UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

“DOENÇAS DO CORPO E DOENÇAS DA ALMA”

Investigação Psicossomática Psicanalítica

LAZSLO ANTONIO ÁVILA

**Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo, como parte
dos requisitos para obtenção do grau de
Doutor em Psicologia.**

Área de Concentração: PSICOLOGIA CLÍNICA
Orientador: Prof. Dr. LUIZ CARLOS NOGUEIRA

SÃO PAULO

1995

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

"DOENÇA DO CORPO E DOENÇA DA ALMA" - INVESTIGAÇÃO
PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA.

Candidato: LAZSLO ANTONIO ÁVILA
Orientador: Professor Doutor Luiz Carlos Nogueira

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia,
Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Doutor em
Psicologia - área de concentração PSICOLOGIA
CLÍNICA.

COMISSÃO JULGADORA

Professora Titular Emirene Maria Trevisan Emirene M. T. Trevisan

Professora Doutora Maria Emilia Lino da Silva M. Emilia Lino da Silva

Professora Titular Sylvia Leser de Mello Sylvia Leser de Mello

Professora Doutora Maria Lúcia de Araújo Andrade M. Lúcia de Araújo Andrade

Professor Doutor Luiz Carlos Nogueira Luiz Carlos Nogueira

Defesa - 1995

RESUMO

O presente trabalho nasceu com as questões trazidas pela clínica de pacientes que procuram o Ambulatório da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, para conseguirem o alívio de seus padecimentos psicossomáticos. A partir de sua demanda, e da necessidade de promover uma adequação entre a forma de "escuta" preconizada pela Psicanálise, e as condições próprias desse atendimento institucional, iniciou-se uma prática clínica que aqui se busca caracterizar, no que ela apresenta de próprio e de heurístico.

Iniciamos pela localização do problema implícito à Psicossomática, a interação corpo-mente, intersecção de diversos saberes e campo fronteiro entre a Psicanálise e a Medicina. Assinalamos algumas das contradições presentes nesse campo, e as dificuldades de sua caracterização. Passamos então a um relato da História da Medicina, desde os primórdios das formas de curar, até o século XIX quando, com a adoção da dicotomia cartesiana do corpo-mente e novos paradigmas médicos, a Histeria e seus enigmas tornaram-se o ponto de partida para um novo saber. Descrevemos o surgimento da Psicanálise, apresentando os principais pontos da teoria psicanalítica relevantes para a compreensão da formação dos sintomas e da somatização. Propomos uma divisão entre dois ramos, derivados do impacto da Psicanálise sobre as técnicas curativas: a Medicina Psicossomática e a Psicossomática Psicanalítica e coletamos suas respectivas contribuições.

Apresentamos então o trabalho que deve ser considerado como a ata de fundação da Psicossomática. Propomos que é na obra de Georg Groddeck que podem ser encontrados os fundamentos de uma prática psicanalítica frente a esses pacientes. Condensamos e trabalhamos sua obra *princeps*, o Livro d'Isso. A seguir apresentamos os parâmetros de uma Clínica Psicossomática inspirada nessa perspectiva. Relatamos onze atendimentos de pacientes psicossomáticos do Ambulatório, e discutimos seu

significado para a configuração de uma proposta de investigação psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos.

Finalmente apresentamos três parâmetros para o balizamento dessa proposta: a consideração do sintoma psicossomático como um hieróglifo, o modelo da Faixa de Moebius como representação apropriada para a interação corpo-mente, e o ato psicanalítico como definidor da natureza da intervenção psicossomática.

ÁVILA, L.A. (1995) - "Body Diseases and Soul Diseases. Psychoanalytic Psychosomatic Investigation". São Paulo. Doctorate Thesis presented at the Institute of Psychology of the University of São Paulo.

ABSTRACT

The present work has emerged from the questions arisen at the clinical treatment of patients who look for the Service of the Medical College of São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil, in order to get the relief to their psychosomatic sufferings. From their demand and the need to promote an adequacy between the way of "listening" recommended by the Psychoanalysis and the own conditions of the institutional service, a clinical service, which we try to characterize here with its own and heuristic aspects, has begun.

We have started by the location of the problem implicit in Psychosomatics, the mind-body interaction, in the intersection of several knowledges and borderline field between the Psychoanalysis and Medicine. We have marked some of the contradictions present in this field and the difficulties of their characterization. Then we have proceeded to a report of the History of Medicine since its origins concerning healing through the 19th century when, with the adoption of the Cartesian dichotomy between mind-body and new medical paradigms, the Hysteria and its enigmas became the starting point for a new knowledge. We described the appearance of Psychoanalysis showing the main points of the psychoanalytic theory relevant to the understanding of the formation of symptoms and somatization. We proposed a division into two branches derived from the impact of the Psychoanalysis on the healing techniques: the Psychosomatic Medicine and the Psychoanalytic Psychosomatics, having collected their respective contributions.

Thus we presented this paper which should be considered the minute of the foundation of Psychosomatics. We proposed that in Georg Groddeck's work one may find the basis of a psychoanalytic practice towards these patients. We have condensed and worked his best book, *The Book of the It*. Next, we presented the parameters of a Psychosomatic Practice inspired by this perspective. We have reported eleven cases of psychosomatic patients seen at the Service, and we have discussed what they mean

when working out a proposal of a psychoanalytic investigation of the psychosomatic phenomena.

Finally we presented three parameters for the delimitation of this proposal: the consideration of the psychosomatic symptom as a hieroglyph, the model of the Moebius' Band as a proper representation of the mind-body interaction, and the psychoanalytic act as a nature-defining act of the psychosomatic intervention.

ÁVILA, L.A. (1995) - "Maladies du Corps et Maladies de l'Âme. Recherche Psychosomatique Psychanalytique". São Paulo. Thèse de Doctorat présentée à l'Institut de Psychologie de l'Université de São Paulo.

RÉSUMÉ

Le présent travail résulte des questions abordées par les cas cliniques de patients qui arrivent au Dispensaire de la Faculté de Médecine à São José do Rio Preto (État de São Paulo, au Brésil), dans le but d'avoir un soulagement à leurs problèmes psychosomatiques. À partir de cette demande et de la nécessité de créer une adéquation entre la forme d'"écoute" préconisée par la Psychanalyse et les conditions propres à ce genre d'accueil institutionnel, on s'est initié à une pratique clinique que l'on essaie de caractériser ici, en ce qu'elle présente de propre et d'heuristique.

On a commencé par la localisation du problème implicite à la Psychosomatique, l'interaction corps-esprit, intersection de plusieurs connaissances et champ frontalier entre la Psychanalyse et la Médecine. On a signalé les quelques contradictions présentes dans ce domaine, et les difficultés de sa caractérisation. On a fait ensuite un rapport sur l'histoire de la Médecine, depuis les origines des formes de guérison jusqu'au XIXème siècle où, à partir de l'adoption de la dicotomie cartésienne du corps-esprit et de nouveaux paradigmes médicaux, l'Hystérie et ses énigmes sont devenues le point de départ vers un nouveau savoir. On a décrit la naissance de la Psychanalyse, tout en présentant les principaux points de la théorie psychanalytique importants pour la compréhension de la formation des symptômes et de la somatization. On a proposé une division entre deux domaines, dérivés de l'impact de la Psychanalyse sur les techniques de guérison: la Médecine Psychosomatique et la Psychosomatique Psychanalytique et l'on a recueilli leurs respectives contributions.

On présente donc le travail qui doit être considéré comme l'acte de fondation de la Psychosomatique. On propose que c'est dans l'oeuvre de Georg Groddeck que l'on peut trouver les fondements d'une pratique psychanalytique face à ses patients. On a condensé et étudié son oeuvre *princeps*, le *Livre du ça*. Ensuite on a présenté les paramètres d'une Clinique Psychosomatique qui s'inspire de cette perspective. On a rapporté onze cas de

ÁVILA, L.A. (1995) - "Maladies du Corps et Maladies de l'Âme. Recherche Psychosomatique Psychanalytique". São Paulo. Thèse de Doctorat présentée à l'Institut de Psychologie de l'Université de São Paulo.

RÉSUMÉ

Le présent travail résulte des questions abordées par les cas cliniques de patients qui arrivent au Dispensaire de la Faculté de Médecine à São José do Rio Preto (État de São Paulo, au Brésil), dans le but d'avoir un soulagement à leurs problèmes psychosomatiques. À partir de cette demande et de la nécessité de créer une adéquation entre la forme d'"écoute" préconisée par la Psychanalyse et les conditions propres à ce genre d'accueil institutionnel, on s'est initié à une pratique clinique que l'on essaie de caractériser ici, en ce qu'elle présente de propre et d'heuristique.

On a commencé par la localisation du problème implicite à la Psychosomatique, l'interaction corps-esprit, intersection de plusieurs connaissances et champ frontalier entre la Psychanalyse et la Médecine. On a signalé les quelques contradictions présentes dans ce domaine, et les difficultés de sa caractérisation. On a fait ensuite un rapport sur l'histoire de la Médecine, depuis les origines des formes de guérison jusqu'au XIXème siècle où, à partir de l'adoption de la dicotomie cartésienne du corps-esprit et de nouveaux paradigmes médicaux, l'Hystérie et ses énigmes sont devenues le point de départ vers un nouveau savoir. On a décrit la naissance de la Psychanalyse, tout en présentant les principaux points de la théorie psychanalytique importants pour la compréhension de la formation des symptômes et de la somatization. On a proposé une division entre deux domaines, dérivés de l'impact de la Psychanalyse sur les techniques de guérison: la Médecine Psychosomatique et la Psychosomatique Psychanalytique et l'on a recueilli leurs respectives contributions.

On présent donc le travail qui doit être considéré comme l'acte de fondation de la Psychosomatique. On propose que c'est dans l'oeuvre de Georg Groddeck que l'on peut trouver les fondements d'une pratique psychanalytique face à ses patients. On a condensé et étudié son oeuvre *princeps*, le *Livre du ça*. Ensuite on a présenté les paramètres d'une Clinique Psychosomatique qui s'inspire de cette perspective. On a rapporté onze cas de

patients psychosomatiques venus au Dispensaire, et l'on a discuté sur sa signification pour la configuration d'une proposition de recherche psychanalytique des phénomènes psychosomatiques.

On a finalement présenté trois paramètres pour l'organisation de cette proposition: la considération du symptôme psychosomatique comme un hiéroglyphe, le modèle de la bande de Moebius comme la représentation appropriée pour l'interaction corps-esprit, et l'acte psychanalytique comme définissant de la nature de l'intervention psychosomatique.

ÍNDICE

Apresentação	i
Resumos	ii
Agradecimentos	xi
Capítulo 1: INTRODUÇÃO	1
Medicina e Psicanálise	3
A Doença e o Sentir-se doente	5
A Histeria e seus enigmas ou Ascensão e Queda da Histeria	9
Fim da Histeria?	10
Surge a Psicanálise	12
Diversas Psicossomáticas	13
A Questão do Corpo em Psicanálise	15
Hipóteses de trabalho	17
Organização dos capítulos	20
Capítulo 2: PANORAMA DA PSICOSSOMÁTICA	24
Práticas curativas ancestrais	24
Cuidar e Compreender na História Antiga	26
A Grécia	30
A Idade Média, nem tão em trevas	34
Os novos paradigmas da Medicina	35
Capítulo 3: FREUD, A PSICANÁLISE E A PSICOSSOMÁTICA	41
A Histeria na Idade clássica	42
A Esfinge	44
Freud e a descoberta psicanalítica	45
Contribuições de Fenichel	53
O impacto da Psicanálise gera a Psicossomática	55
Os primórdios: cronologia dos autores e suas idéias	56
Da Medicina, uma nova área	57
Desenvolvimentos da Medicina Psicossomática	60
Abrangência da Medicina Psicossomática	61
Resistências à Psicossomática	69
O "Stress"	70
O câncer	74
A Psico-imunologia	77
A Psicanálise e a Psicossomática	81
Capítulo 4: A ATA DE FUNDAÇÃO DA PSICOSSOMÁTICA	89
O homem Groddeck	91
A influência de um modelo	91
Conflitos	92
O encontro com a Psicanálise	94
A Psicossomática groddeckiana	95
	viii

O Isso	98
Auto-análise	100
A unidade do corpo-mente	101
Análise psíquica do sintoma psicossomático	105
Groddeck, hoje	107
 Capítulo 5: O LIVRO D'ISSO	108
As Conferências Psicanalíticas	109
CARTA 1: Posição frente à Ciência e à Medicina	111
CARTA 2: O homem é vivido pelo Isso	115
CARTA 3: O amor e o ódio maternos	118
CARTA 4: O inconsciente e o estupro	122
CARTA 5: A repressão da sexualidade e o caráter feminino	126
CARTA 6: Os símbolos e as associações	129
CARTA 7: O direito e o esquerdo, ou o direito e o torto	133
CARTA 8: Édipo revisitado	135
CARTA 9: O vendedor de retalhos	137
CARTA 10: A Castração e a angústia	139
CARTA 11: Incesto e Punição	140
CARTA 12: Enigmas da Feminilidade	142
CARTA 13: O sentido simbólico das doenças	145
CARTA 14: O Caso do "Homem dos Coelhos"	148
CARTA 15: A produção dos sintomas	153
CARTA 16: A atividade simbolizadora	155
CARTA 17: Verdades	157
CARTA 18: Ritmo, Moral e Morte	159
CARTA 19: Meninos e meninas	160
CARTA 20: Funções do Recalque	162
CARTA 21: Teorias sexuais infantis	163
CARTA 22: Suaves perversões	164
CARTA 23: Eros e seus ardis	166
CARTA 24: Interpretação das histórias infantis	167
CARTA 25: Os números e a ambivalência	169
CARTA 26: Judas e o segredo da Culpa	170
CARTA 27: Afirmação da Homossexualidade	172
CARTA 28: A Bíblia e os desejos infantis	173
CARTA 29: Zoológico	174
CARTA 30: Os "seres-Isso"	176
CARTA 31: A doença como manifestação de vida	178
CARTA 32: O "Eu-coletivo" e o caleidoscópio	180
CARTA 33: Isso vive	183
 Capítulo 6: CLÍNICA PSICOSSOMÁTICA	185
A questão da cura em Psicanálise	187
O Contexto Institucional	189
O enquadre do trabalho	191
A metodologia de trabalho	193
A prática psicossomática	195
A investigação psicossomática	221
O Sintoma Psicossomático e a Questão Subjetiva	226

O sentido dos sintomas	229
Corpo e sociedade	231
Medicina, doenças, e ambiente humano	232
A Psicanálise e a indagação	234
 Capítulo 7: CONCLUSÃO	 244
Do estigma ao enigma	250
O sintoma psicossomático é um hieróglifo	252
O corpo-e-a-mente formam uma Faixa de Moebius	255
O ato psicanalítico	257
 BIBLIOGRAFIA	 263

AGRADECIMENTOS

Como agradecer a aquilo tudo que, recebido, vai se tornando invisível, porque vai sendo incorporado, se dissolvendo, tornando-se substância, e depois, novamente inefável, prossegue e vai passando aos outros, nessa teia imperceptível de participação?

Aquilo que aqui está escrito tem muitos genitores, irmãos e interlocutores. É impossível nomeá-los todos, mas alguns devem ser destacados: Marly Terra Verdi, Eduardo Paulo Boskovitz, Luciano Pereira dos Santos, Maria Teresa Nogueira, Maria Aparecida da Silva Arcanjo Pereira. A esses e aos outros, anônimos, e em especial aos pacientes, quero manifestar minha gratidão e reconhecimento.

Quero também dedicar esse trabalho à memória de Waldemir A. Zaffalon.

O Prof. Luiz Carlos Nogueira foi um orientador que respeitou, incentivou e enriqueceu sobremaneira essa elaboração. Minha admiração e agradecimentos.

Agradeço, finalmente à CAPES, pelo financiamento obtido.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

"O símbolo é o nada que é tudo"

Fernando Pessoa

Nada sabemos sobre os grandes fenômenos da Vida e da Morte. Ignorantes e arrogantes, lançamos tênues cordas sobre o abismo do desconhecido. Sabemos que temos um corpo, que possuímos uma vida, ou melhor, que portamos uma vida, e que esta vida pertence à Natureza, quem um dia a retomará, para o seu uso e finalidades, insondáveis. Sabemos¹ incontáveis fatos sobre a constituição dos seres, como se nutrem, como se reproduzem, como se protegem, como se organizam. Sabemos de suas condições para viver, e de vários fatores que interferem com a extinção de suas existências, embora nada saibamos sobre o próprio morrer. Acumulamos conhecimentos do micro ao macrocosmos, estabelecendo dados inacreditáveis sobre o Universo, por exemplo, que a Via Láctea, nossa galáxia, tem 100 bilhões de estrelas, e que existem provavelmente outras 100 bilhões de galáxias. Sabemos que os quasares mais distantes estão a 4,5 trilhões de anos-luz da Terra, e o Sol a apenas 8 minutos-luz da mesma². Sabemos que o corpo humano tem 75 trilhões de células, cada uma um ser vivo em si mesmo³. Mas nada sabemos sobre o que é a Vida.

¹ - Nos "Encontros Filosóficos" (UNESCO, de 14 a 17 de março de 1995), declarou Jean DAUSSET, Prêmio Nobel de Medicina de 1980: "O que não sei: tudo ou quase tudo. Dizem que a dúvida é essencial na pesquisa. Se há no entanto uma certeza, é porque ignoro tudo ou quase tudo." Ilya PRIGOGINE, ganhador do Nobel de Química de 1977, diante da pergunta sobre o que sabe, afirmou: "Minha resposta é clara: muito pouca coisa." E acrescentou: "A visão clássica associava ciência a certeza. A suprema glória da razão humana parecia ligada à possibilidade de atingir a certeza. Muito pelo contrário, creio que a idéia de certeza conduz a contradições, a uma divisão inconciliável na nossa visão de mundo." E o Nobel de Medicina de 1974, George PALADE concluiu: "O número de perguntas sem respostas que nos fazemos é infinito." In: Folha de São Paulo, caderno Ciência, 26/3/95, pp. 16 e 17.

² - SAGAN, C. - *Cosmos*. 1982, p. 7.

³ - "Existem cerca de 75 trilhões de células em cada ser humano (...) Cada uma delas é, de *per se*, um organismo vivo, capaz de existir, de realizar reações químicas e de contribuir, com sua parte, para o funcionamento global do organismo." In: GUYTON, A.C. - *Fisiologia Humana*, 1989, pp. 3 e 4.

A pretensão do homem, e de sua Ciência, é infinita. Procuramos encontrar as explicações daquilo que nos inclui em seu sistema. Sabemos que do interior dessa questão é muito improvável que consigamos captar sequer os seus contornos. Mas tentamos, e a luta do homem em buscar compreender é um de seus apanágios. Fazemos de nossa ignorância nossa virtude e nos lançamos à procura de um deciframento do Universo que é a própria procura de nossa significação. Por isso os gregos consideravam os homens herdeiros dos Titãs - frágeis heróis com armas dos deuses em mãos, incapazes de lidar com a própria condição.

