

JOICY ANNE SILVA

**Contribuições de Joyce McDougall sobre as manifestações
psicossomáticas:
uma teoria para a clínica psicanalítica da atualidade**

ASSIS

2021

JOICY ANNE SILVA

**Contribuições de Joyce McDougall sobre as manifestações
psicossomáticas:
uma teoria para a clínica psicanalítica da atualidade**

Tese apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de doutora em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Gustavo Henrique Dionisio

ASSIS

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ana Cláudia Inocente Garcia - CRB 8/6887

S586c	Silva, Joicy Anne Contribuições de Joyce McDougall sobre as manifestações psicossomáticas: uma teoria para a clínica psicanalítica da atualidade / Joicy Anne Silva. Assis, 2021. 156 p. Tese de Doutorado - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis Orientador: Dr. Gustavo Henrique Dionísio 1. Neuropatologia psicossomática. 2. Corpo e mente. 3. Transtornos psicofisiológicos. 4. Clínica psicanalítica e contemporaneidade. 5. McDougall, Joyce. I. Título. CDD 616.8917
-------	--

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA TESE: Contribuições de Joyce McDougall sobre as manifestações psicossomáticas: uma teoria para a clínica psicanalítica da atualidade

AUTORA: JOICY ANNE SILVA

ORIENTADOR: GUSTAVO HENRIQUE DIONISIO

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Doutora em PSICOLOGIA, área: Psicologia e Sociedade pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. GUSTAVO HENRIQUE DIONISIO (Participação Virtual)
Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

Profa. Dra. MAÍRA BONAFÉ SEI (Participação Virtual)
Departamento de Fundamentos de Psicologia e Psicanálise / UEL/Londrina

Prof. Dr. PAULO JOSÉ DA COSTA (Participação Virtual)
UEM/Maringá

Prof. Dr. MARCOS LEANDRO KLIPAN (Participação Virtual)
UEM/Maringá

Prof. Dr. FÁBIO ROBERTO RODRIGUES BELO (Participação Virtual)
UFMG/Belo Horizonte

Assis, 21 de maio de 2021

AGRADECIMENTOS

É com imenso prazer que inicio os meus agradecimentos direcionando-me a todos aqueles que me deram a oportunidade de escutar e que me relataram suas histórias de vida, os meus pacientes! Sejam os usuários de serviços públicos, sejam os do consultório particular, dediquei-me a eles durante meus 14 anos de trajetória profissional. E, claro, ainda continuarei a me dedicar. Sem meus pacientes, eu não teria o prazer que me move todos os dias para estudar, para trabalhar e para conhecer mais sobre as várias vidas, sem prescrições e surpreendentes, que cada um é capaz de ter! Sinto-me realizada na profissão que escolhi; com ela, aprendi como o respeito, a sensatez, a delicadeza e a paciência são elementos essenciais para a constituição de um vínculo terapêutico. Serei eternamente grata aos meus pacientes, que me permitem reconhecer a teoria na prática, que rompem os paradigmas teóricos, surpreendendo-me com saídas criativas para os impasses que a vida lhes impõe.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Gustavo Henrique Dionisio, que, desde o mestrado, acolheu-me na trajetória acadêmica, ensinando-me, orientando-me e sempre respeitando o meu jeito e as minhas afinidades teóricas.

Aos professores que compuseram a banca, sou imensamente grata pelos caminhos que, ao serem apontados, possibilitaram o direcionamento de meu trabalho.

Agradeço aos meus familiares: pais, irmã, tios (tio Bano *in memoriam*), primos, sobrinhos e esposo, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim. Saibam que eu vos amo e que é de vocês que vem parte da força e da alegria que me sustenta.

Aos meus amigos... Ah, esses eu tenho! Tenho muita sorte de me deparar e de prosseguir na vida ao lado de pessoas tão solícitas, divertidas, amorosas e confidentes. Cito aqui a Dani, a Silvia, a Angel e a Karen, pois acompanharam, muito de perto, acontecimentos significativos de minha vida nos últimos anos. Agradeço ao Rô, meu amigo, pessoa que nunca me deixou esquecer dos prazos, de meus afazeres, sempre me lembrando e me dando um “toque” para que eu não me prejudicasse em meio ao meu dia a dia atarefado. Obrigada pelo cuidado!

Enfim... agradeço à vida, aos aprendizados e às constantes transformações que me trazem felicidade e desejo de viver, cada dia mais. Mesmo em tempos tão sombrios, que assolam o medo e a falta de esperança, devido a essa pandemia e ao nosso cenário político, eu vivo rodeada do amor e do humor de pessoas que me fortalecem.

Somos quem podemos ser

*Um dia me disseram
que as nuvens não eram de algodão
Um dia me disseram
Que os ventos às vezes erram a
direção*

*E tudo ficou tão claro
Um intervalo na escuridão
Uma estrela de brilho raro
Um disparo para um coração*

*A vida imita o vídeo
Garotos inventam um novo inglês
Vivendo num país sedento
Um momento de embriaguez
Somos quem podemos ser
Sonhos que podemos ter*

*Um dia me disseram
Quem eram os donos da situação
Sem querer eles me deram
As chaves que abrem esta prisão*

*E tudo ficou tão claro
O que era raro ficou comum
Como um dia depois do outro
Como um dia, um dia comum*

*A vida imita o vídeo
Garotos inventam um novo inglês
Vivendo num país sedento
Um momento de embriaguez*

*Somos quem podemos ser
Sonhos que podemos ter*

*Um dia me disseram
Que as nuvens não eram de algodão
Sem querer eles me deram
As chaves que abrem essa prisão*

*Quem ocupa o trono tem culpa
Quem oculta o crime também
Quem duvida da vida tem culpa
Quem evita a dúvida também tem*

*Somos quem podemos ser
Sonhos que podemos ter*

(Engenheiros do Hawaii)

SILVA, Joicy Anne. **Contribuições de Joyce McDougall sobre as manifestações psicossomáticas**: uma teoria para a clínica psicanalítica da atualidade. 2021. 156 f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2021.

RESUMO

O presente trabalho buscou discorrer sobre o conceito de psicossomática na obra da psicanalista Joyce McDougall, com o objetivo de conhecer o pensamento clínico da autora e de destacá-lo como uma abordagem que auxilia a clínica psicanalítica na atualidade. A psicanálise vem transformando-se com o passar do tempo, acompanhando os processos de subjetivação de cada época, o que exige constante revisão e ampliação de seus conceitos. A clínica da atualidade pode ser compreendida com base nos processos de subjetivação que se estruturam em torno da fragilidade e/ou da falência simbólica típica da pós-modernidade, o que resulta em estruturas de personalidades não neuróticas, assim denominadas para marcar a diferença existente nas organizações neuróticas que são caracterizadas pela existência do símbolo como regente da economia libidinal. O conceito de psicossomática elaborado por McDougall orienta para a compreensão sobre os modos de subjetivação na contemporaneidade e oferece uma teoria da personalidade que se estrutura por meio de defesas maciças contra as angústias de cunho narcísico e psicótico. O termo psicossomático não se reduz ao adoecimento físico, mas abrange tudo o que se refere ao corpo e às comunicações do “eu somático”, o que inclui as tendências aos acidentes corporais, os estados de depressão e de angústia que são traduzidos por sinais físicos de fadiga e de apatia, evidenciando a narrativa desafetada e a exteriorização no corpo. Acrescentam-se os fenômenos que passam despercebidos no diálogo analítico por não se apresentarem como as defesas neuróticas e psicóticas, o que dificulta o trabalho interpretativo devido à aparente ausência de conflitos e de signos que possam ser apreendidos pelas palavras. Entende-se que a obra de McDougall oferece constructos importantes para a atuação do analista em situações de processos de subjetivação cuja marca é a depleção simbólica, sendo, por isso, uma teoria que merece ser divulgada e estudada nos círculos analíticos por se demonstrar tão atual.

Palavras-chave: Psicossomática. Joyce McDougall. Corpo. Clínica psicanalítica. Atualidade.

SILVA, Joicy Anne. **Joyce McDougall contributions on psychosomatic manifestations: a theory for today psychoanalytic clinical practice.** 2021. 156 p. Thesis (Doctorate in Psychology). São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Humanities and Languages, Assis, 2021.

ABSTRACT

This work aimed a discussion on the concept of psychosomatics in the work of the psychoanalyst Joyce McDougall, in order to acknowledge the author's clinical thinking and to highlight it as an approach that helps the psychoanalytic clinical practice. Psychoanalysis has changed over time, following the specific era subjectivation processes, requiring constant review and expansion of its concepts. The clinical practice can be understood according to the subjectivation processes that, according to Minerbo (2009), are structured around the frailty and/or the death of the symbolism that are typical of postmodernity, resulting in the structuring of non-neurotical personalities, which's name is a counterpoint to the structuring of neurotic personalities that use symbolism as the ruler of the libidinal economy. The psychosomatics concept made by McDougall guides the understanding of the subjectivation methods in contemporaneity and offers a theory about personality that is structured on massive defenses against narcissistic and neurotic anguishes. The word psychosomatic is not limited to physical illness, according to the author, it also contains everything that relates to the body and the communications of the "somatic self". (MCDUGALL, 1986, p. 84), including the predisposition to being physically hurt, the states of depression and anguish, that come out as physical signs of fatigue and apathy, demonstrating the disaffected narrative state in the body. To these, can be added the phenomena that go unnoticed in the analytical dialogue for they do not show themselves as neurotic and psychotic defenses, making the interpretative work harder due to the apparent absence of conflicts and signs that can be translated in words. It is understood that McDougall's work offers important tools for the analyst's work in situations in which the subjectivation process are marked lack of symbolism, therefore being a theory that deserves to be disseminated and thoroughly studied in the academic community for its contemporaneity.

Keywords: Psychosomatic. Joyce McDougall. Body. Psychoanalytical Clinic. Contemporaneity.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 História da psicossomática psicanalítica.....	24
1.1 Neurose de angústica: princípio de uma abordagem dos fenômenos psicossomáticos.....	35
1.2 Psicossomática: apropriações no campo da medicina.....	43
1.3 A psicossomática psicanalítica: pressupostos teóricos.....	49
1.4 Indagações da psicossomática psicanalítica.....	59
2 O psicossoma em psicanálise: trajetória teórica de Joyce McDougall para a construção de um conceito psicanalítico.....	69
2.1 Vida e obra em conexão: prelúdios de uma teoria sobre o psicossoma.....	91
3. O trabalho do analista no campo do psicossoma: reflexões psicanalíticas de Joyce McDougall.....	112
3.1 Os afetos na clínica psicossoma: transferência e contratransferência.....	119
3.2 Análise do caso Peter: sobrevivendo à transferência e à contratransferência no campo analítico com pacientes com a problemática psicossomática.....	128
3.3 Tim e Georgete: a encenação da economia psicossomática no setting psicanalítico..	138
CONCLUSÃO.....	149
REFERÊNCIAS.....	154

INTRODUÇÃO

Criada em 1900, a psicanálise passou a pensar o sofrimento e as manifestações do homem na sociedade como resultado do conflito entre as suas necessidades e a cultura. A solução para tal 'confronto' propiciou uma gama de criações humanas, cuja amplitude não pode ser medida. A criatividade do homem e as soluções para enfrentamentos lançadas por ele, muitas vezes, contribuem para o desenvolvimento do que há em nossa cultura (ciência, arte, trabalho etc.), mas, por outro lado, podem tomar um rumo desarmônico para o sujeito e para a sociedade, expresso por meio das mais variadas formas de sofrimento individual e de sofrimento social. Isso foi explicitado por Freud em seu escrito de 1930 que versou, por meio de uma compreensão psicanalítica, sobre a angústia humana, sobre as suas fontes e sobre as soluções para seus conflitos – algumas criativas e de satisfação; outras, no entanto, com potencial destrutivo, como a agressividade (desconectada da pulsão de vida) e as desordens psíquicas. Foi nas características daquela sociedade conectada ao seu tempo que Freud se debruçou para fazer suas descobertas sobre as neuroses, fundamentando uma clínica específica para os processos de simbolização do traumático.

Hoje, porém, vivenciamos e sentimos os efeitos das transformações da sociedade de outro modo, logo as manifestações de nossa criatividade e de nosso sofrimento não se igualam às da época de Freud; por isso, são necessários constantes debates para a ampliação da compreensão do homem e da sua relação com a cultura, uma vez que estamos inseridos em outras circunstâncias temporais. A clínica psicanalítica vem acompanhando esse movimento, atentando-se, em sua abordagem, às diversas formas de subjetividade e de sofrimento psíquico na atualidade. Se o sintoma, na psicanálise, é pensado em sua relação com a cultura, as mudanças nela processadas ocasionarão novos sintomas na contemporaneidade, ou seja, novos tempos desencadeiam novos sintomas. Posto isso, vale esclarecer que tomamos os sintomas – ou os processos de subjetivação – como as transformações culturais que recaem sobre o aparelho psíquico e sobre o seu funcionamento, modificando-os, sem deixar de lado o fato de que essas mudanças acarretam novos fenômenos sociais.

Essa circunstância exige a revisão e a ampliação dos conceitos psicanalíticos, bem como mudanças na técnica para o manejo clínico da relação entre analista e

paciente ou para aqueles que têm a psicanálise como dispositivo/operador clínico. A clínica das neuroses, muito bem fundamentada por Freud, traz a questão do recalco, da não satisfação do desejo e da repressão. Por outro lado, atualmente, deparamo-nos com estados que se deslocam entre os polos da apatia e da hiperatividade. Tais condições subjetivas ultrapassam o recurso defensivo da repressão para entrar em cena os recursos de cisões e de dissociações entre o corpo e alma, a razão e a sensibilidade, o controle voluntário e os impulsos (FIGUEIREDO, 2018). O autor ainda argumenta que as cisões e as dissociações se tornaram normas e disputam, em pé de igualdade, com os modos de sofrimento experimentados nas inibições, nas angústias e nos sintomas. Isso atrelado a uma conjuntura social que revela um regime traumático na nossa busca pela consolidação do projeto de homem moderno. Nas palavras do autor, isso pode ser melhor explicitado:

[...] há um trauma acumulado e crônico sendo produzido e alimentado pela passionalidade recalcitrante e insistente dos sujeitos, o que escapa aos seus controles racionais e voluntários e ameaça continuamente suas representações de si, suas identidades individuais e coletivas. O conflito inevitável que daí surge – o que nos nossos termos psicanalíticos pode ser equacionado como um conflito entre, de um lado, o mundo dos afetos e dos impulsos (o Isso), de outro, o mundo das conveniências, interdições e prescrições (o Supereu), e finalmente, o campo que requer prudência e eficácia resolutiva (a realidade, suas exigências e seus limites) leva aos extremos a capacidade de mediação e síntese que seriam as tarefas reconciliadora e executiva do Eu (FIGUEIREDO, 2018, p. 93).

Se antes os mecanismos de cisões e de dissociações agiam como resposta ao trauma, hoje eles atuam como uma condição para o processo de subjetivação na atualidade, conforme Figueiredo (2018), consumando o efeito destruidor do trauma e a sua repetição incessante. Em um mundo marcado pela falta de tempo para fazer contato consigo e com os outros, revela-se a nossa dificuldade de prestar atenção, de estabelecer relações, de sentir, de pensar e de enraizar-nos, pois nos perdemos na busca desenfreada pelo Eu Ideal, desgastando-nos em nosso anseio de perseguí-lo e de realizá-lo.

Deparamo-nos, então, com uma nova demanda na psicanálise, a qual tem exigido de nós, profissionais, algo além da regra fundamental da psicanálise da livre associação. Figueiredo (2018) sugere que, em nosso campo teórico-clínico, as visões macrossociais e culturais nos ajudam a compreender o sujeito até um certo

limite, porém é por meio da escuta do singular – de indivíduos, de famílias ou de grupos – que podemos compreender os modos de adoecer, as suas dinâmicas próprias e o tratamento. A expressão verbal dos conflitos, muitas vezes, perde seu tônus para a ação, para a encenação no corpo, para a ausência ou para a intensidade dos sentimentos, sinalizando a desmedida revelada no não pensar, a fragilidade egóica, a não simbolização, o vazio, o cansaço e outras inúmeras tentativas subjetivas de existir.

Nesse sentido, encontramos autores como Zimmerman (1999), Minerbo (2009) e Figueiredo (2018) que sustentam a tese de que, hoje, encontramos-nos em um campo de patologias regredidas, pré-narcísicas e narcísicas, as quais evidenciam a pobreza simbólica, recaindo sobre um déficit do pensar, do fantasiar, do gesto espontâneo e da criatividade. Esses processos de subjetivação da atualidade são marcados pelo excesso pulsional que toma conta do psiquismo, sinalizando o mal-estar por meio da angústia, do uso compulsivo de objetos externos para acalmar, sendo estes comum às adicções, da apatia e das somatizações. Podemos dizer que, nas psicopatologias clássicas descritas por Freud, como as neuroses histéricas e obsessivas, diante do excesso pulsional e da impossibilidade da satisfação imposta pela realidade, o psiquismo, por meio de uma formação de compromisso, recorria ao sintoma para a minimização do excesso. Esse sintoma era passível de ser representado pela nomeação, pela interpretação. Na sociedade contemporânea, o psiquismo inunda-se, transborda esse excesso, indicando a sua perda da capacidade simbólica e da sobrecarga que nos assola.

Figueiredo (2018) aborda, a princípio, as patologias narcísicas com base na teoria kleiniana, que enfatiza as posições esquizoparanoide e depressiva para a compreensão dos processos de separação e de diferenciação, estando no ambiente a função de atenuar os impactos que incidem sobre o caótico psiquismo primitivo. O fracasso em tais processos dificulta a saída do sujeito do narcisismo e o estabelecimento de relações objetais totais, bem constituídas, o que consolida um palco para uma realidade psicológica habitada pela morte, tornando a posição depressiva intransponível. Segundo Figueiredo (2018, p. 91),

No estado relativamente caótico de desorganização no início da vida, ainda quando o recém-nascido esteja muito bem protegido, sustentado e estabilizado pela ação eficaz dos adultos que o cercam, torna-se inevitável ao bebê o recurso a mecanismos de defesa que caracterizam a esquizoidia: as cisões e seus coadjuvantes, em

especial, as identificações projetivas que o mantêm parcialmente misturado com seus objetos. A chamada posição esquizoparanoide, assim nomeada por Klein no texto de 1946, corresponde a uma primeira tentativa de organização psíquica em que o princípio de prazer-desprazer funciona em uma discriminação básica entre o bom e o mau, ambos os polos em condição extrema e muito idealizados. O mundo se organiza e o psiquismo começa a se organizar, mas o risco de aniquilamento é permanente, as angústias de morte são intensas, pois os objetos maus estão muito próximos dos bons e são muito potentes. (FIGUEIREDO, 2018, p. 91).

Nesse contexto, as defesas maníacas se estabelecem como via de negação onipotente desse deserto psíquico. De acordo com Figueiredo (2018), o indivíduo, retido nessa condição narcisista, nega a morte, a separação entre o sujeito e o objeto, a fragilidade e a sua dependência em relação ao mundo. Diante de tal configuração, o corpo físico entra em cena como expressão de uma linguagem intraduzível ao psiquismo das angústias de aniquilamento e as depressivas. O corpo padece, pois ele se tornou a expressão do mal-estar, sem sentido, diferente do corpo das neuroses clássicas, investido de significado simbólico, que tinha uma representação.

O corpo das patologias da atualidade está no terreno do irrepresentável, do incontido, do sem limites, o que implica em condições mais regredidas do psiquismo. Um corpo sem representação coloca o sujeito diante de vivências de angústias desintegradoras, de aniquilamento, uma vez que a pele psíquica não constituiu um invólucro que lhe garante a sustentação, a unidade capaz de suportar a separação, a individuação. Os novos sintomas revelam as falhas na constituição do corpo superfície, da borda que limita o interno e o externo. O corpo, lócus do mal-estar na contemporaneidade, sofre os efeitos do conteúdo não simbolizado devido ao enfraquecimento dos mecanismos para a elaboração psíquica; são patologias de difícil gerenciamento da pulsionalidade para o indivíduo, sempre à mercê dos seus excessos ou do seu embotamento, e que, muitas vezes, custam-lhe a vida. O comprometimento na constituição do eu e o retorno ao narcisismo são traços comuns às patologias do contemporâneo. De acordo com Arbex (2010), as novas patologias evidenciam o comprometimento do investimento narcísico do outro, recaindo sobre a precariedade de suporte para a constituição dos limites corporais, portanto algo que se origina nos primórdios da relação mãe-bebê.

Lisondo (2004) utiliza o conceito nosográfico de vazio mental para se referir às patologias incidentes na clínica da atualidade, como as neosexualidades, os

enclaves autísticos, a drogadição, a bulimia, a anorexia e as patologias narcísicas e do psicossoma, todas, segundo a autora, caracterizadas por uma grave alteração estrutural da mente, incapaz de funcionar como um continente para conter os conteúdos. Para abordar tal fenômeno, Lisondo (2004) faz relação com as características da cultura atual, também considerada a era do vazio, desenhada pela apatia; pela legitimação de todos os modos de vida; pelo individualismo hedonista, personalizado e narcísico; pela inversão dos ideais, ou seja, um período em que a verdade é soterrada. Tais aspectos se constituem como objetos de identificação para as subjetividades na atualidade, que encontrarão nos representantes culturais a base para a estruturação do eu e do superego.

Até aqui, vimos os autores tratando dos processos primitivos que interferem na constituição do psiquismo, com ênfase na relação mãe-bebê. Assim, entendemos que as funções materna e paterna fornecem o sentido que alivia o infans do excesso de estímulo que o invade, experienciado como desamparo. O antídoto para a transformação dessa angústica vem do acolhimento oriundo dos cuidados físicos e das satisfações das necessidades do bebê. Tais funções transformarão

a consciência rudimentar do *infans* numa consciência ampliada. O pensamento humano surge no bebê como consequência do trabalho mental da *função materna*. A significação é obra da função materna, que se revela ao interpretar a criatura humana marcada pelo célebre *hilflosigkeit*, o desamparo freudiano (FREUD, 1895 *apud* LISONDO, 2004, p. 2, grifos da autora).

Dessa função, da ruptura simbiótica exercida pelo “Nome do Pai”, estrutura-se o pré-consciente, sede da representação de palavra que inclui a representação de coisa, dando condições ao psiquismo de gerenciar a pulsionalidade.

As patologias do vazio carecem dessas representações, o que proporciona as ações como vias para a criação do sentido para o sofrimento. Estas não são apenas descargas; pelo contrário, revelam a ausência do pensamento, de inscrições psíquicas capazes de auxiliar na elaboração do sofrimento. A ação desenfreada, o padecimento do corpo, o uso abusivo de drogas revelam o vazio mental, que, segundo Lisondo (2004), com base em Winnicott (1982), corresponde a estágios primitivos de ‘não integração’, de vivências de terror, de desmoronamento e de vazio que são temidas no futuro.

Lisondo (2004), conforme trabalho de Bion publicado em 1962, afirma que o vazio mental pode ser pensado por meio da identificação projetiva (IP) que

corresponde à expulsão dos elementos BETA, quando o indivíduo tenta pensar, expelindo com a emoção e com o seu registro as funções mentais, por isso, a incapacidade de pensar e o progressivo empobrecimento mental. Como consequência desse quadro, Lisondo (2004) argumenta que o trabalho da clínica psicanalítica hoje se desdobra sobre a possibilidade da criação da mente ao invés da análise do seu conteúdo, o qual só é possível quando há a possibilidade para pensar. Posto isso, constata-se que é uma clínica muito divergente da clínica das neuroses concebida por Freud.

Lisondo (2004) afirma que, em tais patologias, a repetição compulsiva não busca a descarga, mas, sim, a carga. Assim, a técnica psicanalítica ganha um novo viés, não mais de reedição, mas de edição na relação transferencial. É um trabalho de inscrição, de dar figurabilidade ao que nunca foi constituído no psiquismo, de criação do espaço mental e de uma rede de representabilidade, de espessar o pré-consciente, do processo secundário. Partindo desse cenário, Lisondo (2004) assim descreve os desafios para o trabalho do analista:

Além da atenção interessada, da disponibilidade e da observação atenta, o analista não só interpreta, e constrói uma história através de hipóteses imaginativas, mas ele também *faz*: interrompe as repetições autísticas, cria a metáfora, nomeia a linguagem pré-verbal, oferece suas funções mentais, sonha para que o paciente acorde para a vida psíquica, figure o quase indizível (LISONDO, 2004, p. 11, grifo da autora).

Todas essas condições citadas são necessárias para o processo de integração do paciente. É justamente nesse ponto que Joyce McDougall (1983) nos respalda sobre a integração do eu do paciente e nos oferece uma importante amostra a respeito do trabalho centrado no traumatismo psíquico precoce, em uma época anterior à aquisição da linguagem, supondo a impossibilidade da inscrição no psiquismo, a não ser pela decodificação do Outro. Com base na relação primitiva mãe-bebê, a autora faz correlações com aspectos da transferência-contratransferência como meio de captar o indizível da linguagem utilizada como um ato, aquilo que é capaz de suscitar estados afetivos no analista, o qual não verifica no discurso do paciente elementos para a mobilização do afeto. Segundo McDougall (1983),

[...] a sua e a nossa revelia, ele está mostrando através da palavra, e não graças a ela ou o seu sentido latente, os destroços de uma

experiência catastrófica vivida precocemente em sua vida de relação, numa época em que ainda era incapaz de conter e elaborar psiquicamente o que sentia. Naturalmente, uma experiência deste tipo pode deixar traços simbólicos, mas amiúde não passam de sinais inscritos no soma, ou só permitem suspeitar de sua presença, a quem souber captá-los, pelas incoerências e brancos que provocam no registro do pensamento. Assim, na relação analítica, o drama até então indizível é revivido em negativo. (MCDOUGALL, 1983, p. 101).

Nesse sentido, a autora argumenta que a palavra pode funcionar como uma maneira de agir. Ela explica que o paciente pode sofrer de uma perturbação no raciocínio verbal por evacuar de sua psique qualquer afeto ou representação que possa reviver o episódio catastrófico original; o sujeito, portanto, não deixa espaço para que seus pensamentos inconscientes sejam captados. No lugar desse vazio, passam a existir comportamentos, formas de agir que mascaram o vazio da expulsão e que, segundo a autora, têm a função de descarga. Assim, a catástrofe interna que impossibilitou o pensar é demonstrada por meio dos atos do paciente, intraduzíveis em comunicações e em pensamentos. Ao agir de tal forma, o sujeito evita, sobretudo, o pensar.

Podemos entender que, no caso das afecções psicossomáticas, resta ao corpo o desafio de sobreviver à sobrecarga mortífera da ação dos terrores sem nome, impossíveis de serem pensados. As regressões aos estados narcísicos, de unidade do corpo mãe-bebê, são tentativas de o sujeito suportar a angústia ou o terror sem nome, uma vez que estamos no campo pré-edípico, em que inexistente a linguagem verbal. É nesse contexto que localizamos a obra de Joyce McDougall, em especial, o seu trajeto para conceber o conceito de psicossomática.

Sendo assim, esta pesquisa se propõe a revisar o conceito de psicossomática na obra da psicanalista neozelandesa Joyce McDougall, já que a concepção da psicossomática psicanalítica elaborada por ela nos remete a um modelo de trabalho analítico e de pensamento sobre a clínica na contemporaneidade. Devido a sua singular contribuição nos campos teórico e prático da clínica psicanalítica, resultante da experiência com seus pacientes, a escrita de McDougall surge nos momentos de impasse da situação analítica, os quais a levavam a perder o prazer em ser analista; nessa circunstância, a escrita era uma maneira de remover os obstáculos para que pudesse recobrar o prazer em seu ofício.

Tal artifício revela algo que é marcante em sua obra: a ação transformadora que, diante do caos e do vazio, figura-se como possibilidade do dizível, em especial

para os pacientes que apresentam problemas caracteriais que se expressam, segundo a autora, por meio de 'atos-sintomas', os quais ocupam o lugar da elaboração psíquica e funcionam como representantes dos conteúdos recalçados. São os típicos casos difíceis, que manifestam suas dimensões psicotizadas (utilização de mecanismos primitivos de defesa) por meio dos traços de caráter, de uma estruturação psicossomática ou toxicomaníaca, bem como nas inibições das aspirações criadoras. Sobre tais pacientes, a autora argumenta que a carapaça caracterial tem como finalidade proteger a própria vida e não somente a sexualidade e que seus sintomas são construções, mesmo que asfixiantes, contra a ameaça da indiferenciação e da perda de identidade (MCDUGALL, 1983).

Tendo em vista a importância da obra da autora para a clínica psicanalítica de nosso tempo, este trabalho se propõe a revisar o conceito de psicossomática delineado por Joyce McDougall, pois acreditamos que tal conceito nos forneça subsídios para pensarmos o que, até então, denominamos clínica na contemporaneidade, que diverge da clínica das neuroses, sendo, portanto, um importante operador para a clínica psicanalítica, para o embasamento de sua técnica e para a ampliação do pensamento sobre os modos de subjetivação na atualidade.

Para atendermos à finalidade proposta, dividimos o trabalho em três capítulos. No primeiro, **História da psicossomática psicanalítica**, apresentamos a história da psicossomática, mostrando as diferentes correntes do pensamento quanto à psicossomática psicanalítica, assim como discorreremos sobre os desdobramentos dessa corrente científica em diversos campos de estudos, em especial na área médica, elucidando o modo como se concebem as dualidades saúde e doença; médico e paciente. Nesse capítulo, também contextualizamos a psicossomática psicanalítica de McDougall, que abrange o terreno das patologias pré-edípicas, as quais são um desafio para a abordagem clínica na contemporaneidade.

Já no capítulo dois, **O psicossoma em Psicanálise: trajetória teórica de Joyce McDougall sobre a construção de um conceito psicanalítico**, nosso objetivo é delimitar como McDougall conceitua a psicossomática, abarcando o seu pensamento clínico a respeito de tal estruturação psíquica, enfatizando algumas questões, como o mecanismo de defesa de repúdio ao ego; o corpo e a constituição do eu; o corpo na psicossomática, em oposição ao corpo na neurose. Por fim, ainda discorreremos sobre a economia psíquica da desafetação.

Por fim, discutimos, no terceiro e último capítulo, **O trabalho do analista no campo do psicossoma: reflexões psicanalíticas de Joyce McDougall**, a comunicação primitiva e a sua abordagem por meio da transferência-contratransferência. Enfatizamos também o debate sobre a vivência das angústias psicóticas. Para tanto, tal capítulo se subdivide em outros dois tópicos. O primeiro, no qual abordamos os percalços do mecanismo de desafetação demonstrados por meio da análise do caso Peter. No segundo momento, através do caso Tim e Georgete ilustramos a economia psíquica e sua encenação no setting analítico, sendo nossa intenção demonstrar a fundamentação clínica psicanalítica de McDougall como um aporte teórico que nos fornece elementos para a abordagem da clínica psicanalítica na contemporaneidade.

Antes, porém, precisamos responder a uma questão fundamental: afinal, **quem é Joyce McDougall?**

Podemos dizer, a princípio, que estamos estudando uma autora cuja vida e cuja obra estão estreitamente ligadas. Esta, por sinal, compromete-se a mostrar o funcionamento psíquico de seus pacientes, expostos por inúmeros casos clínicos. Ela também demonstra os movimentos produzidos na analista em questão, tendo a coragem de nos confidenciar algo tão corriqueiro e difícil de se admitir em nosso trabalho de revelação da cena psíquica do paciente, bem como em nossa própria condição humana, partilhando conosco suas sensações e suas emoções, expondo sua verdadeira face: “terna, calorosa, nunca dogmática, mas sempre convencida, apesar das dúvidas, de poder criar uma nova cena psíquica” (MENAHEIN, 1999, p. 8).

Mas, ainda assim, qual é a história de Joyce McDougall? Em decorrência de sua falência, o avô de McDougall estabeleceu residência na Nova Zelândia; lá, conheceu a avó da psicanalista e com ela teve seis filhos. Harold, quarto filho e pai de McDougall, conheceu uma jovem inglesa, Lilian, durante a Primeira Guerra Mundial; com ela se casou, levando-a para residir na Nova Zelândia, onde nasceu McDougall. *Pater* e *Mater*, assim eram chamados os avós da autora por seus familiares. *Mater* exerceu grande influência na escolha de McDougall em estudar a psicologia das mulheres, justificada pelas difíceis relações entre nora e sogra e pelas relações psique-soma, de acordo com Menahein (1999).

Quando criança, McDougall passava as férias na fazenda de seus avós, período em que apareciam brotoejas em sua pele, as quais seus familiares

relacionavam ao leite de vaca que lá a criança bebia. Aos 5 anos de idade, durante a temporada de férias, McDougall foi advertida por sua mãe a fim de que não tomasse o leite devido a seus “dodóis na pele” (MENAHEIN, 1999, p. 10); como resposta, a criança lhe disse que a *Mater* que lhe causara os machucados. Esse episódio foi descrito por McDougall em seu livro *Teatros do corpo* (1989), revelando, desde cedo, sua perspicácia de relacionar os fatores emocionais às reações orgânicas, o que, mais tarde, tornar-se-ia uma teoria sobre psicossomática psicanalítica.

Descrita como fria e despótica, *Mater* sofria de uma angina de peito, doença cardíaca, e, por isso, temia morrer. Já *Pater* ensinou McDougall a encenar, a tocar órgão, a compor canções e a pintar. Quando McDougall tinha 8 anos de idade, sua mãe levou-a junto com sua irmã de 2 anos de idade para passarem 6 meses com a família materna. De acordo com Menahein (1999), nesse período, a garota descobriu uma atmosfera diferente e outros tipos de conflitos relacionais, gerando a sua reflexão sobre a diversidade dos comportamentos humanos. Menahein (1999) assim resume:

Toda a obra, toda a vida de Joyce McDougall está inscrita na história de sua infância: o desejo de compreender os conflitos, as soluções encontradas que são sempre criações e, principalmente, a metáfora teatral, tão importante para transmitir os jogos sutis da psique. (MENAHEIN, 1999, p. 11).

Aos 15 anos, McDougall se declarou ateia, vinculou-se, durante um tempo, ao teatro, espaço em que atuou em peças e conheceu o seu primeiro marido. Aos 17 anos, decidiu estudar Psicologia e não Medicina, como sua família gostaria, após ter lido *Psicopatologia da vida cotidiana*, de Freud. Fez parte do teatro da faculdade, participando como atriz e diretora. Além disso, conheceu todas as obras de psicanálise que estavam à sua disposição, o que afluorou o seu desejo de se tornar analista.

Em 1950, McDougall mudou-se com o marido e com os dois filhos para a Inglaterra, com o intuito de fazer a formação. Tendo em vista tal objetivo, ela escreveu para todos os analistas com cujas obras ela tivera contato, dentre eles Winnicott e Anna Freud. O primeiro a convidou para participar de seus seminários, sendo decisivo para a sua compreensão acerca da teoria e da prática que envolvem o trabalho de um analista. Aproximou-se de Anna Freud devido a seu interesse na formação em psicoterapia de crianças, momento em que aprendeu ser proibido fazer

menções a Melanie Klein. Ao recusar-se a fazer parte das capelas psicanalíticas, McDougall optou por participar do *Middle Group* (grupo dos “Independentes”), passando por uma rigorosa formação com duas supervisões semanais, uma como adepta à teoria de Anna Freud e outra, à teoria de Melanie Klein, além de quatro seminários semanais com os membros da *British Psychoanalytical Society*. Em 1953, devido ao desemprego do marido, a família se mudou para Paris. Por meio de uma carta de recomendação de Anna Freud, McDougall conheceu Marie Bonaparte e foi aceita no Instituto de Psicanálise, dando continuidade à sua formação e à prática da psicoterapia de crianças e de adolescentes (MENAHEIN, 1999).

Menahein (1999) cita que a formação francesa não era tão rígida como a inglesa. À medida que McDougall passou a ocupar diferentes funções no Instituto, após penosas discussões, conseguiu suavizar o sistema, no que se refere às escolhas e aos interesses pessoais dos candidatos. Indo mais além, a psicanalista passou a divulgar na França a análise anglo-saxã, convidando muitos analistas ingleses a conferirem seminários naquele país, como Winnicott, Hanna Seagal, John Klauber etc. No longo caminho de escolhas motivadas pela formação, entre seminários e supervisões, conheceu Lacan, Nach, Piera Aulagnier, Lebovici, Margareth Mahler e outros mais.

Constatamos, desse modo, que esses encontros marcaram a sua história e, nesse cenário, por meio de sua percepção, conseguia reconhecer as paixões narcísicas que nutriam uma espécie de doutrinação da qual McDougall sempre procurou afastar-se. De acordo com Ceccarelli (1997a), o pensamento de McDougall foi influenciado por Melanie Klein, por Bion, por Margareth Malher e, em especial, por sua amiga Piera Aulagnier. O autor nos conta que o fato de McDougall frequentar os seminários de Lacan lhe permitiu confrontar o que ali era aprendido com as ideias de Winnicott.

Do atendimento de uma criança psicótica surgiu o primeiro resumo de um tratamento analítico de psicose infantil, que resultou no livro *Dialogue with Sammy* (MCDUGALL, 1966), com colaboração de Serge Lebovici e com prefácio de Winnicott. Sua contribuição pode ser assim descrita:

Paralelamente a Melanie Klein, Joyce McDougall elaborou o universo da psicose, o reconhecimento do núcleo psicótico que estava no cerne de todo tratamento analítico. Sammy foi o primeiro elo de uma série de pacientes cuja evolução do bloqueio em direção à criação a autora nos mostrou. As relações entre psicose e criação encontraram

aí sua primeira expressão. Joyce McDougall mostrou que todos os sintomas neuróticos, psicóticos ou psicossomáticos são criações, tentativas de autocura (MENAHEIN, 1999, p. 20).

No campo pessoal, nutriu uma amizade ao longo de 30 anos com Piera Aulagnier, marcada por um profundo respeito quanto às diferenças teóricas existentes entre as duas, sem que uma fizesse a outra mudar de opinião, em especial, sobre a noção de “estrutura” psicótica defendida por Aulagnier *versus* a de “organização” considerada por McDougall. De acordo com Menahein (1999), esta tentou conciliar os diferentes pontos de vista, baseando-se em fatos clínicos e não por meio da utilização de metáforas diferentes.

Ademais, Menahein (1999), baseando-se em McDougall, pondera que a formação de um analista deveria propiciar o contato com diferentes referenciais metapsicológicos, bem como o seu estudo. Justamente por isso, em sua produção, valorizam-se os textos clássicos freudianos, os referenciais pós-freudianos, os autores norte-americanos e as contribuições sul-americanas.

Quanto à produção da autora, Ceccarelli (1997a) descreve que a originalidade do “método McDougall” está na “teorização flutuante” paralela à análise dos movimentos transferenciais e contratransferenciais. A metáfora do teatro se faz constante na obra da autora como um meio de abordar os conflitos psíquicos que entram em cena no processo analítico, o qual, por sinal, consiste um meio de construir novos cenários, mais adaptados a uma vida psíquica harmoniosa, evitando a repetição do cenário infantil permeado por angústias imaginárias e reais. Dessa compreensão surgiram conceitos originais, como atos-sintomas, neosexualidades, adição, sexo-adicto, antianalisando, normopatia e desafetação.

McDougall, em uma entrevista concedida ao colega Ceccarelli, em 1997, apresentou sua visão sobre a psicanálise atual:

A devoção incondicional a uma única escola de pensamento psicanalítico pode vir a ser um obstáculo que impede seus partidários de escutar os seus pacientes e de procurar mais além quando esses últimos não se encaixam em seu enquadre teórico. Ao lado dos mestres encontramos sempre discípulos que nunca efetuaram uma verdadeira introjeção ou identificação no sentido psicanalítico destes termos, isto é, a procura constante da verdade – a do analista e a de seus pacientes. Desse modo, os adeptos tornam-se os discípulos que não mais colocam em questão os seus modelos teóricos e não perseguem mais suas pesquisas pessoais. Uma outra característica inquietante dessas ‘seitas’ é o fato de que suas crenças teóricas – sejam elas hartmanianas, kleinianas, lacanianas, winnicottianas,

kohutianas ou bionianas – impedem os ‘convertidos’ de se interessarem pelo trabalho de outros colegas que pertençam a outras escolas do pensamento psicanalítico (CECCARELLI, 1997b, p. 107).

Sobre o conceito de psicossomática, o qual é o recorte desta pesquisa, nessa mesma entrevista, McDougall argumentou que não era seu propósito conceituar uma “estrutura psíquica singular”. Expôs que, em sua obra, fez questão de deixar claro o potencial somatizador de todo ser humano, bem como a nossa propensão a acidentes corporais com a acentuação dos conflitos internos e com as pressões externas. Sendo assim, quando as excitações transbordam, nosso psiquismo estaria revelando a fragilidade, o limiar de nossas defesas psíquicas, assim como a paralização de meios, comuns a cada sujeito, da descarga afetiva.

Em *Teatros do corpo* (MCDUGALL, 1989), a autora traz uma forma específica de economia psíquica que poderia favorecer as erupções psicossomáticas em situações de estresse. No entanto, não considera que tal constatação esteja presente em todos aqueles que demonstram uma tendência à descarga no agir, assim como que o fato de identificar o pensamento operatório¹ ou a alexitimia², conceitos aprofundados nos capítulos posteriores, seja critério para considerar um potencial somatizador.

McDougall, durante a sua entrevista, parece enfatizar a seguinte consideração:

Quando a angústia, a raiva, o terror ou a excitação inabitual passam a ser somatizados, ao invés de serem reconhecidos e elaborados psiquicamente, o indivíduo encontra-se subitamente submerso num modo primitivo de pensamento no qual os significantes são *pré-verbais*. Dito de outro modo, ocorre uma regressão para um modo infantil de funcionamento psíquico. A somatização pode ser então conceituada como uma forma de funcionamento pré-verbal ou protosimbólica constituindo assim uma ‘protolinguagem’ (CECCARELLI, 1997b, p. 108, grifo do autor).

Essa concepção revela a compreensão da autora acerca da formação psíquica da criança e a sua relação com as primeiras trocas existentes entre a mãe

¹ Conceito elaborado por Pierre Marty (1976) para explicar um tipo típico de funcionamento e de organização dos pacientes somatizantes, cujas características são o distanciamento das emoções e dos afetos e a presença de comportamentos automatizados. O indivíduo que tem essa estrutura de pensamento parece apenas viver como se estivesse cumprindo tarefas.

² Conceito elaborado pelos autores americanos da escola de Chicago, Sifneos (1973, 1974, 1975) e Nemiah e Sifneos (1970a, 1970b), com base nas obras dos autores da Escola Francesa de Psicossomática. Segundo eles, usa-se alexitimia para descrever dificuldades que o indivíduo encontra em descrever seus estados afetivos.

e o bebê de conotações pré-verbais; nesse período, entram em jogo o corpo da criança, com suas percepções sensoriais, e o contato com o corpo da mãe (sua voz, seu cheiro), os quais constituirão o arcabouço da comunicação não verbal, que será inscrita por meio do corpo, ressaltando que, a princípio, os cuidados maternos são sentidos pela via do soma. Machado (2012) compreende que a análise da autora sobre os fenômenos psicossomáticos revela a privação psíquica no funcionamento mental, recaindo sobre a problemática da constituição da identidade subjetiva. Além disso, os apontamentos de McDougall indicam que as expressões dos somatizadores revelam as fantasias arcaicas que constituem o seu universo pré-simbólico.

McDougall foi autora de diversos artigos e de cinco livros que delinearam uma forma de pensamento clínico psicanalítico comprometido, segundo Machado (2012), em não estigmatizar as manifestações sintomáticas, entendendo-as como alternativas para a sobrevivência psíquica. Foi assim que a autora conseguiu esboçar uma forma de pensar a clínica da contemporaneidade, utilizando neologismos, passando por temas complexos, como o comportamento adictivo, a sexualidade feminina, as neosexualidades, auxiliando-nos a refletir sobre os impasses que acometem a clínica, como a maneira de colocar em palavras as manifestações corporais.

