



# A psicossomática como corrente essencial da psicanálise\*

Marília Aisenstein\*\*, Paris

*A autora, partindo da evolução histórica da psicossomática como disciplina psicanalítica desde o início do século XIX, descreve os fundamentos dessa abordagem bem como os avanços mais recentes dos psicanalistas da Escola de Paris. Discorre sobre os processos de somatização, conceitos de mentalização, depressão essencial e pensamento operatório e os elementos técnicos da terapêutica psicossomática, tecendo considerações sobre o setting e a atividade interpretativa do analista. Procura mostrar que se trata de uma perspectiva de futuro muito importante para a psicanálise: a abordagem psicossomática, ao mesmo tempo em que mantém uma pureza estritamente analítica, pois está embasada na metapsicologia freudiana, amplia o campo das indicações para atender pacientes em situação limite, casos difíceis, doentes somáticos, o que considera ser a clínica de hoje e do futuro.*

*Descritores: psicossomática, pensamento operatório, depressão essencial, história da psicossomática, técnica psicanalítica.*

\* Conferência proferida em 11 de agosto de 2004 na Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS).

\*\* Psicanalista, Membro Titular da Sociedade Psicanalítica de Paris.



Antes de passar ao texto teórico que preparei para esta noite, quero dizer-lhes algumas palavras. Sou psicanalista, essencialmente psicanalista, e, desde muito cedo em minha carreira, interessei-me pela psicossomática. Em primeiro lugar, devido a um interesse médico pelo corpo, mas também por uma outra razão. Tendo trabalhado durante dezesseis anos com psiquiatria pesada, duas constatações me espantaram: a resistência somática que nunca se esgota nos pacientes gravemente psicóticos, os quais fazem coisas muito surpreendentes com seu corpo, e ao mesmo tempo, a constatação de que neuróticos mais graves, por exemplo, nas neuroses obsessivas muito pesadas, ou até mesmo psicóticos delirantes se tornam muito razoáveis e muito calmos quando seu corpo está doente. Assim, para essas duas constatações muito clínicas e pessoais, encontrei a resposta já em Freud, em dois textos essencialmente. Em *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução*, Freud diz que toda a libido deve refluir para a lesão somática. O outro texto é uma nota em *Além do Princípio de Prazer*, em que ele diz observar que esquizofrênicos com doenças intercorrentes param de delirar. Em nota de rodapé, Freud diz: “Ainda não sei por que isso ocorre, mas deve ser por causa de problemas de distribuição da libido”.

Logo passei a fazer parte, então, em 1976, de um pequeno grupo de psicanalistas formado por Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Christian David. Esse grupo trabalhava com pacientes somáticos e, na época, seus membros eram ainda considerados pela Sociedade Psicanalítica de Paris como dissidentes. Não devemos esquecer que durante muito tempo, quando um paciente apresentava, por exemplo, um câncer ou uma doença grave, esses não constituíam um objeto psicanalítico. Dizia-se a este paciente: vá tratá-lo primeiro e volte depois. Só que, a meu ver, isto é absolutamente sem sentido, uma vez que o corpo e a alma são uma unidade indissociável, como a psicanálise nos ensinou.

A última coisa que direi antes de passar à conferência propriamente dita é que acho muito apaixonante essa questão do corpo e da psique, que constituiu o objeto de toda a filosofia ocidental e para a qual a psicanálise, penso eu, é uma resposta. Podemos encontrá-la hoje na neurobiologia mais moderna. Damazio, por exemplo, mostra que não se pode sobreviver sem as emoções e que as emoções fazem parte tanto do cérebro quanto do corpo.

A abordagem psicossomática e os avanços mais recentes dos psicanalistas da Escola de Paris serão aqui brevemente expostos. Eu gostaria de mostrar que se trata de uma perspectiva de futuro muito importante para a psicanálise. Parece-me importante mostrar como ampliar o campo das indicações para atender pacientes-limites, casos difíceis, doentes somáticos, pois esta é a clínica de hoje e do futuro.



Espero poder mostrar nestes poucos dias que é possível fazer isso, mantendo ao mesmo tempo uma pureza estritamente analítica, pois esta tem sua base na metapsicologia freudiana.

