia aos olhos da sociedade contemporânea não é a única maneira possível de conceber a divisão do corpo. O autor mostra que se pode, por exemplo, pensar no corpo humano em termos de uma divisão tripartite (cabeça, tronco e membros), concepção que, aliás, do seu ponto de vista, seria a mais original. Pode-se também pensar o corpo como sendo composto por elementos sólidos, líquidos e cavidades²⁵. O médico de Baden-Baden faz essa ressalva de que a divisão do corpo pode ser estabelecida a partir

²⁵ O próprio Spinoza, por exemplo, desenvolve na *Ética* uma série de proposições a respeito do corpo considerando-o como composto de diversos indivíduos que se diferenciam justamente por sua consistência: “[...] alguns são fluidos, outros, moles, e outros, enfim, duros.” (Spinoza, 1677/2009, p. 66, post. 3, parte II)

de diferentes critérios justamente para assinalar que a *elaboração imaginativa*²⁶ que o indivíduo faz de sua vivência corporal não necessariamente corresponde à concepção do corpo como organismo composto de sistemas, órgãos e tecidos.²⁷

Em outras palavras, o psiquismo não forma uma representação do corpo correlata às divisões da anatomia e fisiologia. Isso está diretamente de acordo com a concepção de mente proposta por Spinoza que apresentamos no capítulo precedente. Com efeito, do ponto de vista spinozano a mente tem como objeto o corpo. Logo, “a mente humana não percebe nenhum corpo exterior como existente em ato senão por meio das ideias das afecções de seu próprio corpo.” (Spinoza, 1677/2009, p. 73, prop. 26, parte III). Nesse sentido, a mente spinozana, assim como a psique winnicottiana, pode ser caracterizada como um movimento de elaboração imaginativa da vivência corporal. Todavia, como Spinoza (1677/2009) afirma na definição 3 da parte II da *Ética*, as ideias que a mente forma não são percepções ou representações, mas conceitos produzidos como resultado de um movimento ativo de pensamento simultâneo à experiência corporal. Como o corpo, para Spinoza, assim como para Ferenczi, Groddeck e Winnicott não é tomado como um objeto isolado, mas como um sistema de relações, a mente irá formar ideias concomitantes aos encontros, composições e decomposições do corpo em sua relação com o mundo.

Assim, embora a anatomia e a fisiologia consigam estabelecer uma concepção de corpo como organismo que torna possível a comparação entre corpos diferentes, o corpo, tal como elaborado imaginativamente pela psique, será radicalmente singular. Afinal, o que se apresenta como objeto de elaboração psíquica não é o corpo-organismo da anatomia e da fisiologia, mas justamente o corpo intensivo, plástico e relacional, o corpo sem órgãos:

Se duas pessoas balançam um dedo, o anatomista e o fisiologista verão uma semelhança essencial nos dois eventos. Para o estudioso do psicossoma, no entanto, à anatomia e à fisiologia da ação deve ser acrescentado o significado da ação para o indivíduo, e por isso, balançar o dedo é algo específico, em cada caso, ao indivíduo que o fez. (Winnicott, 1990, p. 45)

²⁶ Tomamos aqui a liberdade de utilizar uma expressão de Winnicott para caracterizar um processo que, do nosso ponto de vista, Groddeck também supõe que aconteça. De todo modo, vale ressaltar que a expressão não é empregada pelo médico alemão.

²⁷ Como o próprio Freud já havia percebido a propósito da histeria, conforme já havíamos assinalado.

Voltemos, então, ao texto de Groddeck “A barriga e sua alma” a fim de verificarmos de que modo o autor concebe essa dimensão experiencial do corpo que se opõe ao organismo. Como dissemos acima, o médico alemão inicia esse texto explicando que as divisões do corpo podem ser pensadas a partir de vários critérios e é essa relatividade que permite a ele, Groddeck, tomar a barriga como objeto “em vez de abordar os órgãos e aparelhos que nela estão alojados” (Groddeck, 1992h, p. 259). O autor considera necessário estudar a barriga porque, do seu ponto de vista, a elaboração imaginativa que fazemos do corpo, especialmente em função das experiências típicas da infância, tende a produzir uma série de fantasias a respeito daquela parte do corpo, as quais persistem lado a lado com os conhecimentos anatômicos e fisiológicos que vamos adquirindo. É esse conjunto de fantasias primitivas organizadas em torno da ideia de que o núcleo da subjetividade se encontra na barriga que Groddeck denomina de “alma da barriga”:

Até o momento, não empreendi a tentativa de provar a existência da alma da barriga; no lugar de longas explicações, prefiro chamar a atenção para os desenhos infantis. Para as crianças, o peito e a barriga são um só espaço vazio. Quando desenham alguém, o alimento cai da boca diretamente para o fundo de um barril, onde se forma uma papa meio líquida. Acima da superfície dessa papa há um vazio, pois a alma, ali alojada, não é visível e não pode ser representada graficamente. É desse barril que se eleva a voz humana, é ali a sede do desejo, do amor, dos desgostos e demais sentimentos primários. (Groddeck, 1992h, p. 261).

Vale assinalar que Winnicott – cuja experiência com crianças era indubitavelmente maior do que a de Groddeck, dada a sua condição de pediatra – também detectou a presença dessas fantasias primitivas da barriga como sede do mundo interior. Num artigo de 1936 chamado “O apetite e os problemas emocionais”, o analista inglês mostra como os bebês, no processo de elaboração imaginativa da vivência corporal, tendem a associar as vicissitudes emocionais de sua relação com o ambiente às experiências corporais de ingestão, digestão e excreção, ou seja, aos processos que se passam na região da barriga. O autor afirma que sem levar em conta as fantasias que o bebê produz acerca da barriga e de seu mundo interior, a compreensão do adoecimento, especialmente das crianças, ficaria incompleta: “Nenhum caso de cólica infantil, vômito, diarreia, anorexia ou constipação pode ser inteiramente explicado sem referência às fantasias conscientes e inconscientes da criança sobre o interior de seu corpo.” (Winnicott, 1936/2000, p. 93).

