

Abordagem psicanalítica das manifestações psicossomáticas

Gley P. Costa¹
Liliana H. Alvarez²

Resumo: O trabalho consiste numa revisão dos estudos psicanalíticos sobre as manifestações psicossomáticas, com ênfase no enfoque da Escola Psicossomática de Paris e nos avanços teóricos de David Maldavsky, que situa essas patologias no marco freudiano das neuroses tóxicas. Mediante a descrição de um caso típico, os autores colocam em evidência as características dos vínculos familiares precoces, os quais vão interferir na constituição da identidade primária desses pacientes, destacando que, por conta disso, os aspectos relacionais e transferenciais do paciente psicossomático exigem uma mudança na técnica psicanalítica concebida por Freud para pacientes neuróticos com boa capacidade de simbolização.

Palavras-chaves: Aportes de David Maldavsky. Clínica e tratamento do paciente psicossomático. História da psicossomática. Principais conceitos da Escola Psicossomática de Paris.

Histórico

A psicossomática corresponde a uma concepção doutrinal e patogênica que aceita e inclui os fatores psíquicos e conflitivos no desenvolvimento das doenças

-
- 1 Membro titular e didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre (SBPdePA); Professor da Fundação Universitária Mário Martins (FUMM) e do Centro de Estudos Mário Martins (CEMM).
 - 2 Doutora em psicologia; Master em Patologías do Desvalimento, Professora titular de Metodologia da Pesquisa em Psicologia e Psicanálise e Coordenadora do Instituto de Altos Estudos em Psicologia e Ciências Sociais da Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales de Buenos Aires.

físicas, seguindo diferentes pensamentos filosóficos, entre eles o humanismo, o globalismo, o monismo e o vitalismo; opõe-se, contudo, ao organicismo, ao mecanicismo e ao dualismo.

Os primeiros estudos psicanalíticos atribuíram às manifestações psicossomáticas uma conotação simbólica, à semelhança dos sintomas neuróticos, como se pode observar nos trabalhos de Garma (1954, 1958, 1962, 1969). Contudo, na mesma época, uma investigação realizada pelo *Chicago Institute for Psychoanalysis* destacou que, embora os sintomas histéricos e os transtornos vegetativos, como o aumento da pressão sanguínea ou da secreção gástrica, reflitam uma tensão emocional crônica não aliviada, devemos ter presente que os mecanismos envolvidos nos dois casos não são os mesmos, tanto no aspecto fisiológico como psicodinâmico. Para essa escola, uma neurose de conversão representa uma tentativa de aliviar simbolicamente um estado tensional, encontrando-se restrito aos sistemas neuromuscular voluntário e perceptivo, cujas funções são expressar e aliviar as emoções. Diferentemente, o sintoma psicossomático resulta de uma disfunção psicogênica de um órgão vegetativo que não se encontra sob o controle do sistema neuromuscular e, portanto, não expressa nenhum significado psicológico (Alexander, 1952/1989). A esse respeito, assim manifestou Glover (1949, p. 170-171):

... cabe estabelecer duas distinções fundamentais entre as psiconeuroses e os transtornos psicossomáticos: primeiro, que o processo de formação de sintomas nas psiconeuroses segue uma pauta psíquica estereotipada; segundo, que as psiconeuroses têm um conteúdo e um significado psíquicos. Os transtornos psicossomáticos, por outra parte, ainda que influenciados por reações psíquicas em um ponto ou outro do seu desenvolvimento, não possuem em si mesmos nenhum conteúdo e, por conseguinte, não representam pautas estereotipadas de conflitos. Quando chegam a desenvolver um significado, podemos supor que se superpõem um processo psiconeurótico a uma base psicossomática.

Em que pesem esses esclarecimentos, as investigações do grupo de Chicago estabeleceram uma base psicogenética para as enfermidades psicossomáticas, as quais resultariam de experiências emocionais não gratificantes durante o relacionamento precoce mãe-bebê, gerando angústia e frustração. De acordo com esse ponto de vista, a tensão crônica que decorre dessa experiência de frustração altera o funcionamento fisiológico, propiciando o aparecimento da doença.

O *Institut Psychomatique de Paris* (IPSO)³ se opôs a essa concepção linear

3 Movimento de investigação científica que teve início com os trabalhos *Aspects fonctionnels de la vie onirique*, de Fain e David, e *La pensée opératoire*, de Marty e M'Uzan, ambos apresentados no XXIII Congresso Psicanalítico de Línguas Romanas, em 1962, e publicados no ano

dos transtornos psicossomáticos chamando a atenção para o valor do trauma no desencadeamento de uma desorganização somática. Para os psicossomatistas franceses, os traumatismos são oriundos de uma excitação excessiva que a organização psicossomática não conseguiu dar conta, definindo-se pela quantidade de desorganização que foi capaz de determinar e não pela qualidade do evento ou da situação que desencadeia o trauma.

De acordo com Marty (1990/1993), o ser humano deve ser concebido como uma unidade psicossomática, de tal forma que empregar essa palavra como um adjetivo implica redundância. A psicossomática abrange tanto o campo da doença quanto o da saúde, assim como a relação dinâmica existente entre ambos e seus momentos de equilíbrio e desequilíbrio. Do ponto de vista psicanalítico, representa uma extensão dos processos econômicos inconscientes às manifestações somáticas.

Na linha da teoria freudiana sobre as neuroses atuais, mais recentemente, Maldavsky (1992, 1998) aprofundou o estudo das patologias psicossomáticas como expressão de estados tóxicos da mente, configurando uma situação traumática. Segundo o autor, em determinadas manifestações psicopatológicas, como as doenças psicossomáticas, predomina uma vivência de dor correspondente ao erotismo intrassomático, resultado do investimento libidinal dos órgãos internos⁴. Nesses casos, a libido não se desloca para as zonas erógenas periféricas, como caminho para estabelecer uma circulação pulsional intersubjetiva, permanecendo aderida ao próprio corpo. Nas situações em que essa fixação é prevalente, observa-se uma tendência a processar os conflitos mediante a alteração interna, o que quer dizer, através de uma mudança na economia pulsional, a qual permanece em um estado de estancamento.

PRINCIPAIS CONCEITOS DA ESCOLA PSICOSSOMÁTICA DE PARIS

Doutrina pulsional

Encontra-se bem estabelecido que tanto a teoria quanto a prática psicanalítica têm uma de suas mais sólidas sustentações na afirmativa de Freud (1905/1973) de que “a pulsão é um conceito limite entre o psíquico e o somático” (p. 168). De

seguinte na *Revue Française de Psychanalyse*.

4 Freud (1950/1975) postulou que, no início da vida anímica, a ação específica ainda não se encontra conectada com as excitações pulsionais que tramitam com o critério de alteração interna.

acordo com Nicolaïdes (2000), essa afirmativa sustenta a teoria psicossomática no sentido da antropogênese, desde o ponto de vista religioso, filosófico e científico, que consiste na relação e, sobretudo, na interação entre corpo (*soma*) e alma (*psique*). Nicolaïdes propõe a ideia de que o primeiro laço entre soma e psique, no sentido da unidade fundamental do ser humano, estabelece-se biologicamente pela necessidade de afeto do bebê, o qual busca uma segurança vital no objeto mais próximo, em geral a mãe ou alguém que a substitui. Essa demanda inicial do ser humano de relação/interação decorre basicamente de sua necessidade de sobrevivência, de acordo com a lógica da vida, uma “bio-lógica”. Por outro lado, a resposta da mãe, em que pese também possuir uma base biológica, o instinto materno, é mais diferenciada. Assim refere o autor:

Os afetos maternos, ao se transmitirem através de um representante-afeto, garantem uma presença intrapsíquica, forma de representação do objeto em sua ausência, que passa necessariamente, segundo Green, por uma alucinação negativa prévia da mãe. (Nicolaïdes, 2000, p. 18).

A indisponibilidade afetiva da mãe em relação ao recém-nascido obstaculiza a instalação de um sistema de representação acompanhado de afeto, que dote o aparelho psíquico de sua substância elementar, o que é a origem das deficiências de organização do pré-consciente do adulto. Como resultado, as representações psíquicas, dissociadas de seus valores afetivos, não participam da elaboração mental e somente dizem respeito às coisas da vida cotidiana (Marty, 1991/1998, 1990/1993).

