

A CONSTRUÇÃO DO CAMPO PSICOSSOMÁTICO

Até alcançar o status atual de uma disciplina, com seu campo próprio de saber, a psicossomática percorreu um caminho nem sempre imune a controvérsias. O entendimento de que os fatores de natureza psíquica podem alterar o funcionamento do corpo, inclusive causando adoecimentos, não se constitui um fato novo, mas a compreensão dos mecanismos que permitem a primazia do psíquico sobre o somático, ou, como dito por Freud, do “enigmático salto do mental para o físico” (Freud, 1917, p.306), ainda se mantém em aberto e suscitando debates.

Embora historicamente o termo ‘psicossomático’ tenha surgido no início do século XIX, quando o psiquiatra alemão J. A. Heinroth abordou a interferência das paixões em alguns transtornos orgânicos, a compreensão da relação entre as funções psíquicas e corporais, cuja perturbação pode se expressar em adoecimentos somáticos, sofreu a influência de diversas correntes de pensamento, e se tornou motivo de divergência entre autores até os dias atuais.

Assim é que ainda encontramos a expressão ‘psicossomática’ sendo utilizada, particularmente no meio médico, para designar uma doença cuja sintomatologia, mesmo que inegável do ponto de vista funcional e clínico, não se relaciona com nenhuma causa objetivável do ponto de vista anatomo-fisiopatológico, quando, então, é pensada a participação de fatores psíquicos na etiologia do problema.

No final do mesmo século XIX, com Freud e o surgimento da psicanálise, algumas dessas manifestações físicas sem causa aparente foram entendidas como resultado da “conversão de uma energia psíquica em inervação somática” (Freud, 1893), vindo a se constituir como um transtorno da neurose histérica, onde conflitos psíquicos são simbolizados em sintomas corporais. Outra modalidade de manifestação física, cuja sintomatologia está associada a uma angústia difusa sem

um sentido simbólico, foi designada como pertencente ao quadro da neurose atual, e por ela Freud (1917) não demonstrou maior interesse na medida em que não poderia ser atingida pelo método de tratamento que criou.

Essa modalidade de manifestação é retomada pela psicossomática psicanalítica que, utilizando o instrumental teórico da psicanálise, propõe ampliar o campo de investigação do domínio das neuroses e psicoses para o dos portadores de distúrbios somáticos, propondo também adaptações na técnica de tratamento (Marty, 1980). Seus pontos de contato com a medicina são reconhecidos pelos psicossomaticistas, mas sua proposta é a de trabalhar em um domínio mais amplo, procurando analisar o funcionamento do indivíduo como um todo. Assim, sem negar os conhecimentos já estabelecidos pela ciência médica, os estudiosos da psicossomática buscam compreender o indivíduo em sua unidade física e psíquica.

Ao valorizar o domínio psicoafetivo da experiência humana, por considerá-lo “o mais poderoso organizador, desorganizador e reorganizador até mesmo das funções somáticas” (Marty, 1983, p.X), a psicossomática psicanalítica, como definida pelos autores franceses, tornou possível a identificação das falhas nos processos mentais favoráveis à expressão somática, assim como responsáveis pela cronificação de certas patologias orgânicas. No terreno da infância, quando o psiquismo da criança ainda está em constituição, o estudo da relação mãe-bebê, e de suas vicissitudes, se voltou para a compreensão de patologias somáticas precoces e, conseqüentemente, de uma intervenção que possibilite a prevenção de seu agravamento.

Se considerarmos que o homem é psicossomático por definição, o adjetivo ‘psicossomático’ aplicado às doenças e aos pacientes não só pode parecer redundante, como também indicativo de uma hesitação entre o clássico dualismo psique-soma e a “aventura abertamente monista que a psicossomática representa” (Kamieniecki, 1990, p.7). Mas, como assinalado por Marty (1983), o abandono do dualismo não reside apenas em um abandono de palavras, e sim das classificações, nosografias e procedimentos habituais, pelo estudo analítico da economia e da relação dinâmica do psíquico e do somático.

A experiência psicossomática, particularmente no que se refere à investigação e ao tratamento de pacientes somáticos, baseou-se no trabalho de

psicanalistas, mas, embora estreitamente ligadas, a psicossomática e a psicanálise não se confundem. Enquanto o método e o sentido do estudo psicossomático se modelam sobre os da psicanálise, na prática existem diferenças quanto os pacientes que trata, quanto aos objetivos que persegue e quanto às técnicas que emprega (Marty, 1983). Ao enfatizar que o estudo da psicossomática pode contribuir para o enriquecimento da psicanálise, e dos psicanalistas, Marty afirmou:

Apesar das desigualdades e dos buracos de uma via teórica cuja parte mais longa ainda não foi esboçada, não obstante as ciladas e por vezes a aspereza do seu exercício, malgrado ainda a duração de uma rigorosa formação profissional para os que se tomam de amores por ela, médicos ou não, a psicossomática se evidencia cheia de promessas, e revela-se apaixonante (Marty, 1983, p.XIV).

O entendimento do fenômeno psicossomático, como é concebido na atualidade, decorre do acúmulo de conhecimentos provenientes de diferentes áreas de estudo, o que nos leva, num primeiro momento, a fazer um percurso histórico para identificar suas principais influências.

1.1. Antecedentes

Nascida de um movimento conduzido por médicos e psicanalistas, a história da psicossomática é recente, mas sua pré-história é antiga, e remonta ao século V a.C., quando Hipócrates separou a medicina das práticas mágico-sacerdotais e das teorias teológicas, conferindo-lhe um status de disciplina científica e autônoma na qual o homem é considerado, em uma concepção naturalista, como uma unidade organizada incorporada à ordem do cosmo, sendo a doença efeito de sua desorganização (Kamieniecki, 1992).

A escola médica fundada por Hipócrates na ilha de *Cos*, considerada a primeira escola formalmente instituída de Medicina na História, pregava uma ciência que priorizava o enfermo como uma unidade, e a doença era vista como uma perturbação deste e não como processos independentes de seus órgãos. A escola de *Cos*, como ficou conhecida, procurava ressaltar os aspectos do

temperamento e da constituição na concepção da enfermidade, preconizando a existência de doentes e não de doenças. Esta escola esboçou a idéia de um princípio unificador e diretor do organismo, chamado de “*eidolon*”, que fazia parte da natureza e era considerada a *psyché* individual. Para Hipócrates, havia na natureza dos seres vivos um dinamismo que os fazia crescer e movimentar-se, a alma (*anima*), como um princípio de ação que atuaria através do cérebro, nutrindo e animando o corpo. Era um sopro (*pneuma*) que penetrava no corpo ao nascer, e o preenchia em graus de qualidades diferentes, sendo mais pura no cérebro, onde produzia o pensamento e, da mesma forma que produzia a vida, operando para a manutenção da saúde, traria em si a possibilidade da própria cura, de forma que o médico deveria limitar-se a agir como servidor dessa força natural. (Margotta, 1998).

Apesar dos séculos que nos separam da época em que Hipócrates elaborou suas idéias sobre o funcionamento humano e o adoecer, podemos reconhecer a presença do espírito hipocrático nos paradigmas que fundamentam a investigação psicossomática da atualidade, expressa no entendimento de que a unidade funcional do ser humano se manifesta tanto na saúde como na doença, e na preocupação de abordar o indivíduo que sofre na sua individualidade. Por outro lado, por reconhecermos também que a evolução do pensamento científico não é imune às interferências que sempre caracterizaram a evolução da própria humanidade, consideramos oportuno acompanhar sua trajetória a fim de identificarmos as transformações e descobertas que determinaram o estado atual do saber.

A história do conhecimento ocidental nos revela que, durante a Idade Média, a interferência da Igreja produziu uma estagnação na evolução da ciência, com conseqüências para o desenvolvimento da medicina e para a compreensão global do funcionamento humano, chegando a determinar que os médicos só podiam tratar do corpo enquanto a alma era atribuição dos clérigos. Por séculos a medicina ficou subordinada à *teoria dos humores*, criada pelo médico grego Galeno (130-200), que entendia a doença como uma perturbação local dos órgãos decorrente do excesso ou falta dos quatro elementos constituintes da natureza, e cujo desequilíbrio devia ser tratado com métodos materiais, enquanto o conhecimento hipocrático foi mantido no silêncio dos mosteiros (Margotta, 1998).

O sectarismo que manteve aprisionada a evolução do saber começa a sofrer mudanças a partir do século XVII, época em que podem ser localizados os primórdios da ciência moderna. Entre as figuras que colaboraram para essa mudança destaca-se o nome de Descartes (1596-1650) que, em sua tentativa de resolver a questão controversa da relação mente-corpo, promoveu a libertação da pesquisa dos rígidos dogmas teológicos predominantes até então, propondo resolver os grandes enigmas da filosofia e da ciência com o uso da razão e com ela alcançar a verdade (Schultz & Schultz, 1969).

Por influência do pensamento mecanicista, característico da época, e apoiado nas descobertas no campo da fisiologia, Descartes desenvolveu uma concepção dualista para explicar que a mente e o corpo tinham essências diferentes, sendo que o corpo, enquanto uma máquina, funcionava de acordo com as leis da mecânica, e a mente, imaterial, tinha apenas a função de pensar, ainda que ambos interagissem mutuamente. Desse modo, Descartes introduziu uma abordagem do problema mente-corpo que focalizava a atenção numa dualidade física-psicológica e, ao fazê-lo, desviou a atenção do conceito abstrato da alma para o estudo da mente e suas operações.

As idéias de Descartes, portanto, racionalizaram a compreensão do homem, distanciando-o do *animismo hipocrático*. Ao identificar na alma a essência do pensamento, proferiu a sua famosa frase: “*penso, logo existo*”. A alma, sendo pensamento, só pode fazer o que é sua função, pensar, de modo que o corpo não é mais sua função, estabelecendo-se a dicotomia alma e corpo. A vida passa a ser atributo do corpo e não da alma, e este adquire uma existência própria e independente. Em seu *Discurso sobre o método* (1637), Descartes estabeleceu princípios para sua forma de trabalho e, por entender não existirem garantias para a possibilidade do conhecimento, propôs a *dúvida sistemática* como método. Ao partir da dúvida, questionou todas as idéias e formas de conhecimento baseadas na imaginação e na intuição, e construiu regras para que um conhecimento seja considerado verdadeiro, promovendo a razão ao mais alto valor (Durant, 1996).

Como consequência do pensamento cartesiano, os métodos de pesquisa da época trocaram a análise metafísica pela observação objetiva, favorecidos pelo fato de que, enquanto a existência da alma só podia ser alvo de especulações, a mente e seus processos podiam ser observados. A influência de Descartes foi

preponderante para o surgimento do pensamento moderno na ciência, particularmente na medicina, onde a preocupação com a racionalidade se traduziu na valorização do funcionamento corporal, enquanto passível de verificação, em detrimento da experiência subjetiva.

Mas a prioridade atribuída à razão, que caracterizou o modelo epistemológico do século XVII, foi alvo de questionamento no século seguinte, na França, com o surgimento da corrente de pensamento *vitalista*, que propunha um modelo antropológico e naturalista onde todos os fenômenos vitais dependeriam de um princípio único, a alma, sendo o corpo o seu instrumento (Kamieniecki, 1992).

Enquanto uma doutrina filosófica, o Vitalismo afirmava a existência de um princípio irreduzível ao domínio físico-químico para explicar os fenômenos vitais. Nessa concepção, o corpo físico dos seres vivos é animado e dominado por um princípio imaterial chamado *força vital*, cuja presença distinguiria o ser vivo dos corpos inanimados, e sua falta ou falência determinaria o fenômeno da morte. No Vitalismo, a força vital é definida como a unidade de ação que rege a vida física, conferindo-lhe as sensações próprias da vida e da consciência. Esse princípio dinâmico, imaterial, distinto do corpo e do espírito, integraria a totalidade do organismo e regeria todos os fenômenos fisiológicos. O seu desequilíbrio geraria as sensações desagradáveis e as manifestações físicas a que chamamos doença, e, no estado de saúde, manteria as partes do organismo em harmonia. A energia a que os vitalistas se referiam não era apenas aquela medida pelo trabalho mecânico, nem tampouco a hoje denominada energia potencial da física. Eles evocavam a existência de uma energia essencial que move a vida, que antecede a atividade mecânica e elétrica do organismo e que, na verdade, é sua mantenedora (Durant, 1996).

Os pensadores identificados com o Vitalismo consideravam como princípio vital do homem a causa que produz todos os fenômenos da vida no corpo humano. Como descendentes da Escola de Medicina de Montpellier, e contrários ao mecanicismo, os vitalistas mantiveram a tradição hipocrática, e concederam mais importância à reação do organismo que à causa mórbida, insistindo na necessidade de considerar cada caso individual como uma entidade

clínica específica e única, além de pregar que o primeiro médico é a natureza (Canguilhem,1952) .

Entre esses pensadores destacamos F. X. Bichat (1771-1802), que estudou o papel dos tecidos, enquanto unidades anatômicas, na explicação das propriedades fisiológicas e nas modificações patológicas do organismo. Em suas pesquisas, por meio de autópsias e experimentos fisiológicos, Bichat demonstrou que as propriedades vitais não são inerentes às moléculas da matéria, mas dependem de uma organização cujas diferentes combinações podem tanto promover o desenvolvimento como a desagregação do organismo. Como vitalista, Bichat recusava o estabelecimento de hipóteses sobre a essência dos fenômenos, pretendendo apenas descrever seus efeitos da maneira como eram percebidos, e assim estabelecer a *ordem da vida* (Canguilhem,1952).

No livro *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (1800), Bichat¹ abordou a originalidade do ser vivo, atribuindo à instabilidade das forças vitais e à irregularidade dos fenômenos vitais, em oposição à uniformidade dos fenômenos físicos, a característica distintiva dos organismos. Por considerar que as propriedades vitais desaparecem assim que as moléculas perdem seu arranjo orgânico, fazendo com que a morte se propague entre os órgãos, o autor concluiu que *a vida é o conjunto de funções que resistem à morte*² (Kamieniecki,1992).

Segundo Kamieniecki (1992), a corrente vitalista obteve bom acolhimento na Alemanha, no início do século XIX, onde os psiquiatras elaboraram um sistema de classificação etiológica na tentativa de compreender os fenômenos psíquicos. Entre esses psiquiatras, J.C.A. Heinroth, em 1818, utilizou pela primeira vez o termo psico-somático, em um trabalho onde abordou a influência das paixões sobre a tuberculose e a epilepsia, ressaltando a importância dos aspectos físicos e psíquicos no adoecer. Anos mais tarde, Heinroth empregou a expressão somato-psíquica para caracterizar uma forma de insônia onde as modificações do estado psíquico decorrem de um fator físico, e estabelecer uma

¹ As idéias de Bichat sobre as organizações e desorganizações do organismo regidas por uma força vital, cuja origem é desconhecida mas cujos fenômenos são passíveis de apreciação, serviram de inspiração a Pierre Marty, um dos precursores da psicossomática psicanalítica, para a elaboração do princípio evolucionista que utilizou para explicar a *ordem psicossomática* do ser humano, como encontramos em seu livro *Les mouvements individuels de vie et de mort: Essai d'économie psychosomatique* (1976).

² No original: *la vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort.*

diferenciação da insônia psico-somática, onde o fator psíquico predomina na manifestação do sintoma.

O cenário científico do século XIX foi acrescido pela concepção hierárquica evolucionista da biologia apresentada pelo inglês Charles Darwin (1859), que revelou a possibilidade da existência de uma continuidade no funcionamento mental entre os homens e os animais inferiores. O entendimento de que a mente humana tinha evoluído a partir de mentes mais primitivas teve grande repercussão, e produziu o questionamento da separação entre animais e homens proposta por Descartes dois séculos antes. As idéias darwinianas sobre a evolução propuseram um processo de seleção natural dos organismos que ocasionaria uma luta pela sobrevivência, da qual apenas os que fizeram adaptações bem sucedidas às circunstâncias ambientais conseguiriam sobreviver³ (Schultz & Schultz, 1969).

O percurso que escolhemos percorrer para abordar a construção do campo psicossomático nos revelou que, na incansável procura de explicações para a relação entre o funcionamento somático e o funcionamento mental do ser humano, os estudiosos oscilaram entre a filosofia e a pesquisa científica, e esses movimentos tiveram a influência do *Zeitgeist* predominante em cada época. Assim é que o desenvolvimento da ciência moderna foi marcado pelo abandono da inspiração vitalista, e, ainda no século XIX, os métodos da ciência natural foram usados para investigar fenômenos puramente mentais, tendo sido desenvolvidas técnicas e publicados livros que despertaram um amplo interesse.