Em 2001, em mais uma de suas entrevistas concedidas a Ceccareli, McDougall defendeu o diálogo da psicanálise com outras ciências, como a neuropsiquiatria, a neuropsicologia e as ciências sociais, para o incremento das pesquisas em psicossomática. Embora atenta às mudanças sociais refletidas em mudanças na clínica psicanalítica, revelou sua estima pela metapsicologia de Freud para a compreensão das paixões e do sofrimento da humanidade. Em 2011, faleceu em decorrência de uma pneumonia.

Posto isso, na sequência, apresentamos o primeiro capítulo deste trabalho: **História da psicossomática psicanalítica.**

1 História da psicossomática psicanalítica

A psicanálise surge como um campo do conhecimento dedicado à compreensão do funcionamento mental e das psicopatologias. Em seus primórdios, mostrou-se bastante atrelada aos referenciais da ciência positivista, embasada em explicações organicistas; no entanto, ao longo de seu desenvolvimento, tal ênfase foi sendo substituída por elaborações teóricas sobre os processos mentais inconscientes. Essa abordagem própria sobre o funcionamento do inconsciente abriu um novo vértice do conhecimento a respeito da relação entre o psíquico e o somático, sobretudo por meio de informações psicológicas cujo resultado viria a ser uma disciplina científica.

Ao descrever a psicodinâmica do afeto na histeria, entendendo-o como um contingente emocional impedido de acessar a consciência e, por isso, encontraria sua via de escoação por meio das inervações motoras, Freud inaugurava uma nova compreensão do sintoma físico, a princípio, restrito ao terreno das neuroses. Reconhecendo tal limitação, ele também vislumbrava novas perspectivas favoráveis ao tratamento psicanalítico de algumas doenças orgânicas, fazendo referência aos trabalhos dos psicanalistas Jelliffe, Groddeck e Deutsch, segundo os quais o fator psíquico estaria presente na gênese e na manutenção de tais doenças. Em seu artigo, Freud também alertou os médicos para as recompensas que a psicanálise poderia oferecer-lhes em relação à compreensão da vida mental e da inter-relação entre o mental e o físico.

Segundo Ferraz e Volich (2004), a obra de Freud apresenta uma reflexão sobre o psíquico e o somático, modelos etiológicos da histeria e da neurose atuais e primeira referência para se pensar a influência dos fatores psíquicos presentes na incidência dos eventos orgânicos. Tais autores listam uma série de trabalhos que vislumbravam essa tendência, possibilitando uma organização cronológica da literatura psicanalítica que antecedeu e anunciou o prelúdio da psicossomática psicanalítica.

Conforme Ferraz e Volich (2004), em 1913, Federn abordou um caso de asma sob esse viés e, em 1926, Ferenczi introduziu o termo 'neurose de órgão' para descrever e para diferenciar manifestações funcionais específicas (asma, enxaqueca, úlcera etc.) das neuroses clássicas. Nesse mesmo ano, Deutsch

reintroduziu o termo ‘psicossomática’ e defendeu o tratamento psicanalítico das patologias orgânicas:

Ele tentou elaborar uma *nosografia dinâmica* e uma *tipologia psicossomática* específica de tais patologias. [...] propôs, em 1939, a *anamnese associativa*, uma entrevista visando recolher, além dos elementos da anamnese médica clássica, dados sobre a dinâmica psicoafetiva e da personalidade do paciente (FERRAZ; VOLICH, 2004, p. 9, grifo do autor).

Esse movimento propiciou a ampliação da abordagem dos fatores incidentes nas doenças orgânicas, impulsionando uma corrente do pensamento médico influenciado pela teoria psicanalítica. Inicialmente, verificamos pesquisas direcionadas a traçar perfis psicológicos e sua relação com os tipos de patologia. Assim, surge a escola de Chicago, sob a direção de Alexander, que migrou para os Estados Unidos com Deutsch. Seus trabalhos iniciais foram concebidos pela associação entre a ‘neurose de órgão’ e os perfis de personalidade descritos por Dunbar. Com base nesse modelo, Alexander e seus colaboradores pesquisaram as relações entre as reações emocionais e as respostas do sistema vegetativo e do Sistema Nervoso Central. Tais concepções transformaram a escola de Chicago na mais conhecida corrente das teorias psicossomáticas.

Marty (1993) explica que a noção de “neurose de órgão” foi retomada como uma crítica aos perfis propostos por F. Dunbar, que relacionavam traços de personalidade com algumas manifestações de doenças físicas. Dessa forma, Alexander propôs a noção de “constelações dinâmicas”, trazendo uma perspectiva psicogenética, para demonstrar que as doenças seriam o produto de uma série de fatores, dentre os quais estariam as reações emocionais, que criam a angústia e a agressividade, bem como as atitudes afetivas que acarretam. Estas, por sua vez, conflituais, mantêm uma tensão crônica e se tornam patogênicas, por excesso de excitações viscerais, criando um “círculo vicioso psicossomático” (MARTY, 1993, p. 6). No entanto, como discorre Marty (1993), as pesquisas de Alexander não deram conta de explicar os “elos orgânicos” que fazem do homem um ser psicossomático.

Tendo em vista a construção de uma teoria monista sobre a psicossomática psicanalítica, Marty fundou a Escola de Psicossomática de Paris, respaldando-se na perspectiva de continuidade evolutiva e funcional entre o orgânico e o psíquico para estabelecer os pressupostos da patologia somática. Ele também demonstrou a função de proteção do funcionamento mental contra as perturbações graves de

cunho somático, enfatizou a importância das referências oriundas da clínica e da teoria psicanalíticas para a compreensão do adoecimento orgânico, assim como ampliou os recursos terapêuticos para o manejo daqueles acometidos pela patologia orgânica.

De acordo com Ferraz e Volich (2004), os estudos oriundos do Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO) estenderam o conhecimento psicanalítico para além das neuroses e trouxeram novas contribuições para a metapsicologia e para a técnica psicanalítica. Marty (1993), em sua obra *A psicossomática do adulto*, expõe a essência de suas pesquisas sobre psicossomática realizadas desde 1947. Segundo o autor, a sua concepção sobre psicossomática estaria embasada em duas vertentes: a primeira se refere ao evolucionismo do tipo darwinista e a segunda, à teoria freudiana do funcionamento mental, a qual forneceu as explicações de ordens econômica e psicodinâmica para a compreensão da organização psicossomática do indivíduo.

A Escola de Psicossomática de Paris origina-se a partir de um grupo de reflexão formado por psicanalistas da Sociedade Psicanalítica de Paris, os quais observavam situações que não se encaixavam como quadros conversivos nem como neuroses atuais, o que os orientou a pesquisas conceituais originais e organizadas que, segundo Marty (1993), levaram a psicossomática ao *status* de disciplina científica. A perspectiva quanto aos pacientes psicossomáticos abrange a diversidade das personalidades de tais pacientes, as diferentes dinâmicas das doenças somáticas, bem como as particularidades que envolvem o encontro dos pacientes com suas doenças, considerando, assim, os movimentos psíquicos e somáticos e a relação que se estabelece entre eles. Marty (1993) afirma, com clareza, que as somatizações nos adultos têm estreita relação com as dificuldades pelas quais o sujeito passou em sua primeira infância.

Tendo como principal referência a psicanálise, Marty (1993) admite que a psicossomática não se reduz a essa teoria, diferindo em muitos aspectos que dizem respeito aos pacientes (enquanto os neuróticos têm a sexualidade inibida ou distorcida, os pacientes somáticos apresentam um empobrecimento em tal área), aos seus objetivos (permitir ao paciente a organização e o restabelecimentos de suas defesas e da sexualidade neurótica) e às técnicas disponibilizadas, como o compartilhamento de responsabilidade com outros médicos, um número menor de sessões, a posição face a face entre paciente e o médico, a adesão a outros

tratamentos que incidam sobre a doença somática, a consideração pelas transferências paralelas que são estabelecidas, enfim, um conjunto de características descritas por Marty (1930) que marcam a psicossomática como um campo divergente da psicanálise. Alguns conceitos criados por ele foram fundamentais para a ampliação da psicanálise, como as noções de mentalização e de pensamento operatório, os mecanismos de fixação e de regressão, as concepções de ego ideal e de pré-consciente e as suas determinações na economia psíquica do sujeito somatizante.

O princípio básico da psicossomática de Marty, segundo Vieira (2004), é este: a somatização decorre da não assimilação de um evento traumático. Em outras palavras, o indivíduo, em determinadas circunstâncias, perde a capacidade de mentalizar, mecanismo que o protege das somatizações. Podemos considerar a mentalização um dos trabalhos que propiciam a elaboração do trauma, por meio de movimentos de reflexão interna dos conteúdos impregnados de carga afetiva, como as lembranças, os conflitos, os projetos, aliando os elementos inconscientes à nossa capacidade de lucidez (consciência e pré-consciente). Nas boas mentalizações, ocorreriam a diluição do trauma por meio do estabelecimento de conexões mentais disponíveis, o que pressupõe a capacidade representacional, as associações e outros mecanismos que podem auxiliar na absorção do trauma. Essa ideia se origina com Freud, em seus estudos preliminares sobre a histeria, nos quais postulou que o trauma poderia ser descarregado por ações e por palavras. Lembramos, ainda, que Freud não chegou a mencionar a impossibilidade de a mente humana elaborar o trauma, a este sempre deu caminhos, normais e patológicos, como o da compulsão a repetição.

Marty (1993) nos fala sobre a não existência desses movimentos mentais e, até mesmo, da supressão da vida mental, fenômeno que diverge dos mecanismos de repressão e de recalque descritos por Freud. De maneira sucinta, lembramos que este mecanismo se dá entre o pré-consciente e o inconsciente, sendo um processo mais profundo no qual o ego perde o contato com o recalque, que se torna conteúdo inconsciente; já na repressão, o indivíduo tem noção do que mantém fora da consciência, pois o processo se dá entre o consciente e o pré-consciente. A compreensão da mentalização se dá pela mobilização da mente disponível e não por aqueles que a suprimem. Por outro lado, a somatização diz respeito a uma precariedade de mentalização devido à insuficiência representativa.

Isso denota um desenvolvimento mental característico do período sensório-motor do desenvolvimento, no qual os conteúdos consciente e pré-consciente estão muito próximos da percepção concreta dos fatos, denotando a superficialidade do pensamento, com o rebaixamento ou com a ausência das emoções.

Conforme Vieira (2004), a “neurose de comportamento” descrita por Marty é a que melhor representa a reduzida capacidade de mentalização. São casos em que a impulsividade e as emoções primárias têm pouco contato com o pensamento, por isso, são difíceis de serem controladas; conseqüentemente, as pulsões eróticas e as agressivas se manifestam diretamente. Para Vieira (2004, p. 20), “Está na má mentalização a *causa* da impulsividade e da emotividade primária e intensa, pois as representações mentais são inadequadas para correlacionar, comparar, ponderar e distribuir as cargas afetivas” (grifo do autor).

Podemos afirmar que a descrição que fizemos até aqui acerca da psicossomática de Marty amplia o nosso entendimento sobre as psicopatologias da contemporaneidade, cujo terreno fértil é o plano da ação e do corpo. Também verificamos uma compreensão sobre a psicossomática embasada no campo das emoções e da pulsionalidade, consistindo a sua livre manifestação no terreno do corpo e das ações, devido à escassez no campo simbólico que impossibilita a assimilação do evento traumático. Abrimos parênteses para mencionar que, mesmo tendo uma boa capacidade de assimilação dos eventos traumáticos, em razão de sucessões ou, até mesmo, de uma surpresa, o psiquismo pode sucumbir e diminuir, correndo o risco, inclusive, de perder a capacidade de assimilação, dada a intensidade do traumatismo.

Como afirma Vieira (2004), quando o indivíduo “desmentaliza”, o consciente e o pré-consciente são impactados e a capacidade onírica, dentre outras que enriquecem o campo representacional, deixam de existir ou funcionam em rebaixamento. A desmentalização é decorrente da instalação da depressão essencial, caracterizada pela perda do investimento e da vitalidade. Se tal condição perdura por dias ou por meses, a doença que se instala é grave, podendo levar à morte, caso não ocorra a intervenção médica. Por outro lado, se a depressão essencial é temporária, questão de horas, a doença que se instala é, normalmente, reversível; em outros casos, desenvolve-se um quadro de uma doença crônica sem risco. Sinais da depressão essencial duradoura se dão pela vivência das angústias difusas (sem objeto) que imobilizam as defesas, representando a derrocada da

mentalização. A perda da vitalidade e dos interesses habituais do sujeito gera a automatização da vida; como resultado, os pensamentos e os comportamentos tornam-se superficiais, sem investimentos libidinais correspondentes a Eros, caracterizando o que Marty denominou “vida operatória”.

A *desorganização progressiva* (Ds.P) foi um conceito utilizado por Marty (1993) para diferenciar um tipo de regressão diferente daquelas nas quais observamos, clinicamente, os pontos de fixações do desenvolvimento e que carregam o seu potencial libidinal reorganizador. De acordo com o autor, pode ser entendido como um fenômeno que causa a destruição libidinal de um indivíduo, pois o movimento retrógrado não é bloqueado, tendo como desfecho a eclosão de um processo de somatização. O autor assim se pronuncia sobre essa formulação:

Os fenômenos clínicos são uma das manifestações mais claras do Instinto de morte. As organizações tópicas são submetidas ao movimento de desorganização. O Superego em particular perde sua função habitual e se encontra substituído por um Ego-ideal arcaico que precipita o paciente no círculo vicioso das feridas desorganizantes. A Ds.P, com suas consequências somáticas, constitui para o futuro um terreno de pesquisa de grande interesse no campo da saúde mental (MARTY, 1993, p. 20).

Vieira (2004) aponta a correspondência da construção teórico-clínica de Marty sobre a psicossomática no pensamento freudiano. O conceito de Eros e o de ponto de fixação e de regressão servem de base para a explicação das manifestações no campo somático. Nessa perspectiva, as unidades vitais são funções que proporcionam o desenvolvimento, partindo de estruturas mais primitivas para estruturas mais complexas, seguindo o caminho das funções somáticas, da organização sensório-motora até a estruturação do aparelho psíquico. A vida abrangeria dois aspectos: o de conservação, de manutenção, denominado “automação”, e a vertente prospectiva, a “programação”. Esta seria mais atuante nos estágios iniciais da vida, ficando menos intensa na maturidade. As automações persistem por mais tempo, dado o seu caráter de conservação; o cessar da automação culminaria no advento da morte, que se trata de um movimento natural.

Os eventos traumáticos, por sua vez, tenderiam ao sentido contra-evolutivo, de levar a perda do funcionamento e a desfazer o que fora construído pelos processos de automação e de programação. Os pontos de fixação, nos quais se verificariam as regressões, seriam responsáveis pelo aplacamento do movimento de

desorganização, impedindo regressões mais profundas e, conseqüentemente, evitando doenças mais graves. Nota-se o sentido positivo das regressões, no campo somático, que, ao atingir um grupo funcional já alicerçado, com suas respostas somatopsíquicas, são capazes de impedir o movimento regrediente que pode atingir um campo indefeso, propenso a desorganizações intensas e irreversíveis. Vieira (2004) nos explica o seguinte sobre a constituição dos pontos de fixação:

Os pontos de fixação formaram-se durante a construção funcional, na ocasião de emperramentos nessa construção, dificuldades que acabaram sendo superadas (porque não eram tão grandes), permitindo o movimento progressivo, apesar de deixarem certos defeitos. As causas dessas dificuldades podem ser externas ou internas, de ordem genética ou hereditária. As situações de regressão (aos pontos de fixação) manifestam-se por oscilações funcionais (em torno de pontos de equilíbrio), ou por doenças, tal como na teoria freudiana. (VIEIRA, 2004, p. 23)

Dessa forma, entendemos que a duração da depressão essencial nos fornece indícios para pensar que nenhuma regressão mental foi encontrada, recaindo toda a sua força no corpo do indivíduo. É válido lembrar que as funções somáticas que participam da formação das funções mentais correspondem àquelas que dão origem às zonas erógenas, postuladas por Freud, e ao conjunto sensório-motor. Por outro lado, de acordo com Vieira (2004), Marty considera a existência das “zonas paralelas” e do “tronco central”, específico do desenvolvimento mental. Assim, ele explica que a mente sempre será a primeira a ser atingida, pois é sua função lidar com a vida; no entanto, a desorganização, se não estancada pela mente, pode estender-se às funções somáticas paralelas. Um bom prognóstico pode ser obtido quando se nota o recrudescimento dos efeitos somáticos, sinalizando a absorção da carga somática, bem como os efeitos da mentalização.

Marty (1993) menciona que as pesquisas realizadas entre as décadas de 50 e de 70 com pacientes cefálgicos (aqueles que tinham dores de cabeça) impulsionaram novos conhecimentos sobre as somatizações. Conforme tais estudos, as cefalias foram consideradas, em termos de economia psíquica, um sistema de defesa muito parecido com as defesas neuróticas, mas com apelo aos mecanismos de ordem somática. O sintoma – a dor de cabeça – não se mostrava como um quadro neurótico de recalçamento de algum conteúdo, mas apontava uma “dificuldade para pensar”, um “temor da realização verbal do pensamento” e um “bloqueio da consciência” (MARTY, 1993, p.13), entrando em ação mediante os

riscos de uma transgressão, sinalizando um funcionamento do sistema regressivo, no qual o pensamento erotizado era tomado como objeto de deslocamento da sexualidade global. Assim, o bloqueio dos pensamentos, nesses casos, estava relacionado aos riscos de uma transgressão edipiana, tendo as dores a função de inibir o ato de pensar, o que levou o pesquisador a considerar as cefalgias, entre os processos de somatizações, como “transbordamentos passageiros do aparelho mental” (MARTY, 1993, p. 14). Em suas palavras:

Fazem parte das doenças funcionais regressivas, ‘de crise’, não evolutivas, reversíveis, resultando em marcações do desenvolvimento individual e apelando para mecanismos somáticos, ainda que oriundos de conflitos clássicos, intrapsíquicos. Procedem da repressão de representações específicas de natureza edipiana (as quais marcam uma evolução conveniente do aparelho mental), representações ‘à flor da consciência’. Parentes das conversões histéricas, as cefaleias parecem frequentemente constituir mecanismos secundários de defesa face à irrupção à consciência de um conjunto conflitual edipiano do qual ao menos alguns elementos representáveis foram inicialmente recalçados. (MARTY, 1993, p. 14).

Temos, aqui, uma amostra que nos serve para compreender que o que se suprime, nos processos de somatizações, é uma função psicológica e não o conteúdo psíquico como nos processos de conversões histéricas. No entanto, esse conteúdo também se manterá inacessível, pois o impedimento de determinada função psíquica, como o pensar, inibe o trabalho dos processos secundários para a constituição de um mundo simbólico. Outras somatizações foram minuciosamente estudadas, como as raquialgias (dores na coluna vertebral) e as alergias, o que serviu para fundamentar a ideia de transbordamento passageiro do aparelho mental. Às alergias foram atribuídas a noção de identificação ou de fusão ao objeto, em conjunto com as ideias de fixação maciça a uma fase pré-objetal de “indistinção primária” com a mãe (MARTY, 1993, p. 16), levando ao reconhecimento das somatizações como insuficiência do funcionamento mental. Em decorrência de tais estudos, surgiram conceitos que serviram para caracterização do funcionamento psicológico dos pacientes somáticos, como estes: “pensamento operatório” (MARTY, 1962), “depressão essencial” (MARTY, 1966) e “desorganização progressiva” (MARTY, 1967), afirma Marty (1993).

O pensamento operatório foi discutido por Marty e M’Uzan em um artigo publicado na *Revista Brasileira de Psicanálise* em 1994, no qual eles indicam as funções onírica e fantasmática como fundamentais para a dramatização, para a

simbolização e para o alívio das tensões pulsionais, cujo déficit fora observado nos pacientes psicossomáticos. De acordo com tais autores, o processo onírico atua como proteção ao organismo, ligando as forças às representações; quando há graves alterações nessa função, o soma fica à mercê de perturbações que atuam em níveis fisiológicos.

Os autores atribuíram a essa carência da funcionalidade fantasmática a seguinte nomenclatura: pensamento operatório, que se trata de uma pensamento do tipo consciente, caracterizado pela ausência de vínculo orgânico com a atividade fantasmática e que se apresenta pela ação. Nos exemplos clínicos, ele nos aparece em relatos de alguns sujeitos que falam sobre sua sintomatologia como fatos isolados, sem estabelecer relações com os eventos de sua vida. De acordo com Marty e M'Uzan (1994), a relação que os pacientes desenvolvem com o investigador (analista ou médico) é ausente de envolvimento afetivo; eles apenas esperam a cura para seus sintomas, o que levou os autores a caracterizarem como “uma relação branca” (MARTY; M'UZAN, 1994, p. 166), pois é assim que o paciente utiliza a sua linguagem ao longo de sua existência, ou seja, para não dizer.

No campo transferencial, o sentimento na relação com o investigador é o mesmo que o paciente estabelece com o fato: o paciente se encontra vazio; ele toma distância de sua vida mental, por isso, os analistas pensam na impossibilidade de um trabalho psicoterápico com pessoas que apresentam tal forma de funcionamento psicológico. Esse tipo de pensamento, que usa as afecções pela via somática para evacuação das situações conflituais, está ligado às psicossomatoses, mas, de acordo com os autores, ele pode expressar-se em algumas categorias de psicoses e em certas neuroses de caráter; pode também, ser encontrado isolado como um sintoma.

Nas entrevistas com os pacientes que apresentavam esse modo de pensamento, Marty e M'Uzan (1994) observaram que a palavra serve como ilustração da ação, que o pensamento fica ligado à materialidade dos fatos e “à utilidade dos objetos” (p. 168), que não ocorre uma viagem temporal, sendo a temporalidade descrita como uma sucessão de fatos; o pensamento, portanto, não gera associações. Assim, o indivíduo não se abre a realidades de outra ordem, como a fantasmática ou a afetiva, o que enriqueceria suas operações psíquicas e facilitaria a atribuição de significados às ações. Nesse viés, a palavra “não faz nada

além de repetir o que a mão fez trabalhando” (MARTY; M’UZAN, 1994, p. 168). De acordo com os autores,

Não se deve dizer que o pensamento operatório seja obrigatoriamente rudimentar, ou de má qualidade. Mesmo quando ele é complexo e tecnicamente fecundo, no âmbito da abstração pura por exemplo, falta-lhe sempre a referência a um objeto interno realmente vivo. Assim, neste tipo de pensamento, a noção de julgamento tal qual a concebemos habitualmente com a complexidade de seus fatores de base, é substituída pela noção de avaliação ‘infra-dimensionada’, ou, melhor ainda, de tabela de valores, donde sua aridez e, além de tudo, sua pobreza. Sem capacidade simbólica nem valor de sublimação, é de se esperar que o pensamento operatório não tenha aptidão para a produção artística assim como para a verdadeira criação científica – esta forma de pensamento só cria emblemas, as insígnias de uma relação com o tempo, os lugares, os objetos reais vividos como reassseguradores (MARTY; M’UZAN, 1994, p. 168-169).

Além dessa descrição, os autores destacam outras características do pensamento operatório, ampliando a nossa compreensão sobre esse tipo de funcionamento característico dos pacientes somatizadores, como o caráter superegóico, que, analisado em sua profundidade, não vai além do nível do conformismo, evidenciando que as identificações que o sujeito faz são superficiais, não ultrapassam um caráter esquemático, de regras percebidas por meio de algumas personagens, não podendo realizar, portanto, uma função integradora. A relação com a realidade ou com partes dela é desprovida de valor libidinal; nota-se a não permissão da expressão da agressividade, coincidindo com uma vivência de forma empírica, presa às coisas, em que nunca são expressas as reflexões que são fruto de uma vida imaginária. O sujeito pode usar a palavra como uma descarga rápida da tensão, o que afere a precariedade de vínculo com as palavras, evidenciando um nível arcaico de processo de investimento, no qual se nota a redução da capacidade de retenção da descarga motora. Clinicamente, como atestam Marty e M’Uzan (1994), o pensamento operatório mantém contato com o inconsciente a um nível de pouca elaboração, assemelhando-se às primeiras elaborações integradoras da vida pulsional.

É a fragilidade dos vínculos que consta nas origens das elaborações que configura as articulações iniciais das pulsões que dão lugar ao aparecimento das somatizações. Desse modo, Marty e M’Uzan (1994) acreditam que as pesquisas

devem voltar-se para a qualidade das fantasias inconscientes, sobre as quais os autores afirmam:

[...] as mais evoluídas que fazem uso de uma forma áudio-visual poderão ser recuperadas pelas análises clássicas e recobrar, assim, seu caminho interrompido em direção ao inconsciente; as fantasias mais arcaicas determinarão confrontações terapêuticas onde a verbalização permanecerá por muito tempo aquém do nível real da relação (MARTY; M'UZAN, 1994, p. 171).

Trata-se de um pensamento orientado à realidade, mas se diferencia dos processos secundários devido à precariedade da vida imaginativa e dos prejuízos das funções oníricas, tão necessárias às simbolizações, mostrando-se como uma forma de pensamento regido pelas exigências de adaptação. Os autores explicam que o pensamento operatório pode surgir por imposição de uma pressão externa, comum às situações profissionais, quando há exigências de adaptação às tarefas automáticas, às quais sucumbe a atividade criativa do sujeito, podendo prejudicar a atividade onírica e levar ao surgimento de somatizações. No entanto, nesses casos, o prognóstico é positivo, pois o sujeito é receptivo às incitações afetivas, manifesta o sentimento de frustração em relação a sua maneira de viver, demonstrando o caráter traumático de um pensamento imposto pelo externo. Isso diverge do pensamento operatório no qual se nota a ausência de sua funcionalidade para a integração das pulsões, tendo nas somatizações a via essencial para a manutenção da economia psíquica do sujeito.

Considerando esse pressuposto do pensamento operatório, os autores orientam os analistas a nunca romperem uma elaboração fantasmática, ou seja, exercer o trabalho interpretativo de uma fantasia quando o paciente apresenta o pensamento operatório, pois nenhuma intervenção deve impedir o desenvolvimento de uma função que se apresenta de forma falha. Marty e M'Uzan (1994) orientam para o trabalho profilático com crianças, a fim de garantir a integridade da função fantasmática nelas.

No livro *A psicossomática do adulto* (1993), Marty discorre sobre o quadro da depressão essencial (DE), entendendo-a como um caso relacionado à economia psicossomática, que, no entanto, carrega a essência da depressão de rebaixamento libidinal. Em seu escrito de 1963, Marty caracterizou a DE como uma depressão sem objeto, em que se observava a ausência de auto-acusações e de culpa, recaindo sobre a esfera somática os sentimentos de desvalorização e os afetos provenientes

da ferida narcísica. Citando um artigo de 1966 de sua autoria, descreve a DE, caracteriza-a desta forma:

Esta sintomatologia depressiva define-se pela falta: apagamento, em toda a escala, da dinâmica mental (deslocamentos, condensações, introjeções, projeções, identificações, vida fantasmática e onírica). Não se encontra, nessa depressão 'conveniente', a 'relação libidinal' regressiva e ruidosa das outras formas de depressões neuróticas ou psicóticas. Sem contrapartida libidinal portanto, como a desorganização e a fragmentação ultrapassam sem dúvida o domínio mental, o fenômeno é comparável ao da morte, onde a energia vital se perde sem compensação. Menos espetacular que a depressão melancólica, sem dúvida leva mais certamente à morte. O instinto de Morte é o Senhor da DE. O tempo passado da DE é cada vez mais nefasto aos sujeitos. (MARTY, 1993, p. 19).

O autor acrescenta que essa situação é resultado de acontecimentos traumáticos que desorganizam boa parte das funções psíquicas, ultrapassando a capacidade de elaboração. Angústias difusas precedem o quadro, sinalizando a falta de domínio em relação aos movimentos instintuais, os quais submergem o Ego. Desse modo, a angústia não funciona mais como um sinal de alarme; ela passa a ser o alarme que denota um estado arcaico de transbordamento. Assim, ocorre o apagamento dos desejos, o Ego se encontra desorganizado, como em sua origem e, a nível de pré-consciente, ficam evidentes a supressão das relações originais consigo e com os outros e a ausência de comunicação com o inconsciente, tratando-se de uma verdadeira ruptura com a história do sujeito que se vê reduzida às ordens do factual e do atual.

1.1 Neurose de angústia: princípio de uma abordagem dos fenômenos psicossomáticos

A pesquisa de Freud, com seus esclarecimentos sobre a histeria, possibilitou a compreensão do sintoma físico e da sua relação com o conteúdo recalcado. Até alcançá-los, Freud discutiu algumas categorias nosográficas, segundo as quais o sintoma não poderia ser compreendido como resultante do recalçamento, por exemplo, a neurastenia e a neurose de angústia, que foram perdendo espaço na pesquisa psicanalítica. No rascunho de 1886, Freud considerou a neurastenia uma reação do sistema nervoso, sem deixar de apontar que ela não poderia ser descrita da mesma maneira como outros quadros clínicos que se baseavam na anatomia

patológica. Em 1888, no texto *Histeria*, Freud (1996a) afirmou que a neurastenia era o contrário da histeria, embora não tenha registrado essa divergência com nitidez, pois a sua preocupação estava direcionada à categorização do quadro histérico, levantando suas causas e sua sintomatologia.

De acordo com Quinodoz (2007), Freud reconhecia a neurastenia como uma síndrome caracterizada por uma fadiga de origem nervosa, acompanhada de uma diversidade de sintomas, atribuindo a sua origem também aos distúrbios de ordem sexual, assim como a outras afecções por ele classificadas como doenças nervosas. Importante salientar que a neurastenia e a histeria eram bastante confundidas pelos médicos; Freud, então, buscou estabelecer a diferenciação de cada um dos panoramas.

No interior do quadro neurastênico, em 1895, o psicanalista reuniu uma gama de sintomas específicos, indicados como neurose de angústia, sendo a angústia o seu principal sintoma em torno do qual se davam outros sintomas de ordem somática, como palpitações, tremores e vertigem. Essa angústia característica não provinha de fonte psicológica, mas era tida como uma energia física inacessível ao simbólico, o que fazia tal panorama divergir da histeria, na qual a energia psíquica é convertida em sintoma somático e reversível quando se alcança o seu significado simbólico. Assim, no *Rascunho D*, Freud propõe que a angústia neurastênica seja proveniente de um fator físico da vida sexual, por exemplo, a masturbação.

Seguindo sua pesquisa sobre os mecanismos histéricos, que resultaram nos famosos casos relatados por Freud (1996b), o autor observou que, no plano neurastênico, não havia a ação de mecanismos psíquicos, por exemplo, a transposição do afeto, como se pode observar com maior veemência nas neuroses obsessivas, por isso, Freud aproximou a neurose obsessiva da histeria, dado o caráter da ação dos mecanismos psíquicos envolvidos na manifestação dos sintomas.

Para Freud (1996b), ainda não estava evidente a etiologia da neurastenia; ele apenas propôs, nesse momento, que sua sintomatologia era decorrente de rudimentos ou de equivalentes da angústia; por esse motivo, em 1985b, ele a chamou de neurose de angústia, sustentando que essa angústia seria decorrente de um acúmulo de tensão física e de origem sexual. Mesmo não encontrando a ação de mecanismos psíquicos envolvidos na neurastenia, Freud (1996b) destacou a sua influência na vida mental do indivíduo por meio do estado de expectativa ansiosa, da

hipocondria, de fobias, de hiperestesia às dores etc. Ainda sem saber ao certo os mecanismos que diferenciavam os diversos quadros de neuroses, o psicanalista preferiu abordá-las como neuroses mistas devido à variabilidade de suas manifestações. Além disso, considerou que a neurastenia e a neurose de angústia seriam mais facilmente encontradas em sua forma pura principalmente em pessoas mais jovens.

De acordo com Freud (1996b), a histeria e a neurose obsessiva se apresentavam misturadas, pois seus complexos etiológicos se encontravam entremeados, aproximando-se muito um do outro. Essa diferenciação era importante para que ele pudesse validar a terapêutica do método catártico, chegando a afirmar que este era eficaz para a histeria, impotente para a neurastenia e raramente poderia influenciar, por vias indiretas, em casos de neurose de angústia.

Na obra freudiana, delineia-se o conhecimento acerca das neuroses, como histeria e neurose obsessiva, as quais, posteriormente, serão intituladas neuroses de defesa dado o caráter de ação dos mecanismos psíquicos envolvidos diante do racalcamento, como a conversão e a transposição de afeto, em oposição à neurastenia e à neurose de angústia, as quais serão reconhecidas como neuroses atuais, divergindo radicalmente do funcionamento das neuroses de defesa, ficando ao encargo dos pós-freudianos a realização de estudos mais minuciosos sobre os mecanismos psicológicos envolvidos em tais quadros psicopatológicos.

Freud (1996c) também manifestou sua expectativa em diferenciar a neurastenia da neurose de angústia, dada a relevância do estado emocional manifestado nesta. Até então, a etiologia de ambas continuava sendo a mesma, ou seja, o acúmulo de excitação sexual que não conseguia descarga no campo psíquico. A neurastenia ainda era considerada um fenômeno neuropatológico abrangente, assim, várias neuroses e doenças degenerativas eram descritas sob tal termo. Com isso, o autor buscou especificar o que ele denominou neurose de angústia, investigando as diferenças etiológicas e dos mecanismos de ação que pudessem existir entre este quadro e o neurastênico. Tendo em vista essa categorização, Freud (1996c, p. 51) escreve o seguinte: “Chamo essa síndrome de ‘neurose de angústia’ porque todos os seus componentes podem ser agrupados em torno do sintoma principal da angústia, pois cada um deles mantém com esta última uma relação definida”.

Nesse escrito, Freud (1996c) discorre sobre os sintomas específicos da neurose de angústia, dando ênfase à irritabilidade geral, relacionando-a com o acúmulo de excitação ou com a incapacidade de tolerar tal acúmulo, o que, a nosso ver, evidenciava a defasagem simbólica no processo de trabalho com a excitação. Outros sintomas descritos por Freud (1996c) se referem à expectativa angustiada, na qual o sujeito temeria sempre um acontecimento catastrófico, sem qualquer fundamento para a sua existência, e que, aos poucos, transformar-se-ia em uma angústia normal, em que o sujeito adotaria uma visão pessimista sobre todas as coisas do mundo. Sobre este sintoma específico, o autor descreve:

A expectativa angustiada é o sintoma nuclear da neurose. Também revela uma parte da teoria da neurose. Talvez possamos dizer que existe nesses casos um *quantum* de angústia em estado de *livre flutuação*, o qual, quando há uma expectativa, controla a escolha das representações e está sempre pronto a se ligar a qualquer conteúdo representativo adequado (FREUD, 1996c, p. 488, grifo do autor).

Ainda discorrendo sobre a categorização dos sintomas da neurose de angústia, Freud (1996c) aponta a ansiedade latente à consciência, que poderia expressar-se pelo ataque de angústia que, segundo ele, pode ser expresso como apenas um sentimento de angústia desacompanhado de representação ou, então, ligar-se a representações de extinção da vida, de medo de enlouquecer ou, ainda, ligar-se a alguma disfunção corporal, como respiração, ataque cardíaco, fome devoradora, excesso de transpiração, acordar em pânico à noite etc., destacando a variabilidade de expressão desses ataques. Na contemporaneidade, o ataque de angústia descrito por Freud (1996c) assemelha-se à corriqueira Síndrome do Pânico.

Segundo Freud (1996c), a vertigem e dois grupos de fobias típicas seriam especificidades da neurose de angústia. Um grupo estaria relacionado à expectativa angustiada, revelando-se pelo medo de cobras, de tempestades, de escuridão, assim também como um típico escrúpulo moral excessivo e algumas formas de mania de duvidar, relacionando a caminhos encontrados para a expressão da angústia. No outro grupo, Freud (1996c) inclui as agorafobias e todas as suas formas relacionadas com a locomoção, o que pode levar a sua restrição. Buscando esclarecer os mecanismos envolvidos nas fobias da neurose obsessiva e nas expressões da neurose de angústia, o autor assim considera:

A relação dessas fobias com as fobias da neurose obsessiva, cujo mecanismo esclareci num artigo anterior deste periódico, é da espécie que se segue. O que elas têm em comum é que, em ambas, uma representação torna-se obsessiva em decorrência de estar ligada a um afeto disponível. O mecanismo de transposição do afeto, portanto, é válido em ambos os tipos de fobia. Contudo, nas fobias da neurose de angústia (1) esse afeto tem sempre a mesma tonalidade, que é a da angústia; e (2) o afeto não se origina numa representação recalcada, revelando-se *não adicionalmente redutível pela análise psicológica*, nem equacionável pela psicoterapia. Portanto, o mecanismo da *substituição*, não é válido para as fobias da neurose de angústia (FREUD, 1996c, p. 55, grifos do autor).

O autor prossegue destacando os sintomas relacionados às atividades digestivas e às parestesias, mencionando suas relações com os ataques de angústia e observando as formas mistas dos sintomas neuróticos.

No que diz respeito à etiologia, após ter definido o quadro sintomático da neurose de angústia, Freud (1996c) menciona as influências da vida sexual que incidem sobre tal situação. Ele estabelece diferenças entre as mulheres e os homens devido às divergências existentes entre os gêneros quanto às formas de se viver a sexualidade, em especial, aos fatores que podem interferir na obtenção ou não de satisfação do coito (como o coito interrompido), levando em consideração toda a repressão sexual e a normatividade incidente na sexualidade comum à época de publicação do texto. Freud (1996c) também elegeu a sobrecarga de trabalho, as doenças graves e a submissão a jornadas exaustivas como causas incidentes na neurose de angústia, presentes em ambos os sexos.

Nesse contexto, o fundador da psicanálise assim explica o mecanismo da neurose de angústia:

Todas essas indicações – de que estamos diante de um acúmulo de excitação; de que a angústia, provavelmente corresponde a essa excitação acumulada, é de origem somática, de modo que o que se está acumulando é a excitação somática; e ainda, de que essa excitação somática é de natureza sexual é acompanhada por um decréscimo da participação *psíquica* nos processos sexuais –, todas essas indicações, dizia eu, levam-nos a esperar que o *mecanismo da neurose de angústia deva ser buscado numa deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica e no consequente emprego anormal dessa excitação* (FREUD, 1996c, p. 11, grifo do autor).

Essa citação deixa claro que se delineia uma teoria sobre a neurose de angústia que se situa em terreno do somático devido à insuficiência simbólica que causa a angústia e as suas variantes, bem como a separação do psique da soma.

Para nós, o interesse se volta ao fato de essa teoria poder indicar o início da psicossomática psicanalítica, em razão dos desdobramentos da excitação somática sobre o corpo, sobre as atuações e sobre as compulsões, sintomas que representam a clínica psicanalítica na contemporaneidade.

É claro que, neste trabalho, estamos restritos aos efeitos do acúmulo da pulsão sexual, embora possamos pensar como modelo para o não registro do excesso pulsional e os seus efeitos na subjetividade humana. Conforme Freud (1996c), diante desse excesso ocasionado pela excitação somática, há a necessidade de uma ação específica para a diminuição da tensão libidinal, desse modo, temos uma fórmula, didaticamente falando, restrita ao processo sexual, da qual Freud (1996c) se utilizou para descrever a etiologia da neurose de angústia: excitação somática – estímulo psíquico (libido) – ação específica. Essa fórmula é por ele utilizada para diferenciar a neurose de angústia da neurastenia: nesta, a descarga adequada seria substituída por uma menos adequada, como a masturbação; por outro lado, naquela estão inclusos todos os fatores que impedem que a excitação sexual somática seja psiquicamente elaborada, havendo um desvio da excitação sexual somática da psique. Isso gera diversas formas de manifestações, descritas por Freud (1996c) como uma alienação entre as esferas psíquicas e somáticas em decorrência da ausência de representação para a excitação somática, bem como de esta se apresentar em excesso (em termos de quantidade), sendo impossível de a psique manejá-la.

Considerando as descrições de Freud (1996c), um fato nos chama a atenção: em todas elas, temos a angústia como sinal, o que demonstra um psiquismo capaz de reconhecer o afeto. No entanto, os estudos sobre a psicossomática psicanalítica revelam a alienação do sujeito em relação ao seu estado emocional, o que pode ser descrito pelo conceito de alexitimia de Sifneos (1973, 1974, 1975), que se refere à ausência de palavras para explicar as emoções, fazendo referência a indivíduos que não conseguem definir seus estados afetivos, muito menos são capazes de distinguir um afeto do outro.

Outra questão trazida por Freud (1996c) diz respeito ao fato de as neuroses não serem puras, conseqüentemente, a etiologia sexual não serviria para distinguir os diferentes quadros de neuroses, mas outros fatores, como descarga inadequada e insuficiência psíquica, serviriam para acabar com as ambigüidades em torno do

tema da definição do tipo de neurose. Por fim, ele faz as suas comparações quanto às neuroses:

No que concerne a sua natureza íntima, a neurose de angústia apresenta as mais concordâncias e diferenças em relação às outras neuroses principais, especialmente a neurastenia e a histeria. Partilha com a neurastenia uma característica essencial – a saber, a de que a fonte de excitação, a causa precipitante do distúrbio, reside no campo somático, e não no psíquico, como ocorre na histeria e na neurose obsessiva. Em outros aspectos, constatamos, antes, uma espécie de antítese entre os sintomas da neurose de angústia e os da neurastenia, que poderia evidenciar-se em rótulos como ‘acúmulo de excitação’ e ‘empobrecimento da excitação’. Essa antítese não impede que as duas neuroses se misturem; mesmo assim, porém, transparece no fato de que as formas mais extremas de cada uma das neuroses são também, em ambos os casos, as mais puras (FREUD, 1996c, p. 65).

Para diferenciar a neurose de angústia da histeria, Freud (1996c) reitera que, perante a não elaboração psíquica da excitação, em ambas, ocorre um desvio para o somático. No entanto, na neurose de angústia, essa excitação é puramente somática (excitação sexual somática), em contrapartida, na histeria, ela é psíquica (decorrente do conflito), o que o levou a considerar que a neurose de angústia seria o equivalente somático da histeria.

Ao fazer uma revisão crítica sobre o que até então estava formulado sobre a neurose de angústia, Freud (1996d) reafirmou a sua proposição de que a neurose de angústia se origina em tudo aquilo que mantém a tensão sexual longe da esfera psíquica, em tudo aquilo que possa interferir na sua elaboração psíquica. Freud (1985) considerou que a detecção da emoção, ou seja, da ocorrência de um trauma psíquico que mobilizasse as emoções, pudesse atuar para a manifestação da neurose de angústia, o que não garantia sua etiologia estar atribuída aos eventos psíquicos.

Freud (1996d) buscou refutar a ideia de que a angústia estava ligada a fatores hereditários. De acordo com ele, a hereditariedade não comportaria alterações, o que não justificaria o fato de as neuroses serem curadas. Assim, sua teoria acerca da angústia como quantidade de excitação é a que mais caberia para explicação das neuroses, sendo os eventos banais e, até mesmo, psíquicos fatores que interfeririam neste *quantum* manejável, suportável ao psiquismo. Dessa forma, ele confirmou sua ideia sobre a etiologia da neurose de angústia:

Sustento que existe um fator etiológico específico da neurose de angústia que pode ser substituído em sua atuação por uma perturbação banal, em sentido QUANTITATIVO, mas não no sentido QUALITATIVO; sustento ainda que este fator específico determina primordialmente a FORMA da neurose; a ocorrência ou não da doença neurótica depende da carga total sobre o sistema nervoso (proporcionalmente a sua capacidade de suportar tal carga). Em geral, as neuroses são sobredeterminadas, isto é, vários fatores operam conjuntamente em sua etiologia (FREUD, 1996d, p. 77).

Os fatores etiológicos seriam passíveis de mudanças quantitativas (redução ou aumento), e isso não levava a ausentar o fator hereditário como causa da neurose de angústia, colocando tal critério como uma predisposição à neurose. O fator específico, isto é, de natureza quantitativa, desencadearia a neurose, estabelecendo, assim, uma terapêutica que pudesse atuar em termos de redução da excitação sobre o sistema nervoso.