Teoria do trauma

O ser humano necessita adaptar-se às condições de vida, nem sempre favoráveis, com os recursos que dispõe, relacionados a uma série de fatores, entre eles a idade, o lugar e o momento. Esses recursos são recrutados em três de seus domínios. O mais antigo é o corpo, o qual apresenta uma reduzida flexibilidade adaptativa biológica e funcional. O outro é o aparelho mental, que leva mais tempo para ser constituído, sujeito a desorganizações e reorganizações; portanto, pelo menos teoricamente, o mais flexível. Por último, o domínio do comportamento, da ação, atuante durante todo o processo de formação do aparelho mental e, de certa forma, a ele submetido. Quando uma exigência externa ultrapassa a disponibilidade do aparelho mental, conjugado com o comportamento, é o somático que passa a responder. Em psicossomática, o conceito de traumatismo

se relaciona com as situações em que as possibilidades de adaptação do indivíduo são suplantadas pelas condições de vida. O efeito desorganizador final sobre os aparelhos mental e somático é que define, por último, o traumatismo. Refere Marty (1990/1993, p. 30):

Do ponto de vista econômico, quaisquer que sejam as origens aparentes (acontecimentos externos ou novas disposições, fisiológicas ou patológicas internas), as situações traumatizantes provocam ou um afluxo de excitações instintuais (pulsionais, no nível do aparelho mental), ou uma queda do índice das excitações, ou uma composição dos dois fenômenos. É assim que os traumatismos correm o risco de desorganizar os aparelhos funcionais que atingem, já que a desorganização tem tendência a se propagar (em um sentido globalmente inverso àquele do desenvolvimento) enquanto não encontrar um sistema que possa contê-la.

Esclarece o autor que é o aparelho mental que, em primeiro lugar, é atingido pelo traumatismo, procurando bloquear ou atenuar os movimentos de desorganização antes de sua chegada ao domínio somático. As possibilidades de que isso ocorra, segundo Marty (1990/1993), dependem de

um aparelho mental longa e regularmente amadurecido, que repousa sobre uma organização conveniente dos dois sistemas tópicos freudianos que, além dos mecanismos de condensação e deslocamento, mobiliza permanentemente as representações pré-conscientes dos diversos níveis do desenvolvimento e as anima, fazendo com que ressurgam os conflitos relacionados à castração e ao Édipo, graças à presença do superego pós-edipiano, que utiliza os movimentos de interiorização e projeção, que pode elaborar os lutos, que se detém, também, em regressões recuperando parcialmente fixações anteriores (p. 30).

Origem das somatizações

Quando não ocorrem obstáculos ao fluxo das excitações instintuais e pulsionais, agressivas ou eróticas, elas conseguem ser elaboradas no aparelho psíquico e ser expressas em traços de caráter e comportamento. As somatizações ocorrem quando as excitações são obstruídas no aparelho mental ou no comportamento. No aparelho mental, a obstrução resulta de uma insuficiência fundamental do sistema pré-consciente das representações, de uma desorganização psíquica por fragilidade desse sistema, de inibição, evitação ou repressão das representações, e precedência de um ego ideal, entretendo qualquer regressão. No comportamento, a obstrução resulta de impossibilidade ou insuficiência funcional, em particular sensorio-motora, de inibição, evitação ou repressão de condutas eróticas e agressivas.

As somatizações podem gerar doenças reversíveis ou evolutivas. No primeiro caso, nos encontramos diante das regressões somáticas, as quais são similares às regressões mentais, acompanhando-as ou completando-as. O segundo caso se observa na esfera das desorganizações psicossomáticas, as quais seguem as desorganizações mentais e são progressivas. As neuroses bem mentalizadas tenderiam a produzir enfermidades reversíveis, enquanto as neuroses mal mentalizadas e as neuroses de comportamento tenderiam a produzir enfermidades evolutivas. Por sua vez, as neuroses de mentalização incerta abririam espaço para doenças reversíveis, na maioria dos casos, e para doenças evolutivas, nos casos de desorganizações psíquicas, repressões maciças e duráveis das representações ou precedência notável do ego ideal (Marty, 1990/1993).

Pensamento operatório

O pensamento operatório é um conceito central da teoria sobre as enfermidades psicossomáticas desenvolvido pela Escola de Paris. Quando Marty e M'Uzan (1963) abordaram pela primeira vez esse tema, eles o embasaram no trabalho de Fain e David (1963) sobre o valor funcional do sonho, igualmente atribuível à atividade fantasmática, na medida em que ela igualmente coloca em jogo, dramatiza, simboliza as tensões pulsionais. Para os criadores do conceito de pensamento operatório, essa função integradora observada na atividade onírica e na atividade fantasmática inexistente ou se encontra gravemente alterada nos indivíduos com manifestações somáticas, configurando disposições de personalidade que encontram na via somática a principal saída para as situações conflitivas. Esses pacientes parecem carecer de uma vida onírica e, provavelmente por essa razão, são mais sujeitos a padecerem de insônia.

De acordo com os autores citados, o pensamento operatório é um pensamento consciente que se manifesta sem vínculo orgânico com uma atividade fantasmática de nível apreciável e que reproduz e ilustra a ação, podendo precedê-la ou sucedê-la, mas dentro de um limite temporal. Trata-se de um pensamento linear, sem associações e palavra. Dizem os referidos autores, a propósito de um caso: *não faz nada além do que repetir o que a mão fez trabalhando*. Carentes de capacidade para simbolizar e sublimar, os pacientes com pensamento operatório não se encontram aptos para a produção artística e científica, tendo em vista que essa forma de pensamento se encontra restrita à criação de emblemas de uma relação limitada com o tempo, os lugares e os objetos reais.

Consequentemente, o psicossomático é um paciente que relata seus sintomas sem vínculos relacionais, como fatos isolados, não estabelecendo com o

interlocutor qualquer envolvimento afetivo. Essa “relação branca” pode levar o terapeuta a pensar que se trata do emprego do mecanismo de isolamento, típico dos pacientes obsessivos que, através da manipulação mental ou verbal do material relatado, procuram estabelecer um distanciamento na relação com o outro. Contudo, diferentemente desses, os psicossomáticos estão presentes e o que parece um distanciamento corresponde, na verdade, ao seu vazio interior, que o terapeuta percebe sob a forma de uma carência identificatória. O pseudo-domínio da realidade obtido por ambos nesse processo, no caso do obsessivo, é sustentado por um pensamento rico em conteúdos simbólicos e mágicos; no caso do psicossomático, é conquistado através de um controle imediato do encadeamento da ação: ele não tem dúvida. Do ponto de vista verbal, a palavra é sobreinvestida no pensamento obsessivo, adquirindo um acréscimo de significação, ao passo que, no pensamento operatório, ela é subinvestida, abolindo a distância do significante ao significado.

Um aspecto interessante no estudo dos pacientes psicossomáticos é a relação com o superego. Referem Marty e M’Uzan (1963) que o caráter superegoico do pensamento operatório se mostra bastante evidente, mas ele não vai além do nível do conformismo. Trata-se de um superego esquemático, aparentemente não integrado, resultante de identificações superficiais com um conjunto de regras prescritas. Os pacientes consideram o terapeuta como idêntico a ele e, como ele, dotado de pensamento operatório, bloqueando qualquer ação reparadora estruturante. Essa projeção global do sujeito resulta da impossibilidade do psicossomático de estabelecer relações flexíveis e nuançadas com o interlocutor. O pensamento operatório é descrito como desprovido de valor libidinal apreciável e empobrecido com respeito à exteriorização da agressividade, sendo incapaz de sustentar a dramatização sadomasoquista.

Ainda cabe considerar a relação do pensamento operatório com os processos primário e secundário, o que nos leva a considerá-lo do ponto de vista de seu valor funcional. Ele pode ser considerado como secundário pelo fato de observarmos nele uma orientação para a realidade sensível, mas a atividade do pensamento operatório fica exclusivamente presa a coisas, nunca a produtos da imaginação ou a expressões simbólicas. Assim como no pensamento secundário, a cronologia se faz presente, mas dentro de uma unidade limitada de tempo. Quando ocorrem antecipações, elas sempre se relacionam com objetos concretos, sejam atos, sejam conceitos abstratos, mas sem desenvolver uma atividade equiparável à elaboração secundária dos sonhos, sugerindo uma precária vinculação com as palavras. Quando ocorre de o sujeito usar o nome de uma coisa para designar outra, não é possível evidenciar a mínima fantasia subjacente que as poderia ligar por analogia,

revelando uma tendência a fazer uso da palavra somente como meio de descarga rápida de tensão, não conseguindo mantê-la muito tempo em suspenso como investimento energético próprio do processo secundário. Deve-se ter presente que não se trata de um lapso no sentido psicanalítico do termo, mas de uma redução da capacidade de retenção da descarga motora. Outra diferença observável é que, enquanto o pensamento consciente, além das funções de coordenação lógica, sustenta também uma dramatização bem elaborada das tensões e das suas representações inconscientes, no pensamento operatório a função instrumental da vida de vigília tende a invadir todo o campo comunicacional.