Na Alemanha do final do século XIX, os cientistas estavam interessados no estudo dos sentidos, assunto também em pauta entre os empiristas britânicos. O espírito positivista alemão permitiu a convergência das duas linhas de pensamento, e coube a Wundt, com a fundação do primeiro laboratório de psicologia experimental, em Leipzig no ano de 1879, a ampliação desse campo de estudo. Tendo a consciência como objeto de interesse, Wundt recorreu aos

³ Essa concepção de Darwin serviu de inspiração para Winnicott, que retomou e subverteu seu enunciado. Winnicott apontou a necessidade do bebê humano de que o ambiente, representado pela mãe, facilite sua adaptação para que a sobrevivência, tanto física quanto emocional, possa acontecer, principalmente no período inicial em que predomina, no bebê, uma condição de *dependência absoluta* (Winnicott, 1978 [1948]).

métodos experimentais das ciências naturais, particularmente as técnicas usadas pelos fisiologistas, e defendeu a existência de um paralelismo psicofísico no homem, cujo organismo poderia se manifestar por via corporal e mental. Nessa mesma época Helmholtz, também alemão, interessado na pesquisa da física e da fisiologia, estudava a velocidade do impulso nervoso, e contribuiu para o fortalecimento da abordagem experimental no estudo das sensações no aparato anátomo-fisiológico do ser humano.

O trabalho de Helmholtz, assim como o de Wundt, são exemplares do ambiente favorável à pesquisa científica predominante na Alemanha nesse século que, além da física e da fisiologia, também abrangia a complexidade da mente humana. A psicologia fez, então, sua entrada no domínio científico, ocorrendo o surgimento de duas correntes de interesse distintos, sendo uma de orientação psicofisiológica e a outra de orientação psicopatológica. No campo da psicopatologia, duas principais escolas de pensamento se destacaram no decorrer do século XIX. A escola somática afirmava que o comportamento anormal era decorrente de causas físicas, como lesões cerebrais, enquanto a escola psíquica recorria a explicações mentais ou psicológicas, havendo um claro predomínio da primeira ainda como consequência da influência do filósofo Kant que “zombava da idéia de que emoções pudessem causar doenças mentais” (Schultz & Schultz, 1969, p.328).

É nesse ambiente que Freud inicia sua trajetória até a criação da psicanálise, por meio da qual proporcionou uma nova compreensão sobre as relações entre a mente e o corpo.

1.2. De Freud à Escola de Psicossomática de Paris

A criação da psicanálise por Sigmund Freud (1856-1939) trouxe uma importante contribuição ao conhecimento humano, e, como ocorre com todas as escolas de pensamento, teve seus antecedentes intelectuais e culturais. A noção do inconsciente, central na teoria freudiana, foi precedida pela concepção desenvolvida no começo do século XVIII pelo filósofo e matemático alemão

G.W.Leibniz (1646-1716), sobre os eventos mentais como constituídos por elementos individuais da realidade, com diferentes graus de clareza ou consciência, podendo variar do completamente inconsciente ao mais nitidamente consciente. A noção de inconsciente leibniziano foi desenvolvida, um século mais tarde, pelo filósofo J. F. Herbart (1776-1841), que criou o conceito de limiar da consciência, e entendeu como inconscientes as idéias que estão aquém desse limiar, enfatizando que para que uma idéia assome na consciência é necessário que ela seja compatível e coerente com as que já estão presentes, caso contrário é expulsa da consciência e se torna uma idéia inibida. Para estes autores, porém, o conceito de inconsciente tem um caráter descrito, fazendo referência ao que estava fora da consciência, distante da noção freudiana do inconsciente dinâmico enquanto um sistema psíquico, com um papel específico no funcionamento do indivíduo (Schultz & Schultz, 1969).

Até chegar à sua formulação do inconsciente, e à construção de uma teoria metapsicológica, Freud percorreu uma trajetória cujo exame nos parece necessário a fim de realçarmos as evoluções de seu pensamento, indo da neurologia à psicanálise, e onde é possível identificar um questionamento constante das relações entre o mental e o físico, ou, entre o psíquico e o somático.

1.2.1. As relações entre o psíquico e o somático na obra de Freud

As relações entre o psíquico e o somático foram o ponto de partida para a construção da psicanálise, e estão presentes em toda obra freudiana. Os primeiros estudos psicanalíticos, partindo de casos clínicos onde a influência do funcionamento psíquico nos sintomas somáticos pôde ser reconhecida, permitiram que Freud viesse a construir uma metapsicologia onde o corpo, fonte da pulsão e participe da satisfação pulsional, recebeu uma abordagem singular.

Contrariando os cânones da medicina positivista que dominava o cenário científico do século XIX, e que se centrava numa leitura objetiva dos sintomas, Freud elaborou um procedimento para a investigação dos processos mentais, e um método para tratamento das “doenças nervosas modernas” (1908).

Como relatado pelo próprio Freud (1925 [1924]), sua procura pelo curso de medicina se deu a partir do interesse despertado pelas teorias de Darwin, nas

quais percebeu a possibilidade de progresso na compreensão do mundo, assim como do contato com um ensaio de Goethe sobre a natureza. No laboratório de fisiologia da universidade, dirigido pelo médico E. Brücke, Freud encontrou um ambiente favorável ao seu anseio por realizar pesquisas práticas, que pudessem satisfazer sua curiosidade, inspirada nas concepções darwinianas, sobre as origens e a evolução do sistema nervoso, e o êxito que alcançou com seus trabalhos lhe sugeriu ter encontrado um campo favorável à realização pessoal e profissional.

O tempo de Freud como pesquisador universitário, no entanto, durou apenas alguns anos. Após abandonar a carreira acadêmica, seu empenho se voltou para a clínica das doenças nervosas no hospital de Viena, onde, trabalhando com o neuroanatomista e psiquiatra Theodor Meynert, pôde continuar a exercitar sua habilidade de observador, na função de neurologista clínico. O sucesso obtido pela precisão de seus diagnósticos, e a quantidade de trabalhos que publicou sobre doenças do sistema nervoso, proporcionaram a Freud não só o reconhecimento no meio médico e a nomeação para o cargo de conferencista, como uma bolsa de pós-graduação que lhe favoreceu empreender uma viagem de estudos a Paris e Berlim. A convergência desses acontecimentos permitiu que Freud conhecesse Charcot, por meio de quem entrou em contato com uma abordagem que diferia daquela predominante no ambiente científico vienense, e que considerava insatisfatória para responder suas inquietações sobre a natureza humana.

Na época da chegada de Freud a Salpêtrière, no outono de 1885, o mestre Charcot já havia se afastado do estudo das doenças nervosas baseadas em alterações orgânicas, e se dedicava exclusivamente à pesquisa das neuroses⁴, em especial da histeria. Por considerar que o trabalho da anatomia estava encerrado, e que a teoria das doenças orgânicas do sistema nervoso podia ser dada como completa, o médico francês concluiu que “aquilo que a seguir precisava ser abordado eram as neuroses” (Freud, 1886, p.42). Ao entender a histeria como uma perturbação fisiológica do sistema nervoso, portanto sem correlato anatômico, e não como uma simulação, Charcot precisou encontrar outros métodos de

⁴ Segundo Laplanche & Pontalis, o termo *neurose* parece ter sido introduzido em 1777, pelo médico escocês W. Cullen, para designar certos transtornos, entre eles as doenças mentais, a hipocondria e a histeria, além de palpitações cardíacas, dispepsia e cólicas. No decorrer do século XIX, sob esse termo são classificadas certas afecções, consideradas como doenças do sistema nervoso, porém sem correlato anatômico (Laplanche & Pontalis, 1967, p.377).

intervenção, e, estudando cientificamente o hipnotismo, chegou a “uma espécie de teoria da sintomatologia histórica” (*ibid.*, p.43).

Por outro lado, Charcot se manteve nos limites da pesquisa neurológica, e considerou suficiente ter alcançado uma descrição clínica da histeria, cuja etiologia postulou como hereditária e o fator desencadeante como a existência de um trauma psíquico, possibilitando um diagnóstico diferencial em relação a outras patologias. A falta de interesse, demonstrada por Charcot, “em penetrar mais profundamente na psicologia das neuroses” (Freud, (1925 [1924]), p.25) trouxe certo desapontamento a Freud, mas não o impediu de aproveitar sua estada em Salpêtrière, e se familiarizar com o método de pesquisa do médico francês, que privilegiava a identificação, descrição e classificação das síndromes clínicas, relegando a segundo plano os aspectos anatômicos e fisiológicos. Também proporcionou a observação de que, nas narrativas das pacientes histéricas sob hipnose, havia um conteúdo predominantemente de natureza sexual, constatação determinante para que pudesse estabelecer o nexo entre a histeria e a sexualidade, e que se tornou o núcleo de suas futuras investigações.

A experiência em Paris, assim, foi fundamental para a carreira de Freud, na medida em que seu interesse se transferiu da neuropatologia para a psicopatologia, ou seja, da ciência física para a compreensão do fenômeno psicológico. De volta à Viena, em 1886, Freud apresentou aos colegas médicos o que tinha aprendido, inclusive a observação da histeria em homens e a produção de paralisias histéricas por sugestão, mas encontrou uma atitude de descrença que terminou por afastá-lo da vida acadêmica. Estabeleceu-se, então, como médico especialista em doenças nervosas, o que incluía pacientes com distúrbios neurológicos, como neuropatias e enxaquecas, e pacientes com doenças funcionais, tais como histerias e neuroses de diferentes tipos. Nessa ocasião, Freud retomou seu contato com Breuer, médico vienense por meio de quem teve, antes da viagem, seu primeiro contato com uma paciente histérica, e deu prosseguimento à pesquisa sobre métodos de tratamento para a histeria.

Mas no meio científico alemão ainda predominava a tradição materialista, calcada no paradigma cartesiano-newtoniano, que propunha a localização de faculdades mentais inteiras em certas regiões do cérebro, e a interpretação do estado clínico do paciente por meio da inter-relação dos sintomas com base na fisiologia. Essa abordagem diferia, portanto, da escola francesa de neurologia que,

tendo Charcot como referência, privilegiava a descrição dos quadros clínicos, investigando a forma individual que cada caso assume para então determinar a combinação de seus sintomas em uma nosografia.

Freud se posicionou de forma contrária ao anatomismo da neurofisiologia da época, que se baseava em um monismo fisicalista para abordar os fenômenos psicológicos. Como consequência, adotou o método neurológico de descrição dos fenômenos psicopatológicos, influenciado pelos conceitos do neurologista inglês Hughlings-Jackson, seguidor de Darwin, que dava maior importância aos aspectos dinâmicos e funcionais no estudo das afecções cerebrais. Em 1891, Freud publicou *Zur Auffassung der Aphasien (Contribuição à concepção da afasia)*, onde fez um estudo crítico da afasia, dando continuidade aos estudos de Jackson sobre esta patologia neurológica. Alertado pela advertência do autor sobre o erro de se estabelecer uma correlação entre o físico e o psíquico no processo da fala, Freud propôs estudar a organização cerebral das funções mentais, partindo da assertiva de que os processos fisiológicos e os processos psíquicos não são processos autônomos, mas também não podem ser reduzidos uns aos outros através de uma abordagem hierárquica.

Partidário da ontologia paralelística-dualista jacksoniana, portanto, Freud (1915b) entendeu o psíquico como um processo paralelo ao fisiológico, de tal forma que, mesmo existindo uma conexão entre eles, esses processos eram de naturezas diversas e como tal deviam ser abordados. Nesse sentido, questionou a localização de termos psicológicos na anatomia do cérebro, considerando sem justificativa inserir uma fibra nervosa, que em seu decurso é um mero produto fisiológico, com sua terminação, no psíquico. Assim, esclareceu que:

É provável que a cadeia de eventos fisiológicos do sistema nervoso não esteja numa ligação causal com os eventos psíquicos. Os eventos fisiológicos não cessam tão logo se iniciam os psíquicos; ao contrário, a cadeia fisiológica continua. O que acontece é simplesmente que, após certo tempo, cada um (ou alguns) de seus elos tem um fenômeno fisiológico que lhe corresponde. Em consequência, o psíquico é um processo paralelo ao fisiológico – ‘um concomitante dependente’⁵ (Freud, 1915b, p.237 [1981, p.56-8]).

⁵ Nota do tradutor: No original, em inglês, ‘*a dependent concomitant*’. A expressão é de Hughlings-Jackson.

A concepção freudiana acerca do paralelismo psicofísico foi empregada no artigo de 1895, *As neuropsicoses de defesa*, quando Freud utilizou pela primeira vez o termo *conversão* para descrever, na histeria, a transformação da excitação em sintomas somáticos crônicos, com a finalidade de defesa. Nas palavras de Freud:

Na histeria a idéia incompatível é tornada inócua *pelas transformações da soma de excitação em alguma coisa somática*. Para isto eu gostaria de propor o nome *conversão* (Freud, 1894, p.61).

Na concepção freudiana, o processo no qual uma representação mental afetiva surge, ou é evocada, gera um afeto no campo psíquico, ambos concomitantes à excitação cerebral em curso, o que não ocorre na histeria. Nos histéricos esse processo é bloqueado, já que a representação é recalçada ou tornada inconsciente, o afeto desprazeroso é inibido e a excitação intracerebral é desviada para a inervação das vias perceptuais ou motoras⁶. Assim:

(...) verificamos que o fator característico da histeria não é a divisão (*splitting*) da consciência, *mas a capacidade de conversão*, e podemos aduzir, como uma parte importante da disposição para a histeria, uma aptidão psicofísica de transpor grandes somas de excitação para a inervação somática (Freud, 1894, p.63).

Tendo entendido que na histeria o corpo *se comporta como se a anatomia não existisse* (Freud, 1893, p.234), Freud deu início à distinção entre o corpo biológico e o corpo psicanalítico, sendo este último o lugar de manifestação do desejo inconsciente, que ignora as leis da distribuição anatômica dos órgãos. Em 1893, em seu estudo sobre a etiologia das neuroses, Freud questionou a similaridade entre a *neurastenia*⁷ e a *neurose de angústia*, questão que ainda perseguia quando escreveu o *Rascunho E* (1894), no qual estabeleceu, a princípio, uma conexão entre ambas manifestações, para em seguida diferenciá-las quanto à

⁶ O mais significativo dos sintomas de conversão, portanto, é a sua significação simbólica, quando representações recalçadas são expressas pelo corpo, e é justamente esta condição que será considerada pelos autores psicossomáticos como um diferencial em relação às afecções psicossomáticas, nas quais o sintoma somático não guarda uma representação simbólica.

⁷ O termo *neurastenia* foi criado pelo médico G. Beard (1839-1883), para descrever um quadro clínico caracterizado por uma fadiga de origem ‘nervosa’, e diferentes sintomas (Laplanche & Pontalis, 1967, p.376).

etiologia, afirmando: “(...) a neurose de angústia é uma neurose de represamento, como a histeria; daí a sua semelhança” (Freud, 1894, p.264). Centrando sua atenção na vida sexual do paciente, Freud foi refinando sua compreensão a cerca dos mecanismos psíquicos em jogo nos quadros clínicos, e o permitiu definir a *neurose de angústia* como uma patologia que:

(...) também tem uma origem sexual, tanto quanto eu posso perceber, mas não relacionada a idéias provenientes da vida sexual; para falar a verdade, não há qualquer mecanismo psíquico. Sua causa específica é a acumulação de tensão sexual produzida pela abstinência ou pela tensão sexual não consumada (Freud, 1895 [1894]a, p.97).

Mas é no artigo *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada ‘neurose de angústia’* (1895 [1894]b) que Freud determinou a distinção que servirá como referência para o estudo atual no campo da psicossomática, ao estabelecer que na neurose de angústia não se pode localizar *nenhuma origem psíquica* (Freud, 1895 [1894]b, p.125), e o sentimento de angústia se manifesta pelo distúrbio de funções corporais tais como respiração, atividade cardíaca, inervação vasomotora e atividade glandular. Nesse artigo, Freud postulou que, na *neurose de angústia*, o decréscimo da libido sexual apresentado pelo paciente indicava a existência de um acúmulo de excitação, que derivaria para o somático sem que houvesse um deslocamento psíquico como na histeria. Nas palavras de Freud:

(...) o que se está acumulando é uma excitação *somática* (...) de natureza sexual e ocorre paralelamente a um decréscimo de participação *psíquica* nos processos sexuais (...) leva-nos a esperar que o *mecanismo da neurose de angústia deve ser procurado em uma deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica, com um conseqüente emprego anormal dessa excitação* (Freud, 1895 [1894]b, p.126).