Historicamente, o termo *psicossomática* surge no início do século XIX, com o psiquiatra Heinroth, inscrito na corrente vitalista, que o emprega pela primeira vez. Os fundamentos da psicossomática como disciplina repousam em observações clínicas dos primeiros psicanalistas, como G. Groddek, S. Ferenczi, F. Deutch. A primeira escola de psicossomática foi fundada em Chicago por F. Alexander, que procurou entender a articulação entre psíquico e somático de um modo um pouco diferente e provavelmente mais psicanalítico. Nos anos 1960, em Paris, Pierre Marty e Michel de M'Uzan descrevem o *pensamento operatório*, e ao mesmo tempo, nos Estados Unidos, Sifneos e Namias descrevem esta mesma entidade clínica chamando-a de *alexitimia*. Então, a alexitimia ou pensamento operatório procura dar conta de uma psicopatologia essencialmente negativa ou *branca*. As duas escolas vão perceber que tal psicopatologia negativa está muitas vezes associada a doenças somáticas.

A Escola de Psicossomática de Paris é fundada em 1962. Inicialmente, como já disse, ela pareceu ser uma espécie de dissidência. No entanto, a psicossomática deveria ser a vocação primeira da psicanálise. Vou dar o exemplo do sonho, que, para os psicanalistas, é um objeto privilegiado. Ora, o sonho só é concebível se considerado dentro de uma clínica do sono e, para lembrar, a primeira função do sonho é fisiológica, ou seja, a função de permitir o prosseguimento do sono. Isso também pode ser encontrado em Freud, que sempre fala em nível endopsíquico e extrapsíquico no sonho.

Em toda ampliação de um campo, corre-se sempre o risco de uma deriva, e creio que a deriva é esquecer a teoria em seu todo. Por exemplo, o risco em relação a pacientes operatórios ou sofrendo de uma depressão essencial está em simplificar o recurso teórico pensando que as coisas não existem, ou seja, que não há angústia, fantasia, etc., em vez de tentar pensar a destrutividade interna que ataca o processo de pensamento desses pacientes. O risco de uma redução da psicanálise que existe hoje, com todas as terapias de *apoio*, é uma dificuldade que preocupou os psicanalistas em relação à psicossomática num primeiro momento. Então, ao contrário, tentamos manter viva toda a metapsicologia freudiana, mas acrescentando alguns novos conceitos, tais como *desorganização progressiva*, *pensamento operatório*, *depressão essencial*, cujas definições darei daqui a pouco.

O campo assim inaugurado deixava em aberto pesquisas teóricas tanto sobre a metapsicologia freudiana quanto sobre as variáveis e as fronteiras, sobretu-



Marília Aisenstein

do, entre psicose, somatose e estados-limites. Exponho a seguir alguns elementos da clínica psicossomática.

Contrariamente à abordagem psicossomática essencialmente médica, que vê o paciente a partir de sua doença, a abordagem psicossomática psicanalítica o vê a partir do reconhecimento de seu funcionamento psíquico. Assim, a clínica psicossomática realiza-se através do filtro do funcionamento mental do paciente, ou seja, tal funcionamento mental é sustentado pela relação que o psicanalista estabelece com seu paciente. Eu acrescentaria aqui que, em New Orleans, ouvi com muito interesse Damazio falar do cérebro enquanto filtro, termo que ele retoma em seu último livro, quando diz que o aparelho psíquico faz uma constante filtragem. Ora, é a mesma palavra que temos empregado há anos para falar do funcionamento dos psicossomáticos. O funcionamento mental, definido como um filtro, vai muitas vezes sofrer processos de somatização. Para simplificar o que estou dizendo, alguém que está vivendo um momento de doença grave não mantém seu funcionamento mental perfeitamente habitual, cabendo ao analista que está diante deste paciente o trabalho de tentar observar, deduzir qual é o seu funcionamento habitual e quais são as alterações. Assim, trabalhamos muito com o conceito de mentalização, um termo que engloba tudo aquilo que poderíamos chamar de *elaboração psíquica* em todos os seus níveis. A mentalização diz respeito a toda a atividade de representação e de fantasias do indivíduo. O trabalho de fusão das representações realiza-se no sistema pré-consciente, sendo as avaliações da qualidade da mentalização e da qualidade do pré-consciente quase equivalentes. Para P. Marty, a mentalização pode ser considerada a partir de três eixos, cada um representando uma das dimensões da atividade das representações: sua espessura, sua fluidez e sua permanência. A espessura está relacionada com o número de camadas de representações acumuladas e estratificadas ao longo da história individual. A fluidez está ligada à qualidade das representações e à circulação das mesmas. A permanência, por sua vez, diz respeito à disponibilidade de todas as representações tanto no plano quantitativo quanto no plano qualitativo. A estes três critérios é preciso acrescentar um quarto critério: o da dominação da atividade de representação pelo princípio de prazer. Assim, é preciso saber fazer a distinção entre uma atividade de representação livre e uma atividade excessiva de representação ligada a uma exigência imperiosa de repetição<sup>1</sup>.