Enquanto destino humano, vemos a Razão construindo o universo humano, povoando-o de suas obras, e impotente diante das mais óbvias ações da Natureza: diante de seus ciclos, de suas sentenças, de suas necessidades. O Sexo e a Morte, em particular, movem as existências humanas, sem que a Razão tenha alcançado nem o seu domínio, nem a sua compreensão, nem sequer a sua manipulação.

Hóspedes da vida, queremos de nossa anfitriã que nos revele seus mais íntimos segredos. Esta, indiferente e soberana, apenas dita em sussurros que estamos vivos e que morreremos. Insatisfeitos, queremos ao menos alcançar controle sobre aqueles eventos tão importantes para nós, e talvez tão nímios para a história universal, como: Quando morreremos? O que é viver? Como se deve viver? E tantas outras perguntas que são a matéria-prima da Filosofia, e o permanente legado das gerações.

Para onde vamos e de onde viemos: questões básicas, transcendentais. Irrespondíveis, talvez. Mas com aquela relevância máxima de nos introduzir em nosso funcionamento mental, nessa geração de nosso processo de civilização, nossa construção de nós mesmos enquanto seres culturais. E aquilo que estuda a Biologia? Onde fica esta outra geração de nós mesmos, esta irredutível criação?

Diante do Enigma, fato mais que humano é a Interrogação, matriz da Ciência. Interrogando um dos aspectos da Vida, a Doença, vemos levantarem-se multidões de questões de ordem biológica, antropológica, sociológica, etc.. Aqui, em um dos campos de intersecção entre a Natureza e a Cultura e, simultaneamente, de interface da Medicina com a Psicanálise, a interrogação que se apresenta é: Como é que a Doença, fato biológico, é nos seres humanos construída como fato humano? Dito de outro modo: como entender o processo humano do enfermar? Será possível ver nele um fato novo, uma criação? O que é nosso e o que é da Natureza? Este ser de cultura adoece biologicamente? Ou de outra forma? Esta outra forma pode lançar alguma luz sobre

aquelas outras tantas questões sobre as quais se debruça a Psicanálise? É preciso desde já esclarecer que **não** saímos, nunca, daquele ponto de partida, em que, homens, inquirimos um Destino que nos transcende e arrebatava, sendo então apenas um episódio, tão cego como os outros, o que leva estes Édipos modernos a procurar compreender.

Na prática clínica de um Ambulatório Geral emergiu a questão que me moveu a este trabalho: Como, enquanto psicólogo, envolvido em trabalho psicoterapêutico, posso tentar compreender, e se possível auxiliar, a pessoa que me procura quando o seu sofrimento tomou a forma de um sofrimento físico, de uma dor corporal, de um sintoma psicossomático, que, em alguns casos, pode conduzi-lo, mais rapidamente, ao esgotamento de sua vida? Com que recursos nós contamos para esta ajuda, a que teorias podemos recorrer, de que metodologia de trabalho podemos lançar mão?

Medicina e Psicanálise

A dor, a doença e a Morte, à parte seu lugar fundamental enquanto questões filosóficas, são o cerne da Medicina. Tratar e tentar curar são o seu alvo. Historicamente, a Medicina se define como aquela prática social, regulada institucionalmente, cujo papel precípuo é o de auxílio frente às questões da Saúde e da Doença. Seus métodos e técnicas vêm evoluindo ao longo dos últimos 25 séculos. Muito mais recente é a Psicanálise, que mal completa 100 anos. Esta, no entanto, traz, frente à Medicina, um giro fundamental, uma ruptura das bases sobre as quais se assenta o modelo fundamental de relação entre aquele que trata e aquele que é tratado. Basicamente, podemos dizer que o tratamento médico consiste em oferecer ao doente auxílio em alguma forma de tratamento que elimine a dor, anule as manifestações dos sintomas da doença, e faça o possível para afastar a Morte. Medicamente, ao longo de sua evolução histórica, o tratamento define-se como um saber e determinadas técnicas, exclusivas do médico, que são administradas ao indivíduo, o qual se submete a elas para obter alívio em seus padecimentos. Psicanaliticamente considerado, o tratamento consiste em fazer com que o indivíduo vença a alienação que o mantém desconhecido de si mesmo, acompanhando-o em um processo de exploração de sua mente e de sua vida, cujo fim é o alargamento de suas possibilidades de compreensão de si e de auto-determinação.

O modelo médico de tratamento pressupõe que o indivíduo se coloque como um paciente frente ao médico. LEBRUN (1987) nos esclarece o significado da expressão **paciente**: "*Paixão para nós é sinônimo de tendência... sentido etimológico de passividade (paschein, pathos)... Diz-se paciente, ao contrário, àquele que tem a causa de sua modificação em outra coisa que não ele mesmo.*"⁴ Assim, padecer, paciente e Paixão provêm da mesma origem, e esta etimologia nos indica que quando consideramos outro indivíduo como paciente, estamos propondo a ele que se torne passivo frente a nós, deixando que nós o conduzamos. Portanto, que o indivíduo renuncie, no momento, à direção de si mesmo, seja porque se considere incapaz de resolver por si aquela questão, seja porque nos atribua maior autoridade ou condições para ditar esta direção. LEBRUN acrescenta: "*...padecer consiste essencialmente em ser movido... O paciente como tal é que é, por natureza um ser mutável, caracterizado pelo movimento.*"⁵ Este movimento é duplo; por um lado, o movimento que o arrasta pode ser considerado como o movimento da Paixão, e neste caso, estaríamos seguindo o sentido de paixão presente em ARISTÓTELES: "Entendo por paixão, tudo o que faz variar os juízos, e de que se seguem sofrimento e prazer."⁶ Por outro lado, este movimento, que caracterizará o paciente, é aquele imprimido por quem o trata, ou seja, o médico. O médico, assim, se apresenta como aquele que orienta, que move, que submete o outro, que traz a "causa da modificação". Neste sentido, a prática médica não busca a desalienação do sujeito, mas a confirma, pois coloca o conhecimento e a ação nas mãos do médico, o paciente se colocando como objeto destes conhecimento e ação.

Na Psicanálise, pelo contrário, todo o processo exige que o indivíduo se assuma como sujeito. Não há possibilidade alguma de análise, se o indivíduo mantiver-se alienado, em uma relação de subordinação e dependência, onde competiria ao outro, analista, o movimento e a ação. Talvez apenas possamos resgatar o sentido de *paschein* como Paixão, e considerarmos que o indivíduo que busca uma psicanálise é alguém que sofre de uma Paixão, e busca alguém com quem possa inicialmente contar, para não ser passivo perante a sua Paixão e, assim, fazer-se sujeito de sua Paixão. O psicanalista o auxiliaria, na própria medida em que não se deixasse alienar pela sua própria paixão, e pelo juízo de ser alguém capaz de mover ao outro, modificando-o em determinada direção.

⁴ - LEBRUN, G. - "O conceito de paixão". In: CARDOSO, S. et al. - *Os sentidos da Paixão*, 1987, pp. 17 e 18.

⁵ - Idem, p. 18.

⁶ - ARISTÓTELES - Retórica.

A Doença e o Sentir-se doente

Tomemos a definição contida em um texto clássico da Medicina, o *Tratado de Medicina Interna (CECIL)*: "A tarefa do médico é trabalhar pela saúde do paciente. Faz isto tentando prevenir, curar ou atenuar a doença; aliviando desconfortos como dor e náusea; ajudando o enfermo a manter-se tão atuante quanto possível; prevenindo a morte precoce e maximizando a satisfação e a alegria."⁷ Observamos que ela engloba diversas dimensões, física, mental e emocional, nos moldes da definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (completo bem-estar físico, psicológico e social) e que toma a si a responsabilidade pelo auxílio ao paciente, não se questionando porém para qual Vida o paciente retorna, após a doença.

Atuar pela Saúde é afastar a Doença, a qual é concebida como uma agressão à Vida, à alegria e satisfação do indivíduo. A Doença é um mal a afastar, cujas causas são físicas e biológicas. Esta definição isola o indivíduo de sua doença, e deixa igualmente de lado os aspectos sócio-culturais, que uma Medicina voltada à Saúde Pública necessariamente deve considerar: "A teoria multicausal da doença se consolidou na década de 60 e substituiu a teoria unicausal. Na teoria multicausal o processo da doença do homem depende das características dos agentes patológicos (animados e inanimados), das características do indivíduo e de sua resposta a estímulos provocadores de doença, advindos do meio ambiente e do próprio indivíduo."⁸ E o autor (MALETTA, 1988) acrescenta que, além do fato comprovado de certas doenças serem exclusivamente sociais, como as doenças profissionais ou a desnutrição, há o fato da percepção da doença ser afetada pelos padrões culturais: "Diferenças de épocas, locais, ou mesmo de camadas sociais, de instrução, ocupação, renda, religião, etc., mostram diferenças na percepção do binômio saúde-doença."⁹ Mas esta é a definição de uma medicina social, minoritária e não prevalente na concepção que é hegemônica entre os médicos.

A doença se caracteriza fundamentalmente por um estado negativo, de ausência de saúde. Do ponto de vista da Medicina, pode-se caracterizar o indivíduo doente abstraindo completamente as categorias que este próprio indivíduo considera como definidoras do seu bem-estar. Há inclusive um chiste médico que define o sadio como um

⁷ - FLETCHER, S., em "Abordagem Clínica do Paciente". In: WYNGAARDEN, J.B., SMITH, L.H. E BENNETT, J.C. - *CECIL - Tratado de Medicina Interna*, 1993, p. 69.

⁸ - MALETTA, C.H.M. - *Epidemiologia e Saúde Pública*, 1988. p. 1.

⁹ - Op. cit., p. 3.

doente que se ignora, ao mesmo tempo que em Medicina se reconhece que nas pesquisas epidemiológicas feitas em massa, são detectados inúmeros problemas de saúde totalmente desconhecidos tanto por parte de seus portadores, como dos serviços de saúde que os atendem.

Por outro lado, é fato bastante conhecido que a doença começa fundamentalmente por um estado subjetivo de "sentir-se doente". É ilustrativa a descrição do dr. Jean BARBÉ: *"Para o médico, um indivíduo normal é aquele que não está doente, aquele que apresenta um 'check up' conforme a média; por exemplo: imagem torácica, trânsito, eletrocardiograma sem anomalia, ausência de B.K. no escarro, ausência da albumina na urina, hemocultura negativa, etc. Quer dizer que tal indivíduo biologicamente normal não está doente? Certamente que não, mais da metade dos doentes que atravancam as salas de espera dos médicos generalistas tem exames negativos, e no entanto ali estão eles, vindo consultar com suas dores, sua fadiga, seus problemas digestivos, suas palpitações, etc."*¹⁰

São os doentes "que não apresentam nada", mas que em observações empíricas (não se dispõe de estatísticas brasileiras sobre o assunto), os médicos reconhecem que perto de 50% de suas consultas poderiam ser classificadas como tais, recebendo designações variadas como: "distúrbio neuro-vegetativo", "stress" ou "doença psicossomática". Segundo JEAMMET et al (1990) "50 % a 75 % dos doentes que procuram o clínico geral não são portadores de doenças orgânicas."¹¹ Do ponto de vista clínico, após os exames, o médico consideraria tal situação como de "ausência de doença" e poderia sentir-se inclinado a dispensar tais pacientes. No entanto, é necessário fazer algo com eles, pois o indivíduo "se sente doente", e demanda cuidados. Os autores acima citados afirmam que os médicos são compelidos a dar "explicações fisiopatológicas desses distúrbios, a fim de lhes conferir autenticidade médica." E concluem: *"Temos visto nascer numerosos vocábulos para designá-los - distonia neurovegetativa, distúrbios do simpático, neurose cardíaca, astenia circulatória... - cuja multiplicidade mostra seu pouco valor explicativo. Na verdade, tais nomes apresentam mais descrições de mecanismos efetores do que explicações causais. Esse*

¹⁰ - BARBÉ, J. - *Émotion, Angoisse et Maladie*, 1970, pp. 79 e 80.

¹¹ - JEAMMET, P., REYNAUD, M. e CONSOLI, S. - *Psicologia Médica*, 1990, p. 7.

gênero de denominações traz um risco para o doente, e mesmo para o médico, de adquirir um valor explicativo e ratificar o distúrbio."¹²

A doença se faz preceder por um estado subjetivo que toma a forma de uma queixa, centrada em descrições somáticas, como dores ou fadigas, e psíquicas, como angústias. Na maioria das vezes, é ainda BARBÉ quem afirma, "o médico vem apenas para confirmar a doença, lhe dar um nome (diagnóstico) e combatê-la através de um tratamento."¹³ JASPERS, citado por ele, teria afirmado: "O homem não vive seu corpo, mas não pensa nele, não lhe presta atenção."¹⁴ É a doença quem vai chamar a atenção do indivíduo para suas funções corporais. São a dor e a incapacidade de dar conta de seus sofrimentos que levam o indivíduo a buscar um outro que possa auxiliá-lo.¹⁵

E o que é a Doença, esta entidade mórbida, que a Medicina descreve e trata? Fundamentalmente trata-se de processos e mecanismos que afetam o corpo, perturbando suas funções e acarretando transformações que colocam em risco seja uma área ou função localizada do organismo, seja ele todo, quando pode estar comprometida a sua sobrevivência. O fato de o indivíduo aperceber-se ou não do quadro patológico não é o que caracteriza a doença. Para a Medicina a definição da Doença é exterior aos processos subjetivos. Estes, no entanto, por vezes evidenciam-se, obrigando o médico a atentar para a sua incidência no processo da doença.

Embora a Doença seja definida como "entidade nosológica", é preciso reconhecer que o indivíduo faz sua doença, pois "a doença é coisa pessoal"¹⁶: independente do diagnóstico, da evolução conhecida da doença, do prognóstico e dos recursos terapêuticos empregados, o que se constata, diariamente, é que o indivíduo dá um curso pessoal ao seu enfermar, atribuindo significados à sua doença, ao seu médico, ao tratamento e a toda a situação. Embora existam processos típicos, e evoluções características dos quadros, e é isto aliás, o que permite que a Medicina se constitua como saber objetivo, também existem incontáveis variações individuais, que não podem ser todas caracterizadas como exceções, e muito menos como novos quadros nosológicos. O indivíduo "faz" a sua doença, determina o sucesso ou o fracasso do

¹² - Idem, p. 8.

¹³ - BARBÉ, J. - Op. cit, p. 80.

¹⁴ - Idem, p. 82.

¹⁵ - MALETTA, no texto já citado: "Do ponto de vista fisiológico, a saúde se concebe como estado de harmonia e equilíbrio funcional que se traduz por um *silêncio orgânico*.", p. 3.

¹⁶ - BARBÉ, J. - Op. cit., p. 90.

tratamento que lhe é prescrito, "escolhe" a saúde ou a doença, e dentro de certos limites, a vida ou a morte.

E é aqui que se situa o nó, o campo inexplorado que vai caracterizar um limite para a Medicina, uma questão para a Psicanálise e o motor para o surgimento da Psicossomática.

Em seu importante trabalho sobre a Medicina, Jean CLAVREUL assinala que "*a doença, adquirindo um estatuto científico, separa-se cada vez mais do que o interessado sente dela.*"¹⁷, o que permitiria distinguir uma doença própria ao doente, e outra definida pelo médico. Este autor vai caracterizar que é "o discurso médico que tornou possível a identificação mórbida, e não o contrário" e desta forma "*provou mais que fartamente que podia prescindir de toda consciência pessoal de um estado mórbido, e mesmo de toda demanda. Esta, quando existe, não tem, de qualquer maneira, lugar algum no discurso médico, para o qual o doente não é senão um demandante, um pedinte.*"¹⁸

Para CLAVREUL, esta posição é absolutamente constituinte da Ordem Médica, sendo essencial para a organização de seu discurso. Esta Ordem envolve toda a sociedade, que participa do discurso médico mesmo que não possua seu saber e sua prática, inclusive o próprio doente, que "*nunca é um outro em relação a esse discurso. Ele participa dele, é convidado a se reunir, a se submeter a ele e, de fato, ele o precede e tenta raciocinar sobre sua doença em termos médicos.*"¹⁹ O próprio médico, enquanto pessoa, é também envolvido por este discurso, que "despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento, de sua posição subjetiva", ao mesmo tempo que "apaga" o médico diante de seu saber, substituindo a relação médico-doente pela relação "instituição médica-doença"²⁰. Médicos e pacientes, e pacientes somos todos nós em algum momento, estão obrigados ao discurso médico, e este, como CLAVREUL demonstra, obriga à "rejeição do discurso do próprio doente"²¹.

Situação muito distinta enfrenta a Psicanálise, pois esta não pode, de forma alguma, prescindir do discurso do "paciente". Se o objeto da Medicina é a doença, o da

¹⁷ - CLAVREUL, J. - *A Ordem Médica. Poder e Impotência do discurso médico*, 1983, pp. 43 e 44.

¹⁸ - CLAVREUL, J. - *Op. cit.*, pp. 44 e 45.

¹⁹ - *Idem*, p. 49.

²⁰ - *Idem*, *ibidem*.

²¹ - *Idem*, p. 83.

Psicanálise é o homem e seu discurso. Ao fazer a escolha pela "escuta", o psicanalista instaura uma outra posição, não só muito diferente, como até mesmo oposta à do médico. O indivíduo diante do psicanalista apresentará um discurso que será levado em conta, não objetivamente, mas como questões subjetivas que se articulam, e que devem conduzir não aos "fatos", mas às significações. A questão com a qual a Psicanálise se defronta é a de como situar as questões reais que o corpo apresenta, especialmente naquelas situações onde dores e doenças comparecem, e o processo da pessoa, como sujeito, importa.

São estas as questões, limites e fronteiriças, que terminaram por obrigar à constituição da Psicossomática. Porém, antes de abordá-la, é preciso relembrar uma antiga questão da Medicina, questão secular ainda irrespondida.

A Histeria e seus enigmas ou Ascensão e Queda da Histeria

Quando a Medicina estuda uma determinada manifestação patológica, investiga seus sinais e sintomas, observa, levanta a história da evolução daqueles sintomas, compara-os aos quadros nosológicos já estabelecidos, procura prever a sua evolução, e por fim, busca tratar.

Há um quadro porém, descrito há mais de 4000 anos, que continua intrigando e frustrando os médicos, pois seus sintomas imitam os de inúmeras doenças, sua evolução contraria as estabelecidas para quadros similares, seus portadores comportam-se de forma inesperada e bizarra, seus sintomas confundem o observador, e a pessoa que os padece demanda atenções e cuidados de uma forma muito particular.

Embora desde a Antiguidade haja se constituído em objeto para a Medicina, a **Histeria** passou pela consideração dos teólogos, dos moralistas, dos filósofos e dos padres da Inquisição e posteriores, e sua história é simultaneamente a história da sexualidade ocidental e, particularmente, a das vicissitudes da sexualidade feminina. Durante séculos foi considerada uma doença exclusiva da mulher, e hoje permanece como emblemática das questões da Sexualidade. Em seu "A alma, a mulher, o sexo e o corpo", Gladys SWAIN afirma que na histeria "algo se simboliza: o destino feminino."²²,

²² - SWAIN, G. - "A alma, a mulher, o sexo e o corpo". In: SWAIN, G. et al. - *O feminino: aproximações*, 1986.

acentuando que as questões que a histeria traz são as questões do corpo, e das formas de se habitá-lo, quando a questão da sexualidade é assumida como destino humano.

