

Marília Aisenstein*

O antipensamento e a psicossomática**

ide: Você poderia nos falar de sua formação e de seu interesse pela psicossomática?

Marília Aisenstein: Eu sou filósofa de formação, fiz uma análise quando era muito jovem, mas foi uma análise pessoal. Para me tornar psicanalista, fiz outros estudos. Comecei uma formação, bastante clássica, no Instituto de Paris. O meu interesse pela psicossomática veio de maneira muito particular depois de ver algumas pacientes, sempre do sexo feminino, que apresentavam características históricas, mas que faziam verdadeiros sintomas somáticos. Não eram conversões. E comecei a questionar a qualidade dos seus caracteres históricos. O primeiro trabalho que tive no hospital foi no Serviço de Alergias; eu apenas ficava por lá, não fazia psicoterapia. Foi nesse momento que ouvi falar de Pierre Marty. Foi nesse trabalho, com os pacientes alérgicos nos quais detectei alguns caracteres históricos, sem serem verdadeiras neuroses históricas, que encontrei Pierre Marty e perguntei se poderia trabalhar com ele. Na época, a equipe era pequena, composta por Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Michel Fain e Christian David. Eles dispunham de um pequeno dispensário num ambulatório de doenças venéreas. Trabalhavam no consultório e no ambulatório, mas em 78 a ministra da Saúde da época foi convencida por essa equipe a fundar o hospital-dia da psicossomática, que então se tornou o Hospital Pierre Marty. As pesquisas dessa equipe foram iniciadas nos anos 50 e 55, e em 56 Pierre Marty e Michel de M'Uzan descreveram o pensamento operatório. Mais ou menos no mesmo momento, nos Estados Unidos, tínhamos duas pessoas que haviam feito uma descrição da alexitimia, palavra que vem do grego e que significa a não-leitura dos próprios afetos. Então, pessoas diferentes em continentes diferentes pesquisavam o mesmo tema na mesma época, o que nos faz perceber que existia uma realidade semelhante nos diferentes continentes que estava sendo descrita, vista. Há uma história pessoal de Pierre Marty que ilustra esse movimento. Pierre Marty era chefe da clínica neurológica, com formação em

psiquiatria, e durante a guerra dirigiu um grande hospital psiquiátrico. Nos anos de 42 e 43 nós estávamos sob a ocupação alemã e não havia como se aquecer nem o que comer. Segundo Marty, tanto ele como toda a equipe desse hospital, os enfermeiros, os médicos, os assistentes sociais, ficaram muito envolvidos com o trabalho e perderam de dez a vinte quilos. Todos estavam muito cansados, sempre ficavam gripados, e os pacientes psiquiátricos, principalmente os mais graves, não pareciam afetados nem pelo frio nem pela fome. Esse foi o ponto de partida para ele refletir sobre a participação do aparelho mental na economia psicossomática geral e tentar compreender a economia psíquica em tais situações. De fato, quando examinamos bem a obra de Freud, percebemos que ele fez a mesma constatação que Pierre Marty quando escreveu sobre isso em *Além do princípio do prazer*. Mesmo os esquizofrênicos, até mesmo crônicos, têm uma regressão completa em face de uma doença somática. Freud diz que isso deve se dar em virtude de problemas de distribuição da libido. Efetivamente, também é algo que nós vemos nos textos sobre o narcisismo em que Freud fala da regressão da libido narcísica sobre o eu para se curar. Ele escreve uma frase que eu, pessoalmente, acho muito bonita. Mesmo uma paixão amorosa louca se acalma no caso de uma doença somática. Retiramos todo investimento do objeto exterior porque estamos precisando dele para nosso interior, nossa cura.

ide: Em diversos artigos seus, você afirma que a psicossomática não é uma questão psicanalítica, mas que a psicanálise dá a essa questão uma resposta única e original ao deslocar o dualismo entre o lugar do corpo e da mente na base do conflito para o dualismo pulsional. Você poderia desenvolver essa idéia e suas implicações na clínica?

M. A.: Vou retomar um pouco a teoria de Pierre Marty. Vou reafirmar que ele foi sempre bastante freudiano. Eu insisto nessa idéia porque no começo da Escola Psicossomática de Paris nós éramos considerados um pouco dissidentes. Esse

não é o caso hoje em dia, mas é um fato histórico. Pierre Marty começou em 1955 a elaborar...

ide: Por que dissidentes?