Vou dar um exemplo muito simples que está me ocorrendo agora. Se pego um lenço para fazer assim [gesto de assoar o nariz], quando há uma carência ou

1. N.T.: M. Aisenstein emprega o termo "contrainte à la répétition" e explica que, para ela, tal termo não é sinônimo de "compulsion à la répétition" (compulsão à repetição), pois o primeiro não seria pulsional. A palavra "contrainte" pode significar exigência, imposição, constrangimento...





dificuldade no sistema de representações, tal lenço nada pode significar além dele mesmo. Para alguém com um bom funcionamento de fluidez mental habitual, o lenço pode logo querer dizer enxugar lágrimas eventualmente. Pode, então, ter despertado uma série de representações sobre dramas da vida, amores contrariados, decepções amorosas, a mãe enxugando as lágrimas. O lenço pode fazer pensar também em um lenço de pescoço, e assim por diante. Qualquer palavra vai, assim, adquirir um valor metafórico e constituir um lugar de associação e de cadeia de representações. Mas quando isso não existe, seja de modo permanente, seja de modo atual, pensamos que o indivíduo está em risco, podendo ser este o de somatização, descompensação ou *acting-out*. Desse modo, podemos também pensar a somatização como um *acting-in* no corpo.

Vou agora definir os diferentes processos de somatização. O processo de somatização por regressão é um processo que conduz habitualmente a crises benignas e reversíveis, por exemplo, crises de asma, crises de cefaléia, dores radiculares, crises de úlcera ou hipertensão. Trata-se de somatizações que se repetem, e as chamamos de somatizações por crise, pelo fato de retornarem muitas vezes no mesmo indivíduo. Afetam, em geral, sujeitos cujo funcionamento psíquico é organizado de modo neurótico-normal. Constatamos que sua mentalização é geralmente satisfatória ou pouco alterada. Neste caso, as somatizações se manifestam quando há variações no funcionamento mental, o que P. Marty chama de *irregularidade do funcionamento mental*. Esta foi descrita pelos psicossomatistas, mas creio que afeta toda a clínica psicanalítica dos neuróticos mais clássicos. Trata-se de discretas alterações no regime do funcionamento mental que transformam momentaneamente a economia psicossomática. Estas variações dão lugar a atividades sublimatórias ou perversas, a traços de comportamento ou a somatizações benignas. Por exemplo, posso ter um ataque de raiva muito forte ou posso conter minha raiva e ter um grande resfriado. Isto mostra que somatizações benignas podem vir ocupar o lugar de comportamentos, traços de caráter. Do mesmo modo, o superinvestimento libidinal da função orgânica gera um distúrbio somático, que pode ser funcional como uma colite, por exemplo. Esta crise de colite vai aliviar uma sobrecarga psíquica ou uma angústia, para depois, então, o paciente voltar ao seu funcionamento habitual.