Em sua *História da Histeria*, Etienne TRILLAT relata o longo percurso que conduziu de uma representação do fenômeno histérico como expressão de uma alma animal, passando pelas representações medievais que a assimilavam à possessão demoníaca, chegando aos séculos XVIII e XIX como quadro impreciso e enigmático, impossível de ser fixado e irredutível à ação médica.

A última tentativa de sua absorção como categoria médica, no século XIX, é a realizada por CHARCOT, no La Salpêtrière, mas seu resultado mais acrescenta do que resolve enigmas, levando a Medicina ao mais completo descrédito das manifestações históricas, relegadas aos sanatórios ou às manipulações empíricas dos clínicos.

Fim da Histeria?

Em relação à Medicina moderna, um fato muito importante deve ser assinalado como uma tendência mundial, particularmente da Psiquiatria, fato que até poderá trazer conseqüências para o campo da experiência humana com o adoecer, na medida em que altera a representação e a conduta dos médicos. A Histeria acaba de ser oficialmente excluída da *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (Classificação Internacional de Doenças - C.I.D. 10)*, da Organização Mundial de Saúde²³. Aliás toda a categoria das Neuroses, bem como a das Psicoses foram extintas, e substituídas por outros termos e designações.

Justifica-se, neste tratado que é a base mundial para o diagnóstico das doenças, que se excluiu completamente a categoria Histeria "por causa de suas muitas e variadas gradações de significados"²⁴. O quadro, antes assim denominado, agora está incluído nos quadros de transtornos dissociativos e conversivos. Não é apenas uma questão de semântica. Quadros globais são substituídos por descrições, conquanto minuciosas, mas que perdem o seu caráter dinâmico, fazendo prevalecer os aspectos particulares e uniformizáveis, às custas de um sistema compreensivo que permitisse universalizar as manifestações sintomáticas em estruturas clínicas.

²³ - *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (Classificação Internacional de Doenças - C.I.D. 10)*, da Organização Mundial de Saúde, 1993.

²⁴ - Idem, ibidem, p. 14.

Da mesma forma o *C.I.D. 10* estabelece que: "o termo 'psicogênico' não tem sido usado nos títulos das categorias, em vista de seus diferentes significados em diferentes línguas e tradições psiquiátricas (...) 'Psicossomático' não é usado por razões similares e porque o uso desse termo poderia ser tomado para implicar que fatores psicológicos não exercem um papel na ocorrência, curso e evolução de outras doenças, as quais não são assim chamadas."²⁵

Assim, em nome da univocidade, em nome da necessidade de eliminar as "variadas gradações de significados", temos, a partir de agora, apenas "transtornos", e não mais "estruturas", que em sua infinita variedade e possibilidades (seus "múltiplos significados"), obrigam a Ciência a se defrontar com o único, o inefável, o singular, o criativo imanentes do Humano. É inevitável que estas novas classificações, muito embora contribuam para a organização das estatísticas com finalidades epidemiológicas e para o rigor nas prescrições de medicamentos, sirvam para uma ainda maior limitação da compreensão médica sobre o "mental" ao plano estrito daquilo que está descrito e já catalogado. Funcionam assim, principalmente, como novas Taxonomias, e devemos questionar o que elas contribuem para o avanço dos conhecimentos sobre a função e o sentido das estruturas mentais e psicossomáticas que comparecem ao nível do corporal e podem traduzir-se como doenças ou, pelo menos, como sintomas emergentes de processos do ser humano.

Especificamente em relação à Histeria, é importante assinalar que esta permanece como a grande estrutura constitutiva, ao lado da Neurose Obsessiva, do campo das Neuroses, tal como compreendido pela Psicanálise. A sua exclusão é, potencialmente, a exclusão do referencial psicanalítico, em seu enfoque estrutural, para a compreensão destes quadros.

Lucien ISRAËL (1994) salienta²⁶ o quanto da Histeria permanece presente em inumeráveis quadros clínicos, disfarçando-se e insinuando-se em incontáveis formas, algumas desprezadas pela consulta médica padrão, outras confinadas em categorias subordinadas de doenças "orgânicas", que seriam as únicas "verdadeiras" doenças do ponto de vista do médico, e de suas descrições nosológicas, sendo os sintomas histéricos e psicossomáticos tomados como manifestações secundárias de outros quadros. Esta é exatamente a conduta que o CID 10 propõe.

²⁵ - Idem, *ibidem*, p. 5.

²⁶ - ISRAËL, L. - *Mancar não é pecado*, 1994.

Da mesma forma o *C.I.D. 10* estabelece que: "o termo 'psicogênico' não tem sido usado nos títulos das categorias, em vista de seus diferentes significados em diferentes línguas e tradições psiquiátricas (...) 'Psicossomático' não é usado por razões similares e porque o uso desse termo poderia ser tomado para implicar que fatores psicológicos não exercem um papel na ocorrência, curso e evolução de outras doenças, as quais não são assim chamadas."²⁵

Assim, em nome da univocidade, em nome da necessidade de eliminar as "variadas gradações de significados", temos, a partir de agora, apenas "transtornos", e não mais "estruturas", que em sua infinita variedade e possibilidades (seus "múltiplos significados"), obrigam a Ciência a se defrontar com o único, o inefável, o singular, o criativo imanentes do Humano. É inevitável que estas novas classificações, muito embora contribuam para a organização das estatísticas com finalidades epidemiológicas e para o rigor nas prescrições de medicamentos, sirvam para uma ainda maior limitação da compreensão médica sobre o "mental" ao plano estrito daquilo que está descrito e já catalogado. Funcionam assim, principalmente, como novas Taxonomias, e devemos questionar o que elas contribuem para o avanço dos conhecimentos sobre a função e o sentido das estruturas mentais e psicossomáticas que comparecem ao nível do corporal e podem traduzir-se como doenças ou, pelo menos, como sintomas emergentes de processos do ser humano.

Especificamente em relação à Histeria, é importante assinalar que esta permanece como a grande estrutura constitutiva, ao lado da Neurose Obsessiva, do campo das Neuroses, tal como compreendido pela Psicanálise. A sua exclusão é, potencialmente, a exclusão do referencial psicanalítico, em seu enfoque estrutural, para a compreensão destes quadros.

Lucien ISRAËL (1994) salienta²⁶ o quanto da Histeria permanece presente em inumeráveis quadros clínicos, disfarçando-se e insinuando-se em incontáveis formas, algumas desprezadas pela consulta médica padrão, outras confinadas em categorias subordinadas de doenças "orgânicas", que seriam as únicas "verdadeiras" doenças do ponto de vista do médico, e de suas descrições nosológicas, sendo os sintomas histéricos e psicossomáticos tomados como manifestações secundárias de outros quadros. Esta é exatamente a conduta que o CID 10 propõe.

²⁵ - Idem, *ibidem*, p. 5.

²⁶ - ISRAËL, L. - *Mancar não é pecado*, 1994.

Já para TRILLAT (1991) a Histeria permanece completamente desconhecida e enigmática para a Medicina, que, ao fim de séculos de tentativas de compreensão, teria finalmente decidido desaparecer com a sua noção, enterrando-a definitivamente sob o campo da Medicina Psicossomática. Segundo este autor, "A repressão da expressão histérica é um fato de ordem sócio-cultural que engendrou os estados psicossomáticos."²⁷ Para TRILLAT, a Psicossomática seria, então, o representante moderno e ao mesmo tempo o túmulo da Histeria. Porém esta, antes de morrer, deu à luz a Psicanálise.

Surge a Psicanálise

A Psicanálise surge para responder aos enigmas da Histeria. Esta afirmação é comum a diversos autores da Psicanálise, e representa o reconhecimento de que a natureza de sua investigação apresenta uniformidade e consonância com a natureza dos fenômenos que a Histeria coloca. Seu método é coextensivo das formas nas quais o sintoma neurótico se elabora. O estudo da Neurose Obsessiva acompanha as construções feitas para a compreensão da Histeria. Posteriormente, a investigação das Neuroses Atuais, a diferenciação entre estas e as Neuroses de Transferência, o estudo das formações de caráter, das perversões²⁸, e de certas formas da Psicose, foram, todos, decorrentes do modelo que FREUD elaborou para a Neurose.

Na essência de sua compreensão teórica encontramos a noção do conflito psíquico, base da Repressão, condição do inconsciente e da formação dos sintomas. Na de seu método está a associação-livre, que investiga a mente, ao mesmo tempo que desconstrói os seus produtos. A evolução da teoria freudiana foi se dando por sucessivos acréscimos e transformações que não abandonavam as concepções já estabelecidas, mas as englobavam em unidades maiores, mais críticas e de maior alcance.

A especificidade de seu tratamento levou, desde FREUD, à limitação do campo analítico às dimensões instauradas pela pesquisa das formações do Inconsciente, centrando-se nas suas emergências nas formas privilegiadas do sonho, do ato falho, do

²⁷ - TRILLAT, E. - *História da Histeria*. p. 218.

²⁸ - Por exemplo, a sua famosa formulação: "a perversão é o negativo da neurose", FREUD, S. - *Tres Ensayos para una Teoria Sexual* (1905). In: *Obras Completas*, 1973, p. 1190.

sintoma neurótico e da Transferência, fundamentalmente no tratamento da Neurose, e posteriormente também da Psicose.

As doenças, os acidentes, os eventos traumáticos e as conjunturas limitadoras de vida, receberam a atenção de FREUD, em 1898²⁹, em seu ensaio de delimitação da diferença entre as Neuroses atuais e as Neuroses de Defesa (posteriormente denominadas Neuroses de Transferência). Porém, o desenvolvimento da Psicanálise o conduziu, teórica e praticamente, cada vez mais em direção do processo fantasmático que se evidenciava nas formações do Inconsciente mencionadas, afastando o seu interesse das questões de estase da libido, ou do equilíbrio econômico das cargas energéticas. Muito embora nunca tenha desaparecido seu interesse por alguma vinculação entre os processos que havia descoberto e sua sustentação nos fenômenos da vida, portanto biológicos³⁰, FREUD criou uma ciência em ruptura com os conhecimentos médicos e biológicos.

No entanto, ao mesmo tempo, os conceitos freudianos produziam o seu impacto na Medicina e aos poucos penetravam na prática médica e nos sistemas de conceituação psiquiátricos³¹. As pesquisas com as Neuroses de Guerra, e a necessidade ingente de tratamento que a Primeira Guerra Mundial trazia, fez com que psicanalistas atuassem lado a lado com os médicos. Todo este contato foi levando psicanalistas a se reaproximarem da Medicina, e a se interessarem por questões que permaneciam sem resposta no campo médico, vindo a tomar forma definitiva, a partir da década de 30, como Medicina Psicossomática.

Diversas Psicossomáticas

Proponho, neste trabalho (capítulo 3), que se distinga entre duas formas de investigação psicossomática: a que se origina diretamente das formulações freudianas e

²⁹ - FREUD, S. - *La sexualidade en la etiologia de las neurosis*.

³⁰ - Veja-se o *Compendio del Psicoanálisis*, de 1938, onde FREUD escreve: "os fenômenos que nos ocupam não pertencem unicamente à psicologia, senão que também têm sua face orgânica e biológica, e em consequência, ao construir a psicanálise fizemos também importantes descobertas biológicas e não podemos evitar novas hipóteses desta índole." (p. 3411) E, mais adiante: "A psicologia é uma ciência natural. Que outra coisa pode ser?" (pag. 3420)

³¹ - BLEULER, o grande psiquiatra suíço, responsável pelas classificações modernas em Psiquiatria, e pela introdução do termo Esquizofrenia, foi profundamente influenciado pela sua convivência com os psicanalistas que com ele atuavam.

tenta trabalhar o corpo, na forma de seus representantes mentais, no interior da sessão analítica, e que denomino de Psicossomática Psicanalítica; e aquela outra que adota conceitos da Psicanálise para atuar medicamente, complementando o estudo etiológico médico, conferindo-lhe novas categorias e uma abordagem psicológica, complementar, de tratamento. Esta última é a que se conhece como Medicina Psicossomática.

Adotando os critérios e categorias médicos, esta forma de trabalho que é a Medicina Psicossomática naturalmente compartilha com a Medicina seus critérios de Doença e de Cura, modificando-os, porém, no tocante aos aspectos pessoais que influenciam o curso das doenças. Esta é a forma de maior predomínio mundial, sendo hegemônica nos Estados Unidos. Baseia-se, em grande medida, na Psicanálise norte-americana, na Psicologia do Ego, e utiliza-se da metodologia experimental em suas pesquisas.

A Psicossomática Psicanalítica nasce diretamente dos trabalhos de FREUD, apresenta um primeiro momento fértil em investigações, e depois se interrompe por mais de três décadas. Atualmente, vive novo florescimento, com inúmeros trabalhos sendo realizados a partir da Psicanálise, como tal, incluindo em sua clínica a investigação dos fenômenos psicossomáticos.

De comum entre todos os autores que atuam em Psicossomática está a constatação de que corpo e mente são um todo único, indissolúvel. Para CAPISANO (1994) "o ser humano é essencialmente psicossomático"³². Para WINNICOTT (1982) "A enfermidade psicossomática é o negativo de um positivo", sendo este positivo "a unidade da psique e do soma"³³. Para o analista alemão Helmut THOMÄ (1992), o homem é uma "totalidade psicossomática", e muito embora existam, para este autor, enfermidades fundamentalmente somáticas, "entre os fatores que, em seu conjunto, podem provocar uma enfermidade física estão os processos inconscientes e sua significação."³⁴ Para LEWIS & LEWIS³⁵, "a psique e o soma são fenômenos inseparáveis". Para Joyce McDOUGALL corpo e mente nascem de uma mesma "matriz somatopsíquica", que lentamente se diferencia em campos distintos mas interligados, sendo uma de suas vicissitudes o adoecimento psicossomático³⁶.

³² - CAPISANO, H.F. - "O Processo do Homem", 1994, pp. 61-74.

³³ - WINNICOTT, D.W. - "La enfermedad psico-somática en sus aspectos positivos y negativos", 1982.

³⁴ - THOMÄ, H. - "Interpretación psicoanalítica del significado inconsciente de diversas perturbaciones somáticas", 1992.

³⁵ - LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. - *Fenômenos Psicossomáticos*, 1974.

³⁶ - McDOUGALL, J. - "Um corpo para dois", 1987.

Para a Medicina esta constatação da unidade da psique e soma representa uma crise em seus modelos dissociados, onde o corpo é tomado como coisa, *res extensa*, objeto físico e bioquímico, e a mente é o objeto da especialidade Psiquiatria, sempre cativada por poder, algum dia, reduzi-la à função do órgão cérebro. Mas, para a Psicanálise, esta afirmação também representa um problema.

A Questão do Corpo em Psicanálise

A Psicanálise tem tido, desde a sua origem³⁷, a preocupação de definir o objeto de sua intervenção, o sintoma neurótico em geral, e o sintoma conversivo em particular, como próprio e específico de uma esfera psíquica, distinto portanto do sintoma médico, organicamente localizável. À época, FREUD já propunha a distinção entre o lesional e o funcional³⁸, e assumia que esta questão se situava, inelutavelmente, no campo da Psicologia. Mais tarde, se tornará claro que ele estava fundando um novo campo, a Psicanálise. O que se descortina desde então é um corpo investido e construído psiquicamente, um corpo que será sucessivamente definido por FREUD como um corpo sexual³⁹, dispondo de uma libido que tanto pode investir o Eu, quanto os objetos⁴⁰, que é modelado por pulsões, entidades "míticas", situadas entre o psíquico e o somático⁴¹, e que é o palco de um combate titânico entre pulsões de vida e de morte⁴². Com a Psicanálise institui-se um corte epistemológico que cria um novo campo, onde o corpo ganha novas conotações, afastando-se do corpo objeto da Biologia e da Medicina, e nascendo como corpo erógeno.

François GANTHERET, em um importante trabalho⁴³, se questiona sobre o lugar que ocupa, atualmente, o corpo na teoria e prática psicanalíticas, postulando que a resposta a esta pergunta envolve o "próprio fato da teoria analítica", pois o corpo enquanto representação e imagem, e a relação entre o corpo e a psique ocupam o próprio centro da indagação psicanalítica. No entanto, o autor afirma que os estudos iniciais sobre o corpo em psicanálise se interromperam e se esfumaram, com a

³⁷ - FREUD, S. e BREUER, J - *Estudios sobre la Histeria*, (1893-1895).

³⁸ - FREUD, S. - *Estudio comparativo de las parálisis motrices organicas e histéricas* (1888-1893).

³⁹ - FREUD, S. - *Tres ensayos para una teoria sexual*, (1905).

⁴⁰ - FREUD, S. - *Introducción al Narcisismo*, (1914).

⁴¹ - FREUD, S. - *Las pulsiones y sus vicissitudes*, (1915).

⁴² - FREUD, S. - *Más allá del principio del placer*, (1920).

⁴³ - GANTHERET, F. - "Lugar y estatuto del cuerpo en el Psicoanálisis", 1982.

marginalização de Groddeck, Federn, Schilder e Reich⁴⁴. Salienta, então, que a questão do corpo em psicanálise apresenta uma tríplice característica: "marginal e fronteiriça, por um lado, fundamental e constitutiva por outro, e por último, enterrada e recoberta."⁴⁵

Estas três proposições de GANTHERET serão aqui, neste trabalho, discutidas e aceitas. Por um lado procuraremos demonstrar que a Psicossomática, uma das formas atuais que revestiu a questão do corpo, ficou estabelecida como uma "terra de ninguém", uma fronteira da Psicanálise, que embora receba incursões de determinados autores, não conseguiu "legitimidade territorial" nesta disciplina. Pretendemos, também, apresentar alguns dados e discussões que auxiliem na caracterização da relação (e oposição) psique-soma como uma discussão fundamental para a clínica psicanalítica, na medida em que representa um aspecto essencial do próprio aparelho psíquico⁴⁶. Finalmente, queremos apresentar a obra de GRODDECK, e demonstrar que tanto a Psicanálise como a Medicina "reprimiram" as contribuições deste autor, "enterrando e recobrindo" as suas originais formulações.

Assim, neste trabalho, pretendemos: apresentar Georg GRODDECK, demonstrar que ele é o primeiro representante de uma maneira psicanalítica de considerar o corpo, sendo dele, portanto, a paternidade da Psicossomática Psicanalítica; mas que, marginalizado e excluído da Psicanálise, deixou como consequência que esta não pôde desenvolver um enfrentamento teórico e prático para a questão do corpo, senão indiretamente, por desvios e adiamentos.

Por outro lado, não queremos simplesmente "apresentar" GRODDECK, mas fazê-lo vivo. Por isso exporemos exemplos de uma prática clínica, que se inspirou em suas formulações, e buscou realizar atendimentos psicoterápicos centrados sobre sintomas psicossomáticos, a partir de referenciais psicanalíticos. Esta prática, verdadeiramente, não é "groddeckiana", mas constitui uma forma de aplicação dos conceitos freudianos e das propostas groddeckianas a casos de pessoas que se apresentaram para atendimento psicoterápico para alívio de seus padecimentos psicossomáticos.