Ao contrário do pensamento do processo secundário que, pouco a pouco, vai-se desligando do pensamento do processo primário em favor de um maior contato com a realidade, situando-se no prolongamento e, ao mesmo tempo, em harmonia com ele, o pensamento operatório é marcado por uma falta de continuidade em relação ao pensamento do processo primário. O pensamento operatório não retoma uma elaboração fantasmática anterior, como o faz o pensamento do processo secundário, por exemplo, na elaboração secundária dos sonhos. Isso não quer dizer, entretanto, que ele está afetivamente desligado do inconsciente, como sugerem alguns pacientes que, de acordo com Marty e M'Uzan (1963), vivendo à distância de um Id tornado estéril ou inerte, parecem conduzir-se como “cegos do inconsciente”. Na verdade, o que ocorre é que o contato do pensamento operatório com o inconsciente se estabelece em um nível de pouca elaboração, anterior às primeiras elaborações integradoras da vida pulsional. Aparentemente, ele desconsidera toda atividade fantasmática elaborativa, articulando-se com formas iniciais das pulsões, as quais podem retornar inesperadamente, como em um curto-circuito, e dar lugar a somatizações ou, ainda, manterem-se sob formas rudimentares da tensão atividade-passividade, bastante comuns nos pacientes psicossomáticos.

Depressão essencial

O prelúdio desse conceito encontra-se no livro *L'Investigation psychosomatique*, de 1963, escrito por Marty, M'Uzan e David, ao se referirem a uma depressão sem objeto, nem autoacusação nem culpabilidade consciente, na qual o sentimento de desvalorização e de ferida narcísica se orienta para a esfera somática, relacionando-se com uma precariedade do trabalho mental. Contudo, foi em um artigo de Marty publicado na *Revue Francaise de Psychanalyse* de 1966 que, pela primeira vez, apareceu o termo “depressão essencial”. O autor explica que a depressão essencial corresponde a um rebaixamento do nível do tônus libidinal sem qualquer contrapartida econômica positiva.

Marty acentua essa forma de depressão pelo total apagamento da dinâmica mental, como deslocamentos, condensações, introjeções, projeções, identificações, atividade fantasmática e vida onírica. Nesse fenômeno, não se observa a relação libidinal regressiva e ruidosa das depressões neuróticas e psicóticas; em contrapartida, a desorganização e a fragmentação ultrapassam o domínio mental. O processo é equiparável ao da morte, quando a energia vital se perde sem compensação. O instinto de morte é o senhor da depressão essencial que se estabelece quando acontecimentos traumáticos desorganizam certo número de funções mentais, devido a um transbordamento das capacidades de elaboração psíquica. A angústia que aparece na depressão essencial é a automática, a traduzir a aflição provocada pelo afluxo de movimentos pulsionais não dominados. Nesses pacientes, em vão procura-se um desejo. O inconsciente recebe, mas não emite, e no pré-consciente se constata o apagamento de suas funções, a supressão das relações originais com os outros e consigo mesmo e a perda do interesse pelo passado e pelo futuro. Desprovida de significação simbólica, a linguagem se presta apenas para descrever os acontecimentos. A sexualidade encontra-se excluída do verbo e o pênis não evoca a castração (Marty, 1980).

Mentalização

Os psicossomáticos franceses concebem o funcionamento psíquico em termos econômicos, distinguindo três formas de tramitação das tensões: a que percorre a via orgânica, a que se faz através da ação e a que segue o caminho do pensamento, com a qual se relaciona o processo de mentalização. Esse conceito, conforme foi proposto por Marty (1991/1998), é bastante complexo, remontando às características fundamentais do pré-consciente, em particular a consistência do conjunto das representações, a fluidez das ligações entre as representações e a permanência de seu funcionamento. Debray (1996) o formula de uma maneira menos abstrata, ao estabelecer que a mentalização é a capacidade de tolerar, negociar e elaborar a angústia, a depressão e os conflitos intrapsíquicos e interpessoais, variando de indivíduo a indivíduo e em um mesmo indivíduo nos diferentes momentos de sua vida. De acordo com o autor, a mentalização, ou seja, a atividade psíquica protege o corpo contra eventual movimento de desorganização mental, apresentando, ainda, a capacidade de reorganizar essa atividade quando se estabelece a somatização. Esse ponto de vista enfatiza a importância das operações simbólicas, através das quais a organização psíquica sustenta a regulação das energias. As falhas nesse processo são observadas no curso de diferentes patologias que revelam irregularidades, bloqueios e insuficiência da mentalização.

A psicossomática também trabalha com o conceito de “irregularidade do funcionamento psíquico”, o qual não deve ser confundido com outro conceito, o de “descontinuidade psíquica”, descrito por Freud. A irregularidade do funcionamento psíquico, que se relaciona com o aspecto temporal do pensamento, é observada nos indivíduos que apresentam a capacidade de simbolizar, fantasiar, associar, ou seja, bem mentalizados, traduzindo uma permeabilidade satisfatória entre as instâncias psíquicas; ao mesmo tempo, apresentam um funcionamento psíquico com as características do pensamento operatório, marcado por um discurso descritivo, preso ao presente e factual, sugerindo uma perda brusca do valor funcional do pré-consciente (Debray, 1996).

Desorganização progressiva

Para os seguidores da escola francesa, o pensamento operatório e a depressão essencial são expressões da desorganização do aparelho mental, promovida por eventos traumáticos que suplantam a sua capacidade de elaboração, limitando a produção onírica e fantasmática como decorrência da fragilidade libidinal. Contudo, ao se dar conta de que a desorganização ultrapassa o mental, Marty (1976) substitui o termo pensamento operatório por vida operatória, tendo em vista que o movimento desorganizador podia comprometer o caráter e o comportamento do paciente com as perdas instintivas correspondentes. Quando isso ocorre, observa-se o desaparecimento tanto da hierarquia funcional como das funções associadas. No entanto, em certas condições, entre as quais se inclui a terapêutica, as organizações desaparecidas podem ressurgir – razão pela qual o termo *eclipse*, segundo o autor, é mais adequado que *desaparecimento*.

Com o conceito de desorganização progressiva, Marty (1967) procurou configurar as situações patológicas contínuas e irreversíveis, contrastando com a regressão psicossomática, limitada no tempo e potencialmente reorganizadora do funcionamento mental. A primeira fase da desorganização progressiva é uma depressão essencial, indicativa da fragilidade do instinto de vida, seguida pelo pensamento operatório, o qual reflete a desorganização do aparelho mental, podendo evoluir até a destruição dos equilíbrios primários da vida individual (Marty, 1990/1993).

Clínica das doenças psicossomáticas

No universo da psicossomática, nem sempre é óbvia a relação entre a clínica e a teoria, como enfatiza Marty (1990/1993, p. 31):

Qualquer que seja a organização psicoafetiva individual, fatores internos, de natureza hereditária, por exemplo, em algumas pessoas, podem reduzir as defesas biológicas e deixar, mais facilmente que de hábito, a porta aberta a doenças graves. Por outro lado, fatores externos, agentes patogênicos, infecciosos ou tóxicos, por exemplo, podem em qualquer um ultrapassar as posições regressivas de regulação da homeostase. Os dois tipos de fatores às vezes cruzam seus efeitos.

Esclarece o autor que mesmo um neurótico bem mentalizado, com defesas neuróticas consistentes, pode se desorganizar se for vítima de uma doença grave, agindo como uma excitação traumática, particularmente se precoce, prolongada ou repetida. Por outro lado, com a ajuda de um ambiente favorável, isento de excitações traumáticas intensas, neuróticos de comportamento ou mal mentalizados podem passar toda a vida sem transtornos somáticos importantes. Não obstante, não se pode subestimar que mesmo sistemas de regressão somática, sustentados por uma boa organização mental e dotados de uma reversibilidade habitual, podem fracassar sob a pressão de uma experiência traumática inesperada, abrindo espaço para uma desorganização progressiva.