Suas especulações em relação aos fatores etiológicos e aos mecanismos psíquicos envolvidos nas neuroses levaram Freud a classificar as neuroses em duas categorias: a primeira diz respeito às neuroses de defesa, as quais comporiam a histeria e a neurose obsessiva, decorrentes de um conflito psíquico, cujo resultado seria uma defesa contra a excitação já inscrita no psiquismo; já, na outra, estão as neuroses atuais, representadas pela neurastenia e pela neurose de angústia, que revelariam a impossibilidade de inscrição do psiquismo. Nesse sentido, o autor trabalhou para delimitar o quadro da neurose de angústia em relação à neurastenia, baseando-se nos sintomas daquela neurose como precedentes da angústia.

Segundo Freud (1996e), a angústia seria central no quadro da neurose de angústia, e seus sintomas foram considerados manifestações imediatas, resquícios e equivalentes daquele afeto. Outra diferenciação se relaciona aos fatores etiológicos que, para ele, seriam opostos nas duas neuroses atuais. Na neurastenia, a origem estava orientada às emissões espontâneas ou adquirida por meio da masturbação. Campos (2004), ao se debruçar na obra de Freud, argumenta que a origem da neurastenia se revelaria na inadequação da ação de descarga da tensão sexual, havendo, pois, uma substituição da ação específica por formas alternativas, como masturbações e poluições, incapazes de levarem à plena satisfação da pulsão sexual.

Como a origem da neurose de angústia ficou delimitada ao refreamento da excitação sexual, havendo um emprego anormal dessa excitação, Freud (1996e) considerou que a neurose de angústia seria a libido sexual transformada. Nas

palavras de Campos (2004), encontramos a seguinte compreensão sobre a neurose de angústia:

Haveria um acúmulo da excitação sexual que não chegaria a ser descarregado e, o que é mais importante, não transporia o limite entre o somático e o psíquico. Seria, portanto, defletido na consciência e depois transformado em descarga somática na forma de ataques de angústia (CAMPOS, 2004, p. 93).

Ao apresentar suas ideias acerca da etiologia das neuroses, Freud (1996a) indicou o seguinte: a hereditariedade seria fator de precondição; o fator sexual, a causa específica que determinaria as formas das neuroses; todo o restante de eventualidades, causas auxiliares, sem substituir o fator específico, mas podendo agir em termos de quantidade. De acordo com Campos (2004), o mecanismo descrito na neurose de angústia foi, na obra de Freud, o primeiro modelo de abordagem da angústia, o qual possibilitou ao médico articular a angústia inscrita no corpo à impossibilidade da elaboração psíquica, tornando a sua obra mais complexa por abranger o terreno do impensável, ou seja, do não representável. Campos (2004) ainda discorre sobre o mecanismo de insuficiência psíquica, considerando-o o mais primário em relação às defesas, pois ele atuaria de modo a impedir a ligação da excitação sexual somática com a cadeia associativa. Como consequência, haveria o acúmulo progressivo da excitação, que não encontraria expressão psíquica, assim, de acordo com Campos (2004), essa excitação ultrapassaria o limiar de excitabilidade e se transformaria em descarga afetiva na forma de angústia.

1.2 Psicossomática: apropriações no campo da medicina

O termo psicossomática é atribuído ao psiquiatra alemão J. C. Heinroth (1918 *apud* Mello Filho, 2010), que o utilizou em um contexto médico, imerso em suas indagações sobre a relação mente-corpo, oriundas do dualismo cartesiano. Tal termo surge como uma proposta holística na maneira de abordar a doença física, ampliando a sua etiologia para os fatores psicológicos. Considerando o desenvolvimento da psicanálise e a sua influência sobre a medicina, a medicina psicossomática, inicialmente, estruturou-se, segundo Mello Filho (2010), com os estudos da origem do inconsciente sobre as doenças. Outras fases vieram depois, fundamentadas em diferentes abordagens, como o estresse em uma perspectiva

behaviorista; já a fase atual considera o modelo multidisciplinar e a valorização do social. O que se percebe, até aqui, é o desenvolvimento da medicina psicossomática influenciada por diferentes modelos teóricos para a compreensão do fenômeno do adoecimento, ampliando a sua compreensão sobre os fatores etiológicos da doença e sobre a dialética mente e corpo.

O nosso campo de estudo, no entanto, refere-se à psicossomática psicanalítica, que, embora apresente os fenômenos do adoecimento do corpo, fundamenta, sobretudo, a estrutura psicossomática como um funcionamento psíquico específico, colocando-a ao lado de estruturas clássicas da psicanálise. Por outro lado, vamos entendendo que, na medicina, a psicossomática está ligada a doenças físicas e a aspectos psíquicos que interferem na sua origem e no seu desenvolvimento considerando os fatores psicológicos e, mais atualmente, os sociais. Por isso, segundo Mello Filho (2010), a psicossomática é considerada uma ideologia sobre a saúde e sobre o adoecimento; é uma área de pesquisa sobre as práticas de saúde, como também uma prática de uma medicina integral, surgindo como uma interface do campo médico.

Mello Filho (2010) considera que, atualmente, o termo psicossomática se restringe a uma ideologia de um movimento, da qual as pesquisas compartilham os ideais, sobretudo quanto à relação mente-corpo, aos mecanismos de produção de doença, com ênfase nos fenômenos do estresse. Mello Filho (2010) também entende que, na medicina brasileira, a psicossomática e a psicologia médica se referem a qualquer prática e a qualquer ensino cujo resultado seja a abordagem dos fenômenos da saúde e de interação entre as pessoas,

[...] como as relações profissionais-pacientes, as relações humanas dentro de uma família ou de uma instituição de saúde, a questão das doenças agudas e crônicas, o papel das reações adaptativas ao adoecer, a invalidez, a morte, os recursos terapêuticos extraordinários (MELLO FILHO, 2010, p. 30).

A psicossomática foi introduzida no Brasil, na década de 1950. Para Mello Filho (2010), há a ausência de outras abordagens como a behaviorista, a medicina social ou a sociologia médica no campo da psicossomática. Ainda hoje, podemos considerar que a psicossomática, conforme a concepção médica, desenvolve-se com o olhar biopsicossocial e mantém seu diálogo fundamentalmente com a

psicanálise, orientada pela psicossomática psicanalítica, que se fundou como especialidade da psicanálise a partir das escolas de Chicago e de Paris.

A posição de Eksterman (2010) sobre a psicossomática na medicina é de que esta inaugura uma visão da patologia e da terapêutica, alterando a direção do tratamento da doença para o tratamento de doentes, situando a doença na biografia do sujeito, transformando a relação médico-paciente em condição terapêutica, assim como a consideração da dimensão do simbólico nos fatores do adoecer e da saúde. No Brasil, o início da psicossomática na medicina é atribuído ao médico psicanalista Danilo Perestrello que se tornou o seu principal divulgador, com sua Tese de livre-docência *A psiquiatria atual como psicobiologia*, em 1945. Desde então, surgiram muitos estudos que, inclusive, transformaram a prática médica, vindo a culminar na fundação da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, no ano de 1965. Não é nossa intenção fazer um histórico da psicossomática no campo da medicina no Brasil, mas tais eventos estão sendo citados para demarcar as diferenças em relação àquilo que, neste trabalho, consideramos que seja a psicossomática psicanalítica como campo teórico e como ação analítica singular.

Eksterman (2010) discorre sobre as articulações histórica e prática entre a psicanálise e a medicina psicossomática, sendo esta estudada com base nas relações mente-corpo, “[...] com ênfase na explicação psicológica da patologia somática, uma proposta de assistência integral e uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais” (EKSTERMAN, 2010, p. 93). Sem a finalidade exaustiva de diferenciar um campo do outro, o autor focaliza a figura do analista do século XX – sua principal contribuição para a definição da medicina psicossomática, participando da construção de um discurso neo-hipocrático e de uma medicina integral e humanística. A psicanálise, por sua vez, ocupa-se do inconsciente e de seus desdobramentos sobre a produção humana, expressos das mais diversas formas de vida. O psicanalista seria, pois, o expectador das cenas escritas com seus dramas, com seus terrores, com suas alegrias e com suas tristezas. Ou seja, é por ele que a revelação do id em ego se efetiva; “no momento em que a carne se faz verbo” é que se alcança essa transformação. Sobre essa afirmação, lançamos uma ressalva, pois, como veremos adiante, é pela impossibilidade de se tornar verbo que a doença acomete a carne, pensando na diferenciação da psicossomática psicanalítica. Aqui, porém, o exemplo é cabível para pensarmos os enigmas que se transfiguram entre o psíquico e o soma, assim como, segundo Eksterman (2010),

revelam o ponto nodal entre a psicanálise e a medicina psicossomática por meio do sujeito da existência. Assim, é possível dizer que

O psicanalista patrocinou a contemplação do lugar onde o sistema físico-corporal se transfigura no ser humano-psicológico. Um sistema abrindo-se para o outro e não causando-o. Quando o id se transforma em ego, o humano está sendo criado e, assim, a humanidade (EKSTERMAN, 2010, p. 94).

A mente entendida como atividade biológica, abarcando a concepção primeira do id corporal e de sua transformação em ego pelo contato com a realidade, sugere que as atividades físicos-biológicas estão registradas na mente e, como estas, constituem-se em mente também, sendo essa a raiz da ideia psicossomática. A observação empírica de uma suposta influência dos fatores mentais sobre as funções biológicas tornou-se motivo para especulações acerca da gênese psicológica dos transtornos somáticos e da concepção unitária sobre o psicossoma. Tais postulados psicanalíticos – assim como o de o ego ser, a princípio, corporal – oferecem constructos férteis para a retórica psicossomática, no asseguramento da terapêutica psicológica daquilo que se figura como doença orgânica, o que não quer dizer que possibilite a sua cura. Viabiliza-se, porém, a construção de significados, de sentido para o sofrimento, por meio do diálogo e da intervenção de um interlocutor, que traduz a representação e a recriação do corpo na mente.

A observação dos processos mentais e da sua influência sobre as funções somáticas deu origem às especulações acerca dos fatores psicológicos envolvidos nos transtornos somáticos, mais precisamente, para reforçar a ideia da unidade psicossoma. Como resultado, deparamo-nos com três vertentes teóricas da psicanálise. A primeira provém da concepção de libido, de investimento e das bases dinâmicas dos processos de defesa, que se fundamentam no princípio das energias psíquicas e das suas intervenções nos fenômenos orgânicos. Dessa acepção derivam conceitos, como a sublimação e a formação dos sintomas, como pressupostos para a explicação das produções culturais e da patologia psicanalítica. A segunda vertente ressalta a organização simbólica da mente e os processos nela envolvidos, como as representações, a memória, a associação de ideias, o pensar, todos ligados ao regime do inconsciente, além de uma forma secundária ligada à consciência e à comunicação, resultando no universo simbólico do indivíduo e na construção de sua realidade externa. A maneira como o sujeito se adapta ao mundo

externo corresponde à representação simbólica de mundo internalizada por ele. Segundo Eksterman (2010), tal modelo oferece subsídio para pensarmos a influência da mente sobre o corpo, pois, à medida que a mente cria sua concepção de mundo, o indivíduo experimenta as suas criações como reais e as transforma em objetos da cultura, tendo o corpo que se adaptar a tal ambiente e às suas vicissitudes. Dessa forma, é o corpo que experimenta as vivências de prazer e de desprazer que resultam da constituição simbólica de cada ser humano. Por fim, o terceiro constructo diz respeito às estruturas, ou seja, à conjuntura evolutiva em que cada sujeito adapta o seu organismo, ideia que Freud sistematizou como pontos de fixações, da oralidade até a genitalidade, fazendo referência aos momentos de estruturação da personalidade. Essa estrutura contém o tempo biográfico da atemporalidade inconsciente, o que torna esse registro sempre presente no modo de responder às exigências do mundo exterior; é, portanto, uma amálgama de fantasias inconscientes com informações sensoriais. Isso permitiu à medicina psicossomática compreender como o corpo e a mente estão ligados na teoria e como se entrelaçam para produzir prazer, sofrimento, saúde ou doença.

As contribuições da teoria psicanalítica a este campo específico da ciência médica não se propuseram a explicar as causas das doenças físicas e como elas surgiam, o que também nunca foi o objetivo da psicanálise, cuja finalidade era ampliar o olhar sobre os modos de adoecimento e da promoção de saúde, o que resultou na concepção de psicossomática holística, designando a compreensão da patogenia e a assistência integrada. Eksterman (2010) aponta que o trabalho do psicanalista no hospital geral estimulou os médicos a compreenderem os pacientes, a conviverem com as expressões irracionais da mente, gerando significativas mudanças na relação entre médico e paciente, como a inclusão da mãe no atendimento ao filho que vai ao pediatra, a atitude do obstetra que inclui o companheiro da gestante, dentre outros exemplos que denotam um leque de abordagens assistenciais e em novas disciplinas da área médica. Desse modo, a psicanálise veio a oferecer novos subsídios para a prática médica, transcendendo o enfoque da cura da doença para o tratamento do doente. No Brasil, uma importante referência de atuação de médico psicanalista no hospital geral é Danilo Perestrello, que discorreu sobre o homem doente e sobre o seu sofrimento, configurando a sua psicossomática em torno de três eixos, segundo Eksterman (2010): o eixo da importância da biografia na estruturação e na definição da doença, o do significado

emocional para a compreensão do sintoma e o da importância da relação médico-paciente para a prática assistencial.

Como já dito há pouco, Eksterman (2010) considera que a medicina psicossomática foi favorecida pelo psicanalista por meio de sua função de observador da criação do universo humano, desse espaço mental construído pelas sensopercepções internas e externas que se desdobram como produtos de nossa cultura. O psicanalista, segundo a sua concepção, atua como testemunha do sonho (como realização do desejo, satisfação das necessidades) materializado nas produções humanas concretas (seu agir sobre o mundo, suas produções vitalizadas na cultura ou as doenças físicas), colocando-se como intérprete nesse processo. A psicossomática revela o caminho uníssono do corpo e da mente, desse pacto que traduz o encontro do homem consigo mesmo por meio de suas ideias encarnadas. Por isso, Eksterman (2010) se refere à psicossomática como um desafio permanente à inteligência humana, no que cabe à decifração da resultante da dialética entre o pulsional e a realidade externa.

Tal autor também traz a questão de que quem estabelece a separação entre sofrimento e enfermidade, na abordagem das patologias, são os pesquisadores e os terapeutas. Eles fazem a cisão do que é psicossomático em sua origem e nosologia, negando a construção simbólica do paciente e a revelação de sua existência; ao tomarem a patologia como objeto de estudo unicamente pelo viés de concepções biologicistas e fisicalistas, abortam a pessoa e o interesse por sua vida. Quando a pessoa passa a ser o enfoque e a doença é colocada em plano de fundo, a terapêutica é impactada pela forma que os procedimentos podem ser desenvolvidos.

Outro aspecto abordado por Eksterman (2010) diz respeito à relação médico-paciente e à noção de convivência retirada do campo transferencial psicanalítico, na medida em que os afetos passam a ser considerados, assim como o ambiente clínico; dessa maneira, os profissionais passam a ser responsáveis pelo apoio (*holding*) e pelos cuidados de que o paciente necessita para enfrentar os conflitos ressuscitados pela condição da enfermidade e as suas consequências na sua atualidade. Também aponta para a importância de uma formação psicológica do profissional de saúde que permita a sua aproximação com o universo mítico e irracional da mente, bem como lidar com problemas decorrentes da iatrogenia, induzidos pelo campo transferencial.

Muito mais do que estabelecer a origem das doenças, o pensamento psicossomático contemporâneo, segundo Ecksterman (2010), tem-se comprometido com a realização pessoal e a identidade, com a superação do sofrimento e com a interação do sujeito com seu mundo social, que revela a sua integridade, inserindo a psicanálise às demais áreas da biologia humana. De acordo com tal autor,

Recuperar a pessoa e com ela estabelecer uma relação analítica, parece-me a resposta que a Psicossomática pode dar à Psicanálise, de cujo seio nasceu e em cuja intimidade elaborou uma nova imagem do ser humano. A pessoa é mais que um *self* ou uma identidade. Compreendê-la não é apenas ater-se às suas comunicações verbais, ou mesmo extraverbais, recortando-a de seu contexto biológico e social (ECKSTERMAN, 2010, p. 105).

Assim, o autor defende o olhar para a totalidade, em oposição à visão dualista que separa o biológico do psicológico, bem como para a conduta reducionista sobre o fenômeno orgânico e sobre a dinâmica dos processos mentais. O saber ouvir e a ação da terapêutica multidisciplinar tornaram-se um aprendizado para a prática médica e para alguns psicanalistas.

1.3 A psicossomática psicanalítica: pressupostos teóricos

Por outro lado, a psicossomática psicanalítica caracteriza o paciente psicossomático, descreve o seu funcionamento psíquico em termos da economia libidinal e aponta para suas especificidades técnicas no manejo com o indivíduo. Ao elencar as características deste paciente, ele é colocado ao lado de outras estruturas psicopatológicas classicamente reconhecidas pela psicanálise.

Na obra de Freud, constatamos suas inquietações a respeito do psíquico e do somático, notórias quando o autor se debruça nas descrições dos sintomas e na participação do somático no sintoma histérico. Além disso, notamos também um afastamento devido à limitação da teoria desenvolvida até aquele momento, atrelada às neuroses e à necessidade de estabelecer as bases teóricas para a compreensão psicodinâmica e para a sua terapêutica. Dadas as indagações levantadas, verificamos a constituição de um movimento psicossomático na história da psicanálise, com o surgimento de várias escolas que se dedicaram ao desenvolvimento de um pensamento teórico-clínico para atender, para compreender e para se aproximar da demanda da clínica na contemporaneidade. Se esses são os

novos sintomas relacionados à nossa época e, por isso, os enlaces pulsionais se desatinarão para outros rumos que escapam da teoria das psiconeuroses ou, então, se sempre existiram, mas a teoria psicanalítica ainda não os abrangiam, não é nossa intenção nos deter a tais indagações; pelo contrário, buscamos orientar-nos pela psicossomática psicanalítica, como um campo de ampliação em relação àquilo que ficara “de fora”, independentemente de quais sejam os motivos. Por vezes, referir-nos-emos a novas sintomáticas ou a sintomas para descrever os fenômenos das adicções, da expressão das doenças orgânicas e das somatizações, das passagens ao ato, dentre outras, pois são elencadas, na literatura psicanalítica, como expressões da clínica na contemporaneidade.

O fato é que a psicossomática possibilitou a ampliação dos instrumentos clínicos para o manejo de tais questões tidas como atuais. Interessante pensar que o que ficou de fora, de fora do simbólico ou daquilo que é excesso e que, portanto, escapa, em muito, explica a dinâmica desses fenômenos sobre os quais nos debruçamos ao longo de nosso trabalho. Posto isso, entendemos que construir uma teoria sobre psicossomática surge como uma possibilidade de continência e de inscrição para os afetos e para as experiências primitivas e atuais que não se inscrevem no circuito do simbólico. Muitas vezes, as palavras existem, mas elas funcionam como descarga, desprovidas de sentido simbólico, correspondentes a uma ação motora.

Volich, Ferraz, Ranña e Gurfinkel (2008) localizam o cerne do movimento psicossomático nas discussões que se deram em torno do corpo na teoria e na clínica psicanalíticas, ocorridas nos últimos 60 anos. Os autores apontam a posição organicista de Freud, ao mesmo tempo que ele acusa o excesso de biologicismo da psicopatologia, em suas obras localizadas na passagem do século XIX para o XX. Tais ideias são evidenciadas na visão desenvolvimentista do conceito de apoio presentes em três ensaios freudianos sobre a teoria da sexualidade. Além disso, ao longo de sua obra, Freud (1905 *apud* VOLICH; FERRAZ; RANÑA; GURFINKEL, 2008) afirma que, por exemplo, as fantasias originárias e a cena primária são filogeneticamente determinadas. Decorrente dessas formulações, a teoria kleiniana, posteriormente, concebeu a origem do psiquismo com base no fator biológico, assim como favoreceu a tradução inglesa de *Trieb* por *instinct*, revelando a influência do darwinismo presente na psicanálise na metade do século XX.

Em meio a esse cenário, deflagraram-se três correntes na psicanálise, de acordo com Volich, Ferraz, Ranña e Gurfinkel (2008): a winnicottiana, não pulsional, que valoriza a tendência inata de integração da natureza humana; a teoria da sedução generalizada, formulada por J. Laplanche, que retoma o conceito de pulsão freudiana, elaborado em *Além do princípio do prazer* (1920 *apud* VOLICH; FERRAZ; RANÑA; GURFINKEL, 2008), para fundamentar que o corpo é humanizado dependentemente do encontro com o outro; por fim, a vertente lacaniana, apoiando-se na concepção de objeto da pulsão errático e contingencial, revela a singularidade e a ordenação simbólica do corpo, independentemente de apoio e de *imprintings* genéticos. Tais formulações teóricas foram constituindo polarizações que, de um lado, revelaram o excesso do biologicismo nas ciências da saúde para a compreensão e para o tratamento dos fenômenos do corpo e, por outro lado, uma concepção do psíquico que, embora reconhecesse o organismo, abordou tal relação pelo sintoma neurótico.

Assim, na segunda metade do século XX, assistimos tanto a um excesso de correntes psicologizantes, como a de Groddek – que supõe um corpo dominado pelo psíquico – como o desenvolvimento da psicossomática médica, que considera psicossomático apenas aquilo que não pode ser reconhecido na realidade do corpo (VOLICH; FERRAZ; RANÑA; GURFINKEL, 2008, p. 10).

Por ora, nosso interesse pela psicossomática psicanalítica diz respeito a rediscutir o encontro entre o psíquico e o somático para a compreensão do sofrimento cuja principal via de expressão é o corpo, bem como a ampliar o conhecimento acerca dos desdobramentos clínicos que recaem na escuta, no manejo, ou seja, nessa clínica em particular. Partindo dessa intenção, Volich, Ferraz, Ranña e Gurfinkel (2008) apontam para um alcance de sentido de um pensamento sobre tais manifestações, entendendo que o avanço da psicossomática psicanalítica permitiu entender que, em certas manifestações, o corpo não está vinculado a um sentido e a uma história, o que o diferencia do corpo da histeria, consistindo em manifestações mais próximas do agir do que do pensar. Tal percepção recai sobre a tarefa do clínico de promover pensamento e de fazer história, lembrando que o saber médico havia reduzido o corpo apenas ao somático, bem como de resgatar a dimensão corporal na psicanálise, uma vez que esta relacionou a abordagem do corpo a uma conotação representacional da experiência humana.

Foram muitas as contribuições promovidas pelo desenvolvimento do pensamento psicanalítico psicossomático, passando pela compreensão de algumas formas do adoecimento orgânico e de sua relação com o fracasso das simbolizações primitivas e com a falência de recursos simbólicos, tarefa de integração psique e soma, tão evidentes nas dissociações de natureza psicótica. Além disso, destacamos o olhar sobre uma perspectiva de expectativa positiva de elaboração de um trauma na eclosão de uma doença orgânica, que permitiria vislumbrar potenciais de vida em circunstância em que a morte parece ser tão evidente.

De modo geral, são diferentes constatações que partiram da clássica relação dos efeitos da experiência traumática sobre a elaboração psíquica e sobre a desorganização somática, como discute Fuks (2008), assim como de sua relação com os mecanismos de passagem ao ato, demonstrando a dificuldade de organização do pensamento quando há uma situação traumática, trazendo à tona o funcionamento de mecanismos primitivos do psiquismo que colocam à mercê o funcionamento do organismo e as suas funções biológicas. Esse movimento também favoreceu compreender o comportamento, o que culminou com o desenvolvimento de um arcabouço teórico, ainda em construção, sobre a clínica do agir. Assim, citamos como exemplo as adicções e as neuroses de comportamento, sendo a impulsividade um elemento característico dessas estruturas de personalidade. Isso demonstra que a psicossomática psicanalítica não ficou restrita ao adoecimento psicossomático ou às somatizações; segundo Volich, Ferraz, Ranña e Gurfinkel (2008), ela constituiu um importante instrumento de pesquisa do fenômeno psíquico em geral, desenvolvendo-se como um corpo (ou arcabouço teórico) dentro da psicopatologia psicanalítica, subsidiado por construções conceituais que enriqueceram a psicanálise, dando condições de compreendermos as infinitas possibilidades de entrelaçamento entre o corpo, a história e o pensamento, que sustentam a vida, ao mesmo tempo que a sucumbem na presença da morte e de sua potencial destrutividade nas variadas formas de sofrimento.

A psicossomática psicanalítica tem, no corpo ou no biológico, a sua principal diferença em relação às construções teóricas desenvolvidas pela psicanálise, que, ao longo dos anos, fundamentou-se no corpo representacional ou erógeno para o desenvolvimento da teoria das psiconeuroses. Este, então, era o campo de ação da psicanálise: os sintomas neuróticos, diferenciando-se, por sua vez, da visão de sintoma definido pela medicina. A psicossomática abrange os fenômenos cuja

principal forma de sofrimento é o corpo, seja por meio do adoecimento físico, seja pelo predomínio da ação (*acting*), possibilitando a compreensão, o olhar psicanalítico para o corpo em uma outra vertente que não a representacional.

Ao longo do tempo, foram surgindo hipóteses investigativas para a abordagem dessa clínica do corpo, para a qual a psicanálise defendeu a ideia de um excesso de estímulos e de exigências que incide sobre o psiquismo do sujeito, inundando-o; por isso, ele fica à mercê dos processos de elaboração que necessitam de tempo e de cautela para serem processados, arrastando o psiquismo por vias semelhantes ao traumático. De acordo com Ferraz (2008), as modalidades de sintomas fundamentadas nas defesas neuróticas, nas representações e nos seus recalques, no ressurgimento por vias simbólicas deram lugar às manifestações somáticas, pré-simbólicas, aproximando-se, muito mais, dos *actings* que do sintoma definido pela psicanálise. O que retorna no corpo e na ação é da ordem do primitivo, no qual esse conteúdo não passou por processos secundários, como o pensamento, sendo, muitas vezes, impossível de se constituir devido aos impactos de tais conteúdos no psiquismo. Resta, então, o alívio para a continuidade da vida por meio de uma maneira bastante precária: o alívio pela ação, tendo como alvo o próprio corpo biológico. Em outros termos,

O corpo, mais do que a linguagem, seria o cenário onde estas formações se desenvolvem: tanto no plano da motricidade (que rege o *acting* dirigido ao exterior ou *acting* psicopático), como no plano anátomo-fisiológico (em que o *acting* se dirige ao soma, dando origem as mais diversas formas de adoecimento psicossomático) (FERRAZ, 2008, p. 56).

De tais incursões teóricas surgem indagações sobre a maneira de a psicanálise se posicionar na presença do sintoma que se processa no corpo, daquilo que antes era um critério de “analísabilidade”, devido ao excesso e à precariedade simbólica. Com isso, a crítica a ser feita diz muito mais a respeito da inexistência ou da limitação de um arsenal teórico-clínico, que necessita desenvolver-se, criar e agregar conceitos para a abordagem da clínica psicanalítica na contemporaneidade. Com esse objetivo, Ferraz (2008) faz suas incursões sobre a obra de Freud e a de autores contemporâneos para tal empreitada. Para ele, o corpo em psicanálise restringiu-se a um resto de teoria que ficou abandonado como objeto psicanalítico. Como resto, também, no sentido de estar restrito ao filogeneticamente herdado, permanecendo aquém da formação do sujeito psíquico que se constitui pela

linguagem, contornado pela simbolização, tendo seu funcionamento biológico escapado aos processos não singularizados, resto daquilo que não se converteu em corpo erógeno.

Já o corpo somático ficou na periferia do pensamento psicanalítico, a partir do momento em que se deu a descoberta do corpo erógeno nos estudos sobre a histeria, com base no qual se fundamentaram os estudos acerca das psiconeuroses. Decorrente dessa ênfase no corpo erógeno, no tipo de angústia e dos sintomas, dentre outros aspectos, as funções do corpo ligadas às necessidades foram ficando em segundo plano, o que ajudou a estabelecer as diferenças entre as psiconeuroses e as neuroses atuais. Estas, por sua vez, ligadas aos eventos da atualidade, foram perdendo espaço na teoria freudiana, que encontrou na sexualidade apoio para o desenvolvimento da etiologia das psiconeuroses, definindo por essa via a estrutura neurótica.

Ferraz (2008) acredita que as neuroses atuais foram retomadas em 1920, quando Freud, no texto *Além do princípio do prazer*, desenvolveu uma psicologia do traumático fundamentada no não representável, tendo na ideia de pulsão de morte aquilo que a define como um dispositivo anti-representacional. Desse modo, o retorno ao inorgânico, ao estado originário, poderia ser entendido como a volta ao pré-representacional, que remete ao corpo biológico primordial, ao corpo restrito às suas funções fisiológicas para a manutenção de sua homeostase. Em outras palavras, um corpo que não foi erotizado, que não entrou no circuito libidinal promovido pelo encontro com o outro.

Ferraz (2008) ainda salienta que é o corpo anátomo-fisiológico que funciona sob o domínio da necessidade, que ficou aquém da linha de apoio e que, portanto, não se converteu à sexualidade psíquica fundante do corpo erógeno. Ele nos lembra que foi Dejours quem levou às últimas consequências a teoria do apoio de Freud, fundamentando o fenômeno da subversão libidinal para explicar que o corpo não se presta apenas às necessidades vitais, mas atende a outras necessidades de cunho sexual, de agressividade, de amor, enfim, aos domínios do desejo. O surgimento do sujeito psíquico se dá pela colonização do corpo pela libido, dando origem a um corpo liberto, parcialmente, de suas funções fisiológicas, de seus comportamentos reflexos, de seus instintos, de sua automaticidade fisiológica, desfazendo-se da pura necessidade para dar lugar à diversidade dos jogos elaborados sob o domínio do desejo, o qual retira o sujeito da determinação biológica. Declara também que a

subversão será sempre um processo inacabado e que, em certas condições, pode ocorrer um movimento regressivo na linha de apoio, que traz à tona a imposição do somático sobre o psíquico. Mesmo assim, após o movimento de subversão, o corpo somático não será mais o mesmo, uma vez que sua programação filogenética foi direcionada para fins eróticos, retirando o sujeito da determinação biológica, atrelando o funcionamento de seu corpo à expressão de um sentido, de intencionalidade e de direcionamento ao outro.

Apoiando-se ainda em Dejours, Ferraz (2008) clarifica que o processo de subversão libidinal é estabelecido pela relação da criança com os seus pais. O corpo erógeno surge em decorrência dos cuidados e dos descuidos fornecidos pelos adultos, dependendo do resultado do seu inconsciente parental, isto é, de suas histórias, de suas inibições, de seus desejos, de suas neuroses etc. As comunicações enigmáticas dos pais são captadas pela criança também como um enigma, pois pertencem ao domínio do inconsciente, resultando no corpo erógeno, no corpo representado, cuja origem está na subversão libidinal. Isso nos dá condições de compreender a diferença entre os sintomas histéricos e a somatização: nesta, o processo recai sobre o corpo biológico, sobre a função somática que não foi subvertida libidinalmente; já na histeria, a conversão se dá no corpo representado, resultante da função enigmática do desejo do outro sobre a criança.

Partindo dessas informações, Ferraz (2008) aponta o papel incisivo da pulsão de morte sobre as patologias não neuróticas, cuja ação imediata se dá sobre o corpo real. Em suas palavras,

Na função sobre a qual a mãe não puder 'brincar', não incidirá uma subversão, permanecendo ela, então, mais suscetível às respostas menos elaboradas psiquicamente ou, o que é o mesmo, expostas às respostas estereotipadas e impessoais herdadas da filogênese. Tais respostas passarão principalmente pelo *acting*, em detrimento do pensamento, e, em vez de se expressarem como sintoma que lança mão da linguagem para se constituir, recorrerão à motricidade automática ou à descarga sobre o soma (FERRAZ, 2008, p. 61).

Desse modo, podemos ir construindo compreensões e diferenciações a respeito do que, hoje, chamamos clínica da contemporaneidade, que tem sua fundamentação no corpo e nas ações, ou seja, no registro não representacional. Segundo Ferraz (2008), Dejours construiu sua teoria sobre as patologias não

neuróticas determinando-as com base em seu conceito de não subversão libidinal, para atribuição das doenças psicossomáticas. De acordo com o pensamento de Dejours, como nos apresenta Ferraz (2008), nas doenças orgânicas, nas quais determinadas funções fisiológicas de um órgão são atingidas, desviadas de seu curso normal e, até mesmo, paralisadas ou hiperestimuladas, ocorreria um processo de somatização que escapou da subversão libidinal, permanecendo sob o regimento do funcionamento fisiológico, sendo tal fenômeno denominado forclusão da função (DEJOURS, 1989 *apud* FERRAZ, 2008), para explicitar o organismo ou a parte dele que ficou excluído da economia erótica durante a infância. Tais conceituações foram estendidas para a compreensão da psicose e das doenças neurológicas como falhas no processo de subversão libidinal.

Ferraz (2008), mais uma vez, recorre a Dejours para reiterar a importância da retomada do conceito de pulsão de morte na obra freudiana, respondendo ao “fator atual”, presente nas patologias não neuróticas, tendo como fundo um resíduo não representado e, portanto, não elaborado que subjaz como um fundo nas psiconeuroses, demonstrando o limite do representável ou, como Freud assinalou, no substrato somático, estaria o primeiro estágio do sintoma neurótico. Sendo assim, a pulsão de morte atuaria como um dispositivo desfavorável à representação que conduziria ao desapoio da função. De acordo com Ferraz (2008), a pulsão de morte, compreendida como um impeditivo à representação, corresponde à força que Marty (1991) denominou “má mentalização” para a atribuição do déficit representacional, denotando o empobrecimento dos sistemas inconsciente e pré-consciente, caracterizados pelo discurso concreto, objetivo e carente da função onírica.

A angústia que se manifestaria, nesses casos, seria a angústia automática, à qual Freud se referiu em *Inibições, sintomas e angústia*, retomando aquela que ele anunciara como descarga no caso das neuroses atuais em outro escrito, conforme nos apresenta Ferraz (2008). Trata-se, portanto, de uma angústia somática, sem representante psíquico, que se contrapõe à angústia-sinal de cunho psíquico. Ferraz (2008) afirma que a angústia automática é decorrente de uma falha do ego na presença do perigo, que, diante do inesperado, não teve condições de apreender a realidade; logo estamos falando de algo ligado ao traumático, ao irrepresentável que se associa à pulsão de morte. Desse modo, o organismo responderá de acordo com seus modelos filogeneticamente herdados, que não foram apreendidos pelo

psíquico, dando respostas intelectualmente cognitivas, ausentes de singularidades e de criatividade próprias das formações simbólicas.

M'Uzan (2003), pertencente à Escola Psicossomática de Paris, retoma o fator atual presente no fundo das psiconeuroses como traumas verdadeiros, que não podem ser elaborados e que, por isso, são irrepresentáveis, convertendo-se em forças degradantes da autoconservação, formando a superfície das neuroses atuais. Explica ainda que a incidência da força letal da compulsão à repetição não precisa ter relação com um instinto ou com uma pulsão especial, pois a degradação da energia atual, diante do núcleo irrepresentável do trauma verdadeiro, funciona como um fator quantitativo da força perversa da energia de autoconservação, sendo esse o conceito de pulsão de morte elaborado pela psicanálise.

Outros autores também pertencentes à Escola de Psicossomática de Paris, como Marília Aisenstein e Claude Smadja, retomaram a questão do fator atual, salientando a importância da obra de Marty que definiu uma “ordem psicossomática”, a qual resultou na organização do pensamento da primeira geração de tal escola. Ao conceituar o “pensamento operatório”, Marty se atentou aos aspectos econômicos e à variabilidade do funcionamento mental de uma organização psíquica em que as representações investidas estão ausentes. O que aparece como déficit do funcionamento mental na teoria de Marty pode ser relacionado com o conceito freudiano de pulsão de morte como força destrutiva dos processos do pensamento, comum aos estados operatórios e a patologias comportamentais, funcionando como dispositivo anti-pensamento (AISENSTEIN; SMADJA, 2013 *apud* FERRAZ, 2008).

Ferraz (2008) destaca que, após a segunda teoria pulsional freudiana, as neuroses atuais passaram a ser repensadas sob uma perspectiva econômica, não havendo dúvidas sobre a presença da dimensão traumática e da destrutividade interna presentes na organização das neuroses atuais, elementos derivados da ação de mecanismos interruptivos que privam o tecido mental da libido das pulsões eróticas.

Assim compreendida, Ferraz (2008) discorre sobre as transformações na clínica psicanalítica. Primeiramente, aponta a descrença de Freud quanto aos problemas das neuroses atuais, o qual relegou, naquela época, seu domínio para a medicina. Indica também as contribuições promovidas à psicanálise pela clínica psicossomática, como a retomada da discussão sobre o corpo somático e sobre a

sua ausência de sentido, devido à compreensão de “sentido” imbuída no sintoma neurótico. Mais uma vez, recorre a Marty e a Dejours para demonstrar as ampliações teórica e prática da clínica psicossomática acrescidas ao campo psicanalítico. Vale-se também de Marty, que, além da discussão em torno do corpo, propôs uma mudança da técnica com o paciente psicossomático, cuja interpretação deveria ser relegada para a utilização de uma psicoterapia de cunho econômico, centrada no plano da pára-excitação e não nos remanejamentos dinâmicos, pois o fundamento não era tornar consciente o que estava consciente, mas na construção de um aparelho psíquico.

Ademais, Ferraz (2008) lembra que a abordagem lacaniana procede nessa mesma linha ao enfatizar o sentido de sintoma apenas às neuroses, uma vez que os fenômenos psicossomáticos estariam privados do caráter da intencionalidade, de endereçamento ao outro, comum às psiconeuroses. Nas manifestações psicossomáticas, o sentido é pensado pela proposição dejouriana de ‘trabalho do sintoma’, que sugere que a aparição de um sintoma no corpo é resultante de uma simbolização que não pôde ser efetivada, sem negar, no entanto, o seu caráter de rudimento que carrega a potência de sentido, o qual pode ser atribuído pela escuta, como explica:

[...] sob transferência, fantasmaticá-lo nem que seja por meio de uma elaboração secundária, que não restituiria seu sentido ‘causal’ ou ‘verdadeiro’ – se ainda fôssemos positivistas! – mas oferecer-lhe-ia uma oportunidade de ingressar na categoria de *formação do inconsciente* (FERRAZ, 2008, p. 66, grifo do autor).

Para Ferraz (2008), a intencionalidade aqui é promovida pelo encontro analítico, desde que o paciente queira saber a respeito do significado de seu sintoma. Caso contrário, recorrer a um tratamento médico pode ser a melhor escolha, mantendo-se na posição de uma intencionalidade sem significação. Para a realização do trabalho analítico, o analista deve renunciar a exigência de que o sentido do sintoma coincida com sua causa ou com sua origem. Além disso, o trabalho deve estar focado na intencionalidade, sendo o sentido, por esse motivo, encarado como contingente, decorrente do encontro analítico. De longe, o sentido perpassa a descoberta do material inconsciente. Inclusive, segundo Ferraz (2008), o sentido se direciona à mudança psíquica, que marca sua reapropriação pelo sujeito, indo de encontro à forclusão da função para o estabelecimento do agir expressivo, a

fim de promover a estabilização ou o desaparecimento de doenças psicossomáticas, de transtorno do pânico e de casos que apresentam o uso patológico da motricidade, o que pode ser verificado em casos de hiperatividade infantil e na incontinência motora de alguns pacientes *borderlines*.

1.4 Indagações da psicossomática psicanalítica

Continuemos com o nosso objetivo de compreender a história da delimitação do campo da psicossomática psicanalítica. Em 1998, Volich levantou o seguinte questionamento: seria a psicossomática mais uma especialização na abordagem do adoecer humano? Sua resposta é positiva, apontando para a crescente demanda de cursos, em todos os níveis, respondendo a uma demanda e a intensificando. Nesse contexto, ele discute a apropriação cultural do verbo “somatizar”, ora podendo ser entendido como um discurso depreciativo acerca do sujeito que sofre, ora referindo-se a uma etiologia/causa de doenças que insistem em persistir, independentemente dos procedimentos médicos. Aponta para a responsabilização do “cuidado emocional” atribuído aos psiquiatras e aos psicólogos que trabalham nas diversas instituições de saúde, os quais ficam incumbidos do “acompanhamento psicológico” quando as demais categorias profissionais alegam não ter tempo ou não se sentirem competentes para tal atribuição. De certa maneira, tal cenário nos fornece indícios sobre o reconhecimento dos aspectos emocionais incidentes das patologias somáticas; no entanto, não podemos deixar de nos indagar sobre os pressupostos e sobre as implicações de tais procedimentos e se estes são suficientes para sustentação da psicossomática como especialidade.

Volich (1998), então, recorre à perspectiva psicanalítica, particularmente à desenvolvida nos anos 50 pela Escola de Psicossomática de Paris, cuja principal referência é Pierre Marty. Tal recorte se faz necessário, pois a psicossomática é um campo heterogêneo; ao que parece, o simples fato de considerar a ligação entre corpo e mente parece suficiente para profissionais e instituições se reconhecerem como pertencentes teórico e prático da psicossomática. Desse modo, situá-la por um adjetivo que faz referência a uma abordagem científica é insuficiente; há, portanto, a necessidade de conhecer os fundamentos e os postulados pelos quais se orienta. Para responder à questão inicial – sobre a psicossomática ser uma nova abordagem

sobre o adoecimento –, Volich (1998) indica a necessidade de se analisar a própria natureza do campo psicossomático, por seus modelos teóricos, por sua relação com a clínica, por seus limites e pela possibilidade de troca com outros campos científicos.

Ao escolher a psicanálise para essa empreitada, Volich (1998) nos lembra que Freud apresentou as limitações da neurologia na abordagem da histeria, inferindo que não há relação entre os sintomas apresentados e as causas orgânicas, contrariando o paradigma científico daquela época. Questionando-se sobre as resultantes do conflito psíquico na esfera somática, Freud descobriu o inconsciente e fundou a psicanálise. A partir de então, ao abordar a histeria e a sua diferenciação em relação às neuroses atuais, versa sobre a discussão já anteriormente apresentada, que se constitui como a primeira referência do pensamento psicanalítico sobre a participação dos fatores psíquicos nas doenças orgânicas.

Os fundadores da Escola de Chicago, George Grodeck, Félix Deutch e Franz Alexander, conforme Volich (1998), empenharam-se para aplicar os conceitos psicanalíticos para desenvolver uma abordagem psicossomática da patologia orgânica, elaborando um jeito próprio de trabalhar e de pensar sobre as futuras gerações de terapeutas adeptos a tal vertente. Nessa perspectiva, os trabalhos de Dunbar, de English, de Ruesh e de Alexander buscaram estabelecer as relações dos conflitos emocionais e das estruturas de personalidade com alguns tipos de doenças, além de se aterem à compreensão das relações entre as reações emocionais e as respostas do sistema vegetativo e do sistema nervoso central. Outra contribuição teórica da escola de Chicago, importante de ser citada, foi a Síndrome Geral de Adaptação, apresentada por Selye, que descrevia um conjunto de reações fisiológicas do organismo que visa preparar-se para situações de defesa das agressões, o que gerou a noção de *stress*.

Ainda para Volich (1998), desde os anos 40, houve constatações sobre a apresentação de doenças somáticas e sobre a sua relação com os estados depressivos, cujo resultado foi a incrementação de um campo de pesquisa para a compreensão da relação entre o sistema imunológico e as emoções. Nos anos 70, surgiu mais um campo de pesquisa: o da neuropsicoimunologia. V. Riley relatou o desenvolvimento de tumores malignos transplantados em camundongos sob situações de estresse, pesquisa que, somada a outras, colaborou para o atrelamento dos fatores emocionais no desencadeamento de doenças graves, como

o câncer. Outras teorias psicossomáticas permaneceram fiéis, sendo orientadas pela concepção dos sintomas histéricos; como representante, Volich (1998) cita Angel Garma que considerou os distúrbios gástricos manifestados por alguns pacientes resultado do conflito inconsciente da não elaboração da introjeção maciça da mãe má.