⁴⁴ - GANTHERET, F. - Op. cit., p. 24.

⁴⁵ - Idem, ibidem, p. 25.

⁴⁶ - GANTHERET o frisa: "o campo psicanalítico se estabelece definitivamente em oposição ao campo biológico; e mais, este corte o engendra". Op. cit., p. 26.

Hipóteses de trabalho

Este trabalho visa situar a Psicossomática, dentro dela o lugar ocupado por GRODDECK, e discutir as relações entre a Psicossomática e a Psicanálise, acrescentando ainda algumas questões advindas da prática clínica com pacientes psicossomáticos. Pretende acrescentar alguma contribuição à definição do fenômeno psicossomático dentro do referencial teórico da Psicanálise e propor certas questões referentes à técnica psicoterapêutica, quando se atua em situações institucionais complexas.

O ponto de partida foi dado pela prática clínica. Estas reflexões nasceram com sujeitos que, com sua história e seus sofrimentos, buscaram atendimento no Ambulatório da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, e produziram junto, no interior da relação terapêutica, as questões que obrigaram a esta pesquisa. Estes pacientes são pessoas de variada procedência, em geral da camada desfavorecida economicamente, com alguma forma de padecimento psicossomático, definida por si mesmos ou, mais freqüentemente, pelos médicos que realizaram suas triagens, e que foram encaminhados para uma consulta psicoterápica, em um marco institucional de um Ambulatório de Psicossomática.

A primeira questão que eles suscitaram foi exatamente a da pertinência do encaminhamento: Por que a consulta psicoterápica em um Ambulatório Médico? O que estes demandantes, por um lado o paciente, e por outro lado o médico que o encaminha, buscam? E o que é que lhes pode ser oferecido, a partir dos referenciais psicanalíticos? Em segundo lugar, coloca-se a complexa questão de um serviço de Saúde, ligado ao Sistema Único de Saúde, gratuito, super-lotado, distante do local de moradia para inúmeros pacientes, com agendamentos muitas vezes inadequados, para pacientes com uma grande urgência, e que mal compreendiam o porquê de serem encaminhados a um psicólogo.

Psicossomática, de início, era apenas um nome em uma tabuleta, mas frente aos sofrimentos e às necessidades destes pacientes, foi desenhando-se uma prática clínica, precária e insegura, tateante e inaugural. Buscando os recursos da literatura psicanalítica, terminei por encontrar a obra de Georg GRODDECK, e ela, sem responder às perguntas

que a clínica já colocava, trouxe um novo questionamento que possibilitou uma nova interlocução com esses pacientes.

A partir deste ponto, trabalhando com o referencial analítico fundamental, ou seja, com a atenção flutuante e a livre-associação, utilizando as categorias teóricas da Psicanálise, e procurando estruturar um enquadre possível de trabalho, nas circunstâncias adversas da Instituição, conforme à metodologia psicanalítica, foram introduzidas as concepções groddeckianas sobre a doença e seus significados inconscientes. Junto aos pacientes constituiu-se então uma prática que às vezes em nada se diferenciava das consultas psicanalíticas clássicas, e às vezes surpreendia como sessões-relâmpago, em que uma problemática era rapidamente apreendida e um sintoma psicossomático subitamente se desfazia.

Na clínica que se constituiu então, um tríptico conjunto de influências atuava: as restrições e atribuições institucionais, a especificidade destes pacientes, e as características desta consulta psicoterapêutica, que aos poucos se caracterizava como de investigação psicossomática. Essa clínica foi-se fazendo própria, com contornos inéditos para mim, e levando a indagações. Este trabalho é a tentativa de sistematizar uma posição frente a elas.

Teoricamente, a questão que a Psicossomática coloca é a questão do Corpo, sua especificidade, seus limites e suas expressões. Proponho o seguinte: O Homem é um ser total, corpo e mente indissolúveis. Basta observarmos um cadáver, para vermos, com toda a nitidez, qual a diferença que faz a presença ou a ausência da Vida, daquele "sopro imaterial", que os gregos chamavam de *Psichê*. Por vida, é claro que nos referimos à manutenção das funções vitais: respirar, se alimentar, digerir, excretar, dormir, se reproduzir, etc., e também manter em exercício as funções mentais: pensar, lembrar, raciocinar, sentir, etc.. Um indivíduo em coma é a expressão mais patente do que representa a vida, quando apenas as funções vegetativas se mantêm. O homem integral é vida mental, plenamente em exercício.

Naquela condição que denominamos saúde, o corpo está "em silêncio", e a mente evidencia suas atividades. Na doença, o corpo passa a demandar consideração, obrigando a mente a dirigir sua atenção para suas funções, às vezes até de forma exclusiva. A Medicina moderna quase chegou a acreditar que poderia ater-se unicamente aos aspectos biológicos e bioquímicos deste corpo, vendo-o fundamentalmente como

Organismo. A Psicanálise veio a demonstrar que este corpo era um corpo trabalhado pelas pulsões, um corpo sexual, que existe na mente como um corpo construído. A Psicossomática, filha bastarda da Medicina com a Psicanálise, veio demonstrar o quanto esta mente é capaz de produzir manifestações no corpo biológico. Sintomas nascem e desaparecem pela ação aparentemente exclusiva da mente. Psicossomática, para a Medicina, representa, provavelmente, a redescoberta de que o corpo é habitado. Para a Psicanálise, a Psicossomática representa a redescoberta de que a mente nasce e morre com o corpo, e de que este corpo é também, simultaneamente, produto da mente, tanto quanto esta é produto daquele.

Minha contribuição específica é buscar propor uma base única para a consideração do corpo e da mente, com referência ao fenômeno psicossomático. Proponho que o sintoma psicossomático seja visto como um processo em que uma questão subjetiva segue um caminho adverso: ao invés de conseguir aceder à mente, como processo mental, ou seja, representação, esta situação se traduz corporalmente, ou seja, se apresenta como expressão do corpo. O processo somático ocupa o lugar do processo psíquico: no sintoma psicossomático uma questão subjetiva se apresenta, ao invés de se representar.

Esta idéia tem sido recentemente abordada em Psicossomática: Joyce McDOUGALL, em *Teatros do Corpo*⁴⁷, trabalha sobre a concepção de que a doença somática representa sempre uma impossibilidade da mente em processar os conflitos psíquicos, produzindo uma regressão em que o indivíduo recai na indiferenciação somatopsíquica do bebê. Também Luiz Carlos OSÓRIO (1994) trabalha a partir da concepção central de que "soma e psique são como duas linguagens a expressar simultaneamente o mesmo fenômeno vital, sendo intertraduzíveis."⁴⁸ Para OSÓRIO, na enfermidade psicossomática "é como se o canal de expressão psíquica estivesse parcialmente obstaculizado e as mensagens necessitassem ser transmitidas vicariamente pelo canal de expressão somática"⁴⁹.

O que pretendo discutir são as implicações da especificidade do sintoma psicossomático, tanto ao nível da investigação psicanalítica, enquanto teoria dos processos da mente, quanto ao nível da técnica psicoterapêutica que, em sua clínica, se enfrenta com a totalidade dos processos que afetam o indivíduo. Ao surgir um sintoma

⁴⁷ - McDOUGALL, 1991.

⁴⁸ - OSÓRIO, L.C. - "O fenômeno psicossomático: uma leitura psicanalítica da linguagem corporal", 1994.

⁴⁹ - Idem, p. 634.

psicossomático, estamos, enquanto analistas, diante de uma situação que não se resolve apenas com o encaminhamento do indivíduo para um clínico geral, mas que nos demanda uma investigação dos processos inconscientes que são ativos na sobredeterminação daquele sintoma. O inconsciente dispõe de duas telas, uma psíquica e outra corporal, e em ambas pode fazer-se representar. Expresso, ou "apresentado" na tela corporal, não deixa de ser um produto do inconsciente, e não se resolve, muitas vezes, quando é apenas "tratado" medicamente, sem se deixar enunciar como importante manifestação das questões que mobilizam este indivíduo em suas relações com sua vida, seu corpo, seus vínculos e sua história pessoal⁵⁰.

Ao nível da técnica psicoterapêutica, este trabalho discute se o sintoma psicossomático não configura um alvo próprio na investigação da constituição dos sintomas, particular em relação aos sintomas neurótico, caracteriológico ou psicótico. O psicossomático parece apresentar a seguinte especificidade: ao invés de se relacionar com o conjunto todo das representações do indivíduo, ligando-se portanto como parte indissolúvel à personalidade total, é algo mais localizado, uma configuração mais restrita de representações. Proponho que se tome o sintoma psicossomático como um capítulo da história do sujeito que não pôde ser escrito psiquicamente, e que tomou a forma de um hieróglifo inscrito no corpo. Visto desta forma, sua dissolução equivale a transcrevê-lo: dar-lhe linguagem verbal e representacional na esfera psíquica. Por isso, sua dissolução eventualmente é rápida, bastando um único "ato psicanalítico" para interromper sua expressão somática e iniciar seu registro como produto psíquico intercambiável, ou seja, representação ao invés de apresentação.

Organização dos capítulos

O capítulo 2 traça uma História da Medicina, não a sua história própria, nem a sua historiografia, mas uma espécie de história mítica (todo mito remete a um mito de origem, segundo LÉVI-STRAUSS), em que se recortam aqueles aspectos que permitem o reconhecimento de um pensar unificado sobre o homem e seu processo de enfermar, e portanto, sobre o homem como unidade psicossomática. Aborda, portanto, as

⁵⁰ - Não discuto aqui se existem doenças apenas somáticas, onde os processos mentais, conscientes e inconscientes, não desempenhem qualquer papel. Proponho que o ser humano é corpo e mente, e que qualquer processo significativo para sua vida irá atingi-lo e o mobilizará, corporal e psiquicamente. Nos dois últimos capítulos apresentaremos uma proposta quanto a esta questão.

concepções médicas e curativas anteriores à cisão operada entre o corpo e a mente, consolidada no século XIX.

Parto do pressuposto de que a Psicossomática deve ser considerada a partir de sua filiação à Medicina, que é o seu berço, e que é possível encontrar, na História da Medicina, alguns dos modelos fundamentais que conformaram as concepções psicossomáticas. Baseio-me em dois historiadores *ad hoc*, o médico Otacílio LOPES⁵¹ e o filósofo Michel FOUCAULT⁵², o primeiro com seu trabalho sobre o desenvolvimento das práticas curativas, que é rico em exemplificações sobre as concepções médicas dos tempos primitivos, e o segundo que, com sua obra sobre a *História da Loucura*, permite uma boa circunscrição do problema da Histeria.

Assim, o capítulo 2 situa a Psicossomática a partir da Medicina, esboça a evolução das práticas médicas, e conclui apontando para a adoção do modelo cartesiano e positivista pela Medicina dos últimos séculos, que operou a separação entre o corpo e a mente e criou a necessidade de novos saberes que respondessem pelas questões levantadas pela Histeria e pelos fenômenos psicossomáticos, inabarcáveis por este modelo.

O capítulo 3 se destina a três pontos: em primeiro lugar caracterizar as questões que a Histeria coloca, e relatar brevemente a sua história, junto com Etienne TRILLAT⁵³; em segundo lugar, apresentar o nascimento da Psicanálise, buscando demonstrar a relação dos movimentos iniciais de sua teorização e de sua prática, com o esclarecimento do sentido dos sintomas histéricos; e, finalmente, apresentar um painel da Psicossomática, desde sua criação até seu momento presente. Nesta última parte proponho uma distinção entre a Psicossomática vinculada à Medicina e aquela filiada ao campo da Psicanálise.

O capítulo 4 quer fazer justiça ao fundador da Psicossomática Psicanalítica. Neste capítulo se busca demonstrar que o que se considera modernamente como Psicossomática teve uma ata de fundação, inscrita duas décadas antes do que a maioria dos autores considera como data de início da Psicossomática, e isso se deve a um autor

⁵¹ - LOPES, O.C. - *A Medicina no Tempo*, 1970.

⁵² - FOUCAULT, M. - *História da Loucura na idade clássica*.

⁵³ - TRILLAT, E. - *Op. cit.*, 1991.

concepções médicas e curativas anteriores à cisão operada entre o corpo e a mente, consolidada no século XIX.

Parto do pressuposto de que a Psicossomática deve ser considerada a partir de sua filiação à Medicina, que é o seu berço, e que é possível encontrar, na História da Medicina, alguns dos modelos fundamentais que conformaram as concepções psicossomáticas. Baseio-me em dois historiadores *ad hoc*, o médico Otacílio LOPES⁵¹ e o filósofo Michel FOUCAULT⁵², o primeiro com seu trabalho sobre o desenvolvimento das práticas curativas, que é rico em exemplificações sobre as concepções médicas dos tempos primitivos, e o segundo que, com sua obra sobre a *História da Loucura*, permite uma boa circunscrição do problema da Histeria.

Assim, o capítulo 2 situa a Psicossomática a partir da Medicina, esboça a evolução das práticas médicas, e conclui apontando para a adoção do modelo cartesiano e positivista pela Medicina dos últimos séculos, que operou a separação entre o corpo e a mente e criou a necessidade de novos saberes que respondessem pelas questões levantadas pela Histeria e pelos fenômenos psicossomáticos, inabarcáveis por este modelo.

O capítulo 3 se destina a três pontos: em primeiro lugar caracterizar as questões que a Histeria coloca, e relatar brevemente a sua história, junto com Etienne TRILLAT⁵³; em segundo lugar, apresentar o nascimento da Psicanálise, buscando demonstrar a relação dos movimentos iniciais de sua teorização e de sua prática, com o esclarecimento do sentido dos sintomas histéricos; e, finalmente, apresentar um painel da Psicossomática, desde sua criação até seu momento presente. Nesta última parte proponho uma distinção entre a Psicossomática vinculada à Medicina e aquela filiada ao campo da Psicanálise.

O capítulo 4 quer fazer justiça ao fundador da Psicossomática Psicanalítica. Neste capítulo se busca demonstrar que o que se considera modernamente como Psicossomática teve uma ata de fundação, inscrita duas décadas antes do que a maioria dos autores considera como data de início da Psicossomática, e isso se deve a um autor

⁵¹ - LOPES, O.C. - *A Medicina no Tempo*, 1970.

⁵² - FOUCAULT, M. - *História da Loucura na idade clássica*.

⁵³ - TRILLAT, E. - *Op. cit.*, 1991.

esquecido pela Medicina, e apenas recentemente reabilitado pela Psicanálise: Georg GRODDECK.

O quinto capítulo dá a palavra a este autor. Apresentamos o *Livro d'Isso*, obra máxima de GRODDECK, procurando deixar a explanação correr em uníssono com ele, procurando apresentar o essencial de suas formulações, o mais próximo possível de sua própria forma de construí-las. Por tal motivo, este capítulo termina assumindo o discurso de GRODDECK, muitas vezes deixando imprecisa a autoria de certas idéias, mas que devem ser a ele imputadas, como forma ou como inspiração. Tal construção foi intencional, pois visa reapresentar GRODDECK, autor tido como difícil e/ou excessivamente livre em suas formulações. Nem propriamente médico, nem completamente psicanalista, um "analista selvagem" como ele mesmo se definia, neste capítulo procuramos situar sua obra como a de um pensador humanista, fonte de uma concepção original sobre os processos que afetam o homem, seu corpo, e seu destino.

O capítulo 6 apresenta a prática clínica que desenvolvo no Ambulatório de Psicossomática, no Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Parto da discussão dos problemas acarretados pelo enquadre do trabalho psicoterapêutico no interior de uma Instituição médica, que presta atendimento público; passo para as questões advindas do padrão específico desta clientela, abordando as características de sua demanda; discuto a questão da relação desta prática com a questão complexa da cura em Psicanálise; e apresento onze exemplos desta prática clínica. Os onze casos selecionados são representativos de um universo de pacientes e da forma como é possível conceber-se um auxílio terapêutico para pacientes que padecem de sintomas psicossomáticos. Ao longo dos relatos, a preocupação maior foi apresentar o seu psicodinamismo, e o do relacionamento transferencial, de forma tal a poder evidenciar a emergência dos fenômenos característicos da investigação psicossomática. Procura-se apresentar o sintoma e sua vinculação ao universo representacional do paciente, e a forma como o trabalho terapêutico, tanto a interpretação quanto as construções em análise, permitiram um novo desdobramento para a análise do sintoma psicossomático. Conclui-se este capítulo com considerações teórico-técnicas sobre a investigação psicossomática.

O sétimo capítulo se destina à discussão de todo o exposto, efetuando a crítica do mesmo e buscando desenvolver os dois pontos essenciais que este trabalho procurou elaborar: uma leitura psicanalítica para o sintoma psicossomático, propondo-se dois modelos para caracterizá-lo, o do hieróglifo e o da Banda de Moebius; e uma proposta de consulta institucional onde os sintomas são trabalhados de uma forma tal a melhor corresponder às características próprias da demanda de uma população como a nossa, afetada em seu corpo e em sua alma.

CAPÍTULO 2

PANORAMA DA PSICOSSOMÁTICA

"A sombra de minha alma é o corpo".

Clarisse Lispector

Em um antigo texto chinês, cujo primeiro manuscrito remonta ao século III de nossa era, e que recolhe a tradição oral referente ao mítico reinado do imperador F'ang (século XIV A.C.), pode-se ler o seguinte:

"Na aldeia de Han-sha vivia um santo de idade avançada. Todas as manhãs, desde a alba, uma multidão se comprimia diante da mísera porta de sua choça, pois o santo era famoso por suas curas, das quais excluía expressamente as crianças menores de cinco anos, aos cegos e aos fraturados. O santo recebia um por um, com gestos severos, aos enfermos que acudiam para tratar-se de seus males e a quem proibía qualquer pagamento, pois o santo levava uma vida áspera e solitária. Após examinar o enfermo e olhá-lo fixamente nos olhos, o santo perguntava: 'Você quer se curar?' Diante da resposta ansiosamente afirmativa, receitava uma pasta de ameixa com arroz e o visitante se retirava agradecido. Às vezes ocorria que um enfermo regressava dizendo que a medicina não lhe tinha resultado. Em tais circunstancias o santo voltava a olhá-lo fixamente e após um intervalo de silêncio pronunciava: 'Ocorre que você não quer se curar.'"¹

Práticas curativas ancestrais

No início, toda a terapêutica foi psicossomática. Em um tempo onde o homem fazia parte do cosmos, a forma de pensar e de compreender qualquer manifestação em si ou no mundo se constituía a partir de uma apreensão global do Todo, onde cada parte se inter-ligava, em completa e necessária participação. O filósofo pré-socrático

¹ - MODERN, R. - *El libro del señor de Wu*, p. 77.