À desorganização mais ou menos profunda do aparelho mental, após um tempo variável de latência, sucede o desencadeamento de uma somatização. O tempo pode ser curto, desenvolvendo uma desorganização regressiva; ou lento, resultando em regressão progressiva. Inicialmente mental, uma regressão é sempre antecedida ou acompanhada de uma depressão rápida e de pouca expressão, se uma reorganização não tardar, mas será prolongada e essencial nas desorganizações progressivas. A sucessão de manifestações psicossomáticas sugere a existência de uma desorganização progressiva.

A manutenção das somatizações encontra-se vinculada à duração da depressão essencial que se encontra em sua origem. Em outras palavras, ela depende da persistência dos fatores traumatizantes e da carência de uma estabilização regressiva, mental ou somática. No entanto, é preciso considerar a natureza da patologia somática, a qual pode escapar ao poder hierárquico do sistema psicoafetivo do paciente, como a duração do seu curso habitual em algumas doenças, a irreversibilidade das lesões em outros casos ou a sua evolutividade autônoma, como ocorre nos cânceres. Independentemente disso e da recuperação regressiva, muitas vezes inesperada, o término de uma somatização corresponde ao término dos movimentos desorganizadores, ou seja, da depressão essencial que, ainda que em parte, desencadeou, manteve e, por vezes, agravou a enfermidade. O fim de uma depressão essencial, contudo, supõe uma mudança radical do estado psicoafetivo do enfermo. Esclarece Marty (1990/1993, p. 33):

Uma mudança psicoafetiva do estado dos pacientes pode decorrer de um milagre, “paixão” amorosa ou mística, sublimatória artística ou social, ou de um acontecimento inesperado, nascimento ou renascimento de um investimento afetivo desaparecido; decorre na maioria das vezes de uma psicoterapia convenientemente conduzida por um especialista experiente em psicossomática. O fim dos pesos traumáticos pode se dar devido aos benefícios tirados pelo paciente de sua doença. Esses benefícios são diretos, quando a doença se encontra investida como um objeto que tende a substituir o objeto desaparecido. São indiretos, “secundários”, quando a organização familiar, social e médica adota novas posições satisfatórias para o sujeito, por ocasião de sua doença ou de suas complicações.

Um ponto ainda a ser considerado na compreensão e no tratamento das enfermidades psicossomáticas é o sentido ou a significação que a Escola de Paris atribui ao sintoma somático. De acordo com Nicolaïdis (2000), um sintoma neurótico, por exemplo, uma claustrofobia, simboliza o medo ao espaço cerrado; da mesma forma, uma cegueira histérica simboliza o horror ao desejo relacionado com a cena primária; um ritual obsessivo simboliza o exorcismo de uma fantasia agressiva; ou, ainda, no caso das psicoses, um delírio paranoico simboliza o vínculo entre a homossexualidade latente que, por dupla inversão, remete à perseguição. Em todos esses casos, observa-se, de fato, um vínculo entre significado e significante, uma contiguidade entre essas duas entidades que podemos chamar de sentido ou significação.

No entanto, sublinha o autor, nada disso podemos encontrar numa afecção psicossomática, exemplificando com a diabetes que, embora nos forneça o sentido de um deficiente metabolismo da glicose, não significa a presença ou ausência de objeto doce ou amargo. Da mesma forma, um câncer, que indica uma anarquia celular, não significa, simbolicamente, uma anarquia psíquica, ou uma retocolite ulcerativa que sangra não tem o sentido de um intestino que chora. A sintomatologia psicossomática, de acordo com pensamento dos psicossomaticistas franceses é pré-psíquica; portanto, não simbólica. Se implicasse uma significação psíquica, resultante de uma regressão a um ponto de fixação, haveria a possibilidade de uma reorganização defensiva, patológica sem dúvida, mas mental, potencialmente capaz de proteger a estrutura somática. O modelo teórico-clínico da Escola Psicossomática de Paris é evolutivo: a continuidade evolutiva e contraevolutiva fundamenta a evolução individual e os diversos acontecimentos psicossomáticos da vida. Dessa forma concebido, o sujeito psicossomático apresenta uma organização que é o oposto das organizações neurótica e psicótica. Apesar disso, ao enfrentar a enfermidade psicossomática, o analista não trabalha com o soma, mas com o psíquico, ou

seja, ele procura interferir na desorganização somática do paciente através da “psiquização” deste.

Diz Nicolaïdes (2000, p. 155):

Como se trata da supervivência do paciente, o trabalho do psicossomático, desde a “função maternal” até a psicoterapia de inspiração psicossomática, dirige-se, em primeiro lugar, à primeira tópica, procurando reanimar a parte psíquica da pulsão e ordenar a função das ligações e dos desligamentos do pré-consciente, ‘placa giratória da economia psicossomática’ do sujeito.

Crítica à Escola Psicossomática de Paris

Green (1998/2000) enfatiza que um ponto vulnerável da Escola Psicossomática de Paris é considerar as neuroses como único termo de comparação da clínica psicossomática, ignorando os trabalhos dos autores anglo-saxões, particularmente Winnicott e Bion. Ele destaca que, de acordo com Marty, no paciente psicossomático ocorre um aniquilamento de todo o campo psíquico, o qual é compensado por um sobreinvestimento do fático, resultando num contato direto do soma com o mundo real – funcionamento que nos leva a lembrar de certas psicoses ou de certos casos-limite, estudados a partir dos citados autores. Por outro lado, os psicossomáticos franceses falam da insuficiência ou da indisponibilidade das representações, ao explicarem o conceito de mentalização. A pergunta que Green formula é se essa insuficiência ou essa indisponibilidade se deve, de fato, a uma carência ou a um rechaço do tipo: “Não quero saber!”, equiparando o sobreinvestimento do fático à alucinação positiva que recobre a alucinação negativa. Um sujeito sem mentalização, portanto, sem sentido, parece pouco provável para esse autor, que, por outro lado, não vê outra possibilidade de interpretar uma carência ou um déficit que não seja mostrando ao paciente como este joga com os seus recursos, sejam quais forem. No entanto, para Marty e seus seguidores, a “recuperação” evolutiva vem de um sentido fornecido pelo outro, o qual beneficia o paciente com uma forma de transfusão libidinal.

Braunschweig (1998/2000) esclarece que a “discórdia” entre Green e Marty resulta do fato de que o conceito de mentalização é embasado na metapsicologia de 1915, mediante a qual Freud procurou dar conta da clínica das neuroses de transferência, em oposição às neuroses narcisistas ou psicoses. Situadas na cúspide da evolução, essas neuroses bem mentalizadas protegem o soma graças ao bom funcionamento dos mecanismos de defesa do ego, diferentemente das neuroses narcisistas, cujo tratamento e cuja compreensão têm suas raízes na

segunda tópica. Não se desconhece que esse também foi o ponto de partida da investigação de Green sobre o funcionamento estranho, desconcertante, fascinante ou vazio, com muitos aspectos do “trabalho do negativo”, dos casos-limite (“neuroses com mentalização incerta”, para os psicossomáticos do IPSO). Apesar dessa diferença, a autora considera que a “psicose branca”, como podemos ler em *L'enfant de ça*, de Green e Donnet (1973), é muito semelhante à depressão essencial, descrita por Marty.

Para Nicolaïdis (2000), existem vários pontos de contato nas obras de Marty e Green, residindo boa parte dos desencontros na nomeação diferente dada às mesmas coisas por parte desses dois pensadores. É o próprio Marty que, em seu último livro, *A psicossomática do adulto* (1990/1993, p. 43), chama a atenção para esse fato:

Encontramos um movimento paralelo ao de nosso pensamento em André Green (1984) quando, em uma discussão psicanalítica sobre a “pulsão de morte”, ele avança notavelmente as noções de “função objetualizante” por conexão e de funções desobjetualizantes por desconexão.