Groddeck, por seu turno, irá enfatizar o fato de que essas fantasias não desaparecem na vida adulta e a prova disso são justamente as enfermidades que se localizam na região da barriga, as quais acabam por revelar sua plena vigência mesmo após a infância. Isso quer dizer que o corpo que padece de uma doença e que se apresenta ao profissional de saúde não é apenas o organismo da anatomia e da fisiologia e definitivamente não é o corpo tomado como fonte pulsional que implodiu por excesso de excitações não drenadas pela psique. Não! A partir de Spinoza, Ferenczi, Groddeck e Winnicott, podemos conceber o corpo como um campo plástico, singular, elaborado imaginativamente, ou seja, como um corpo expressivo, preñado de sentidos.

De acordo com Groddeck, à medida que a elaboração imaginativa prossegue, a criança vai constituindo divisões entre a alma da barriga e outras duas “almas”: a do peito, que passa a ser lócus de habitação dos processos relativos ao amor e à sexualidade, e a da cabeça, sede do pensamento tanto consciente quanto inconsciente. São dignas de nota as afinidades entre essa formulação de Groddeck e as concepções de Winnicott acerca da formação da mente como uma modalidade específica do funcionamento psíquico. Com efeito, no artigo “A mente e sua relação com o psicossoma”, Winnicott (1949/2000) esclarece que a mente – concebida como um aspecto da psique dedicado à compreensão do que se passa na experiência – só começa a se desenvolver efetivamente quando tal compreensão é requerida, ou seja, quando a mãe começa gradualmente a permitir pequenas discontinuidades na experiência do bebê (fase de dependência relativa). Para Groddeck, a “alma da cabeça”, que podemos associar à mente de Winnicott, também se desenvolve num momento posterior às almas da barriga (a mais primitiva) e do peito: “Parece que a última a ser reconhecida [pela criança] é a alma da cabeça, que afinal acaba assumindo, na nossa cultura, uma primazia perigosa e injustificável.” (Groddeck, 1992h, p. 262).

Essas considerações a respeito das convergências entre as formulações de Winnicott e Groddeck bem como os cotejamentos que fizemos entre certos pontos das concepções desses autores e as de Ferenczi tiveram como objetivo indicar a existência de pressupostos comuns entre elas. Pressupostos que, articulados à filosofia de Spinoza, nos permitem formular um esboço de uma

nova matriz de compreensão do adoecimento somático a partir de uma perspectiva psicanalítica. Uma matriz que considera todas as formas de adoecimento como autenticamente *psicossomáticas* e como *expressões* do indivíduo considerado como um Isso, ou seja, como uma realidade complexa, multifacetada e indissociável do ambiente.

6

Conclusão

A fim de oferecer ao leitor uma visão de conjunto deste trabalho, faremos uma recapitulação dos principais pontos abordados em cada capítulo. Em seguida, destacaremos algumas especificidades da matriz teórica cujo esboço aqui apresentamos a partir de uma comparação com outro modelo teórico de abordagem do adoecimento somático em Psicanálise que, tal como o nosso, adveio de uma crítica à Escola de Psicossomática de Paris.

Iniciamos nosso percurso no primeiro capítulo por meio de uma caracterização crítica dos principais conceitos e pressupostos presentes na teoria do adoecimento somático formulada pelos autores da chamada Escola de Psicossomática de Paris. Vimos que o núcleo dessa teoria é a tese de que a doença orgânica é o resultado final de um processo que se inicia com um trauma e passa pela incapacidade passageira ou estrutural da mente de possibilitar o escoamento da tensão gerada pelo evento traumático através de representações mentais. Essa insuficiência mental acaba por tornar o corpo vulnerável na medida em que ele se torna o escoadouro das excitações não elaboradas. A doença física é, portanto, fruto de uma desorganização somática ocasionada pela descarga de excitações não elaboradas no corpo.

Vimos que essa concepção indica que o modelo proposto pela Escola de Psicossomática de Paris se fundamenta na ideia de que o corpo padece quando a mente não cumpre adequadamente sua suposta função, isto é, o fornecimento de representações mentais por meio das quais as excitações possam ser como que drenadas. Há, portanto, nesse modelo, uma ênfase na dimensão econômica da psique em detrimento da dimensão qualitativa das produções psíquicas. Vimos também que se a Escola de Psicossomática de Paris postula a possibilidade de que o corpo possa padecer as consequências de uma insuficiência psíquica, isso significa que está implícito em seu modelo um pressuposto dualista no que diz respeito às relações entre corpo e mente. Afinal, o corpo é tomado como uma espécie de válvula de escape para algo que

não foi elaborado no campo psíquico, o que dá a entender que a psique pode agir independentemente do corpo. Isso é confirmado igualmente pela asserção também presente naquele modelo de que um bom funcionamento psíquico *protege* o corpo quanto à possibilidade de surgimento de doenças.

Essa ideia de que uma boa “mentalização” resguardaria o corpo do impacto de um trauma evidencia o modo como o dualismo se faz presente naquele modelo, a saber: na forma de uma concepção *hierárquica* das relações entre corpo e mente. Com efeito, o corpo é tomado nesse modelo como uma instância menos evoluída do indivíduo e que só é afetada pela experiência quando a mente não consegue lidar por seus próprios meios com as vicissitudes da relação com o mundo. Cremos que essa concepção reverbera a valorização iluminista da razão em detrimento do corpo, que radicaliza uma tendência de depreciação da dimensão somática que se faz presente ao longo de boa parte da tradição filosófica, a começar por Platão e sua concepção do corpo como prisão e instrumento da alma.

No segundo capítulo, nosso objetivo era mostrar que, a despeito da hegemonia conquistada pelo modelo da Escola de Psicossomática de Paris no campo psicanalítico, há outras formas de abordar as enfermidades físicas em psicanálise que não compartilham dos mesmos pressupostos da escola francesa. Para isso, apresentamos as concepções de três autores (Ferenczi, Groddeck e Winnicott) acerca do adoecimento somático e das relações entre corpo e psique. A partir da leitura que fazemos, consideramos que tais analistas têm em comum alguns aspectos, tais como: o fato de não pensarem as relações entre corpo e psique de modo dicotômico; o não endossamento da concepção freudiana de psique como uma máquina de drenar excitações; o fato de encararem o corpo como elemento fundamental na construção da subjetividade; e também a abertura para pensar o adoecimento físico como uma expressão simbólica da relação do indivíduo com o mundo.