M. A.: Porque na época o discurso oficial da Sociedade de Paris era de que nosso papel não era o de nos ocuparmos das doenças somáticas. Na época era como se o paciente dissesse: “Eu tenho problemas. Eu estou em tratamento por causa de um câncer”. A resposta clássica era: “Primeiro você se cura e depois volta a me procurar”. De outro lado, penso que havia muitos psicanalistas clássicos que confundiam uma teoria psicossomática do humano com o que chamaríamos de psicogênese. E eu seria muito prudente com a psicogênese das doenças graves. Penso que, de todo jeito, toda idéia nova encontra sempre muita oposição. Há uma resistência ao novo mesmo entre os psicanalistas. Pierre Marty construiu uma teoria bastante coerente, que é uma teoria do aparelho psíquico em que este é incluído e visto como testemunha e filtro do funcionamento somático do indivíduo. Ele ficou persuadido, e sou discípula dele, de que era possível fazer um diagnóstico do indício de algo que se passava no corpo através de uma entrevista psicanalítica bastante intensa. Isto é, ele era muito atento às modificações do funcionamento habitual do paciente. Eu vou dar um exemplo de uma pesquisa que foi publicada. O professor Claude Hasman, que é cancerologista, enviou cem mulheres para serem entrevistadas por Pierre Marty e sua equipe antes do diagnóstico anátomo-patológico. Hasman pedia aos psicanalistas que fornecessem o indício da gravidade do quadro somático através do funcionamento mental. Esse estudo é histórico porque nós tivemos 90% de concordância. Não é a psicogênese que nos interessa, mas o fato de a entrevista psicanalítica poder ser uma ferramenta, um instrumento prognóstico na medicina. Volto à questão no ponto em que há um aspecto de que discordo completamente da teoria de Pierre Marty. Para coerência do seu sistema, Marty pensava haver uma única pulsão de vida ou libido, que sofria movimentos de regressão a que chamou de movimentos individuais de morte. Ele considerava que o dualismo pulsional e a pulsão de morte eram inúteis do ponto de vista conceitual. Então, nessa concepção monista da pulsão, com movimentos de regressão, Pierre Marty via os momentos de regressão como momentos de falta. Por exemplo, nas doenças somáticas havia muito menos fantasia e representações, os pacientes mostravam bem menos emoções e menos afetos, mas ele via isso como uma falta, o que é bastante coerente conceitualmente dentro de uma teoria monista. É aqui que eu discordo por completo e penso que pessoalmente, pela minha experiência, não poderia considerar o apagamento ou branco uma simples falha. Se nós podemos pensar que isso é o resultado de uma destrutividade psíquica interna, me parece lógico voltar ao dualismo pulsional de Freud e dar toda importância à pulsão de morte exatamente como Freud descreve em 1938 no

Esboço da psicanálise. Uma força de desligamento e de apagamento, uma força que vai perdendo o senso, desfazendo sentido e desligando. É por essa razão que o dualismo pulsional é para mim um conceito absolutamente indispensável não só para a psicossomática, como também para a psicanálise de modo geral.

ide: Neste número da revista o tema em pauta é a biotecnologia. Em sua opinião uma hiperbiologização do homem poderia levar a um incremento da doença como destino pulsional?

M. A.: Essa questão, se compreendi bem, é sobre a hipertecnologia que poderia levar o ser humano a respostas mais operatórias. Esse é o centro da questão? Acho que ela é crucial e muito difícil. Na Primeira Guerra Mundial o número de reações históricas de soldados em situações de estresse era muito maior do que na Segunda Guerra, quando os fenômenos psicossomáticos prevaleceram. Acho que essa questão tem a ver com a influência cultural da sociedade, com o tipo de comportamento. É mais ou menos isso. Eu dei uma resposta que é um pouco contraditória. No primeiro aporte acredito ser um pouco simples demais conceber que a tecnologia faz com que o humano se torne operatório, mas devemos poder imaginar e fantasiar, por exemplo, uma gravidez tecnologicamente assistida em comparação com uma gravidez natural. Essa é minha primeira resposta, mas por outro lado existe mais ou menos desde a Segunda Guerra Mundial um fenômeno a que eu chamaria de antipensamento, e todos os que atacam o pensamento atacam também a humanidade.

Após a Primeira Guerra Mundial havia muitos pacientes neuróticos, casos de conversão histórica e verdadeiras neuroses traumáticas. Atualmente vemos traumatismos que não se organizam como neuroses, bem como fenômenos operatórios que são ataques gerais aos processos de pensamento. Fiquei muito impressionada pela leitura de Hannah Arendt, sobretudo do livro que ela escreveu depois de ter acompanhado o processo de Eichman, em Jerusalém. Ela o descreve como um personagem que não é nem simpático nem antipático, mas que se nega radicalmente a pensar por si mesmo. Para mim esse é o mal absoluto! Saber pensar começa por podermos dizer “não”. Também podemos ligar isso ao artigo de Freud sobre a negação como começo. Então, na verdade, não se trata somente de novas tecnologias, e sim de um mundo bastante automatizado, “assistido”. Não sei se vocês têm isso no Brasil, na Europa porém existe a idéia de que o Estado deve assistir o indivíduo em tudo. É um fenômeno impressionante. Por exemplo, se há uma tempestade de neve e milhares de carros estão bloqueados, e as pessoas saíram sem agasalho, sem o leite para o bebê, diante da situação precária em que se encontram no meio da tempestade, elas vão se voltar contra o Estado, culpá-lo de tudo, pois caberia a ele ter tomado conta disso. Há manifestações defendendo que o Estado