Não devemos esquecer que, quando escreveu esses artigos, Freud ainda estava envolvido na construção de uma teoria que pudesse explicar os processos psicológicos em termos neurológicos, investida que o levou a redigir o *Projeto para uma psicologia científica*, depois abandonado, e ainda não tinha adotado inteiramente a existência de processos mentais inconscientes. No texto *As neuropsicoses de defesa*, ao abordar, na neurose obsessiva, a separação da idéia sexual de seu afeto e a ligação deste a uma outra idéia, Freud admitiu tratarem-se

de processos que operam fora da consciência, mas hipotetizou que esses processos “não são absolutamente de natureza psíquica, mas processos físicos” (Freud, 1984, p.66). Por outro lado, se no texto *Sobre os critérios (...)* Freud revelou já estabelecer uma distinção entre excitação sexual somática e libido sexual, no sentido de um desejo psíquico, na sinopse desse mesmo artigo, escrita em 1897, a concepção de libido surge como potencialmente inconsciente, como pode ser lido na frase com que encerra o texto: “*A neurose de angústia é a libido sexual transformada*” (Freud, 1897, p.278).

No prosseguimento de suas elaborações, Freud foi levado a abandonar a teoria traumática na etiologia das neuroses, o que o fez comunicar a Fliess “não acredito mais em minha *neurótica*” (Freud, 1897, p.350) para expressar que, no lugar da construção teórica até então sustentada, novas idéias foram surgindo, favorecidas pelo exercício da auto-análise. A partir da descoberta do complexo de Édipo, e do reconhecimento da sexualidade infantil como um fato normal e universal, Freud passou a sustentar que as causas mais importantes de toda doença neurótica “devem ser achadas em fatores emergentes da vida sexual” (Freud, 1898, p.289), idéia que já estava presente em 1894 quando afirmou “Em todos os casos que analisei, era a *vida sexual* do sujeito que havia despertado um afeto aflitivo” (Freud, 1894, p.65).

Partindo dessa conclusão, Freud pôde entender que a *neurose de angústia* também tem uma origem sexual, mas não relacionada a idéias provenientes da vida sexual, e o permitiu afirmar, ainda em 1894:

(...) para falar a verdade, não há qualquer mecanismo psíquico. Sua causa específica é a acumulação de tensão sexual, produzida pela abstinência ou pela tensão sexual não consumada (Freud, 1894, p.97).

Diferentemente das demais psiconeuroses, portanto, a etiologia da *neurose de angústia* devia ser procurada não em acontecimentos da vida passada, mas em desordens da vida sexual atual, o que levou Freud a propor nomeá-la como *neurose atual* (Freud, 1898, p.306), termo sob o qual englobou a neurastenia, a neurose de angústia e, posteriormente, incluiu a hipocondria.

Como observam Laplanche & Pontalis (1967), o termo *atual* deve ser tomado em primeiro lugar no sentido de uma ‘atualidade’ no tempo, e a ausência de mediação simbólica indicaria que, do ponto de vista terapêutico, as neuroses atuais não são próprias para a abordagem da psicanálise, já que os sintomas não procedem de uma significação a elucidar. Assim:

Freud nunca abandonou esta maneira de ver sobre a especificidade das neuroses atuais. Exprimiu-a por diversas vezes, apontando que o mecanismo de formação de sintomas devia ser procurado no domínio da química (intoxicação por produtos do metabolismo das substâncias sexuais) (Laplanche & Pontalis, 1967, p.383).

Se o sintoma no corpo do paciente com neurose atual não remete a um significado simbólico, denunciando a ausência do mecanismo do recalçamento sobre a não satisfação das pulsões sexuais, não poderia ser pensado de acordo com o modelo freudiano da psicose, ainda que também tenha se originado de uma excitação libidinal e servir como uma satisfação substituta. Para Freud (1917), um sintoma de uma *neurose atual*, funcionando como um “grão de areia” no centro de uma pérola, forneceria a modificação somática necessária à expressão de fantasias inconscientes que, na pessoa predisposta, levaria à formação do sintoma psiconeurótico. Em sua origem, porém, os sintomas das neuroses atuais – *pressão intracraniana, sensações de dor, estado de irritação em um órgão, enfraquecimento ou inibição de uma função* – não teriam nenhum ‘sentido’, constituindo-se de processos inteiramente somáticos, despidos dos mecanismos mentais já conhecidos na formação dos sintomas psiconeuróticos e nos sonhos.

Entendemos que o corpo, fonte de excitação e local para expressão do psíquico, assume gradativamente, na obra de Freud, um papel *mais além* do estritamente biológico. Em 1910, no artigo *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão*, Freud respondeu à acusação de que a psicanálise, enfatizando o papel patogênico da sexualidade, explicaria as patologias orgânicas por meio de teorias puramente psicológicas, afirmando que “os psicanalistas nunca se esquecem de que o psíquico se baseia no orgânico” (Freud, 1910a, p.202). No mesmo texto, porém, encontramos que, na concepção freudiana, o orgânico não se restringe ao biológico, já que o corpo que oferece uma “submissão somática” é o mesmo perpassado pela erogeneidade.

Assim, quando assinalou que “não é fácil servir a dois senhores ao mesmo tempo” (*ibid.*), Freud chamou a atenção para o fato de que os órgãos que estão à disposição das pulsões sexuais, e também das pulsões do eu, podem ser alvo de um conflito não apenas qualitativo, mas também quantitativo, pela competição no terreno da função. Assim:

Se um órgão que serve a duas espécies de instintos aumenta seu papel erógeno, é de se esperar, em geral, que tal não ocorra sem a excitabilidade e a inervação do órgão, passivo das alterações, que se manifestarão na forma de perturbações de suas funções a serviço do ego. De fato, se descobrirmos que um órgão, que serve normalmente à finalidade da percepção sensorial, começa a se comportar como um genital real, quando se intensifica seu papel erógeno, não nos parece improvável que nele também estejam ocorrendo alterações *tóxicas* (Freud, 1910a, p.203).

Na análise de Smadja (1991), psicanalista pertencente ao grupo de psicossomáticos de Paris, esse artigo de Freud pode ser considerado como fundador de um modelo explicativo para certos transtornos relacionados à pesquisa somática. Acompanhando a perspectiva apontada por Smadja, encontramos pontos de contato entre o modelo utilizado por Freud no texto de 1910 e a concepção de neurose atual de 1895, a qual pressupõe a acumulação de quantidades de excitações somáticas em conjunto com a insuficiência dos sistemas de ligação psíquica, particularmente a insuficiência de representações disponíveis. Como as falhas na capacidade de representação, e a manifestação somática como uma alternativa para a angústia, caracterizam a dinâmica dos pacientes atingidos por certos distúrbios orgânicos, segundo a abordagem dos estudiosos da psicossomática psicanalítica, Smadja (1991) admite uma concordância entre as particularidades do funcionamento mental do paciente com neurose atual e do somatizante.

Freud manteve intocável sua convicção sobre a etiologia química das neuroses atuais, e considerou um “erro técnico” (Freud, 1910, p.211) a tentativa de tratá-la por meio da psicanálise. Sua obra, porém, marcada pela reflexão continuada das relações entre o psíquico e o somático, serviu de referência para outros autores que, com suas produções, vêm mantendo ainda em aberto esse campo de estudo, e oferecendo uma abordagem psicodinâmica para o adoecimento no corpo.

1.2.2. As contribuições de Groddeck, Ferenczi e Alexander.

Contemporâneos de Freud, os médicos Walter Georg Groddeck e Sándor Ferenczi se interessaram pela psicanálise das doenças somáticas, e suas observações clínicas forneceram subsídios importantes para esse campo de estudo. Em um período mais recente, Franz Alexander, discípulo de Ferenczi, também trabalhou sobre o tema, tendo sido considerado um dos pioneiros do estudo e pesquisa em psicossomática.

1.2.2.1. Groddeck e o valor dos símbolos: a doença como linguagem.

Groddeck, médico alemão, fez o curso de medicina na Kaiser Wilhelm Universitat onde conheceu o professor Dr. Ernest Schweninger, de quem se tornou assistente e herdou o método de tratar os pacientes com dieta, massagem e hidroterapia. Influenciado pelas idéias de Goethe, enfatizou a importância dos símbolos na vida humana, e adotou a concepção de que o homem é apenas um pedaço do mundo, e não o seu senhor, e em seu interior vive um *Deus-Natureza*⁸ (Groddeck, 1969 [1909], p.248) que o governa. Apesar do caráter místico que permeia sua obra, Groddeck exerceu influência sobre Freud, e esta influência pôde ser observada quando, em 1923, Freud elaborou uma nova tópica para descrever a dinâmica do aparelho psíquico.

A linguagem, enquanto criação e criadora, fundamental à vida, ganhou destaque entre as preocupações de Groddeck, que encontrou na palavra o instrumento ideal não só para escrever artigos médicos, além de romances e poemas, como também para realizar inúmeras conferências, principalmente para seus próprios pacientes. Segundo Coelho (1984), para Groddeck os pacientes deviam não apenas ser informados sobre suas doenças, mas também, e especialmente, sobre os princípios teóricos utilizados em seu tratamento, e, assim, suas ‘conferências psicanalíticas’ não tinham a finalidade de ilustrá-los, mas que tivessem os meios para reagir a seus males. Ao mesmo tempo, tendo concluído que “o homem não pode traduzir seu ser em palavras”⁹ (Groddeck, 1909, p.241),

⁸ No original Dieu-Nature

⁹ No original: l’homme ne peut traduire son être dans les mots.

já que a linguagem tanto podem revelar como ocultar a verdade, Groddeck entendeu que os sintomas das doenças orgânicas tinham um valor simbólico, cuja descoberta era fundamental ao tratamento.

A relação de Groddeck com a psicanálise nunca foi totalmente isenta de questionamentos. De acordo com Lewinter (1969), ainda em 1909, antes de entrar em contato com a obra freudiana, Groddeck descobriu por si mesmo, a partir do comportamento de uma paciente, a realidade e a força dos símbolos, e do inconsciente, na produção de sintomas físicos. Esse acontecimento o levou a percorrer, à sua maneira, o caminho que o conduziu a Freud, inicialmente pela leitura de *A interpretação dos sonhos* (Freud, 1900). Em 1913 Groddeck publicou o livro *Nasamecu (Natura SANat, MEDicus CURat)*, onde discorreu sobre suas teses e métodos de tratamento, apresentando, pela primeira vez, sua concepção sobre as correlações entre a alma e o corpo, e onde criticou a psicanálise, “assinalando seus perigos”¹⁰ (Lewinter, 1969, p.12).

A partir de 1917 Groddeck começou a se corresponder com Freud e, em sua primeira, e extensa, carta, expôs como chegou, de modo independente, por via das afecções orgânicas, crônicas e agudas, e não por meio da histeria, a descobrir os conceitos da psicanálise, e os utilizar para curar as doenças orgânicas. Nessa carta, Groddeck também revelou sua concepção sobre a existência de uma força divina que dirige o corpo e a alma humanos, e que, inspirado em Nietzsche, nomeou como *das Es*¹¹. Nas palavras de Groddeck:

(...) estou firmemente convencido que a distinção entre a alma e o corpo é apenas de palavra, e não uma distinção essencial, que a alma e o corpo são uma coisa só que contêm um Id, uma força pela qual somos vividos enquanto cremos viver. (...) Em outros termos, eu recusei, desde o início, em aceitar esta separação entre as doenças corporais e as doenças psíquicas. Eu tentei tratar o indivíduo inteiro, o Id nele. Eu procurei um caminho que conduzisse a este domínio inviolado, desconhecido. Eu sei que estou bem próximo do misticismo, se não estiver já inteiramente nele (Groddeck, 1917 *apud* Lewinter, 1969, p.13).¹²

¹⁰ No original: en soulignant les dangers.

¹¹ O termo ‘das Es’, que significa ‘o Isso’, foi traduzido para o inglês como ‘the id’ e, para o português, como ‘id’ (La Planche & Pontalis, 1971, p.285).

¹² No original: (...) j’étais fermement convaincu que la distinction entre l’âme et le corps n’était qu’un mot, et non une distinction essentielle, que l’âme et le corps sont une chose jointe qui recèle un ça, une puissance par laquelle nous sommes vécus tandis que nous croyons vivre. (...) En d’autres termes, j’ai refusé dès le début d’accepter cette séparation entre les maladies corporelles et

No entendimento de Groddeck, o Id faria parte da existência humana como algo que lhe é inerente e indispensável, e não como algo nocivo ou supérfluo, e a doença seria um dos meios pelo qual o Id se comunicaria com o eu, e não o produto do acaso ou fatalidade. Assim, por ser uma criação do ser humano, da mesma forma que uma obra de arte, e um sinal da relação consigo mesmo e com o mundo, a doença teria um sentido, obedecendo ao Id. Segundo Lewinter (1969), a negação do acaso, e a afirmação da causalidade interna de todo fenômeno humano, explicam a concepção groddeckiana da doença não como um inimigo que se deve combater, mas, enquanto expressão do homem, como portadora de uma linguagem que deve ser compreendida. A partir dessa concepção, portanto, Groddeck criticava as terapias somáticas baseadas exclusivamente na medicação ou na cirurgia, por considerá-las inadequadas, até mesmo nocivas, por se ocuparem apenas do efeito superficial e deixando intacta a causa profunda. Quanto às terapias psíquicas, ao não levarem em consideração os sintomas orgânicos, estariam negligenciando os indicativos específicos da doença e privilegiando uma dicotomia do ser humano.

Por ter compreendido que seu método de trabalho diferia da técnica psicanalítica clássica, Groddeck revelou a Freud o caminho que percorreu até formular suas idéias, assinalando que:

Não foi através do estudo das neuroses que cheguei às minhas opiniões, melhor dizendo às suas, mas por meio da observação de doenças que temos o costume de chamar de ‘físicas’. Originalmente devo minha reputação como médico ao meu trabalho terapêutico, especificamente como massagista, portanto meus pacientes são provavelmente diferentes dos de um psicanalista (Groddeck, 1917 *apud* Gago, 1986).

Em razão de suas concepções pessoais sobre o processo de adoecimento do ser humano, Groddeck (1917) questionou a utilização da técnica psicanalítica apenas para o tratamento das doenças neuróticas. Por outro lado, partindo de sua própria prática na utilização do tratamento psíquico para doentes orgânicos, o autor concluiu que a decisão entre a cura e a doença não pertence ao médico, estando “exclusivamente depositada nas mãos do Id”¹³ (Groddeck, 1969 [1917],

les maladies psychiques. J’ai essayé de traiter l’individu entier, le ça en lui. J’ai cherché un chemin qui conduisit à ce domaine inviolé, inconnu. Je savais que j’étais bien proche du mysticisme, si je ne m’y trouvais déjà en plein.

¹³ No original: exclusivement déposée entre les mains du ça.

p.60), ou seja, é o paciente quem faz sua terapia, e, assim, é ele quem promove sua cura ou a dificuldade.

Ainda na carta, Groddeck expôs a compreensão de que, tendo chegado às mesmas conclusões que Freud sobre o papel do inconsciente, não poderia utilizar esse termo com a limitação como foi concebido, e essa divergência o levou a duvidar quanto ao “direito de se considerar um psicanalista profissional”¹⁴ (Groddeck, 1917 *apud* Lewinter, 1969, p.13). Por esta razão, sugeriu a Freud uma ampliação do significado atribuído ao inconsciente, tornando-o mais próximo do que concebeu como Id, no qual englobou tanto o corpo e a alma, como o consciente e o inconsciente, por considerá-lo “essencial para o tratamento das chamadas afecções orgânicas”¹⁵ (*ibid.*, p.14). Em sua resposta, Freud admitiu considerar Groddeck “um esplêndido analista que compreendeu a essência da coisa” (Freud, 1917 *apud* Lewinter, 1969, p.14)¹⁶, e afirmou:

Quem reconhece que a transferência e a resistência são os eixos do tratamento pertence para sempre à horda selvagem. E mesmo que ele chame o inconsciente de Id, isso não faz diferença. Deixe-me mostrar-lhe que não há necessidade de uma *extensão* do conceito de inconsciente para sustentar suas experiências das enfermidades orgânicas (*ibid.*)¹⁷.

O efeito dessa correspondência pode ser encontrado no texto *O ego e o id* (1923), onde Freud fez referência a Groddeck descrevendo-o como um “escritor” que:

Nunca se cansa de insistir que aquilo que chamamos de nosso ego comporta-se essencialmente de modo passivo na vida, e que, como ele o expressa, nós somos ‘vivididos’ por forças desconhecidas e incontroláveis (Freud, 1923, p.37).