Vimos em Ferenczi o papel fundamental exercido pelo corpo no desenvolvimento do que o autor denomina de “sentido de realidade”. Para o analista húngaro, a primeira versão da realidade com a qual o bebê se depara é uma extensão de sua corporeidade, na medida em que as primeiras impressões

do mundo exterior formuladas por ele são suscitadas com base em sua experiência corporal. Em outras palavras, para Ferenczi o conhecimento imediato que temos do mundo não é intelectual, mas afetivo e corporal. Vimos também em Ferenczi que, para-além da dimensão orgânica, com seus sistemas, órgãos e mecanismos ligados à manutenção da homeostase e da sobrevivência, o corpo é fundamentalmente um campo de circulação de intensidades, ou seja, um corpo erógeno, afetivo, dotado de uma plasticidade que desafia, inclusive, a própria dimensão orgânica, como nos casos de “materialização histórica” e “neuroses de órgão”. De Ferenczi, portanto, extraímos a concepção de um corpo-psique, plástico, intensivo e expressivo.

Em Groddeck vimos uma concepção do adoecimento somático como sendo sempre simbólico, embora o autor faça a ressalva de que, a partir dessa ideia, não se deve concluir que toda enfermidade deva ser tratada com meios psicoterapêuticos. Para Groddeck, corpo e psique são apenas dois termos que utilizamos para descrever aspectos de uma mesma realidade, de modo que em todo adoecimento dito psíquico o corpo também está enfermo e em toda doença orgânica a psique também padece. Por essa razão, em vez de falar de doenças do corpo e doenças da psique, Groddeck prefere afirmar que todas as doenças são doenças do Isso, termo que o autor utiliza para se referir ao indivíduo, tomado como uma unidade psicossomática expressiva. Assim, uma enfermidade não seria um acidente, mas uma forma de expressão do indivíduo, assim como o seu modo de falar, de andar, de comer etc. Em outras palavras, sendo algo advindo de uma unidade somatopsíquica (o Isso), o adoecimento jamais se esgotaria em sua dimensão anatômica e fisiológica. Toda enfermidade possuiria também uma dimensão simbólica, constituindo-se como uma espécie de mensagem, aspecto que evidencia também a dimensão relacional das diversas formas de adoecimento.

Em Winnicott, vimos que a psique é tomada como a elaboração imaginativa da experiência corporal, mostrando que, para o analista inglês, não há uma dicotomia entre corpo e psique. Por outro lado, vimos que embora a conexão entre corpo e psique seja intrínseca, ou melhor, que, para o autor, ambos sejam vistos como facetas de uma mesma realidade (um corpo elaborado imaginativamente), a *experiência* de ter o corpo sendo “habitado”

pela psique estaria condicionada às vicissitudes da relação do indivíduo com o ambiente no início da vida. Com efeito, a articulação entre a dimensão psíquica e a dimensão somática da experiência dependeria da existência de um ambiente suficientemente bom nos estágios iniciais do desenvolvimento. Na presença desse ambiente, a experiência física seria paulatinamente *personalizada* por meio da produção de criações imaginativas. Isso mostra que a concepção winnicottiana de “elaboração imaginativa” do corpo como sendo constitutiva da psique é radicalmente distinta da ideia de elaboração que subjaz ao modelo da Escola de Psicossomática de Paris. Para os autores dessa escola, em consonância com os pressupostos da metapsicologia freudiana, elaborar uma experiência significa oferecer representações mentais para que as excitações geradas por ela possam ser drenadas e não se descarreguem no corpo.

Atento à possibilidade de que a experiência de encontro entre a dimensão psíquica e a dimensão somática da experiência aconteça de modo precário, Winnicott formula um conceito de transtorno psicossomático como sendo um efeito dessa eventual precariedade. Para o analista inglês, o *verdadeiro* distúrbio psicossomático é aquele caracterizado pelo surgimento de uma doença física como uma tentativa de manter corpo e psique minimamente articulados, posto que a raiz do distúrbio psicossomático seria o enfraquecimento ou rompimento do elo entre a dimensão somática e a dimensão psíquica. Contudo, apesar de reservar o termo “transtorno psicossomático” para se referir mais rigorosamente apenas àquele tipo de caso, Winnicott assevera que existiria uma série de padecimentos físicos que seriam tão-somente a *expressão orgânica concomitante a determinados processos psíquicos*, ou seja, que seriam indicativos não de uma dissociação, mas de uma articulação harmônica entre corpo e psique.

No terceiro capítulo enveredamos pela filosofia de Spinoza a fim de buscarmos alguns pontos de articulação com os autores do campo psicanalítico apresentados no capítulo anterior. Vimos que Spinoza postula a existência de uma única substância infinita, dotada de infinitos atributos, o que implica na conclusão de que todas as coisas existentes são *modos* da substância. Dentre os infinitos atributos da substância, o homem seria capaz de perceber dois: a extensão e o pensamento. Sendo também um modo da substância, o homem

poderia ser concebido como um corpo (sob o atributo extensão) e como uma mente (sob o atributo pensamento). Vimos que, com base nesses pressupostos, Spinoza concebe a mente como a ideia do corpo, ou seja, como a atividade de pensar a experiência somática. O corpo, portanto, não poderia sofrer efeitos causados pela mente, pois ambos seriam aspectos de uma mesma realidade. Todos os processos que ocorrem no âmbito do corpo possuiriam correlatos mentais, ainda que tais correlatos não sejam uniformes em relação aos processos físicos. Com a ajuda de Chantal Jaquet, vimos que o conceito de afeto, central na *Ética* de Spinoza, permite pensar adequadamente sobre o caráter eminentemente psicossomático da experiência humana e com a ajuda de Henri Atlan pudemos perceber que, embora não haja relação de causalidade entre corpo e psique, a observação dos processos que se dão em uma dimensão pode ajudar a esclarecer o que ocorre na outra. Assim, com base na filosofia de Spinoza, podemos considerar todas as doenças como verdadeiramente psicossomáticas, não no sentido tradicional de enfermidades físicas como efeitos de processos psíquicos, mas no sentido de que toda patologia física possui correspondentes no âmbito psíquico que devem ser levados em conta também como fazendo parte do quadro mais amplo da doença.