Mais do que na teoria, é na clínica que, aparentemente, encontramos coincidências visíveis entre esses dois psicanalistas franceses, sendo a mais chamativa a enfatizada por Nicolaïdis (2000), ao comparar a descrição de Green (1983) sobre o que chamou de “a mãe morta” com a descrição de Marty (1991/1998) sobre a “insuficiência de organização do inconsciente” do psicossomático. Reportando-se ao capítulo do livro de Green que trata do conceito de mãe morta, escreve Nicolaïdis (2000):

... o autor recapitula em seu original estilo os fundamentos do aparelho psíquico, começando pelo que ele chama a série “branca”: alucinação negativa, psicose branca, conflito branco, todos relativos “a que se poderia chamar de clínica do vazio ou clínica do negativo”. Ainda que não se refira à psicossomática francesa nem aos seus autores, nem mesmo associativamente [N.A.: A depressão sem perda real de um objeto, por exemplo, nos faz pensar na “depressão essencial” de Pierre Marty – depressão sem objeto nem contrapartida libidinal], vemos um parentesco seguro entre Pierre Marty e André Green na descrição da “mãe morta”. Cito-o: “Não obstante, para evitar qualquer mal entendido, esclareço que este trabalho não trata das consequências psíquicas da morte real da mãe, mas de uma imagem constituída no psiquismo do filho como consequência de uma depressão materna, a qual transformou brutalmente o objeto vivo, fonte da vitalidade do filho, numa figura distante, átona, quase inanimada, que impregna de maneira muito profunda os investimentos A mãe morta é então, ao oposto do que se poderia crer, uma mãe que segue viva, mas que, por assim dizer, está psiquicamente morta aos olhos do pequeno filho que ela cuida”.

Pierre Marty diz que as insuficiências de organização do pré-consciente do adulto

[N.A.: As insuficiências de organização pré-conscientes predispoem à instalação da depressão essencial e do pensamento operatório] na maioria das vezes estão ligadas a uma indisponibilidade afetiva da mãe frente ao filho: quando ela esteve demasiado tempo deprimida e demasiadamente ocupada com outra coisa. Tal situação não permite que se instale na criança um sistema de representações acompanhadas de afeto. O “espectro” [N.A.: A propósito do “espectro” escrevemos: “A relação espectral tem a ver com uma mãe que corresponde a uma imagem descontínua que não se deixa encarnar, mãe arre-dia que não assume sua hospitalidade, que não oferece seu corpo como objeto atacável” (G. & N. Nicolaïdis “Jeu d’ombre et sujet-objet mélancolique”, *Revue Française de Psychanalyse*, 1-2, 1977)] da mãe morta (psiquicamente) é identificável nesta formulação de P. Marty (p. 150-151).

APORTES DE DAVID MALDAVSKY

Depressão Sem Consciência

Em Maldivsky (1992, 1995), encontramos uma criativa e original aproximação teórico-clínica tanto ao conceito de “mãe morta”, de Green, como aos postulados da Escola Psicossomática de Paris, em particular no que diz respeito à depressão essencial, a qual ele denomina de “depressão sem consciência”, observada nos processos tóxicos, entre os quais inclui as afecções psicossomáticas. No entanto, para entender a especulação teórica da depressão sem consciência, precisamos lembrar que, para Freud, a consciência, que é o ponto de partida do desenvolvimento do ego, tem dois grupos de conteúdos iniciais. Um deles é a percepção, da qual derivam as marcas mnêmicas; o outro é o afeto. Dos dois, é o afeto que aparece primeiro; depois a consciência vai se ligar à percepção. Inicialmente, a percepção está desinvestida e, por isso, ela se mostra indiferente. Somente quando a significação afetiva é conferida à percepção é que o mundo sensível adquire uma organização diferenciada e se desprendem as dimensões espaciais. Portanto, sentir um afeto é um requisito indispensável para que surja a consciência ligada às percepções. Consequentemente, quando falta o matiz afetivo, ocorre uma inibição, total ou fragmentada, de desenvolvimento psíquico, gerando a depressão sem consciência.

Essa depressão, marcadas pela ausência de sentimento, portanto, de vida afetiva, resulta da falta de uma mãe empática no início da vida, pois, como se encontra bem estabelecido, somente é possível ao recém-nascido sentir um afeto se ele se sente sentido. A etapa evolutiva em que se cria o cenário que dá origem à depressão sem afeto é aquela que se considera como a do surgimento da vida psíquica a partir do encontro entre um substrato neuroquímico, o recém-nascido,

e um mundo extracorporal, a mãe e sua prontidão. De acordo com o autor, essa forma de depressão que, no adulto assumirá a forma de um estado apático, resulta da relação interna do indivíduo com um objeto psicótico que odeia a realidade, sendo ele precisamente uma representação dessa realidade que o objeto procura desvitalizar. Ele denomina esse objeto interno de “déspota louco”, a cujo domínio absoluto o paciente apático sucumbe, tornando-se um ser desvitalizado, um morto-vivo. Deve-se ainda destacar que a apatia, que resulta da carência de qualificação do afeto, pode ser substituída pelo pânico e, em outros momentos, pela fúria, a qual se oferece como um caminho para retornar à inércia letárgica.

Sem nenhuma dúvida, o aspecto da teoria psicossomática desenvolvida por Marty que mais frontalmente enfrentou a crítica de Green (1998/2000) foi a inclusão de uma etapa pré-psíquica do desenvolvimento, pondo em xeque a possibilidade de encontrá-la, pois, embora de uma forma desconhecida por nós, já é psíquica a pulsão ancorada no somático, como advertiu Freud (1905/1973). Aparentemente, falta, tanto às teorizações de Marty quanto às de Green, no entendimento das manifestações psicossomáticas, um suporte que a obra de Maldavsky não carece, que é o conceito de “libido intrassomática”, mencionada de passagem por Freud em *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926/1976), ao afirmar que, no primeiro momento da vida pós-natal, os órgãos internos, sobretudo coração e pulmões, recebem um forte sobreinvestimento libidinal. Como consequência, nas patologias psicossomáticas, assim como nas adições e nas traumatofilias, como é possível constatar através do Algoritmo David Liberman (ADL)⁵, predominam as fixações no erotismo intrassomático, anterior ao erotismo oral primário.

Relacionamentos do psicossomático

Para abordar a questão vincular no marco da psicossomática, faz-se necessário estabelecer a diferença que existe entre os conceitos de intersubjetividade e transubjetividade. A primeira faz referência à transcrição subjetiva do que se intercambia entre os sujeitos. Implica um espaço de transformação e o reconhecimento de uma brecha, de uma barreira que sustenta a diferença entre os sujeitos. Em troca, no caso da transubjetividade, o que se produz é uma abertura máxima das subjetividades, de modo tal que ficam parcialmente abolidos os limites que as diferenciam. Assim sucede, por exemplo, nos casos

5 Método de investigação psicanalítica desenvolvido por David Maldavsky que procura detectar as erogeneidades e defesas no discurso (Maldavsky, 2004).

de pânico ou de histeria coletiva, quando se produzem um atravessamento que borra os limites do self e do objeto. Trata-se de um atravessamento narcisista que implica investimentos fusionais e adesivos que dão lugar à formação de um grupo que funciona como continente de conteúdos indiferenciados. Essa maneira de se vincular está marcada por uma forma de adesividade que se caracteriza pela produção de um aferramento ao outro. Esse outro está representando, por um lado, aquilo do qual não se pode fugir, mas, ao mesmo tempo, é o que permite sustentar uma frágil garantia acerca do próprio ser. Essa forma de relação pode denunciar um sentimento de identidade falho e opera como uma tentativa de substituição do sentimento de si (Maldavsky, 1991). Trata-se de uma forma de aderência a um corpo alheio, do qual se hierarquizam seus ritmos pulsionais, por exemplo, a respiração, os borboríngos, os batimentos cardíacos. Esse modelo de vinculação se relaciona diretamente com uma particular forma da percepção, que não discrimina traços diferenciais. Opera como uma ventosa (critério respiratório) ou como uma sanguessuga (critério cardiovascular), nos casos mais regressivos, quando sequer tem valor a abertura a um mundo químico. É uma forma de aderência a um universo palpitante desenvolvido no organismo do outro a quem o sujeito se apegar. Quando essa forma de apego se desestrutura, costuma aparecer um estado hemorrágico libidinal extremo, que mergulha o anímico em uma situação de dor não qualificável, sem fim, que pode evidenciar-se como um estado de apatia duradoura. Até aqui, o assinalado é comum a outros pacientes com patologias tóxicas, como sucede para o caso das adições ou das neuroses traumáticas.