ANAXÁGORAS declarava: "*O que se mostra é um aspecto do invisível*."² Nesse tempo o homem estava integrado no sobre-natural. As suas tentativas de compreender o universo, numa forma de pensamento mítico-mágica, levavam-no a conceber as diferentes formas e forças que percebia, como pertencentes a um sistema global, universal, do qual ele não estava destacado. Para ELIADE (1972), nas sociedades em que o mito é "vivo", todas as vivências e condutas do homem derivam-se de seu sistema de crenças, que "fundamentam e justificam todo o comportamento e toda a atividade do homem"³, sendo, portanto, o que atribui "significação e valor à existência".⁴

O homem, em sua experiência com o mundo, modela-o de acordo com suas crenças. O universo simbólico que ele constrói inclui a totalidade de suas vivências e, neste processo, este universo simbólico constrói, por sua vez, o caráter e a qualidade destas vivências. A experiência sensorial humana é trabalhada pela capacidade humana de articular símbolos em linguagem, e esta, uma vez constituída, é quem passa a guiar a apreensão do mundo. A linguagem, base geral para a atividade simbólica, organiza e sistematiza aquilo que chamamos de mundo humano. Desta forma, o corpo do homem, com suas funções, seus usos, suas perturbações, é plasmado juntamente com as suas funções mentais, no mesmo universo simbólico onde se modela o homem.⁵

LÉVI-STRAUSS (1975), analisando as curas xamânicas, demonstra como estas dependem fundamentalmente da crença que o doente e o feiticeiro depositam na eficácia da magia; crença tríplice: do feiticeiro em suas técnicas, do doente que ele cura no poder do xamã e, finalmente "a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam a cada instante uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se definem e se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça."⁶ Nas experiências da doença e da cura, são constitutivos os valores do grupo cultural que acompanham e dão significação àquelas representações e procedimentos que cercam tanto o doente quanto quem dele trata. LÉVI-STRAUSS salienta que o indivíduo somente toma consciência de si mesmo através das funções e atividades que desempenha em seu grupo social e que sua "integridade física não resiste à dissolução da personalidade social"⁷ sendo, portanto,

² - *Fragmentos*. Fragmento XXI.a, p. 66.

³ - *Mito e Realidade*, p. 10.

⁴ - *Op. cit.*, p. 8.

⁵ - "No curso de um ritual de cura, o xamã não somente resume a cosmogonia, como invoca a Deus e lhe suplica que crie o Mundo de novo". ELIADE, M. - *Op. cit.* p. 31, grifo meu.

⁶ - "O feiticeiro e sua magia", in: *Antropologia Estrutural*, 1975.

⁷ - *Idem*, p. 194.

sua sobrevivência uma função dependente do universo das representações sociais do que seja a doença e a quais tratamentos se atribui eficácia.

Para acompanharmos a evolução das práticas curativas, recorreremos a um médico-historiador, LOPES (1970) que, apoiado em grande número de fontes, traçou um painel desta história. Segundo este autor, as práticas curativas ancestrais são indissociáveis das práticas religiosas, havendo pinturas rupestres, da época do Neolítico, que demonstram a existência de curandeiros, vestidos com peles de animais (Gruta dos Três Irmãos, na França), ao mesmo tempo que descobertas arqueológicas documentam a prática de cirurgias há 10.000 anos, principalmente de crânios que sofreram trepanações. Acredita-se que tais intervenções "*tivessem por finalidade libertar os maus espíritos ou demônios presos na caixa craniana*"⁸ dos doentes.

A pré-história da Medicina, até HIPÓCRATES, apresenta incontáveis exemplos das formas em que se tentava auxiliar os homens em seus sofrimentos, recorrendo-se a procedimentos onde as crenças, a sugestão, e o recurso ao universo representacional compartilhado pelo médico e pelo paciente, eram o principal instrumento terapêutico. Colheremos alguns exemplos onde esta prática "psicoterapêutica" rudimentar associava-se a experimentações medicinais, com ervas convivendo com elementos mágicos, e cirurgias primitivas com encantamentos, seguindo o trajeto d'*A Medicina no Tempo*.

Cuidar e Compreender na História Antiga

Na Mesopotâmia floresceu, entre os anos 3000 a 2000 a.C., a civilização sumeriana, que nos legou, preservados na forma dos famosos tijolos de escrita cuneiforme, aspectos de sua cultura e de suas práticas curativas:

*"Na Mesopotâmia, Nantar era o demônio responsável pelas pestes, enquanto Idpa o era pelas febres (Apud Kurt Saligmann - "L'histoire de la Magie"). Os mágicos, com suas forças especiais e misteriosas, conseguiam lutar contra as forças maléficas que perseguiam os homens e que eram responsáveis pelas doenças. (...) A vingança e o castigo dos deuses eram as causas das doenças. Assim, quando o homem perdia a saúde, devia recorrer não ao médico mas ao sacerdote-médico, pois as duas atividades se confundiam."*⁹

⁸ - *A Medicina no Tempo*, p. 29.

⁹ - *Op. cit.*, pp. 30 e 31.

Na medicina assírio-babilônica, caudatária da sumeriana, três divindades regiam o Universo: o Céu, a Terra e a Água, além de doze deuses menores (número coincidente em muitas cosmogonias, por exemplo os deuses do Olimpo, ou os apóstolos de Cristo). Havia um deus-médico, *Sisi*, e uma serpente, que eram venerados. Praticava-se a cirurgia, a cura através de drogas de origem vegetal, a astrologia e a interpretação dos sonhos. A doença era entendida, basicamente, como um ataque pelos maus espíritos, sendo tratada por sacerdotes.

"Caso o homem esqueça para que foi criado e também as leis que os deuses lhe impõem, fica em estado de pecado e sobre ele caem castigos e calamidades. A divindade dos médicos chama-se Nin-Azu. A deusa da medicina é Gula. A doença é um castigo ao pecado.

A lista dos principais pecados é bastante grande. Vejamos alguns deles: "Excitar o pai contra o filho e o filho contra o pai; excitar o amigo contra o amigo; entrar na casa do próximo; conquistar a mulher do amigo, dividir uma família unida; desatender ao superior, e assim por diante."¹⁰

Como se pode observar, os "pecados" referem-se a questões muito concretas da vida em sociedade e dos valores culturais, asseguradas pelos princípios religiosos, pois eram os próprios deuses quem exigiam a obediência e puniam as faltas. A saúde ou a doença eram compreendidas como expressão da adequação do homem a estas leis.

Também na medicina praticada na Pérsia, observamos os mesmos registros e a mesma conexão entre a doença, a religiosidade, e a integração do homem no Todo que compreende o Universo e o meio social e cultural, o microcosmos como o macrocosmos:

"Uma pessoa pode curar-se:

1 - Com santidade;

2 - Com a lei;

3 - Com a faca;

4 - Com ervas;

5 - Com a palavra sagrada.

O termo droga é originário da medicina persa, e seu significado nada tem a ver com o que hoje possui.

Droga significava demônio. Seu emprêgo visava a assustar a doença e assim, com o auxílio do demônio, expulsá-la do corpo. (...)

Zoroastro ou Zaratustra, o homem sofredor que lutou e teve esperanças - homem ou mito - triunfou contra o demônio e propagou sua fé e sua lei. O

¹⁰ - Idem, p. 38.

demônio Ahrimaer, o príncipe das trevas, opunha-se ainda a Ormuzde, o rei da luz. E a paz não chega porque a luta continuará até que o mundo termine.

Cada contendor conta com seis aliados contra outros tantos defensores do rei da luz. Contra a Sabedoria Divina, a Virtude, o Domínio, a Devoção, a Fatalidade e a Saúde, combatentes do Bem, opõem-se os arquidemônios Anarquia, Apostasia, Presunção, Destruição, Ruína e Cólera."¹¹

É bastante interessante esta enumeração das Virtudes e Pecados, vistos como desencarnados, e assumidos como Princípios gerais e universais, diante dos quais o homem quase submerge. Deve-se notar que, neste sistema integrado, Saúde e devoção, harmonia e cirurgia, destino e significação, são polos que regem o que o homem vive e crê, partilhando com deuses e demônios a sua história. Muito curioso também é verificarmos a origem, etimológica e cultural, da palavra droga, que é utilizada, hoje em dia, tanto para significar as substâncias estupefacientes e narcóticas, quanto para designar os remédios, como se constata na palavra Drogaria. Os demônios talvez ainda estejam presentes nas representações mentais das classes populares, em seu temor reverente aos medicamentos, assim como é no imaginário social que provavelmente se sustenta parte da eficácia curativa das drogas.

Na grande civilização egípcia, vamos encontrar uma imensa riqueza de elementos culturais e um vasto sistema de pensamento que embasou as culturas posteriores, influenciando enormemente a Grécia, berço da civilização ocidental. Também na Medicina seu papel foi significativo, tendo sido Alexandria a principal escola médica da Antiguidade. HERÓDOTO, o primeiro historiador, relata que no Egito já existia a especialização: "*cada médico se ocupa de uma só espécie de doença e não de muitas. São numerosos em toda parte; uns tratam dos olhos, outros da cabeça, outros dos dentes, outros do ventre, outros dos males internos.*"¹² No entanto, embora "especializados" compartilham intensamente do mesmo universo cultural. LOPES (1970) descreve a Medicina egípcia, demonstrando a constante vinculação entre os processos curativos e o conjunto de crenças místico-religiosas:

"No campo da higiene, alcançaram um alto grau de progresso. Desde as primeiras dinastias houve uma verdadeira medicina social, em forma rudimentar, embora. Havia leis e regras que regulavam os métodos de higiene corporal, das relações sexuais, da limpeza das habitações, do uso da carne de

¹¹ - Ibidem, pp. 43 e 44.

¹² - Ibidem, p. 51.

animais mortos, na alimentação, entêrrão dos mortos, etc. Essas regras e leis tomavam a forma de prescrições religiosas, confundindo-se com elas."¹³

Observe-se como a Medicina ancestral não dissociava a doença, tomando-a como uma unidade à parte, isolável do conjunto de fenômenos que compõem a vida do homem, e muito menos ainda, como um acontecimento desvestido de significação cultural. A Doença era vista como um aspecto da vida, tomada em seu sentido global. Nos primórdios da História, tratar e curar parecem ter sido íntimos coadjuvantes do compreender.

Simultaneamente à egípcia e à mesopotâmica, desenvolvia-se a civilização hindu. Em seu imenso tratado filosófico-poético, os *Vedas*, escrito em sânscrito, por volta do século XV a.C., recolhendo a tradição oral anterior, encontram-se diversas orações, hinos e observações científicas e filosóficas; além de descrições de doenças, com o relato detalhado de tratamentos químicos e cirúrgicos que, segundo os especialistas, rivalizam com os deixados por Hipócrates. De todo o seu cabedal queremos, aqui, mencionar apenas o seguinte, que coincide, em um aspecto, com as práticas psicossomáticas atuais:

*"Os processos diagnósticos usados pelos hindus se compunham de indagações minuciosas a respeito da enfermidade e de tôdas as circunstâncias com ela relacionadas, contrastando com os mais simples e rudimentares conhecimentos de anatomia e de fisiologia."*¹⁴

Na *Medicina no Tempo* relata-se que um grande médico hindu, CHARAKA, respeitado em toda a Índia, dividia as terapêuticas em: Medicina, Cirurgia, Toxicologia, Psicoterapia, Pediatria, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Rejuvenescimento e Restauração da virilidade. Não podemos deixar de admirar a sua capacidade de síntese. O homem é visto em sua totalidade, da criança ao idoso, e seus aspectos psicológicos são também considerados como Saúde. As "circunstâncias" relacionadas às enfermidades são vistas como parte delas.

Da China, o Império do Meio, como se auto-denominam os chineses, deve-se dizer que desenvolveram uma civilização quase totalmente autóctone, fechando-se ao exterior e cultivando suas próprias tradições, por muitos séculos. Por isso sua Medicina

¹³ - Ibidem, p. 56.

¹⁴ - Ibidem, p. 64.

desenvolveu-se de forma tão distinta da ocidental, com uma concepção profundamente energética do funcionamento do corpo humano, e daí, seus métodos originais de restauração da saúde, dos quais o mais conhecido no Ocidente é a acupuntura. LEWIS & LEWIS (1974) assinalam:

"A compreensão do fato de que a mente e o corpo são inter-relacionados remonta a pelo menos 4.500 anos. Huang Ti, chamado de o Imperador Amarelo da China, autor de um clássico de medicina interna, observou que a frustração pode fazer com que as pessoas fiquem fisicamente doentes. 'Seus desejos e idéias deverão ser investigados e acompanhados' - recomendava ele - 'e então... aqueles que tenham atingido a satisfação espiritual serão prósperos e vicejantes, enquanto os demais, os que não o conseguirem, perecerão.'"¹⁵

A Grécia

Voltemos novamente para o Ocidente. Para os gregos dos tempos homéricos, o corpo não tinha uma representação própria. Não havia uma palavra no grego arcaico que indicasse o corpo inteiro, o corpo como tal. *Soma* era o termo reservado para o cadáver, apenas¹⁶. No entanto havia um grande conhecimento sobre a anatomia, como é patente nas descrições de ferimentos registradas na Odisséia e na Ilíada (sec. VIII a.C.). Segundo LOPES (1970), até o quinto século antes de nossa era, as artes curativas gregas estavam associadas à religião. Praticava-se o culto de Asclépio (Esculápio), o deus grego consagrado à Medicina. Na Mitologia grega relata-se que Asclépio era o filho do deus Apolo com a mortal Coronis. Esta ousou trair o Deus, o magnífico Apolo, deus da Beleza, do Sol e da Verdade que, inconformado, condenou-a à morte, salvando porém da fogueira a seu filho, arrancando-o do ventre de Coronis. Entregou então Asclépio ao centauro Quiron, e este sábio e venerável pai adotivo introduziu-o no conhecimento das ervas e poções. Consta que Asclépio tornou-se tão grande médico, que chegou a ressuscitar mortos, terminando por despertar a ira dos deuses, especialmente Hades, que achava que estava tendo despovoado o seu reino das trevas. Zeus fulminou Asclépio com um raio, mas Apolo enfurecido vingou-se, matando os Ciclopes que fabricavam as armas do Deus-pai. Zeus então consentiu que ele fosse tornado imortal, em troca da vida

¹⁵ - *Fenômenos psicossomáticos*, p. 7.

¹⁶ - De acordo com palestra do Prof. Antonio Medina Rodrigues, no II Encontro Bienal da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, "Corpo-Mente: uma fronteira móvel." São Paulo, 20/08/1994.

dos Ciclopes. Desde então Asclépio passou a ser reverenciado.¹⁷ Os templos a ele dedicados eram chamados de Asclepions, e estavam espalhados por toda a Grécia. Neles se praticavam curas, através de médicos-sacerdotes que formavam uma casta hereditária. O mais famoso de seus templos localizava-se em Epidauro.

Vejamos a descrição da terapêutica que os gregos antigos praticaram:

"Antes de entrar no santuário, através de alamêdas tranqüilas, o doente percorria um lírico jardim, tendo aos lados lápides ou estelas, ou lousas lapidadas, contendo sugestivas inscrições narrando as curas maravilhosas que ali se processavam. As alamêdas os conduziam às clínicas ou enkosmetreion, à Palestra, ao Templo e ao Teatro. (...) Chegando ao santuário, impressionado com a beleza e a tranqüilidade da paisagem, era o doente recebido pelo sacerdote médico, que lhe recordava alguns feitos maravilhosos do deus. Após as orações apropriadas, banhava-se numa fonte mineral, num banho ritual purificador. Em seguida, sacrificava um galo a Esculápio, diante de sua estátua. Permanecia dias e noites quase que em completo jejum, num trabalho de meditação e de purificação.

Ao lado do santuário havia campos de esporte e de divertimentos, entre os quais o teatro. Tomando parte nos jogos e nas diversões, o doente recebia como que uma purgação espiritual que ia predispor-lo para o tratamento que desejava. Somente depois destes preparativos é que podia penetrar no pavilhão destinado ao chamado rito de incubação, ao qual todos se submetiam passivamente.

Esse pavilhão era o abaton. Nêle havia leitos onde o doente se deitava, sendo induzido ao sono profundo pelo sacerdote que lhe falava, vigiando-lhe o sono, durante o qual o próprio deus Asclépio aparecia infundindo-lhe confiança e lhe prescrevia a medicação necessária. As palavras e os conselhos do deus eram, depois, interpretados minuciosamente pelos sacerdotes, que jamais se afastavam ou deixavam de falar.

Como vemos, desde a entrada no jardim, no percurso das alamêdas, o paciente que já ia favoravelmente sugestionado estava sendo preparado para aprofundar sua sugestão até o sono hipnótico. Por isso os médicos sacerdotes continuavam sempre falando, utilizando-se do que em hipnotismo se chama mamadeira hipnótica. Sugestionava-os dizendo-lhes que iam sonhar e eles sonhavam. O sonho era contado e, através de sua interpretação, feito o diagnóstico e, afinal, dada a medicação."¹⁸

Não passou despercebido, ao autor desta apresentação histórica, que este ritual assemelhava-se a uma metodologia psicoterapêutica, o que o leva a concluir ser ele "em tudo semelhante à psicanálise, até nos seus resultados."¹⁹ Parece-nos excessiva a generalização, o Autor desatendendo tanto à distância histórico-cultural a separar os dois

¹⁷ - HAMILTON, E. - *Mitologia*, p. 423-426.

¹⁸ - LOPES, O.C. - *Op. cit.*, pp. 87 a 89.

¹⁹ - *Idem*, p. 89.

processos, quanto à especificidade da Psicanálise, que não é "sugestão"; mas ressalta o fato de que a cura era concebida, pela nascente cultura helênica, como um processo complexo, onde os valores, as crenças e as representações tinham papel relevante.

São destes templos gregos as práticas remanescentes dos *ex-votos*, ainda hoje praticada em todo o mundo, particularmente no Brasil, onde inúmeras igrejas tem uma ala onde são depositadas estas réplicas de membros e órgãos doentes, feitas em cêra, madeira ou metal, em gratidão por curas milagrosas. Nos Asclepions, além destas reproduções, eram escritas placas, ou estelas, que contribuíam para o sucesso (por sugestão, poderíamos dizer) das curas dos novos pacientes.

Entre os séculos XI e V a.C. desenvolve-se a Cultura Grega, com o surgimento de importantes escolas filosóficas, até o que é considerado o seu apogeu, no século V. Grandes médicos, como Alcmeón, discípulo de Pitágoras, e Empédocles de Agrigento percorrem a Grécia, curando e ensinando. No "século de Péricles", já haviam sido criadas grandes Escolas médicas, em Cnido e em Cós, na Asia Menor, assim como em Crotona e na Sicília.

HIPÓCRATES nasceu, na ilha de Cós, no ano de 450 a.C., de uma família de "asclepiádes". *"Na sua ascendência contava com cerca de quarenta médicos, muitos dos quais seus homônimos. Assim, é impossível afirmar-se com segurança qual foi o 'pai da medicina', entre aqueles que ganharam notoriedade"*.²⁰ Sabe-se que ele deixou uma obra extraordinária, mais de sessenta volumes na Coleção Hipocrática. Fundou o método clínico em Medicina, dando grande importância à observação. Criou a Doutrina dos Humores, baseada nos quatro elementos:

*"Para o Mestre o corpo se compõe de sangue, pituíta, bilis amarela e bilis negra. Do equilíbrio ou desequilíbrio desses humores é que depende o estado de saúde ou de doença. 'A dor - diz ele - é a consequência da falta ou do excesso de um humor ou do seu isolamento dos outros.' Essa chamada doutrina humoral, dominou até o século passado e hoje ainda tem seus resquícios."*²¹

Foi ele um médico grandemente preocupado com a Ética, fazendo constantes apelos pela moralidade, decência, honestidade e caridade, deixando como herança o seu Juramento, ainda hoje lido nas cerimônias de formatura dos médicos. Sua doutrina

²⁰ - Ibidem, p. 103.