No quarto e último capítulo desenvolvemos algumas articulações entre as concepções de Ferenczi, Groddeck, Winnicott e a filosofia de Spinoza visando traçar um esboço do que acreditamos ser um modelo de compreensão do adoecimento somático em psicanálise que se contrapõe ao modelo clássico da Escola de Psicossomática de Paris. Nesse novo modelo, a psique não é tomada como um aparelho cuja função é a de drenar as excitações pulsionais por meio de representações mentais e o adoecimento somático não é tomado como o resultado da insuficiência da psique no cumprimento de suas funções. A matriz que aqui propomos considera que um dado ser humano apresenta-se como uma *realidade integral* que possui corpo e psique como duas de suas dimensões. Essa realidade, embora seja dotada de individualidade e possa ser distinguida de outras realidades individuais, deve ser considerada como um *sistema aberto* em permanente relacionamento com o todo. Isso implica em considerar todas as vicissitudes dessa *realidade integral individual* (chamada por Winnicott de psicossoma e por Groddeck de Isso) como resultantes da interação entre tal

realidade e o todo. Considerando que, no início da vida, essa realidade ainda não se constituiu como uma individualidade distinta de seu entorno, deve-se considerar que as relações estabelecidas entre ela e o todo na infância exercem uma influência significativamente maior sobre sua constituição do que aquelas que ocorrem na idade adulta.

Nessa realidade integral, o corpo se apresenta como uma dimensão tangível, sensível, intensiva e plástica que é dotada de uma *lógica homeostática*, objeto de estudo da fisiologia e de outras ciências médicas e, ao mesmo tempo, também de uma *lógica afetiva* resultante das relações intensivas com o todo. A psique, por sua vez, é definida como um movimento ininterrupto de elaboração imaginativa da experiência corporal em suas duas lógicas de funcionamento. Na medida em que essa distinção entre psique e corpo não faz referência a uma divisão, mas a uma *dualidade* de aspectos, isso significa que a realidade integral individual é um *corpo-imaginativamente-elaborado*. Logo, trata-se de um corpo *expressivo* que manifesta o tempo todo seu funcionamento homeostático e seu funcionamento afetivo por meio de suas diversas produções tanto saudáveis quanto patológicas. Por essa razão, toda enfermidade pode ser abordada desde um ponto de vista simbólico, o qual dá ênfase à lógica afetiva do corpo. Isso não significa que a lógica homeostática, própria da fisiologia, deva ser negada, mas apenas que ela não deve ser vista como a única existente.

A elaboração imaginativa do corpo que constitui a dimensão psíquica é concebida como um processo de *personalização* da dimensão corpórea, ou seja, como um movimento que confere sentido a ela por meio de produções de caráter fantasístico, termo que aqui deve ser entendido em sua conotação espontânea e criativa. Assim, o corpo que se apresenta doente não é tão somente um organismo padecendo de certos mecanismos fisiológicos, mas um corpo personalizado, dotado de sentido, o que implica em considerar a doença como uma expressão *também dotada de sentido*.

Além disso, na medida em que o doente é uma realidade integral constituída como um sistema de relações com o todo, o adoecimento será, portanto, não só a expressão do doente enquanto corpo-elaborado-imaginativamente, mas expressão de suas relações com o todo. Por essa razão,

a compreensão de todas as formas de adoecimento passa pela consideração da interação do indivíduo com o todo não apenas na atualidade, mas também ao longo de sua história e, principalmente, em sua infância. Afinal, assim como o modo de andar e de se comunicar, o adoecer é fruto dessa história de relações na qual estão presentes bons e maus encontros.

Como mencionamos no início, gostaríamos de finalizar este trabalho traçando alguns pontos de articulação entre o modelo de abordagem do adoecimento somático cujo esboço propusemos e outra matriz teórica que também foi formulada a partir de críticas à Escola de Psicossomática, a saber: o modelo com o qual o psicanalista francês Christophe Dejours vem trabalhando e cujos pontos centrais são apresentados no artigo “Biologia, psicanálise e somatização” (Dejours, 2007), publicado na coletânea *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*, organizada por Rubens Marcelo Volich, Flávio Carvalho Ferraz e Maria Auxiliadora Arantes.

Esse texto revela alguns pontos de contato entre as elaborações de Dejours e as nossas. Por exemplo, assim como fizemos neste trabalho, o autor critica o uso do termo “somatização” considerando que ele só se sustenta com base no pressuposto de que algo psíquico possa ser expresso na forma de um fenômeno somático, premissa que Dejours rejeita por considerar (corretamente no nosso entender) como dualista. Outro ponto de encontro entre as concepções desse autor e as que defendemos aqui diz respeito às críticas que ele faz à matriz teórica da Escola de Psicossomática de Paris. Segundo Dejours, foi uma experiência trágica com um paciente que sofrera um adoecimento somático grave fez com que ele (Dejours) perdesse a confiança no modelo teórico da escola francesa. De fato, o referido doente apresentava o que Marty e seus colegas chamariam de um nível excelente de mentalização, o que levou Dejours a descartar a hipótese de que ele pudesse vir a padecer uma enfermidade orgânica grave. Assim, o autor alega ter percebido que a tese de que bom nível de funcionamento mental protegeria o corpo de sofrer uma patologia física precisaria ser, no mínimo, relativizada. Além disso, a partir dessa experiência, Dejours passou a se dar conta da dimensão relacional do

adoecimento (que o autor qualifica como “intersubjetiva”) e de como uma enfermidade pode se manifestar como uma mensagem ou como um modo de fazer laço com o outro. Isso levou-o a criticar o que ele chama de “solipsismo” presente na teoria da Escola de Psicossomática de Paris e que, do seu ponto de vista, já se fazia presente na própria teoria freudiana²⁸.