* Psicanalista pela Sociedade Psicanalítica de Paris, com reconhecimento internacional na psicanálise contemporânea, estuda os fenômenos primitivos do mundo mental, mais especificamente os psicossomáticos. Seu trabalho dá continuidade às pesquisas de Pierre Marty, Michel Fain e Michel de M'Uzan junto à Escola Psicossomática de Paris, que, entre outras questões, enfatiza a obliteração psíquica que se expressa através da depressão essencial, do pensamento operatório e da reduplicação projetiva, elementos pré-simbólicos e pré-verbais.

** Realização: Ana M. Brias Silveira, Jassanan Amoroso Dias Pastore, José Martins Canelas Neto e Magda Guimarães Khouri. Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 9 de agosto de 2006.

devia ter lhes avisado e as proibido de viajar! Vejo pessoas que abrem processo contra as indústrias de tabaco nos Estados Unidos e que ganham esses processos porque as indústrias não as impediram de fumar. É uma onda de negação, de recusa de pensar individualmente, por si próprias. Então, para concluir, existe com certeza uma influência, mas muito mais complicada do que parece à primeira vista. Gostaria de colocar a questão em correlação com textos fundamentais de Freud; a dificuldade de dizer não, a dificuldade de pensar por si mesmo, e a regressão da massa na multidão é um fenômeno que vejo cada vez com mais frequência na minha prática psicanalítica. Temos cada vez mais pacientes atípicos, difíceis, como se a construção edípica clássica estivesse fortemente perturbada, fosse cada vez mais difícil.

ide: No jornal *Folha de S.Paulo* de 26 de julho deste ano, o jornalista Marcelo Leite escreveu um artigo acerca do atual desenvolvimento da biotecnologia, que possibilita a produção de óvulos femininos a partir de células masculinas. Gostaríamos de saber sua opinião a respeito desse avanço da biotecnologia e suas repercussões sobre o pensamento psicanalítico e a clínica.

M. A.: É uma questão bem específica que diz respeito ao problema da diferença dos sexos e à questão da construção edípica do psiquismo humano. Foi publicado na França, há um ano, um livro chamado *L'utero artificielle* [*O útero artificial*], de Henri Atlan, em que ele mostra que daqui a pouco tempo as mulheres não precisarão mais carregar na barriga o bebê. É verdade que todos esses avanços científicos nos põem frente a frente com problemas consideráveis. Não estou certa de que nós, psicanalistas, devamos responder a essas questões agora, porque os bebês que vão nascer de um gameta masculino e vão ser abrigados por um útero artificial ainda não nasceram. Penso que tudo está em aberto e talvez venhamos a perceber que esse bebê tem o mesmo funcionamento psíquico que todos nós, apesar de tudo isso. Mas, de verdade, eu não saberia responder. Eu não trabalho com crianças muito pequenas, no entanto os colegas que trabalham dizem frequentemente, pelo menos em Paris, que vêem muitas crianças educadas por casais homossexuais que têm uma diferenciação perfeita da bissexualidade e que investem cada uma das pessoas do casal de forma diferente. Isso mostra que tudo está em aberto.

ide: Vamos voltar um pouco à psicanálise e à clínica. Você poderia nos explicar os conceitos de mentalização e desmentalização, bem como as idéias de trabalho de representação e pensamento operatório? Como você vê a utilização desses conceitos nas análises de pacientes neuróticos e neurótico-normais?