Porém há também processos de somatização mais graves, que pensamos estarem relacionados com a defusão das duas pulsões. Trata-se de um processo psíquico que pode gerar doenças evolutivas e graves, podendo até levar à morte. Como é o caso das doenças auto-imunes e certos cânceres. Tal processo desenvolve-se, em geral, em sujeitos que apresentam uma organização não-neurótica do ego ou no limite neurótico, ou seja, em sujeitos que sofreram traumas psíquicos



graves na primeira infância, tendo reativado feridas narcísicas profundas. Em qualquer um dos casos, a dimensão de perda narcísica está presente e provoca um distúrbio na mentalização. Esta dimensão de perda narcísica gera um estado de desfusão pulsional, que vai modificar todo o equilíbrio psicossomático do sujeito. No plano psíquico, observa-se muitas vezes um certo número de sintomas que reunimos sob a denominação de *vida operatória*: uma certa qualidade de depressão que vou definir logo a seguir, a depressão essencial, e uma desqualificação do pensamento, o qual se tornará um pensamento operatório.

Assim, a depressão essencial me parece ser um dos conceitos mais importantes da clínica contemporânea. Quero explicar que *essencial* significa algo que é definido por si mesmo, ou seja, depressão essencial é a depressão no sentido da simples redução de pressão, baixa de tônus libidinal. Portanto é uma depressão caracterizada pela ausência de expressões sintomáticas. Define-se por uma redução geral do tônus de vida. Nesta vivência depressiva, não encontramos tristeza, nem sentimento de culpa, nem auto-acusação. A depressão essencial revela-se, assim, por sua negatividade sintomática.

Penso que vemos muitos pacientes, tanto na psicossomática quanto fora dela, para quem simplesmente tudo é liso, cinza, que não se sentem tristes, mas também não estão alegres, não têm vontade de nada, fazem as coisas mecanicamente. Em relação a esses pacientes, eu gostaria de acrescentar que é muito importante que nós, psicanalistas, possamos identificar-lhes isso e mostrar-lhes que estão deprimidos, que não estão simplesmente sem nada.

Considero que o melhor equivalente da depressão essencial são as crianças pequenas que não sabem dizer que estão deprimidas, mas dizem: “Estou entediado”. Os pacientes que sofrem de depressão essencial são como estas crianças, perderam até mesmo a capacidade de se pensar tristes ou deprimidos. Do ponto de vista metapsicológico, a depressão essencial mostra uma perda libidinal tanto narcísica quanto objetual e representa, na minha opinião, o traço da desfusão pulsional e da corrente autodestruidora da pulsão de morte.

O pensamento operatório, por sua vez, é um modo de pensamento atual, fático e sem qualquer ligação com alguma atividade de fantasiar ou simbolizar. Acompanha os fatos sem representá-los. Trata-se, na realidade, de um não-pensamento, creio até mesmo que seja um ataque contra o pensamento por ser um pensamento que perdeu todas as suas ligações com uma fonte pulsional. Eu gostaria de acrescentar que esse tipo de pensamento pode ser observado em cada um de nós, num momento traumático como, por exemplo, um acidente de carro. Naqueles momentos em que, de repente, se rompe todo o vínculo afetivo, mas conseguimos ser muito eficientes. É, portanto, um pensamento de sobrevivência. Do ponto



de vista da metapsicologia, pode-se constatar um superinvestimento do perceptivo nesse tipo de pensamento, que visa a defender o sujeito contra os efeitos da carência da realização alucinatória do desejo e do desamparo traumático. O pensamento operatório tem, assim, para o sujeito, uma função autocalmante e anti-traumática. É um funcionamento de sobrevivência. O pensamento operatório pode instalar-se na cronicidade ou tomar a forma de um estado crítico e reversível. Nas formas pronunciadas de vida operatória, muitas vezes se observa uma degradação da qualidade do superego e sua substituição por um forte sistema idealizante, que Pierre Marty chama de Ego Ideal.

Em poucas palavras, o ego ideal é um sistema de fatores idealizados que vem substituir o verdadeiro superego. Se todo o sistema de representação e as fontes pulsionais estão bloqueados, não pode mais haver funcionamento de um verdadeiro superego. O “eu não devo fazer isso porque são meus objetos” é transformado num vago “não se deve” ou “isso não se faz”. Faço aqui um comentário, cuja noção talvez possamos retomar nos próximos encontros na Sociedade Psicanalítica, que me parece ser muito importante para compreender alguns aspectos sociológicos e políticos atuais: penso aqui no texto de Anna Arendt sobre o processo Eichmann em Jerusalém, intitulado “A Banalidade do Real”, em que, no lugar de um superego, há um discurso mecânico subordinado a valores vagos. Encontra-se aí toda a questão da submissão à autoridade.