Quando Freud (1923) elaborou a chamada segunda tópica, propôs chamar a entidade que tem início no sistema *Pcpt.* e começa por ser *Pcs.* de ‘ego’ e, “segundo Groddeck, chamar a outra parte da mente pela qual essa entidade se estende e que se comporta como se fosse *Ics.*, de ‘id’” (Freud, 1923, p.37). Mas o id freudiano se manteve diferente do id groddeckiano, e, a nosso ver, essa

¹⁴ No original: le droit ou non de me poser en psychanalyste professionnel.

¹⁵ No original: essentiel pour le traitement des soi-disant affections organiques.

¹⁶ No original: splendide analyste qui a compris l’essence de la chose.

¹⁷ No original: Qui reconnaît que le transfert et la résistance sont les axes du traitement, celui-là appartient sans plus de retour à la horde sauvage. Et qu’il appelle l’ics. “ça”, cela ne fait pas de différence. Laissez-moi vous montrer qu’il n’est pas besoin d’une *extension* du concept de l’ics. pour couvrir vos expériences des affections organiques.

diferença serviu para que Freud sublinhasse a distinção entre o seu pensamento, preocupado em se distanciar da filosofia para se manter dentro de uma concepção científica, e o pensamento de Groddeck, que insistia na especulação metafísica desprezando a ciência. Por outro lado, Freud não desestimulava Groddeck, a quem escreveu, em 1925, afirmando: “No seu id, não reconheço meu id civilizado, burguês, desmistificado. No entanto, você sabe, o meu deriva do seu”¹⁸ (Freud, 1925 *apud* Lewinter, 1963, p.VI).

No mesmo ano de 1917, e com a aprovação de Freud, Groddeck publicou *Détermination psychique et traitement psychanalytique des affections organiques*, primeiro texto em que discorreu sobre seu método de exploração da relação do psiquismo com o somático, e com as doenças, e onde, a partir da menção às doenças que teve desde a infância, apresentou uma auto-análise. No artigo, o autor revelou sua conclusão de que o inconsciente não fala apenas nos sonhos, mas também “pela voz premente da doença”¹⁹ (Groddeck, 1969 [1917], p.44), seja ela aguda ou crônica, infecciosa ou não. Assim, ao admitir que o inconsciente, que “não é nem psíquico nem corporal”²⁰ (Groddeck, 1969 [1917], p.57), se relaciona com o conjunto da vida humana, o autor a ele atribuiu participação tanto no funcionamento orgânico do homem, como em seus pensamentos e emoções, de forma que se sua manifestação é possível na neurose obsessiva e na histeria, também o é na pneumonia e no câncer. Da mesma forma, afirmou que “a disposição às doenças brônquicas e pulmonares de todo tipo pode ser criada pelo inconsciente” (Groddeck, 1969 [1917], p.54)²¹.

Pela sua formação médica, Groddeck (1917) não desconhecia os aspectos físico-químicos das doenças, o que não o impediu de criticar a ciência, e os médicos, de seu tempo, que só valorizavam o ponto de vista materialista, não considerando a importância da relação entre o corpo e a alma. Por esta razão, os resultados benéficos que alcançou por meio do tratamento de seus pacientes, no qual tinha presente a necessidade de abordar o aspecto psíquico, o levaram a reconhecer a eficácia do método psicanalítico. Mas, como deixou claro, seu caminho até esta conclusão se deu de um modo diverso dos demais seguidores da

¹⁸ No original: “Dans votre ça, je ne reconnais naturellement pas mon ça civilisé, bourgeois, dépossédé de la mystique. Cependant, vous le savez, le mien se déduit du vôtre”.

¹⁹ No original: par la voix pressante de la maladie.

²⁰ No original: n’est ni psychique ni corporel.

²¹ No original: la disposition aux maladies bronchiques et pulmonaires de toutes sortes peut être créée par l’ics.

técnica freudiana. Tendo partido das doenças orgânicas, e não dos transtornos neuróticos, Groddeck chegou à afirmação de que a psicanálise “se impôs a mim contra a minha vontade”²² (Groddeck, 1969 [1917], p.48), o que, por outro lado, serviu como uma reafirmação de que, ainda que os médicos sejam mal informados sobre a doutrina de Freud, restringir ao tratamento psicanalítico apenas aos transtornos neuróticos não faz jus às conseqüências benéficas já conhecidas. Tal convicção o levou a terminar o artigo de 1917 enfatizando que: “a psicanálise não deve se deter, e não se deterá, frente às afecções orgânicas”²³ (*ibid.*, p.60).

Mas a psicanálise groddeckiana não é a mesma de Freud. Ao expressar seu arrependimento por ter se colocado contra os psicanalistas quando, em 1913, escreveu o livro *Nasamecu*, Groddeck, no artigo de 1917, admitiu que já a praticava “há muito tempo inconscientemente”²⁴ (*ibid.*, p.49), ainda que a partir de princípios próprios. Assim, enquanto Freud identificou operações simbólicas não-conscientes na origem de enfermidades neuróticas, Groddeck concluiu que o mesmo mecanismo ocorria com as doenças físicas que, da mesma forma, exigiriam um tratamento psicanalítico. A doença, então, funcionaria como uma outra forma de linguagem, e poderia proporcionar o acesso ao mundo inconsciente e aos entraves provocadores de sofrimento.

Antes de publicar seu livro mais conhecido, *Le livre du ça* (1923), Groddeck escreveu o artigo *Le ça et la psychanalyse*, 1920, no qual, ao afirmar que não existem fronteiras entre o físico e o psíquico, e admitir que o “id cria todas as doenças”²⁵ (Groddeck, 1969 [1920], p.96), concluiu que a ele deve ser dirigido todo tratamento, e que o cuidado dispensado ao paciente é mais importante que a interpretação, já que “tudo pode ser explorado pela psicanálise, mas nem tudo por ser tratado pela psicanálise” (*ibid.*, p.100).

Para Groddeck, as forças da natureza, inerentes ao ser humano, podem restabelecer a saúde se forem removidos os obstáculos que impedem sua atuação, de forma que utilizava a palavra para influenciar o inconsciente, com o auxílio dos símbolos, e só interpretava em caso da mais extrema necessidade. A interpretação,

²² No original: s’est imposée à moi contre ma volonté.

²³ No original: la psychanalyse ne doit pas s’arrêter et ne s’arrêtera pas devant les affections organiques.

²⁴ No original: depuis long temps inconsciemment.

²⁵ No original: le ça crée toutes les maladies.

dizia o autor, “é a doença que deve fazer”²⁶ (*ibid.*, p.100). Assim, o papel do médico consistiria exclusivamente em compreender o sentido do sintoma, para estimular a doença, por sua vez, a compreendê-lo, e a mudar, eventualmente, de sintoma, ou seja, de linguagem.

Por considerar que o acaso não existe, e que tudo que atinge o homem tem um sentido, Groddeck (1920) afirmou que toda doença, acidental ou não, é criada pelo homem, ou mais exatamente no homem, pelo Id, que utiliza o mundo para alcançar seu objetivo. Assim:

É o Id que decide se um micróbio patogênico se tornará verdadeiramente patogênico ou não (...). O Id decide também se, numa queda, o osso se fratura ou não. Da mesma forma que o Id decide a doença, escolhendo no mundo exterior alguma coisa que se tornará a causa da doença, também o Id, se quiser se expressar pela cura, escolhe no mundo exterior alguma coisa que se tornará o instrumento da cura. A saúde, igualmente, não é mais que um modo de expressão do Id, que se trata a si mesmo. (Groddeck, 1969 [1920], p.98)²⁷.

Ao apontar para o fator psíquico das doenças orgânicas, enfatizando o simbolismo dos sintomas físicos, Groddeck foi considerado, por alguns pesquisadores, como fundador da medicina psicossomática. Na análise de Lewinter (1969), no entanto, esse mérito é apenas parcialmente verdadeiro, já que se Groddeck, por um lado, foi o primeiro a afirmar que a doença orgânica, independentemente de qualquer fator externo, como bacilos, venenos, choques, etc., comporta também um fator psíquico interno, e assim um sentido que pode ser interpretado, por outro lado considerou que toda doença orgânica, sem exceção, é igualmente psíquica, diferindo da abordagem da medicina psicossomática como desenvolvida por Franz Alexander na década de 50.

A noção de psicogênese também foi rejeitada por Groddeck, que considerou todo fenômeno humano como expressão, ao mesmo tempo, do funcionamento físico e psíquico, e, para ser compreendido, deve ser apreendido

²⁶ No original: L'interprétation, selon moi, c'est le malade qui doit la donner.

²⁷ No original: C'est le ça qui décide si un microble pathogène devient réellement pathogène ou non (...). Le ça décide de même si, dans une chute, l'os se fracture ou non. De même que le ça décide de la maladie en choisissant dans le monde extérieur quelque chose qui deviendra la cause de la maladie, de même le ça, s'il veut s'exprimer par la guérison, choisit dans le monde extérieur quelque chose que deviendra l'instrument de la guérison. La santé n'est également qu'un mode d'expression du ça, qui se traite lui-même.

sob estes dois modos. Em seu artigo *De l'absurdité de la psychogénèse* (1926), o autor enfatizou que os sintomas orgânicos podem ser influenciados favoravelmente e desfavoravelmente “pelo espírito do homem”²⁸ (Groddeck, 1969 [1926], p.103), por suas idéias, de modo que eles podem nos informar sobre a forma como nascem as doenças, e como estas devem ser tratadas. Assim, por considerar a vida como “a enigmática coexistência”²⁹ (*ibid.*) entre o corpo e a alma, concluiu que não podem existir doenças físicas nem doenças psíquicas, mas que “sempre, e em todas as circunstâncias, corpo e alma adoecem simultaneamente”³⁰ (*ibid.*). Segundo Groddeck:

Se for incluído o inconsciente entre as formas de expressão da psique, torna-se inútil falar de psicogênese, já que todas as doenças são psicogenéticas e fisiogenéticas. Para mim, a questão da psicogênese não existe. As doenças são manifestações da vida (...) Já que os conceitos psique e soma são utilizados sem reflexão na medicina, forjei a palavra “Id”, cuja imprecisão me seduziu (Groddeck, 1969 [1926], p.104)³¹.

Consideramos necessário assinalar que, em seu estudo, Groddeck também enfatizou a importância da infância, e do papel materno de proteção, para a organização psíquica do ser humano, tema sobre o qual discorreu em vários artigos. Ao afirmar que o nosso Id conserva, por toda a vida, a lembrança do estado de perfeita união vivido no útero materno, influenciando nossa capacidade amorosa e criativa, e que o nascimento não é um processo mecânico, mas “um acordo mútuo entre duas individualidades inconscientes que, de um modo ou de outro, intervêm ativamente”³² (Groddeck, 1969 [1920], p.76), Groddeck pode ser situado como precursor de autores que se dedicaram à essa etapa da vida, entre eles Winnicott.

O reconhecido temperamento independente de Groddeck, que o levou a criticar a institucionalização da psicanálise e os critérios para admissão na

²⁸ No original: par l' esprit de l'homme

²⁹ No original: l'énigmatique coexistence

³⁰ No original: toujours et em toutes circonstances, corps et âme tombent maladies simultanément.

³¹ No original: Si on inclut l'inconscient dans les formes d'expression de la psyché, il est inutile de parler de psychogénèse, cars alors, toutes les maladies sont psychogénétiques et physiogénétiques. Pour moi, la question de la psychogénèse n'existe pas. Les maladies sont des manifestations de vie. (...) Parce que les concepts psyché et soma sont utilisés sans réflexion en médecine, je me suis forgé le mot “ça”, dont l'imprécision m'a séduit.

³² No original: um accord mutuel entre deux individualités inconscientes qui, d'une façon ou d'une autre, interviennent activement.

Associação Psicanalítica (Mannoni, 1979), também o levou a admitir que todos os que não se submetessem a esses critérios seriam considerados “analistas selvagens que usurparam o título”³³ (Groddeck, 1969 [1925], p.92). Não obstante, Groddeck apresentou sua candidatura à Associação Psicanalítica de Berlim, e conheceu pessoalmente Freud e Ferenczi no Congresso de Haia. A produção teórica de Groddeck continuou fértil até 1933, quando publicou seu último livro, *L'être humain comme symbole*, mas a correspondência com Freud já não tinha a mesma regularidade.

De acordo com Lewinter (1969), apesar de sua grande admiração por Freud, com quem nunca chegou a romper, Groddeck se afastou da psicanálise, no sentido tradicional do termo, já que continuou utilizando a hidroterapia e a massagem, paralelamente a seu método de tratar os sintomas físicos pela decifração de sua simbologia. Por outro lado, o incremento de sua convivência com Ferenczi produziu uma intensa amizade, e a descoberta de que suas idéias tinham muito em comum.

No artigo *A psicanálise dos estados orgânicos* (1917b) Ferenczi chama a atenção para a obra de Groddeck, identificando o médico alemão como “o primeiro a lançar-se na corajosa tentativa de aplicar à medicina orgânica os resultados da teoria de Freud” (Ferenczi, 1917b, p.325). Ao considerar que não existiriam razões teóricas para duvidar das curas obtidas por Groddeck, inclusive de alterações orgânicas graves como tumores e afecções pulmonares, Ferenczi (1917b) admitiu a explicação groddeckiana de que a doença se constitui como um mecanismo de defesa contra sensibilidades inconscientes, estando, portanto, a serviço de uma tendência. O tratamento psicanalítico, então, pelo fato de tornar conscientes essas tendências, produziria sua modificação.

Ainda nesse texto, Ferenczi assinalou que Groddeck, um clínico geral, não partiu da psicanálise em seu trabalho, mas “descobriu-a ao se esforçar por tratar e curar distúrbios orgânicos” (*ibid.*, p. 326), existindo diferenças e pontos comuns tanto entre ambos, como em relação à psicanálise freudiana. Sem negar que abordagem de Groddeck, ainda que original, é “com frequência fantasista” (*ibid.*),

³³ No original: analystes sauvages que on usurpe ce titre.

Ferenczi salientou a preocupação do médico alemão com a busca incansável da verdade, insinuando que sua obra devia ser recebida com respeito, pela “reflexão séria” (*ibid.*) que contém.

Segundo Durrell (1963), a obra de Groddeck não recebeu maior divulgação porque ele próprio não queria escrever teses, e porque se opunha à sugestão da formação de uma Sociedade, que reunisse seus alunos em torno de suas idéias, já que sua vida era dedicada a curar. Concordamos com Durrell, em sua afirmativa de que o mérito de Groddeck, como primeiro a reorientar a medicina moderna ao por de lado a divisão corpo-alma, continua credor do nosso reconhecimento.

1.2.2.2. Ferenczi: o estudo das *neuroses de doença*.

Sándor Ferenczi, psicanalista húngaro pertencente ao círculo íntimo de Freud, também contribuiu para a abordagem psicanalítica dos distúrbios psicossomáticos. Ainda em 1909, numa conferência apresentada à Sociedade de Medicina de Budapeste, Ferenczi criticou as teorias organicistas predominantes na época, e propôs uma distinção entre os distúrbios funcionais das neuroses atuais e as psiconeuroses (Volich, 2000).

Durante a Primeira Guerra, Ferenczi pôde observar, em um hospital militar onde era responsável pelo serviço de neurologia da seção cirúrgica, os efeitos pós-traumáticos das feridas e traumas sofridos pelos soldados. Nessa época, Ferenczi concentrou sua atenção na perspectiva econômica para a compreensão das doenças orgânicas, e retomou as concepções de Freud (1914) sobre a redistribuição da energia libidinal que ocorre em casos de lesões corporais, ou perturbações mórbidas de um órgão, quando a libido pode se retirar dos objetos para o próprio ego ou, então, superinvestir a parte doente exacerbando os sintomas. Na evolução de seu pensamento, Ferenczi concluiu que se uma doença orgânica tem a capacidade de concentrar uma maior quantidade de libido, e adquirir um valor erógeno, “talvez esse recrudescimento libidinal participe também da deflagração do processo de cura” (Ferenczi, 1917a, p.299).

Para desenvolver suas idéias dentro do quadro teórico psicanalítico, Ferenczi (1917a) estabeleceu uma hipótese sobre as modificações na vida amorosa dos doentes orgânicos, segundo a qual ocorreria a retirada da libido do objeto, e concentração de todo o interesse, tanto libidinal quanto egoísta, no ego. Esta linha de raciocínio o levou a admitir a persistência, subjacente ao amor objetual do adulto normal, de uma grande parte do narcisismo primitivo que apenas aguardaria uma ocasião para se manifestar, de modo que uma doença orgânica, ou um ferimento, poderiam acarretar uma regressão “ao chamado narcisismo traumático ou uma variante neurótica da mesma” (Ferenczi, 1917a, p.294).