M. A.: Começo pelo fim. Qualquer paciente neurótico-normal ou qualquer um de nós apresenta normalmente

momentos operatórios. Quando sofremos um acidente de carro grave, o que nos permite ter uma conduta adequada é a colocação em latência de todos os afetos naquele momento. Então, os momentos operatórios existem de modo natural – é uma “economia de sobrevivência” –, e se relacionam com fatores traumáticos, em que temos uma parada brutal das representações e dos afetos. Penso que o objetivo é bloquear o afeto. Mas para bloqueá-lo o aparelho psíquico precisa impedir todas as cadeias de representação. O conceito de mentalização diz somente isso. Quer dizer, o processo habitual inconsciente de representação sobre o qual os afetos deslizam. A desmentalização é o que acabo de descrever, é a parada brutal das cadeias representativas e afetivas. Vou dar um exemplo vivo que me vem de uma paciente. Há alguns anos, eu estava andando na rua, em Nova York, quando encontrei uma conhecida, mais uma conhecida do que uma amiga. Paramos e conversamos, e ela lembrou que cinco anos antes estivera em uma festa na minha casa. De repente, subitamente, essa conhecida começou a descrever detalhes da minha casa com uma precisão, por mais ou menos cinco minutos, e eu fiquei me dizendo: “Ela entrou num plano operatório”. Comentei estar admirada com o fato de ela se lembrar da cor da cortina, dos detalhes. Há uma acumulação de detalhes perceptivos. Nesse momento, surgem lágrimas nos seus olhos, e ela diz: “Sim, ainda me lembro muito bem daquela noite porque quando estava indo para a sua casa num táxi, recebi um telefonema em que me informavam que o meu filho tinha doença de Hodgkin”. Depois disso, nós começamos a conversar normalmente. Estou dando esse exemplo porque essa mulher fez um momento traumático na vinda para a minha casa. Ela entrou num funcionamento operatório de sobrevivência, o qual apresenta um superinvestimento do factual e do perceptivo. Na minha opinião, isso se deu para evitar o pensamento. Depois de cinco anos, ao me ver, o estado traumático volta, ela volta a um traumatismo antigo porque estava revivendo aquele momento. Trata-se de um momento de desmentalização, que pode durar alguns minutos, como nesse caso, mas que pode ser mais temeroso se ele se instalar por um longo período. É verdade que em casos de traumatismo não delimitado e atual vemos se instalar estados de desmentalização por um tempo mais longo. De acordo com a teoria de Pierre Marty, se esse estado durar bastante tempo o aparelho psíquico deixa de fazer o seu trabalho de regulador da vida psicossomática. Isso nos leva a um risco de descompensação psicossomática.

ide: A descompensação psicossomática é promovida por esse longo pensamento operatório?

M. A.: Para Pierre Marty há uma relação de causalidade, mas não para mim, porque vejo que o pensamento operatório pode durar bastante tempo e levar a depressões graves, do tipo essencial e, às vezes também, do tipo melancólico.

ide: Quais relações você vê em sua clínica atual entre os pacientes *borderlines*, os “casos difíceis” e os pacientes psicossomáticos?

M. A.: Entre os pacientes *borderlines* não deveríamos incluir os pacientes psicossomáticos, deveríamos dizer que são pacientes nos quais as vias somáticas se manifestam mais do que em outros. Em geral dizemos psicossomáticos porque é mais curto. Temos algumas semelhanças entre eles, mas também algumas diferenças. Precisamos diferenciar porque existem ainda pacientes neuróticos, ou neurótico-normais, que por razões bastante complicadas têm uma facilitação da via somática. Vou colocar isso de lado. Existem muitos pacientes *borderlines* que se apresentam como pacientes psicossomáticos graves. O que há em comum entre eles é o medo, o pânico que têm do objeto, porque ele é vivo e imprevisível. Enquanto no *borderline* clássico a tendência é de querer controlar e dominar o objeto, alguns pacientes somáticos tomam a via da negação. Isso quer dizer que, em vez de controlá-los, afirmam que ele não existe – o objeto não existe. Nesses pacientes, a crise somática tem o mesmo valor de um *acting in* ou de um *acting out* e na maior parte das vezes o corpo é tratado de forma muito particular, como se fosse uma terra estrangeira. A via somática é ligada à recusa do corpo, à recusa do que o sujeito sente, e mesmo, às vezes, a uma relação de ódio. É uma hipótese um pouco arriscada dizer que o corpo deles, pacientes *borderlines*, lembra o objeto, porque o corpo, no fundo, é o primeiro lugar em que se imprimem as marcas do primeiro objeto. E assim como há uma luta de morte com o objeto também há uma luta de morte com o corpo.

ide: Qual é o aspecto que mais a interessa no seu trabalho atualmente?

M. A.: Existem algumas questões que me coloco, por exemplo, como as que abordei aqui. Temos muito a descobrir sobre o papel da civilização, que está em constante evolução, boa ou ruim, e que imprime algumas coisas no psiquismo. O psiquismo tem que se inter-relacionar com a cultura e a civilização. Então, temos muito a descobrir nos próximos anos. É verdade que estou muito interessada em algo que penso existir na civilização atual, mas não sei ainda muito bem ao que ligar isso. Trata-se de uma coisa que contrária à humanidade. A psicanálise tem um papel cada vez mais importante a desempenhar. Existem algumas terapias fundamentais, sistêmicas enfim, que com certeza curam os sintomas e fazem com que a pressão melhore. Não duvido disso. Por outro lado a psicanálise é a única das psicoterapias que pode nos ajudar a continuar a pensar diante dos acontecimentos futuros e, assim, podermos continuar a ser humanos.

Marília Aisenstein
72, rue D'Assas
750006 – Paris – France
Tel.: 33 1 45 48 13 38
mariliaais@hotmail.com