²¹ - Ibidem, p. 108.

privilegiava antes de tudo o doente, o que entrava em choque com a orientação da Escola de Cós, que preconizava antes as doenças e seus sintomas. Sua terapêutica consistia em procurar auxiliar o organismo a defender-se contra as enfermidades, acreditando que o corpo possuísse meios para a cura.

*"Para conhecer-se a natureza do homem é necessário conhecer-se a natureza de todas as coisas", dizia Hipócrates. Como muitos filósofos gregos, ele também considerava o organismo como um pequeno mundo contido no grande. Uma espécie de planeta vivo e efêmero cujos movimentos cíclicos eram regidos por leis que permitam prever a marcha evolutiva dos fenômenos vitais nos estados de saúde e doença. Tais leis não podiam ser modificadas no seu curso natural. Imaginava ele uma força, um princípio simples e múltiplo nos seus efeitos, que presidia a todas as funções, erguendo-se contra os agentes mórbidos, procurando livrar-se deles, fornecendo forças renovadas ao esforço da natureza. É a força vital, é a natureza que a tudo preside. Sua ação é indispensável, pois atenua as causas nocivas e favorece a sua eliminação através da cocção, que vem a ser uma elaboração dos humores viciados, eliminados pela crase (evacuação do que é supérfluo e nocivo)."*²²

Ao relato de LOPES devemos acrescentar que esta força vital, em grego, era denominada *Psichê*. Constituía o órgão imaterial do corpo, era um sopro, aquilo que animava o corpo. Observe-se, no texto acima transcrito, como HIPÓCRATES valorizava a ação natural do corpo, concebendo a ação curativa sobretudo como um auxílio ao sujeito para readquirir a saúde. Sua concepção das doenças, embora já trouxessem um cunho de observação rigorosa dos sintomas, ainda se pautava, antes de mais nada, pela consideração ao indivíduo doente, visto como origem dos sintomas. Conta-se do pai da Medicina que, tratando do rei da Macedônia, gravemente doente de mal desconhecido, observou que os sintomas de seu paciente alteravam-se pela proximidade da atraente Zilda, mulher de um dos seus oficiais, o que o teria levado a exclamar: "para curar tão profundo mal, somente o amor."

Neste mesmo período histórico, o filósofo SÓCRATES teria afirmado: "Em um aspecto estão os bárbaros trácios mais adiantados que os civilizados gregos: no de saber que o corpo não pode ser curado sem curar-se a alma. Eis a razão por que os médicos da Hélada desconhecem a cura de muitas enfermidades: porque ignoram o homem como um todo."²³

²² - Ibidem, p. 111.

²³ - Citações de PERESTRELLO, D. - *Trabalhos Escolhidos*, p. 51.

Após HIPÓCRATES, a Medicina ingressará, com GALENO (131 - 201 d.C.), em um novo período, com a experimentação, a anatomia e a patologia fundando suas bases definitivas. Segundo os historiadores, o Galenismo dominará a Medicina até o Século XVIII. Sua principal obra, a *Ars Magna* será a grande referência para os médicos medievais. ARISTÓTELES foi seu maior mentor, com sua filosofia se constituindo na base conceitual das doutrinas e práticas médicas subseqüentes a GALENO.

A Idade Média, nem tão em trevas

No entanto, como veremos, a evolução das idéias médicas continuou tributária de concepções da Antiguidade, principalmente a idéia da interdependência do homem em relação à totalidade do mundo. No século XIII foi feita uma compilação em latim de uma "enciclopédia de todos os conhecimentos profanos e sacros", com as concepções dos autores do Império Bizantino. Tinha a finalidade de difundir a ciência antigo-medieval, da Teologia à Medicina, passando pela Astronomia, História Natural, Anatomia, Higiene, etc.. Sua tradução para o francês data de 1556, sob o título: *Le Grand Propriétaire de toutes choses*. Phillipe ARIÈS (1986) comenta sobre ela:

*"Uma idéia geral emanava da obra, idéia erudita que logo se tornou extremamente popular: a idéia da unidade fundamental da natureza, da solidariedade existente entre todos os fenômenos da natureza, que não se separam das manifestações sobrenaturais. A idéia de que não havia oposição entre o natural e o sobrenatural pertencia ao mesmo tempo às crenças populares herdadas do paganismo, e a uma ciência tanto física quanto teológica. Eu diria que essa concepção rigorosa da unidade da natureza deve ser considerada responsável pelo atraso do desenvolvimento científico, muito mais do que a autoridade da Tradição, dos Antigos ou da Escritura. Nós só agimos sobre um elemento da natureza quando admitimos que ele é suficientemente isolável. A partir de um certo grau de solidariedade entre os fenômenos, tal como postula o *Le Grand Propriétaire*, não é mais possível intervir sem provocar reações em cadeia, sem destruir a ordem do mundo: nenhuma das categorias do cosmo dispõe de uma autonomia suficiente, e nada pode ser feito contra o determinismo universal. O conhecimento da natureza limitava-se então ao estudo das relações que comandam os fenômenos através de uma mesma causalidade - um conhecimento que prevê, mas que não modifica. Não há meio de fugir à essa causalidade, exceto através da magia ou do milagre. Uma mesma lei rigorosa rege ao mesmo tempo o movimento dos*

*planetas, o ciclo vegetativo das estações, as relações entre os elementos, o corpo humano e seus humores, e o destino do homem (...)*²⁴

A Idade Média representou um período muito extenso no tempo, mais de dez séculos, e que para a maioria dos autores até recentemente, teria sido um tempo de estagnação, uma Idade das trevas para o desenvolvimento científico. Os historiadores modernos discordam desta visão, argumentando que todas as bases da Idade Moderna e da Idade Contemporânea estabeleceram-se neste período, que tinha, porém, por características culturais, uma outra concepção das relações dos homens entre si, um outro modelo da interação da sociedade humana com o mundo divino e com a natureza, e outros paradigmas para o conhecimento.²⁵ Em Medicina, predominaram os textos dos autores antigos, gregos e latinos, com a contribuição significativa dos autores árabes, grandes compiladores dos clássicos. Sua visão geral seguia o modelo que ARIÈS cita, e que chegava ao fim então.

No século XVII, DESCARTES inaugura a concepção moderna da distinção corpo e alma, à partir do Método que as conceitua como *res extensa*, para a matéria, separada da *res cogitans*, própria da alma pensante. Como se sabe, esta formulação influenciará profundamente todos os sistemas de representação da Ciência, incluindo em seus efeitos as concepções médicas.

*"Na sua obra publicada no ano de 1662 e intitulada De homini, Descartes, expondo suas idéias, dizia que o corpo do homem é 'uma máquina criada por Deus e nela habita a alma que sintetiza a substância pensante'. (...) Dessa idéia que faz do corpo humano uma máquina e da afirmação de que 'todas as atividades do organismo são formas de movimento' e que este pode submeter-se a exame físico e matemático, nasceu o conceito de Medicina iatrofísica ou de Medicina mecanicista."*²⁶

Os novos paradigmas da Medicina

A Medicina dos séculos XVII e XVIII parte da teoria hipocrática dos humores, adota as categorias estabelecidas por GALENO, e outros autores clássicos, é ampliada pelos autores medievais, principalmente os árabes, recebe contribuições importantes da

²⁴ - História social da criança e da família, pp. 34 e 35.

²⁵ - Conforme historiadores como: VON MARTIN, A. - Sociologia del Renacimiento, 1966.

²⁶ - LOPES, O.C. - Op. cit., p. 260.

Alquimia, principalmente através de PARACELSO, e começa, então, com parâmetros científicos, a sistematizar teorias físicas e químicas para os fenômenos naturais. Para acompanhar a evolução das idéias médicas nestes últimos séculos, recorreremos a FOUCAULT (1972)²⁷.

Corpo e alma, embora separados, recebem no século XVII ainda um tratamento conjunto, pois são vistos ambos como emanações de uma mesma substância divina e, portanto, feitos de uma matéria comum.

*"Ettmüller (Pratique de médecine spéciale, Lyon, 1691, p. 437 ss.) dá um exemplo significativo quando enumera as causas das convulsões: a cólica nefrítica, os humores ácidos da melancolia, o nascimento durante um eclipse da Lua, a vizinhança das minas de metal, a cólera das amas de leite, os frutos de outono, a constipação, os caroços de nêspera no reto e, de modo mais imediato, as paixões, sobretudo as do amor."*²⁸

TISSOT, 80 anos depois, considerava como tarefa da Metafísica a explicação da influência recíproca do "corpo" e do "espírito", cabendo à Medicina deter-se nos fenômenos que pudesse descrever. Dizia que a "experiência ensina-lhe que tal estado do corpo produz necessariamente tais movimentos da alma, que por sua vez modificam o corpo", e que a Medicina não levava suas pesquisas adiante, "e não procura saber mais a respeito". A observação demonstrava o movimento conjunto entre o "espírito" e o "corpo": *"A união entre o espírito e o corpo é tão forte, que é difícil imaginar um agir sem o consentimento do outro. Os sentidos transmitem ao espírito o móvel de seus pensamentos, pondo em movimento as fibras do cérebro, e enquanto a alma se ocupa disso os órgãos do cérebro estão num movimento mais ou menos forte, numa tensão mais ou menos grande."*²⁹

Para a medicina da época clássica, a alma, portanto, é corporal, tem uma sede, no cérebro, mais particularmente no corpo caloso, para a imaginação e na substância branca para a memória³⁰, e sua função é a de integrar e dirigir o corpo. Esse, por sua vez, tem um funcionamento físico, mecânico. Suas leis podem ser deduzidas através da observação, que permitirá compreender suas manifestações:

²⁷ - História da Loucura na idade clássica.

²⁸ - FOUCAULT, M. - Op. cit., p. 222.

²⁹ - TISSOT, Avis au gens de lettres, 1767, pp. 1-3. Citado in: FOUCAULT, M. - Idem, p. 214.

³⁰ - FOUCAULT, M. - Idem, p. 253.

*"...os vapores que sobem do hipocôndrio, os nervos tensos, 'amassados e endurecidos', as fibras impregnadas de transpiração e umidade, os ardores queimando e secando os órgãos - tudo isso são esquemas explicativos, é verdade, mas também temas ambíguos onde a imaginação do doente atribui forma, espaço, substância e linguagem a seus próprios sofrimentos e onde a imaginação do médico logo projeta o esboço das intervenções necessárias ao restabelecimento da saúde."*³¹

Para um autor como SAUVAGES, a saúde e a doença serão expressões das tensões das fibras nervosas, que podem sofrer alterações devido a "paixões demasiado vivas, como a cólera, a alegria, a cobiça", exercendo uma força que altera a elasticidade das fibras e provoca uma "atividade demasiado acentuada do fluido nervoso".³² As doenças mentais, mais do que quaisquer outras, demonstrarão a interrelação corpórea:

*"Analisando os alienados de Bethleem no período de 1772 a 1787, Black (On Insanity) já havia indicado as etiologias seguintes: disposição hereditária, bebedeira, excesso de estudo, febres, seqüelas do parto, obstrução das vísceras, contusões e fraturas, doenças venéreas, varíola, úlceras demasiado rapidamente dessecadas; reveses, inquietação, pesar; amor, ciúme; excesso de devoção e apego à seita dos metodistas; orgulho."*³³

Esta divertida descrição, feita por um dos autores médicos importantes deste período, demonstra o interesse em conhecer e descrever fenômenos que parecem fugir à razão comum. DESCARTES, procurando esclarecer a relação entre a alma e o corpo, descreve *"alguns insanos, cujo cérebro é tão perturbado e ofuscado pelos negros vapores da bilis"*, e diz que a eles não se pode comparar, já que eles *"asseguram constantemente serem reis quando na verdade são muito pobres, que estão vestidos de ouro e púrpura quando estão completamente nus, que imaginam serem bilhas ou ter um corpo de vidro"*³⁴, e propõe então que a insânia seria uma espécie de prova *a contrario* da forma como a mente "sabe" da posse de seu corpo. Da mesma forma, impressionava aos autores médicos, o aparente desprezo dos alienados pelo frio e pelo calor. O grande psiquiatra PINEL, em seu *Traité médico-philosophique*, fez observações a respeito. A

³¹ - Ibidem, pp. 205 e 206.

³² - SAUVAGES, Nosologie méthodique, VIII, 1772, p. 291. Citado in: FOUCAULT, M. - Idem, p. 228.

³³ - FOUCAULT, M. - Idem, p. 223.

³⁴ - DESCARTES, R. - Méditations, I, Oeuvres, Pléiade, p. 268, citado in: FOUCAULT, M. - Idem, p. 45.

representação da Loucura, na idade clássica, a aproximava de um estado natural, próximo ao dos animais:

*"Com efeito, a animalidade protege o louco contra tudo o que pode haver de frágil, de precário, de doentio no homem. A solidez animal da loucura, e essa espessura que ela toma emprestado do mundo cego do animal, endurece o louco contra a fome, o calor, o frio, a dor."*³⁵

FOUCAULT salienta: *"Quem diz loucura nos séculos XVII e XVIII não diz, em sentido estrito, 'doença do espírito', mas algo onde o corpo e a alma estão juntos em questão."*³⁶ Os mesmos princípios orientavam a observação dos médicos quanto às doenças "corporais". Em uma observação enviada à *Gazette salubre*, n. 5, 3/2/1763, pode-se ler: *"Devemos-nos surpreender com o fato de a água e o gelo produzirem uma cura tão rápida e tão perfeita num momento em que o sangue em ebulição, a bilis em furor e todos os líquidos amotinados levavam a toda parte a perturbação e a irritação?"*³⁷ O filósofo francês tratará então de sintetizar estas posições em um conjunto organizado demonstrativo:

*"Mais um passo e todo o sistema se fechará numa unidade onde o corpo e a alma comunicam imediatamente nos valores simbólicos das qualidades comuns. É o que acontece na medicina dos sólidos e dos fluidos, que domina a prática do século XVIII. Tensões e relaxamentos, dureza e moleza, rigidez e amolecimento, ingurgitamento ou secura são outros tantos estados qualitativos que pertencem tanto à alma quanto ao corpo, e remetem em última instância a uma espécie de situação passional indistinta e mista, que impõe suas formas comuns ao encadeamento das idéias, ao curso dos sentimentos, ao estado das fibras, à circulação dos fluidos."*³⁸

Vemos então, com FOUCAULT, que a Medicina neste momento integra completamente, em suas observações, os fenômenos do "corpo" e da "alma". Com a adoção das novas concepções, no entanto, passa a crescer o fosso que marcará a Medicina contemporânea, distinguindo de forma radical o funcionamento mental do funcionamento corporal, e criando categorias para demarcar os territórios que englobarão cada conjunto de fenômenos. Talvez um dos grandes responsáveis pelo início desta distinção tenha sido o pensamento que fez nascer as especialidades separadas,

³⁵ - FOUCAULT, M. - *Idem*, p. 151.

³⁶ - *Ibidem*, p. 214.

³⁷ - *Ibidem*, p. 268.

³⁸ - *Ibidem*, p. 227.

aquele pensamento que classificou, e implantou em Medicina os princípios da Taxonomia, que tanto sucesso faziam em Botânica e Zoologia.

"Já dizia Sydenham (Médecine pratique, 1784, p. 121) que é preciso 'reduzir todas as doenças a espécies precisas com o mesmo cuidado e a mesma exatidão com que os botânicos procederam no Tratado sobre as plantas.'

*E Gaubius (Institutiones pathologiae medicales, 1772) recomendava que se pusesse 'o imenso número das doenças humanas, a exemplo do que fazem os escritores da história natural, numa ordem sistemática... apresentando as classes, gêneros e espécies, cada um com suas características particulares, constantes e distintas'."*³⁹

Na Psiquiatria, em particular, o pensamento classificatório foi adotado com entusiasmo, prosseguindo até hoje, com uma conexão cada vez maior entre a designação da "doença" e o tratamento específico. Para o conjunto da Medicina tradicional, com sua divisão rudimentar em especialidades, e seu parco conhecimento etiológico, começa uma profunda inflexão de rumos. Aquela visão de conjunto que o médico hipocrático trazia, e que todo o período medieval mantivera, vai ser rapidamente substituída por uma intensa catalogação das doenças, logo facilitada, no século XIX, pela descoberta dos agentes etio-patogênicos específicos, com as descobertas de PASTEUR, LISTER, METCHNIKOFF, KOCH, e outros. Os vírus e bactérias, descobertos com o auxílio do microscópio, sem dúvida nenhuma trouxeram imenso avanço médico, com a perspectiva de tratamento para inúmeras doenças e epidemias, e representaram para a Medicina a possibilidade inédita de articulação entre o diagnóstico, o tratamento e a prevenção. Mas representaram também a confirmação de que cada doença pode ser remetida a uma causa determinada, contribuindo para o definitivo abandono das teorias globalizantes, que ficaram, assim, consideradas como idéias supersticiosas, "pré-científicas", "mágicas", etc..

Os novos modelos que emergem à partir do século XIX, constróem a Medicina moderna, com avanços em todas as suas áreas, principalmente na Fisiologia, com CLAUDE BERNARD; na Microbiologia, com PASTEUR; na Assepsia, com SEMMELWEIS; na Anestesia, que acarretou imensa revolução para a Cirurgia; na Radiologia, com a descoberta dos raios X por ROENTGEN; na Ginecologia e Obstetrícia, com as novas técnicas e o aparecimento do seu instrumental; na Genética, a partir de MENDEL, etc.. O século XX ampliou extraordinariamente estas descobertas

³⁹ - Ibidem, p. 190.

acrescentando novos aparelhos, novas técnicas e novos campos de investigação, conformando uma ciência e técnica médicas de tremenda vitalidade.

Meu propósito, aqui não é historiar a Medicina, e menos ainda fazê-lo com rigor e exaustividade, mas apresentar um panorama da evolução da concepção psicossomática, dentro de seu berço, que é o da evolução das idéias médicas. Tal trabalho é necessário para que se consiga visualizar que a Psicossomática, hoje abandonada pela Medicina, continua representando o que a ela pode faltar, quando se trata de alcançar uma visão mais abrangente sobre o homem e seu processo de enfermar. Hoje a Medicina trata de encaixar a Psicossomática como uma nova especialidade; mas ela jamais poderá ser isso, porque ela é a restituição da idéia de globalidade que a Medicina possuía até pelo menos o século XVIII, e de uma forma ainda mais significativa, ao tempo de HIPÓCRATES. É evidente que não se pode propugnar um retôrno, o que significaria evidente obscurantismo, mas pode-se, e deve-se, questionar o que do Homem foi deixado de fora por uma Medicina que o vê despedaçado, repartido no interior de suas especialidades.

Hoje, a Psicossomática é, principalmente, um campo de investigação próprio, reunindo tanto autores médicos, que buscam ampliar sua prática com estudos psicológicos e antropológicos, quanto por psicanalistas e psicoterapeutas que buscam a inclusão do material real do Corpo em suas teorizações, investigações e prática clínica.