Dejours percebeu que o modelo proposto pela escola francesa toma o adoecimento como um fenômeno que diz respeito apenas ao indivíduo e sua insuficiência elaborativa, desconsiderando a relação da pessoa com o ambiente. Assim, ao atentar para a dimensão relacional do adoecimento, Dejours passa a questionar a ideia sustentada pela Escola de Psicossomática de Paris de que o adoecimento somático não teria significado. Para o autor, se a doença não é um fenômeno meramente individual, mas a expressão da relação com o outro, então ela possui de fato um sentido que deve ser buscado justamente nessa relação.

Contudo, diferentemente de nós, o autor não considera que o adoecimento somático possa ser fruto do recalque, mas sim de um mecanismo que ele denomina de “forclusão da função fora do corpo erógeno” (Dejours, 2007, p. 53). É nesse ponto que se localizam as principais divergências entre o modelo de Dejours e o modelo que estamos propondo. Com efeito, o analisa francês sustenta que a compreensão do adoecimento somático exige a premissa de que o ser humano é dotado de dois corpos, um *corpo biológico* e um *corpo erógeno*, sendo o segundo construído a partir de uma *subversão* do primeiro. O corpo erógeno seria resultante do uso dos órgãos como fonte de prazer e como uma interface lúdica com o outro. Assim, a boca, por exemplo, que inicialmente serviria apenas à função de nutrição, passaria gradativamente a ser utilizada pelo bebê como fonte de brincadeiras na relação com a mãe. Seria esse uso lúdico do corpo na relação com os cuidadores que iria constituindo o que Dejours denomina de corpo erógeno e que, segundo o autor, é o corpo que de fato habitamos.

Para ele, é o corpo erógeno que “nos liberta do reino animal” (Dejours, 2007, p. 52), possibilitando, por exemplo, que a vida sexual não se restrinja à

²⁸ Também chamamos a atenção para esse aspecto no primeiro capítulo deste trabalho.

função de reprodução. Esse raciocínio permite inferir que, para Dejours, o corpo erógeno seria um atributo exclusivo da espécie humana porque supostamente apenas o homem brincaria com seu corpo e o utilizaria sexualmente para-além da função de procriação. Ora, descobertas recentes advindas da etologia revelam que diversas espécies de animais também fazem sexo sem finalidade reprodutiva e utilizam seus corpos de forma lúdica (Balcombe, 2006). Sendo assim, deveríamos admitir que também nessas outras espécies ocorre uma subversão de seus corpos biológicos e a construção intersubjetiva de um corpo erógeno? Parece-nos muito mais plausível supor que a *erogeneidade* seja um atributo *espontâneo* tanto dos corpos humanos quanto de outras espécies. Do nosso ponto de vista, não seria necessário supor um processo de “colonização” ou “subversão” do corpo biológico para que o corpo erógeno fosse constituído. Por que não considerar que o corpo seja biológico e, *ao mesmo tempo*, erógeno?

No modelo teórico de Dejours isso não é possível porque ele considera que a doença somática está relacionada justamente àquelas partes do corpo que supostamente não teriam sido objetos do processo de subversão, ou seja, que teriam sido *forcluídas* do corpo erógeno. Essa forclusão ocorreria porque tais partes não teriam sido alvo das brincadeiras dos pais, sendo, portanto, “excluídas da relação com o outro” (Dejours, 2007, p. 53). Assim, quando as partes do corpo forcluídas do corpo erógeno fossem de algum modo solicitadas em sua dimensão erógena, haveria a possibilidade de surgimento de uma doença orgânica: “Em outras palavras, a doença somática não se localizaria em qualquer lugar do corpo, mas, preferencialmente, nessa zona forcluída da subversão libidinal, que se constitui numa zona de fragilidade.” (Dejours, 2007, p. 53).

Ora, se cotejarmos esse raciocínio com a afirmação do próprio Dejours de que “A origem da vida psíquica se encontra no corpo erógeno.” (Dejours, 2007, p. 52) podemos inferir que, para o autor, o adoecimento somático pode acontecer quando determinado acontecimento demanda do indivíduo uma *representação psíquica* de determinado órgão (não seria isso a subversão libidinal?) que, por não existir, comprometeria o funcionamento desse órgão. Em outras palavras, parece-nos que o modelo proposto por Dejours está

baseado na mesma lógica da matriz teórica da Escola de Psicossomática de Paris. Com efeito, se para Marty é a insuficiência do psiquismo que torna o indivíduo vulnerável ao adoecimento somático, para Dejours, essa vulnerabilidade é resultante da insuficiência do corpo erógeno, o qual, do ponto de vista do autor, é o fundamento da vida psíquica. Portanto, é forçoso concluir que, tanto para a Escola de Psicossomática de Paris quanto para Dejours, a doença física é derivada de uma espécie de *falta de proteção do corpo* que, para Marty, é proporcionada pelo bom funcionamento do pré-consciente e para Dejours é fornecida pela subversão libidinal do corpo biológico.

Nesse sentido, a despeito do que o próprio autor afirma, o modelo de Dejours é tão dualista quanto o da Escola de Psicossomática de Paris. Afinal, o corpo erógeno de Dejours não é uma dimensão do corpo *correlata* à dimensão biológica. Trata-se de um *outro corpo, psíquico*, construído a partir do jogo libidinal com os cuidadores na infância. A prova de que o corpo erógeno é uma espécie de duplo psíquico do corpo biológico é a descrição que Dejours faz do evento que supostamente pode desencadear o advento de uma doença orgânica, a saber: uma solicitação mental, “pela imaginação ou pelo desejo”, da zona do corpo forcluída do corpo erógeno. Ou seja, para Dejours, algo afetaria *psicologicamente* o indivíduo e, pela falta de uma representação erógena de certa parte do corpo, o corpo *biológico* responderia à solicitação eventualmente na forma de uma doença física. Em outras palavras, se a parte do corpo solicitada tiver sido objeto da subversão libidinal, o corpo biológico permaneceria alheio e a resposta se manteria no âmbito psíquico, isto é, no corpo erógeno. Outra prova do dualismo presente no modelo de Dejours é sua asserção de que as partes do corpo que são “excluídas dos jogos com a mãe e com o pai”, não sendo, portanto, “colonizadas” pelo corpo erógeno, acabariam permanecendo “na ordem animal”. Assim, apenas o corpo erógeno seria propriamente humano. Além do fato de que essa ideia ignora a dimensão erógena e lúdica que se faz presente também em outras espécies de animais, ela parece ser decorrente da pressuposição de uma dicotomia entre natureza e cultura. O corpo erógeno seria o corpo colonizado pela cultura ao passo que o corpo biológico seria o corpo da natureza, vulnerável ao adoecimento. Nesse sentido, assim como na Escola de Psicossomática de Paris, no modelo de

Dejours também se faria presente de forma sub-reptícia a ideia de uma superioridade da cultura sobre a natureza que repete, em outros termos, a ideia de uma superioridade da psique sobre o corpo.