Volich (1998), no entanto, atribui aos estudos desenvolvidos nos anos 50 pelo Instituto de Psicossomática de Paris, liderados por Marty, a ampliação da teoria e da clínica psicossomáticas, a qual introduziu “uma continuidade conceitual e clínica entre a abordagem médica e psicanalítica da sintomatologia, tanto psíquica quanto somática” (VOLICH, 1998, p. 12). Segundo o autor, os estudos desenvolvidos pelo grupo de estudiosos trouxeram contribuições para além das patologias nas quais se reconhecem os fatores psicoemocionais envolvidos, como as alergias, a hipertensão, as enxaquecas etc.; os pesquisadores conseguiram também incidir sobre o tratamento de doenças graves, como o câncer, e sobre os efeitos da soropositividade do HIV. Volich (1998) ainda cita três campos essenciais para a compreensão da psicossomática psicanalítica das patologias somáticas, os quais são a dimensão etiológica da patologia, na atenção às relações precoces entre a criança e os seus pais e, por fim, no âmbito terapêutico.

Os primeiros trabalhos de autores do IPSO, como Marty, M'Uzan, Cristian David, Michel Fain, fundamentaram-se no conceito de neurose atual para a compreensão das patologias somáticas, as quais não cabiam no modelo da conversão histérica, como já mencionado outrora. Parte-se, principalmente, do pressuposto de que o sintoma somático possui sua função econômica de gestão da excitação e da angústia, ausente de significação simbólica, sendo, por isso, fator refratário à cura analítica. Fundamentando-se em uma concepção metapsicológica e, sobretudo, econômica, Volich (1998) compreende o primeiro enfoque da psicossomática do IPSO da seguinte maneira:

Tenta-se assim de compreender os destinos da excitação pulsional no organismo e suas possibilidades de descarga. A patologia somática não conversiva é o resultado da impossibilidade da excitação através dos recursos psíquicos do indivíduo, em função de uma estruturação deficiente, no plano representativo e emocional, do aparelho mental (VOLICH, 1998, p. 13).

Com base em tais prerrogativas, podemos afirmar que as primeiras formulações teóricas do IPSO partiram das concepções clássicas da psicanálise

para a definição de um corpo teórico que buscou definir o aparelho psíquico e as suas funções como reguladores do funcionamento psicossomático e dos destinos das excitações no organismo. Considerando as características do desenvolvimento e o momento de vida, as perturbações que incidem nesse funcionamento resultariam em patologias psíquicas ou somáticas. De acordo com Volich (1998), essas teorias marcam a essência dialética contínua presente entre corpo e psiquê, nas diversas fases do desenvolvimento individual e, sobretudo, nas relações interpessoais.

Além da perspectiva econômica, outra característica que marca a primeira fase das teorias do IPSO e que serve para a compreensão do caráter dialético diz respeito ao aspecto evolucionista. Assim, retomando as ideias relacionadas à filogênese, aponta para o fato de serem encontradas nos seres mais complexos características dos organismos mais simples, além de se referir à ontogênese, para explicar que o desenvolvimento dos seres humanos se inicia por uma simples célula, indiferenciada, a partir da qual se desenvolverão estruturas distintas para a constituição do organismo complexo. Com base nessa relação, seria possível considerar que estruturas mais complexas poderiam guardar um registro, uma espécie de “memória fisiológica” de suas origens, como um grupo de órgãos que se desenvolve a partir de uma mesma camada do zigoto guardaria uma ligação funcional, a tal ponto que tais órgãos poderiam manifestar-se em decorrência de uma perturbação do organismo.

No que diz respeito ao ser humano, os desenvolvimentos filogenético e ontogenético guardam estreita relação com o ambiente, ou seja, com a dependência de outro ser vivo para seu progresso e para sua sobrevivência. O indivíduo que oferece os cuidados ao bebê, geralmente identificado na figura da mãe, atende não apenas às necessidades vitais, mas funciona, sobretudo, como uma película protetora que filtra os estímulos que o bebê ainda não é capaz de assimilar. Essa proteção exercida pela mãe é essencial para o desenvolvimento e para a maturação de vários processos psíquicos, motores e, inclusive, fisiológicos.

Atualmente, já sabemos como os cuidados maternos, os sentidos e os estímulos pelo toque sensorial estão relacionados ao processo de mielinização do sistema nervoso. Desse ponto de vista, notamos que a criança depende dos cuidados do outro para o desenvolvimento da motricidade, da linguagem, da relação com os demais seres humanos e do aparelho psíquico, como estrutura mais elaborada dos seres humanos, exercendo sua função de assimilação e de

elaboração dos estímulos internos e externos, provenientes do meio ambiente e da natureza pulsional. Por fim, o caminhar para o desenvolvimento de estruturas mais complexas objetiva a manutenção do equilíbrio homeostático do organismo que, em algumas situações, pode utilizar-se de recursos mais primitivos do que outros mais elaborados, os quais ele já domina, do ponto de vista estrutural. Isso porque os seres humanos não são determinados apenas pelos níveis de hierarquia que suas estruturas alcançam; pelo contrário, eles também possuem movimentos regressivos, destrutivos e de desorganização, como nos lembra Volich (1998). Por isso, a patologia pode ser um meio de o organismo regular sua homeostase e sua relação com o meio; assim, podemos compreender, a grosso modo, sem nos estendermos mais, a dialética presente entre soma e psíquico, bem como nas relações interpessoais e nos seus determinantes nos funcionamentos fisiológico e psicológico.

Ainda nessa perspectiva de delimitação do campo da psicossomática psicanalítica, Volich (1998) ainda aponta a importância do conceito de mentalização para explicar um modo específico de reger a economia psíquica para a saúde do indivíduo, que, nos pacientes de estrutura psicossomática, estaria ausente ou enfraquecido. De acordo com o discurso psicanalítico, o organismo necessita descarregar as excitações para manter seu equilíbrio homeostático; para tanto, ela se utiliza de vias que se dão nos campos do orgânico, da ação e do pensamento, seguindo, assim, uma linha evolutiva. Tais vias são mecanismos dos quais o indivíduo dispõe para orientar suas reações quanto às suas vivências, podendo ora fazer o uso de seus recursos mais evoluídos, ora dos mais primitivos, a depender da situação a ser enfrentada, do quanto esta pode mobilizar o sujeito, dentre outras variáveis.

O fato de o indivíduo pensar ante uma situação, de poder escolher qual resposta será dada e de raciocinar demonstra o quanto nossas operações psíquicas estão além de nossos comportamentos motores automáticos ou de simples reações reflexas. De acordo com Volich (1998), a mentalização consiste em operações simbólicas por meio das quais o psiquismo garante a gestão das energias instintivas e pulsionais, libidinais e agressivas, demonstrando seu caráter regulador da economia psicossomática, tendo na criatividade, na atividade fantasmática e nos sonhos os elementos essenciais para a manutenção de tal equilíbrio. O autor esclarece que a utilização de recursos mais rudimentares demonstra uma

estruturação ou um funcionamento deficiente do aparelho psíquico, que recorre aos recursos motores ou às reações orgânicas para manter o equilíbrio psicossomático.

A mentalização diz respeito ao aspecto mais evoluído, que favorece a saúde psíquica e a física do sujeito, orientando a sua relação com o mundo de maneira mais criativa e espontânea. Por outro lado, como afirma Volich (1998), a definição do conceito de pensamento operatório por Pierre Marty denota o negativo da atividade do pensamento, do empobrecimento da capacidade de simbolização das demandas pulsionais e da fantasia, características dos pacientes que apresentam a patologia somática não conversiva. Como já dito anteriormente, trata-se de um funcionamento não neurótico, de pouco contato com o desejo, de uma aderência extrema à realidade, o que favorece uma adaptação extrema ao meio social. Volich (1998) argumenta que a via de expressão de tais sujeitos se dá por expressões corporais, por mímicas faciais e por dores físicas, não encontrando outras vias para a manifestação emocional.

Já no que se refere à dinâmica interpessoal, são característicos a indiferenciação e o baixo investimento objetal, inclusive, esse aspecto é facilmente perceptível na relação terapêutica. Tais peculiaridades, com o acréscimo da importância ao factual ou ao presente, dos comportamentos adaptativos e automáticos, da ruptura com o inconsciente e com a sexualidade, do alheamento à própria história, da negligência do passado e da incapacidade de fazer projeção no futuro, fundamentaram o conceito de pensamento operatório. Marty, observando a especificidade da dinâmica afetiva de tais pacientes, criou a ideia de depressão essencial para destacar a ausência do trabalho de elaboração, de objetos e de queixas, além de uma profunda fadiga e da perda de interesse generalizada a tudo que o rodeia.

De acordo com Volich (1998),

O Pensamento Operatório e a Depressão Essencial são os aspectos mais visíveis das deficiências de funcionamento das dinâmicas psíquicas, que, persistindo, podem evoluir para um quadro de patologia somática. A Depressão Essencial é frequentemente precedida por angústias difusas, angústias arcaicas e automáticas que indicam as deficiências do funcionamento defensivo do Eu. A vida operatória é uma tentativa de colmatar esses acessos de angústia instalando um equilíbrio frágil através de atividades utilitárias que visam garantir as operações mínimas necessárias à sobrevivência do indivíduo. Entretanto, estes dispositivos podem tornar o sujeito vulnerável às afecções somáticas, aos riscos de

acidentes por atos impulsivos e comportamentos perigosos como resultado da incapacidade do Eu de encontrar vias mentais para lidar com o afluxo das excitações. (VOLICH, 1998, p. 16).

Essa explicação, bem apurada, dos conceitos e da psicodinâmica de tais pacientes demonstra a contribuição das pesquisas realizadas por Marty para o incremento da teoria psicanalítica no que diz respeito às psicopatologias não incluídas no funcionamento neurótico.

Ao considerar as vias de escoamento das excitações – orgânica, motora e pensamento – como meios para a aquisição do equilíbrio ou para o seu estabelecimento, é preciso ter em mente que tais meios também são caminhos para o estabelecimento de patologias. Qualquer indivíduo está sujeito a reagir de maneira patológica em algum momento de sua vida, levando em conta a sua estruturação, os seus recursos psíquicos, o evento traumático e a sua duração, além de outras variáveis. O caminho da patologia, em alguma das áreas já mencionadas, dentro da perspectiva psicossomática, sinaliza a busca pelo restabelecimento do equilíbrio, mesmo que as manifestações tenham um cunho regressivo ou desviante, mesmo que seja um organismo que não conseguiu reagir com seus recursos mais evoluídos para lidar com as tensões internas ou externas, nas quais se encontra ou às quais esteve submetido. Nessa perspectiva, as reações patológicas ou as patologias estabelecidas dependerão dos recursos individuais para a gestão das tensões, como também da intensidade e da duração do evento, seja ele interno, seja externo. A tendência é a de que o organismo reaja com seus recursos mais evoluídos; no entanto, ele pode recorrer aos recursos mais primitivos até que alcance uma situação de equilíbrio. Essa condição regredida pode manter-se e depende da tensão e da sua duração, assim como da capacidade do organismo de se restabelecer para responder, de modo mais elaborado, às situações.

É por meio da relação dialética entre psiquê e soma que se revelam as duas vertentes do funcionamento único do organismo, maneira pela qual é possível compreender o desenvolvimento e as patologias na visão da psicossomática psicanalítica. Volich (1998) acrescenta que esse modelo rompe com os dualistas, que enfatizam uma ou outra dessas duas dimensões. Segundo o autor, seria impossível estabelecer os limites entre o normal e o patológico, uma vez que as oscilações entre os recursos mais primitivos e/ou elaborados são maneiras de o organismo assegurar a vida do indivíduo. Ele destaca que, em todas as reações

tidas como “normais”, encontram-se elementos desorganizados ou desviantes, assim como, nas patologias, verifica-se um mínimo de organização para a adaptação do indivíduo à realidade.

Desta forma, perde o sentido a tentativa de estabelecer uma causalidade unívoca, emocional ou orgânica, para a compreensão da etiologia, bem como a distinção do distúrbio funcional e lesional, critérios frequentemente utilizados para discriminar entre sintomas conversivos, distúrbios orgânicos ‘verdadeiros’ e as doenças ditas ‘psicossomáticas’ (VOLICH, 1998, p. 17).

Os fatores, sejam emocionais, sejam fisiológicos, obedecem a uma dinâmica interacionista na causa que desencadeia um sintoma funcional, podendo, mais tarde, produzir uma verdadeira lesão. Dessa forma, o autor elenca as limitações das teorias – seu caráter agressológico –, que atribuem a causa de uma patologia unicamente a um certo acontecimento traumático ou à incisão sobre o *stress*, refutando-as segundo a orientação psicossomática psicanalítica sobre o adoecimento que o compreende como a interação multifatorial composta pelas forças do sujeito e do meio no qual está inserido.

De acordo com Volich (1998), as críticas à psicossomática psicanalítica dizem respeito ao enfraquecimento dos limites entre o normal e o patológico, bem como a todas as consequências que recaem sobre o pensamento pragmático, que insiste em estabelecer os critérios para as categorias nosográficas. Longe de ser uma especialidade, firma-se a clínica psicanalítica, ultrapassando qualquer intenção de precisar as fronteiras entre os diferentes campos de conhecimento e de negligenciar a observação fenomenológica e a clínica; por conseguinte, a psicossomática é um campo para a reflexão das mutações humanas ou, nas palavras de Volich (1998, p. 18), um “[...] campo operador para refletir sobre alguns avatares da existência do Homem”. Assim, a interlocução com outros campos de conhecimento amplia a compreensão acerca do objeto, podendo servir à medicina, às ciências sociais, como incremento para a teoria psicanalítica etc. A psicossomática psicanalítica não tem, portanto, sua prática restrita ao consultório particular, na medida em que se firma como um operador teórico e prático em contextos da saúde e em outros enquadres que comportam a interdisciplinariedade, podendo promover outros modos de relações pessoais e interpessoais em diversos contextos. Inclusive, segundo Volich (1998), é possível sonhar com uma sociedade que valorize a arte, o

conhecimento e a cultura como medidas preventivas e atividades vitais ao homem, ultrapassando a ideia do simples prazer.

Por último, mas não menos importante, descrevemos uma espécie de roteiro elaborado por Ohki (2002) acerca do seu trajeto para a compreensão das doenças psicossomáticas. Utilizando-se do referencial psicanalítico, ele apresenta os primórdios de uma teoria que investigava o processo de somatização com o intuito de descobrir qual acontecimento mental estava repercutindo-se no corpo físico, sendo essa abordagem uma transposição das vivências dos conflitos psíquicos para as estruturas fisiológicas. Tal orientação se remete às teorias desenvolvidas por alguns representantes da Escola de Chicago, como F. Dunbar, F. Alexander e A. Garma, que, posteriormente, atribuíram o silenciamento do sintoma físico, deixando em menor evidência a sua própria resolução. Além disso, Ohki (2002) considera que foi pela introdução dos conceitos de pensamento operatório (MARTY; M'UZAM, 1963) e de alexitimia (SIFNEOS, 1973) que a abordagem do fenômeno psicossomático passou a considerar mais os defeitos na estrutura psíquica do que a hipótese de conflitos intrapsíquicos presentes em sua patogênese.

Ohki (2002) procura explicar as diferenças existentes nos processos de somatização e na doença psicossomática. Nos dois casos, predomina a queixa física. Especificamente, o processo de somatização envolve um conflito psíquico, sendo a doença psicossomática caracterizada por um déficit psíquico, o que incapacita o indivíduo de simbolizar. A angústia presente no conflito psíquico é a de aniquilamento, decorrente da regressão desintegrativa. Por outro lado, nas doenças psicossomáticas, a angústia é a de vazamento, de derramamento, composta por fragmentos não integrados. Com base em tais diferenças, Ohki (2002) atribui o termo somatização aos quadros regressivos, e o termo doença psicossomática fica reservado para as situações em que se evidencia a parada no desenvolvimento psíquico em níveis pré-verbal, pré-simbólico e pré-conceitual, explicitando o comprometimento da capacidade de simbolização.

Posto isso, notamos que a compreensão de Ohki (2002) é para além dos primitivos níveis mentais, situando-se a nível do ego corporal, em que as fantasias são fantasias no corpo e sem imagens e em que se encontram primitivas formas mentais nas quais estão presentes os fragmentos não integrados, consistindo, para o autor, o estado de não integração como o cerne das doenças psicossomáticas.

Esse estado é uma primeira formação mental, composto por um agregado de fragmentos e por experiências sensoriais. Segundo ele,

Em nível de ego corporal as primitivas fantasias inconscientes são específicas, sem verbos e sem imagens, constituindo a fantasia **no** corpo, enquanto aquelas com imagens seriam as fantasias **sobre** o corpo e que vão constituir a imagem corporal. E o que interessa à compreensão do fenômeno psicossomático são estas fantasias inconscientes **no** corpo, que parecem como se fossem 'splitting', mas não é, porque neste nível não existe tal mecanismo, pois este só existe nos fragmentos **des-integrados** (OHKI, 2002, p. 8, grifos do autor).

Essa seria mais uma das hipóteses psicanalíticas sobre a doença psicossomática. Aqui, ela foi citada para enfatizar o argumento da contribuição do desenvolvimento desse campo para a psicanálise. Dentre as várias abordagens, seguimos o nosso trabalho com a apresentação da teoria de Joyce McDougall, enfatizando o seu conceito de psicossomática e os pressupostos por ela utilizados para a fundamentação da sua teoria e da prática clínica.

2 O psicossoma em psicanálise: trajetória teórica de Joyce McDougall para a construção de um conceito psicanalítico

Tendo em vista a proposta de traçar um percurso sobre o conceito de psicossomática elaborado por Joyce McDougall, temos como ponto de partida, obedecendo a uma ordem cronológica, a obra *Em defesa de uma certa anormalidade* (1983), na qual a autora explana, em alguns capítulos, suas ideias iniciais sobre o psicossoma.

A autora compreende que as defesas que se erguem na presença das dores psíquicas estruturam os diferentes modos de ser, como os modos neuróticos, os psicóticos, os perversos e as doenças psicossomáticas. Essas criações psíquicas singulares, de acordo com McDougall (1983), ajudam o sujeito na homeostase de sua economia pulsional e na manutenção de seu sentimento de identidade, sendo este o lugar no qual o sujeito fará a sua morada existindo, já que uma resistência ferrenha será erguida contra tudo que possa abalar essa fortaleza psíquica criada para a sua proteção.

Neste momento de sua obra, a psicanalista reflete sobre os aspectos misteriosos das manifestações psicossomáticas, o que a leva a indagar a função delas como defesa e os limites da análise. Como resposta, ela afirma que esse tipo de organização não oferece proteção ao desejo de viver, entendendo-as como uma descarga, uma função de ato que dificulta o trabalho psíquico. Tais características aproximam as somatizações ao que McDougall (1983) denomina *atos-sintomas*, como as adições, certos desvios sexuais e algumas neuroses caracteriais, nos quais se encontram uma carência na função de elaboração psíquica e uma falha na simbolização, havendo a compensação por meio de um *agir* compulsivo, cujo objetivo é reduzir a intensidade da dor psíquica por uma via mais curta. O trabalho psíquico que levaria o sujeito à elaboração perde espaço para um funcionamento muito mais próximo do princípio do prazer, como descreve a autora:

Todo *ato-sintoma* ocupa o lugar de um sonho nunca sonhado, de um drama em potencial, onde os personagens desempenham o papel de objetos parciais ou até são disfarçados em objetos-coisas, numa tentativa de imputar aos objetos substitutivos externos a função de um objeto simbólico que está ausente ou danificado no mundo psíquico (os alimentos ou a droga que servem como resposta à depressão; o fetiche ou as condutas que levam inexoravelmente ao fracasso como resposta à angústia de castração). Deste modo, a exteriorização em um 'agir' esconde uma história relacional e

passional cujos intuitos, ainda que sua leitura nos seja acessível, estão petrificados num ato alienante (MCDUGALL, 1983, p. 134).

De acordo com a autora, o drama da existência subjetiva, impossibilitado de ser elaborado, recai sobre o soma “delirante”, dando a conotação de uma história ausente de palavras que abre o palco (do corpo) para as manifestações psicossomáticas, atos que roubam a cena do imaginário e da capacidade de sentir, tratando-se, pois, de uma regressão que McDougall (1983) considera ser a mais profunda e primária do ser. Ainda segundo ela, essas manifestações são verdadeiros emissários do instinto de morte e de pouco valor simbólico, restritas a substituições satisfatórias (a não ser pelos ganhos secundários) e que rompem com o silêncio quando eclodem no corpo, ficando em evidência a sua não função protetora, divergindo, assim, das defesas neuróticas, psicóticas e perversas.

Devido a tais características, em especial, a incapacidade simbólica e o registro ineficiente da palavra nesses casos, a autora indaga-se sobre o trabalho do analista, que, é caracterizado por traduzir em discurso simbólico o mal-estar do sujeito. Qual seria a escuta nesses casos? McDougall (1983) aponta para as divergências existentes quanto à demanda de análise centrada no sofrimento de ordem psicossomática, constatando grupos favoráveis, que defendem algumas psicoterapias modificadas, e grupos contrários. A autora, então, traz o seguinte fato: que as afecções psicossomáticas são expressões corriqueiras, existentes em qualquer ser humano, independentemente da estrutura psíquica que o caracterize. Elas são respostas aos conflitos internos e às catástrofes externas, revelando o limiar das defesas neuróticas, psicóticas e perversas diante dos traumatismos da existência do sujeito. Vale lembrar, porém, que “[...] esta nova transformação não exerce as mesmas funções protetoras” (MCDUGALL, 1983, p. 135).

McDougall (1983) recorre a Freud para explicar os usos que as pulsões fazem do corpo, apontando os dois tipos de somatizações descritos na histeria de conversão e na neurose atual: a neurastenia e a neurose de angústia. De forma bastante breve, uma seria o oposto da outra, ao considerar o empréstimo que a histeria faz do corpo para a tradução de seus conflitos pulsionais, portanto, nas histerias, os sintomas narrariam uma história que encerram um significado simbólico. Por outro lado, nas neuroses atuais, os sintomas manifestados no corpo encontrariam suas origens no momento presente, o qual impediria a satisfação das pulsões libidinais. Por sinal, esses sintomas também foram considerados por Freud,

de acordo com McDougall (1983), como destituídos de significados simbólicos, o que os aproximaria mais das manifestações psicossomáticas descritas até aquele momento pela autora em questão, remetendo a um corpo biológico e real e não a um corpo fantasmático, como na histeria.

No entanto, após a segunda tópica da teoria freudiana, essas delimitações que possibilitaram diferenciações tão exatas foram-se complexificando. McDougall (1983) aponta que Freud passou a ver a conversão e a identificação histérica como defesas resultantes das forças de recalçamento do ego e do superego. Desse modo, os sintomas de conversão passaram a ser considerados traduções das inibições das pulsões do id, recaindo sobre inibições do funcionamento somático, como a insônia, a frigidez, a anorexia, a prisão de ventre, além de outras manifestações que se encaixavam como histeria de conversão. A autora, porém, considerou-as sintomas psicossomáticos autênticos, que foram diferenciados pelo fato de alguns estarem ligados ao polo da retenção e outros, ao hiperfuncionamento do corpo, sendo descargas diretas. Posta essa diferenciação, lança a seguinte reflexão: “É possível que o tempo morto implícito à inibição (tanto psíquica, como física) assinale uma diferença importante a nível do princípio de realidade e da ‘mentalização’ do conflito” (MCDUGALL, 1983, p. 136).

No que diz respeito ao corpo e ao seu uso distinto no psicossoma e nas neuroses histéricas, McDougall (1983) compreende que, nestas, o corpo é tomado como empréstimo para a tradução simbólica dos conflitos pulsionais, por isso, seus sintomas são passíveis à tradução em palavras, as quais são inseridas em uma cadeia de significantes. Esse ponto de vista clássico acerca da histeria na psicanálise fundamenta o trabalho da palavra, da escuta, da inscrição e da tradução por meio de interpretações no trabalho analítico, que se dão por meio da construção de uma narrativa sobre o sofrimento do sujeito. No entanto, nas transformações psicossomáticas, o corpo se exprime sozinho; não existe um conflito que possa ser traduzido, denotando o seu caráter pré-verbal e arcaico. Por isso, McDougall (1983) coloca em dúvida, também, a defesa do psicossoma, deixando claro que o seu funcionamento é regido por leis biológicas, que se anunciam sutilmente e que prosseguem seu caminho de precisão mortal.

Aprofundando suas reflexões sobre o corpo, a autora se baseia em estudos de François Ganthet (1971), o qual aproximou o corpo do discurso neurótico com o corpo na fala do psicótico, propondo que, na neurose, o corpo é simbólico, já que ele

substitui o conteúdo recalcado, o que estabelece uma relação de sentido com outros elementos; em contrapartida, na psicose, o corpo fala sem representação simbólica, sendo um corpo ausente de sentido. A psicanalista acrescenta a esse estudo o corpo no processo de somatização, apontando que o corpo não fala, mas age. Os elementos inconscientes formariam um capital psíquico para o neurótico diferente daqueles que poderiam fornecer a via de acesso ao psicossomático. Estes poderiam aproximar-se, segundo a autora, do conceito de recalque primário, estando aquém da palavra, que nunca existiu para o pré-consciente, tendo pouca chance de se transformarem em material para a construção de fantasmas. Na tentativa de delimitar um núcleo que operasse nas regressões psicossomáticas, McDougall (1983) compreende que estas seriam as forças de “antivida” presentes no íntimo de cada um de nós.

Dando continuidade às suas reflexões, a autora pondera que a pesquisa de Freud se limitou a tratar os aspectos psicológicos do psicossoma, todavia as pesquisas recentes desenvolvidas pela psicanálise e a prática clínica, bem como a dimensão somática dos analisandos passaram a interessar os analistas pós-freudianos, levando-os a indagarem se todas as doenças não encerrariam um aspecto psicogênico, aproximando as relações entre os fenômenos psicológicos e biológicos da vida do sujeito. Ademais, assinala McDougall (1983) que as pesquisas científicas apontaram que estamos mais suscetíveis a doenças e a acidentes quando estamos ansiosos, pessimistas em relação ao futuro, se comparamos ao estado de satisfação com a vida.

McDougall (1983) reconhece a falta de pesquisas analíticas no campo da psicossomática e sugere que nos atenhamos aos fatores psíquicos que poderiam corromper o escudo imunológico, sobretudo quando tais afecções entram em curso no processo de análise. De acordo com sua experiência, relata que, em um mesmo período, nove pacientes com problemática neurótica foram afetados pela tuberculose pulmonar, identificando neles características comuns quanto ao momento em que a doença deflagrou e o modo de relação com os outros. Sobre essa situação, a autora descreve o seguinte:

Em especial, as relações amorosas e sexuais desses pacientes destinavam-se a reparar uma brecha deixada pela relação primordial com a mãe-seio; a relação sexual, rica em significações variadas, revelava às vezes uma dimensão compulsiva. Quase todos foram atingidos pela tuberculose numa época em que sofreram uma perda

objetal importante, embora a maior parte do tempo estivessem inconscientes, tanto da intensidade do seu estado de desamparo, como da ambivalência em relação ao objeto que lhes fazia falta. Poderíamos sustentar a tese de que, em vez de abrirem o coração ao luto pelo objeto ausente, abriram aos bacilos de Koch, como se o corpo vivesse uma depressão arcaica, relicário de um amor respiratório insaciado (MCDOUGALL, 1983, p. 138).

Essas compreensões de cunho psicanalítico da autora destoam de outras investigações feitas por seus contemporâneos acerca das afecções do funcionamento orgânico, pautadas no estabelecimento de correlações entre o estado afetivo do sujeito e as doenças físicas; outras, por sua vez, no modelo das neuroses clássicas, que tentavam decifrar o simbólico “escondido” nas manifestações psicossomáticas. Segundo a autora, tais pesquisas não informam a causa das transformações somáticas; por isso, em sua obra, sua proposição é a de que as reações somáticas sustentam um circuito de representações ligadas à angústia de castração, tendendo ao surgimento das angústias de separação e de despedaçamento atreladas à relação primordial com a mãe. Dessa forma, o fenômeno somático atrai a penumbra de representações psíquicas da castração fálica e da castração primária, as quais, mediante a experiência analítica e o desenvolvimento dos processos primários e secundários, poderão criar novas formas de pensar e de investir no corpo, que ignora os sinais de desamparo, de carência de investimento psíquico, o que impossibilita a sua representação como objeto psíquico. Se o corpo não é representado, não pode ser sentido como objeto de cuidado; por isso, é levado a situações de exigência física, muitas vezes insuportáveis, denotando a precariedade simbólica que recai sobre aquilo que sustenta a nossa existência concreta. Se o corpo é atingido, sofreremos os efeitos de tais adventos. Perceber o que recai sobre ele é uma maneira de se cuidar, afinal, quando os mal-estares não são sentidos, o seu objetivo é um só: aplacar a vida.

Ao abordar a proposta da “escola de psicossomática” da Sociedade de Paris, a qual pressupõe um modelo econômico, bastante parecido com o da neurose atual, no qual a transformação psicossomática é compreendida pela incapacidade de representação ou de elaboração das demandas instintivas do corpo direcionadas à psiquê, McDougall (1983) sublinha a aproximação da teoria freudiana sobre os efeitos de descarga da pulsão não elaborada, que está no polo oposto em relação às teorias que esperam a construção de sentido, enfatizando a presença de fantasias arcaicas recalçadas, da carência da capacidade de representar o conflito, o que

impossibilita o recalçamento. Posto isso, recorre aos estudos de Fain (1971) para explicar a incapacidade de investimento autoerótico comum à primeira infância, decorrente da vivência de uma relação na qual o corpo real da mãe substitui a função do objeto que deveria ter sido introjetado de tal modo que propiciasse um tipo de atividade psíquica semelhante à atividade onírica.

Em suma, o fato da mãe investir constantemente a criança impede a instauração do auto-erotismo primário e a introjeção fantasmática da mãe-seio – prelúdio essencial ao nascimento da via fanstasmática e à criação de um mundo objetual interno. Em casos extremos, a carência dessa interiorização tem por consequência nefasta, ou mesmo mortífera, a exclusão da *atividade libidinal da cadeia simbólica*. Não creio deturpar o pensamento de Michel Fain ao dizer que a relação torna-se pois uma relação com uma mãe-tranquilizante, mãe que tem o valor de uma *droga* para a criança (MCDOUGALL, 1983, p. 140, grifos da autora).

É por meio de tais argumento que McDougall (1983) explica os fenômenos clínicos de pacientes que só conseguem manter o equilíbrio psíquico por meio das adições, de pessoas que utilizam o outro como droga tranquilizadora. Quando a função materna não pode ser introjetada, ou seja, quando a relação da mãe com o bebê não pode ser investida o suficiente para a construção de um aparato psíquico que possibilitasse a função de pensar, associando palavra e afeto, dando origem à função simbólica, o futuro adulto corre sério risco de se tornar dependente do psiquismo do outro (mãe, namorado, amigos etc.), pois continuará funcionando em dupla, como um casal complementar, além de também recorrer à dependência de objetos que exerçam a função calmante de suas excitações, uma vez que essas não puderam ser apaziguadas devido à não introjeção de uma relação primária reconfortante.

Por sua vez, as pesquisas com bebês que conseguiram desenvolver um autoerotismo precoce, que os liberou de suas mães, ofereceram um importante aporte teórico para pensarmos a questão da separação entre psique e soma. Tais bebês demonstraram que conseguiam desinvestir no *sensorium*, podendo, assim, adormecer na ausência de suas mães, no entanto, acabavam pagando o preço de permanecerem com um vazio em que deveriam ser inscritas as primeiras representações de um objeto. A cisão se instala entre o lugar somato-psíquico interno, no qual deveria habitar o objeto (regente da pulsão para o despertar da vida psíquica) e o *sensorium*, como captador de estímulos do mundo externo. Cria-se,

nesses bebês, um abismo primordial, revelando a autonomia da pulsão e da atividade autoerótica, bem como o funcionamento de um corpo autístico. No processo de análise, de acordo com McDougall (1983), esse fenômeno pode ser observado mediante situações que dizem respeito à constituição da identidade, que recai sobre as questões da ausência e da diferença. Façamos uso das palavras da autora para uma melhor compreensão:

Se a diferença dos sexos destina-se a fazer do falo o significante do desejo e a dar um significado ao lugar que a criança ocupa no plano sexual também o corpo deve vir a simbolizar a diferença entre o ser e o outro, entre o dentro e o fora. Caso os dois pólos não sejam investidos libidinalmente, uma dupla ameaça irá pairar sobre o sujeito: a de que seu ego se desagregue e o corpo faça evoluções por sua própria conta, como um estranho (MCDUGALL, 1983, p. 141).

Desse modo, McDougall (1983) passa a se indagar sobre a possibilidade de ouvir o corpo autônomo, de criar novos elos com a psiquê e se essa seria a tarefa do analista, pois, de acordo com a autora, estaremos a escutar o silêncio. Assim, ela pensa na função do analista de resgatar representações destruídas, que não foram recalçadas, mas rejeitadas sem qualquer compensação, havendo ou não sofrimento psíquico. Compreende que o corpo e a vida somática interessam à análise na sua função de se tornarem representáveis como objeto psíquico. A surdez constratransferencial é instalada à medida que ousamos analisar alguns setores da personalidade, em especial o soma e o seu comportamento não influenciável, da mesma forma como trabalhamos com os setores neuróticos da personalidade. “Convém, portanto, distinguirmos a *falha* significável, que induz ao desejo e à criatividade, desse nada irrepresentável, indizível, metáfora da morte: terreno limite do analisável (MCDUGALL, 1983, p. 142, grifo da autora).

No capítulo *Corpo e discurso*, McDougall (1983) nos traz uma amostra clínica de um de seus “pacientes somatizantes”, por meio da qual expõe a dimensão fantasmática de um mundo interno empobrecido de representações, emaranhado de objetos parciais característicos das fases pré-edípicas que nos remete a um momento de desorganização em relação à temática do corpo, havendo, pois, uma brecha entre o corpo real e o corpo imaginário, em que também os afetos decorrentes da perda, da separação do objeto existem como ausência, podendo agir por meio de somatizações.

Na tentativa de promover uma melhor compreensão do psicossoma e dos processos simbólicos, McDougall (1983) relata uma sessão com Paulo, após anunciar suas férias, trazendo, assim, as reações do paciente e as suas vivências fantasmáticas acerca de sua tentativa de anulação mágica em uma situação de separação. Não descrevemos a sessão, pois ela já se encontra na íntegra no capítulo mencionado anteriormente McDougall (1983), no entanto, suas características mais relevantes são aqui apresentadas, tendo em vista a nossa intenção de acompanhar a elaboração do pensamento clínico da analista sobre o mundo interno de tais pacientes.

O discurso de Paulo é marcado por objetos parciais (boca e pênis, por exemplo), pelos quais se encontra o meio de comunicar a ambivalência amor e ódio, intolerável a esse nível de pensamento primitivo, que reage, com ataques sádicos, ao objeto de desejo, à vivência do amor canibal, dos objetos parciais idealizados e de tudo o que diz respeito ao amor da fase oral, segundo McDougall (1983). Assim, constata que o paciente se utiliza da forclusão diante da conflitiva da separação, opondo-se à rejeição que constitui o recalque, ocasionando efeitos como as somatizações e as projeções de nuances delirantes.

Nesse momento, McDougall (1983) não se debruça sobre o conceito de forclusão, mas se atém a sua tentativa de neurotização do discurso analítico, relacionando as expressões somáticas com o conteúdo fantasmático, “[...] a fim de combater o sufoco afetivo que empobrece o discurso e bloqueia o processo analítico” (MCDUGALL, 1983, p. 146). Assim, a analista vai tecendo compreensões sobre o que a experiência de separação pode representar ao seu paciente, como o espedaçamento de seu pênis, o adoecer como uma forma de não conseguir reagir às agressões sofridas pelas mulheres que se separam dele etc.

McDougall (1983) observa que Paulo não descrevia seus sentimentos, mas que suas sensações tomavam o lugar dos afetos, o que pode ser melhor compreendido por esta passagem: “Paulo: vejo-me atacando sua boca com o meu membro. Uma sombra escura e terrível se abate sobre seus seios. (Pausa.) Sinto tremores, descargas nos braços” (MCDUGALL, 1983, p. 145). Outras sensações físicas são manifestadas durante a sessão e a analista incita Paulo a imaginar outras coisas no lugar de tais metáforas somáticas. Importante salientar que o paciente já estava em seu quinto do processo analítico, fato que favoreceu a intimidade entre a dupla, sendo possível, assim, a análise de conteúdos mais profundos, como a

ambivalência amor e ódio, vivenciados de forma canibalística, característica da oralidade infantil, demonstrando um repertório de fantasias sádico-orais não metaforizadas, tendo o corpo como palco para a demonstração das intensidades pulsionais.

Paulo utilizava o mecanismo de identificação projetiva para lidar com aquilo que possuía em demasia: a violência projetada no exterior, em figuras femininas castradoras ou na multidão que lhe gerava fobia, por exemplo, podia ser evitada pelo paciente, sendo uma forma de controlar magicamente a violência. A descrição da compreensão de McDougall (1983) apresentada a seguir nos aproxima de tais conteúdos, tão primitivos, indicando-nos a forma como aparecem no campo analítico. Seleccionamos alguns excertos que estão organizados da seguinte forma: fala do paciente seguida das anotações da psicanalista.

Paulo: Outro dia, havia um monte de gente na rua, em frente do seu prédio. Tive uma sensação muito estranha. Não me senti bem, e pensei: 'Preciso encontrar uma ideia para poder atravessar a rua'. Logo veio-me a ideia do meu pênis, limpinho e em estado de ereção. Como afirmação de alguma coisa.

O afeto angustiante transforma-se mais uma vez em esboço de somatização. Ele se protege contra a mulher-multidão com a ajuda do seu falo ereto como uma picareta, numa tentativa de sobrepujar psiquicamente a sensação inquietante. Isso nos lembra a sua erotização da relação analítica como resposta ao abandono. Contudo, essas imagens clivadas do pênis não permitem uma integração estável de sua identidade viril diante dos fantasmas inquietantes envolvendo a mulher.

Paulo: Mas isso não funcionou. Pensei a seguir que o meu pênis era horrível, amarronzado. Imaginei-o coberto de pústulas. Não me sentia mais protegido. Nem conseguia pensar...tenho que dizer...tenho até medo de dizer...minha cabeça parecia partida ao meio. Uma sensação horrível! Tive até vontade de vomitar.

Submerso num conflito inarticulável, Paulo deve ter vivido momentos de despersonalização. A imagem da 'cabeça partida' é uma eclosão em estado bruto do processo primário, encenação onírica de sua ambivalência, de seu sadomasoquismo, da confusão momentânea entre sujeito e objeto, enfim de toda a sua divisão. O local privilegiado pela somatização, a área gástrica, lhe forneceu uma representação que não foi desenvolvida; o desejo de livrar-se do conflito apresenta-se a ele como vontade de vomitar. Como todo bom analisando, Paulo procura colocar em palavras aquilo que escapa à representação simbólica (MCDOUGALL, 1983, p. 147).

A sessão vai seguindo seu curso; outras tentativas de nomear o estado do paciente vão acontecendo com a intenção de simbolizar o material nunca antes representado. A nosso ver, alguns pontos – por exemplo, os elementos da oralidade, o amor sádico-oral, o bebê voraz castrador que dilacera o interior do corpo da mulher, que ama a ponto de engolir os objetos, a culpa persecutória etc. – levam-nos a dizer que tal comportamento corresponde à posição esquizo-paranóide descrita por Klein (1991). A incapacidade de criação de fantasmas e a falta de estrutura psíquica para a contenção do sadismo, segundo McDougall (1983), favoreciam, no caso de Paulo, a descarga somática direta. Suas úlceras eram desprovidas de sentido simbólico, assim como, no bebê, o hiperfuncionamento gástrico é efeito da ambivalência amor-ódio, devido à ausência de mecanismos psicológicos, dada a imaturidade psíquica comum à fase do lactente.

Ao fim da sessão, as vivências psíquicas do paciente parecem mudar o seu curso, ampliando a compreensão de McDougall (1983) sobre o caso em questão. A relação dual sem a proteção paterna que sugere a representação do feminino-fálico, bem como a ausência da representação fálica que protege a criança e promove a organização edípica passam a ser inseridas no discurso paciente-analista. A introdução da metáfora paterna feita pela analista não teve os efeitos esperados, como proteger a criança da luta corpo a corpo dos desejos maternos. Aos poucos, as compreensões da psicanalista denotam a existência de uma profunda identificação da criança com a mãe, como desejo de ser único a ela e de somente ele possuí-la, como recurso utilizado diante da angústia de separação e das interdições sexuais. Assim, conclui que a verdadeira doença de Paulo não eram as úlceras gástricas, mas uma profunda clivagem entre corpo e psique, “entre o Eu do sujeito e sua vida afetiva, culminando com a tentativa do soma de proteger-se sozinho contra os perigos irrepresentáveis para a psique” (MCDUGALL, 1983, p. 151).

No décimo capítulo de seu livro, *Em defesa de uma certa anormalidade*, McDougall (1983) discute os entraves do trabalho analítico na ausência de representação para os afetos e para as dores físicas. Seu discurso se inicia em torno da dor como elo entre a psique e o soma; seja ela física, seja psíquica, a sua expressão faz que o sujeito procure ajuda e que o trabalho analítico seja desenvolvido na intenção de compreender suas causas para o fim do sofrimento do

indivíduo. Isso, é claro, quando houve a integração psique e soma, a qual possibilita o reconhecimento da dor, seja qual for a sua espécie.

Nessa parte do livro, a autora desenvolve sua concepção sobre o psicossoma desde as suas origens até as suas características específicas que o diferenciam das outras formas de defesa, como as neuróticas e as psicóticas. Ela inicia seu percurso pela problemática da não erotização do corpo, ou seja, quando o corpo não se torna um objeto reconhecido para o psiquismo, o que gera a não apreensão da dor psíquica e o não reconhecimento dos estados afetivos pelo sujeito. Em alguns indivíduos, de acordo com McDougall (1983), a representação dos sofrimentos afetivo e físico é negada e recalcada ou, ainda, pode ser recusada e destruída, o que determinará a ocorrência de disfunções somáticas e psíquicas “na medida em que não existe uma via de acesso para os representantes psíquicos dos distúrbios em questão. Dentro desta óptica, podemos defender até a tese de que o homem só reconhece a dor *psíquica*” (MCDUGALL, 1983, p. 153). Para nós, é por meio da possibilidade de reconhecimento do mal-estar, do desconforto que é sentido que o sujeito apreende sua dor física, havendo, pois, uma conexão entre psiquismo e soma.

O sufocamento do afeto e a confusão das mensagens emitidas pelo soma, conforme McDougall (1983), colocam-se como um impedimento para a cura psicanalítica: como esse trabalho é consagrado pela via do simbólico, estamos diante de um terreno enigmático de ausência de representações que possam ser traduzidas em palavras. No discurso psicanalítico, o corpo só adquire o seu estatuto de corpo, pois ele é objeto para a psique, sem o qual esta não existe, dada a condição primitiva segundo a qual os processos biológicos são base para os processos psíquicos. Nesse contexto, o problema que se coloca é este: se o corpo não é representado psiquicamente, ele não existirá para o ego.

Quanto a isso, como afirma McDougall (1983), na prática psicanalítica, o analista só tem acesso ao “eu somático” do analisando se este está representado; na possibilidade de haver a representação, ela precisa ser comunicável e o sujeito precisa desejar transmiti-la. Para a autora, “A única verdade psíquica é aquela que o sujeito experimenta como tal. É também a única que ele nos pode comunicar. Qualquer outra apreciação relativa ao psicossoma corre o risco de ser rejeitada por ele” (MCDUGALL, 1983, p. 154). O fato é que o distanciamento entre o eu somático e a psique pode ser grande e os seus desdobramentos podem ser os mais

diversos, isto é, a maneira como ele é encarnado no real, como a insensibilidade diante de uma patologia grave ou, até mesmo, o seu oposto, a crença na existência de uma doença que não existe, o que nos leva a compreender que a prática psicanalítica nos permite observar e evidenciar o quanto a questão sobre o corpo e sobre a sua representação é permeada de mistérios.