CAPÍTULO 3

FREUD, A PSICANÁLISE E A PSICOSSOMÁTICA

"Le coeur a des raisons que la raison ne connait pas."

Pascal

De início, os médicos, herdeiros de uma concepção globalizante, unitária, sobre o homem, não separavam as suas diferentes funções em corporais e mentais, só incorporando esta distinção a partir do século XVIII, quando foram adotados o método cartesiano e a perspectiva filosófica de Auguste COMTE. Desde então, com o triunfo da concepção positivista em Medicina, aprofundou-se o fosso entre a mente e o corpo, permanecendo, talvez, apenas um quadro, a **Histeria**, como área enigmática para o estabelecimento desta fronteira. A Histeria, tanto então como hoje, colocava para a Medicina um imenso interrogante, pois seus sintomas não podiam ser reduzidos à etiologia orgânica, mas também não podiam ser negados.

A história da Histeria é milenar. Etienne TRILLAT (1991) que, em um belo trabalho¹, a rastreou, afirma que a concepção que HIPÓCRATES e PLATÃO compartilharam é, na verdade, egípcia, datando pelo menos de 4000 anos. Supunham estes autores que o útero era um animal vivo, capaz de migrações pelo corpo, que provocariam os mais diversos distúrbios, inclusive uma forma aguda de "sufocação da matriz". Estando sufocada, a mulher ficaria lívida, rangendo os dentes, perderia a voz e depois os sentidos. De modo geral era considerada uma doença de bom prognóstico, dado que, tratada, regredia rapidamente. O tratamento consistia basicamente em fazer descer a matriz, por meio físico, com massagens, ou através do olfato, fazendo a doente cheirar coisas fétidas, ao mesmo tempo em que perfumes eram aspergidos sobre o baixo ventre, para atrair o útero. PLATÃO, contemporâneo e amigo de HIPÓCRATES, escreve:

¹ - *História da histeria.*

*"Na mulher, o que se chama de matriz ou útero é como um ser vivo, possuído do desejo de fazer crianças. Quando durante muito tempo e apesar da estação favorável a matriz permanece estéril, ela se irrita perigosamente; ela se agita em todos os sentidos pelo corpo, obstrui as passagens do ar, impede a inspiração, mete o corpo, assim, nas piores angústias e lhe ocasiona outras doenças de todas as espécies."*²

O período da hegemonia de Roma não traz grandes novidades às formas de concepção e tratamento da Histeria. SORANOS, por exemplo, é fiel às concepções de HIPÓCRATES e PLATÃO, "assemelhando o útero a um animal"³, porém avança quando reconhece o papel de outros desejos da mulher, além do desejo de ter filhos. Ele compara a Histeria à Epilepsia pela semelhança de seus sintomas, considera como sua causa a constrição do útero, e em seu tratamento propõe cataplasmas, banhos, leituras, passeios, etc.. GALENO ultrapassa a teoria hipocrática, pois sua prática como anatomista lhe ensinara que o útero não é capaz de tantos deslocamentos: "Portanto, não é na qualidade de animal errante que, na mulher, a matriz se dirige ora a um lugar, ora a um outro, mas porque se eleva em virtude da tensão."⁴ Sua hipótese para a etiologia da Histeria é a de uma retenção da "semente feminina":

*"Na mulher, possuindo a semente uma grande potência, sendo mais abundante, mais úmida e mais fria do que nos homens, é muito importante evacuá-la. Estarão particularmente expostas as mulheres que, tendo um comércio regular com os homens, são bruscamente dele privadas. Eis porque a afecção histérica ocorre principalmente nas viúvas."*⁵

A Histeria na Idade clássica

A idéia de que a retenção do esperma no homem, assim como a retenção da "semente" na mulher, provocam efeitos patológicos, perdura até o século XVIII. TRILLAT assinala que esta concepção está na "origem das teorias sexuais das neuroses, levadas ao limite por Wilhelm Reich no século XX."⁶ Acrescentaríamos que é também a base da concepção de FREUD, quando descreveu as "Neuroses atuais".

² - *Le Timée*, citado in: TRILLAT, E. - Op. cit., p. 23.

³ - TRILLAT, E. - Idem, p. 28.

⁴ - *Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales*, 1854-1856. Citado in: Idem, ibidem, p. 32.

⁵ - Idem, ibidem, p. 33.

⁶ - Idem, ibidem, p. 38.

Ao longo de toda a Idade Média prevaleceram as concepções de GALENO sobre a Histeria. Recorreremos aqui, novamente, a FOUCAULT (1972), que colheu interessantes testemunhos históricos dos autores médicos. Em um texto do século XV pode-se observar como o útero ainda mantém traços "selvagens":

*"Portanto a matriz, embora estreitamente ligada às partes que descrevemos, de modo a não poder mudar de lugar, na maioria das vezes muda de lugar e faz movimentos bem acentuados e estranhos ao corpo da mulher. Esses movimentos são diversos, a saber, subida, descida, convulsões, vagabundagem, prociência. Sobe ao fígado, baço, diafragma, estômago, peito, coração, pulmão, faringe e cabeça."*⁷

Vemos que, apesar do avanço nos conhecimentos anatômicos e fisiológicos, os sintomas da histérica apresentam-se de forma tão marcadamente misteriosa, que os médicos retornam ao modelo dos deslocamentos do útero, contra todas as evidências empíricas já coletadas. As demandas destes pacientes por atenção e cuidados é tão grande, e suas queixas tão variadas que, no século XVIII, a Histeria passa a ser muitas vezes relacionada à Hipocondria. Assim, por exemplo, em WHITT, que descreve a abundância de fenômenos que eram a elas atribuídos:

*"Um sentimento extraordinário de frio e calor, as dores em diferentes partes do corpo; as síncope e as convulsões vaporosas; a catalepsia e o tétano; ventos no estômago e nos intestinos; um apetite insaciável para os alimentos; vômitos de matéria negra; fluxo súbito e abundante de urina pálida, límpida; marasmo ou atrofia nervosa; asma nervosa ou espasmódica; tosse nervosa; palpitações do coração; variações do pulso, males e dores de cabeça periódicos; vertigens e tonturas, diminuição e enfraquecimento da visão; desencorajamento, abatimento, melancolia ou mesmo loucura;"*⁸

É um compêndio completo de sintomas. Observações clínicas misturam-se ao relato sugestivo dos sintomas, que tanto atingem a digestão, a respiração, a circulação, os órgãos dos sentidos, como a relação do indivíduo doente com o meio. Encontramos em FOUCAULT (1972) inúmeras descrições da forma como a Histeria, na idade clássica, intrigava e desconcertava os médicos, levando-os a buscar explicações que dessem conta da expansão desta enfermidade, tão frustrante para os que dela tratavam:

⁷ - LIBAUD - *Trois livres des maladies et infirmités des femmes*, 1609, p. 380 - Citado in: FOUCAULT, M. - *Op. cit.*, p. 283.

⁸ - *Traité des maladies des nerfs*, 1779, citado in: FOUCAULT, M. - *Idem*, p. 278.

*"Esta doença, na qual as mulheres inventam, exageram e repetem todos os diferentes absurdos de que é capaz uma imaginação desregrada, por vezes tornou-se epidêmica e contagiosa."*⁹

A teoria prevalecente supunha a existência de "espíritos animais", em ação no corpo, deslocando-se no interior do organismo, perturbando órgãos e funções, causando espasmos e dores, provocando vômitos e contrações, e levando o doente, sempre a mulher, a violentas comoções. SYDENHAM, no século XVIII, antecipando a Psicossomática, afirmava que a Histeria:

*"imita quase todas as doenças que ocorrem no gênero humano, pois seja em que parte do corpo for que ela se encontra, produz logo os sintomas que são próprios dessa parte, e se o médico não tem muita sagacidade e experiência, facilmente se enganará e atribuirá a uma doença essencial e própria desta ou daquela parte os sintomas que dependem unicamente da afecção histerica."*¹⁰

A Esfinge

No século XIX a Histeria ocupará o primeiro lugar entre as afecções que levam a internações. Segundo registros históricos, perto de 50% dos leitos hospitalares eram, nesse momento, ocupado por pacientes diagnosticados como histéricos. A Medicina, porém, não conseguia encontrar resposta para seus enigmas.

ISRAËL (1979), acentua que o médico, ainda hoje, se vê "contrariado ou surpreendido pelo histérico que pretende lhe mostrar que seu saber está cheio de lacunas."¹¹, e acrescenta que o histérico "trai as regras do jogo médico. E isso, no espírito dos médicos, é equivalente a trair as leis da ciência."¹² O fato é que a Histeria tem enorme expansão nos últimos dois séculos, e sua sintomatologia desafia os imensos avanços que a Medicina fazia em termos da investigação etiológica, com a Microbiologia, e em recursos terapêuticos, com as grandes descobertas farmacológicas, pois nenhum tratamento médico se demonstrava eficaz, e nem sequer paliativo, para seus sofrimentos e demandas.

⁹ - RAULIN, *Traité des affections vaporeuses*, Paris, 1758, p. XX. Citado in: Idem, *ibidem*, p. 279.

¹⁰ - Idem, *ibidem*, p. 287.

¹¹ - *La Histeria, el Sexo y el médico*", p. 1.

¹² - Idem, p. 6.

É neste contexto que se dará a revolução psicanalítica. É a partir da Histeria que se constrói a Psicanálise, pois foi buscando decifrar esta Esfinge que FREUD elaborou o seu método.

Freud e a descoberta psicanalítica

Já em 1883 FREUD debruçava-se sobre a enigmática estrutura dos sintomas da Histeria. Em um dos seus artigos, aliás considerado pré-psicanalítico, Freud já reconhece amplamente qual será o campo da investigação:

*"Mas, de nossa parte, tentaremos demonstrar que pode haver alteração funcional sem lesão orgânica concomitante, ou, pelo menos, sem lesão reconhecível, mesmo por meio da mais sutil análise. Ou dito de outro modo: tentaremos dar um exemplo apropriado de uma alteração funcional primitiva. Não pedimos para fazê-lo mais do que a permissão de passar ao terreno da Psicologia, impossível de evitar quando se trata da histeria."*¹³

Neste seu *Estudo Comparativo das Paralisias Motoras Orgânicas e Histéricas*, escrito por sugestão de CHARCOT, FREUD avança uma hipótese que mais tarde será retomada por GRODDECK. Ousando "passar ao terreno da Psicologia", ele poderá constatar a singularidade da manifestação sintomática histérica, e poderá questionar os pressupostos médicos que recusam legitimidade, ou até mesmo realidade, para os padecimentos histéricos. FREUD dirá:

*"... afirmamos que nas paralisias histéricas, como nas anestésias, é a concepção vulgar, popular, dos órgãos e do corpo em geral que entra em jogo. Esta concepção não se funda em um conhecimento profundo da anatomia nervosa, mas em nossas percepções táteis e, sobretudo, visuais. Se tal concepção - a que determina as características da paralisia histérica, esta deverá mostrar-se ignorante de toda noção de anatomia do sistema nervoso e independente dela."*¹⁴

Portanto, o corpo que sofre o sintoma histérico já não é o mesmo corpo que o médico quer tratar. Considerando o sintoma histérico como um sintoma funcional, abria-se a possibilidade de uma forma de investigação inédita, pois não mais se tratava de

¹³ - *Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas* (1888-1893), p. 20.

¹⁴ - *Idem*, *ibidem*.

estudar o corpo do doente como quem examina o corpo do cadáver, à procura de alterações anátomopatológicas. Coloca-se, a partir daqui, a possibilidade de representar a mediação da mente na produção do sintoma, e FREUD fará, então, uma descrição pormenorizada de como uma paralisia histérica corresponde a uma alteração, nos processos associativos da mente do indivíduo, da idéia ou concepção do órgão ou função afetados:

*"Considerada psicologicamente, a paralisia do braço consiste em que a concepção do braço fica impossibilitada de entrar em associação com as demais idéias que constituem o eu, do qual o corpo do indivíduo forma uma parte importante. A lesão será, pois, a abolição da acessibilidade associativa da concepção do braço. O braço se comporta como se não existisse para o jogo de associações. (...) Se a concepção do braço entrou em uma associação de grande valor afetivo, será inacessível ao livre jogo das demais associações."*¹⁵

Assinale-se como FREUD, nos primórdios de sua teorização, já antecipa que o seu método de investigação partirá, não do exame do corpo, mas dos conteúdos da mente, fazendo da análise do Eu, *"do qual o corpo do indivíduo forma uma parte importante"*, o seu objeto. Inicia-se a ruptura com os modelos médicos, tanto de investigação diagnóstica quanto de tratamento. O fenômeno aparentemente somático da paralisia residiria, então, numa falta de representação devida a um trauma carregado de afeto que, por este motivo, fica excluído de conexões associativas com o restante do eu. Portanto, embora FREUD ainda não houvesse teorizado o Inconsciente como instância psíquica, já há uma formulação, poderíamos dizer, psicodinâmica, para o sintoma histérico. Ele concluirá:

*"... temos que aceitar que a lesão existente nas paralisias históricas não consiste senão na inacessibilidade da concepção do órgão ou da função para as associações do eu consciente; que esta alteração, puramente funcional (com integridade da concepção mesma), é causada pela permanência desta concepção em uma associação subconsciente com a recordação do trauma, e que esta concepção não se liberta e se faz acessível enquanto o valor afetivo do trauma psíquico não tenha sido eliminado por meio da reação motora adequada ou do trabalho psíquico consciente."*¹⁶

Observamos aqui os passos iniciais do grande salto que significará os *Estudos sobre a Histeria* (1895), para a compreensão do significado do sintoma, marcando o

¹⁵ - Idem, ibidem. Os grifos são de Freud.

¹⁶ - Idem, p. 21.

surgimento do pensar psicanalítico. É, efetivamente, a partir desta obra capital que nascem, simultânea e reciprocamente gerados, um método terapêutico e um sistema teórico descritivo da estrutura das Neuroses, em especial da Histeria. O tratamento de Anna O., por Josef BREUER, estabelecerá as bases iniciais para a recuperação através da palavra, ou da expressão verbal, como dizia FREUD, de uma história perdida pelo próprio sujeito; e em função de cuja perda ele pagava o preço do sofrimento, o ônus do sintoma. Falamos em sofrimento, embora este fosse muitas vezes suportado com "belle indifférence", o que afetava em muito a forma como estes pacientes eram tratados pela Medicina e pelas pessoas que os cercavam.

BREUER fez o ato revolucionário de ouvir sua paciente. Ainda hoje este é um aspecto não desenvolvido na prática médica corrente: "Fica quieto, senão eu não posso lhe examinar" é exemplo corriqueiro nas consultas médicas padronizadas. Ouvindo-a, BREUER pôde acompanhar seu processo de busca de significação. Os sintomas de Anna O., somáticos e mentais, foram aliviados quando puderam ser relatados, em uma "talking cure", conducente à origem dos mesmos. Um caso clínico deixava de ser um histórico e passava a representar uma História. Um paciente tornava-se sujeito de seu processo de cura. Embora fracassado, o tratamento de Anna O. (Bertha Pappenheim, seu verdadeiro nome) forneceu todos os elementos necessários para a cooperação de FREUD e BREUER poder produzir os *Estudos sobre a Histeria*.

Em sua "Comunicação Preliminar", os autores sumarizam diversos casos tratados de pacientes histéricos para propor a concepção do trauma psíquico e descrever seu mecanismo. A descoberta aqui correlaciona-se com a terapêutica:

*"Encontramos, com efeito, e para nossa surpresa, que os diferentes sintomas histéricos desapareciam imediata e definitivamente quando se conseguia despertar com toda clareza a recordação do processo provocador, e com ela o afeto concomitante, e descrevia o paciente com o maior detalhe possível tal processo, dando expressão verbal ao afeto. A recordação desprovida de afeto carece quase sempre de eficácia. O processo psíquico primitivo deve ser repetido o mais vivamente possível, retroagido ao *status nascendi*, e 'expresso' depois."¹⁷*

É deste mesmo trabalho a célebre afirmação de que o hístico padeceria principalmente de "reminiscências". É a história do indivíduo, sua biografia, que está na base da elaboração de seus sintomas.

¹⁷ - FREUD, S. - *Estudios sobre la Histeria* (1893-1895), p. 43. Os grifos são de Freud.

A compreensão da eficácia do trauma permite o desenvolvimento de um modelo para o funcionamento psíquico, em particular para as reações dos indivíduos aos acontecimentos emocionalmente impactantes e às suas reações de descarga. Os autores afirmam: *"Demonstra-se, com efeito, que tais recordações correspondem a traumas que não foram suficientemente 'descarregados por reação'"*. Entre as hipóteses levantadas sobre os motivos que impediram a reação do sujeito figurará a de que: *"tratando-se de coisas que o doente queria esquecer, as reprimia do pensamento consciente e as inibia e suprimia. Tais acontecimentos penosos se encontram logo na hipnose como fundamento de fenômenos histéricos."*¹⁸

FREUD e BREUER acrescentam que, frequentemente, ocorre de os traumas não descarregados por reação também não conseguirem sua descarga por elaboração associativa, não encontrando as conexões necessárias com o restante do Eu, pelo próprio caráter penoso dos afetos envolvidos.

Toda essa descoberta da gênese e desenvolvimento dos sintomas desemboca na descrição do procedimento psicoterápico, que é homólogo aos processos desta gênese, realizando o caminho inverso ao da elaboração do sintoma. O tratamento:

*"Amula a eficácia da representação não descarregada por reação a princípio, dando saída, por meio da expressão verbal, ao afeto concomitante, que havia estancado, e levando-a à correção associativa por meio de sua atração à consciência normal (em uma leve hipnose) ou de sua supressão por sugestão médica, como acontece nos casos de hipnose com amnésia."*¹⁹

A "cura" consiste na supressão do sintoma, mas esta é uma supressão de caráter especial, pois promove a reintegração, na mente do indivíduo, daqueles conteúdos que o processo da repressão havia suprimido. Acentua-se, nesse trabalho, o papel da expressão verbal, condição para o processo de conexão do indivíduo com a sua história. O "paciente" converteu-se em um agente de seu próprio tratamento. A sua fala é convocada não apenas para esclarecimentos, ou informações, mas como participação decisiva para o processo terapêutico. Na continuação destes *Estudos*, mas aqui de autoria apenas de FREUD, virão os relatos pormenorizados de alguns casos clínicos. A Histeria vai ser descrita como resultado de um conflito:

¹⁸ - Op. cit., p. 45.

¹⁹ - Idem, p. 49.

*"Condição indispensável para a aquisição da histeria é que entre o eu e uma representação a ele afluyente surja uma relação de incompatibilidade. (...) A forma histérica de defesa - para a qual é necessária uma especial capacidade - consiste na conversão da excitação em uma inervação somática, conseguindo-se assim que a representação insuportável fique expulsa da consciencia do eu, a qual acolhe, em seu lugar, a reminiscência somática nascida por conversão (...) e padece sob o domínio do afeto, enlaçado com maior ou menor clareza a tais reminiscências."*²⁰

O sintoma nasce, portanto, de um conflito entre o Eu e determinadas representações. Seu surgimento é o efeito deste conflito, e o expressa. O Eu é o campo de batalha, tanto para a neurose, como para o seu enfrentamento, no processo analítico.