Se fôssemos utilizar os conceitos introduzidos por Dejours em nosso modelo, poderíamos dizer que, do nosso ponto de vista, o corpo biológico e o corpo erógeno são duas *dimensões de uma mesma realidade*, que se constituem concomitantemente, estão sempre presentes e respondem simultaneamente a todas as experiências. Concordamos com Dejours que essa constituição se dá na relação com o ambiente, especialmente com os cuidadores na primeira infância. Contudo, não estamos de acordo com a ideia de que o corpo erógeno seja uma realidade que se constrói sobre a realidade biológica, como se num primeiro momento o corpo do bebê fosse tão-somente natureza, isto é, um mero sistema fisiológico e só depois, *após a incidência da cultura* via brincadeira dos pais com a criança, a esse primeiro corpo fosse *acrescentado* um corpo erógeno.

Por considerarmos que a erogeneidade ou, melhor dizendo, a *imaginatividade* do corpo seja um de seus atributos assim como a fisiologia, e por considerarmos também que a psique não emana do corpo como um processo secundário, mas *é o próprio corpo* visto sob outra perspectiva, o adoecimento somático não pode ser pensado em nosso modelo como resultante de um déficit na composição do corpo erógeno. Se, para nós, corpo e psique são dimensões que se constituem simultaneamente, o adoecimento precisa ser visto como uma modalidade expressiva dessa realidade somatopsíquica. Nesse sentido, toda enfermidade possui uma dimensão simbólica na medida em que ela expressa uma realidade complexa que não pode ser reduzida a sua dimensão fisiológica.

Referências bibliográficas

- AISENSTEIN, M. The indissociable unity of psyche and soma: A view from the Paris Psychosomatic School. **The International Journal of Psychoanalysis**, v. 87, n. 3, p. 667-680, 2006.
- _____. The mysterious leap of the somatic into the psyche (S. Jaron, trans.). In: AISENSTEIN, M.; AISEMBERG, E. R. **Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective**. London: Karnac Books, 2010. p. 47-62.
- ARTAUD, A. Pour en finir avec le jugement de dieu. In: _____. **Oeuvres**. Paris: Gallimard, 2004. (Originalmente publicado em 1948)
- ATLAN, H. Auto-organização intencional: uma “neurofisiologia spinozista”? In: MARTINS, A.; SANTIAGO, H.; OLIVA, L. C. (Orgs.). **As ilusões do eu: Spinoza e Nietzsche**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. Cap. 24, pp. 527-558.
- BALCOMBE, Jonathan. **Pleasurable kingdom: Animals and the nature of feeling good**. New York: Palgrave Macmillan, 2006.
- BANDEIRA, M. F.; BARBIERI, V. Personalidade e câncer de mama e do aparelho digestório. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 23, n. 3, set. 2007.
- BARETTA, J. P. F. **Existência e aparelho psíquico: a crítica ontológica da psicanálise freudiana com base na analítica da existência de Martin Heidegger**. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Núcleo de Práticas Clínicas, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. **Saúde e sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.
- BERLINCK, M. T. Catástrofe e representação. Notas para uma teoria geral da psicopatologia fundamental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 1, p. 9-34, 1999.
- BEYSSADE, J.-M.. A teoria cartesiana da substância: equivocidade ou analogia?. **Analytica. Revista de Filosofia**, v. 2, n. 2, p. 11-36, 2013.
- BOVE, L. Sobre o princípio do conhecimento dos afetos em Espinoza: causalidade e esforço sem objeto na *Ética* III. **Boletim Online (Instituto Sedes Sapientiae. Departamento de Psicanálise, São Paulo)**, n. 8, p. Online, 2009. Disponível em: <
http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/index.php?apg=b_visor&pub=08&ordem=6>. Acesso em: 04 dez. 2016.
- CAMARGO JR., K. R. D. A biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.45-68, 1997.

CAPITÃO, C. G.; CARVALHO, E. B. Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema. **Psic: revista da Vetor Editora**, v. 7, n. 2, p. 21-29, 2006.

DEJOURS, C. Biologia, psicanálise e somatização. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F.C.; ARANTES, M.A.A.C.A. **Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

DELEUZE, G. **Espinosa e o problema da expressão**. Disponível em: <<http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/12/DELEUZE-G.-Espinosa-e-o-Problema-da-Express%C3%A3o1.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017. (Originalmente publicado em 1968).

_____. **Francis Bacon: lógica da sensação**. Originalmente publicado em 1981. Tradução de Silvio Ferraz e Annita Costa Malufe – sem revisão. Disponível em: <<http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/12/deleuze-francis-bacon-logica-da-sensacao-1.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2016.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2**, vol. 3. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2012. (Originalmente publicado em 1980).

DESCARTES, R. **Princípios da filosofia**. Trad.: João Gama. Lisboa: Edições 70, 1997. Originalmente publicada em 1644.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. 2.ed. São Paulo: DWW Editorial, 2012.

FARIA, C. M. **Um estudo sobre as referências de Winnicott aos fenômenos psicossomáticos**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia como Ciência e Profissão) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, 2012.

FERENCZI, S. O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios. In: _____. **Psicanálise II**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011, p. 45-61. (Originalmente publicado em 1913a).

_____. O simbolismo dos olhos. In: _____. **Psicanálise II**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011, p. 63-66. (Originalmente publicado em 1913b).