O corpo a que o sujeito se refere em um processo analítico é um sistema de fatos psicológicos; existindo ou não dados de realidade que comprovem a sua existência, o paciente nos transmitirá aquilo que é verdadeiro para o seu Eu, sendo a forma como nós, analistas, conhecemos a relação estabelecida entre o eu psíquico e o eu somático. Pelos conhecimentos psicanalíticos, concebemos que o corpo é para a criança, em seus primórdios, um objeto do mundo externo, levando muito tempo para a constituição da sua unidade psicossomática, na qual a criança se sente envolta por um invólucro carnal sobre o qual é gerado o sentimento de identidade, ou seja, o de habitar o próprio corpo, conferindo a certeza de que o eu e o corpo são indissociáveis. Assim estabelecida a unidade psicossomática, a criança/sujeito consegue transmitir os seus sentimentos, revelando-nos o seu estado afetivo, podendo dizer-nos o que sente: dor, tristeza, alegria etc. McDougall (1983), porém, pontua que, em muitos adultos, possa não ocorrer essa experiência e que essa dissociação pode ser muito mais frequente do que imaginamos, pois ela não se restringe ao terreno das psicoses, no qual as alucinações e os delírios seriam soluções para as clivagens. Pelo contrário, é possível que o analista verifique que, em certos estados somáticos de seus analisandos, não ocorreu a representação mental de algumas partes de seu corpo, de suas zonas erógenas e de seus órgãos do sentido. Também essas representações que foram expulsas da psique não farão parte do discurso verbal, a não ser de uma maneira não cogitada ou pela própria sensação do analista de que falta alguma coisa no que é dito.

A constituição da identidade do ego e a sensação de existir no mundo passam pela organização psicossomática. De acordo com McDougall (1983), a maneira como o indivíduo vivencia a sua relação com o corpo também nos informa o modo como ele vive a sua relação com o outro. A seguir, apresentamos a explicação da autora sobre o que foi dito:

Nas organizações neuróticas, são os fantasmas do corpo erógeno recalçados que criam os sintomas e, por conseguinte, a alteração da relação com o outro. É o que chamamos de 'corpo neurótico'. Porém,

quando o corpo não é mais capaz de significar a diferença entre o ser e o outro, o interior e o exterior; quando o sujeito não acredita firmemente 'habitar' o corpo, as relações com os outros correm o risco de se tornarem confusas ou até mesmo terrificantes. A confusão também pode tomar a forma de uma amálgama entre uma parte do corpo e outra, ou de um emaranhamento de zonas corporais na representação global do corpo. Aqui, trata-se do 'corpo psicótico'. Essa forma de vivenciar o corpo está em relação íntima com o recalcado na estrutura neurótica e faz parte do material onírico de todo e qualquer indivíduo (MCDUGALL, 1983, p. 155).

Dessa maneira, a autora diferencia as vivências neuróticas e as psicóticas na relação Eu-mundo. Dando continuidade à sua análise, ela define o corpo na organização psicossomática, na qual o corpo é aparentemente desinvestido, pois os representantes psíquicos do soma são recusados e tratados como se não existissem ou, até mesmo, são desprovidos de importância e sua significação é forcluída. "A relação com o outro pode ser vítima dessa mesma desafetação aparente. Esse diálogo de surdos entre soma e psique é o que define o corpo psicossomático" (MCDUGALL, 1983, p. 155). Segundo a autora, para uma melhor compreensão, é necessário considerarmos a questão da representação mental da dor somática e afetiva. Conseguimos encontrar essa surdez existente entre os dois registros em casos emblemáticos observados na clínica, como em certos casos de automutilação, nos quais a dor física é inacessível à sensibilidade do sujeito, assim como, em outros casos, a dor pode ser erotizada a tal ponto de o sujeito sentir prazer.

Desse modo, podemos entender, segundo McDougall (1983), que são vários os mecanismos que desarticulam a unidade psicossomática, como a clivagem, a negação, a projeção e a expulsão para fora da psique dos elementos representativos do fenômeno perceptivo à dor. A autora insiste em chamar a atenção dos leitores para o seguinte fato: não importa a natureza das manifestações; elas devem ser compreendidas como tentativas de autorresolução diante dos conflitos na constituição da imagem psicossomática do indivíduo, ressaltando que, no campo psicanalítico, este termo se restringe às suas patologias, "como se nos faltasse o conceito de uma unidade psicossomática não-patológica!" (MCDUGALL, 1983, p. 156).

Esta perspectiva, a de pensar a psicossomática e os seus desdobramentos sobre a identidade e sobre a sexualidade do sujeito, é o objeto de interesse de nossa pesquisa, com a intenção de que essas investigações possam fornecer-nos subsídios para avaliarmos a clínica psicanalítica na contemporaneidade, destacando

as falhas no registro simbólico que ausentam o sujeito de sua realidade psíquica, colocando-o à mercê de adoecimentos físicos e de graves atuações. A nosso ver, a teoria de McDougall embasa e fundamenta uma clínica de reconhecimento da diversidade psicológica não patológica, no qual o sujeito, no entrelaçamento com suas realidades interna e externa, tem como resposta o seu modo de ser. Estamos diante do campo dos processos de subjetivação e das possibilidades de enlace entre as pulsões de vida e de morte.

Seguindo adiante, a fim de esclarecer a origem da problemática psicossomática, McDougall (1983) recorre aos primórdios da vida do bebê para explicar a experiência da dor física e da emocional. A princípio, o lactente não diferencia minimamente esses dois tipos de experiência devido à sua incapacidade simbólica, inerente à sua condição. Ele não representa as suas vivências – sensações, percepções, reações físicas, todos esses são um emaranhado indiscriminado para o seu psiquismo –, sendo que sua única atitude é reagir diante disso tudo, por meio de choro, de movimentos físicos, de recusa alimentar, de regurgitos, de barulhos, de insônia, de balbucios, dentro outros, ou seja, por reações localizadas no soma, em seu aparato físico.

Essa coincidência entre o psíquico e o somático no bebê, segundo McDougall (1983), tendo como referência os conhecimentos psicanalíticos, em especial os de Castoriadis-Aulagnier (1975), leva-nos a postular que o início da vida psíquica se dá por registros dos fenômenos do soma, “[...] de forma pictográfica, de acordo com o *processo originário*, que aliás continua em ação durante toda a vida do sujeito” (MCDUGALL, 1983, p. 156, grifo da autora). Se o recurso do soma (como sensorialidade, de início, não discriminada) faltasse ao bebê, a única via para o manejo pulsional, a ameaça da morte biológica, seria-lhe muito maior. É por meio de seus incômodos (como estímulo), portanto, que o bebê atrai o outro, que nominará aquilo que surge como indiscriminação e, aos poucos, discrimina-se, formando os registros da experiência.

Essa experiência, formada diante da impotência motora e da dependência do bebê em relação ao seu cuidador, dará início ao primitivo processo de subjetivação, como menciona Dionísio (2012) ao assinalar a precocidade desse advento, uma vez que ele ocorre antes da dialética de identificação ao outro e da organização linguageira. Segundo ele, “[...] a primeira inscrição do eu no mundo só é possível porque a ele pré-existe um sistema simbólico estruturante” (DIONÍSIO, 2012, p.

187); no caso, esse sistema provém do cuidador – geralmente a mãe –, ou seja, do olhar deste sobre o seu bebê e da leitura que o adulto faz da criança. Ao comentar sobre o estágio do espelho, Dionisio (2012) concebe que será o momento em que se edificará um mundo de proteção, ainda que primário, que retira o sujeito do desamparo, deixando, por isso, profundas marcas na história de qualquer indivíduo.

De acordo com o autor, esse processo ocorre concomitantemente à experiência de um corpo sentido como não unitário, ou seja, como um corpo despedaçado, ressaltando que é na primeira infância que a unidade do corpo se constitui pelo trabalho do estágio do espelho. Dionisio (2012) afirma que tal fenômeno assegura a totalidade de um psiquismo que está *por vir*, caracterizado por um funcionamento imaginário do corpo atrelado à identidade alienante, entendida como o funcionamento consciente. Assim, conforme Dionisio (2012), é dessa maneira que a insuficiência orgânica, típica dos primeiros estágios de desenvolvimento do ser humano, é superada pelo ideal imaginário de unidade, por isso, o autor considera que toda identificação corresponderia a uma forma de alienação que será superada pela castração. Ao comentar sobre a não instauração da castração, orientado pela leitura de Foster (1993), Dionisio (2012) conclui que

A esse sujeito, uma vez constituído, nada resta além das vivências persecutórias, a invasão de pulsões destruidoras que teriam como meta retornar ao estado ‘fragmentado e fluido’ anterior, ou seja, isso tudo caracteriza a função primordial da pulsão de morte (FOSTER, 1993, p. 8 *apud* DIONISIO, 2012, p. 191).

Por sinal, tal estado será constantemente negado, recusado, além das diversas tentativas de domesticá-lo que podem ser lançadas pelo sujeito, a fim de evitar um colapso em sua subjetividade. É pela via da representação que esse estado, caracterizado pelo processo primário, pode ser metabolizado. Dionisio (2012) recorre à psicanalista Aulagnier para explicar como se dá o processo de significação que a elaboração secundária promove ao objeto, de tal modo que a psique se aproprie de e incorpore o que vem do exterior por meio da inserção do sujeito na rede de significados oriundos dos processos secundários.

Para compreender o trabalho da representação da excitabilidade corpórea no interior do psiquismo, de acordo com Dionisio (2012), Aulagnier (1979) elaborou o conceito de atividade *pictográfica*, que seria o trabalho solicitado ao psiquismo de metabolizar uma informação, que, a princípio, é-lhe heterogênea, em um material

homogêneo à sua estrutura, o que permitirá à psiquê representar a sua própria vivência.

Essa representação pictográfica dos fenômenos que se apresentam ao aparelho, cuja a morfologia já configura uma espécie de metabolização, é uma condição *sine qua non* à totalidade da experiência psíquica. 'O representado se dá à psique como a apresentação de si próprio. O agente representante vê na representação o fruto de seu trabalho autônomo e aí contempla o engendramento de sua própria imagem' (Aulagnier, 1979, p. 42-43). Mais tarde, isto é, quando conseguir representar o sujeito viverá o autoencontro com as produções originárias que ficaram guardadas pelo recalçamento primário (*Unverdrängung*). (DIONISIO, 2012, p. 194).

Dessa forma, o pictograma corresponde ao precoce estabelecimento do esquema relacional eu-não eu, como representação psíquica que a atividade psíquica faz de si mesma, bem como é o artifício que forja o originário ligando o Eu aos seus objetos. Nesse sentido, é pelas interpretações que a mãe faz das reações fisiológicas de seu bebê que a vida simbólica começa e é assim que as experiências afetivas e corporais vão inserindo-se no código da linguagem. Segundo McDougall (1983),

Por intermédio da fala, a mãe oferece nomes para diferentes partes do corpo da criança e ao mesmo tempo lhe transmite o espaço fantasmático que será ocupado em particular pelas zonas erógenas, transmitindo-lhe igualmente a natureza da relação '*zona-objeto complementar*' que dá origem ao esquema de base psicossoma (MCDOUGALL, 1983, p. 157, grifo da autora).

Com base no exposto, podemos perceber a importância que a autora atribui à nominação dos estados afetivos para a organização psicossomática da criança. Ou seja, a relação mãe-bebê torna-se determinante para que a criança adquira consciência sobre o seu corpo e sobre os sinais que ele emite, bem como para a elaboração simbólica, por meio do pensamento verbal e imaginário, dos acontecimentos físicos e emocionais que a acomete. Essa seria, portanto, a base para que o adulto, futuramente, conheça a sua realidade psíquica e possa comunicá-la aos outros. A unidade psicossomática exige um longo trabalho de integração das imagens do corpo e das suas zonas erógenas com os afetos que lhe estão associados, tornando-se, assim, acessíveis ao nível simbólico.

As falhas nesse processo podem ocasionar graves consequências ao sujeito, no que diz respeito à transmissão dos afetos, além de acarretar grandes entraves

para o trabalho analítico, como a resistência decorrente da inércia afetiva. Nesse momento, o objetivo da autora é esclarecer o quanto a situação dos afetos ameaça a unidade psicossoma. Ela explica que o afeto é um conceito limítrofe entre a psique e o soma e que, portanto, não pode ser considerado um fenômeno essencialmente psíquico. Nas palavras de McDougall (1983), o afeto caracteriza-se como uma ponte de comunicação vital, anterior à fala, para o estabelecimento de um estatuto simbólico para o eu somático, que, mais tarde, torna-se a morada do Eu no fantasma do sujeito falante. O reconhecimento do afeto pela mãe e, em um segundo momento, pela criança desempenhará um papel fundamental na manutenção da unidade psicossomática e na elucidação de suas reações patológicas.

A ligação relacionada à linguagem utilizada para a expressão de nossos sentimentos, segundo a autora, permite-nos observar a profunda relação existente entre o soma e os afetos, por meio das metáforas utilizadas por sujeitos nos quais foi possível a assimilação simbólica das suas vivências afetivas. No entanto, quando essa via é bloqueada, ou seja, quando a psique se torna inaudível aos afetos do corpo, ficamos à mercê dos perigos, em especial, da dor, cuja função é fornecer informações para a psique, em se tratando de perigos físicos e emocionais em relação ao corpo, para atender às suas necessidades e prepará-lo para situações de enfrentamento do estresse, seja qual for a sua natureza. Sobre isso, assim a autora nos diz:

Se esse elo privilegiado estiver enfraquecido, ou mesmo totalmente cortado, as consequências podem ser graves. Sentimentos eventuais de desamparo, desespero, angústia, culpa, raiva podem permanecer fora da psique e, por conseguinte, incapazes de alertarem o sujeito, impossibilitando-o de refletir para então agir. A perda da capacidade de sentir e representar a dor constitui uma séria ameaça para a integridade psíquica e biológica (MCDOUGALL, 1983, p. 158).

Posto isso, compreendemos ser dessa forma que o corpo se torna terreno às eclosões psicossomáticas, restando ao organismo biológico reagir, como uma forma de equilibrar a homeostase psíquica na ausência da tradução simbólica.

A autora prossegue retomando os conceitos de *raciocínio operatório* (MARTY; M'UZAN; DAVID, 1963) e de *alexitimia* (NEMIAH; SIFNEOS, 1970) para explicar as configurações psicológicas decorrentes das vicissitudes do afeto quando este não se torna uma comunicação para o sujeito, averiguadas por alguns estudiosos da psicossomática. Vale lembrar aqui que tais conceitos foram retirados

de situações de entrevistas psicológicas, diferentemente dos casos em análise, apresentados por McDougall (1983), que oportunizaram o conhecimento sobre a psicossomática psicanalítica.

McDougall (1983) compreende o conceito de raciocínio operatório como um modo de relação do sujeito com o outro, marcado pela pobreza de investimento libidinal e pela ausência de reações afetivas diante de perdas ou de eventos traumáticos. O indivíduo, assim defendido, não reconhece o fato traumático nem o relaciona com a sua condição física, pois, são esses os mecanismos que ele utiliza para negligenciar a emoção face à incapacidade de pensar e de refletir. Tais funções, por sinal, só podem tornar-se um recurso egoico quando a mãe encenou o aparelho de pensar para o bebê, transformando suas arcaicas emoções em elementos acessíveis à cadeia simbólica; em outras palavras, aquilo que era disruptivo, mediante a tradução, torna-se elemento favorável ao pensamento. Essa explicação é concernente à teoria desenvolvida por Bion sobre o pensar, pela qual McDougall foi bastante influenciada, a ponto de incidir sobre o seu pensamento psicanalítico.

Tais conceitos nos permitem apreender uma condição psicológica com características específicas, os quais McDougall (1983) relaciona com as falhas da comunicação primitiva da dupla mãe e bebê, ou seja, quando as emoções do bebê não são traduzidas, reconhecidas, validadas e nomeadas, trabalho exigido para a construção da via simbólica, restando ao bebê a carga bruta das emoções descarregadas no corpo. Essa explicação psicodinâmica é o que confere o estatuto da psicossomática psicanalítica na obra da autora estudada. Segundo a autora,

[...] não se espera de um adulto que ele reaja por meio de diarreias a uma situação de rejeição ou de abandono súbito sem nenhuma outra manifestação de ordem emocional. Por outro lado, podemos conceber que o bebê sinta necessidade de uma figura materna que pense por ele. É o que Bion descreve como a capacidade da mãe de 'conter' os afetos do bebê, dando a eles uma resposta adequada. Esse aspecto faz parte daquilo que chamei de comunicação primitiva. (MCDUGALL, 1983, p. 159).

Sendo assim, McDougall (1983) afirma que as perturbações nessa comunicação primitiva dificultarão a capacidade do adulto de pensar e de refletir sobre a sua dor psíquica, respaldando nesses argumentos teóricos e na experiência clínica a sua teoria psicanalítica sobre a psicossomática. Segundo ela, os pacientes

que sufocam seus afetos no momento em que se esperaria uma reação emocional intensa, a nosso ver, parecem sujeitos muito bem adaptados à realidade; são aqueles que, para nós, não são afetados pelos eventos cotidianos, podendo ser reconhecidos como fortes, inabaláveis e, até mesmo, sarcásticos. No entanto, tudo isso pode revelar uma fragilidade na estrutura da personalidade, uma vez que esses modos de lidar com a realidade se aproximam das características de defesas esquizoides para lidar com as emoções.

Seguimos adiante, agora, com o conceito de alexitimia, compreendido por McDougall (1983) como a incapacidade do sujeito de reconhecer e de nominar o seu estado emocional e a natureza de suas emoções. O autor desse conceito, Sifneos, atribui essa condição a um defeito fisiológico estrutural, que acarretaria uma falha simbólica e a impossibilidade de o sujeito, em uma situação de conflito psicológico, pensar na sua relação consigo e com o mundo. Tal explicação de ordem biológica é refutada por McDougall (1983), para quem as razões para tal tipo de funcionamento continuam abertas, arriscando-se, assim, a lançar sua hipótese, embasada nas representações e nas transformações dos afetos, decorrentes das cisões das representações. Para ela, os fenômenos psicossomáticos podem ser pensados como respostas aos conflitos psíquicos relacionados aos processos psicobiológicos de naturezas primitiva e pré-verbal que não chegaram à condição de serem representados psiquicamente, questão que remete à relação existente entre a representação do corpo e a captação dos representantes pulsionais. A autora, porém, questiona-se sobre a manutenção dessa condição de não mentalização de conteúdos tão importantes para o sujeito, indagando-se acerca da hipótese de que a carência simbólica poderia dar conta de responder aos questionamentos que giram em torno da organização psicossomática.

Dentre tantos dilemas que envolvem a pesquisa em torno da psicossomática, em especial, as questões que se remetem à existência do vazio devido à falha simbólica – lembrando que, por isso, o modelo das neuroses não caberia como modelo de tratamento no que diz respeito à atribuição de um sentido simbólico para os sintomas –, McDougall (1983) observa que, mesmo não esclarecendo as causas, não descartaria, naquela época, a hipótese do que chamou de “histerização arcaica”, psicobiológica, pois, de acordo com sua experiência clínica, os sintomas psicossomáticos teriam a tendência de revestir um significado neurótico-histórico. Quando o caso se apresentava com essas conotações, a análise em torno do

conflito edipiano produzia significativas mudanças no equilíbrio psicossomático. Por outro lado, McDougall (1983, p. 160) adverte: “caso a relação com o outro ou a imagem narcísica sejam abaladas, o fundo narcísico, sutilmente enraizado na auto-imagem e sutilmente expresso na natureza das relações objetais, corre o risco de expor o sujeito a uma perturbação psicossomática”. Esse trecho revela que suas observações sobre o fenômeno psicossomático extrapolam os conflitos neuróticos; há um direcionamento para o momento pré-edípico, no qual as relações objetais e o narcisismo fundamentam a estruturação do eu.

Um outro ponto que serviu de alicerce para a reflexão da autora sobre o psicossoma diz respeito às observações de experiências com pacientes psicóticos, referenciadas por Pankow (1972), por meio das quais foi possível inferir que as doenças somáticas sinalizariam o momento em que tais pacientes se sentiam em seu próprio corpo, momentos que divergem da experiência psicótica de não integração, pois eles tinham a sensação de que estavam dentro de sua pele, de que habitavam o seu corpo pelo sofrimento psicossomático. Fenômenos como esses, conforme McDougall (1983), também são observados em pacientes que preservam o valor simbólico do sentido das palavras, mas que revelam uma dimensão psicótica a nível das relações objetais, em que o outro representa uma parte de si e assegura a sua identidade subjetiva, tornando propensas as manifestações psicossomáticas diante de perturbações das relações objetais, ficando evidente a dependência do outro para a manutenção do equilíbrio psíquico e do sentimento de unidade do sujeito.

Por outro lado, em outros indivíduos, tais manifestações psicossomáticas podem evocar um despertar para si e para os próprios limites psíquicos e físicos. Nesses momentos, o paciente se dá conta de que pode “tornar-se” suscetível a manifestações somáticas benignas (MCDUGALL, 1983, p. 161). Reconhecer o adoecimento seria um progresso, mediante a constatação de um corpo para si próprio, de um corpo para a manutenção da vida, podendo, assim, cuidar de si. Isso provoca o reconhecimento por parte do Eu, que entende que o corpo lhe pertence, restabelecendo, dessa forma, a unidade psicossomática. Quando é assim, de acordo com a psicanalista, a doença psicossomática pode desempenhar um papel de um fato traumatizante, o qual possibilitará ao sujeito investir em seu corpo, reconhecendo seus limites e seu funcionamento. Seria, pois, uma via para a erogeneização do corpo pelo próprio sujeito?

O que diversos autores que estudaram psicossomática definiram como personalidade psicossomática, caracterizando o pensamento operatório e a aleximítia, é abordado por McDougall (1983) via discussão acerca do espaço vazio, que é entendido como um campo estéril, desprovido de afeto e de investimento libidinal, que protege o indivíduo na presença de exigências pulsionais, mas, por outro lado, entende-o como uma defesa perigosa, uma vez que torna tênue a diferença entre interior e exterior, entre dor psíquica e dor física. O terror da desarticulação do sentimento de identidade e a ameaça sentida pelo outro em seu mundo psíquico suscitam temores que instalam em seu eu uma identificação “introjetiva” e “despedaçante” (MCDUGALL, 1983, p. 162), desembocando em uma experiência desagregadora da qual o sujeito tenta proteger-se a todo custo. A autora versa que essa dinâmica seria mais perceptível em pacientes que se utilizam de várias defesas psíquicas, que não são os psicossomáticos típicos que constituíram uma carapaça para a desafetação. Para aqueles, seriam necessários anos de análise para que pudessem vir à tona as representações e os afetos que foram escamoteados em favor da construção do espaço estéril.

Esse espaço vem revelar-nos uma problemática global, nomenclatura atribuída por McDougall (1983), ao se referir aos temores provocados pelos elos fusionais e à luta contra a indiferenciação em relação ao outro, ao desejo de querer viver uma simbiose, revelando a fragilidade diante de qualquer momento de separação, de diferenciação. O corpo, desse modo, reage como o organismo do bebê diante dos afetos em seu estado bruto, ou seja, antes de terem sido trabalhados pela função materna e de se tornarem representados e/ou contidos por palavras ou por qualquer tipo de cuidado. A criação desse espaço esvaziado provoca no sujeito a surdez diante de seu próprio sofrimento e do sofrimento alheio, restando-lhe apenas o vazio. Na iminente ameaça de desfusão, inúmeros fenômenos podem ser observados na prática clínica que se circunscrevem em torno da ambivalência da constituição dos limites corporais, da constituição da pele psíquica, ou seja, da separação do objeto. Dentre eles, McDougall (1983) enumera os vários tipos de adições, já citados anteriormente, nos quais o objeto da adição é tomado como um substituto materno.

A psicanalista também discute a semelhança dessa área desafetada com alguns estados psicóticos descritos por Rosenfeld (1976), em especial no que diz respeito à ameaça de aproximação com o outro. Assim ela descreve:

Esses pacientes, ao aproximarem-se de um objeto de ódio ou de amor, podem confundir-se com o objeto. Contudo, apesar desse parentesco, devemos levar em conta uma diferença fundamental. A organização psicótica constitui, em si, uma defesa global contra a angústia apreendida, inexplicável, 'insensata', e o trabalho psíquico do sujeito restitui o sentido a esse sofrimento. Ao colocar-se a serviço do processo primário, a tentativa de auto-resolução do conflito em funcionamento defensivo do ego, a fala corre o risco de perder sua função semântica e simbólica (MCDOUGALL, 1983, p. 164).

Segundo a autora, a diferença se dá, pois, na solução psicossomática, no lugar da criação da neorrealidade, o vazio se estabelece, permanece o "nada" (MCDOUGALL, 1983, p. 164), desfavorável aos processos primário e secundário, o que fará o corpo ser palco para a eclosão do conflito na "carne"; sem palavras, sem vias para a representação, as afecções físicas se estabelecerão face à dor psíquica. Adiante, McDougall (1983) explica que essa condição psíquica criada pelo paciente psicossomático tem um sentido: o afeto, em seu estado bruto, somado à condição primitiva do eu fundido ao outro, faz que o sujeito reaja como o lactente em estado de desamparo. Assim, diante da ameaça psicológica, o eu infantil não reconhece o sofrimento de ordem psicológica, ao mesmo tempo, o soma é preparado para reagir como se estivesse diante de um perigo de ordem biológica. Estabelece, então, a cisão entre psique e soma, por isso, a dificuldade que alguns pacientes têm de estarem conscientes de seus estados emocionais, como o caso da paciente de McDougall (1983) que estava grávida e reagiu somaticamente (rectocolite hemorrágica) ao abandono de seu parceiro, evento que lhe parecia não afetar a sua vida psíquica. Tornar-se cega, não dar ouvidos a voz do desamparo, desenvolver uma frieza na iminência da dor, restando-lhe o adoecimento físico, todas ações cujo objetivo foi, de certa forma, a preservação da vida daquela paciente.

Isso nos põe uma importante questão para o nosso trabalho de analistas. Pacientes que se protegem, colocando em risco sua vida física, mostram-nos o seu desamparo emocional, não desejado por eles, que não têm condições de se haverem com isso. A nossa função, aqui, seria mais na ordem do sensível do que em vias de buscar sentido para a representação, a qual seria um trabalho secundário, tendo em vista a necessidade primeira da criação de um espaço para suportar as emoções – questão a ser discutida e desenvolvida no capítulo seguinte.

Como nos fala McDougall (1983), o trabalho em torno dos significados construídos pode provocar modificações sensíveis em alguns casos; em outros, não, já que nos faltam explicações suficientes, tratando-se, pois, de uma área descoberta que carece de explicações para a compreensão de tais fenômenos. No entanto, de uma coisa ela diz ter certeza: de que a problemática psicossomática nos coloca diante de processos biológicos arcaicos, com o objetivo de adaptar ou de conservar as forças de vida. Algo muito antagônico, porque estamos falando de adoecimento físico, ao mesmo tempo que estamos no terreno das vicissitudes do inconsciente e aqui, sim, as ambivalências e as contradições nos são válidas.

É por isso que a autora entende que os modos de funcionamento operatório e alexitímico, barreiras psíquicas, são solução para o enfrentamento daquilo que é irrepresentável e indizível; torna-se, então, uma tentativa de autorresolução do conflito, na qual o sujeito se protege no terreno do Outro. Façamos uso de suas palavras para uma melhor compreensão:

Quando a própria vida instintiva é encarada como **algo** perigoso para o sujeito, por não ser aceita pelo Outro, a psique, surda ante os apelos que vêm tanto de fora, quanto de dentro, realiza um esforço desesperado de autoconservação de suas energias vitais (mais ou menos como a criança autista que diante do medo da morte recusa-se a viver). A partir de então, o corte entre psique e soma favorece o aparecimento de afecções psicossomáticas. Numa situação em que a psique recusa a dor e o conflito, o corpo – esse computador implacável – acabará respondendo no lugar dela (MCDUGALL, 1983, p. 166).

Posto isso, a autora conclui que, mesmo que as doenças ameacem a vida do sujeito, podendo levá-lo a uma morte prematura, o seu objetivo ainda é a manutenção da vida psicológica; sendo assim, o soma precisará reagir às ameaças psíquicas como se elas fossem ameaças biológicas.

2.1 Vida e obra em conexão: prelúdios de uma teoria sobre o psicossoma

No primeiro capítulo do livro *Teatros do corpo* (1989), intitulado *Mater* – fazendo referência à figura despótica de sua avó paterna –, existem alguns dados biográficos de McDougall, também utilizados para tecer suas próprias descobertas sobre o psicossoma, além de sua experiência clínica. Ela relata que, aos 5 anos de idade, descobriu que o corpo guardava sua linguagem própria, ao contar as suas

experiências pessoais com sua avó, a *Mater*, e os sentimentos por ela evocados, que lhe causavam urticária todas as vezes em que passava as férias na fazenda de seus avós: “Estranhamente, os acontecimentos que se seguiram deram crédito a minha teoria infantil de que era à minha avó que eu era alérgica!” (MCDUGALL, 1989, p. 14). A avó também desenvolvera uma doença arterial coronária – angina de peito – após o filho caçula anunciar que se casaria, “[...] como se seu filho caçula tivesse cravado um punhal no coração” (MCDUGALL, 1989, p. 15). Seguindo suas análises sobre a sua manifestação somática e a de sua avó, McDougall considera que seus corpos falavam ao invés de elas sentirem suas dores e de elaborarem psicologicamente os sentimentos de despeito, de medo, de angústia e de cólera.

Sua curiosidade acerca de tais fenômenos a levou a caminhos diversos, passando a adentrar na pesquisa sobre a “linguagem” somática, a qual já tinha uma longa história. Cita o trabalho de William Osler (1910) sobre angina de peito, que refuta a ideia de que tais pacientes seriam emocionalmente frágeis ou neuróticos, ao mesmo tempo que pouco se preocupavam consigo mesmo e com os outros. Para McDougall (1989), tais características descreviam a caricatura de sua avó.

McDougall seguiu os passos de Freud, que manteve distante de seu campo de pesquisa e do tratamento psicanalítico as doenças orgânicas, mesmo considerando que havia razões psíquicas ocultas sobre a incidência das doenças físicas. Apesar da fundamentação de sua teoria no aparato biológico, na consideração da unidade mente-corpo, Freud achava que o campo de ação da psicanálise estava nos sintomas e nas funções psicológicas. Em relação a McDougall, ela inicia sua formação analítica nos anos 50, mais especificamente em 1950, e, até 1962, quando foi publicado *L’investigation psychosomatique* (DAVID; FAIN; MARTY; M’UZAN), os relatos das doenças físicas de seus pacientes eram ouvidos – formando a sua escuta analítica – como qualquer tipo de associação: constituíam parte da cadeia inconsciente do pensamento, submetidos às fantasias de castração, à tentativa de seduzir o analista etc. Nesse momento, a autora ainda não se tinha atentado para a comunicação de ordem não verbal, cujo sinal externo seria a doença psicossomática.

O interesse pelo mecanismo das doenças psicossomáticas se deu a partir da experiência que teve com um paciente que tinha úlcera gástrica e que manifestava crise dias antes das férias da analista em questão. Nesse momento, sua observação sobre a economia psíquica que sustentava o “self somático” se ampliara a um

campo de observação de “[...] tudo aquilo que tende a escapar ao processo psicanalítico” (MCDOUGALL, 1989, p. 17). Segundo a autora, são sentimentos penosos que não apareciam no discurso associativo da sessão, pois eram descarregados em atuações fora da análise, quase nunca chegando ao *setting*. Ela compreendia que a descarga na ação ocorria devido a uma sobrecarga afetiva e que a dor mental ultrapassava a capacidade de sustentação do sistema de defesas do sujeito. As “expressões-atraves-do-ato” o objetivo de dispensar, o mais rápido possível, o afeto, devido à incapacidade de conter e de refletir sobre nossas emoções e, assim, de dar respostas adequadas a tais sentimentos. De acordo com a autora,

Ao invés de contermos nossas emoções e de refletirmos sobre elas para encontrarmos uma resposta adequada, somos levados a *fazer* alguma coisa: comer demais, beber demais, fumar demais, provocar uma briga com o namorado, destruir o automóvel...pegar uma gripe! Essas diferentes expressões-atraves-do-ato, cujo o *objetivo* é dispensar o afeto tão depressa quanto possível, constituem frequentemente a origem de tratamentos analíticos intermináveis (MCDOUGALL, 1989, p. 17, grifos da autora).

A princípio, constatamos que os fenômenos psicossomáticos são compreendidos como atuações. Posteriormente, na obra de McDougall, ocorre a ampliação dessa terminologia às adições e a outros comportamentos que têm o corpo e as suas funções como objeto. Para a autora, os fenômenos psicossomáticos seriam os atos mais difíceis de serem captados. Na tentativa de compreendê-los, inicia sua pesquisa pela diferenciação entre expressões psicossomáticas e expressões históricas, que resultou no artigo *Étatis psychomatiques, nevrose d'angoisse et hystérie* (1982). Objetivando distinguir a imagem corporal (imaginação) e o funcionamento somático (o real do corpo), escreveu o artigo *Le psychosoma et la psychanalyse* (1974).

A fim de esclarecer as suas inquietações, ela se debruçou em *Estudos sobre a histeria*, de Freud, para melhor entender as manifestações clínicas das perturbações corporais. Compreende que, no sintoma histórico, uma das partes do corpo se torna investida de uma significação simbólica inconsciente, isto é, uma parte do corpo se torna o equivalente inconsciente do órgão sexual, deixando de funcionar normalmente ou, até mesmo, causando a sua inibição. Na tentativa de investigar os distúrbios de uma outra ordem que atingiam o corpo, como a insônia, a

esterilidade psicogênica, a impotência sexual, a frigidez, nos quais se revelava o salto da mente no corpo, recorreu ao conceito de histeria de retenção, do qual, a princípio, Freud lançou mão para diferenciá-la da histeria de conversão; no fim, porém, chegou à conclusão de que em ambas as afecções estariam presentes os mesmos mecanismos.

McDougall (1989) concebeu que os sintomas da “retenção”, na qual o corpo era empregado para a tradução das inibições das pulsões do id, eram, estruturalmente, de cunho psicossomático, não havendo o mesmo sentido que as somatizações por conversão (MCDUGALL, 1974). Ao denominar psicossomático em sua estrutura, entendemos que a autora está referindo-se à ausência de simbolização, por isso, diferencia-o dos sintomas histéricos, os quais não podem referir-se a um corpo imaginário, tendo como consequência a ausência de um aparato fantasístico para a elaboração do conflito. Na histeria de conversão, o sintoma nos direciona para as fantasias sexuais proibidas; na estrutura psicossomática, falta a matriz do corpo erógeno.

Nesse ponto, a autora vai além da pesquisa de Freud. Buscando diferenciar essas duas manifestações históricas, ela levanta a possibilidade de o tempo de inibição (psíquica e física) estar ligado ao princípio de realidade e à mentalização do conflito. Considerando a ampla gama de manifestações psicossomáticas, McDougall faz uma tentativa preliminar de diferenciar duas classes de expressões psicossomáticas: algumas denotando o hiperfuncionamento e a descarga direta do organismo após acontecimentos carregados de afetos não elaborados psiquicamente e outras situando expressões opostas, de retenção, sendo a asma um de seus exemplos. De acordo com sua experiência, a constatação da capacidade de seus pacientes de metaforizar seus conflitos, afastando-os do pensamento operatório e da alexitimia, seria fator relevante para que eles se livrassem de seus sintomas psicossomáticos, independentemente de reagirem com o hiperfuncionamento ou com a retenção.

No entanto, ela adverte que há outros fatores que interferem na análise da questão, como a significação inconsciente da manifestação somática em torno da economia libidinal arcaica. As somatizações cuja significação simbólica pura pode ser colocada em dúvida (insônia, impotência sexual etc.) se revelam, com frequência, como sinal externo de desejos proibidos; como defesa contra as pulsões agressivas e as sádicas pré-edipianas; como proteção contra fantasias arcaicas

ligadas ao medo de perder a identidade subjetiva. Isso vem revelar que, a cada momento, o psiquismo se utiliza do corpo; dessa forma, cabe ao analista distinguir as fantasias recalçadas daquelas que serão construídas, pois aquelas nunca acessaram o código da linguagem. Somente após esse ofício será possível indicar se o sintoma manifestado corresponde a angústias neuróticas ou psicóticas.

No artigo *Les mots manquants et l'économie de l'affect*, McDougall (1982) aproxima os distúrbios psicossomáticos das psicoses devido à natureza das angústias vinculadas ao aparecimento das afecções. Existe uma diferença marcante entre o pensamento do indivíduo psicótico e o daquele que somatiza as suas angústias; no entanto, notam-se a mesma confusão inconsciente da representação do corpo como continente, os temores relacionados aos limites e a capacidade de estancar, além de fantasias de fusão corporal, revelando o medo de perder o direito da identidade pessoal separada, como o de ter pensamentos e emoções próprios. A diferenciação supera o plano das fantasias primitivas; de acordo com a analista, alguns casos revelam a semelhança dos recursos econômicos utilizados para se defender dos terrores arcaicos.

A autora lembra que os medos primitivos deixam seus vestígios em qualquer ser humano, pois são inerentes aos desejos e aos temores de toda criança como efeito da crise edipiana, fazendo referência à relação mãe-bebê no seu aspecto fusional e às resultantes das angústias mais elaboradas do Édipo. Desse modo, a autora questiona se as organizações neuróticas não seriam construídas por um núcleo psicótico. Tendo em vista esse aspecto, as expressões psicossomáticas, assim consideradas pela autora, não poderiam ser assimiladas às doenças psicossomáticas descritas nas pesquisas de Alexander (1950) e de Alexander, French e Pollock (1960), que pensavam nesses fenômenos como desprovidos de significação simbólica, encaminhando suas pesquisas para o desenvolvimento de perfis de personalidade relacionados a cada tipo de manifestação psicossomática.

Considerando essa aproximação das doenças psicossomáticas com as angústias psicóticas, surgem outras comparações, como a relação com o corpo e com o pensamento. Ela expressa que, nas afecções psicossomáticas, o dano físico é bem real, ampliando o conceito de fenômenos psicossomáticos como efeito dos fatores psicológicos que incidem na saúde e na integridade física, levando a considerar os acidentes e as adicções como espectros de tais fenômenos.

Ela explica sua concepção comparando o corpo com o pensamento delirante do psicótico, expondo a sua relação com a linguagem, para aprofundar sua hipótese de que o sentido dos fenômenos psicossomáticos são de ordem pré-simbólica “e provoca um curto-circuito na representação da palavra” (MCDOUGALL, 1989, p. 22). De acordo com a autora, o pensamento do psicótico funciona como uma “inflação delirante” do uso da palavra para preencher o vazio aterrorizante. Por outro lado, o pensamento dos somatizantes funciona para esvaziar a palavra de seu significado afetivo; assim, o corpo funciona de maneira delirante, hiperfuncionando ou inibindo funções, ou seja, “o corpo enlouquece” (MCDOUGALL, 1989, p. 22). Dessa forma, seu conceito de psicossomática abrange o corpo real e as suas funções autônomas; as adicções são pensadas como uma saída psicossomática para a superação da dor mental por meio do uso de substâncias externas que aliviam e suprimem, de maneira provisória, o conflito psíquico. No entanto, como essa solução é provisória, tem prazo de validade, há a repetição indefinida pelo uso da substância.

McDougall (1989) também passa a se indagar a respeito da escolha do sintoma como tentativa de cura. Sendo a angústia a base das mais diversas sintomatologias, a determinação da escolha só é possível *a posteriori*, por meio do trabalho da análise na reconstrução dos conflitos libidinais e narcísicos, não sendo possível antecipar as causas da produção sintomática. Para a autora, determinados modos de funcionamento da mente adquiridos nos primeiros meses de vida podem orientar as manifestações psicossomáticas, mais do que as soluções neuróticas, perversas ou psicóticas. Dessa forma, ela postula a existência de uma sexualidade muito primitiva, caracterizada por aspectos sádicos e fusionais, atuando na origem das regressões psicossomáticas consideradas defesas contra vivências mortíferas. Por ser tão arcaico, não é possível distinguir o eu e o não eu, havendo apenas a existência de um corpo para dois. A princípio, visando à distinção do conceito de histeria neurótica, construída por meio de laços verbais, chamou de histeria arcaica para descrever o aspecto da busca de preservação da vida, do corpo inteiro, construído por laços somatopsíquicos pré-verbais. Aqui, a preservação, como já dito anteriormente, é pela vida inteira, não se restringindo apenas à sexualidade ou à identidade sexual.

Na vivência íntima com seus pacientes, além da percepção de suas dificuldades psicológicas, era comum a associação de doenças como alergias cutâneas, afecções cardíacas e ginecológicas etc., que a levaram a relacionar o

aparecimento e o desaparecimento desses distúrbios fisiológicos à sua ligação com os distúrbios afetivos. Além disso, apreendeu que, mais dias, menos dias, todos os pacientes (e os analistas) poderiam somatizar quando os acontecimentos ultrapassassem a capacidade de tolerância singular de cada sujeito.

Nesse contexto, especificamente aqueles que reagiam com fenômenos psicossomáticos a quase todas as situações que mobilizavam afetos intensos foram objeto da atenção da autora, que constatou que a doença sempre esteve presente na vida deles, deixando de mencioná-la e até de relacioná-la a algum significado psicológico. Esse quadro já fazia parte de seu repertório na vida, era comum, não mais diferenciava. Assim, o que mais a impressionou foi o fato de que os sujeitos preservavam, de forma inconsciente, a capacidade de adoecer nos períodos de crise, tendo a doença o papel de estabelecer seus limites corporais e de garantir a existência diferenciada/separada em relação ao objeto de importância. Podemos pensar que a diferenciação, a delimitação em relação ao outro se dá pelo sentimento de “ter bordas”, de ter um corpo físico, sentido pela doença. O sintoma, no soma, parece sinalizar a via de preservação da integridade do corpo e de sua delimitação.

Com base nas pesquisas dos psicossomatistas, McDougall (1989) considerava dois conceitos fundamentais: pensamento operatório e alexitimia, tanto é que tais definições trouxeram mudanças significativas para a sua escuta e para a sua prática clínica, rompendo, assim, com a prática fundamentada na interpretação originária da clínica das neuroses, além de resultar em um esboço de uma personalidade psicossomática. O pensamento operatório, descrito pelos psicanalistas da Sociedade Psicanalítica de Paris (MARTY; M'UZAN; DAVID, 1963; MARTY; M'UZMAN, 1963), juntamente com o importante conceito de neurose de comportamento (MARTY, 1976, 1980), caracteriza-se pela “deslibidinização” e pelo pragmatismo no modo de a pessoa se relacionar consigo mesma e com os outros, na sua maneira de pensar e de se expressar. Ela ressalta que o pensamento operatório diz respeito a uma falha na representação de palavra, a qual inviabiliza a expressão e o reconhecimento dos afetos, gerando um afastamento da realidade psíquica. O sujeito com essa característica de pensamento descreve as situações, as vivências e as pessoas como coisas, porém aquilo que não é reconhecido pela palavra é reconhecido pelo corpo, expressando-se por meio deste. Isso leva a autora a se questionar sobre a possibilidade de representação de coisas no inconsciente.

Por sua vez, segundo McDougall (1989), ancorada em diferentes estudos de Sifneos, o conceito de *alexitimia*, resultante das pesquisas realizadas em Boston, também auxiliou na especificação dos fenômenos psicossomáticos. A palavra de origem grega – *a* (sem) + *lexis* (palavra) + *thymos* (coração ou afetividade) – foi utilizada para caracterizar os indivíduos que não tinham palavras para definir seus estados afetivos ou que não conseguiam diferenciar os estados afetivos.

Para McDougall, esses mecanismos descritos funcionam como defesa contra a angústia que poderia despertar em uma situação de separação do sujeito do objeto. Algo muito primitivo que denota a indistinção, o estado de fusão e a angústia psicótica. O estado primitivo, do envio de mensagens do corpo ao psiquismo e vice-versa, seria inscrito psiquicamente sem a representação de palavra, o que é característico do desenvolvimento precoce do bebê. Assim, a autora diz que o infans, antes de ter palavra, é um alexitímico (MCDUGALL, 1982), o que a remete à forclusão do afeto. Nesse ponto, a autora acrescenta um quarto destino ao afeto para impossibilitar a sua entrada na consciência: por meio de seu congelamento e da pulverização da representação verbal que o conota, inviabilizando o acesso ao indivíduo.