Vou abordar agora alguns elementos de terapêutica psicossomática. Na concepção dos psicanalistas do Instituto de Psicossomática de Paris, o tratamento psicoterápico psicanalítico dos pacientes com doença somática deve ser conduzido por psicanalistas que sejam formados, em primeiro lugar, na teoria psicanalítica clássica. Tal tratamento é concebido como complementar a todas as terapias médicas e cirúrgicas clássicas e visa a permitir que o paciente doente encontre ou recupere seu melhor nível de funcionamento psíquico possível. A escolha do *setting* adquire uma grande importância em função da fragilidade habitual do funcionamento psíquico e do funcionamento somático desses pacientes. Quando lidamos com pacientes que apresentam somatizações benignas por crises e cujo funcionamento psíquico é próximo de um funcionamento neurótico, a escolha do tratamento no divã é muitas vezes indicada. Ao contrário, quando lidamos com pacientes que apresentam uma afecção somática grave e evolutiva, com um funcionamento psíquico às vezes dominado por uma insuficiência narcísica ou então com uma vida operatória, a escolha do face a face é mais indicada. Neste caso, o face a face pode ter de uma a três sessões por semana. Para mim, trata-se de um trabalho psicanalítico, pois não se pode – e abro aqui um parêntese – definir um método unicamente em função do *setting*. O *setting* depende da organização psi-



quica do paciente. A atividade interpretativa do psicanalista deve continuamente modular-se e adaptar-se aos diferentes níveis de funcionamento psíquico do paciente, sem deixar de levar o máximo em conta, ao mesmo tempo, o peso econômico da doença. Pierry Marty enunciou o que ele chama de *regra-enquadramento*, que indica o leque dos campos. Isso inclui o que ele chama de *função materna do psicanalista*. A função materna do psicanalista vem de Bion e diz respeito à capacidade de sonhar da mãe. Para mim, isto é muito importante, pois estamos diante de pacientes que perderam qualquer capacidade de sonhar. A capacidade de *rêverie* do psicanalista ante esses pacientes é muito importante, porque assim o mesmo pode levá-los a recuperarem sua *rêverie* na relação com ele. Em qualquer caso, é preciso manter viva a relação psicoterápica que vai garantir remanejos narcísicos e masoquistas do paciente. O trabalho do psicanalista psicossomatista supõe que ele nunca se sinta entediado com seu paciente, mesmo quando este for totalmente operatório. O psicanalista deve sonhar e deve dominar o que eu chamo de *arte da conversação*. Precisamos emprestar nosso trabalho pré-consciente e colocá-lo na relação. O psicanalista poderá também escolher interpretações sob forma psicodramática e um pouco lúdica para fazer um curto-circuito nos discursos fechados, operatórios e racionalizantes. Vou dar um pequeno exemplo: pouco tempo antes de eu sair de Paris, uma paciente em estado muito operatório contame, durante uma hora, como cozinha. Diz: “J’ai pris une casserole, j’ai changé de casserole...” [Peguei uma panela, mudei de panela...]. Em francês, “Tu vas passer à la casserole” [Tu vais para a panela] é uma gíria bastante vulgar que um jovem utiliza para dizer que quer fazer amor com uma jovem. Então, após ter escutado durante 45 minutos “les casseroles, les casseoles...”, faço uma intervenção, dizendo: – “Você sabe, isso me fez pensar na expressão ‘passer à la casserole’, que tem algo muito erótico”. Mas tecnicamente lhe digo: – “Eu penso nisso”, para lhe propor uma via de associação, mas não lhe digo: – “Você pensa, você diz isso”, pois seria feri-la narcisicamente e porque não deve ter pensado nisso.

O fim do tratamento com esse tipo de paciente traz muitos problemas. Tais tratamentos podem demorar, serem extremamente longos, mas se transformam quase sempre num trabalho muito mais analítico clássico, mesmo levando às vezes anos para chegar a este. Em todo caso, cabe ao psicanalista e ao psicossomatista utilizar toda a gama de aptidões psicanalíticas e pessoais para ajudar esses pacientes a viverem nas melhores condições possíveis e com seu melhor nível de funcionamento.