Ao recebermos em nosso consultório um casal no qual um de seus membros é um paciente psicossomático, é frequente desenvolverem-se algumas situações quase prototípicas. Dos relatos, despregam-se cenas nas quais aquele membro do casal que tem um componente psicossomático desenvolve com seu par condutas servis, de quase submissão, ainda que sem o registro subjetivo dessas ações. O *partenaire* aparece como um sujeito egoísta, que não o leva a sério, porém, frente ao qual, sem dúvida, o psicossomático entrega sua atividade, seu tempo, toda a sua atenção. A sobreadaptação, que se caracteriza por considerar apenas as necessidades e os desejos do outro, em detrimento dos próprios, se impõe a ambos e a única demanda reconhecível é a que se supõe no outro, ao qual não se pode deixar de atender. Tais relatos, que soem reproduzir-se reiteradamente, quase sem ser objeto de reflexão, nem de queixa por parte do psicossomático, costumam gerar uma mescla de cansaço, impotência, sensação de sem saída e profunda incomodidade no terapeuta. São cenas carentes de afeto que repercutem no registro transferencial, produzindo aquelas respostas anímicas que eles não

registram em si mesmos (raiva, sentimento de humilhação, angústia). Não se tratam de queixas nem de juízos críticos, apenas a descrição de realidades cotidianas, o desenvolvimento de condutas tributárias de automatismos, nas quais o sujeito que sente parece ter desaparecido. O apego, nesses casos, está acompanhado de uma falta de registro daquilo que remete ao subjetivo: o mundo dos afetos.

Quando nos perguntamos quem é o outro para o paciente psicossomático, constatamos que se trata de alguém que foi construído na forma de um personagem idealizado, porém com características tirânicas e irracionais. O lugar que ocupa no vínculo aquele que sofre a patologia orgânica é o de quem é objeto de um desinvestimento amoroso. Sem lugar a dúvidas, parece ser a partir dessa posição que ele mesmo se sustenta e sustenta o lugar do outro, a quem nos apresenta como um objeto que não o satisfaz. Em ocasiões, o psicossomático lembra o lugar de alguém que se sente sob uma ameaça muda. Entendemos que se trata da ameaça de ser expulso da vida psíquica de seu companheiro. A partir de uma posição ingênua, poderia surgir a pergunta: por que segue mantendo a relação com o cônjuge, se parece não haver lugar para o registro de nenhuma satisfação a partir desse vínculo?

Recorrer ao aporte de alguns autores pode orientar algumas reflexões. Parece-nos de grande valor serem levadas em conta as conceitualizações de Maldavsky (1991), que considera que se trata de casais que conseguiram estabelecer um tipo de equilíbrio com o objetivo de restaurar as falhas subjetivas de cada um dos integrantes. Pensar por qual caminho se alcança esse equilíbrio no caso do paciente psicossomático implica considerar que tais vínculos estão marcados, segundo o autor, por um “apego desafetivado”. Aquele a quem se aderem foi colocado no lugar do modelo e, à medida que sustentam o vínculo com ele ou ela, creem alcançar uma identificação restauradora e, junto a esta, muitas vezes também conseguem manter uma imagem ilusória de onipotência. É necessário reconhecer esse aspecto como um ponto de risco a se levar em conta, porque, afirmados nesse estado, acreditam que tudo podem. Mesmo levando adiante os limites orgânicos, colocando, assim, em perigo as pulsões de autoconservação. Essa é uma posição passiva, na qual o ego se oferece vulnerável às descargas pulsionais alheias, aferrado a uma dor não sentida. Falhas em identificações primárias comprometem a própria subjetividade, assim como a constituição psíquica do lugar do outro como objeto. O outro, ao qual aludimos, não pôde constituir-se como sujeito para sua própria vida pulsional. Essa obstinação em manter um apego a um outro pode também vincular-se àquele tipo de masoquismo que opera como guardião da vida, à diferença daquele outro

masoquismo que, tendendo à desvitalização e à morte da pulsão, opera como masoquismo mortífero (Rosemberg, 1991; Roussillón, 2001). Em ressonância com essa maneira de avaliar o apego a um objeto que não proporciona satisfação, incluímos o conceito de apego ao negativo do objeto, que nos permite imaginar o momento em que alguém sobreviveu ao desvalimento inicial, aferrado à dor como testemunha pré-subjetiva do objeto não havido. Considerar seu valor implica reconhecer a dimensão do apego como uma corrente necessária, vital, no início da vida. É apenas a partir do seu reconhecimento que será possível entender e respeitar o aferramento ao negativo do objeto.

Também é possível incluir nessas reflexões a referência que faz Denis (1997) acerca dos dois componentes da pulsão: o de domínio e o de satisfação, precisando que tanto a corrente erógena como a de domínio são consideradas por ele como libidinais, no sentido de entender que existe um componente libidinal de domínio na pulsão. Esse autor parte da conceitualização que fez Freud (1905/1973) na sua caracterização da pulsão, quando assinalou que a satisfação não pode ser obtida plenamente mais do que por uma ação exercida sobre o objeto, que, com tal, encontra-se conforme os esforços de domínio sobre ele. Enquanto os investimentos sexuais estão em vinculação direta com as zonas erógenas, o componente de domínio investe aqueles elementos que permitem o apoderamento do objeto: os órgãos dos sentidos e a motricidade. É a união de ambos que encontramos atado no objeto, promovendo a experiência de satisfação e dando assim lugar ao registro da representação.

No entanto, esse modo de pensar permite considerar que é possível que, em algum momento do funcionamento psíquico, os componentes pulsionais se desmesquem, se desliguem. Isso nos leva a refletir como o apego do psicossomático, em ocasiões, parece ter mais relação com uma investidura no sentido do objeto, a partir do componente de domínio, do que a partir do de satisfação, ocasionando, então, um déficit em seu campo representacional, que permite entender o vazio que sobrevém logo (traumaticamente) ante a possibilidade de ruptura do vínculo assim constituído. É nesse ponto que se pode iniciar o caminho regressivo, que alcança um ponto de fixação naquele momento que é prévio à inscrição da experiência de satisfação, isto é, ainda antes da consecução da passagem da libido intrassomática à erogeneidade oral. A partir de Freud, podemos nos referir ao sadomasoquismo intracorporal, no qual a lógica que opera é a da alteração interna, abrindo as portas à aparição do sintoma orgânico. Tendo em vista essa dinâmica, constante em vínculos de casal, quando forma parte dela um paciente psicossomático, nos parece sumamente importante incluir na estratégia clínica a dimensão do apego, considerando-a como uma corrente que tem sido, até esse

momento, ao menos necessária na vida desse paciente. A partir dessa inclusão é que se torna possível entender e respeitar seu aferramento ao objeto, enquanto o tratamento não tenha alcançado alguma possibilidade de recorte subjetivo que apareça no lugar do apego, quando então a separação é vivida como um desgarramento.

Caso clínico

Alana, com 30 anos, chega encaminhada por um serviço de dermatologia, com um diagnóstico de dermatite. Em sua primeira entrevista, refere que esse sintoma apareceu na semana prévia ao seu casamento, ocorrido um ano e meio antes da consulta. Mais adiante, contará que, na realidade, teve um episódio anterior, dois anos antes de se casar, na ocasião de realizar uma viagem à Europa com uma amiga. Nesse momento, os médicos disseram-lhe que, provavelmente, isso estava ligado ao estresse. Ademais, no dia seguinte de seu regresso de uma viagem ao Chile, correspondente à época que cursava o segundo grau, a operaram de urgência de uma apendicite. Havia sofrido, durante sua infância, crise de “falso crupe”, até os três anos, época em que sua mãe decidiu que operassem as suas amídalas para resolver o problema. Pouco depois, recorda que estava sempre resfriada e lhe diagnosticaram rinite alérgica. Alana e o marido viviam em um apartamento cedido pelos pais dela, localizado no mesmo edifício, contíguo ao que eles residiam, compartilhando a linha telefônica e mantendo contato visual através de uma pequena janela que havia em ambas as portas de entrada. Quando Alana se refere ao seu grupo familiar primário, diz:

Sou filha única. Não tive uma infância feliz, eles discutiam muito. Minha mãe é muito ciumenta e fazia cenas desagradáveis. É muito agressiva. É ao contrário da ‘mulher de brigadiano’. Quem bate é ela. Uma vez, quando eu tinha 4 anos, embrabeceu-se com meu pai, agarrou uma faca. Eu, como sempre, no meio. Alguém moveu a porta e a faca cravou na porta do armário. Lembro do buraco que ficou e que depois taparam com papel ‘contact’. Quebrava coisas. Há oito ou nove anos, quase atira a TV pela janela. Eu sempre ficava controlando para que não tivesse motivos para brigar com meu pai. Eu agora vivo ao lado. A princípio, tinha medo, pensando no que poderia passar se não estivesse ali, cuidando.