Ao longo de anos de trabalho, a autora pôde observar que os pacientes se revelavam alexitímicos ou operatórios em situações de estresse. Segundo a psicanalista, essa forma de reagir os poupava do sofrimento da dor mental, por isso, seu pensamento de que eram formas de defesa diante da impossibilidade de elaboração e da angústia psicótica. Isso diferenciou sua pesquisa em relação às demais que formulavam conceitos de causalidade enfocando a desorganização psíquica ou o defeito neuroanatômico. Tendo em vista suas compreensões, alertou sobre a submissão de tais pacientes ao processo analítico – a seu ver, necessário para o equilíbrio psíquico do indivíduo –, uma vez que a defesa utilizada de forma maciça está contra o reconhecimento do conflito. Por isso, ela ressalta a importância de detectar a dimensão neurótica nos somatizantes graves e de reconhecer o sofrimento psíquico desses pacientes já nas primeiras entrevistas, antes de submetê-los ao processo analítico.

Outra questão relevante sobre as maneiras “desafetadas” de pensar diz respeito àquilo que não ocorre no *setting* analítico e que só pode ser reconhecido pelo aspecto contratransferencial. Diante da recusa em reconhecer a dor psíquica provocada pelos afetos (excitantes ou dolorosos), os pacientes os expulsam do

discurso analítico, no entanto, eles são descarregados na forma de ação ou no ambiente e só se tornam analisáveis via contratransferência. Isso não facilita o trabalho de relacionar a experiência afetiva com as manifestações psicossomáticas, estando sempre frequentes as queixas sobre o sentimento de vazio, sobre a falta de sentido na vida e sobre a ausência de contato com as pessoas, como lembra McDougall (1989).

A fim de compreender mais profundamente os fenômenos psicossomáticos devido a sua experiência clínica, considerou a economia psíquica alexitímica e do pensamento operatório, mas enfatizou os traumatismos precoces que remontam à infância e à relação mãe-bebê. Tendo como referência suas pesquisas clínicas, as falhas maternas poderiam contribuir para que o bebê passasse a fazer uso de defesas primitivas para se proteger das crises afetivas, resultando no seu esgotamento, isto é, transborda com o excesso, não cria matriz psicológica para o pensar. Assim a autora fala em defesas primitivas contra a emotividade, contra o excesso, contra o estímulo. McDougall (1989) também diz notar a precocidade na aquisição de autonomia motora da criança, relacionando suas descobertas com as pesquisas de Aulagnier (1975, 1984) sobre psicose, segundo as quais a “violência da interpretação” está presente na relação primitiva com a mãe. A escolha entre psicomatose e psicose, de acordo com McDougall (1989), estaria relacionada à constelação familiar e ao papel simbólico que o pai exerce na organização psíquica.

Por fim, na intenção de estabelecer e de diferenciar o modo de funcionamento psíquico dos pacientes psicossomáticos do funcionamento neurótico, a psicanalista esclarece que aqueles pacientes lançavam para fora de seu psiquismo as experiências traumáticas, não havendo qualquer vestígio que provocasse a angústia, característica dos pacientes neuróticos. Não havia, portanto, recalque de conteúdo nem a sua negação, pois essas fontes de angústia não haviam sido simbolizáveis. Isso repercutia no discurso de tais pacientes, dando conotações desafetadas e alienantes, que provocavam reações contratransferenciais na analista: que tipos de reação eram essas? Isso poderia ser material para o início da simbolização? O analista deveria funcionar como a mãe diante do bebê, exercendo o papel de catalizador dos estímulos, para dar início ao aparelho de pensar? Além disso, o confisco da experiência carregada de afeto sem lhe dar uma saída psicológica – elaboração – também foi perceptível em pacientes que faziam

descompensações transitórias ou que sofriam de algum distúrbio psicossomático, como insônia, impotência etc.

Para explicar a matriz do psicossoma, tema do segundo capítulo de seu livro *Teatros do corpo* (1989), McDougall recorre às fantasias que fundam o psiquismo, características da primitiva relação mãe-bebê. A primeira diz respeito ao desejo de fusão, de existência de uma mente para dois corpos, à constituição de uma unidade indivisível mãe-bebê, na qual a mãe se torna um ambiente total, em que reina a ilusão da não frustração. Segundo McDougall (1989), essa fantasia existe nas entranhas de cada um de nós, sendo conhecida como fantasia do “corpo-único”, que é o protótipo da vida intrauterina, na qual a mãe provê as necessidades vitais dos dois seres humanos, representando um papel essencial na vida psíquica do bebê, pois, toda vez que o bebê se vê ameaçado – tal fantasia é colocada em risco –, ele emite sinais para que a mãe reconstrua, recrie aquilo que ele tanto teme perder: o paraíso da “ilusão do Um” (MCDUGALL, 1989, p. 34).

Para a analista, a manutenção dessa ilusão permite a integração do ambiente interno: o ambiente maternal é introjetado pela capacidade da mãe em acalmar seu bebê, por meio de vários artifícios, como sua voz, embalo do ninar, calor de seu corpo etc., a tal ponto que ele instaura a experiência do reconforto, podendo entregar-se ao sono. É também o modo de reger o funcionamento somatopsíquico. De modo geral, a vivência dessa fantasia é fundante para o psiquismo no que diz respeito aos processos de integração do ego do bebê, no entanto, não existe qualquer identidade individual e, segundo McDougall (1989), a concretização desse desejo levaria à perda da identidade individual, à morte psíquica.

Ao lado de tal fantasia e contrastando com ela, existe uma forte necessidade de separação do bebê, que respalda o movimento de diferenciação. A criança sofre intensas influências do ambiente materno, que podem contribuir para tal processo ou dificultá-lo. Aqui, situam-se os problemas psicossomáticos mais graves da infância inicial, segundo McDougall (1989), pois a mãe pode interromper o impulso da diferenciação por uma ação intrusiva, de não deixar o bebê ser sem ela. Dessa forma, a autora compreende que,

Quando a relação mãe-filho é ‘good-enough’ (conforme a terminologia winnicottiana) a partir da matriz somatopsíquica original, vai se desenvolver então uma diferenciação progressiva na estruturação psíquica da criança pequena, entre seu próprio corpo e essa primeira representação do mundo externo que é o corpo

materno, o 'seio-universo'. Paralelamente, pouco a pouco, aquilo que é psíquico vai se diferenciando na mente na criança daquilo que é somático (MCDUGALL, 1989, p. 34).

Com isso, apreendemos a simultaneidade dos processos de diferenciação e de “dessomatização” (MCDUGALL, 1989, p. 34) do psiquismo, que não ocorre sem a ambivalência do desejo de fusão mãe-universo e de ver-se totalmente diferenciado dela. O alcance das autonomias somática e psíquica depende, portanto, da identificação no mundo interno da criança com uma imago reconfortante para a constituição de seu próprio *self*.

Ela explica a origem do universo simbólico por meio da introjeção/identificação das funções protetoras e tranquilizadoras da mãe pela criança, no momento em que esta passa a utilizar os “*security blankets*”, ou seja, cobertores de segurança, que, segundo a autora, podem ser considerados objetos pré-transicionais, encarnados nas peças de vestuário da mãe que transmitem o cheiro, o calor de quem representam, mas no plano sensoperceptor, já que o bebê investe na ilusão da presença materna. Após esse período, a criança investirá em outros objetos mais sofisticados, como seus próprios brinquedos.

Até aqui, notamos a influência da teoria de Winnicott para McDougall na construção de sua concepção acerca dos processos somatopsíquicos, em especial, para os estudos sobre a origem da problemática, localizada na relação mãe-bebê, e sobre as suas determinantes no processo de diferenciação e de constituição do *self* infantil, enfatizando as fantasias de fusão e de separação, assim como a interferência dos desejos maternos como propulsor dessas duas tendências universais. Semelhante também é o modo como ela explica a origem do universo simbólico por meio dos objetos transicionais, como uma aquisição enriquecedora para a constituição do *self*, bem como da aquisição da linguagem que permite ultrapassar a barreira das experiências sensoperceptivas, substituindo formas primitivas de comunicação corporal.

A linguagem permite à criança a evocação da mãe, do cuidador, sem ter a necessidade da presença para lhe assegurar o conforto. Sobre tal aspecto evolutivo do psiquismo da criança, McDougall (1989) tece a seguinte consideração:

O fato dessa representação mental da mãe como pessoa poder ser nomeada e evocada é essencial à estruturação do psiquismo e, no final das contas, vai permitir à criancinha assumir por si mesma as funções maternas introjetadas, contanto que a palavra ‘mamãe’

represente realmente um sentimento tranquilizador e capaz de garantir conforto e segurança. (MCDUGALL, 1989, p. 36).

O desenvolvimento da linguagem como comunicação simbólica permite que a criança suporte a necessidade intensa de contato com a mãe e que ultrapasse as formas de comunicação gestual, sendo o caminho para a constituição de uma identidade separada. McDougall (1989) afirma que a contradição vivida pela criança de ser ela mesma e de se fundir à mãe é recalcada neste momento, ou seja, quando ela consegue integrar e reconhecer o corpo, o pensamento e os afetos como seus; por isso, qualquer fracasso nesse contexto comprometerá os processo de integração e de reconhecimento.

Outra afirmativa feita pela psicanalista, que, inclusive, retira-a de uma vertente psicopatológica, diz respeito ao fato de ela considerar que a persistência no psiquismo do desejo de fundir-se à mãe e da busca de si mesmo não preconiza um aspecto patológico na personalidade do indivíduo. A autora considera o sono e o orgasmo as duas experiências psicossomáticas por excelência, as quais podem ser perturbadas diante do medo da imago de uma mãe mortífera que triunfa sobre o desejo de existir por si mesma.

A fantasia de fusão permeou, por muito tempo, a escuta de McDougall durante o seu trabalho analítico, em especial, quando o descolamento evocava os terrores do sentimento de perda do *self* individual e do corporal, possibilitando a identificação de modos de funcionamento mental primitivos que se desdobravam em fantasias de “um corpo para dois, um sexo para dois, um psiquismo para dois e até uma única vida para dois” (MCDUGALL, 1989, p. 37). Nessa época, a psicanalista considerava que as teorias fundamentadas apenas na significação para explicação do funcionamento do aparelho psíquico não ofereciam respaldo suficiente para a compreensão dos métodos primitivos do funcionamento mental, bem como da organização das defesas que aí se estruturavam, principalmente, no período compreendido entre o estágio não verbal e o verbal. Além disso, faltavam elementos para o repleto entendimento de como se daria a diferenciação entre psique e soma.

A elucidação da fantasia de um psiquismo para dois se deu mediante os atendimentos clínicos com crianças psicóticas e com pacientes que sofriam de diversas fragilidades narcísicas (MCDUGALL, 1989). Tais pacientes lhe comunicavam a dificuldade de discriminação entre a sua mente e a do analista,

repercutindo sobre as suas percepções em relação ao mundo externo. Assim ela nos fala:

Muitas vezes esses analisandos estavam convencidos de que suas fantasias a propósito de meus pensamentos eram certezas absolutas. Do mesmo modo, apresentavam muitas vezes a solicitação implícita de serem compreendidos sem ter que recorrer à linguagem, solicitação legítima no lactente, mas que pode criar mal-entendidos capazes de produzir sofrimento dentro da relação entre adultos (MCDOUGALL, 1989, p. 37).

Tal citação nos parece oferecer, de modo prematuro, subsídios para pensarmos as características da relação transferencial e da escuta que McDougall vai delineando por meio de sua pesquisa sobre a psicossomática, oferecendo-nos recursos para o manejo do que denominamos clínica da contemporaneidade, na qual a linguagem não verbal se faz tão presente.

A fantasia de um corpo para dois se refere à organização (econômica e dinâmica) psíquica dos fenômenos psicossomáticos, a qual gira em torno da seguinte problemática formulada por McDougall (1989, p. 38): de “que o amor leva à morte e que só a ausência total de libido garante a sobrevivência psíquica”. A sobrevivência mental, portanto, somente é possível por meio do trabalho de desafetação, pois o indivíduo teme perder suas barreiras psíquicas e seus limites corporais, decorrentes do investimento provocado pela outra pessoa. Como maneira de sobreviver, torna-se necessária a manutenção de uma barreira desvitalizada que o protege dos investimentos narcísicos de seu próprio corpo e de seu próprio psiquismo. Ao mesmo tempo, essa saída fragiliza o aparato psicossomático, tornando-se, de acordo com McDougall (1989), uma ameaça para a vida do sujeito. Essa é uma questão que nos intriga, pois a presença viva do analista ou qualquer resquício de vida parece ameaçar a vida dos sujeitos que se utilizam de tal barreira desvitalizante para a sua sobrevivência. Haveria uma demanda analítica para esse tipo de paciente? Levantamos esse questionamento, uma vez que o objetivo desse indivíduo parece ser o desligamento da vida, pois esta é quem o ameaça.

De acordo com McDougall (1989), a insensibilidade interna que se estende à realidade psíquica de tais pacientes os leva a uma falta de cuidado consigo mesmo (em termos físicos) e de sensibilidade ao sofrimento, à ausência de emoções, de excitação, de prazer em um grau tão intenso que pode produzir uma ressomatização

regressiva da experiência afetiva que fora rejeitada, representando um risco de esfacelamento das barreiras imunológicas.

É interessante o fato de McDougall (1989) mencionar que, em sua prática, ela pôde atender um número significativo de pacientes que sofriam de doenças autenticamente psicossomáticas, desde a mais tenra infância, e que se mostravam envolvidos com suas experiências afetivas e com suas realidades psíquicas, descartando a categorização do pensamento operatório e a alexitimia como características dos fenômenos psicossomáticos. Isso indica uma postura não dogmática da autora quanto à sua concepção e à construção sobre a organização psicossomática. Ela ainda argumenta que tais pacientes sofreram uma carência afetiva muito precocemente que os deixou à mercê do temor da morte psíquica, bem como de uma erotização primitiva que implicou no corpo inteiro como local do conflito, sendo essa organização uma maneira de preservar – a duras penas – a identidade subjetiva e a proteção contra a morte psíquica. Nesse sentido, adoecer fisicamente seria uma estratégia para assegurar os limites do corpo, para concebê-lo como um invólucro, uma vez que não existe a representação de um corpo erógeno, não se tratando, portanto, de uma problemática neurótica.

McDougall (1989, p. 39) aponta que a zona morta pode ser mascarada por meio de uma “dependência adictiva de pessoas narcisicamente investidas e consideradas como parte deles mesmos”. A psicanalista denomina-os de “selfobjetos”, tamanha a importância deles para a garantia da sobrevivência do sujeito, sendo que qualquer abalo na relação com estes o coloca sob uma angústia intensa, fazendo-o recrudescer aos sintomas psicossomáticos. Tais reações também podem ser vivenciadas na situação analítica, como nos momentos de separação do analista, tendo, assim, a possibilidade de nomear, pela primeira vez na vida do paciente, os primitivos sinais não verbais do psiquismo, revelados pelo funcionamento do soma. Reiterando tal constatação, McDougall (1989, p. 39) argumenta que “Algumas representações não-reconhecidas, carregadas de afeto, de terror e de fúria, constituem assim, frequentemente, elementos de precipitação de fenômenos psicossomáticos”.

A autora reconhece que o caminho da individuação é um processo carregado de entraves para qualquer criança e que, quando integrado, torna-se uma barreira de proteção contra as reações psicóticas e psicossomáticas, a qual é um dos ganhos advindos do processo de integração. Isso porque a capacidade psíquica de

elaborar as ansiedades terroríficas mais primitivas colaborará para o processo de construção de si mesmo, diferente do outro, pois a mente adquiriu recursos que auxiliam o sujeito no processo de ser um, com um corpo e com uma mente para si próprio. É claro que tal conquista está atrelada aos representantes do mundo externo para a criança, que, por meio do processo de internalização, tornaram-se parte dela.

Ainda com suas indagações, McDougall (1989) levanta uma série de questões a respeito de como o corpo, o aparelho genital e o psiquismo passam a ser uma aquisição da criança, questões ligadas à constituição da alteridade, que envolvem a organização de um esquema corporal e de sentimentos sobre a identidade.

Nesse processo, a psicanálise, ao longo dos anos, forneceu-nos modelos econômicos e dinâmicos que explicavam as estruturações mentais, compreendidas como tentativas de cura em meio ao conflito vivenciado pela criança e à dor psíquica decorrente dele, em especial quando estamos tratando do campo das neuroses e das perversões. Especificamente em seus estudos, a autora se refere a período libidinal pré-edípico, no qual as representações que serão elementos para a constituição psíquica da criança estão sendo engendradas no psiquismo de seus pais/cuidadores, estando o universo pré-simbólico situado no inconsciente do adulto e na relação que ele terá com o bebê. Nas palavras da psicanalista:

Um fator quase tão fundamental é a relação entre a mãe e o pai do bebê, a qualidade de gratificação de suas relações amorosas de adultos e o grau de investimento real e simbólico do pai aos olhos da mãe. Isso nos leva a considerar o universo pré-simbólico e pré-verbal como podendo ser a chave para a compreensão das potencialidades psicóticas e psicossomáticas do ser humano (MCDUGALL, 1989, p. 41).

Com esse intuito, McDougall (1989) debruçou-se sobre estudos de autores que discutem a constituição psíquica em sua origem pré-simbólica, dentre os quais, estes tornaram-se suas referências: Bion, Winnicott, Klein, Mahler, Kohut, Stern, além de outros autores pós-kleinianos que a auxiliaram em suas descobertas sobre a época em que a mãe exerce a função de aparelho de pensar para seu bebê. As pesquisas relacionadas ao campo da relação mãe-bebê abrangeram questões sobre o campo das primitivas formas de comunicação, de sensibilidade e, sobretudo, da função do cuidador em relação à compreensão e à tradução das reais necessidades

do infante. Fato que nos lança a pensar na condição da mente de quem exerce os cuidados com a criança para o favorecimento do processo de integração. Para exemplificar, McDougall (1989) cita a própria capacidade dos pais de elaborarem seus sofrimentos e o de seus filhos, além de dizer que, no trabalho com seus analisandos prestes a somatizar, existia uma parte bastante primitiva da personalidade encapsulada da criança, prestes a eclodir, no adulto em circunstâncias estressoras.

Pois bem, o caminho para a alteridade ocorre na dependência da relação do lactente com o outro: a mãe-ambiente na posse de sua função de escudo protetor contra os estímulos externos, assim como de tradutora das necessidades do bebê. A aquisição do sentimento de identidade individual e a constituição do *self* são consequência da elaboração do luto das experiências de separação e do reconhecimento das diferenças sexuais, que afasta o sujeito do desejo primordial de fusão com a mãe para a conquista de sua subjetividade. Os processos de separação e de reconhecimento da diferença podem não ser vividos como aquisições psíquicas que favorecem e que dão sentido à vida pulsional do sujeito, mas como vivências catastróficas, de imenso temor e de perda da vitalidade.

Esse ganho, se tudo ocorre bem, está intimamente relacionado com a representação psíquica da mãe para a criança, como já dito anteriormente, em especial quando esta adquiriu a confiança na capacidade materna de atenuação de seus sofrimentos físico e psicológico. A introjeção do ambiente maternal possibilita à criança o reconhecimento da diferença existente entre ela e sua mãe; desse modo, ela poderá recorrer a esta nos momentos em que necessite de que seu sentimento de conforto seja restabelecido. Por outro lado, os percalços nessa função recaem sobre a incapacidade de distinção entre a representação de si mesmo e a do outro, podendo suscitar, segundo McDougall (1989), uma confusão na representação dos contornos do corpo, das zonas erógenas e na distinção entre o corpo da criança e o da mãe.

McDougall (1989) retoma Freud para discutir os problemas da projeção que incapacita a manutenção do escudo protetor, na medida em que os estímulos internos passam a ser encarados como estímulos externos, diminuindo a sensação de desprazer; o psiquismo passa, então, a encarar tudo o que é de dentro como se fosse de fora, colocando o escudo protetor em ação para se defender deles. Essa proposição embasou a autora para compreender os motivos que levavam alguns de

seus pacientes psicossomáticos a atribuírem qualquer incômodo a circunstâncias externas, pois seus traumas vividos na mais tenra infância não puderam ser elaborados por meio das vias simbólica e verbal.

Os conflitos que incidem sobre o processo de individuação podem levar a diversas conciliações que servem para mascarar o vazio decorrente da separação daquilo que confere a existência ao sujeito. McDougall (1989) indica o surgimento de várias configurações que recaem sobre a sexualização do conflito, de soluções adictivas, como o alcoolismo e a dependência de drogas e/ou de medicamentos, de modelos de personalidades narcísicas ou fronteiriças e, até mesmo, de uma profunda fissura entre o psiquismo e o soma. Conforme a autora,

Há dois tipos de soluções: o primeiro leva a uma patologia autista na qual o corpo e seu funcionamento somático permanecem intactos, enquanto a mente se fecha ao mundo exterior; o segundo mantém intacta a relação com a realidade exterior, mas ainda correndo o risco de ver o soma reagir e funcionar de um modo que poderíamos qualificar de 'autista', desligados das mensagens afetivas do psiquismo em termos de representações verbais, reduzindo a representações de coisas muito fortes e portanto a uma expressão não-verbal (MCDUGALL, 1989, p. 45).

Essa segunda solução seria a base da psicodinâmica psicossomática proposta por McDougall (1989). Para ela, o funcionamento autístico impede que as fontes de estresse interno e externo sejam reconhecidas pelo pensamento, o que impossibilita a utilização das variadas formas de recursos psíquicos para a diminuição do desprazer, como os sonhos e os devaneios, ultrajando por meio de soluções psicóticas (como as alucinações) ou de descargas psicossomáticas, como na primeira infância. Por isso, de acordo com a autora, na clínica, deparamo-nos com dramas psicossomáticos que são inexpressíveis e que figuram como mensagens para o psiquismo que escapam da representação.

Isso faz a psicanalista se indagar acerca da escuta analítica e do trabalho de simbolização com esses pacientes, reconhecendo as dificuldades de se trabalhar com os ditos “grandes somatizadores”, pois é perceptível a recusa deles em procurar os fatores psicológicos que ativam a sua vulnerabilidade psicossomática. No entanto, a relação com o analista pode configurar-se como um lugar de segurança e de proteção, no qual o paciente se permite “[...] sem perigo exprimir suas fantasias primitivas disfarçadas e os roteiros profundamente arcaicos de seu teatro psíquico interno” (MCDUGALL, 1989, p. 46). É por essa condição favorável que McDougall

(1989) admite a possibilidade do trabalho por meio da reconstrução de uma história que jaz as manifestações psicossomáticas.

McDougall (1989) descreve, de forma sucinta, a trajetória que a levou à conclusão a respeito do conceito de psicossomática, abordando-a como uma estrutura psíquica, esclarecendo a psicodinâmica, o mecanismo de defesa e situando-a em um determinado período libidinal. Explica que, em alguns de seus trabalhos anteriores (MCDUGALL, 1978, 1982), tentou caracterizar alguns elementos que apareciam com maior frequência em pacientes somatizadores, propondo algumas ideias. De acordo com o seu pensamento e com as suas observações clínicas, haveria um “elo perdido” ligado à metapsicologia do afeto formulado na teoria freudiana para além das transformações que resultariam na conversão histérica, na neurose obsessiva e na neurose atual. McDougall acrescentou, como mencionado anteriormente, uma quarta eventualidade afetiva, seguindo os parâmetros da forclusão psíquica de algumas representações mentais; para ela, um afeto poderia ser “[...] sufocado quanto à sua expressão sem qualquer compensação para a perda da experiência e para a perda da representação do acontecimento ao qual estava ligada” (MCDUGALL, 1989, p. 47), de tal modo que a ejeção para fora do psiquismo não seria compensada pela formação de sintomas neuróticos, mas, sim, pela privação psíquica.

McDougall (1989) também argumenta que tais pacientes apresentam uma adequação à realidade e à vida sexual, o que nos leva a acreditar que eles atingiram o estágio normal da organização edipiana. No entanto, essa configuração libidinal se sobrepõe a uma organização primitiva na qual a imago paterna está ausente ou deteriorada no mundo simbólico da mãe, recaindo sobre uma representação de sexo e do papel de pai como algo ínfimo na vida da mãe, figurando como alguém que é proibido de amar e que não pode ser valorizado. Decorre daí uma estruturação da fantasia do pênis clivado para a criança, ora ludibriado pela idealização com a qual a criança não pode identificar-se nem desejar, ora como um objeto parcial persecutório e destrutivo.

Como consequência, a imagem da mãe interna se torna perigosa devido à ausência da fantasia do pênis paterno, deixando um lugar de vazio ilimitado para o sexo em seu psiquismo, o qual será transmitido à criança. Esse espaço vazio se torna o local de possíveis projeções megalomaníacas da vida infantil, retornando para o imaginário da criança como aspectos aterrorizantes. Essa imagem da mãe

interna também será cindida em duas partes: uma idealizada que representa a eterna felicidade e outra que ameaça as vidas psíquica e física da criança.

Essas imagens compõem a realidade psíquica da criança, introjetando um casal parental e referências maternas e paternas ansiogênicas e confusas, distante do que é necessário para a constituição de uma função continente do psiquismo. McDougall (1989) considera que, mediante tais condições, a criança, com sua vulnerabilidade psicossomática, apresenta recordações de uma autonomia precoce relacionada com o que a autora denominou *objetivação prematura*, para se referir a uma constituição rápida e separada dos objetos totais, com qualidades onipotentes e com ideais inacessíveis que acompanham uma modalidade de autonomia precoce demais, surgindo, daí, fortes sentimentos de inadequação e uma sensação desorganizadora na criança e no futuro adolescente.

Outro fator perturbador para o psiquismo, ainda se referindo à relação mãe-bebê, diz respeito a rupturas dos fenômenos transicionais da infância, descritas por McDougall (1989) com base em Winnicott (1951). A constituição do espaço transicional e a capacidade da mãe de desenvolver o estado de *preocupação materna primária* são fundamentais para que, aos poucos, a criança vá constituindo seu ambiente interno até que desenvolva sua capacidade de estar só na presença da mãe. Quando essa vivência do primeiro ano do bebê é sentida pela mãe com estranheza além do normal, a criança apresenta reações psicossomáticas precoces, sinalizando o abandono psíquico; por outro lado, algumas mães podem não conseguir desfazer-se da relação fusional com seu bebê, deixando-os propensos a reações alérgicas, a comprometimentos nas áreas do sono e alimentar. Além dessas propensões, outro risco para a criança recai sobre o estabelecimento do sentimento de vitalidade que é motor para a constituição de uma identidade separada. De acordo com a psicanalista,

Se a mãe não conseguir criar para seu bebê a ilusão de que a realidade externa e a realidade interna são uma única e mesma coisa, se não conseguir ouvir, alternadamente, os desejos de fusão, de diferenciação e de individuação de seu filho, estará arriscando-se a colocá-lo em confronto com condições que poderão levá-lo à psicose ou à psicossomatose. Isso impedirá então a criança de apropriar-se psiquicamente de seu corpo, de suas emoções e de sua capacidade de pensar ou associar pensamentos e sentimentos (MCDUGALL, 1989, p. 50).

Com isso, McDougall (1989) acrescenta que, no trabalho analítico, o inconsciente da mãe emerge durante o tratamento do adulto, corroborando as ideias de Aulagnier a *proibição do pensar*, característica dos pacientes psicóticos que precisam inventar uma outra visão de mundo para escapar do terror da mente materna. É a mãe quem autoriza o que o filho pode ou não pensar, constatação realizada com seus pacientes psicóticos que forcluíam pensamentos que eram carregados de afetos intoleráveis pela mãe e, portanto, impossíveis de serem pensados por ela. Além disso, certas zonas e funções corporais não podem ser representadas nem podem ser sentidas com prazer devido à maneira como foram investidas pela mãe. Tais recusas, de acordo com McDougall (1898), tornam-se estratégias da criança para impedir o seu desligamento fusional com a mãe, protegendo-se da fantasia de que serão despedaçadas ou destruídas, caso essa representação primária não seja preservada.

A persistência da representação de fusão repercute em uma imago ambivalente da mãe que ora funciona como onipotente e onipresente, ora assume o papel de frágil, assim como persiste, no psiquismo, uma recusa total ou parcial da importância dos outros ou o oposto: um pânico terrível diante de qualquer movimento de separação e de alteridade. A não identificação com a função materna amorosa leva o indivíduo à convicção de que ele não é responsável pelo cuidado com o seu próprio corpo, dando evidências do papel da fantasia de não ser senhor de seu corpo ou de este ser posse de outra pessoa como produtor de expressões somáticas que surgem no lugar dos terrores e dos desejos psicóticos não reconhecidos, como sugere McDougall (1989).

Essa condição incidirá no comprometimento da função integradora do psiquismo da criança e na incapacidade de reconhecer o corpo e as zonas erógenas, o psiquismo e os pensamentos como possessões suas. Sendo assim, a psicanalista nos alerta sobre o quanto uma condição psíquica como essa, pobre em recursos para o trabalho da descarga de tensão, aliada à incapacidade de cuidar de si mesmo, leva a uma tendência de ignorar o sofrimento do corpo e, conseqüentemente, de ouvir os sinais de sofrimento psíquico, podendo resultar em uma clivagem entre psiquismo e soma com conseqüências catastróficas para o sujeito.

McDougall (1989) encerra suas reflexões acerca da trajetória de seu pensamento com pacientes psicossomáticos indagando sobre a significação

inconsciente dos sintomas psicossomáticos, sobre a sua relação com o processo de internalização para a constituição da identidade subjetiva, bem como sobre as possíveis relações existentes entre a psicossomatose e a psicose, questionando-se sobre a possibilidade de aliviar o psiquismo de experiências que nem sequer fizeram parte dele, sem o corpo fazer a função de palco para a apresentação dos primitivos conflitos.

3. O trabalho do analista no campo do psicossoma: reflexões psicanalíticas de Joyce McDougall

A clínica psicanalítica da psicossomática descrita por Joyce McDougall diverge, em muitos aspectos, da clínica das neuroses de Freud. Isso porque ela está abordando uma outra estrutura clínica que requer uma escuta diferenciada quanto ao impasse de converter em psíquico (se isso for possível) aquilo que aparece como atuações e como doenças do corpo. Suas investigações sobre a pré-história do desenvolvimento psicosssexual, em que as percepções olfativas, visuais, táteis e auditivas têm mais importância que as palavras, levam-na a compreender a ligação existente entre sofrimento, angústia e prazer. Essas inscrições primárias construídas na primeira infância – denominadas peças de teatro interno, pela autora – têm efeito duradouro sobre a sexualidade do adulto, servindo para a compreensão das manifestações psicossomáticas.

McDougall utiliza o teatro como metáfora para a compreensão da realidade psíquica: trata-se de um teatro que o analisando deseja partilhar com seu analista ao mesmo tempo que o convida para encenar vários papéis. Por isso, ela adverte que o analista, antes de interpretar o teatro de seu paciente, necessita observar e compreender muito bem seu próprio teatro interno. Suas investigações sobre a psicossomática são orientadas, exclusivamente, pela perspectiva psicanalítica, abarcando aqueles indivíduos que reagem ao sofrimento psicológico por meio de manifestações psicossomáticas ou a parte psicossomática de cada indivíduo que se refere ao potencial psicossomático, deixando claro que todos tendemos a somatizar quando as circunstâncias internas ou externas “[...] ultrapassam os nossos modos psicológicos de resistências habituais (MCDUGALL, 1989, p. 3).

A ideia inicial sobre os estados psicossomáticos é permeada pela separação psique e soma. Segundo a autora, o corpo reagiria a uma ameaça psicológica como se esta fosse de natureza fisiológica. Essa concepção é oriunda de sua experiência pessoal com seus pacientes, levando-a a crer que eles, em situações capazes de mobilizar representações carregadas de emoções, suprimiam/esmagavam seus estados afetivos, colocando suas próprias vidas em risco. Em suas palavras, a encenação psíquica dos pacientes é assim descrita:

A cortina estava, de alguma forma, hermeticamente fechada sobre o palco psíquico; nenhum som alcançava os ouvidos daqueles que se

encontravam fora dele e, no entanto, um drama estava sendo representado no palco interno daquele cuja própria vida corria perigo (MCDUGALL, 1989, p. 2).

A autora adverte que, mesmo que os pacientes com distúrbios psicossomáticos possam refletir sobre seu sofrimento psicológico, isso não constitui indicativo de análise. Para essa eleição, de acordo com seus critérios, é necessário que o paciente tenha consciência de que suas descobertas lhe permitirão tirar proveito da vida, mesmo com todos os seus infortúnios, não sendo a psicanálise tratamento obrigatório a todos os distúrbios psicológicos, inclusive os psicossomáticos, mas um caminho que auxilia o indivíduo no aprofundamento do conhecimento de si mesmo e que o conduz a formas mais criativas de investimento de sua energia psíquica. Assim, a escolha pelo tratamento psicanalítico deve referir-se a esse propósito, qualquer que seja a demanda sintomática do paciente, como também a escuta do analista deve estar orientada para tal captação.

O pedido de análise, de acordo com McDougall (1989), independentemente de qual seja a categoria psicológica do paciente, exige algumas condições para a escolha de um candidato ao tratamento psicanalítico. O primeiro critério diz respeito à percepção do sofrimento psíquico, do reconhecimento da dor mental, de que aquilo que o candidato ao tratamento manifesta – sintomas ou repetições – coloca-lhe em sofrimento; por isso, ele tem o desejo de se empenhar na análise, por motivos de seu próprio sofrimento e não por demandas de terceiros, como no caso de pacientes psicossomáticos encaminhados por médicos. Atrelado a esse motivo está a busca de conhecimento de si mesmo, ao reconhecimento de que seu sofrimento provém de questões localizadas nele mesmo e não em terceiros. Isso implica na aceitação de que existe um “eu” inconsciente que arrasta a pessoa a viver, traumáticamente, os fatores inalteráveis que lhe roubam a criatividade da vida, o que não quer dizer que a autora desconsidera a realidade externa; pelo contrário, reconhece-a como fator que contribui para a constituição do problema. Outro aspecto a se considerar é a tolerância para suportar as regras da situação analítica imposta ao paciente (dizer tudo e não fazer nada): ainda que ele suporte, o analista deve também pensar se ele está preparado para enfrentar os fracassos potenciais que advêm de uma situação tão complexa como a analítica, afinal, por mais que existam os ganhos da análise, a vivência criativa, não há como negar os momentos penosos da trajetória. Por último, deve-se considerar se o paciente está pronto para

receber ajuda, no sentido psicológico, para suportar depender do outro, sem temer os riscos da modificação psíquica, situação bastante angustiante para os indivíduos de problemática psicossomática. Muitos pacientes narcísicos podem reear as descobertas que não são feitas por eles mesmos, ocasionando uma reação negativa à análise. A resistência também pode ser em relação ao desaparecimento dos sintomas, os quais, por sua vez, foram criados para suportar a dor mental, ou seja, são técnicas de sobrevivência psíquica. De acordo com a autora, os pacientes mais difíceis são aqueles que não conseguem assumir sua parcela de responsabilidade na constituição de seus sintomas ou, ainda, aqueles que não conseguem aceitar a ajuda em razão de sua ferida narcísica. Dessa situação decorrem sentimentos contratransferenciais penosos que funcionam como contrainvestimento no trabalho analítico, bem como suscitam a inibição ou a resistência ao desenvolvimento, devido ao terror que os abate diante das transformações psicológicas que possam vir a ocorrer.

Essas constatações nos colocam diante de uma concepção de escuta analítica orientada para a percepção do desejo do paciente, distanciando-se da leitura das estruturas clássicas da personalidade, dimensionadas pela psicanálise ao longo de sua história, indo além dos sintomas, pois, para McDougall, o importante é o sujeito e a sua implicação ou não com sua vida, a sua capacidade de responsabilizar-se por ela, além da possibilidade da constituição de vínculo em que o outro (personificado, a princípio, no analista) possa ser reconhecido na sua alteridade, sem que isso lhe roube a potência, ou seja, trata-se de um movimento em que a dependência pode ser vivida como parte do processo para a independência. No entanto, sabemos que tais condições não são alcançadas sem antes passar por intensos períodos, os quais necessitam ser suportados e compreendidos para a construção do pensamento analítico.

Com os pacientes que apresentam a queixa psicossomática, sua escuta para a eleição ao tratamento segue os mesmos critérios, acrescentando que esses indivíduos, além de não reconhecerem suas dores mentais, podem negar a relação entre o sofrimento físico e a “miséria psicológica” que os assolam (MCDUGALL, 1989, p. 6). Por isso, a psicanalista nos adverte que submeter o paciente ao processo analítico, nessas condições, pode ser inútil e perigoso, já que a doença física foi o caminho que o sujeito encontrou para se manter vivo por não suportar pensar em suas emoções; nas palavras da autora, “[...] são técnicas de

sobrevivência psíquica” (MCDUGALL, 1989, p. 9). As emoções têm efeito avassalador, suscitam nos indivíduos a vivência de angústias psicóticas, culminando em sensações de desintegração.

De acordo com McDougall (1989), a origem dos fenômenos psicossomáticos está na primeira infância. Sua primeira apreensão no trabalho com os pacientes somatizantes era a de que, devido à clivagem entre mente e corpo, eles excluía/apagavam da consciência as ideias associadas aos afetos conflituosos. Freud denominou esse mecanismo de *Verwerfung* (forclusão) ao se referir aos estados psicóticos. Esses pacientes adultos teriam um funcionamento psíquico semelhante ao do bebê de reagir psicossomaticamente a uma emoção dolorosa, não utilizando as palavras como veículo de seus pensamentos. Trata-se, portanto, de uma forma arcaica de comportamento mental que não utiliza a linguagem e que se situa no terreno dos significantes não verbais, em que as funções corporais e as zonas erógenas têm papel preponderante. A representação da imagem corporal mal definida prejudica a separação entre si mesmo e o objeto, devido à fusão com o corpo do outro – fantasia inconsciente de um corpo para dois. As manifestações psicossomáticas podem revelar a ausência total ou parcial de ligações com as fantasias subjacentes, como percebemos nas neuroses, as quais podem levar anos para serem estabelecidas. O trabalho com esses pacientes gira em torno de outras formas de comunicação que não a linguagem, abrangendo o campo dos sentidos. Tal aspecto é colocado por McDougall (1989) como constratransferencial.

Vale ressaltar que alguns analistas recebem mal as queixas somáticas de seus pacientes por se orientarem pela perspectiva da impossibilidade das ligações verbais, de acordo com McDougall (1989). Em suas falas:

O fato de que a significação do surgimento de fenômenos psicossomáticos frequentemente escapa ao analista é às vezes considerado uma afronta narcísica e pode levar alguns analistas a pensarem que os problemas psicossomáticos deveriam ser tratados em outro lugar, que os nossos esforços deveriam limitar-se àquilo que é psicológico e verbalizável (MCDUGALL, 1989, p. 12).

No entanto, é evidente que esse fato exige de nós uma mudança em nossa forma de trabalhar; caso contrário, corremos o risco de nos engessar em um rigor metódico, originário da clínica das neuroses, que nada nos aproxima da compreensão da realidade psíquica do paciente psicossomático. Pelo contrário, passamos a funcionar como ele, distanciando-nos de sua realidade psíquica. A

autora também argumenta que tal postura analítica, em parte, deve-se às pesquisas sobre a psicossomática que enfatizaram a “[...] ausência de afeto, a falta de capacidade imaginativa e a dificuldade de comunicação verbal” (MCDUGALL, 1989, p. 12).

A psicanalista nos indica outras formas de comunicação que não se fundamentam unicamente na via da linguagem verbal. Assim, ela pensa que o desencadeamento de uma reação psicossomática está no lugar do pensamento, ocupando o lugar do sonho e da fantasia. A percepção desses elementos e de situações conflituosas que despertam sentimentos fortes ocasionam a reação psicossomática. A consideração de tais precauções nos abre caminho para o empreendimento do tratamento psicanalítico com pacientes que reagem por meio das somatizações, sendo a gratificação psicológica possível de ser experienciada graças à sensibilidade existente entre analista e analisando. McDougall (1989) refere-se ao “dom do sentido” como potencial de mudança. Mas, afinal, o que seria esse dom? Eis uma pergunta fundamental para pensarmos a escuta analítica e outras capacidades do analista, necessárias para o trabalho terapêutico.

Diversas vezes em sua obra, reitera-se a recusa ao reconhecimento da dimensão psicológica naqueles que são acometidos por doenças psicossomáticas. Tal fato nos faz pensar sobre o manejo cuidadoso com esses pacientes, já que intervenções que não consideram esse aspecto podem suscitar eclosões de ansiedade do tipo psicótica, afastando, ainda mais, o paciente da chance de se envolver em uma escuta psicanalítica. Ao mesmo tempo, pensamos o quanto essa negação pode arrastar o analista para a mesma direção, ocasionando um modelo de relação cega, alienante e indiferenciada, contribuindo ainda mais para a problemática do não desenvolvimento da identidade do sujeito, para a manutenção de um vínculo simbiótico em desfavor da alteridade, como também para a anestesia à função analítica.

Em vários capítulos de sua obra *Teatros do corpo*³, McDougall (1989), ao mencionar seus casos clínicos, abordou um modelo de funcionamento entre mãe e filho – o modelo denominado duplas psicossomáticas (disponível no capítulo IV, As

³ Quase todo livro está escrito com fragmentos da análise dos pacientes de McDougall, mas, em especial, nos seis últimos capítulos da obra, a autora relata três casos de diferentes pacientes utilizados por ela para aproximar a teoria da prática clínica.

duplas psicossomáticas). A nosso ver, tal ideia serve para refletirmos sobre algumas questões que podem recair nos campos transferencial e contratransferencial.

Durante entrevistas iniciais, a psicanalista buscou entender o vínculo que tende a ser estabelecido entre paciente e analista, demonstrando a dependência ou o estado fusional, além de ter a percepção de estar diante de dores impossíveis de serem expressas por algumas de suas pacientes, as quais giravam em torno do tema da separação, do distanciamento e do processo de autonomia dos filhos dessas mulheres. Esses movimentos saudáveis eram evadidos da consciência delas, as quais reagiam com doenças graves que as colocavam à beira da morte, demonstrando o árduo papel que alguns filhos representam na mente de suas mães, responsáveis por tapar um buraco de um rasgo na identidade de algumas mulheres. São exemplos de relações em que as pessoas se encontram fundidas; em que o outro (no caso, os filhos) serve para completar o sentimento de existência. Nesse contexto, as mães receiam as separações em virtude dos terrores primitivos que estão ligados a essas experiências; dessa forma, elas não podem ser reconhecidas nem pensadas. São situações que vivenciamos na clínica com alguns pacientes que manifestam insônia, disfunção gástricas e que até passam mal durante a sessão com sintomas de vertigem, demonstrando que a sua cabeça não lhes serve, a não ser que esteja complementada com a função do outro, o que lhe garante uma organização psíquica. Alguns pacientes também nos admitem a vivência de experiências estranhas, como de estarem dormindo, mas parecer que estão acordados observando a si mesmos enquanto dormem. É como se dissessem que estão fora de seu corpo e que podem observar-se.

McDougall (1989) conseguia relacionar as tentativas de independência desses filhos – sendo estas experiências de desintegração que podem ser acionadas no processo de separação ou mediante a ameaça de angústias psicóticas – como marcos das doenças de suas mães, porém ela não os expunha a suas pacientes. Primeiro, porque estavam em situação de entrevistas iniciais e segundo, porque ela sabia da fragilidade psicológica de tais pacientes para entrar em contato com sentimentos e com fatos que eram pulverizados de suas mentes. Ela se refere à condição de suas pacientes deste modo:

Eu supunha que ela construía defesas sólidas contra fantasias de fragmentação corporal e mental e que se impedia de tomar

consciência de outros estados emocionais primitivos (MCDOUGALL, 1989, p. 81).

[...] o perigo de ressurgirem inconscientemente as angústias primitivas originalmente ligadas à separação de sua mãe, exatamente como ocorrera por ocasião da separação de sua filha, quando essas angústias foram reativadas (MCDOUGALL, 1989, p. 81).