Para concluir, eu gostaria de dar dois exemplos muito pragmáticos, vou ser muito breve. Na Escola de Psicossomática de Paris, temos o costume de trabalhar em colaboração com centros de medicina. Os centros podem ser muito diferentes,





assim como nosso modo de colaborar. Vou dar o exemplo de um grande Centro de Diabete, um serviço de ponta da diabetologia parisiense, que nos enviava regularmente pacientes. Há três anos, o chefe do serviço pediu-me para prestar mensalmente uma assistência ao seu staff. Ele me diz: – “Ouça, sei que tecnicamente sou muito eficiente e deveria poder não ter pacientes diabéticos que morrem, no entanto, tenho pacientes que morrem e nem sempre são os mais graves. Portanto devo admitir que há uma dimensão que nos foge. Por isso quero a ajuda de um psicanalista”. Achei seu pedido muito interessante e colocado de um modo muito inteligente. Então, uma vez por mês, presto assistência ao seu *staff*, que escolhe um ou dois pacientes cujo estado está mal controlado, sendo este grave ou não tão grave. Atendo os pacientes que me são enviados não no serviço hospitalar, mas no Instituto de Psicossomática uma ou duas vezes. Depois dos dois encontros, os mesmos podem solicitar, se desejarem, uma psicoterapia, mas se não o fizerem, não lhes propomos. Durante as entrevistas de uma hora, que são bem direcionadas, podem surgir coisas que passavam totalmente despercebidas, sutis, até mesmo para aqueles diabetólogos que se preocupam muito com os aspectos relacionais. Por exemplo, em três pacientes com organizações psíquicas e histórias diferentes, descobri e pude ver com eles que havia uma verdadeira adição, quase toxicomaniaca, pela hipoglicemia. Fiquei muito surpresa e achei muito interessante descobrir também que pode haver uma adição, como se fosse um uísque a mais e que os pacientes adoram se sentir assim. Não vou detalhar todos os casos, mas vou dar ainda o exemplo de um homem, um diabético muito grave, que se colocava muitas vezes em situação de risco de morte, fracionando suas doses de insulina, tomando uma subdose. Pudemos ver juntos que ele se colocava em condições traumáticas, que foram as condições de detenção política durante a guerra da Argélia.

Nossa colaboração com o serviço de diabetologia é apenas um exemplo, mas há outros exemplos de modos de colaboração, como aquela que mantemos com um serviço de oncologia muito importante. Neste caso colaboramos de maneira diferente, pois não há um atendimento clínico. É um serviço especializado em câncer de mama que nos envia muitos pacientes e com o qual fazemos pesquisas. Uma primeira pesquisa, já bastante antiga e publicada no *Lancet*, foi realizada com cem mulheres que tinham tido um tumor de mama. Estas foram encaminhadas a psicossomatistas para uma entrevista psicossomática antes do resultado do exame anatomopatológico, ou seja, o tumor era detectado, e a entrevista era feita antes das análises do tumor. Tal pesquisa foi o resultado de um desafio para os oncologistas, pois estes nos solicitavam um diagnóstico da gravidade do tumor a partir do exame do funcionamento mental do paciente. Foi considerada extre-



mamente positiva porque em 75% dos casos os prognósticos correspondiam totalmente ao diagnóstico mental feito a partir de uma simples entrevista. Neste momento estamos realizando uma segunda pesquisa, que durará dez anos, com dois grupos de mulheres com o mesmo tipo de funcionamento mental, a mesma idade, as mesmas características tumorais, sendo que um dos grupos aceita um atendimento psicanalítico e o outro não.

Como vocês observam, mantemos relações diferentes que dependem do serviço, da doença, da solicitação do chefe do serviço...

Enfim, eu gostaria de dizer que o trabalho que podemos oferecer à medicina não diz respeito à questão da relação, pois a maioria dos médicos é perfeitamente capaz de administrar todo o campo da relação com seus pacientes. Há aqueles que não gostam, mas isto é outra coisa. Por outro lado, penso que podemos ajudar consideravelmente, mesmo quando não se faz um tratamento a longo prazo, apenas algumas consultas. Entra aí toda a questão da economia e das projeções totalmente inconscientes dos pacientes tanto na sua própria doença quanto no plano médico. Acredito que a boa medicina da relação também precisa de psicanalistas, não especificamente para ajudar os médicos no trabalho da relação, mas para ajudá-los a identificarem as projeções inconscientes que os têm como objeto.