_____. Ontogênese dos símbolos. In: _____. **Psicanálise II**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011, p. 115-118. (Originalmente publicado em 1914).

_____. Anomalias psicogênicas da fonação. In: _____. **Psicanálise II**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011, p. 199-203. (Originalmente publicado em 1915).

_____. Fenômenos de materialização histórica. In: _____. **Psicanálise III**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011, p. 43-57. (Originalmente publicado em 1919).

_____. Prolongamentos da “técnica ativa” em psicanálise. In: _____. **Psicanálise III**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011, p. 117-135. (Originalmente publicado em 1920).

_____. Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade. In: _____.

Psicanálise III. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011, p. 117-135. (Originalmente publicado em 1924).

_____. As neuroses de órgão e seu tratamento. In: _____. **Psicanálise III**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011, p. 279-357. (Originalmente publicado em 1926).

_____. A adaptação da família à criança. In: _____. **Psicanálise IV**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011, p. 01-15. (Originalmente publicado em 1928).

_____. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: _____. **Psicanálise IV**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011, p. 55-60. (Originalmente publicado em 1929).

_____. Princípio de relaxamento e neocatarse. In: _____. **Psicanálise IV**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011, p. 61-78. (Originalmente publicado em 1930).

FERENCZI, S.; GRODDECK, G. **The Sandor Ferenczi-Georg Groddeck Correspondence: 1921–1933**. Ed. C. Fortune. London: Open Gate Press/New York: The Other Press, 2002.

FERRAZ, F. C. Das neuroses atuais à psicossomática. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Orgs.). **Psicossoma: psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. Cap. 2, p. 23-38.

_____. A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 41, n. 4, p. 66-76, 2007.

_____. A somatização no campo da psicopatologia não-neurótica. **Revista da SBPH**, v. 13, n. 2, p. 176-191, 2010.

FILGUEIRAS, M. S. T. et al. Avaliação psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. **Estud. psicol.(Campinas)**, v. 24, n. 4, p. 551-560, 2007.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. (Originalmente publicado em 1980).

FREUD, S. Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 1, p. 197-216. (Originalmente publicado em 1893)

_____. Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 3, p. 89-118. (Originalmente publicado em 1895)

_____. A sexualidade na etiologia das neuroses. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 3, p. 247-270. (Originalmente publicado em 1898)

_____. A interpretação dos sonhos. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 5, p. 371-650. (Originalmente publicado em 1900)

_____. Cinco Lições de Psicanálise. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 11, p. 15-65. (Originalmente publicado em 1910)

_____. Contribuições a um debate sobre a masturbação. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 12, p. 257-272. (Originalmente publicado em 1912a)

_____. A dinâmica da transferência. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 12, p. 107-119. (Originalmente publicado em 1912b)

_____. Os instintos e suas vicissitudes. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 14, p. 115-144. (Originalmente publicado em 1915)

_____. Conferência XXIV: O Estado Neurótico Comum. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 16, p. 379-392. (Originalmente publicado em 1917a)

_____. Luto e melancolia. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 14, p. 243-266. (Originalmente publicado em 1917b)

_____. Conferência XXII: Algumas ideias sobre desenvolvimento e regressão – etiologia. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 16, p. 343-360. (Originalmente publicado em 1917c)

_____. Conferência XVII: O sentido dos sintomas. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 16, p. 265-279. (Originalmente publicado em 1917d)

_____. Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 17, p. 143-153. (Originalmente publicado em 1917e)

_____. O Ego e o Id. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 14, p. 13-80. (Originalmente publicado em 1923)

_____. O Mal-estar na Civilização. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 21, p. 65-148. (Originalmente publicado em 1930)

_____. Esboço de psicanálise. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 23, p. 151-221. (Originalmente publicado em 1940)

_____. Projeto para uma Psicologia Científica. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 1, p. 333-454. (Originalmente publicado em 1950 [1895])

FULGENCIO, L. As especulações metapsicológicas de Freud. **Natureza humana**, v. 5, n. 1, p. 129-173, jan./jun. 2003.

_____. A noção de Id para Winnicott. **Percursos Revista de Psicanálise**, v. 16, p. 95-104, 2014.

GALVÁN, Gabriela Bruno. Distúrbio psicossomático e amadurecimento. **Winnicott e-prints**, v. 2, n. 2, p. 1-17, 2007.

GRODDECK, G. Sobre a Resistência e a Transferência. In: _____. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992a, p. 103-106.

_____. Da Visão, do Mundo dos Olhos e da Visão sem os Olhos. In: _____. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992b, p. 203-252.

_____. Condicionamento Psíquico e Tratamento de Moléstias Orgânicas pela Psicanálise. In: _____. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992c, p. 09-28.

_____. Sobre o Isso. In: _____. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992d, p. 29-51.

_____. O Trabalho do Sonho e do Sintoma Orgânico. In: _____. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992e, p. 159-166.

_____. Sobre os Princípios da Psicoterapia. In: _____. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992f, p. 173-181.

_____. Sobre o Absurdo da “Psicogênese”. In: _____. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992g, p. 125-126.

_____. Da Barriga e Sua Alma. In: _____. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992h, p. 257-289.

_____. Do condicionamento psíquico das enfermidades cancerígenas. In: _____. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992i, p. 291-295.

_____. O Isso e a Psicanálise, além de Considerações Gerais sobre os Congressos Científicos de Outrora, bem como da Atualidade. In: _____. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992j, p. 113-123.