Quando bebê, Alana era cuidada pela avó paterna, até que sua mãe brigou com ela e a expulsou. O mesmo sucedeu com uma mulher que contratou depois, e com outras, que tiveram a mesma sorte.

A família de Alana configura um modelo de organização familiar que é de

habitual observação no trabalho com pacientes psicossomáticos. Está constituído por um casal de pais com lugares fixos em que um de seus membros (no caso a mãe), assume o controle e usa alguma forma de violência, nesse caso incontida, como mecanismo para sustentá-lo. O outro integrante (aqui o pai) costuma aparecer como uma figura distante e frágil, não estando disponível como figura de sustentação, que ajudasse a criança na constituição de sua subjetividade. Funciona como ajudante para sustentar o poder do personagem dominante, permitindo que esse ocupe o lugar central nas relações e regule, a partir daí, a interação familiar. Uma alternativa, apenas em aparência diferente, constitui o pai impulsivo, que sofre acessos de cólera, mas que é igualmente inoperante para produzir mudanças. Nesses casos, funciona mais como outro irmão, que tem acessos de raiva infantis e caprichos, o que instaura também um obstáculo que interfere na possibilidade de aceder a uma experiência produtiva quanto à regulação da hostilidade e como forma de tramitação do pulsional.

Nessas famílias, a mãe, ocupando qualquer dos dois lugares mencionados – o de personagem despótico (como sucedia a de Alana), ou o de personagem desvalido –, evidencia que o vínculo mãe/filho está marcado pela presença de uma mãe incapaz de empatia, que priva do continente terno necessário para que a criança vá decodificando suas necessidades e qualificando sua vida afetiva. Por essa via, a mãe interfere no processo projetivo normal, aquele que forma parte do caminho que deve recorrer o desenvolvimento pulsional na fase inicial da estruturação do psiquismo infantil. A partir daqui, também irá obstacularizar a constituição de contexto indiferente, que possa receber as investidas a partir da própria erogeneidade do sujeito. Ademais, essas mães tampouco obtêm sucesso em ser as encarregadas de se constituir naquela primeira proteção ante os estímulos que chegam a partir de fora: antecedente da barreira psíquica de proteção antiestímulos. Como vemos no caso de Alana, aparentemente, era a mãe quem irrompia com seus próprios processos afetivos transbordantes, oferecendo-se como um estímulo violento do qual a menina não podia fugir. A partir da base de uma proposta narcisista materna, produz-se então a inversão da relação mãe/filho: este último passa a ser o encarregado de acalmar a ansiedade materna, buscando satisfazê-la por meio de conquistas que a mantenham calma e contente. Tal atitude fixa-se como modelo para os futuros vínculos e é um dos fundamentos das condutas de sobreadaptação que encontramos nesses pacientes.

O tipo de vínculo descrito por Alana assemelha-se ao que Liberman (1982) denomina de “madre mete-bombas”, aquela que irrompe intrusivamente com sua própria voluptuosidade, incapaz de receber, conter e decodificar os impulsos da criança. Esse autor também menciona outro tipo materno: “la madre que

rebota”. Refere-se a um modelo que produz os mesmos efeitos por outro caminho: o da desconexão afetiva manifesta. Essas costumam ser mães que manifestam um estado depressivo, produto de uma retração narcisista, que lhes impede da mesma forma a possibilidade de empatia com a criança. Com base na experiência acumulada no trabalho com esses pacientes, a nossa hipótese é de que esses dois estados podem alternar na mesma mãe, sendo o segundo de aparição mais frequente, quando o personagem despótico hostil está localizado mais firmemente na figura paterna. A presença de um personagem desvalido, fraco e frágil, que é o depositário dos aspectos vulneráveis e necessitados da criança, aquele que necessita ser “cuidado” e colocado a salvo do personagem exigente, intolerante e violento, costuma estar situado em algum outro membro do grupo familiar. Observa-se com clareza que é nesse lugar que Alana localiza seu pai, porém, em outros grupos familiares, podemos encontrá-lo em um irmão e, ainda, na mesma pessoa em quem se projeta o personagem despótico, considerada alternativamente com essa qualidade. É necessário entender que se trata, em qualquer caso, de um fragmento egoico do paciente psicossomático projetado. Aquele que expressa mais fielmente seu próprio desvalimento. A distribuição de posições descrita contempla a existência de um personagem despótico e violento (aqui, a mãe), um personagem submetido e frágil (aqui, o pai) e Alana, imersa em um clima tóxico, de incitação violenta, no qual parece ter ocupado duas funções: servir de couraça de proteção para o pai e/ou filtro para atenuar as descargas maternas e, por outro lado, ser quem sustenta os resíduos afetivos da mãe (suas incontinências), oferecendo-se para descarga pulsional alheia.

Novamente, seria possível perguntar-se: por que esses pacientes costumam desencadear uma afecção orgânica em situações de distanciamento de um grupo familiar com essas características? E, ademais, por que, em muitas ocasiões, como vimos acima, reproduzem em suas novas relações de casal grande parte da dinâmica da estrutura familiar de origem? Recordemos que os dois atos supunham um distanciamento da casa paterna: viagens e casamento precederam à aparição da sintomatologia na pele. Dentro da mesma temática, é interessante pensar como a escolha do lugar para a residência do novo casal (o apartamento cedido pelos pais) está distanciado a apenas uma parede de Alana e seus pais, o que a mantém em uma permanente conexão auditiva e visual com sua família (através da pequena janela da porta), como conservando um cordão umbilical. A partir daqui é possível perguntar-se se, com seu casamento, Alana se separava de seus pais ou, dessa forma, incluía seu marido para constituir um grupo familiar estendido. Aproximar-se de uma resposta implica considerar que, nessas famílias, os vínculos estão marcados pelo apego desconectado que desconhece

a individualidade de cada um dos seus integrantes. Trata-se de uma espécie de simbiose coletiva pela qual seus membros funcionam como partes, fragmentos que não se diferenciam entre si, mas que mantêm aquela maneira primária de conexão através dos nexos intercorporais. Essa modalidade vincular outorga um traço viscoso às relações familiares e pode se expressar em atitudes extremamente adaptadas à vontade familiar, que deixa sem consideração a pergunta acerca do próprio desejo. É por isso que, frente a algum acontecimento que pudesse significar um resgate da autonomia de um de seus integrantes, o mesmo fosse vivido como uma ameaça a esse apego. Apenas assim é possível entender por que toda a separação passa a ter o valor de um desgarramento.

Consideramos que, para sustentar essa dinâmica, é necessário que esteja operando uma lógica primitiva no funcionamento familiar, que é a da “carne da minha carne” (Maldavsky, 1991). Esse critério lógico, que difere fundamentalmente daquele outro, marcado pela ternura, é o responsável de os vínculos terem um caráter intersomático. Quando esse critério é o que regula a relação entre os membros do grupo familiar, os estímulos internos, pulsionais ou externos, em vez de se dirigirem a investir os objetos mundanos, utilizam o corpo “alheio” para fazê-lo objeto da descarga. Fica, assim, formado o terreno que pode dar entrada à lesão orgânica. Desse modo, falhas muito precoces no estabelecimento da identidade primária, constitutiva do ser, deixaram sua marca e encontram uma ilusória solução de compromisso dentro dessas redes vinculares.

Tratamento do paciente psicossomático

Da mesma forma que em qualquer situação analítica, o paciente psicossomático procurará reproduzir com o terapeuta a modalidade vincular que desenvolve em sua vida cotidiana. Frequentemente, ele nos expõe a ficarmos localizados em algum daqueles lugares que descrevemos acima: o lugar do déspota, que pretende expulsá-lo de sua vida anímica; do especulador, ao qual o paciente interessa apenas como um número mais, ou de um personagem materno, desconectado de sua vida afetiva. É por isso que, frente a nós, ele procura manter um discurso sobreadaptado, de acordo com o que supõe que queremos escutar, mostrando-se sem conflitos nem angústia, ou mesmo com uma verborragia catártica, que tampouco é representativa de seu mundo interno.