Concluo assim e agradeço sua atenção.

*Questão – Fiquei muito interessado em relação à técnica que a senhora utiliza de ofertar as próprias associações do psicanalista, para que ocorra uma abertura e o paciente possa falar. Penso que isso visa a aumentar a espessura do pré-consciente no paciente. Minha curiosidade é em relação à discriminação de dois tipos de pacientes: aqueles que fazem regressão somática e os que fazem desfusão pulsional. Parece-me que os primeiros teriam potencialmente facilidade para fazer o contato, como o jogo, que inclui o aspecto lúdico. Nos pacientes com desfusão, não haveria o risco de uma identificação adesiva, tornando o jogo mais um mecanismo operatório?*

MA – Sua questão é muito interessante e você tem toda a razão. Os pacientes que fazem regressão, entram de fato imediatamente num jogo relacional psicanalítico clássico. Quanto aos outros, podemos dizer que é verdade que emprestamos nosso trabalho pré-consciente esperando que o paciente encontre nele algo que relance seu trabalho pré-consciente. Porém, sua questão sobre a identificação adesiva tem algo lúdico, pois, na minha opinião, seria o melhor nível, significaria que, nesse momento, seu funcionamento identificatório é de boa qualidade. Às



vezes é bem pior do que isso, e o trabalho consiste em nos emprestarmos como objeto de investimento, antes de nos tornarmos um objeto de identificação. Quando nos tornamos um objeto de identificação, se ousar dizer, o jogo está ganho. □

## Abstract

### **Psychosomatic as an essential current of psychoanalysis**

The author begins with the historical evolution of psychosomatics as a psychoanalytic discipline from the mid-19th century onwards, and describes the fundamentals of this approach, as well as the most recent advances of the psychoanalysts of the Paris School. She discusses the somatization processes, concepts of mentalization, essential depression and operational thinking and the technical elements of psychosomatic therapy, presenting thoughts on the setting and interpretive activity of the analyst. She tries to show that it is a very important perspective of the future for psychoanalysis: as the same time as the psychosomatic approach maintains a strictly psychosomatic purity, since it is based on Freudian metapsychology, it expands the field of indications to see patients in a limit-situation, difficult cases, somatic patients, which it considers to be the clinical work of today and of the future.

Keywords: psychosomatic, operational thinking, essential depression, history of psychosomatic, psychoanalytic technique.

## Resumen

### **La psicossomática como corriente esencial del psicoanálisis**

La autora, partiendo de la evolución histórica de la psicossomática como disciplina psicoanalítica desde el inicio del siglo XIX, describe las bases de este abordaje así como los avances más recientes de los psicoanalistas de la Escuela de París. Discurre sobre los procesos de somatización, conceptos de mentalización, depresión esencial y pensamiento operatorio y los elementos técnicos de la terapéutica psicossomática, entrelazando consideraciones sobre el *setting* y la actividad interpretativa del analista. Busca mostrar que se trata de una perspectiva de futuro muy importante para el psicoanálisis: el abordaje psicossomático, al mismo tiempo en que mantiene una pureza estrictamente analítica, pues está fundamen-





Marilia Aisenstein

---

tado en la meta-sicología freudiana, amplía el campo de las indicaciones para atender pacientes en situación límite, casos difíciles, enfermos somáticos, lo que considera ser la clínica de hoy y del futuro.

Palabras llave: psicossomática, pensamiento operatorio, depresión esencial, historia de la psicossomática, técnica psicoanalítica.

Recebido em 11/08/2004

Aceito em 18/08/2004

Tradução de **Vanise Dresch**

Revisão técnica de **Luisa M. Rizzo** e **Patrícia F. Lago**

**Marilia Aisenstein**

72 rue d'Assas,

75006 – Paris – France

E-mail: mariliaais@hotmail.com

© Revista de Psicanálise – SPPA