No texto *As patoneuroses* (1917a), Ferenczi revelou as conclusões a que chegou em seu estudo, quando focalizou a distinção entre a perturbação da libido nas doenças orgânicas e nas psiconeuroses, na medida em que, nessas últimas, a perturbação da libido é primária e o distúrbio funcional orgânico é secundário, como na cegueira histérica. Nas palavras de Ferenczi:

As minhas observações referentes ao comportamento libidinal dos doentes orgânicos multiplicaram-se durante esse tempo, e aproveitei a ocasião para comunicar algumas idéias sobre as neuroses resultantes de uma doença orgânica ou de um ferimento, a que darei o nome de *neuroses de doença*³⁴ ou *patoneuroses* (Ferenczi, 1917a, p.294).

Como desdobramento de suas proposições, Ferenczi (1917a) estabeleceu condições em relação as quais a doença ou ferimento podem provocar uma regressão narcísica mais importante, e desencadear uma *neurose de doença*: se o narcisismo é constitucionalmente muito forte, de modo que a menor lesão de qualquer parte do corpo atinge o ego por inteiro; se o traumatismo constitui uma ameaça para a vida ou se o sujeito está persuadido disso, ou seja, se o ego e a existência em geral estão ameaçados; se a lesão ocorre em uma parte do corpo fortemente investida pela libido. Neste último caso, como a libido não está igualmente repartida em todo o corpo, existiriam zonas erógenas nas quais a energia libidinal se concentraria, de modo que a tensão é mais intensa que nas outras partes do corpo e qualquer dano amplifica as conseqüências.

Com este trabalho, fica evidente a intenção de Ferenczi de dar continuidade ao estudo das *neuroses atuais* descritas por Freud (1917), e consideradas fora de acesso ao tratamento psicanalítico já que não ofereciam

³⁴ Este conceito ferencziano vai ser retomado por Franz Alexander (1950) que, em seu trabalho, utilizou a expressão “neurose de órgão”.

“qualquer ponto de ataque” (Freud, 1917, p.453) por carecerem de sentido psíquico. Mas nessa época, apesar de todo empenho de Ferenczi na construção teórica de um modelo para a compreensão dos fatores psíquicos das doenças orgânicas, ele concluiu seu texto admitindo que uma parte importante da explicação que buscava ainda lhe era desconhecida, ou seja, como funciona o mecanismo por meio do qual uma lesão corporal, ou um distúrbio mórbido em um órgão, podem modificar a distribuição da libido, embora nutrisse a esperança de que o aprofundamento desse estudo pudesse produzir as respostas que faltavam.

De acordo com Rachman (1997), quando Ferenczi escreveu o artigo sobre Groddeck, e seu método de tratar as doenças orgânicas pela decifração de seu simbolismo, ainda duvidava da eficácia do trabalho realizado pelo médico alemão, e a produção do artigo ocorreu para atender ao pedido feito por Freud. Em 1921, no entanto, após ler uma novela de Groddeck intitulada *O buscador de almas*, Ferenczi formou uma opinião mais favorável sobre o autor, tendo dado início a um relacionamento que perdurou até a sua morte. Segundo Rachman (1997), esta amizade teve como sedimento a preocupação que os dois autores nutriam pelo sofrimento humano, e que os levou a adotar um papel mais ativo na clínica, expresso em Groddeck por meio de técnicas de tratamento ao mesmo tempo corporal e psíquico, e em Ferenczi pela terapia de relaxamento. Em comum, também, ambos entendiam que os analistas deviam procurar adaptar seus procedimentos com o objetivo de atender às necessidades do paciente, e se dedicaram ao tratamento de casos considerados difíceis, características que vamos reencontrar em Winnicott.

A parceria entre Ferenczi e Groddeck trouxe conseqüências diretas e indiretas tanto para a técnica psicanalítica, como para o estudo no campo da psicossomática. Como relatou em seu *Diário clínico* (1932), Ferenczi se ressentia de deficiências em sua análise formal com Freud, e esse fato, aliado ao grau de confiança que passou a depositar no médico alemão, o levou a experimentar um processo de auto-análise na presença de Groddeck, e a desenvolver a técnica de análise mútua, que utilizou mais tarde com seus pacientes. Por outro lado, Ferenczi analisou Michael Balint, psicanalista de origem húngara que adotou a nacionalidade inglesa, cujo trabalho trouxe uma contribuição importante para a difusão dos conceitos psicossomáticos na Inglaterra, assim como nos Estados Unidos, ainda que não mais segundo a ótica groddeckiana (Lewinter, 1969).

Percebemos que a prática como médico militar, aliada à experiência clínica, tiveram grande influência no interesse de Ferenczi em se deter no estudo das relações entre o corpo e a psique. Em 1924, o autor publicou *Thalassa, ensaio sobre a teoria da genitalidade*, onde comparou o efeito das transformações geológicas sobre os processos filogenéticos com o efeito das mudanças no meio-ambiente sobre a ontogênese. A teoria das catástrofes, formulada neste texto, baseia-se numa concepção de inspiração lamarkiana da evolução, segundo a qual os seres vivos não têm uma tendência natural à evolução, sendo levados a mudar impelidos por mudanças bruscas ocorridas no seu meio-ambiente, às quais têm que responder transformando seu corpo e seu modo de viver.

Este trabalho de Ferenczi (1924) é citado por Freud (1933), que o considerou um estudo mais biológico que psicanalítico, fundamentado na aplicação de conceitos da psicanálise à biologia dos processos sexuais, e à vida orgânica em geral, mas cujo significado poderia ser recebido como “talvez a mais ousada aplicação da psicanálise que já se tentou” (Freud, 1933, p.278). Assinalando que as revelações extraídas do texto, sobre a conservação no psiquismo de antigas modificações da substância corporal, poderiam proporcionar uma maior compreensão de particularidades da vida sexual, Freud mostrou-se cauteloso em admitir, àquela época, o caráter científico dessas descobertas, mas concluiu seu pensamento com a afirmativa: “é provável que um dia, no futuro, haverá realmente uma ‘bio-análise’, conforme profetizou Ferenczi” (*ibid.*, p.279).

A produção ferencziana, embora fundamentada nos princípios da teoria psicanalítica, propôs importantes modificações. A partir de sua clínica, onde utilizou a técnica de relaxamento, e observou situações de regressão a uma etapa do desenvolvimento anterior ao uso do pensamento, Ferenczi construiu sua teoria do trauma e concluiu pela existência de uma linguagem veiculada pelo corpo. Em sua formulação, na ausência de uma inscrição psíquica o corpo guarda uma inscrição sensorial, por meio de símbolos mnêmicos corporais, e assim “nos momentos em que o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar” (Ferenczi, 1932, p.37).

De acordo com Pinheiro (1995), na abordagem ferencziana somente o corpo guarda a lembrança do trauma, é ele que se expressa nos silêncios do paciente durante a sessão analítica, e são as palavras deste corpo que o analista deverá escutar na medida em que “as palavras do trauma passaram a ser feitas de

carne” (Pinheiro, 1995, p.97). Assim, segundo Pinheiro, a proposta de Ferenczi “aponta para um caminho relacionado com os grandes somatizadores, mas requer uma formulação mais estruturada, que está longe de ter sido estabelecida” (*ibid.*, p.99).

Na análise de Gurfinkel (1997), ao apontar a influência de fatores psíquicos no curso de toda a doença orgânica, Ferenczi vai mais além do estudo freudiano sobre as neuroses atuais, abordando diferentes patologias de natureza somática, como a asma e as doenças cardíacas, para as quais propõe tratamento psicanalítico.

Assim, ainda que não seja possível apreender da obra de Ferenczi uma teoria psicossomática consistente e organizada, não podemos desconsiderar sua contribuição ao estudo do adoecimento psicossomático.

1.2.2.3. Alexander: a inauguração da medicina psicossomática.

Franz Alexander, médico neuropsiquiatra húngaro, dedicou-se ao estudo da psicanálise, tendo ingressado no Instituto Psicanalítico de Berlim onde foi discípulo e colaborador de Ferenczi. Em seu primeiro livro, *The Psychoanalysis of the Total Personality* (1930), Alexander aplicou os princípios da teoria psicanalítica, particularmente o conceito de superego, ao estudo e diagnóstico de personalidades criminosas, e este trabalho lhe proporcionou o convite para lecionar nos Estados Unidos, na cadeira de psicanálise para ele criada na Universidade de Chicago. No novo ambiente de trabalho, Alexander se interessou pelas questões relacionadas com a adaptação do indivíduo ao meio social, e suas conseqüências no funcionamento do organismo.

Como um dos fundadores do Instituto de Psicanálise de Chicago, mais conhecido como Escola de Chicago, Alexander desenvolveu inúmeras pesquisas, nas quais buscou aplicar os conhecimentos da psicanálise à fisiologia neurovegetativa e a certos processos mórbidos do soma, dando origem à corrente da *medicina psicossomática* (Alexander, 1950, p.41) como um novo acesso ao estudo da causa das doenças.

Na formulação de Alexander (1950) para os *transtornos orgânicos psicossomáticos*, calcada na concepção de Freud (1917) da neurose atual, esses

ocorrem em duas etapas: primeiro, o transtorno funcional de um órgão visceral é ocasionado por uma alteração emocional crônica e, segundo, o transtorno funcional crônico conduz a mudanças no tecido e a uma doença orgânica irreversível. Alexander enfatizou, então, que muitos transtornos crônicos não são produzidos primordialmente por fatores externos, mecânicos ou químicos, ou por microorganismos, mas pela tensão de origem funcional que surge, de modo contínuo, da “luta pela existência que determina a vida diária do indivíduo” (*op. cit.*, p.29), de tal forma que toda doença seria psicossomática, já que os fatores emocionais estariam presentes e influenciando a fisiologia orgânica. Nas palavras de Alexander:

Esses conflitos emocionais, que a psicanálise reconhece como a base da psicose, e como causa final de certos transtornos funcionais e orgânicos, surgem em nossa vida diária, em nosso contato com o meio. O medo, a agressividade, a culpabilidade, os desejos frustrados, se são reprimidos, produzem tensão emocional de tipo permanente e crônico, o que altera as funções viscerais (Alexander, 1950, p.29).

Entendemos que Alexander, ao adotar uma certa independência em relação ao pensamento freudiano para se manter em consonância com o paradigma adaptativo, predominante entre os colegas americanos, atribuiu às perturbações nas relações humanas, mais do que às perturbações na sexualidade, a principal causa dos transtornos neuróticos. Dessa forma, postulou que o enfoque psicossomático aos problemas da vida, e da enfermidade, produz uma síntese dos processos fisiológicos internos e das relações individuais com o meio social. Assim:

Devido à complexidade da vida social, muitas emoções não podem ser expressas e descarregadas, livremente, através da inervação voluntária, mas são reprimidas e desviadas por canais inapropriados, afetando as funções viscerais tais como a digestão, a respiração e a circulação (...) sempre que a estimulação ou inibição emocional de uma função vegetativa se torna crônica e excessiva, a denominamos “neurose de órgão”³⁵ (Alexander, 1950, p.25).

³⁵ Para Alexander, esse termo, criado a partir do estudo de Ferenczi (1917a), compreende os chamados transtornos “funcionais” dos órgãos vegetativos, os quais são determinados, ao menos parcialmente, por impulsos nervosos cuja origem são processos emocionais que têm lugar nas áreas sub-corticais e corticais do cérebro.

Alexander estabeleceu, então, a diferença entre os sintomas de *conversão* e as *neuroses de órgão*, a que também se referiu como *neuroses vegetativas* (*ibid.*, p.44). Enquanto um sintoma de *conversão* é uma expressão simbólica de um conteúdo psicológico carregado emocionalmente, e tem por finalidade a descarga da tensão emocional, a *neurose vegetativa* não visa expressar uma emoção, mas é uma resposta fisiológica das vísceras a constantes estados emocionais.

Por considerar pouco abrangente o estabelecimento de uma correlação entre perfis de personalidade e determinadas doenças, como vinha sendo estudado por outros colegas pesquisadores, como Dunbar (1952), Alexander propôs, em seu lugar, a noção de *constelações emocionais específicas* (1950, p.52), relacionadas ao tipo de vida e as condições culturais, que fazem com que certas defesas contra os conflitos emocionais apareçam com maior frequência. Assim entendeu que na cultura ocidental, por exemplo, a ênfase dada à independência e ao êxito pessoal responderia pela frequência do tipo hiperativo, empreendedor, entre os pacientes com úlcera péptica, mas esse quadro seria, na verdade, uma defesa contra intensos desejos de dependência, e sem relação primária com a formação da úlcera. A verdadeira correlação psicossomática, portanto, estaria entre a *constelação emocional*, que dependeria de fatores constitucionais e da história do sistema orgânico, e a resposta vegetativa.

Entre as patologias estudadas pela Escola de Chicago, e que ficaram conhecidas como as “Sete de Chicago”³⁶, encontramos a asma brônquica. Alexander apresentou, então, uma descrição da *constelação emocional* central, comum aos pacientes asmáticos, como fator desencadeante do ataque de asma. Assim:

(...) o fator psicodinâmico é um conflito centrado em uma não resolvida e excessiva dependência materna. Embora a dependência reprimida da mãe seja um traço constante, em torno do qual podem se desenvolver diferentes tipos de defesas caracterológicas, nos asmáticos o conteúdo dessa dependência é o desejo de ser protegido, querer sentir-se rodeado, abraçado, por sua mãe (Alexander, 1950, p.104)

³⁶ O termo “Chicago Seven” foi utilizado, pelos pesquisadores, para se referirem às patologias mais frequentemente encontradas. São: asma brônquica, úlcera gástrica, artrite reumatóide, retocolite ulcerativa, neurodermatoses, tirotoxicose e hipertensão.

A partir de sua prática clínica com pacientes adultos, Alexander encontrou que a maioria das mães dos asmáticos é muito sensível aos atrativos físicos de seus filhos e, como reação, se afasta deles e até os repudia, sendo um traço comum na história dos casos de asma esta combinação de uma sedução maternal inconsciente, com uma patente rejeição. A criança, que necessita do cuidado materno, responde à rejeição da mãe com um aumento em sua sensação de insegurança e um maior apego para com ela.

Frente à questão de como o desejo recalcado para com a mãe pode produzir um espasmo dos brônquios, que é a base fisiológica do ataque de asma, Alexander acreditou haver uma relação simbólica entre o distúrbio respiratório e o choro reprimido pela mãe, e sustentou essa afirmativa através da constatação de que um grande número de asmáticos tem muita dificuldade para chorar, e pela observação de que ataques de asma terminavam quando o paciente dava vazão a seus sentimentos por meio do choro. Assim, sem desconhecer a influência já estabelecida dos fatores alérgicos (poeira, pólen, odores, etc.), Alexander entendeu que o problema central da patologia asmática se encontra na relação entre os fatores emocional e alérgico, podendo o ataque, como sintoma de um espasmo dos brônquios, ser desencadeado pela presença dos dois fatores ao mesmo tempo ou apenas um deles. Segundo Alexander:

A predisposição alérgica está relacionada, ainda que de forma desconhecida, com a vulnerabilidade frente a situações conflitivas, quando a sensibilidade ao trauma da separação materna e os alérgenos aparecem unidos na mesma pessoa, sendo manifestações paralelas do mesmo fator constitucional básico (*ibid.*, p.106)

Observamos que o modelo de Alexander enfatiza que a deflagração de emoções, frente a situações de ansiedade, provoca intensas reações fisiológicas, dando origem ao desenvolvimento de sintomas e doenças psicossomáticas, mas apenas naqueles indivíduos organicamente predispostos. Essa predisposição, que não foi suficientemente esclarecida por Alexander, e sobre a qual existe uma considerável discordância no meio científico (Kamieniecki, 1992), será focalizada pelos psicossomáticos franceses, especialmente Pierre Marty através de sua concepção de uma estrutura alérgica inata.

1.2.3. A constituição da Escola de Psicossomática de Paris

O trabalho no campo da medicina psicossomática de Franz Alexander, e seus colaboradores da Escola de Chicago, foi divulgado na França, no período que se seguiu à Segunda Guerra Mundial, pelo psicanalista Sacha Nacht, que também escreveu o artigo *Introduction à la médecine psychosomatique*, publicado na revista *Evolution psychiatrique*, em 1948. A partir dessa iniciativa de Nacht, a atenção de alguns psicanalistas da Sociedade Psicanalítica de Paris se voltou para o estudo de pacientes com distúrbios somáticos. Entre eles, Mustapha Ziwar, também em 1948, escreveu o trabalho *Psychanalyse des principaux syndromes psychosomatiques*, porém, numa perspectiva próxima a da medicina psicossomática como praticada na Escola de Chicago, abordou as perturbações somáticas como decorrentes de falhas nos mecanismos adaptativos do indivíduo.