A palavra, para o psicossomático, não tem o mesmo valor que para o resto de nossos pacientes. Não tem quando a escutam nem mesmo quando a proferem. Por isso é que se impõe uma escuta crítica e limitada, que comece a dar forma a esse discurso, colocando certo limite à fala verborrágica, em que ele (o paciente)

não está representado e onde não fala de si mesmo. Em todo caso, reproduz a realidade ou as falas de outros.

Entendemos que a lesão orgânica é como um ato posto no corpo, uma marca que deverá chegar a se constituir em uma palavra, e isso será uma possibilidade na medida em que a pulsão consiga se projetar a partir de suas fontes e possa usar a representação da palavra para investi-la.

Consideramos, dentre as metas clínicas a alcançar, que os pacientes possam começar a desenvolver uma função auto-observadora que lhes permita incrementar uma atitude cuidadosa com respeito a si próprios e ao próprio corpo. Esse déficit está em relação direta com as falhas de suas alertas psíquicas – alertas sustentadoras das pulsões de autoconservação –, que fracassam a partir do desmentido do juízo de atribuição acerca daquilo que é benéfico e do que é prejudicial.

A estratégia está dirigida a operar sobre a defesa predominante, o repúdio dos afetos, cuja forma de aparição é a de se apresentar como estados de depressão vazia, de torpor e apatia, ou como transbordamentos de angústia automática.

Tecnicamente, um elemento necessário é o referido à postura frente a frente, a qual costuma ser de grande ajuda para captar indícios de afeto que esses pacientes mostram por meio de certas respostas orgânicas (enrubescimento cutâneo, tensão postural, fricção dos olhos, mãos, etc.), a partir das quais é possível emprestar-se como espelho e ajudá-los a reconhecê-las e, a partir daí, nomear seus estados afetivos. Igualmente, consideramos importante utilizar um ritmo modulado e, às vezes, mais lento nas sessões, para evitar que se produza um efeito de inundação no paciente, que, geralmente por sua postura sobreadaptada em combinação com a falha na função de filtro, que deveria exercer a barreira de proteção antiestímulo, pode deixá-los em um estado de intoxicação.

Propomos, ademais, uma atitude de escuta reflexiva e crítica, que proteja dos processos intoxicantes que esses pacientes costumam gerar em quem os escuta. Assim, estamos expostos a manifestações como: estados de sonolência; embotamento; ou mesmo, quando é a apatia a que aparece no paciente, impulsos violentos que pretendem despertá-los, por exemplo, *furor curandis* ou interpretações em cascata.

Constatamos que, para o psicossomático, não há um outro com quem se possa contar, um outro a quem possa dirigir-se com uma interrogação e com a confiança de que vai haver alguém ali, como braços dispostos a contê-lo e sustentá-lo. A partir daí buscamos o estabelecimento de um vínculo empático, que permita ao paciente sentir-se registrado afetivamente. Para desenvolver essa tarefa, em ocasiões, faz-se necessário incluir certas intervenções terapêuticas que não costumam ser aplicadas a pacientes neuróticos. Referimo-nos, por

exemplo, aos contatos telefônicos ou por *WhatsApp*, e a comunicação com outros profissionais que tenham a seu cargo a atenção médica do nosso paciente. De qualquer forma, o rumo que guiará nosso acionar terapêutico sempre será ir ao resgate da subjetividade do paciente, numa tarefa que visa ganhar espaço à pulsão de morte, buscando restabelecer o entricamento entre pulsões de autoconservação e sexuais, aliando nosso trabalho às pulsões de vida do paciente.

Psychoanalytic approach of psychosomatic manifestations

Abstract: The work consists of a review of psychoanalytic studies on psychosomatic manifestations, with emphasis on the approach of the Psychosomatic School of Paris and the theoretical advances of David Maldivsky, which places these pathologies in the freudian framework of toxic neuroses. By describing a typical case, the authors highlight the characteristics of early family ties, which will interfere in the constitution of the primary identity of these patients, emphasizing that, because of this, the relational and transference aspects of the psychosomatic patient require a change in the psychoanalytic technique conceived by Freud for neurotic patients with good symbolization capacity.

Keywords: Clinic and treatment of the psychosomatic patient. Contributions by David Maldivsky. History of psychosomatic. Main concepts of the Psychosomatic School of Paris.

Referências

Alexander, F. (1989). *Medicina psicossomática: Princípios e aplicações*. São Paulo: Artes Médicas. (Publicado originalmente em 1952)

Braunschweig, D. (2000). A posteriori del debate clínico. In A. Fine, & J. Schaeffer (Eds.). *Interrogaciones psicossomáticas*. Buenos Aires: Amorortu. (Publicado originalmente em 1998)

Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique*. Paris: Delachaux et Niestlé.

Denis, P. (1997). *Emprise et satisfaction: Le deux formants de la pulsion*. Patis: PUF.

Fain, M., & David, C. (1963). Aspects fonctionnels de l'avie onirique. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 241-343.

Freud, S. (1972). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol.7). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1905)

Freud, S. (1976). Inibições, sintomas e ansiedade. In *Edição Standard brasileira*

das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1926)

Freud, S. (1977). Projeto para uma psicologia científica. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1950)

Garma, A. (1954). *Génesis psicossomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales*. Buenos Aires: Nova.

Garma, A. (1958). *El dolor de cabeza*. Buenos Aires: Nova.

Garma, A. (1962). *El psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Garma, A. (1969). *Psicoanálisis de los ulcerosos*. Buenos Aires: Paidós.

Glover, E. (1949). *PsychoAnalysis: a handbook for medical practioners and students of comparative psychology*. (2th). New York: Staples Press.

Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Minuit.

Green, A. (1988). A mãe morta. In A. Green, *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta.

Green, A. (2000). Comentário sobre la observación de Press. In A. Fine, & J. Schaeffer (Eds.), *Interrogaciones psicossomáticas*. Buenos Aires: Amorortu. (Publicado originalmente em 1998)

Green, A., & Donnet, J-L. (1973). *L'enfant de ça*. Paris: Minut.

Liberman, D. (1982). *Del cuerpo al símbolo: Sobreadaptación y enfermedad psicossomática*. Buenos Aires: Kargieman.

Maldavsky, D. (1991). *Procesos y estructuras vinculares: Mecanismo, erogeneidad y lógicas*. Buenos Aires: Vision.

Maldavsky, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos: Adicciones, afecciones psicossomáticas, epilepsias*. Buenos Aires: Amorortu.

Maldavsky, D. (1995). *Pesadillas en vigília: Sobre neuroses tóxicas y traumáticas*. Buenos Aires: Amorortu.

Maldavsky, D. (1998). *Casos atípicos: Cuerpos marcados por delírios y números*. Buenos Aires: Amorortu.

Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Marty, P. (1966). La depression essentielle. *Revue Française de Psychanalyse*, 32, 595.
- Marty, P. (1967). Un processus majeur de somatisation: La désorganisation progressive. *Revue Française de Psychanalyse*, 32, 1220.
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort: Essai d'économie psychomac*. Paris: Payot
- Marty, P. (1980). *L'ordre psychomac: Désorganisations e regressions*. Paris: Payot.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. São Paulo: Artes Médicas. (Publicado originalmente em 1990)
- Marty, P. (1998). Génesis de las enfermedades graves y criterios de gravedad em psicossomática. In M. Tenorio de Calatroni (Comp.). *Pierre Marty y la psicossomática*. Buenos Aires: Amorortu. (Publicado originalmente em 1991)
- Marty, M., & M'Uzan, M. (1963). La "pensée opératoire". In *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 345.
- Marty, M., M'Uzan, M., & David, C. (1963). *Investigation psychomac*. Paris: PUF.
- Nicolaïdes, N. (2000). El modelo Marty: prepsíquico o cerca de lo psíquico. In A. Fine, & J. Schaeffer (Eds.). *Interrogaciones psicossomáticas*. Buenos Aires: Amorortu. (Publicado originalmente em 1998)
- Rosemberg, B. (1991). *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*. Paris: PUF.
- Roussillon, R. (2001). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: PUF.

Copyright © Psicanálise – Revista da SBPdePA
Revisão de português: Mayara Lemos

Recebido em: 26/02/2018

Aceito em: 12/03/2018

Gley Silva de Pacheco Costa
Rua Mariante, 288 / 1308
90430-180 – Porto Alegre – RS – Brasil
E-mail: gley@terra.com.br

Liliana Haydee Alvarez
José Bonifácio, 1716 – Piso 5º - 1406
Ciudad de Buenos Aires – Argentina
E-mail: alvarezlipsi@hotmail.com