Mediante tais constatações, a analista se mantinha cuidadosa. Ela não recorria às interpretações, mas a colocações e a apontamentos que pudessem auxiliar a paciente a começar a pensar sobre si, atuando com muita delicadeza, pois, se de outra forma, o indivíduo em atendimento poderia sentir-se como um estômago de um bebê que recebe um alimento que ainda não tem condições de digerir. Façamos uso das palavras da autora:

Pedi-lhe somente que se lembrasse de que para ela os relacionamentos importantes despertavam sentimentos bem mais intensos e violentos do que ela podia imaginar. Aconselhei-a, caso surgissem dificuldades ou tensões entre ela e o amante, a tentar refletir sobre aquilo que sentia e não simplesmente precipita-se numa tentativa incessante para encontrar remédio para uma dor mental. Não deveria deixar ao seu corpo 'todo trabalho de sentir e pensar' (MCDOUGALL, 1989, p. 81).

Algumas colocações da analista divergem muito das interpretações exigidas pela psicanálise tradicional; os apontamentos dela relevam o que o psiquismo do analisando suporta. Aos pensarmos na atuação de McDougall como analista, vem-nos à mente a imagem de uma mãe, com condições de reconhecer suas próprias emoções, e a de seu filho, ensinando-o sobre os afetos, validando a existência de um mundo interno. Assim também a autora pode mostrar-nos o impacto que uma fantasia de identidade fusional pode ter sobre um componente da dupla mãe e filho. São relatos que nos fazem enxergar as tristes tragédias, além de doenças físicas que ocasionaram graves hemorragias nos pais, como também suicídio, uso abusivo de drogas por parte dos filhos que não conseguiram sair do papel de “rolha” diante de uma mãe “abissal”. Isso nos demonstra como as relações fusionais impedem que mãe e filho apropriem-se da totalidade de um corpo em seus psiquismos e, até mesmo, na constituição de um *self* individual, tendo como consequências as ameaças psicossomáticas.

Tais apreensões sobre a dinâmica psíquica existente entre a dupla mãe e filho nos alerta para o papel do analista de não manutenção de uma simbiose e,

também, de poder suportar os ódios não ditos de seus pacientes, uma vez que estes nos servem para direcionar um trabalho a favor de processos de subjetivação individualizantes, distante da manutenção da simbiose e da anulação do sujeito.

3.1 Os afetos na clínica do psicossoma: transferência e contratransferência

O pano de fundo da psicodinâmica psicossomática é caracterizado pelo não reconhecimento da experiência emocional, por isso, a impossibilidade de elaboração do evento traumático (MCDUGALL, 1989). Esse campo denota uma economia específica do afeto, bem como aguça o analista a se indagar a respeito das razões inconscientes que levam determinados sujeitos a aniquilarem suas vivências afetivas, que podem ser vividas no palco analítico por meio dos fenômenos transferenciais, os quais foram identificados por McDougall (1989), que lhes atribuiu as seguintes nomenclaturas: dispersão do afeto e desafetação. O processo psicanalítico, de acordo com suas experiências, parecia estagnar ou dar-lhe a impressão de nunca ter sido iniciado, fato corroborado pelas acusações e pelos ataques por parte de seus analisandos, os quais a levaram a se questionar sobre quem, no mundo interno deles, clamava por ser ouvido. Ela também discorre sobre um traço de personalidade comum a tais pacientes: eles estabeleciam um modo pragmático de se relacionar, isento de emoções e de recusa da dependência em relação ao outro, sendo um dos motivos, de ordem narcísica, que dificultaria a análise pela não admissão da necessidade de auxílio.

Indo adiante, McDougall (1989) se refere especificamente ao aspecto contratransferencial, ou seja, à qualidade do afeto que tais analisandos suscitam em seus analistas, sendo, quase sempre, de cunho negativo. Essa situação diz respeito à impressão da paralisia da função analítica. Nesse sentido, a autora constatou que, em certos momentos, vivia a sensação de que não poderia mais ajudar seus pacientes a se tornarem mais vivos e, até mesmo, a terminarem sua análise, o que a fazia sentir-se culpada. A ausência de afetos, tão marcante nesses casos, deixavam-na cansada, como também faziam-na perder a concentração. Pensamos que esse clima isento e inodoro diz muito sobre a dificuldade de manter um vínculo afetivo vivo; mostra que o desânimo pode dizer-nos sobre a ausência de um sujeito embebido pelo desejo, de alguém que não supõe sua própria existência.

Essa sensação de fracasso vivida pelo analista, seguida de um funcionamento mental de recusa à mudança por parte do analisando, foi conceituada por McDougall, em 1972, como “antianalisando em análise”, fenômeno que demonstra atitudes ferozes do paciente contra o processo analítico e como essa atitude é relativa ao seu mundo psíquico. Tudo o que lhes possa mostrar a existência de um mundo interno é atacado, porque é assim que eles fazem com sua vida emocional: negligenciam-na pelo desespero da experiência de morte interna que é mascarado pelos protestos indignados e pelos sofrimentos por eles manifestados. Como se não bastasse, a resistência à mudança psíquica atua com força, porque esses pacientes acreditam que a mudança é desfavorável às suas vidas, logo a força da inércia toma conta do processo analítico, atuando como uma proteção contra o retorno de um trauma insuportável, que não pode ser exprimível.

Dois anos mais tarde, em 1974, McDougall intitulou de normopatas os sujeitos aparentemente felizes e normais, que se apresentam assim a si mesmos e aos outros, mas que escondem uma profunda tristeza atrás de uma “pseudonormalidade”, com o objetivo de se proteger contra a consciência de suas vivências afetivas. Dessa forma, o processo de análise é sabotado por esse modo de funcionamento psíquico específico, de maneira inconsciente ou consciente, por tais pacientes. Essa sabotagem, como a própria autora indicou, manifesta-se por meio de uma variabilidade de métodos, os quais podem ser reunidos sob o título de *acting-out*, que demonstra um desinvestimento no processo analítico por meio de comportamentos, como as faltas, os atrasos, ficar em silêncio por horas e só falar no fim da sessão, dentre outros exemplos, que nos colocam na presença do sentimento de terror à análise e ao analista. A autora também pontua que pacientes com essas características demonstram um sofrimento sem nome que impele o sentimento de se manter em análise. De acordo com a analista, a desafetação, entendida como um grave distúrbio da economia psíquica, é responsável pela manutenção dessa defesa.

A respeito da desafetação, a discussão gira, a princípio, em torno do significado do termo para a autora, que o compreende como a falta de contato do indivíduo com as suas emoções, o que o impede de conhecer a sua realidade psíquica. O indivíduo encontra-se, pois, separado de suas emoções. No processo analítico, isso fica evidenciado por meio de um discurso compreensível e até intelectualizado, porém desprovido de afeto, em que as palavras perdem sua função

de ligação pulsional, existindo apenas como estruturas congeladas, esvaziadas de significação. McDougall (1989) considera que esse discurso assim apresentado revela uma interrupção no processo analítico. Tal tipo de comunicação pode não dominar a cena inteira da análise, sinalizando apenas uma parada, assim como a vida toda do indivíduo, demonstrando uma maneira de se estabelecer um equilíbrio mediante uma economia psíquica caracterizada pela ausência de vínculos afetivos. Nesse terreno, a angústia e outros afetos não servem como sinais que permitem a ligação do sujeito consigo mesmo, ou seja, a vida afetiva não tem o efeito de conceituar a própria vida e, assim, o sujeito se encontra protegido para viver sua vida, cindido das emoções que poderiam causar sensações desorganizadoras.

Por isso, McDougall (1989) preferia utilizar o termo desafetação a outros encontrados em pesquisas psicossomáticas, pois a sua intenção era, por meio de sua conceituação, indicar que

[...] esses indivíduos tinham vivenciado precocemente emoções intensas que ameaçavam seu sentimento de integridade e de identidade e que lhes foi necessário, a fim de sobreviver psiquicamente, erigir um sistema muito sólido para evitar o retorno de suas experiências traumáticas portadoras da ameaça de aniquilamento (MCDOUGALL, 1989, p. 105).

McDougall (1989) ainda explica que suas observações decorrem do dia a dia com seus pacientes, que não se utilizavam do recalque de ideias ligadas a dores emocionais, assim como não projetavam tais sentimentos sobre as representações de outras pessoas, chegando à hipótese de que eles ejetavam “brutalmente” do campo da consciência qualquer representação abarrotada de afeto, demonstrando que esses indivíduos eram incapazes de conter o excesso da experiência afetiva, sem terem, portanto, condições de refletir sobre tais experiências. A ocorrência da desafetação pode alterar a capacidade de sonhar do indivíduo, assim como a sua chance de uma vida imaginativa e criativa, colocando-o à mercê da eclosão psicossomática.

Ainda desenvolvendo o seu pensamento sobre a desafetação, McDougall (1989) propõe algumas hipóteses econômicas e dinâmicas para explicar esse tipo de funcionamento mental, que se estrutura como uma defesa bastante vigorosa:

[...] em primeiro lugar aos fatores dinâmicos que podem servir de base à existência de uma brecha psíquica entre as emoções e as representações mentais às quais elas estão ligadas e, em seguida,

aos recursos econômicos através dos quais funciona essa maneira de viver que não leva em consideração nem sentimentos, nem acontecimentos carregados de afetos, nem a realidade psíquica dos outros indivíduos (MCDUGALL, 1989, p. 106).

Retomando a discussão sobre a dispersão dos afetos, para McDougall (1989), esse mecanismo é uma forma de dispersar, de maneira imediata, os afetos de prazer ou de desprazer, devido ao impacto que algumas experiências emocionais causam ao sujeito. Isso foi o que ela denominou descarga na ação, para se referir ao mecanismo que rege a economia psíquica quando a dispersão se faz necessária para a evacuação de uma excitação afetiva sentida como insuperável, embora isso não queira dizer que o sujeito está consciente. Como McDougall disse ao longo das obras por nós analisadas, todos tendemos a descarregar nossas tensões na forma de ações, uns menos, outros mais, no entanto, ela chama atenção para aqueles sujeitos que empregam este como o único recurso para lidar com suas experiências emocionais, o que os coloca em um risco muito grande de intensificar a vulnerabilidade somática.

Ao relatar suas experiências clínicas que a levaram a construir seus conceitos, McDougall (1989) discorre sobre uma paciente que, diante da mudança de cidade de seu filho, ficou com muito medo de que seu alcoolismo piorasse devido ao vazio que sentia. Ao invés de falar de sua dor, tal paciente fazia menção ao seu estado de dúvida, dizendo que não sabia se queria comer, se queria fazer amor, ou, ainda, se estava com raiva ou angustiada. Essa experiência, como tantas outras, evidenciou a existência de sujeitos que não conseguiam refletir sobre acontecimentos que os impactavam emocionalmente. Além disso, a autora passou a supor que o comportamento adictivo pudesse ter como objetivo o afastamento de experiências emocionais e a supressão de seus afetos, pois esta conflitiva colocava o sujeito em estado de confusão. Somente mais tarde, McDougall (1989), ao estudar o conceito de alexitimia, passou a reconhecer os fenômenos que ela observava em sua clínica.

À vista disso, McDougall (1989) vai compreendendo a natureza do afeto como psicossomática. Ou seja, este não ficaria restrito ao campo do fisiológico nem ao terreno do psicológico. Em suas palavras:

[...] o fato de ejetar a parte psíquica de uma emoção permite à parte fisiológica exprimir-se como na primeira infância, o que leva à *ressomatização do afeto*. O sinal do psiquismo reduz-se a uma

mensagem de ação não verbal. Os indivíduos que tratam a emoção dessa maneira são presas potenciais de explosões somáticas de todos os tipos, quando determinados acontecimentos (acidentes, nascimentos, luto, divórcio, abandono) ocorrem. Em tais ocasiões, as soluções adictivas também podem revelar-se inoperantes: a economia psíquica adictiva então não permite escapar às pressões psicológicas e à submersão afetiva (MCDUGALL, 1989, p. 107).

Nesse ponto de sua obra, podemos notar a aproximação que McDougall faz entre os conceitos de psicossomática e das soluções adictivas, tendo como base suas reflexões sobre a economia psíquica regida pelo mecanismo da dispersão dos afetos. Na solução adictiva, o objeto adictivo, apesar de sua conotação mortífera, está investido como objeto bom por uma parte da mente do sujeito, carregando a função de reduzir a angústia de maneira imediata. McDougall (1989) salienta que discorreu também sobre uma forma de relacionamento, denominada relação adictiva (1982), na qual se desenvolve um conluio na relação em que um dos parceiros se comporta (por razões inconscientes) como objetos da necessidade adictiva; nesse caso, o outro se torna o objeto de necessidade e não de desejo.

Traçando um paralelo com pacientes cardíacos, McDougall (1989) menciona que eles podem estabelecer uma relação com alguns setores da vida, sendo caracterizada como atividade-adicção. Por exemplo, mantendo uma relação com o trabalho como um vício, uma droga, atendendo a uma necessidade inconsciente de preencher um espaço que poderia ser dedicado ao não fazer ou ao devaneio, indicando uma vivência voltada ao fazer em derrocada do ser, a sua descarga sexual é vivida compulsivamente.

As pesquisas da psicanalista sobre dispersão e sobre descarga compulsiva foram aprofundados com base em estudos de outros psicossomatistas, como os de Marty, de M'Uzan, de Nemiah e de Sifneos, que foram os primeiros a esclarecer sobre os pacientes que viviam com os outros e consigo mesmos sem qualquer relação afetiva. Em consequência de suas pesquisas, eles caracterizaram a personalidade psicossomática, como também conceituaram o pensamento operatório, a alexitimia e a neurose de comportamento. McDougall (1989) observou, em decorrência de sua prática clínica, que tais funcionamentos psíquicos pareciam intensificar a tendência à somatização de alguns pacientes, enquanto não funcionavam dessa maneira com outros, com aqueles acometidos por doenças psicossomáticas.

Para a autora, esses conhecimentos favoreceram a sua compreensão sobre os pacientes, por ela denominados normopatas, personalidades aditivas e desafetados, ou seja, aqueles que tendiam a somatizar em situações de *stress*. Nestes, a somatização acontecia devido a uma falha na dispersão dos afetos ou do funcionamento alextímico, sendo sua função defender contra as angústias psicóticas. A derrocada de tais defesas colocaria o sujeito à mercê da disfunção psicossomática, que funcionaria como uma solução/resposta ao sinal primitivo de uma parte do psiquismo ausente de palavras para conter as fantasias desintegradoras. Sobre a ausência do recurso das palavras e sobre a sua função, McDougall (1989, p. 114) nos diz que

As palavras, como já enfatizamos diversas vezes, são os diques mais eficazes para conter a energia vinculada as pulsões e aos fantasmas aos quais estas deram origem, em relação com os objetos parentais do início da infância. Quando as palavras deixam de preencher essa função (por razões ainda hipotéticas), o psiquismo vê-se obrigado a emitir sinais de sofrimento de tipo pré-simbólico, contornando, por aí mesmo, as ligações limitadoras da linguagem. Há então um considerável risco de suscitar respostas somáticas e não psíquicas diante de uma angústia indizível (MCDUGALL, 1989, p. 114).

Mesmo considerando a relevância das pesquisas dos psicossomatistas, McDougall não se dava por satisfeita, pois vivenciava a rotina de seus pacientes. Por isso, ela discutiu o mecanismo de *Verwerfung*, descrito por Freud (1996c), tendo como objetivo a psicanálise e a sua aplicabilidade nos estudos da psicossomática, referenciando a lógica da linguagem e a significação das relações. Suas especulações para a compreensão da psicossomática se lançam em direção à relação mãe-bebê, mais especificadamente aos mecanismos que o infans utiliza para se proteger das mais primitivas angústias, de cunho destrutivo, decorrentes de uma série de experiências traumáticas. Sob essa perspectiva, ela retoma o mecanismo arcaico *Verwerfung*, segundo o qual o ego rejeita tanto a representação quanto o afeto insuportável e se comporta como se nada tivesse chegado até ele; sob essa via, o acontecimento traumático é ejetado para fora do psiquismo.

De acordo com McDougall (1989), Freud descreveu esse mecanismo e o exemplificou com o caso Schreber para demonstrar o que ocorre com uma experiência quando ela não é integrada ao inconsciente do sujeito, podendo retornar na forma de alucinação ou de delírio. Por isso, foi utilizado para a explicação do

funcionamento psicótico. Lacan, por sua vez, denominou-o de forclusão; caracterizando-o no campo das psicoses, também atrelou a sua concepção de simbólico. Divergindo do recalçamento, de acordo com McDougall (1989), o mecanismo em discussão teria um papel primordial para a compreensão dos fenômenos psicossomáticos, colocando-se de forma bastante clara. Nos termos da autora, temos o seguinte:

Baseando-me em minha experiência clínica, eu diria que essa capacidade de ejetar do psiquismo percepções, pensamentos, fantasias e outras ocorrências de natureza psicológica (frequentemente criadas por situações banais no mundo exterior, porém carregadas de dor mental para o indivíduo, registradas, mas não reconhecidas como tais) pode produzir, no adulto, uma regressão a respostas somáticas ao invés de uma resposta psicótica. Há uma dissociação entre a representação de palavra e a representação da coisa, o que faz com que os sinais de angústia se tornem equivalentes de uma representação da coisa, destacada da representação da palavra que daria sentido à experiência (lembramos de que, para a criancinha, o corpo é vivido como um objeto-coisa pertencente ao mundo externo) (MCDUGALL, 1989, p. 116).

Essa, portanto, seria a compreensão de McDougall sobre a psicodinâmica psicossomática, tendo como protótipo o modo de pensar da criancinha, ou seja, o não pensar, a condição psicológica do impensável, que permanece no adulto.

A respeito da etiologia, McDougall (1989) diz ter observado em seus pacientes que apresentavam uma economia narcísica, fazendo uso de soluções adictivas ou da desafetação, recorrendo também a respostas psicossomáticas, a evocação de um discurso familiar que desvalorizava as emoções, os gestos espontâneos, assim como os pensamentos e os sentimentos. É possível dizer que tal discurso “[...] preconizava um ideal de inafetividade e condenava qualquer experiência imaginativa” (MCDUGALL, 1989, p. 116).

Ela também nos coloca que teve condições de reconstruir com alguns de seus pacientes, via vivência transferencial, utilizando-se dos sonhos e da associação livre, a existência de uma relação na qual a mãe era percebida como incapaz de interpretar as reações emocionais de seu filho, sendo um dos caminhos que levariam a criança a desvitalizar a sua vivência emocional. Ademais, a autora sugere que a mãe que assim se comportava seria uma reação – inconsciente – de medo de ela mesma lidar com os aspectos de sua vida afetiva, o que a levaria ao controle das manifestações emocionais e espontâneas de seu filho. Seria esse um fator de

desinvestimento na análise para o paciente que carrega essa imago da relação mãe-filho?

Conforme a autora, com pacientes com esse funcionamento, o analista tem condições de observar o que esses sujeitos fazem diante de experiências carregadas de afeto, sendo reveladas na relação analítica, como também em sua própria vida cotidiana. As reações psicossomáticas, assim como as sensações corporais e as pseudopercepções transitórias funcionariam de acordo com o processo primário, estando no lugar dos sonhos e das fantasias (MCDUGALL, 1989). Assim, ela considera tais reações equivalentes ao sonho e ao afeto. Em decorrência dessa dinâmica, bastante primitiva, esses sujeitos recorreriam à utilização da clivagem e da identificação projetiva para se proteger do sofrimento psicológico, ejetando de sua consciência as representações e os afetos ligados a elas, assim como podendo projetar tudo isso sobre a representação de uma pessoa que existe em seu mundo interno. Consequentemente, o representante do mundo interno passa a ser procurado no mundo externo; vale ressaltar que essas pessoas despertam nos outros, inconscientemente, por meio do seu modo de falar e de agir, aquilo que eles não suportaram dentro de si mesmos. Esse, portanto, torna-se o meio de comunicar aos outros o seu sofrimento e as suas experiências, agindo com as demais pessoas da mesma maneira como seus pais agiam com eles quando crianças.

Segundo a autora, é possível apreender as “duplas-mensagens”, assim como a dor e o desespero da criança que precisou submeter-se a desvalorizar a sua vitalidade interna sob o custo de sua sobrevivência. Tudo isso se torna demonstrável por meio do discurso do analisando carregado de sentimentos de confusão, de irritação, de angústia e de tédio diante do analista em seu trabalho de fazê-lo sentir o que teve de ser exaurido, ou seja, as suas emoções que ficaram congeladas. Por meio de uma metáfora, McDougall (1989, p. 117) afirma que, “No mundo psíquico interior, o cotidiano de afeto ocupa algumas vezes o lugar da Atlântida”.

Outra consideração feita por McDougall (1989) sobre suas observações no tratamento analítico diz respeito ao fato de seus pacientes estarem vindo de outras análises, sendo ela a segunda e, até mesmo, a terceira analista deles. Esse fator, a nosso ver, pode revelar uma disposição dos pacientes em se aproximar de seu mundo interno, de sua vida emocional, mesmo que esta possa ser sentida como algo avassalador. Os conhecimentos psicanalíticos até então fornecidos pela autora

nos dão subsídios para pensarmos a relação analista-analisando; embora existam advertências sobre a análise de pacientes somatizadores graves, temos de pensar no pedido do sujeito. Averiguar um potencial de análise, além dos conhecimentos psicanalíticos, requer sensibilidade e honestidade de ambos que compõem a dupla para a empreitada analítica.

Nesse sentido, o cuidado é algo que não deve perder a sua dimensão em qualquer parte do processo analítico; a todo momento, conheceremos facetas, das mais variadas, de nossos analisandos, as quais podem funcionar como defesa, como um traço de caráter em outro momento, dentre outras infinitas possibilidades criativas do ser. É sempre na relação transferencial, no seu discurso manifesto ou não, que constataremos o envolvimento do sujeito. A autora considera que um pedido de segunda análise é como se fosse um segundo casamento: existe menos ilusão sobre a experiência, mas também coincide com o furor de fazer o segundo parceiro pagar pelos erros já sofridos, isto é, um pedido de reparação. Como diz McDougall (1989), o pedido de uma segunda análise se baseará em outros motivos manifestos que divergem da demanda da primeira análise. Por isso, o trabalho do analista é buscar aquele que está falando naquele momento, com toda a sua história passada, a qual tem seus efeitos no presente, mas que remonta ao sujeito que se revela no aqui e no agora da sessão analítica.

Sobre os limites do analisável, Mc Dougall (1989) nos adverte sobre o perigo de se curar uma neurose quando esta mascara um vazio interior que pode revelar-se como um distúrbio da economia afetiva, acompanhado por comportamentos adictivos e por problemas caracteriais que ficaram de fora da primeira experiência analítica, sem contar que há uma parte ignorada da vivência afetiva do indivíduo. A autora conta que pôde constatar essas ações que estão no lugar das experiências emocionais ejetadas para fora do psiquismo em muitos de seus pacientes e que elas passavam despercebidas por eles. Além disso, ela nos atenta para a carapaça neurótica que esconde a conflitiva psicossomática.

De acordo com a autora, os pacientes manifestavam um discurso de fracasso, de insatisfação com sua própria vida, questionamentos sobre sua vida privada, sobre aborrecimentos, ou seja, uma tomada de consciência a respeito da falta de sentido na existência. Como ela ainda afirma, a análise desses indivíduos desembocava na descoberta de um estado de desespero impossível de ser representado ou de uma angústia inominável, dos pavores arcaicos. Tais

descobertas levaram tanto a analista quanto os seus pacientes a reconhecerem a descarga da vivência emocional na ação devido à pouca tolerância afetiva.

No final das contas, esses analisandos revelavam um terror de sua realidade psíquica, da qual, de alguma maneira, estavam desconectados. Alguns chegavam a eliminar de sua memória quase todas as minhas intervenções, o que fazia parte, evidentemente da carapaça de desafetação (MCDUGALL, 1989, p. 120).

O processo de desafetação atinge o *setting* analítico de muitas maneiras, seja por meio das atuações, como as faltas e os atrasos, seja pela própria função analítica que a associação livre encerra. As palavras podem funcionar como descargas, como evacuações que servem para a ejeção da emoção para fora do psiquismo. Assim como o conteúdo da sessão, a relação analista-analisando e as intervenções, tudo poderá ser atingido pela desafetação, que nos mostra o funcionamento do indivíduo e a maneira que ele tem para livrar-se daquilo que é insuportável e impossível de ser pensado. São vivências a olho nu de processos primários a que o analista precisa sobreviver psiquicamente com o seu pensamento, na arte de compreender a profusão destrutiva de tais elementos, para a preservação da função analítica e do início de um trabalho que favoreça o desenvolvimento de mecanismos psíquicos mais elaborados, decorrentes do processo secundário, como o pensar.

3.2 Análise do caso Peter: sobrevivendo à transferência e à contratransferência no campo analítico com pacientes com a problemática psicossomática

Em seu livro *Teatros do corpo* (1989), McDougall demonstra, por meio de três casos, a sua experiência clínica com pacientes que apresentavam a economia psicossomática. Neste trabalho, detemo-nos à análise do caso Peter para ilustrar os aspectos transferenciais e contratransferenciais que fazem parte do processo psicoterapêutico, com a finalidade de apresentar a natureza da relação analítica, bem como a economia afetiva de tais pacientes, em especial o fenômeno da desafetação.

Peter foi um paciente que havia passado por dois outros analistas homens; a análise com McDougall, portanto, seria a sua terceira experiência analítica. Sua queixa, apresentada nas entrevistas iniciais, tratava-se de sintomas neuróticos,

como insônia e impotência sexual. Mas, como temos visto, os sintomas neuróticos não são indicativos de uma estrutura edipiana; pelo contrário, eles podem funcionar para a preservação da vida do paciente, face a sua angústia psicótica. Isso será perceptível por meio do discurso, da maneira de se comportar com o analista, além dos *acting outs* apresentados pelo paciente.

Em seus primeiros contatos com McDougall, Peter já exprimia a convicção de que ela jamais o entenderia e que, portanto, seria incapaz de ajudá-lo. A autora entendia seu paciente como o personagem Peter Pan, no que diz respeito a ser um menino, a portar um discurso de apelo infantil e a fazer uso de mecanismos mágicos que serviam como destruidores da função analítica, pelo uso de palavras que desvalorizavam a analista e indicavam a descrença em seu trabalho. As palavras, para Peter, seriam a ação, a via pela qual a desafetação alcançaria a sua expressão. Esse paciente ficou em análise durante oito anos, com uma frequência de três sessões semanais.

McDougall (1989) escolheu relatar um episódio ocorrido no sexto ano de análise do paciente em questão, o qual vinha chegando cerca de quinze minutos atrasado em todos os seus encontros, há alguns anos, justificando seus atrasos pela inutilidade do tratamento, apesar de nunca ter faltado nas sessões durante todo esse tempo. A princípio, a autora relata uma série de respostas de Peter às observações que a analista fazia a ele. Respostas que ilustram o afeto transferencial hostil vivenciado na relação analítica, como é possível observamos em alguns excertos das falas de Peter: “Realmente não compreendo como e nem onde você conseguiu uma boa reputação de analista”; “Fico me perguntando em que livros você encontra essas interpretações! Quanto aos seus trabalhinhos escritos, é possível dizer que você sempre tenta ser compreensível, provavelmente para seduzir seus leitores” (MCDOUGALL, 1989, p. 122).

Como se vê, Peter ataca a função analítica e a pessoa da analista, utilizando-se de um discurso de desvalorização e, ousamos dizer, de violência em relação ao outro. No entanto, trata-se de um meio de comunicar como ele se sentia, fazendo a analista sentir na pele os efeitos dessa comunicação. O discurso, portanto, tem um efeito, o qual é sentido pela analista que é a comunicação afetiva do paciente.

Dois anos mais tarde, McDougall (1989) relata que o discurso de Peter mudara um pouco: existia uma parte que reconhecia a função da analista, que, em contrapartida, não era efetiva em seu caso. “Pode ser que você consiga fazer algo

pelos outros, mas posso lhe dizer desde já que comigo isso não vai funcionar nunca! Eu estou ficando cada vez mais velho e mais doente. Esse é o resultado de seu trabalho!” (MCDOUGALL, 1989, p. 122).

Mediante essas colocações, a analista observou ao paciente que aquela deveria ser uma constatação muito desconfortável a ele, que reagiu com uma lembrança acerca do que já ouvira falar dos *dobermanns*. Segundo ele, seriam cães com problemas de caráter, ferozes cães de guarda, que se apegavam ao seu primeiro dono e que transferiam seu afeto para o segundo, mas que seriam capazes de estraçalhar o terceiro. Essa fala fez a analista compreender o desespero de Peter, que assinalava a urgência da busca de um genitor que ele pudesse odiar sem sofrer punições e que o ajudasse a sair daquela situação. Posto isso, a autora assinalou a Peter que ela era sua terceira analista; ele reagiu com silêncio e, depois, reconheceu que era verdade, mas minimizou tal constatação ao dizer “Você e as suas interpretaçõeszinhas analíticas” (MCDOUGALL, 1989, p. 122).

Como bem pontua McDougall (1989), o trabalho não foi fácil. Peter sempre a interrompia quando ela conseguia colocar-se, como se a psicanalista não estivesse falando coisa alguma. Isso também pôde demonstrar ao seu paciente, o qual lhe disse que ela estava lá para ouvi-lo e que ele não queria ouvir nada dela. O tempo foi passando e, segundo McDougall (1989), foi ficando claro que as suas interpretações funcionavam como feridas narcísicas e, por isso, foi sentindo-se desencorajada. A nosso ver, esse sentimento se resultou da identificação projetiva; como a própria autora menciona, essa foi uma mensagem essencial ao seu trabalho, pois lhe possibilitou compreender o que a criança desesperada e incompreendida, existente no mundo interno de Peter, havia sentido um dia. Em suas palavras, “[...] a comunicação não tinha qualquer utilidade e [...] ele não tinha qualquer esperança de alcançar uma relação viva impregnada de afeição (MCDOUGALL, 1989, p. 122). Assim, a analista compreendera que, para Peter, a linguagem funcionava como um seio cheio de imperfeições que merecia ser estraçalhado. Desse modo, a autora compartilha conosco o que passa a ocorrer no trabalho analítico, mediante tais colocações:

O fato de que sejamos constantemente denegridos ou eliminados porque vivenciados como cocô ou como seio e, aparentemente, sem encarnar os aspectos potencialmente valiosos desses objetos parciais não constitui o verdadeiro problema; longe disso: essas projeções inconscientes são o próprio sinal de que algo ‘está

acontecendo' entre o analista e o analisando (MCDUGALL, 1989, p. 123).

Apesar de todas as constatações negativas e de McDougall se sentir farta no trabalho com esse paciente, dizia que o funcionamento psíquico de Peter era motivo de seu interesse e que algo lhe fazia sentir-se ligada a ele. O pesar que sentia pode ser explicado pelo fato de que análises desse cunho têm seus momentos de estagnação, pois evidenciam a presença da reação terapêutica negativa, bem como aparentam sinalizar ausência de mudança psíquica, suscitando no analista sentimentos construtransferenciais negativos seguidos da impressão de uma paralisia interna. Assim como o ataque incessante ao processo e à relação analítica, seu objetivo é demonstrar as técnicas das quais o paciente se utiliza para se manter vivo psiquicamente, evidenciando que estamos diante de uma defesa primitiva muito forte, resultante da pulsão de morte e que, segundo McDougall (1989), é posta em atuação para lutar contra perigos iminentes, podendo ser sentidos como mortais, provocados pelo temor à mudança.

A autora aqui abordada ainda discorre que essa é uma problemática pré-neurótica, na qual os pacientes parecem estar submetidos a uma eterna lei materna que questiona seus direitos à existência e à independência. São casos em que tais sujeitos se sentem a extensão narcísica de suas mães, sendo filhos que precisam atender à obediência de completar o sentimento de identidade, bem como satisfazer às necessidades delas. Essa lei funcionará como mandato de uma existência, fazendo parte da construção da identidade subjetiva e que foi transmitida pela mãe desde o nascimento de seu bebê.

Retomando a questão dos sintomas neuróticos ou do caráter neurótico que possivelmente são apresentados, tendo como referência o caso de Peter, a autora advoga que são capazes de funcionar como defesas para o não reconhecimento das angústias que estão no âmago do ser, as quais são de naturezas narcísica e psicótica, o que expõe o sujeito a ter seu sentimento de identidade subjetivo abalado. Esse, portanto, pode ser um dos motivos pelos quais os analisandos se mostram desinteressados em relação ao conhecimento dos seus sofrimentos. Na análise de Peter, McDougall constatou que seus sintomas neuróticos remetiam ao pavor de seus desejos homossexuais, até então inconscientes. Ao longo do processo, tais sintomas cessaram, no entanto, isso não era motivo de prazer para Peter, o qual dizia não ser feliz. De acordo com a psicanalista:

Esta triste recusa traía o terror de que uma problemática bem mais mortífera fosse revelada pelo desaparecimento dos sintomas. Peter prosseguiu: ‘Mas no que se refere a *mim* – estou mais infeliz do que nunca. Meu sintoma, meu verdadeiro sintoma, é que *eu não sei viver*’. (MCDUGALL, 1989, p. 125, grifos da autora).

McDougall (1989) observou que o verdadeiro eu de Peter poderia ser aquele que passara a dormir bem, a não ter mais inibições em suas relações sexuais, porém nada disso era por ele reconhecido, como se tais experiências não fizessem parte dele. A analista as compreendia como se não fizessem parte do “verdadeiro eu” de seu paciente, o qual experimentava a morte interna, como se nunca houvesse entrado em contato com a vida. Sob a ameaça de essa parte morta tornar-se viva, mecanismos eram acionados instantaneamente, para torná-la, novamente, morta, sem sensibilidade e sem significado.

Posto isso, a autora traz a questão de como nós, analistas, devemos lidar com essa impressão de morte psíquica que congela todo o impulso de vida. Peter camuflava, com seus sintomas neuróticos, o seu teatro interno desprovido de sonhos e de fantasias, o qual denotava a vivência da desafetação e de uma depressão, segundo McDougall (1989). Peter vivia a proibição, por razões desconhecidas, de poder desfrutar da vida e, até mesmo, de aceitar a existência de momentos de decepções narcísicas, comuns a todos os seres humanos. A autora conclui sobre as intercorrências em relação à inacessibilidade do afeto, que divergem economicamente e dinamicamente dos caminhos que Freud observou nas neuroses clássicas. De acordo com McDougall (1989), a origem da desafetação encontra-se nos investimentos da libido narcísica ou da libido objetal, levando a uma grave deficiência das defesas protetoras contra as dores psíquicas. O medo do sujeito de reconhecer seus próprios estados afetivos, bem como na relação com os outros leva essas pessoas a atacarem a percepção de suas emoções, além de destruir qualquer elemento da realidade externa que possa funcionar para o despertar de tais emoções. Por isso, o analista, o *setting* e o processo analítico são constantemente alvo de ataques, tendo em vista a eliminação das percepções – mínimas ou carregadas de emoções –, o que nos direciona às pistas do que ocorre com os afetos que são tamponados, ilustrando como esses analisandos perdem o contato com os aspectos afetivos de sua realidade psíquica.

Sobre os *acting out* de Peter, os quais funcionavam como estratégias de ataque à realidade, McDougall (1989) passou a chamar a atenção do paciente a respeito de seus atrasos, de suas verbalizações sobre a preferência de ficar na sala de espera do que deitar no divã; até que, em um certo dia, o paciente quis saber sobre o significado inconsciente de tais manifestações, alegando que chegaria na hora certa. Na sessão seguinte, Peter chegou dez minutos antes e a analista, devido imprevistos, acabou atrasando dez minutos. Ela lamentou o seu atraso e o reconheceu para o analisando que reagiu a tudo isso, a nossa ver, com uma indiferença sarcástica, verbalizando que havia ficado bem sozinho na sala de espera lendo um artigo e que não dava a mínima para o que havia acontecido. Seguiu falando de sua impressão ao avistar a analista, fato que descreve a maneira como o paciente passou a enxergar o objeto que o frustrara, mas sem reconhecer ainda os seus próprios sentimentos hostis. Peter assim dispara:

De fato, quando você apareceu à porta, eu não a vi de fato... Sim, eu a vi, mas tive a vaga impressão de que você estava estranhamente pequena. E observei que estava vestida de um jeito bastante insignificante... não estava elegante como sempre. Você está, eu acho, com um vestido desbotado, de uma espécie de rosa-acinzentado sujo (Na realidade eu estava com um vestido cor de damasco com uma longa echarpe branca, que, a meu ver, era muito elegante!). 'E, depois, era como se você não tivesse cabeça, por isso tive a impressão de que estava menor. Quero dizer que parecia diminuída, minúscula, sem cor, sei lá (MCDOUGALL, 1989, p. 127).

McDougall, então, prosseguiu na tentativa de analisar os sentimentos de ódio que haviam sido despertados em Peter devido à espera, ao fato de ter-se sentido esquecido e abandonado, os quais foram negados pelo paciente, que ainda ressaltou duvidar que pudesse sentir tais emoções por causa dela. Daí em diante, seguiu-se uma série de “recordações encobridoras reconstruídas” (MCDOUGALL, 1989, p. 127) resultantes de lembranças e de construções evocadas durante longos anos de análise, as quais se referiam a uma foto de Peter com 18 meses sentado ao sol na praia, por ele denominada foto “bebê na neve”. A analista acompanhava as associações pensando:

Eis Peter Pan, ‘bebê na neve’ sentindo-se sempre gelado, entregue à própria sorte na minha sala de espera! Mas Peter parece determinado a nada saber de seus sentimentos atuais e, sobretudo, a evitar qualquer representação que possa ressuscitar uma situação traumática do passado (MCDOUGALL, 1989, p. 128).

Ainda naquela sessão, ele passou a rememorar o momento no qual desejou interromper o seu processo, fato que acontecera em seu segundo ano de análise. Tudo isso ocorria, segundo a analista, sem que Peter percebesse as suas livres associações de pensamento. Peter havia interrompido, de maneira muito drástica, suas duas análises anteriores, por isso, McDougall lhe pedia um pouco de calma para eles pensarem sobre o que estava acontecendo. Fato que gerou acusações por parte do paciente que dizia que ela não havia compreendido o seu desejo e que destruíra a sua capacidade de sentir genuinamente um desejo; por isso, ele afirmou que jamais sentiria um desejo próprio e de forma espontânea devido à incompreensão da analista. Por outro lado, ela pensara que estava diante da criança cheia de vida que um dia Peter fora, com seu gesto espontâneo dirigido à mãe-analista, que, em sua mente, agora funcionava como uma mãe sem ternura, que não o deixava aspirar a sua liberdade e o seu desejo de desfrutar a vida. De modo geral, tudo isso só seria desfrutável sob a pena de perder o amor materno e a sua presença tranquilizadora.

A reação de Peter, de acordo com McDougall (1989), era a de uma criança que atacava a percepção da mãe por ela ter-lhe rejeitado e ferido. Ao mesmo tempo que ele ataca a imago materna, descrita como a analista sem cabeça, pequena, internaliza-a com toda a sua desvitalização, a qual serviu como objeto de identificação para Peter, sendo um modelo para sua própria vida, para seu jeito de ser e, principalmente, para a sua realidade interna, abrindo mão de sua vitalidade. Desse modo, na relação transferencial, a analista compreendia o duplo papel encenado por Peter, que se referia ao da criança desesperada e ao da mãe que a rejeita e não a compreende; mãe interna que, por sinal, era projetada na analista. Nesse ponto, a autora utiliza outros referenciais psicanalíticos que a auxiliaram a pensar em formas psicóticas de viver o afeto, como Green, ao discorrer que o afeto é atuado e a representação não se desfaz do julgo da prova de realidade, assim como Bion, que expõe seu ponto de vista sobre pacientes que inibem a vivência afetiva de seu psiquismo tamanho o ódio da realidade apresentado por eles, por isso, recorrem aos ataques destrutivos para com os objetos, aos pensamentos e ao próprio corpo do indivíduo. Parafraseando Bion, McDougall (1989) ressalta que “O afeto não somente está infiltrado de ódio, como também é odiado enquanto afeto” (MCDUGALL, 1989, p. 129).

Destarte, a analista compreende que Peter se utilizava de mecanismos de defesa psicótica; em contrapartida, seu pensamento não se situava dentro dessa categoria. Ela se recorda que Peter, às vezes, via-se como uma criança autista; esse era o seu jeito de reconhecer alguns de seus aspectos. Ressalta que isso se tratava da parte adulta de seu paciente que conseguia observar a criança traumatizada que ele carregava dentro de si. Em outras palavras, “[...] era um modo de defesa intelectual que funcionava para permitir-lhe permanecer surdo às mensagens enviadas pela criança e evitar ocupar-se dessa parte infantil ferida” (MCDUGALL, 1989, p. 129).

A respeito das dificuldades contratransferenciais existentes no tratamento com esse tipo de paciente, McDougall (1989) afirma que elas ocorrem em virtude da falta de introjeção de uma mãe benevolente, que se personifica na figura do analista como a mãe inadequada, ausente e incompetente, com a qual o paciente está sempre tentando fazer um acerto de contas em suas fantasias. Apesar dessa situação, os analisandos se sentem incapazes de acreditar que poderiam ser ajudados; mesmo sabendo de seu sofrimento, eles preferem destruir qualquer tipo de auxílio ao invés de entrarem em contato com a realidade psíquica traumática do início de sua infância. O pai, na fantasia, ficou relegado em sua falha função de proteger o filho de uma mãe implosiva. Por essa razão, o analista também sofrerá as consequências dessa função não cumprida. Desse modo, a autora encerra que a mudança psíquica ocorre como consequência do trabalho analítico sobre as imagens materna e paterna, chegando a esta conclusão: “Assim que essas fantasias e o comportamento que suscitam tornam-se verbalizáveis e analisáveis, outras imagens da mãe, bem como do pai, tornam-se acessíveis à elaboração – o que é capaz de desencadear uma mudança psíquica” (MCDUGALL, 1989, p. 130). E complementa da seguinte maneira:

[...] a falha de identificação com uma mãe interna que cuida faz-se sentir penosamente no trabalho analítico tanto quanto a falta de identificação com um pai válido, pai que é ao mesmo tempo vivenciado como proibindo a mãe-seio e como não tendo nada a oferecer para compensar essa renúncia. Esse pai, desmesuradamente cruel e superegótico, é efetivamente o suporte da solicitação de análise: pai arcaico que impede o acesso à mãe primária (MCDUGALL, 1989, p. 130).

A ausência de uma instância materna tranquilizadora faz o indivíduo buscar usar algumas saídas para o seu próprio alívio nas substâncias, nos objetos e nos atos adictivos a função maternante que lhe faltou. A mãe introjetada se refere à mãe da primeira infância, aquela ligada aos objetos de necessidade e não a de objetos de desejos libidinais. Por sua vez, a representação do pai fica investida como aquele que, além de ter recusado ao filho-lactente a realização dos desejos incestuosos, interditou o seu direito de viver. Por isso, McDougall (1989) afirma que a problemática se situa muito mais no campo do narcisismo do que no terreno edípico, uma vez que quem nos clama por socorro e nos pede que suportemos sua fúria, que se mostra na pobreza dos recursos que possui, é a criança que luta por uma existência que não seja fruto da herança do reflexo de sua mãe, como retrata o mito de Narciso.

Diante de tal problemática, a autora lança algumas questões, indagando-se, por exemplo, sobre o porquê de essas crianças (internalizadas no adulto) necessitem de mais compreensão do que as outras. E, logo, ela responde: porque essa criança está desprovida de cuidado e de alimento (afetivo) e tem necessidade de tudo isso. Ela porta a falta real e não a falta neurótica. Assim, para McDougall (1989), o trabalho do analista deve seguir os preceitos do *holding*, descrito por Winnicott, fundamentado na paciência, na compreensão, na manutenção da situação analítica que restringe o outro no momento adequado.

Desse modo, devemos conseguir restringir e elaborar nossas próprias relações afetivas, na esperança de que o outro venha a acreditar que haverá um espaço-tempo suficiente para que um desejo nasça e um verdadeiro pensamento se elabore nele; um desejo como esse será diferente de uma exigência raivosa de vingança ou da espera de uma reparação total (MCDUGALL, 1989, p. 131).