Por volta do fim dos anos 40 foi formado um grupo de estudo e pesquisa reunindo alguns desses psicanalistas franceses, como Pierre Marty, Michel Fain, Michel de M'Uzan e Christian David, os quais, partindo de suas observações clínicas, concluíram que o funcionamento psíquico de pacientes com afecções somáticas não se encaixava nem no quadro das conversões histéricas, nem no das neuroses atuais. Com a intenção de ampliar o conhecimento das alterações na constituição do aparelho psíquico implicadas no adoecimento, esses psicanalistas também se afastaram do modelo desenvolvido pelos psicanalistas americanos, e deram origem ao estudo da psicossomática psicanalítica, ao mesmo tempo em que criaram a Escola de Psicossomática de Paris. Segundo Kamieniecki (1990), a partir dessa iniciativa a psicossomática psicanalítica adquiriu autonomia, e alcançou o *status* de uma disciplina científica.

Entre esses estudiosos, o nome de Pierre Marty se destacou pela produção teórica. Ao considerar que o fato psicossomático não podia ser conhecido pelos meios comuns de investigação médica ou psicanalítica, por serem insuficientes para abranger a dinâmica constitutiva do sujeito, Marty desenvolveu um modelo teórico original, oferecendo instrumentos conceituais e metodológicos para ultrapassar o clássico reducionismo corpo-espírito, que conferiu à psicossomática sua singularidade epistemológica.

Os primeiros trabalhos dirigidos por Pierre Marty, sozinho ou em colaboração com Michel Fain, são relativos às cefaléias, às raquialgias e às alergias, e datam dos anos 50. Esses trabalhos enfatizaram a insuficiência dos mecanismos de defesa neuróticos nos pacientes psicossomáticos, e sua substituição por mecanismos somáticos desprovidos de dimensão simbólica, diferindo dos sintomas conversivos histéricos como postulados por Freud (1893). No texto *Aspects psychodynamiques de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies*, 1951, Marty relatou sua análise de uma paciente que apresentava crises dolorosas de cabeça depois de relações sexuais, que ficou conhecido como o “Caso Maria”, onde concluiu que as cefaléias, evidenciando uma inibição dolorosa do pensamento, são conseqüentes a “transbordamentos passageiros do aparelho mental”³⁷ (Marty, 1990, p.14) na ausência de mecanismos de defesa neuróticos disponíveis, e fazem parte das doenças funcionais que expressam conflitos intrapsíquicos através do aparelho somático.

Este trabalho de Marty (1951) nos remete ao texto freudiano de 1895, *Rascunho I, Enxaqueca: Pontos estabelecidos*, onde o sintoma físico é entendido como um “efeito tóxico produzido pela substância estimulante sexual, quando esta não pode encontrar descarga suficiente” (Freud, 1895, p.293), pela insuficiência de ligações psíquicas. De acordo com Smadja (2001), a abordagem de Marty representou uma ruptura com os trabalhos psicanalíticos anteriores, ao mesmo tempo em que abriu caminho para novas concepções psicossomáticas. Para Smadja (2001), o tipo de pacientes estudados por Marty se parece com os pacientes anteriormente estudados por Freud e Ferenczi, cuja particularidade se deve ao fato de que representavam, àquela época, um grupo marginal frente ao vasto grupo das psiconeuroses, e que, pela sua resistência à abordagem psicanalítica, provocavam problemas teóricos.

Como conseqüência da abordagem martyana, as doenças funcionais como a cefaléia, não evolutivas e reversíveis, e que se expressam através de crises, puderam ser entendidas como conseqüência de marcas deixadas durante o

³⁷ O termo “mental” é empregado no lugar de psíquico por Marty, como também pela maioria dos autores ligados à Escola de Psicossomática de Paris. No modelo construído por Marty (1976), a palavra psiquismo vai sendo progressivamente substituída pela palavra mental, o conceito de *mentalização* e o atributo de *mentalizado*, de forma que a dissociação psicossomática se refere à dissociação entre as funções somáticas e as funções mentais.

desenvolvimento individual, e da utilização de mecanismos somáticos para escoar os excessos oriundos de conflitos clássicos, intrapsíquicos. Assim:

Parentes das conversões histéricas, as cefaléias parecem freqüentemente constituir mecanismos secundários de defesa face à irrupção, na consciência, de um conjunto conflitual edipiano, do qual ao menos alguns elementos representáveis foram inicialmente recalcados (Marty, 1990, p.14).

Em 1953, Marty e Michel Fain escreveram *Notes sur certains aspects psychosomatiques de la tuberculose pulmonaire*, onde revelaram, como característica do paciente tuberculoso, um distanciamento efetivo, e até mesmo geográfico, em relação ao objeto conflitual real, na maioria das vezes a mãe, diferentemente do distanciamento do objeto interno apresentado pelo neurótico. Com esse trabalho, Marty e Fain pretenderam fazer uma releitura das concepções apresentadas pelos psicanalistas da Escola de Chicago e, reunindo traços da organização psíquica própria dos tuberculosos pulmonares, esclarecer o papel das insuficiências do funcionamento psíquico na gênese das doenças somáticas.

Segundo Marty (1990), ainda que o objetivo de estabelecer correlações entre estruturas psíquicas e doenças orgânicas não tivesse sido alcançado, esse estudo permitiu que se delineassem dois importantes temas de destaque que adotou nas suas pesquisas psicossomáticas posteriores: a noção de *estrutura psicossomática inata*, através da qual defendia seu ponto de vista monista, enfatizando a continuidade evolutiva entre o orgânico e o psíquico, e a existência de mecanismos defensivos diferentes dos mecanismos intrapsíquicos, que permitiriam a concepção de *insuficiência do funcionamento psíquico* na gênese das doenças somáticas.

No mesmo ano de 1953, Marty e Fain apresentaram, no Congresso de Psicanalistas de Língua Romana, o artigo *A importância do papel da motricidade na relação de objeto*³⁸, no qual ressaltaram como a evolução da motricidade, desde a relação inicial com a mãe, pode ser considerada como um núcleo essencial da organização psíquica do indivíduo, já que as primeiras identificações do bebê são corporais a partir das experiências sensório-motoras primitivas. Este trabalho já anunciava o interesse de Marty pelas *relações de objeto pré-genitais*, e pelos mecanismos utilizados pelo ego para organizar as suas relações pulsionais

³⁸ Este trabalho de Marty e Fain é mencionado por Winnicott (1950-5) em seu estudo sobre a motilidade do feto, e do recém-nascido, e a agressividade.

com os objetos, tema que será um dos sustentáculos de sua tese sobre as relações objetais alérgicas.

O interesse de Marty pelas primeiras relações de objeto recebeu a influência do trabalho do psicanalista Maurice Bouvet (1953 *apud* Marty, 1990) que, estudando as neuroses obsessivas, propôs a existência de um mecanismo de distanciamento do objeto no paciente neurótico, como defesa frente a ameaça de ruptura da repressão. A partir de sua experiência clínica com pacientes adultos portadores de alergia, Marty encontrou um mecanismo que nomeou como *relação objetual alérgica* (Marty, 1958), cuja finalidade era a de afastar todo conflito intrapsíquico, mas que, de modo oposto ao mecanismo descrito por Bouvet, se caracterizava pela negação de qualquer distância em relação ao objeto, de tal forma que a recusa da realidade permitiria, em contrapartida, a negação do conflito. Tal constatação permitiu a Marty estabelecer uma distinção entre o paciente neurótico e o paciente alérgico, e contribuiu para o desenvolvimento de seu modelo psicossomático.

No início dos anos 60, uma vasta síntese teórico-clínica já havia sido elaborada pelos psicossomaticistas da Escola de Paris, e tomou forma numa obra coletiva, *L'investigation psychosomatique* (1963), redigida por Marty, M'Uzan e David. Essa obra é considerada como a “ata de nascimento da psicossomática enquanto disciplina psicanalítica” (Smadja, 2001), e nela surge o conceito do *pensamento operatório*, criado por Marty e M'Uzan, para designar a pobreza da vida onírica e a deficiência dos processos de simbolização que, associadas à carência expressiva dos afetos, caracterizam a organização psíquica do paciente psicossomático. Este conceito passa a ter um valor de paradigma tanto para a clínica como para a pesquisa em psicossomática.

A participação no XXIIº Congresso de Psicanalistas de Língua Romana, onde David e Fain apresentaram o trabalho *Aspectos funcionais da vida onírica*, e Marty e M'Uzan fizeram um relato sobre o *pensamento operatório*, marcou um momento relevante para a psicossomática que, segundo Smadja (2001), adquiriu um *status* de disciplina singular, distinta da medicina e da psicanálise. Nesse congresso, Marty utilizou o vocábulo ‘psicossomática’ como um substantivo, e não mais como um qualificativo, por considerar que, como o ser humano é

psicossomático por definição, a utilização de expressões tais como “doenças psicossomáticas” ou “pacientes psicossomáticos” implicaria em uma redundância.

A redação de *L'investigation psychosomatique* marcou o fim de uma etapa do trabalho conjunto, a partir da qual cada um dos autores privilegiou o desenvolvimento de concepções pessoais no campo psicossomático. Em 1968 Marty criou um Centro de Consultas e Tratamento, que deu origem, em 1972, ao Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO), vindo ampliar tanto a teoria como a clínica psicossomáticas, e postulou uma continuidade conceitual e clínica para explicar a sintomatologia tanto psíquica quanto somática. Em 1978, a inauguração do Hôpital de la Poterne des Peupliers ampliou as possibilidades de tratamento das doenças psicossomáticas, e buscou responder a um triplo objetivo: diagnosticar, prevenir e tratar das doenças somáticas de adultos e crianças; formar psicossomaticistas e promover pesquisas. A partir de 1993, esse hospital passou a se chamar Hôpital Pierre Marty.

Marty construiu uma teoria funcional e evolucionista do ser humano para explicar a relação entre o funcionamento psíquico e o funcionamento somático, que constituiu o primeiro corpo doutrinal definindo uma *ordem psicossomática*³⁹ (Marty, 1980), ao mesmo tempo em que ampliando a metapsicologia freudiana, e introduzindo diversos conceitos que serviram de referência para os pesquisadores que o sucederam. Tendo afirmado que “no essencial, a psicossomática é filha da psicanálise e, em troca, cumula a psicanálise de inúmeras riquezas” (Marty, 1983, p.XI), o autor buscou compreender o paciente a partir da repercussão, em seu funcionamento psíquico, de um processo de somatização.

A abordagem psicanalítica ao adoecimento psicossomático, assim, não só se diferencia da medicina psicossomática, como propõe *um novo olhar sobre o homem doente* (Smadja, 2001).

³⁹ Ao utilizar a expressão *ordem psicossomática*, Marty revela a influência sofrida pelas concepções do Vitalismo, corrente filosófica que predominou na França no século XIX. Bichat (1800), um vitalista, entendeu que a essência dos fenômenos da vida não podia ser contida em leis, e que apenas seus efeitos eram passíveis de descrição, o que o levou a propor uma *ordem da vida*. Marty seguiu essa idéia para explicar sua concepção sobre a psicossomática, e intitulou o segundo volume de sua obra como *L'ordre psychosomatique : Essai d'économie psychosomatique* (1980).

1.3. O modelo psicossomático de Pierre Marty

A intenção de propor uma compreensão psicodinâmica para a manifestação somática, e diferenciar sua abordagem daquela predominante entre os seguidores da medicina psicossomática, levou Marty a perseguir o objetivo de descrever a existência de *estruturas psicossomáticas*, que permitissem relacionar certos modos de funcionamento psíquico a determinadas afecções físicas.

1.3.1. A relação objetal alérgica

Embora não tivesse tido êxito em estabelecer a relação entre a tuberculose pulmonar com uma *estrutura psicossomática* particular, em seu estudo de 1953, Marty concluiu ter encontrado essa correlação nos pacientes com doenças alérgicas, especialmente asma e eczema, o que o levou a identificar, nesses pacientes, uma modalidade particular de relação objetal.

Esta descoberta, apresentada no 20º Congresso da Associação Psicanalítica Internacional, em 1957, foi nomeada como *relação objetal alérgica* (Marty, 1958), e descrita como caracterizada pela ausência de distância do paciente em relação à imagem materna, fruto de um mecanismo que vai além de uma completa identificação com o objeto, onde predomina o esforço incessante do sujeito para se aproximar o mais possível do objeto até se fundir nele, e cujo fracasso ocasionaria as crises somáticas de alergia. Para Marty (1958), essa fusão implica numa *fixação* muito arcaica do tipo *humoral*⁴⁰, que hipotetizou ser do nível pré-natal, e a intensidade dessa fixação vai determinar as peculiaridades, quantitativas e qualitativas, no desenvolvimento do paciente alérgico.

Segundo Marty (1958), a *relação objetal alérgica* se distingue das relações neuróticas típicas pela presença de um mecanismo de projeção, cujo efeito é incomparavelmente mais extenso do que o habitualmente conhecido nas neuroses, e compreende duas fases ativas: primeiro o encontro do objeto, e segundo o seu controle. O domínio e utilização do objeto é imediato, completo e violento, e carrega uma marca de caráter muito arcaico que, segundo Marty, corresponde a

⁴⁰ A referência à fatores de natureza *humoral* também é reveladora da influência, sofrida por Marty, da corrente de pensamento vitalista.

uma identificação profunda e sem limites, ou seja, a uma confusão indiferenciada.

Nas palavras de Marty,

(...) o paciente é incapaz de delimitar as fronteiras que verdadeiramente o distinguem, separam e o diferenciam de seu objeto (...). O paciente revela-se incapaz de se manter separado do seu objeto. Sua fusão com ele é inevitável (Marty, 1958, p.98).⁴¹

Entendemos que, para Marty, a relação de objeto se torna tão íntima, no sentido da indistinção, que o sujeito habita o objeto e é habitado por ele. Assim, a significação do objeto, pelo paciente, depende das circunstâncias, e qualquer objeto que encontre, seja humano, animal, vegetal, ou inanimado, é catexizado rapidamente como um objeto *hospedeiro-hóspede*⁴², podendo ser também descatexizado e abandonado por outro objeto *hospedeiro-hóspede*, dependendo do grau, no espaço e no tempo, da interrupção e restauração do contato. Nesta fase fundamental de identificação maciça e imediata, certos objetos mantêm, no entanto, um valor particular para o sujeito, e estes objetos *hospedeiro-hóspedes* permanentes precisam ser administrados. Como essa administração necessita um contato espaço-temporal que nunca é vivido de modo satisfatório, desencadeia a segunda fase da *relação de objeto alérgica*, relativa ao adequado controle do objeto. Por meio da fusão, as diferenças entre o sujeito e o objeto tendem, progressivamente, a desaparecer, porém quando as qualidades do objeto são muito diferentes das do sujeito, trazendo dificuldades à identificação, são desencadeados mecanismos de projeção e identificação que envolvem uma dupla atividade por parte do sujeito, descritas como:

(...) a atividade projetiva, por meio da qual o sujeito tende a dotar o objeto com suas próprias qualidades (...) [e] uma atividade identificatória, por meio da qual o sujeito dota a si mesmo com as qualidades do objeto (Marty, 1958, p.99).⁴³

Ao utilizar o exemplo de uma esponja, que absorve e retém, para descrever a total incapacidade do sujeito para se manter separado do objeto, Marty apontou

⁴¹ No original: (...) the patient is unable to delimit the boundaries which actually distinguish, separate and differentiate him from his object (...). The patient seems unable to keep himself separate from his object. His fusion with it is inevitable.

⁴² No original: host-guest

⁴³ No original: (...) a projective activity by which the subject tends to endow the object with his own qualities (...) an identifying activity by which the subject endows himself with the qualities of the object.

a existência de uma *fixação pré-genital* para explicar a qualidade da relação objetal original. Em sua concepção, apesar de alguns autores abordarem o aspecto neurótico na alergia, através do qual os pacientes tendem a negar sua necessidade da dependência maternal, Marty considerou mais significativa a profunda identificação, ou fusão, com o objeto maternalizado, que implicaria numa fixação muito arcaica.