- _____. A pulsão à simbolização. In: _____. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992k, pp. 83-95.
- _____. Sobre o tratamento psíquico da formação de cálculos renais. In: _____. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992l, pp. 167-171.
- _____. Memórias. In: _____. **O homem e seu isso**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1994a, p. 267-378.
- _____. A Natureza Cura. In: _____. **O homem e seu isso**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1994b, p. 139-142.
- _____. Correspondência entre Georg Groddeck e Sigmund Freud. In: _____. **O homem e seu isso**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1994c, p. 03-81.
- _____. O Isso e a Psicanálise. In: _____. **O homem e seu isso**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1994d, p. 185-193.
- _____. [Carta] A um Paciente Médico. In: _____. **O homem e seu isso**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1994e, p. 111-114.
- _____. Doença. In: _____. **O homem e seu isso**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1994f, p. 207-216.
- _____. **O livro d'Isso**. São Paulo: Perspectiva, 2008. (Originalmente publicado em 1923).
- GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR., K. R. D. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.
- GUIR, J. **A psicossomática na clínica lacaniana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.
- JAQUET, C. **A unidade do corpo e da mente: afetos, ações e paixões em Espinosa**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.
- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1975.
- LACAN, J. **O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. In: _____. **Antropologia estrutural**. São Paulo: Cosac Naify, 2009. Cap. IX, pp. 181-200.
- LOPARIC, Z. Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. **Revista Percurso**, v. 9, p. 17, 1996.
- _____. O “animal humano”. **Natureza humana**, v. 2, n. 2, p. 351-397, 2000.
- LUZ, M. **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MARCONDES, D. **Iniciação à história da filosofia**: dos pré-socráticos a Wittgenstein. 6.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

MARTINS, A. **Pulsão de morte?** Por uma clínica psicanalítica da potência. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

_____. O Romantismo, Spinoza e Nietzsche: um percurso de influências, distanciamentos e proximidades. In: MARTINS, A.; SANTIAGO, H.; OLIVA, L. C. (Orgs.). **As ilusões do eu**: Spinoza e Nietzsche. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. Cap. 5, pp. 95-134.

_____. **Café Filosófico: Mente e realidade – André Martins**. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=pvom2YkUupw&t=4033s>>. Acesso em: 04 dez. 2016.

MARTY, P. La dépression essentielle. **Revue française de psychanalyse**, v. 32, n. 3, p. 594-599, 1968.

_____. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. “La psychosomatique en 1981” Les processus de somatisation. **Revue française de psychosomatique**, v. 19, n. 1, 2001.

MARTY, P.; M’UZAN, M. La pensée opératoire. **Revue française de psychanalyse**, v. 27, 1963.

NICOLAU, R. F.; GUERRA, A. M. C. O fenômeno psicossomático no rastro da letra. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 226-241, 2012.

NIETZSCHE, F. **Além do bem e do mal**: prelúdio a uma filosofia do futuro. Porto Alegre: L&PM, 2008. (Originalmente publicado em 1886).

NIETZSCHE, F. **Genealogia da moral**: uma polêmica. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2009. (Originalmente publicado em 1887)

ONGARO, S. Compreendendo as relações entre o psiquismo e o adoecer. **Temas em Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 167-175, 1994.

PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. Permanecendo no próprio ser: a potência de corpos e afetos em Espinosa. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 371-386, 2009.

_____. A. Sobre o corpo-afeto em Espinosa e Winnicott. **Revista EPOS**, v. 4, n. 2, p. 01-15, 2013.

PLASTINO, C. Winnicott: a fidelidade da heterodoxia. In: BEZERRA JR., B.; ORTEGA, F. (Orgs.). **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007. pp. 199-228.

PERES, R. S. O papel das representações psíquicas no processo de somatização. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 6, n. 1, Jun. 2001.

_____. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2006.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Carência fantasmática de vulnerabilidade somática em pacientes onco-hematológicos com indicação para o transplante de medula óssea. **Psicologia Hospitalar**, v. 3, n. 1, p. 85-101, 2005a.

_____. Pensamento operatório, desorganização progressiva e somatização: considerações sobre a psicossomática psicanalítica de Pierre Marty. **Tempo psicanál.**, v. 37, p. 207-227, 2005b.

_____. A. Controle dos impulsos em mulheres acometidas por câncer de mama: relações com o surgimento e a evolução da doença. **Boletim Eletrônico SBPO**, ano 6, n. 4, out.-dez. 2009.

QUINTELLA, R. R. A neurose atual e a psicossomática no campo psicanalítico. **Pulsional rev. psicanál.**, v. 16, n. 169, p. 33-39, 2003.

SANTOS, L. N. **A doença como manifestação da vida**: Georg Groddeck e um novo modelo de cuidado em saúde. Curitiba: Prismas, 2013.

SPINOZA, B. **Ética**. Trad.: Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. Originalmente publicada em 1677.

STEINBERG, H.; HERRMANN-LINGEN, C.; HIMMERICH, H. Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud. **Psychiatria Danubina**, v. 25, n. 1, 2013.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

VIEIRA, W. C. A psicossomática de Pierre Marty. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Orgs.). **Psicossoma**: psicossomática psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. Cap. 1, p. 15-22.

WINNICOTT, D. W. O apetite e os problemas emocionais. In: _____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000, p. 91-111. (Originalmente publicado em 1936).

_____. Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: _____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000, p. 218-232. (Originalmente publicado em 1945).

_____. A Mente e sua Relação com o Psicossoma. In: _____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000, p. 332-346. (Originalmente publicado em 1949).

_____. Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: _____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000, p. 316-331. (Originalmente publicado em 1951).

_____. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 128-139. (Originalmente publicado em 1960a).

_____. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____. **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 38-54. (Originalmente publicado em 1960b).

_____. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: _____. **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 55-61. (Originalmente publicado em 1962).

_____. Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: _____. **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 207-217. (Originalmente publicado em 1963a).

_____. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: _____. **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 163-174. (Originalmente publicado em 1963b).

_____. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: _____. **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 79-87. (Originalmente publicado em 1963c).

_____. Os doentes mentais na prática clínica. In: _____. **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 196-206. (Originalmente publicado em 1963d).

_____. Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: _____. **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 225-233. (Originalmente publicado em 1963e).

_____. Psycho-Somatic Disorder. In: _____. **Psycho-analytic explorations**. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1989. p. 103-118. (Originalmente publicado em 1966).

_____. Sobre as bases para o self no corpo. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 203-218. (Originalmente publicado em 1971).

_____. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

WINOGRAD, M. Entre o corpo e o psiquismo: A noção de concomitância dependente em Freud. **Psychê**, v. 8, n. 14, p. 95-108, 2004.

_____. A noção de concomitância na metapsicologia de Freud. **Revista de Filosofia Aurora**, v. 23, n. 33, p. 453-473, jul./dez. 2011.