Essa se torna uma tarefa árdua à medida que nos defrontamos com a dimensão mortífera que invade o discurso analítico e enfraquece a vitalidade do analista. Além disso, McDougall (1989) nos atenta sobre outras intercorrências que aparecerão no processo fruto da pulsão de morte, como a de nos tornarmos vítimas do desencanto pela vida apresentado pelo paciente, fazendo que desistamos também de investir em nossa função analítica, bem como de insistir em nosso trabalho. McDougall (1989) se faz muito clara ao mencionar que devemos convencer-nos e acreditar que mudanças psíquicas ocorrerão e, ainda mais, que

nossos analisandos desafetados e desiludidos deixarão a condição de sobreviventes à margem da vida e começarão a viver realmente. Entendemos que a autora nos orienta a manter a esperança, resultante da pulsão de vida, mesmo diante de atuações mortíferas de nossos pacientes.

Outro questionamento levantando pela autora em questão se refere aos motivos de aceitar pacientes que resistem ao processo analítico, que atacam, que não acreditam na vida de prazer, que guardam o indizível, como se suas vidas corressem perigo, caso agissem de outra forma. A resposta também é direcionada para a criança desesperada internalizada, a qual interpreta as mudanças como uma catástrofe. Esse pavor é que faz as atuações destrutivas ficarem em evidência, em especial, quando descobertas e manifestações de uma vida melhor pairam sobre o campo analítico. McDougall (1989) afirma que o pedido de análise desses analisandos se aproxima do credo de um drogadicto, o qual pede ajuda, com clamor, mas que nos atenta que ele sempre será o mais forte e que nunca conseguiremos nada. Mas, uma vez sendo aceito por nós, devemos assumir toda essa responsabilidade, mesmo sabendo o alto preço a se pagar.

A autora finaliza o caso Peter com mais uma pergunta sobre o que fazer com nossos sentimentos de desespero em relação a nós mesmos e ao nosso ofício. Ela responde que estamos sempre sozinhos na observação com os pacientes desinteressados e que nos estimulam a não nos interessarmos por eles, ao mesmo tempo que se encontram angustiados, o que nos suscita a aflição também, além de nos sentirmos impotentes mediante a nossa incompreensão, tudo isso pode ser transformado em artigos, em colóquios e em comunicações que serão divididos com outras pessoas, que podem passar pela mesma experiência. Com sua incrível sensibilidade e esperança, ela assim escreve: “Mesmo quando os pacientes que resistem ao processo analítico despertam em nós o terror de uma experiência interminável, podemos ser-lhes reconhecidos por terem aberto diante de nossos olhos um campo de pesquisa ainda intacto” (MCDOUGALL, 1989, p. 133).

Quando McDougall (1989) pediu autorização a Peter para utilizar o fragmento de sua análise na comunicação da qual extraímos o caso, ele não deixou de manifestar a sua desesperança, referindo-se à analista da seguinte forma: “Por que não? A minha análise foi totalmente inútil para mim, mas provavelmente você vai conseguir tirar um artiguinho dela” (MCDOUGALL, 1989, p. 134).

3.3 Tim e Georgete: a encenação da economia psicossomática no setting psicanalítico

Nos quatro últimos capítulos do livro *Teatros do corpo* (1989), McDougall aborda outros dois casos clínicos que sustentam suas hipóteses acerca da economia psicossomática. Por meio do caso Tim, um homem tabagista, que se queixava de não sentir suas emoções, de sentir-se vazio e de não conseguir estabelecer contato com seu mundo externo, a psicanalista expõe o drama da esterilização dos afetos devido à não autorização da vivência da agressividade infantil, a qual teve de ser submetida ao trabalho da desafetação com vistas ao estabelecimento de uma fortaleza invulnerável que custara a morte interna de Tim. Em virtude de sua condição psicológica, Tim se apresentava sem memória, sem desejo, recorrendo sempre à pulverização e à evacuação de qualquer pensamento que pudesse destoar em emoções carregadas de afetos de qualquer ordem. Mais uma vez, McDougall (1989) retoma o mecanismo de forclusão psíquica, segundo o qual o psiquismo ejeta para fora quaisquer representação e afeto, deixando-o na condição de carência, ou seja, do que acostumamos encontrar na clínica como vazio psicológico, constatado por meio da ausência de palavras, de sonhos e de pensamentos, dos momentos de monotonia, que nos causam paralisia e sono, por nos colocar diante da inexistência de vida psíquica de alguns pacientes.

Tal mecanismo de defesa, descrito por Freud como *Verwerfung* (1996c) e de que Lacan se utilizou para associar à psicose, pode ser considerado um avanço teórico trazido por McDougall (1989), uma vez que ela reconhece a existência dessa primitiva defesa contra as dores mentais nas economias adictivas e nas manifestações psicossomáticas, que é estabelecida no início da infância devido ao histórico de traumatismo, que, a nosso ver, com base em leituras dos textos de McDougall, são situações que impossibilitaram a internalização da função maternante que propiciaria, por meio das nomeações das angústias do bebê, o arcabouço das representações de palavras. Além das manifestações somáticas que sinalizam a ação direta da descarga psíquica no corpo, o uso abusivo de drogas e a dependência de alguns objetos remetem ao uso desses artifícios como calmantes externos devido à não introjeção da imago materna tranquilizadora.

Utilizando-se ainda do caso Tim para esboçar suas hipóteses a respeito das manifestações psicossomáticas, logo após seu paciente ter sofrido um infarto,

McDougall (1989) discorreu sobre as condições psicológicas que ameaçavam a vida de seu paciente, colocando em evidência as reações de Tim em relação a pensamentos e a acontecimentos carregados de afeto, ou seja, da ejeção desses de sua mente e do papel do tabagismo em sua economia psíquica. Aqui, é interessante salientar que Tim apenas se mostrou desejoso em investir no seu percurso analítico após sua vida ter sido, de fato, colocada em risco de morte. O tabagismo foi associado como uma tentativa de descarregar seus sentimentos ao invés de pensar os seus significados e de percebê-los. Sobre essa questão, McDougall (1989, p. 146) menciona: “como se, talvez, tentasse emitir uma cortina de fumaça permanente entre si mesmo e essa parte de sua realidade psíquica que captava suas experiências afetivas”. Novamente, a autora identifica o processo de desafetação, tendo no ato de fumar um suporte para a dispersão da mobilização dos afetos, o que fez a autora pensar que o coração de Tim estivesse incumbido de receber todas as repercussões negligenciadas por seu psiquismo, como os registros e as elaborações. O reconhecimento por Tim de sua condição psicológica de incapacidade de sentir os afetos e, em especial, de reconhecer suas fantasias impregnadas de violência, assim como o medo de sua própria destrutividade fizeram o paciente recuperar, em alguns momentos, a condição de ligar lembranças aos seus respectivos afetos. Com muito temor, essas mudanças o assustavam e seu antigo funcionamento voltava a funcionar, sendo valorizado por ter um controle de sua vida emocional maior do que outras pessoas.

A muralha alexitímica e desafetada foi construída por Tim mediante os ditos maternos que não o autorizavam a viver qualquer afeto; a morte dessa sua parte era reconfortada pela provável impressão de que ele atingia o ideal materno e, assim, seria recompensado com o amor de sua mãe. Ser um carcereiro das emoções, ter controle sobre a sua violência fê-lo se tornar o menino quieto e distante de seu mundo interior, bem como o adulto “esquizoide” que chegou à análise para encontrar uma parte perdida dentro de si mesmo. Tim não chorou a morte de seu pai e esse luto foi elaborado no decorrer de seu processo analítico, permitindo-lhe vivenciar momentos de se sentir vivo por meio das experiências emocionais. Conforme McDougall (1989),

Ao longo desse período da análise, Tim chegou à convicção de que a desobediência e as atitudes de oposição aos desejos da mãe em seus primeiros anos de vida (os quais só se lembrava dos castigos)

equivaliam a tentativas desesperadas de combater o sufocamento de sua afetividade e de sua vivacidade que sua mãe impunha – até o dia fatídico em que seu pai morreu. Agora ele tinha a prova de que seus ímpetos agressivos e descontrolados eram capazes de matar, como uma massa fecal assassina. (MCDOUGALL, 1989, p. 149).

A menção feita à massa fecal diz respeito à lembrança do que ocorrera com Tim quando sua mãe anunciou a morte de seu pai. Dias antes de seu pai falecer, Tim havia sido levado por seus tios para passar férias na casa deles e, na véspera da morte do pai, Tim teve um acidente fecal que lhe causou muita vergonha. Quando a tia lhe deu a notícia da morte do pai, o menino sentiu-se culpado e relacionou ao fato de ter sujado as calças, ou seja, de ter matado seu pai com suas fezes. Ele lembra que não chorou. Da evocação dessa lembrança, Tim passou a constatar que, desde pequeno, ele recorreu ao enclausuramento de suas emoções diante de uma mãe que temia os gestos espontâneos de seu filho, bem como as suas expressões afetivas. Somado a isso, Tim guardou dentro de si a imago de uma mãe que não se importava com sua vida e, assim, ele atuava com descuido consigo próprio, inclusive, mesmo após o infarto, Tim voltou a fumar intensamente. Desse modo, estabeleceu uma relação ambígua com o cigarro: ele atuava como uma mãe boa que o auxiliava a se acalmar, ao mesmo tempo que o envenenava, colocando sua vida em risco, demonstrando a face destrutiva do objeto materno assim introjetado.

As elucidações das atuações de Tim, durante anos de análise, levaram a significativas mudanças no seu funcionamento psíquico, dentre elas o não desejo de fumar e o interesse por vários aspectos de sua vida, ou seja, ele passou a ter desejos permeados pela pulsão de vida e a sentir-se vivo pelo contato com suas emoções. Tudo isso foi possível por meio do longo trabalho voltado à elaboração dos processos de luto.

No caso Georgette, McDougall (1989) expõe o pano de fundo da vulnerabilidade psicossomática por meio do acesso a fantasias que impedem o processo de individualização, denominadas “um corpo para dois” pela autora, a fim de retratar a não autorização de deixar o “corpo-mãe”, criando a imago de “um corpo combinado no lugar do próprio corpo, corpo monstro que o psiquismo tenta fazer falar” (MCDOUGALL, 1989, p. 157). Esse tipo de fantasia, segundo a autora, assemelha-se aos esquemas corporais típicos dos casos de psicose, nos quais se revelam como mitos, fragmentos e sonhos, com a diferença de que, para o psicótico,

o corpo serve como um código, enquanto, para o “polissomatizante não-psicótico” (MCDUGALL, 1989, p. 157), o corpo adquire um funcionamento autístico. Essa ideia se refere à não ligação entre psique e corpo, em que este parece ter seu funcionamento próprio extirpado da psique. Diríamos mais: o corpo padece os efeitos das representações, pois não foram reconhecidas, não foram transformadas pelos processos secundários do psiquismo e, por esse motivo, não estão acessíveis ao mundo simbólico. Mais uma vez, ressaltamos que são experiências muito primitivas, que só puderam ser acessadas ao longo de anos de análise.

Georgette, desde o início de sua infância, sofria com uma série de doenças psicossomáticas. Diferentemente de Tim, em que retratamos um funcionamento psicossomático de desafetação que desembocou em um episódio de infarto, a paciente em questão era marcada por “eclosões somáticas” (MCDUGALL, 1989, p. 159) que ocupavam o lugar da comunicação de pensamentos e de sentimentos referentes aos temores arcaicos não elaborados psiquicamente, em especial, dos desejos fusionais e de fúrias narcísicas que marcam a descoberta da sexualidade arcaica. De acordo com McDougall (1989), as doenças de Georgette lhe asseguravam

[...] que seu corpo estava vivo e que, no interior desse corpo, ela era um indivíduo completo, que não corria o risco de perder sua identidade individual. Embora essas fantasias não fossem absolutamente a causa de suas doenças psicossomáticas, funcionavam, por assim dizer, como benefícios secundários. (MCDUGALL, 1989, p. 159).

Benefícios que lhe confirmavam que ela existia dentro de um corpo; a doença lhe servia para que ela tivesse a sensação de que seu corpo era um invólucro, mantendo-a afastada dos temores da desintegração. Georgette era tomada por angústias catastróficas quando conteúdos sobre a representação de seu corpo de mulher vinham à tona, o que a inibia de continuar pensando em tais questões. A ambivalência com a figura materna, ora investida de dependência e de necessidade, ora sentida como sufocante e invasiva, era retratada por Georgette que discursava sobre uma mãe inacessível a sua filha e que não investia nela por não corresponder aos seus anseios maternos. Com essas informações, McDougall (1989) refletiu sobre as relações patológicas existentes entre pais e filhos, em especial, quando os filhos são desinvestidos por seus pais por não corresponderem aos seus ideais narcísicos. Assim, a psicanalista retomou os trabalhos de Faimberg (1985), de

Mijolla (1981) e de Green (1980) que a auxiliaram a pensar sobre as “fantasias de identificação” resultantes de ditos familiares que agarram o sujeito a sua revelia, como o de crianças que passam a existir à medida que ocupam o papel que lhe é predestinado, “que muitas vezes é o de alguém que morreu” (MCDOUGALL, 1989, p. 161), bem como em situações que a criança se identifica com a mãe morta devido ao desinvestimento materno, no qual o filho é retirado do papel de filho (de reconhecimento de suas necessidades) por alguma circunstância inscrita na história da relação mãe e filho.

A dimensão psicossomática da fantasia de Georgette era a de que o seu corpo pertencia a sua mãe e, pelas doenças, ela o sentia como parte dela. Não se cuidar, ou seja, deixar a doença continuar, era a forma de ela sentir que habitava um lugar, sem contar que algumas doenças eram tidas como herança genética de sua mãe. Toda essa conjuntura representa uma ligação bastante primitiva com o corpo materno; sendo assim, no decorrer dos anos de análise, foi possível reconhecer que os fenômenos alérgicos de Georgette funcionavam como equivalentes simbólicos que serviam “[...] para combater uma insuspeita ligação sexual com a imagem paterna” (MCDOUGALL, 1989, p. 165).

Tanto no caso de Tim como no de Georgette, notamos a influência de uma primitiva relação mãe e filho que favoreceu a estruturação psicossomática, a qual se revela por meio do estabelecimento de um vínculo no qual a mãe não reconhece os estados emocionais de seu filho, por temer os efeitos das emoções nela própria, tendo a criança que extirpar de seu psiquismo qualquer situação que alarde os afetos para se proteger, restando ao corpo reagir, como resposta somática às reações psíquicas. Também, nota-se a desvalidação da imago paterna, deixando a criança à mercê dos destinos de uma relação simbiótica com a mãe, de todas as suas repercussões no psiquismo, que dificultam o processo de individuação, bem como das fantasias de união ao corpo materno, as quais suscitam muitos temores de perda dos sentimentos dos limites corporais, das sensações de viver em um corpo disforme, repugnante e estranho, distante da experiência de viver um corpo com prazer.

A fantasia de um corpo para dois foi vivenciada na relação transferencial, caracterizada por McDougall (1989) como maternal-passional, motivo pelo qual, nos momentos de separação da analista (como finais de semana e férias), a paciente reagia com intensas reações alérgicas. Com o passar dos anos, quando a análise

das fantasias sexuais, em especial as de cunho homossexual foram postas sem cenas e, assim, puderam ser pensadas, a paciente passou a reagir aos momentos de separação com a produção de conteúdos oníricos e com a manifestação de sofrimentos que podiam ser verbalizados, postos em palavras, possibilitando a construção do e/ou o acesso ao mundo simbólico. McDougall (1989) chamou ligação osmótica o vínculo que Georgette estabeleceu com ela, analista, para explicar a fantasia que a paciente tinha de “ser uma só comigo”, destacando o aspecto da “fusão-confusão” (p. 168) vivenciada na relação transferencial. Essa configuração denotava a existência de uma fantasia que mostrava um corpo para as duas, que os momentos de separação eram vivenciados como dilacerações na pele da paciente e que ela tomava emprestada a identidade individual física e psíquica da analista. Conforme, lentamente, os significados inconscientes em torno das reações somáticas puderam ser reconstruídos, a paciente foi autorizando-se ao direito da construção de sua identidade.

À medida que os desejos e temores de fusão iam se tornando verbalizáveis, tanto em sua dimensão de amor quanto na de ódio, Georgette sentia-se cada vez mais na posse de si mesma e pronta a assumir seus sentimentos violentos e negativos com relação à sua mãe, às irmãs e – com certa dificuldade – a mim mesma. Era preciso, de vez em quando, convidar essa criança cheia de ódio e fúria a se exprimir, dando-lhe, dessa forma, acesso à palavra pela primeira vez na vida (MCDUGALL, 1989, p. 169).

O acesso à consciência e a expressão por meio da palavra dos afetos violentos permitiram que as somatizações saíssem de cena, cedendo lugar ao nascimento do sujeito. McDougall (1989) relacionou o papel do corpo de Georgette como o de um objeto transicional (WINNICOTT, 1953), pois, à medida que o seu corpo sofria, ela sentia-se integrada, habitando um invólucro e podendo, assim, tranquilizar-se por possuir uma pele, conseguindo, dessa maneira, ficar sozinha. A pele somática precisava ser sentida por meio das dores, devido à ausência da pele psíquica ocasionada pela falha da introjeção de uma imago materna apaziguadora, com condições de aliviar e de cuidar da parte criança do adulto; em outros termos, não era possível conter a angústia do infante de tal modo que seus efeitos não provocassem a terrível sensação de despedaçamento e de aniquilação. Dessa maneira, McDougall (1989) compreendeu que o objeto transicional não cumpria a sua função de auxílio no processo de separação da criança em relação à mãe,

passando o corpo e o funcionamento somático a ocuparem tal lugar. Assim, a autora expressa sua tese:

Com efeito, a meu ver, não há muita dúvida quanto a que esses desejos de incorporação, nos quais um indivíduo se torna outro comendo, seja esse outro, seja uma parte desejada desse outro, representam desejos libidinais arcaicos quase universais. A persistência dessas nostalgias eróticas primitivas na vida adulta sob a forma de eclosões psicossomáticas demonstra mais uma vez o fracasso de internalização e na constituição dos objetos transicionais (MCDOUGALL, 1989, p. 183).

O acesso ao Édipo com a reedição das imagos materna e paterna só é possível após a elaboração da relação simbiótica homossexual que a criança estabelece em fantasia com a mãe, que, nos casos dos pacientes somatizantes, é forcluída do psiquismo. Essas fantasias não simbolizáveis, de acordo com a autora, passam a funcionar como “elementos beta”, descritos por Bion, resultantes da privação do seio nutridor, cuja consequência são intensas sensações de desprazer ao bebê, somando-se ao incremento do ódio. De acordo com Zimmerman (1999), os elementos beta precisam ser descarregados no exterior para que encontrem um “continente” (p. 100) no adulto que possa contê-los, processá-los e, assim, devolvê-los para a criança como “elementos alfa” (p. 100), que são elementos para a construção da função do pensar. Quando permanecem em seu estado bruto de elementos beta, eles favorecerão os *actings* nos adultos, bem como as somatizações como descargas no corpo.

No tocante ao corpo, a autora nos lembra que, nos primórdios da vida psíquica, ele é experimentado pela psiquê como um objeto exterior, percepção que é possível apreender nos sonhos e em alguns estados psicóticos, os quais reconhecemos nos sintomas de despersonalização. A ideia de o corpo e as suas funções assim representadas estarem separados da psiquê, fora do controle do indivíduo e à mercê do controle do Outro resulta em relações incomuns entre psique e soma; para exemplificar, a autora cita algumas práticas mutilatórias, deflagradas mediante a angústia psicótica, em que os sujeitos não sentem a dor de imediato, como também em certos casos de perversões sexuais e em algumas dependências medicamentosas. Sobre estas, McDougall (1986) explica que o “branco” atinge a representação de funções somáticas, relatando, por exemplo, alguns casos em que o sujeito só dorme após a ingestão de um sonífero, o qual desempenha a função de

um objeto transicional investido de qualidade calmante, exercendo, pois, o papel de um terceiro que o autoriza a dormir.

Outra reflexão sobre o corpo resultante dessa cisão entre psique e soma, trazida pela autora, diz respeito ao fato de que, para alguns sujeitos,

[...] as partes e as funções do corpo ainda são vividas no inconsciente como se não pertencessem ao indivíduo, como sendo propriedade de um Outro. Esse outro, sem dúvida, nos leva a mãe primária da primeira infância; e ao mesmo tempo, às defesas primitivas como a identificação projetiva cujo postulado de base tem sua fonte na crença, na indivisão dos corpos e dos espíritos. O modo de funcionamento do psicossoma que dele se desprende surge em contraste marcante com a estrutura psíquica que sustenta as conversões históricas. Essas últimas, como se sabe, dão às zonas e funções corporais, graças à ação dos processos primários, uma significação simbólica relacionada com a vida pulsional (MCDOUGALL, 1986, p. 83).

McDougall elabora uma teoria sobre as palavras e os afetos não ligados pela economia psíquica, demonstrando os avatares dessa condição que implica nas diversas formas de subjetividade que procuram defender-se contra a dor. Trata-se de uma abordagem clínica que amplia os conhecimentos psicanalíticos sobre as mais variadas formas de organizações da personalidade e que destoa das clássicas neuroses, muito bem estudadas por Freud, as quais serviram, durante toda a obra da autora, como base para suas originais elaborações. McDougall (1986) interessa-se pelos afetos e pelas palavras “afetadas” e “desafetadas” (p. 109), ou seja, pelos diferentes modos de utilização da linguagem, em especial, quando esta não é utilizada para a expressão do desejo ou para a comunicação das vivências afetivas, mas para o sujeito se certificar de que ele existe e até mesmo quando ela é expressa para oferecer algo que o sujeito acredita que o mundo espera dele.

Com isso, ela busca acrescentar mais uma forma do trabalho da psique sobre os afetos que fogem às transformações abordadas nas neuroses e nas psicoses. Para a autora,

O afeto ao qual falta toda e qualquer compensação à sua perda corre o risco de ser cindido no seio de sua própria estrutura, de maneira que o polo psíquico permaneça branco, sem dar origem a nenhum sintoma psicológico embora a sua expressão somática, decodificada de maneira equivocada pelo soma como ameaça biológica, torne-se suscetível de favorecer a exclusão de afetos psicossomáticos (MCDOUGALL, 1986, p. 113).

Esse modo de funcionamento do afeto torna-se um entrave para o trabalho analítico, pois, mesmo sendo um lado destrutivo para o indivíduo, isso o protege dos afetos intoleráveis e das sensações de transbordamento. Esse lado é difícil de ser apreendido em análise, porque passa a ser atuado fora desse contexto ou porque paralisa a função analítica, demonstrando suas reações quando há perdas libidinais e narcísicas. Os impasses que essas situações colocavam ao trabalho analítico fizeram que a autora recorresse aos conceitos de “pensamento operatório” (MARTY, 1976) e de “alexitimia” (SIFNEOS, 1973, 1974, 1975; NEMIAH; SIFNEOS, 1970a, 1970b) elaborado por autores da escola americana de psicossomática. No entanto, McDougall (1986) se deteve a este conceito sobre o ponto de vista psicanalítico, como explicitamos ao longo de nosso trabalho, destacando que a vivência desses estados se dá na relação contratransferencial. Essas formas de apreenderem o mundo funcionam como uma incapacidade de ouvir e de compreender os estados afetivos e os desejos do outro; de acordo com a autora, eles desempenham um importante papel na economia psíquica de tais sujeitos para a manutenção de uma relação “operatória” (MCDUGALL, 1986, p. 115), tendo em vista o não reconhecimento dos afetos dolorosos, mas também de não conseguirem experimentar e reconhecer sentimentos de prazer e de satisfação.

Destarte, a autora relaciona esse distanciamento da afetividade do sujeito com um tipo específico de dinâmica relacional, com a presença de traumas na primeira infância, demarcando a existência de um Édipo primitivo, que contribui para a alexitimia. De acordo com McDougall (1986), esses pacientes parecem ter internalizados pais incapazes de cuidar deles, resultando em personalidades pouco capazes de se proteger dos problemas da existência. Os pais ficaram no plano da idealização, no sentido de que toda a segurança advém deles mesmos, no entanto, aparecem como figuras distantes da realidade psíquica da criança, algumas vezes interessados nas dores físicas do filho, mas alheios às dores mentais deles. Segundo a autora, essa conjuntura pode funcionar como um dito para a criança de que lhe é proibido falar e reconhecer seus estados emocionais, “[...] construindo talvez para as crianças um ideal do eu patológico sobre o plano da experiência afetiva (MCDUGALL, 1986, p. 117).

Nesse sentido, a alexitimia é considerada pela autora uma dimensão infantil da realidade psíquica que pode apresentar-se na personalidade adulta, supondo ainda que ela atue como ataque às percepções do indivíduo, de maneira a ocasionar

a cisão da representação de palavra da representação de coisa “[...] no que diz respeito às mensagens do soma e às ideias potencialmente carregadas de afeto (MCDUGALL, 1986, p. 117). Isso se assemelha à condição do psicótico, mas, como frisa a autora, não estamos falando deles, mas sim de uma parada no desenvolvimento ou de uma defesa que se levanta, maciçamente, contra a vida afetiva. Assim, apreendemos que a falta de investimento libidinal no eu somático (resultante de uma precoce relação na qual a mãe teme a espontaneidade e os impulsos de seu bebê) e as tendências alexitímicas presentes nos vínculos familiares podem resultar em um funcionamento psíquico no qual as dores física e psíquica são precisam ser excluídas do consciente, características que também se aproximam do funcionamento psicótico.

Considerando o trabalho contratransferencial, cujo enfoque são o ataque ao vínculo e a tudo que pode alicerçar o trabalho analítico para o acesso à realidade psíquica do paciente, bem como a necessidade de o analista sobreviver a ele e suportar os não raros momentos de desvitalização do processo, que nos coloca à mercê da desistência de nossa função terapêutica e também sinaliza a resistência desses paciente de se tornarem mais vivos, vemos que tais contribuições demonstram a importância da manutenção do sentimento de esperança que requer esse tipo de trabalho para o acesso a um mundo que tem seus ganhos ao se manter intacto, ou seja, ao deixar os sujeitos encarcerados em si mesmos para a manutenção de suas homeostase psíquica.

Desse modo, McDougall (1989) encerra seu livro considerando que sua pesquisa em psicossomática psicanalítica está incompleta, que muitas questões se encontram sem respostas e/ou parcialmente respondidas, em especial às que se referem aos fatores que contribuem para as modificações psíquicas. A autora considera, nesses casos, que a tarefa da análise consiste em criar e em recriar palavras e “os elos que faltam” (p. 188) para que o corpo não reaja em desfavor da vida. Este e suas manifestações se comportam como uma poderosa resistência contra a cura de si mesmo, pois as expressões somatopsíquicas sinalizam a ausência de representações no psiquismo que são utilizadas para comunicar o sofrimento, mas também servem para a sua proteção.

A teoria de McDougall (1989) põe em evidência as circunstâncias traumáticas vivenciadas no início da vida, bem como as falhas dos processos introjetivos, as quais impossibilitam as crianças de se identificarem com a função maternante,

obrigando-lhes a permanecerem em um estado somatopsíquico pré-simbólico. Esse, portanto, trata-se de um paradoxo para a clínica psicanalítica, pois as doenças psicossomáticas atuam em desfavor à sobrevivência do indivíduo, ao mesmo tempo que elas resguardam o pensamento contra os ódios e contra os sentimentos hostis direcionados aos primeiros objetos amorosos, restando ao corpo funcionar como palco para a expressão arcaica do psiquismo, de maneira não simbólica, “através da disfunção somática” (MCDUGALL, 1989, p. 189).

Assim, a autora finaliza expressando sua intenção:

Minha esperança é ter conseguido comunicar aos leitores um apanhado geral da maneira pela qual uma psicanalista aprendeu a ouvir a ‘linguagem’ do soma, linguagem que possui múltiplos ‘dialetos’ como este livro demonstra. Cada paciente, utilizando de maneira diferente a tradução complexa e disforme que seu soma encontrou para reagir às mensagens primitivas do psiquismo, revela um drama pessoal. Quando o tema dessa peça muda consegue ser relatado pela primeira vez na hipótese do indivíduo e pode passar a participar da situação psicanalítica – porquanto o trabalho da análise é sempre uma história recriada por duas pessoas –, a mente pode finalmente encarregar-se da tarefa de modificar a história psíquica. Assim o corpo é liberado de suas tentativas repetidas e infrutíferas de chegar a uma conciliação com a dor psíquica (MCDUGALL, 1989, p. 190).

Desse modo, finalizamos nosso trabalho no qual buscamos elucidar os motivos pelos quais o corpo se torna um lugar dos devires da pulsionalidade, por meio da compreensão do conceito de psicossomática psicanalítica elaborado por McDougall, a qual nos demonstrou que o soma assume o palco do conflito psíquico, que é encenado com toda a sua força sem a mediação das palavras que nos possibilitaria compreendê-lo e resguardar o sujeito de sua desproteção, ou seja, de seu narcisismo de morte caracterizado pelo desinvestimento objetal. O pensamento clínico da autora nos permitiu conhecer uma gama de acrobacias de que os indivíduos podem lançar mão em seu processo de subjetivação para sobreviverem à experiência de excitação, identificando uma forma de economia psíquica específica que se refere à desafetação e a todos os recursos com que o psiquismo pode lidar para manter-se distante da vida afetiva.

CONCLUSÃO

O percurso delineado para a compreensão do conceito de psicossomática psicanalítica proposto por Joyce McDougall nos permitiu conhecer o pensamento clínico elaborado pela autora, oferecendo-nos um modelo teórico que abrange a teoria e o manejo clínico sobre o que consideramos ser a clínica psicanalítica da atualidade. Podemos entendê-la como um novo paradigma posto à psicanálise, a qual ampliou suas contribuições teóricas sobre o sofrimento psíquico na contemporaneidade, resultantes de processos de subjetivação que se estruturam, segundo Minerbo (2009), em torno da fragilidade e/ou da falência simbólica típica da pós-modernidade, resultando em estruturas de personalidades não neuróticas, assim denominadas para evidenciar a diferença existente nas neuróticas que são marcadas pela existência do símbolo como regente da economia libidinal. Para se proteger do sofrimento oriundo da depleção simbólica, o sujeito produz como defesa comportamentos compulsivos com características aditivas, sentida como um vazio interno e como um excesso que assola a subjetividade, muitas vezes visível na forma de agitação psicomotora, podendo buscar o alívio para o mal-estar nos objetos de adição. Estes comportamentos são assim denominados, pois o indivíduo recorre constantemente à ação, repetindo-a inúmeras vezes, para se livrar do excedente, sem ter consciência do que lhe acontece. Muitas vezes, os diagnósticos psiquiátricos confundem ou nomeiam essa condição como ansiedade. Além disso, o corpo é colocado em cena por meio de atuações, as quais, não mediadas pelos representantes psíquicos, revelam a ação direta das pulsões perceptíveis nas manifestações psicossomáticas.

Minerbo (2009) define a subjetividade não neurótica como um modo de funcionamento psicótico presente nas mais diversas estruturas psíquicas, desencadeado por situações de angústia abrangendo “[...] todas as configurações psíquicas em que predominam os distúrbios na constituição do narcisismo – tanto as perturbações no investimento libidinal do *self* (conjunto de representações ou *imago* de si mesmo) quanto das fronteiras e funções do ego” (MINERBO, 2009, p. 27). Essa condição subjetiva, de acordo com a autora, resulta de problemáticas na constituição do eu mediante a ação da angústia narcísica, o qual precisou organizar-se e desorganizar-se, derivando nas compulsões e nas adicções, nas patologias do vazio melancólico, nos distúrbios alimentares, nas somatizações, nas perversões,

nas “patologias do ato coloridas por diversos tipos de violência” (MINERBO, 2009, p. 28), bem como no que Freud denominou neuroses narcísicas e neuroses de caráter. Todas essas configurações descritas revelam a ação direta da pulsão devido à inexistência ou à escassez de representações que possam conter suas forças.

A cultura é responsável pela construção de nossa matriz simbólica, a qual nos oferece as representações por meio das quais apreendemos o mundo. Sendo assim, a dupla mãe-bebê, a família, a escola, a mídia etc. oferecem os símbolos para a consolidação da nossa visão de mundo, atribuindo os sentidos, os afetos e os significados que comporão o campo simbólico do sujeito. Minerbo (2009) afirma que o sujeito adoece e se cura na intersubjetividade, para demonstrar que a relação que se constrói entre o sujeito e a cultura, a qual será internalizada e transformada em objetos de identificação, constituirá o sujeito e o seu mundo interno, estruturando a matriz intrapsíquica que regulará as relações intersubjetivas patológicas ou não, que serão firmadas com os demais objetos no decorrer da vida do sujeito.

Ao que nos interessa, essa relação será atualizada no campo transferencial, colocando em evidência o intrapsíquico que se repete nos diversos contextos. Sobre a relação transferencial, Minerbo (2009) afirma que,

Ali, o círculo vicioso patológico intersubjetivo, para o qual o analista inicialmente contribuirá, tal como o objeto primário o fez, terá, em um segundo momento, a possibilidade de ser interrompido. Só então novas matrizes relacionais poderão ser criadas no campo transferencial-contratransferencial e internalizadas. (MINERBO, 2009, p. 32).

O conceito de psicossomática elaborado por McDougall nos orienta para a compreensão sobre os modos de subjetivação na contemporaneidade, oferecendo-nos uma teoria da personalidade que se estrutura por meio de defesas maciças contra as angústias de cunho narcísico e psicótico. O termo psicossomático não se reduz ao adoecimento físico, mas abrange, segundo a autora, tudo o que se refere ao corpo e às comunicações do “eu somático” (MCDUGALL, 1986, p. 84), incluindo as tendências aos acidentes corporais, os estados de depressão e de angústia que são traduzidos por sinais físicos de fadiga e de apatia, colocando em evidência a narrativa desafetada e a exteriorização no corpo. Acrescentam-se os fenômenos que passam despercebidos no diálogo analítico por não se apresentarem como as defesas neuróticas e psicóticas, dificultando o trabalho interpretativo devido à aparente ausência de conflitos e dos signos que possam ser

apreendidos pelas palavras. McDougall (1986) caracteriza o “eu somático” como aquilo que se apresenta em negativo no contexto da clínica psicanalítica:

[...] nenhuma representação psíquica de ideias potencialmente perturbadoras, ausência ou achatamento dos afetos em circunstâncias em que se esperaria encontrar essas coisas (tristeza no momento de uma morte, de uma perda libidinal ou de uma conquista narcísica; angústia em situações de ameaça; hostilidade quando o mundo é injusto ou agressivo; enfim, falta de inquietude diante dos gritos do corpo que sofre) (MCDUGALL, 1986, p. 79).

Essa condição assinalada pela autora não retrata a ausência de uma vida imaginária, mas demonstra que os conflitos arcaicos estão dispostos diferentemente na estrutura psíquica, tendo como única via de expressão o soma, constituindo, assim, um impasse para o trabalho analítico, uma vez que preservam-se congelados os núcleos arcaicos, os quais não foram traduzidos em palavras, assegurando a vida psíquica do indivíduo em seu cotidiano. A psicanalista se referiu a esses núcleos como capitais psíquicos não representáveis e indizíveis que deixam como único traço um espaço morto, do qual o analista fica na escuta e que fora da análise se deflagra em ações ou nas manifestações psicossomáticas. Esse vazio representa a realidade psíquica do analisando, que, algumas vezes, é interrompido por estados de angústia difusa ou de estados depressivos que confundem o paciente, pois ele não consegue definir se tais incômodos são físicos ou psicológicos. No entanto, como aborda McDougall (1986), a menção sobre essa condição psicológica faz pensar que um conflito psíquico busca representação.

De acordo com a autora, isso se deve a uma específica configuração edipiana que favoreceu a ejeção dos conteúdos conflitivos para fora da psique do sujeito: em lugar de as dores terem sido pensadas, submetidas aos processos sublimatórios ou se tornado sintomas neuróticos ou psicóticos, elas vieram a se exprimir por ações diretas no corpo, repetitivas e imediatas. Isso foi o que McDougall (1986) denominou ato-sintoma, pois sua função é “[...] a fuga para longe da situação ou desinvestimento de sua importância pelo representante de um repúdio (e não de uma negação) às representações perturbadoras e uma rápida evacuação dos afetos que nela se ligam” (MCDUGALL, 1986, p. 81). Dessa forma, o ato substitui o trabalho da elaboração psíquica, paralisando o funcionamento do pré-consciente, contribuindo para a manutenção da homeostase psíquica toda vez que ocorre uma ameaça ao equilíbrio econômico baseado nas relações de objeto ou narcísica.

As manifestações psicossomáticas também são pensadas assim: como respostas devido à ausência de representantes que favoreçam o trabalho elaborativo, assemelhando-se ao psiquismo nos primórdios da vida da criança, que, em razão da ausência de representações para seus estímulos conflitivos, reage pela via psicossomática. O ato, portanto, é um importante elemento na economia do sujeito, que, de acordo com McDougall (1986), consiste na tradução em ação imediata das fantasias, dos desejos e das impulsões para evitar as emoções e as ideias conflitivas e dolorosas que possam vir a emergir na consciência do analisando, alienando o sujeito de uma parte de sua realidade psíquica, deixando-o sem contato com os afetos que poderiam alertar a psique diante de uma situação na qual seria necessário se preparar para enfrentá-la. Essa exclusão, quando não compensada psiquicamente, coloca o corpo para funcionar por meio de respostas somáticas que são compreendidas como ameaças biológicas.

Em resumo, ter contato com a obra de Joyce McDougall nos possibilitou diferenciar a atuação do analista fundamentada na interpretação daquela que é essencial para a clínica da contemporaneidade. A autora adverte que o nosso trabalho, diante de tais manifestações subjetivas, é construir e auxiliar o sujeito no reconhecimento de seu mundo interno, o qual foi abortado de seu psiquismo como uma defesa. O seu conceito de psicossomática nos fornece subsídios para entendermos a depleção simbólica, ocasionada devido à não integração psique/soma. Essa clivagem é mantida, pois as emoções provocam ansiedades de cunho psicótico e sensações de desintegração do eu. Por isso, o analista necessita desenvolver e manter a sua presença viva e criativa mesmo com a atuação da pulsão de morte que aplaca qualquer movimento que possa trazer mudanças, como também precisa reconhecer, filtrar e suportar as emoções para que estas possam fazer parte do mundo interno do paciente.

No campo transferencial/contratransferencial, notam-se as seguintes características: um tipo de vínculo que constitui as duplas psicossomáticas, no qual se constata um funcionamento de uma mente para dois; aniquilação da vivência afetiva por meio dos fenômenos da dispersão afetiva e da desafetação; experiências contratransferenciais que paralisam a função analítica e que também visam à manutenção do não reconhecimento do analisando de seu mundo interno (podendo, muitas vezes, ser vivido pelo ataque ao vínculo); atuação do mecanismo de defesa de forclusão, o qual serve para ejetar do psiquismo a representação e o afeto; por

fim, o ato, que toma o lugar do afeto e de sua representação, em virtude da intolerância afetiva.

Vale a pena ressaltar a postura nada ortodoxa da psicanalista em questão, a qual defende uma formação pluralista como meio de ampliação da escuta, lembrando-nos de que a rigidez pode funcionar como uma defesa que nos incapacita de criar e de aceitar as diferenças. McDougall reconhece o funcionamento psicossomático como uma forma de organização psicótica. Ela nos orienta quanto ao trabalho transferencial/contratransferencial; no entanto, é oportuna a seguinte questão: o que, de fato, contribuiria para a ocorrência de modificações psíquicas no paciente?

A teoria de McDougall, tão pouco mencionada no âmbito acadêmico, merece ser divulgada e estudada nos círculos analíticos e em contextos em que se utiliza a psicanálise como um dispositivo para a compreensão dos processos de subjetivação, por se mostrar tão atual. Encerramos este trabalho com algo que a autora nos ensinou sobre o cuidado e sobre a sensibilidade para com o humano: ela nos diz sobre o nosso encontro com as mais diferentes maneiras que o sujeito pode criar para dar conta de sua vida, para manter-se vivo, mesmo que não sejam condições favoráveis à sua vida, ou seja, mediadas pela pulsão de vida, que demonstram o que o sujeito conseguiu fazer para chegar até ali e que, portanto, serão mantidas a todo custo, pois elas funcionaram como uma proteção. Cabe a nós o trabalho e a construção de um vínculo pelo qual seja possível a vivência de experiências afetivas que suplantem a pulsão de morte, a fim de que a vida possa ser vivida com prazer e com cuidado.

REFERÊNCIAS

- CAMPOS, E. B. V; PEREIRA, A. Uma metapsicologia do irrepresentável. **Psychê**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 193-196, dez/2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v8n14/v8n14a13.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.
- CECCARELLI, P. R. Joyce McDougall: uma apresentação. **Percurso**, São Paulo, v. 18, p. 104-106, 1997a. Disponível em: <http://www.ceccarelli.psc.br/texts/joyce-mc-dougall.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.
- CECCARELLI, P. R. Joyce McDougall: sexualidade e criatividade. **Percurso**, v. 1, n. 18, p. 104-110, 1997b.
- CECCARELLI, P. R. Entrevista com J. McDougall. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 148-152, dez. 2001. Disponível em: <http://www.ceccarelli.psc.br/texts/entrev-joyce.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.
- DIONISIO, G. H. **Pede-se abrir os olhos: psicanálise e reflexão estética hoje**. São Paulo: Annablume, 2012.
- EKSTERMAN, A. Medicina Psicossomática no Brasil. In: MELLO-FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 39-48.
- FERRAZ, F. C. A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA, W. (org.). **Psicossoma IV: corpo, história, pensamento**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2008, p. 56-68.
- FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (org.). **Psicossoma I: psicanálise e psicossomática**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.
- FIGUEIREDO, Luis Cláudio. Trauma e dissociação na “contemporaneidade”: de volta ao assunto vinte anos depois. **Cadernos de Psicanálise**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 39, p. 91-108, jul./dez. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v40n39/v40n39a05.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.
- FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, S. (1888). Histeria. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p. 26-39. v. 1.
- FREUD, S. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p. 39-56. v. 2.
- FREUD, S. (1894). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada ‘neurose de angústia’. In: FREUD, S. **Edição**

standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. p. 91-120. v. 3.

FREUD, S. (1895a). Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996d. p. 121-140. v. 3.

FREUD, S. (1895b). Rascunho H: paranóia. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996e. p. 253-257. v. 1.

KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In: KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963).** 4. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário da psicanálise:** Laplanche e Pontalis. Tradução de Pedro Tamen. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LISONDO, A. B. D. Na cultura do vazio, patologias do vazio. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 38, n. 2, p. 335-358, 2004.

MARTY, Pierre. **A psicossomática do adulto:** Pierre Marty. Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MARTY, P.; M'UZAN, M. **O pensamento operatório.** Revista Brasileira de Psicanálise, v. 28, n. 1, 1994.

MCDougALL, J. **Diálogos com Sammy:** uma contribuição psicanalítica à compreensão da psicose infantil. Tradução de Pedro Henrique Bernardes Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MCDougALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica.** Artes Médicas: Porto Alegre, 1983.

MCDougALL, J. **Teatros do corpo.** São Paulo: Martins Fontes, 1989.

MELLO-FILHO, J. **Psicossomática hoje.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

MENAHEN, R. **Joyce McDougall:** psicanalistas de hoje. Via Lettera: São Paulo, 1999.

MINERBO, Marion. **Neurose e não-neurose.** São Paulo: Casa do psicólogo, 2009.

OHKI, Y. **Somatização e doença psicossomática.** p. 2-17, 2002.

QUINODOZ, Jean-Michel. **Ler Freud:** guia de leitura da obra de S. Freud. Tradução de Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VIEIRA, W. C. A Psicossomática de Pierre Marty. *In*: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (org.). **Psicossoma I**: psicanálise e psicossomática. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004, p. 17-24.

VOLICH, R. M. Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. *In*: Volich R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. (org.). **Psicossoma II**: Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Casa do psicólogo, 1998, p. 17-31.

VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA, W.; GURFINKEL, D. *In*: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA, W. (org.). **Psicossoma IV**: corpo, história, pensamento. Casa do psicólogo: São Paulo, 2008. p. 9-32.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999.