Ainda que os autores interessados na dependência do sujeito, sobre o objeto, tenham salientado o papel da mãe na gênese da alergia, Marty concedeu apenas uma parcela de participação a este papel, enfatizando:

Eu penso que nos casos em que é possível fazer uma correlação com frustrações maternas específicas, não se explica nem a fusão sem limites que o paciente alérgico procura, nem a unidade emocional básica do alérgico. Nós temos aqui uma estrutura profunda que pode ser, parcialmente, atribuída à hereditariedade (Marty, 1958, p.103).⁴⁴

Consideramos que esse trabalho de Marty, identificando *fixações pré-genitais* nos pacientes que descreveu como apresentando *relações objetais alérgicas*, teve importante contribuição para a construção de seu modelo teórico, no qual, partindo do pressuposto da existência de uma continuidade evolutiva entre o aparato biológico e o aparato psíquico do ser humano, introduziu mudanças conceituais na teoria psicanalítica clássica. Essas mudanças influenciaram a perspectiva teórica adotada por outros autores, particularmente os que se dedicam à pesquisa no campo da infância, que vêm utilizando, em seus trabalhos, a noção de *estrutura psíquica inata* para explicar certos transtornos psicossomáticos de início muito precoce.

Por outro lado, as inovações propostas por Marty não obtiveram consenso no meio dos psicossomáticos do grupo precursor, entre os quais destacamos Fain, que prosseguiu trabalhando suas idéias de acordo com o modelo freudiano. As divergências entre esses autores se tornaram explícitas quando ambos, em uma conferência ocorrida em 1967, apresentaram comentários após a exposição feita por Sami-Ali⁴⁵ que, partindo de seu trabalho analítico com uma paciente adulta

⁴⁴ No original: I think that the cases in which is possible to correlate specific maternal frustrations do not explain either the unlimited fusion which the allergic patient is seeking or the allergic emotional basis. We have here a deep structure which can be partly attributed to heredity.

⁴⁵ Sami-Ali é psicanalista e psicossomático, tendo pertencido inicialmente ao grupo de Marty, do qual se separou em função de algumas divergências. Fundou o Centre Internationale de

manifestando crises de urticária alérgica, focalizou o papel da superfície cutânea na estruturação da imagem do corpo, do espaço real e do espaço imaginário, em seu estudo sobre a gênese da representação do corpo.

O texto *Réflexions sur la structure allergique: à propôs de l' article de Sami-Ali* (1969), reproduz a conceituação de Fain sobre a organização psíquica do paciente alérgico, e suas críticas tanto ao estudo de Sami-Ali quanto à concepção de Marty sobre a relação objetal alérgica. Ao discordar de qualquer hipótese que estabeleça a origem da patologia psicossomática no período pré-natal, Fain divergiu da noção de *superego arcaico* que Sami-Ali utilizou em seu estudo, e estendeu sua crítica à noção de *estrutura inata* como apresentada por Marty.

Para Fain (1969), o conceito de Marty sobre a existência de um “conflito humoral” entre o feto e a mãe, que proporcionaria, prematuramente, uma individualidade imunológica ao paciente, é insustentável, já que não existe tal conflito durante a gestação, e a personalidade imunológica só se desenvolve plenamente após o nascimento. Fain criticou essa hipótese afirmando: “podemos interpretar essa opinião como um sonho”⁴⁶ (Fain, 1969, p.239). Na abordagem de Fain, o paciente somatizante adulto apresenta falhas em sua estrutura edipiana, decorrentes da predominância de condições traumáticas na relação precoce com a mãe. Nas palavras do autor:

No inconsciente do alérgico típico permanece o desejo de sua mãe de o fazer regressar ao narcisismo primário, que coincide com o sentimento de completude dela, desejo que mantém todo um setor do ego do alérgico no estado embrionário (Fain, 1969, p.239).⁴⁷

A intervenção de Marty à exposição de Sami-Ali, por sua vez, foi reproduzida no texto *Notes cliniques et hypothèses a propôs de l'economie de l'allergie* (1969), no qual Marty apresentou uma revisão de seus primeiros conceitos sobre a *relação objetal alérgica*, como encontramos em seu trabalho de 1958, e admitiu que a personalidade de numerosos indivíduos apresentando importantes manifestações alérgicas não poderia ser enquadrada na sua descrição

Psychosomatique de Paris, com o objetivo de desenvolver pesquisas sobre a construção do corpo na infância, e suas vicissitudes. Em 1979 escreveu *Le corps, l'espace et le temps*.

⁴⁶ No original : Nous pouvons interpréter cette opinion comme un rêve.

⁴⁷ No original: Dans l'inconscient de l'allergique type siège le désir de sa mère de le faire régresser à un narcissisme primaire qui coincide avec son sentiment de complétude à elle, désir qui maintient tout un secteur du Moi de l'allergique à l'état embryonnaire.

anterior, que estabelecia, como mecanismo subjacente à relação alérgica, uma regressão global a níveis de fixação arcaicos. Por outro lado, Marty concluiu que o prosseguimento do estudo poderia produzir conhecimentos que permitissem ligar, sem hiatos, os problemas do indivíduo aos de sua hereditariedade, e, mantendo-se próximo de sua concepção original, afirmou:

De minha parte, jamais abandonei o fantasma de um mecanismo de fixação pré-natal, oriundo da relação do feto com a mãe (Marty, 1969, p.246).⁴⁸

Independente dessa divergência entre dois precursores da Escola de Psicossomática de Paris, e até nos beneficiando dela na medida em que proporcionou uma diversidade de produções, pretendemos focalizar a atenção nos seus desdobramentos, aplicados ao campo da psicossomática da infância.

1.3.2. Os processos de somatização

A busca pela compreensão dos mecanismos que regem o estado de saúde de uma pessoa, assim como os que vão entrar em jogo se adoecer e, ainda, de que doença, tem sido, ao longo dos anos, um projeto instigante, mas, ao mesmo tempo, marcado pelo recurso à dicotomia psique/soma na tentativa do estabelecimento de uma hierarquia entre o que decorre do psiquismo, como origem da doença, e o que, ao contrário, afeta o corpo provocando um adoecimento e se refletindo na psique.

Pierre Marty (1976) propôs o abandono dessa dicotomia, e construiu um modelo teórico que, além de enfatizar algumas idéias próprias à psicanálise, fez surgir termos e conceitos que deram um sentido inovador ao estudo e trabalho no campo da psicossomática. Esse modelo concede um lugar importante para a hereditariedade, e prioriza a questão econômica, baseado no ponto de vista econômico introduzido por Freud em *Além do Princípio do Prazer* (1920), segundo o qual um excesso de excitação pode conduzir a um estado traumático se os meios de defesa são transbordados. Também compreende um novo enfoque em relação à abordagem freudiana clássica do inconsciente e do mecanismo de

⁴⁸ No original: Pour ma part, je n'ai toujours pas abandonné le fantasme d'un mécanisme de fixation prénatal issu des relations du foetus à la mère.

fixação, operando segundo um modo único de funcionamento (construção evolutiva e desconstrução contra-evolutiva), e estabelece que os instintos⁴⁹ fundamentais - instinto de vida e instinto de morte - sustentam toda a economia psíquica, e estimulam tanto as funções somáticas quanto o funcionamento psíquico.

Ao enfatizar a existência de um paralelismo entre o equilíbrio biológico e o equilíbrio psicoafetivo, ambos passíveis de variação e constitutivos do equipamento necessário à vida humana, Marty assinalou que, no plano do psiquismo, este equilíbrio pode ser alterado frente a acontecimentos (frustrações, perdas, mas também satisfações e prazeres) que provoquem excitações internas inconscientes, as quais podem ser respondidas sem causar maiores danos. Por outro lado, como as excitações diferem de intensidade, quando excessivas, e portanto insuportáveis, se acumulam em estados de tensão e levam a uma desorganização dos sistemas funcionais, configurando o estabelecimento de um trauma.

Na concepção martyana, os traumatismos são medidos segundo a natureza e a qualidade das desorganizações que acarretam, e não pela natureza do acontecimento que os provocaram. Assim, diferindo das concepções psicogenéticas de outros autores, que focalizam a tradução somática de uma situação traumática, para Marty a manifestação somática foi entendida como o ponto de parada, numa fixação arcaica, do movimento regressivo. Originalmente, as vias utilizadas para escoamento da excitação são a atividade mental e a atividade motora, mas, na indisponibilidade de ambas, os aparelhos somáticos são utilizados. Assim:

Do ponto de vista econômico, quaisquer que sejam as origens, as situações traumatizantes provocam 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 a tendência a se propagar (em um sentido inverso àquele do desenvolvimento) enquanto não encontrar um sistema que possa contê-la (Marty, 1990, p.30).

⁴⁹ Claude Smadja (1991), no artigo *Le concept de pulsion: essai d'étude comparative chez Freud et P.Marty*, assinala que Marty, em sua obra, distingue os instintos das pulsões, e também não emprega o termo libido. A explicação de Marty (1976) faz referência não a uma impossibilidade teórica de estender à via somática o conceito de libido, mas ao fato de que “o conceito, que se adapta perfeitamente à psicanálise, se mostra falho na perspectiva psicossomática, mais ampla, particularmente em razão de algumas de suas implicações de ordem energética”.

Para construir seu modelo teórico, e descrever os mecanismos implícitos no processo de somatização, Marty (1976) se baseou em sua prática como psicoterapeuta psicanalítico de pacientes somatizantes, e nos conhecimentos da medicina, da fisiologia e da biologia. Do ponto de vista epistemológico, o modelo teórico-clínico de Marty é único e original por se tratar de um modelo *fundamentalmente psicossomático*, ou seja, difere de todas as teorias até então estabelecidas para explicar a somatização, as quais privilegiam ou o aspecto neurobiológico ou o aspecto psicológico, e se inspira em um *princípio evolucionista*. Nas palavras de Marty:

A psicossomática pretende enquadrar-se entre as ciências do homem ao sustentar, simultaneamente, o interesse pelas pessoas em si mesmas, aprendido da psicanálise, ao abandonar o dualismo histórico psique-soma, ao considerar, enfim, as dimensões evolutivas, a despeito das dificuldades implicadas nessas três perspectivas reunidas para fundamentar sua metodologia e trajetória (Marty, 1983, p.IX).

1.3.3. O princípio evolucionista

Marty (1976) considerou que a vida de cada indivíduo, ainda que decorra da filogênese, revela-se original desde o início da existência embrionária, e sua organização depende da *hierarquização progressiva* das funções que se instalam no curso do desenvolvimento. Para Marty:

Uma função não existe inteiramente por si mesma, mas se revela em um movimento de relação com os movimentos das outras funções (Marty, 1976, p.7).⁵⁰

Assim, as tendências elementares presentes no recém-nascido vão evoluir até a constituição da estrutura adulta, e Marty entendeu que essa evolução repousa sobre a coexistência, e a alternância, de dois tipos de *movimentos* individuais. Os primeiros, nomeados como *movimentos de vida*, correspondem aos movimentos de uma organização psicossomática hierarquizada. Os segundos, nomeados como *movimentos de morte*, correspondem aos movimentos de fixação-regressão no curso das *desorganizações*.

⁵⁰ No original: Une fonction n'existe pas entièrement en soi mais se révèle dans un mouvement de relation avec les mouvements d'autres fonctions.

A perspectiva evolucionista também está presente no texto freudiano. Freud se referiu à contribuição de Darwin, e ao seu estudo sobre a evolução da espécie animal, para discorrer sobre o caminho teórico tomado pelo instinto sexual até se transformar, no ser humano, no conceito de libido, e considerou que a analogia do homem com os animais, como revelada por Darwin, representou um golpe *biológico* no narcisismo do homem (Freud, 1917, p.175). Como leitor de Freud, Marty conheceu a influência do cientista inglês para a construção da psicanálise, mas, segundo nosso entendimento, preferindo permanecer no terreno francês, buscou inspiração nos princípios da corrente vitalista, que marcou a ciência médica francesa no início do século XIX, para fundamentar seu *princípio evolucionista* (Marty, 1976, p.10).

Enquanto uma doutrina metafísica, o Vitalismo considerava que a vida não teria outra explicação senão ela mesma, ou seja, por ter sua natureza desconhecida, só poderia ser apreciada pelos seus fenômenos, assim, ao invés de leis, buscava conhecer a *ordem da vida* (Canguilhem, 1952). Os vitalistas defendiam a existência de uma *força vital*, imanente aos seres vivos e irreduzível às propriedades da matéria inorgânica, que se encontraria na origem da sensação, do movimento e da própria vida, sendo também responsável pela saúde e pela patologia, e pregavam a medicina da pessoa total, segundo uma concepção sintética da doença determinada por fatores biológicos e *humorais*. Entre os nomes de destaque do Vitalismo encontramos Xavier Bichat, membro da Escola de Paris, considerado o pai da histologia moderna, e autor, entre outras obras, do livro *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (1800), onde abordou a originalidade do ser vivo, atribuindo à instabilidade das forças vitais e à irregularidade dos fenômenos vitais, em oposição à uniformidade dos fenômenos físicos, a característica distintiva dos organismos.

Do Vitalismo, Marty tomou o conceito de *força vital* que, com origem na biologia, tem o papel de dinamizar a vida psíquica (ou espiritual nas palavras de Bichat), assim como a noção de *fatores humorais* na determinação do adoecimento, para escrever o livro *Les mouvements individuels de vie et de mort: Essai d'économie psychosomatique* (1976). Nessa obra, Marty se aproximou dos conceitos da biologia para destacar o conceito de *função*, que utilizou na sua concepção de uma doutrina evolucionista da economia psicossomática, admitindo a existência de só uma energia, a *vital*, que alimenta tanto os instintos quanto as

pulsões, os investimentos narcísicos e objetais, e considerou que é a qualidade do funcionamento psíquico que garante a integridade do funcionamento somático.

Na concepção martyana, os movimentos de vida e de morte são considerados a partir da organização, hierarquização e associação que lhes servem de base, e são os eixos da evolução. Para Marty,

(...) [esses movimentos] parecem ser animados por uma qualidade, misteriosa quanto à sua origem como quanto a seu estado, que é certo nomeá-los “Instintos de Vida”, fórmula cheia de significado e de esperança (Marty, 1976, p.11).⁵¹

Para Marty, os instintos de vida, ou *tônus vital*, não residem em uma força mensurável, mas em uma qualidade, ou potencialidade virtual, associada às funções. Os ‘impulsos dinâmicos’ provocados pelos instintos de vida e pelas pulsões, assim, têm sua origem em uma excitação corporal, sexual no sentido freudiano, e seu destino é suprimir o estado de tensão criado. Quando essa quantidade de excitações é limitada, os ‘impulsos dinâmicos’ contribuem para a construção do desenvolvimento individual, e das ligações necessárias ao equilíbrio homeostático. Porém, quando as excitações persistem em quantidade demasiado grande, a função excessivamente excitada se desorganiza, levando à anarquia funcional que, então, revela a atuação dos instintos e das pulsões de morte.

Ao considerar o *tônus vital* como resultante dos instintos de vida, e entender a força dos instintos de morte por meio de uma especulação pelo ângulo da carência dos instintos vitais, Marty propôs um sentido diferente para a pulsão de morte em relação ao conceito clássico como postulado por Freud (1920). Em síntese, Marty entendeu o instinto de morte como decorrência do fracasso do instinto de vida e, conseqüentemente, a morte não foi considerada como uma vitória do instinto de morte, mas como uma exaustão, pelo enfraquecimento do instinto de vida, o que o levou a afirmar: *A morte é paralela à vida, qualquer que seja a organização desta última. Ela a sustenta*⁵² (Marty, 1976, p.13).

Assim, o *princípio evolucionista*, como defendido por Marty, considera que o processo de construção do conjunto da economia psicossomática é

⁵¹ No original: semblent être animés par une qualité, mystérieuse quant à son origine comme quant à son état, qu’il est convenu d’appeler ‘Instincts de Vie’, formule pleine de sens et d’espoir.

⁵² No original: La mort est parallèle à la vie, quelle que soit l’organisation de cette dernière. Elle la sous-tend.

determinado por esse potencial vital, a partir de um dinamismo biológico hierarquizado, de tal forma que a gênese da constituição psíquica repousaria em um período arcaico, pré-natal, onde predomina a indiferenciação entre o psíquico e o biológico. A *energia vital*, portanto, seria, desde o início da vida intra-uterina, o combustível tanto para a organização somática quanto para as organizações psíquicas mais complexas.

Do ponto de vista da biologia, a partir de uma única célula, após a fecundação, um novo indivíduo é formado. Desde as primeiras divisões celulares, com a formação do embrião, até a morte, o organismo passa por vários processos em seu desenvolvimento, organizando-se de acordo com o padrão característico de cada espécie. A diferenciação celular é um processo complexo, por meio do qual as células de um organismo começam a se tornar diferentes em sua forma, composição e função, e onde ocorre um tipo de desenvolvimento classificado como ‘em mosaico’ dando origem a tecidos e estruturas diversas, que desempenham as diferentes funções necessárias à sobrevivência do indivíduo (Alberts et al., 1997).

Marty aplica esse conhecimento da biologia para explicar sua concepção a cerca da organização inicial, quando as funções biológicas e psíquicas primitivas ainda não estariam articuladas entre si. Assim:

Essas funções se exercem, então, de forma relativamente independente umas das outras, associadas *em mosaico*, sem se encontrarem organizadas em um sistema comum e autônomo. Uma grande parte da possibilidade de associação e hierarquização funcionais do recém-nascido é mediada pela ‘função maternal’ (Marty, 1976, p.119).⁵³

Para nomear esse estágio Marty utilizou a expressão *mosaico primeiro* (*ibid.*), estabelecendo que a possibilidade de organização das funções somato-psíquicas depende de que a mãe assuma a gerência das potencialidades, através de seu investimento libidinal. Progressivamente, no entanto, o bebê, depois a criança, assumem os poderes de organização, em planos cada vez mais amplos e sempre melhor organizados. Em cada nível de organização, os novos conjuntos funcionais englobam um certo número de funções pré-existentes, ao mesmo tempo em que

⁵³ No original: Ces fonctions s'exercent alors d'une manière relativement indépendante les unes des autres, associées en mosaïque sans se trouver organisées dans un système commun et autonome. Une grande partie des pouvoirs d'association et de hiérarchisation fonctionnelles du nourrisson est médiatisée par la 'fonction maternelle'.

lhes dá uma nova forma de existência. No recém-nascido, o *mosaico primeiro* deve assegurar o funcionamento de algumas das funções básicas à sobrevivência, sendo que a autonomia respiratória evidencia o alcance de uma primeira individuação.

O papel desempenhado pela mãe assume, então, um lugar destacado no modelo teórico martyano, possibilitando, ou prejudicando, a evolução das tendências que estão presentes no recém-nascido. Assim,

Cada mãe gerenciando a sua maneira os sistemas de excitação e pára-excitação do bebê, resolve diferentemente, segundo sua personalidade, os problemas fundamentais da reatividade, do ritmo e do estilo das descargas de seu filho (Marty, 1981, p.164).⁵⁴

A *reatividade*, o *ritmo* e o *estilo de descargas* são citados por Marty como fazendo parte das *tendências estruturais*, que compõem as predisposições hereditárias. Durante o desenvolvimento, certas organizações funcionais, como as viscerais, têm uma evolução relativamente curta, enquanto outras, como as funções motoras e de equilíbrio, são mais longas, e, de todas, a evolução mental é a mais demorada. A importância dessas etapas reside no fato de que, quanto mais longa for a linha evolutiva funcional, maior é chance da instalação de *sistemas de fixação*, que serão mobilizados nas somatizações.

Assim, a realização dos *programas evolutivos gerais* do bebê, tanto de natureza genética, embriológica, como do desenvolvimento, pode ser impedida, desviada ou alienada, por certas particularidades próprias da criança ou do ambiente. Segundo Marty:

As vicissitudes da hereditariedade, da gravidez, ou do nascimento podem dar lugar às anomalias, por vezes irreversíveis, da organização psicossomática (...) Também as vicissitudes precoces da interação com a mãe, associadas ou não às precedentes, (...) são suscetíveis de desviar a evolução elementar do bebê em suas organizações funcionais (Marty, 1981, p.162).⁵⁵

⁵⁴ No original: Chaque mère géant à sa manière les systèmes d'excitations et de pare-excitations vis-a-vis de l'enfant, a résolu différemment selon sa personnalité les problèmes fondamentaux de réactivité, de rythmicité et de style des décharges de son enfant.

⁵⁵ No original: Des mésaventures de l'hérédité, de la grossesse, de la naissance, peuvent donner lieu à des anomalies parfois irréversibles de l'organisations psychosomatique. (...) D'autres mésaventures précoces des interactions avec la mère, ajoutées ou non aux précédentes (...) sont susceptibles de gauchir l'évolution élémentaire de l'enfant dans ses organisations fonctionnelles.

1.3.4. A mentalização

No modelo teórico martyano, a perspectiva evolutiva se estendeu até ao conceito de inconsciente. A noção freudiana de “núcleo do inconsciente” (Freud, 1915) é ampliada, passando a abranger um *inconsciente originário*, que se encarregaria de realizar o *programa* da espécie humana na interação com o meio ambiente. O inconsciente, ao qual Marty se refere numa acepção substantiva, foi descrito, em relação ao período inicial do desenvolvimento, como:

(...) totalmente parcelado, sem organização de partida, sem programa geral, ligado pedaço por pedaço a cada um dos diversos elementos funcionais do ‘mosaico primeiro’ (Marty, 1990, p.22)

De acordo com essa concepção, o inconsciente do recém-nascido seria psicossomático na sua essência, já que, nesse período da vida, as funções somáticas e psíquicas ainda se encontram indiferenciadas, e, assim, obedeceria aos mesmos princípios de construção evolutiva que as demais funções.

Ao estabelecer três vias para escoamento das excitações em excesso, Marty entendeu que a ‘escolha’ da via obedece à hierarquização das funções já organizadas, em um caminho regressivo. No adulto, portanto, o funcionamento mental seria atingido primeiro, com conseqüências para a capacidade de elaboração psíquica, seguido pela atividade motora trazendo interferência para o comportamento e, por último, o soma com a produção do adoecimento. No bebê, pela imaturidade evolutiva, o primeiro a ser atingido seria o soma.

No interesse de ampliar o conhecimento a respeito das falhas mentais no adulto que, não permitindo a elaboração das excitações, podem provocar a somatização, Marty focalizou sua atenção na dinâmica do aparelho psíquico, e criou o conceito de *mentalização* para identificar a quantidade e a qualidade de representações do paciente, elegendo o pré-consciente, instância da primeira tópica freudiana, como alvo de maior importância.

Para a teoria martyana, o pré-consciente assumiu o lugar de *peça central da economia psicossomática*⁵⁶ (Marty, 1990, p.24), com papel fundamental para

⁵⁶ No original, em vez de *peça central* é utilizada a expressão “*plaque tournante*”, que não tem tradução para o português, e se refere a uma peça que, nas ferrovias, serve para mudar os trilhos por onde trafega o trem, alternando sua direção.

clínica, enquanto funcionando como um reservatório de representações de diferentes épocas da vida do indivíduo.

Com a função de regulação da economia psicossomática, a *mentalização* foi entendida, por Marty, como a expressão da capacidade para o uso de operações simbólicas, que se encontram ausentes ou empobrecidas no paciente somatizante. A atividade fantasmática e o sonho, funções do aparelho psíquico, são essenciais ao equilíbrio psicossomático, logo, quando persiste uma deficiência na estruturação ou no funcionamento do aparelho psíquico, recursos mais primitivos são utilizados como a motricidade, por meio do comportamento, ou reações orgânicas.

As representações psíquicas podem ser distintas, segundo Freud (1915), em 'representação de coisa' e representação de palavra', e essa distinção se reveste de um alcance metapsicológico na medida em que, por um lado, a ligação entre a representação de coisa e a representação de palavra correspondente caracteriza o sistema pré-consciente/consciente, enquanto, por outro lado, o sistema inconsciente apenas compreende representações de coisa.

As representações de coisas evocam as realidades vividas de natureza sensorio-motora, delas se originando associações sensoriais e perceptivas, e podem estar ligadas a afetos, porém não permitem, sozinhas, as associações de idéias já que são pouco mobilizáveis pelo aparelho psíquico. As representações de palavras, embora originalmente também derivadas da ordem sensorial, são produzidas a partir da percepção da linguagem do outro, e constituem a base para a associação de idéias.

Para o nosso estudo, essa compreensão é relevante, e nos permite sublinhar que o bebê, desde o início, experimenta trocas com sua mãe e com o meio ambiente e, a partir dessas trocas, vai desenvolvendo a capacidade de criar representações, de coisas e de palavras, de armazená-las e recombina-las. As representações consistem, portanto, em uma evocação de percepções que foram inscritas, deixando traços mnêmicos, e o pré-consciente constitui, do ponto de vista tópico, o lugar das representações e das associações possíveis entre elas.

Da mesma forma, sublinhamos o destaque que Marty atribuiu ao pré-consciente. Enfatizando que a homeostase psicossomática repousa sobre o funcionamento do pré-consciente, instância que vai permitir com que as excitações sejam tratadas no nível mental, sua constituição, como assinalado por

Marty (1976) depende das representações que o bebê vai acumulando na relação com o meio, especialmente a partir do investimento libidinal materno, se organizando através da linguagem e sobre as bases perceptivas estabelecidas pelas experiências sensório-motoras.

As lacunas que podem ameaçar a homeostase psicossomática, de acordo com essa linha de raciocínio, derivam das insuficiências quantitativas e qualitativas das representações psíquicas, e das insuficiências de conotações afetivas dessas representações. Em uma perspectiva ontogenética, Marty (1996) entendeu que o desenvolvimento da capacidade de mentalização pode sofrer interferência de algumas circunstâncias, tais como:

a) de uma insuficiência congênita ou acidental das funções sensório-motoras da criança, na medida em que essas funções constituem as bases perceptivas das representações;

b) de deficiências funcionais sensório-motoras da mãe, que acarretem prejuízos na sua comunicação com a criança;

c) do excesso, carência ou desarmonia das respostas afetivas maternas. Nessas circunstâncias Marty localizou os problemas ocasionados tanto por mães doentes do ponto de vista somático, como também pelas mães deprimidas, excitadas ou indiferentes.

Em qualquer um dos casos acima mencionados, nos diferentes níveis da organização progressiva (sensorial, motor, afetivo e verbal) do bebê, e da criança pequena, instituem-se faltas, ou insuficiências, na aquisição de representação de palavras ligadas a valores afetivos e simbólicos. Para Marty, essas alterações são de difícil recuperação, tanto de forma espontânea quanto por meio de psicoterapia.

Assim:

Poder-se-ia afirmar, por fim, que quanto mais o pré-consciente se mostra rico em representações, permanentes e ligadas entre si, mais uma patologia eventual terá a chance de se situar no registro mental. Em contrapartida, quanto mais pobre se mostra o pré-consciente do sujeito em quantidades, continuidades e ligações de representações, maior será o risco da patologia se situar na vertente somática (Marty, 1990, p.28).

Seguindo essa abordagem, portanto, compreendemos que quanto mais precocemente ocorrerem falhas maternas na função de pára-excitação, menos riqueza de conteúdo em afetos terá o pré-consciente para organizar defesas psíquicas frente às situações traumáticas, e maior a probabilidade do excesso atingir as funções somáticas, traduzindo-se no adoecimento da criança na primeira infância. As conseqüências dessas falhas no surgimento de transtornos psicossomáticos no bebê foram ampliadas pelos psicossomáticos, particularmente Kreisler (1991), que deram prosseguimento às concepções de Marty.

1.4. Michel Fain

Membro da Escola Psicanalítica de Paris, Fain se interessou pelo tratamento de pacientes somatizantes, e participou, junto com Pierre Marty, na elaboração dos primeiros trabalhos no campo da psicossomática psicanalítica. Essa colaboração, no entanto, logo sofreu a interferência de divergências teóricas, e Fain deu prosseguimento aos seus estudos, marcados por uma forma de pensar inventiva e crítica, de modo autônomo, e onde podemos identificar sua fidelidade à teoria freudiana tradicional.

Discordando das inovações propostas por Marty a partir de seu modelo evolucionista, por considerá-las biologizantes, Fain (1971) priorizou a ação do investimento materno, que considerou estruturante da economia psicossomática do sujeito. Em uma Jornada promovida pelo IPSO, em 1995, Fain voltou a expressar sua crítica, como já o fizera em 1969 quando da apresentação do trabalho de Sami-Ali, aos autores que propõem uma origem pré-natal para os distúrbios psicossomáticos de manifestação precoce, rejeitando a idéia de “dotar imprudentemente o feto, e mesmo o recém-nascido, das aptidões para perceber os estados de alma materna”⁵⁷ (Fain, 1996, p.35). Frente à hipótese, levantada por Marty, de que as perturbações familiares possam ter uma ação sobre o psiquismo do feto, o qual apresentaria, como conseqüência, um sintoma importante desde o nascimento, Fain afirmou:

⁵⁷ No original : (...) prêter imprudemment au fœtus, voire au nourrisson tout juste né, des aptitudes à percevoir les états d’ame maternels.

Eu penso que o feto, que está em um lugar de trabalho considerável, longe do mito de um lugar pacífico, tem mais o que fazer que deixar que se imponham as marcas vindas do psiquismo maternal (Fain, 1996, p.40).⁵⁸

Assim, enquanto Marty (1976) formulou suas hipóteses sobre a gênese dos desequilíbrios psicossomáticos, atribuindo um papel importante à organização de tendências hereditárias frente aos acontecimentos da infância inicial, Fain (1971) atribuiu um papel preponderante à qualidade das trocas libidinais entre a mãe e a criança, e às primeiras identificações, e entendeu o distúrbio psicossomático do bebê como conseqüente a perturbações da organização libidinal da mãe, negando importância às condições anteriores ao nascimento.

Em seu artigo *Prélude a la vie fantasmatique* (1971), Fain discutiu o valor funcional dos sonhos e da fantasia do bebê na relação com o investimento libidinal materno, abordando diferenças importantes entre a concepção de autores psicanalíticos sobre a participação materna na constituição psíquica da criança. Com esse estudo, Fain procurou esclarecer seu ponto de vista sobre relações precoces do bebê com sua mãe, e situou a origem do possível conflito nas contradições entre a função materna e a estrutura edipiana da mãe.

Para Fain (1971), a mãe que só tolera, da parte do bebê, satisfações realizadas em seu contato, produz um superinvestimento contínuo vinculado ao fantasma de volta ao útero, e evidencia sentimentos opostos ao desejo de progressão da criança. A criança apreciada como um bebê “que não deve crescer”, não pode ser admitida na separação, e é mantida fora da situação triangular, o que ocasiona uma supressão do sistema psíquico criado pelo desprazer da ausência do objeto. Dessa maneira a presença materna entrava, por sua permanência física excessiva, os mecanismos de individualização e o acesso à autonomia decorrente da experiência de ausência, já que a manutenção, demasiada intensa e prolongada, de satisfações narcisistas tem lugar à custa de atividades auto-eróticas, ou seja, a mãe impede o bebê de desenvolver um auto-erotismo primário.

Ao assinalar que enquanto para Freud o ego se diferencia no contato com a realidade, para Melanie Klein não só ele existe desde o início como, em certa

⁵⁸ No original : Je pense que le fœtus, qui est le lieu d’un travail considérable, l’oni du mythe d’un lieu paisible d’autres chats à fouetter que de se laisser imposer des marques venant du psychisme maternel.

medida, a capacidade de amar e a de se constituir são um dado pronto tanto para a mãe quanto para o bebê, Fain (1971) apontou para a existência de um conflito conceitual, entre a estrutura edipiana por um lado e o instinto maternal por outro. Nesse sentido, considerou um aspecto característico da obra de Melanie Klein, como igualmente a de Winnicott, a ênfase no *desaparecimento da mulher*⁵⁹ (1971, p.320), ou seja, que esses autores não levaram em consideração o fato de que uma parte da libido da mãe permanece francamente erótica.

Em seu texto, Fain (1971) assinalou que quando a mãe está presente, ela investe o id de seu bebê que obtém desse fato o seu ego, mas se essa mãe se torna mulher, o id de seu bebê se torna algo a ser calado, neutralizado, e assim a ‘mãe e a mulher permanecerão sempre inimigas irreconciliáveis’ (1971, p.320).⁶⁰

Ao focalizar o sistema sonho-sono do bebê, Fain assinalou que:

O sono do bebê permite à mãe voltar a ser mulher, e propiciar, assim, ao desejo sexual do pai a ocasião de se satisfazer. Portanto, existe habitualmente, no traço mnésico de todos, um vestígio da estrutura edipiana (Fain, 1974, p.306).

Em seus trabalhos, Fain enfatizou o não acabamento da estrutura edipiana da criança, futuro somatizante, em decorrência das condições traumáticas vividas na relação precoce com a mãe, quando a via de realização alucinatória do desejo é barrada, de forma mais ou menos durável, e o eu se organiza prematuramente de um modo autônomo. O encontro de Fain com Denise Braunschweig inaugurou uma longa e fecunda contribuição a esse estudo, para o qual escreveram *Eros e Anteros*, em 1971, e *La nuit, le jour*, em 1975, onde focalizaram o investimento narcísico do corpo e suas relações econômicas com o nascimento da vida pulsional.

A abordagem de Fain para os distúrbios psicossomáticos, de início precoce, influenciou o pensamento de outros autores interessados pelo tema, como podemos encontrar nos textos de Szwec (1993).

⁵⁹ No original: disparition de la femme.

⁶⁰ No original: La mère et la femme resteront toujours des ennemies irréconciliables.