Os processos "corporais" vão ser analisados buscando-se suas representações na mente, ou seja, tomando-os como conteúdos psíquicos, conscientes ou inconscientes. A Histeria, e logo a seguir, a Neurose Obsessiva, vão ser descritas como Neuroses de Defesa, onde o Eu necessita defender-se, reprimindo certas representações intoleráveis, e levando como consequência desse processo à formação do sintoma.

Entre 1895 e 1898, buscando a compreensão do sentido das produções sintomáticas, FREUD vai estudar um determinado grupo de Neuroses, cujo funcionamento se distingue do da Histeria e Neurose Obsessiva. São as Neuroses Atuais: neurastenia, neurose de angústia e hipocondria, esta última mais tarde retirada desse grupo. Nestas neuroses, ele constata que a angústia provém da retenção da energia sexual, por motivos "atuais": abstinência, impossibilidade de descarga, etc.. Na gênese da Neurose de Angústia ele não encontra uma representação inconsciente, e propõe que "o mecanismo da neurose de angústia deve buscar-se no fato de ser desviada do psíquico a excitação sexual somática que recebe, por causa disso, um emprêgo anormal."²¹ Essa angústia, livremente flutuante, pode manifestar-se como sintomas físicos: dispnéia, palpitações, vertigens, que podem chegar a se tornar crônicos; mas não se liga a representações reprimidas, e portanto não tem o mesmo caráter dos sintomas conversivos da histeria. FREUD dirá:

"A psique cai no afeto de angústia quando se sente incapaz de tramitar, mediante a reação correspondente, uma tarefa (um perigo) que se avizinha

²⁰ - Idem, pp. 99 e 100.

²¹ - FREUD, S. - "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de 'neurosis de angustia'" (1895). Citado in: FRIGÉRIO, R.A. - "Algunas puntualizaciones sobre las neurosis actuales", 1990.

*desde fora; cai na neurose de angústia quando se nota incapaz de reequilibrar a excitação (sexual) endógenamente gerada...*²²

Com a noção das Neuroses Atuais, estuda-se um tipo de fenômenos, com concomitantes corporais e mentais, mas onde o predomínio é o dos fatores físicos de retenção ou de desvio da excitação sexual. Para a Psicanálise, trata-se de uma concepção praticamente abandonada, desde a distinção destas Neuroses com as Neuroses de Transferência. De comum entre elas, o acúmulo de excitação e o aparecimento de sintomas, mas na neurose de angústia, esta excitação sexual, sintomatizada como angústia, se origina e termina no somático, sem o vínculo com o processo da Repressão, fundamental para a constituição do mecanismo da Conversão, e o eixo que norteará as investigações psicanalíticas ulteriores.

Em 1905, FREUD publica os *Fragmentos de uma análise de uma histeria*, mais conhecido como o "Caso Dora", onde novos e importantes avanços vão ser feitos na compreensão da Histeria de Conversão. Franz KALTENBECK (1990) os descreve:

*"A afonia de Dora e sua suposta causa dão a Freud ocasião de se pronunciar de novo sobre a origem da histeria. Todo sintoma de histeria tem necessidade da contribuição do psíquico e do somático. 'Ele não pode se produzir sem uma certa complacência somática que é efetivada por um processo normal ou mórbido num, ou sobre um órgão do corpo'. Freud acrescenta que o sintoma histérico não se produz senão uma só vez, se ele não tiver 'significação psíquica, sentido', porém compete a ele repetir-se. O sentido não é inerente ao sintoma, ele lhe é 'emprestado', ele está 'soldado nele'. Se bem que o sentido do sintoma possa diferir de um caso a outro, 'conforme a qualidade dos pensamentos passados para as partes de baixo que lutam para sua expressão', Freud não admite que as relações entre esses pensamentos e os processos somáticos à sua disposição sejam puramente arbitrárias (Willkuerlich). Elas se formam segundo 'diversos enodamentos típicos'."*²³

Neste belo trabalho, FREUD faz algumas das descobertas mais significativas para o progresso da psicanálise, como o papel da Transferência²⁴ e a compreensão da superdeterminação dos sintomas²⁵, além de apresentar uma completa descrição do trabalho de análise que permitiu o desvendamento dos mecanismos da Conversão. Torna claro, também, que o processo de constituição do sintoma, a partir do recalçamento, provoca alterações que afetam a vida toda do indivíduo. Observa que a Neurose vai

²² - Idem, ibidem, p. 585.

²³ - "A complacência somática", in: Wartel, R. e cols., - *Psicossomática e Psicanálise*, 1990, p. 57.

²⁴ - *Análisis fragmentario de una histeria* (1905), p. 998 e ss.

²⁵ - Idem, nota de rodapé à pag. 948.

muito além de apenas alterar certos estados e funções do corpo ou da mente. Estudando a complexa situação emocional que envolvia Dora, seu pai e o senhor e senhora K., FREUD se dá conta dos "benefícios secundários" e assim os ilustra:

*"Também a conduta da senhora K. lhe havia mostrado o quão úteis podem ser em certos casos as enfermidades. K. passava fora de sua casa, em viagem de negócios, uma parte do ano e sempre que voltava encontrava doente sua mulher, a qual vinte e quatro horas antes Dora havia visto em perfeita saúde. A moça compreendeu assim que a presença do marido fazia enfermar no ato à mulher, e que esta considerava bem vinda a enfermidade, posto que lhe permitia evitar o cumprimento de seus deveres matrimoniais."*²⁶

Analicamente, FREUD percebe que o sintoma somático admite ser interpretado, pois está a serviço de uma "segunda intenção": a intenção psíquica. É feita, então, a assunção psicanalítica de que os sintomas apresentam um sentido. Diferentemente dos sintomas das doenças orgânicas, e dos sintomas das "neuroses atuais", o sintoma neurótico passa a ser visto como um "texto" que pode ser compreendido e traduzido, portanto, interpretado. Não se trata mais de algo para ser eliminado, algo incômodo que perturba a vida, como uma doença, mas é, em si mesmo, um aspecto significativo das principais questões que movem o indivíduo. O caso dessa jovem permite a FREUD trabalhar num mesmo registro o sonho e o sintoma, tomando-os como formas equivalentes de manifestação do Inconsciente. Na Histeria de Conversão, o sintoma somático pode servir como "meio de expressão" para o psíquico:

*"A afonia de Dora permitia, portanto, a seguinte interpretação simbólica: quando o homem amado estava ausente, renunciava ela a falar; a fala não tinha mais para ela valor algum, dado que não lhe servia para comunicar-se com ele. Em troca, adquiria muito mais importância a escrita, como o único meio de seguir em relação com o ausente."*²⁷

Para a Psicanálise, o sintoma somático será considerado como uma eventualidade, que comparece para a vida psíquica sem "função nenhuma", mas que logo a adquire: "Uma corrente psíquica qualquer acha cômodo servir-se do sintoma, e este chega assim a uma função secundária, ficando então firmemente aderido à vida anímica."²⁸ É quando FREUD vai empregar, pela primeira vez, o célebre exemplo do

²⁶ - Idem, p. 953.

²⁷ - Idem, p. 954.

²⁸ - Idem, p. 956. Grifo meu.

pedreiro que caiu de um andaime, tornou-se aleijado, e em função disso tornou-se alcoolatra, passando a viver da mendicância. Se alguém oferecer-lhe tratamento, FREUD comenta, provavelmente será escorraçado, pois o sujeito "vive precisamente de sua invalidez"²⁹.

A conclusão a que ele chega é a de que "toda enfermidade é intencional", e de que para curar os doentes "é preciso primeiramente convencê-los, por meio da análise, da existência de seu propósito de enfermar."³⁰ Ele aconselha então aos médicos que pesquisem mais freqüentemente "os interesses pessoais de seus doentes, que estes costumam ocultar-lhes cuidadosamente", como a forma de poder auxiliar a superação de uma doença, compreendendo "o motivo que a fazia útil na vida do sujeito."³¹ Como, neste momento, a Psicanálise já havia se distanciado bastante do campo médico, estas considerações de FREUD não causaram maior impacto e, por isso, tiveram que ser redescobertas modernamente nos estudos de Psicologia Médica.

O ponto de articulação que permite a FREUD relacionar os sintomas somáticos aos sintomas psíquicos, neuróticos, é a "complacência somática", traço distintivo da Histeria de Conversão:

*"Os processos psíquicos são, em todas as psiconeuroses, os mesmos desde o princípio, e só então deve-se ter em conta a colaboração somática que deriva em direção ao somático os processos psíquicos inconscientes. Ali onde este fator não aparece surge algo diferente de um sintoma histérico, ainda que sempre semelhante a ele, isto é, uma fobia ou uma idéia obsessiva; concretamente: um sintoma psíquico."*³²

FREUD retomará as questões suscitadas pela conversão e pela complacência somática em seu texto: *Distúrbios psicogênicos da visão na concepção psicanalítica*.³³ Este texto servirá de base para diversas referências por parte dos autores psicanalíticos, entre os quais Otto FENICHEL, em seu trabalho *Teoria Psicanalítica das Neuroses*³⁴, no capítulo concernente à Psicossomática.

Nos *Distúrbios psicogênicos da visão*, FREUD procura elucidar a origem funcional de sintomas cujo campo de apresentação é um órgão somático. Propõe então:

²⁹ - Idem, ibidem.

³⁰ - Idem, p. 957.

³¹ - Idem, ibidem.

³² - Idem, p. 955.

³³ - *Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicopatógenas de la visión* (1910).

³⁴ - FENICHEL, 1981.

*"Quando um órgão, que serve a duas pulsões, intensifica sua função erógena, é de se esperar, em geral, modificações da excitabilidade e da inervação, que se manifestarão como transtornos da função do órgão a serviço do ego. Do mesmo modo, quando observamos um órgão dedicado habitualmente à percepção sensorial se conduzir, em consequência da intensificação de sua função erótica, como um genital, não excluiríamos a possibilidade de modificações tóxicas do mesmo."*³⁵

Nesse momento, como vemos, as questões que FREUD trabalhava, desde seu estudo de 1883, recebem a sua definitiva formulação: o "corpo" que a Psicanálise descreve quando estuda os sintomas "funcionais" ou conversivos é um **corpo trabalhado**, cujas manifestações não podem mais ser reduzidas às ações físicas e químicas do ambiente ou do organismo, mas que deve ser entendido como um corpo **pulsional**. Transtornos aparentemente somáticos só podem ser compreendidos em sua relação com um corpo que é erogenizado, não apenas em determinadas zonas, mas em seu todo. A sexualidade é a produtora dos avatares do corpo, e a psicosssexualidade se revela como a verdadeira história que subjaz ao indivíduo, seja em sua mente, seja em seu corpo. Estes pontos são capitais para qualquer discussão sobre Psicossomática.

Contribuições de FENICHEL

FENICHEL (1981) escreve um ensaio bastante abrangente sobre Psicossomática, chamando atenção para o fato de que "nem todas as alterações somáticas de índole psicogênica merecem o nome de conversões, visto que nem todas traduzem fantasias específicas para uma 'linguagem corporal'. Há atitudes instintivas inconscientes que influenciam as funções orgânicas também de maneira fisiológica sem que as alterações tenham qualquer *significado* psíquico definido."³⁶ Para este autor existem duas categorias de transtornos funcionais, uma de caráter físico, com alterações fisiológicas, devido ao "uso inadequado", ou seja, erótico do órgão ou função, e outra, com significação inconsciente própria, em que uma fantasia se exprime em "linguagem corporal". FREUD chama a ambas de neuróticas, ao passo que FENICHEL prefere chamar às primeiras de "psicossomáticas". Para clarificar esta diferença, ele propõe quatro categorias de sintomas funcionais:

³⁵ - *Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicopatógenas de la visión*, p. 1634.

³⁶ - *Teoria Psicanalítica das Neuroses*, p. 221.

1) Os equivalentes de Afetos - nesse grupo incluem-se aqueles sintomas que são a expressão física de emoções. "A excitação sexual, bem como a ansiedade, podem ser substituídas por sensações que se localizam nos aparelhos digestivo, respiratório, circulatório."³⁷

2) Transtornos bioquímicos na pessoa insatisfeita - referem-se àqueles sintomas que a Psicanálise vinha denominando de "Neurose atual", ou seja, o represamento excessivo das pulsões. "É provável que, por influência de afetos inconscientes, se secretem hormônios quantitativa e qualitativamente diversos, desta forma influenciando eles no sistema nervoso vegetativo e nas funções físicas."³⁸

3) As consequências físicas das atitudes inconscientes - certos comportamentos, regidos por conflitos inconscientes, repetindo-se continuamente, podem vir a causar alterações somáticas, que não são diretamente procuradas, mas resultam das atitudes da pessoa. Tal é o caso de um pigarro continuamente repetido vindo a resultar em uma faringite.

4) Disfunções hormonais e vegetativas - é freqüente que as três categorias acima se apresentem combinadas. As necessidades e conflitos inconscientes podem alterar o conjunto do organismo, afetando o sistema vegetativo-hormonal. FENICHEL exemplifica com as alterações hormonais nos ciclos da mulher:

"Não há dúvida de que, nos distúrbios psíquicos femininos que antecedem ou acompanham a menstruação, sempre desempenha certo papel um fator somático, a saber, as alterações físicas que se produzem na fonte dos impulsos instintivos. De outro lado, porém, a significação inconsciente da idéia de menstruação e a reação psíquica a esta significação também podem alterar os fenômenos hormonais. Nos casos em que há transtornos, o sentimento corporal pré-menstrual representa tensão, retenção (às vezes, gravidez), sujeira, pré-genitalidade, ódio; o fluxo menstrual, capaz de trazer relaxamento, sente-se como evacuação (por vezes, nascimento), limpeza, genitalidade, amor, embora também represente, em certos casos, perda do controle anal e uretral, sentimento edipiano, castração, frustração de desejos de maternidade, humilhação."³⁹

Este autor realiza, assim, no começo da década de 50, uma síntese das descobertas psicanalíticas, aplicadas à compreensão das manifestações psicossomáticas, preparando o campo para a intersecção entre a Psicanálise e as investigações dos autores

³⁷ - Idem, p. 222.

³⁸ - Idem, p. 224.

³⁹ - Idem, p. 225.

posteriores. Antes de passarmos a eles, mencionemos ainda outros trabalhos de FREUD, muito significativos para o desenvolvimento das discussões sobre os fenômenos psicossomáticos. Os mais importantes são os artigos da *Metapsicologia*, em particular o trabalho *As pulsões e suas vicissitudes* (1915), além de *Luto e Melancolia* (1915), e as obras onde FREUD desenvolveu a noção da pulsão de morte, principalmente *Mais além do Princípio do Prazer* (1920). Passemos agora a uma explanação do surgimento das principais áreas de investigação contemporânea sobre Psicossomática.

O impacto da Psicanálise gera a Psicossomática

Para a maioria dos autores que a estudam, a Psicossomática nasce nas primeiras décadas deste século, embora seus princípios remontem às próprias origens da história humana. Assim, para PERESTRELLO (1958), "*tratar-se-ia de um nome novo para designar um ponto-de-vista tão velho quanto a própria medicina*"⁴⁰, e seu advento oficial "*teóricamente pode ser fixado em 1939, ano em que apareceu a revista Psychosomatic Medicine - experimental and clinical studies*."⁴¹ Para PACHECO SILVA (1976), a Psicossomática "*data de cerca de quarenta anos, os seus fundamentos tem raízes nos primórdios da arte de curar*"⁴². GREGORY (1989), e os outros autores da grande coletânea de estudos sobre a Mente, da Universidade de Oxford, escrevem: "*Embora a palavra 'psicossomática' tenha sido usada por Coleridge, e sua forma reversa 'somapsyque' ocorra no original grego do Novo Testamento, o conceito de doença psicossomática data propriamente da primeira metade do século XX*."⁴³

Para LEWIS e LEWIS (1974), "*O termo 'psicossomática' é relativamente novo. Foi utilizado pela primeira vez em literatura médica alemã em 1922, mas só entrou em uso corrente na língua inglesa no início da década de trinta, quando a Dra. Helen Flanders Dunbar, da Columbia University College of Physicians and Surgeons, utilizou-o em sua monumental obra Emotions and Bodily Change*."⁴⁴ Em MELLO FILHO (1992), vemos outra descrição: "*O termo psicossomática surgiu a partir do século passado, depois de séculos de estruturação, quando Heinroth criou as*

⁴⁰ - PERESTRELLO, D. - *Medicina Psicossomática*, 1958, p. 46.

⁴¹ - Idem, *ibidem*, p. 47.

⁴² - PACHECO SILVA, A.C. - *Medicina Psicossomática*, 1976.

⁴³ - GREGORY, R.L. (Editor) - *THE MIND - The Oxford Companion to the Mind*, 1989, p. 659.

⁴⁴ - LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. - *Fenômenos Psicossomáticos*, 1974, p. 6.

expressões psicossomática (1918) e somatopsíquica (1928) distinguindo os dois tipos de influências e as duas diferentes direções. Contudo, o movimento só se consolidou em meados deste século com Alexander e a Escola de Chicago."⁴⁵

Observa-se que é imprecisa a definição desta origem, havendo no entanto a concordância unânime dos autores acima de que a Psicossomática é um campo de estudos que nasce à partir do impacto que a Psicanálise exerceu sobre as práticas curativas, e sobre a própria concepção de Doença. Assim, proporemos, aqui, a seguinte cronologia para o nascimento e desenvolvimento da Psicossomática:

Os primórdios: cronologia dos autores e suas idéias

O desvendamento do enigma da Histeria, com a descoberta do **sentido dos sintomas**, altera completamente a noção de enfermidade e a concepção do papel do doente, que deixa de ser um "paciente", vítima de um evento alheio a ele, externo ou interno, mas sempre exterior ao homem, para se tornar um acontecimento em sua história. A partir deste giro fundamental, é preciso conceber de outro modo o conjunto de **relações**, do indivíduo consigo mesmo, do indivíduo com sua doença, com seu corpo, com o seu ambiente, e daí entre ele e quem o cuida, seja o médico ou o psicanalista. Toda esta revolução deve-se a FREUD.

Até 1920, apenas dois dos seus discípulos demonstram interesse em articular a descoberta do Inconsciente com as questões das doenças orgânicas: o húngaro FERENCZI⁴⁶ e o alemão GRODDECK⁴⁷. FERENCZI, muito próximo a FREUD, logo é reconduzido à investigação exclusiva das Neuroses, mas deixa um discípulo, que mais tarde produzirá importantes trabalhos em Medicina Psicossomática: Michael BALINT.⁴⁸ Georg GRODDECK, que é, no meu entendimento, o verdadeiro precursor da

⁴⁵ - MELLO FILHO, J. (Editor) - *Psicossomática hoje*, 1992, p. 19. Há um erro do autor (ou do revisor) nas datas assinaladas, já que Heinroith foi um psiquiatra alemão que viveu no início do século XIX.

⁴⁶ - FERENCZI, S. - a. *Psicanálise das neuroses de guerra*. Obras completas, 1991-2. b. *Thalassa* - Ensaio sobre a teoria da genitalidade, 1990.

⁴⁷ - GRODDECK, G. - a. *Estudos psicanalíticos sobre Psicossomática*, 1992. b. *Livro d'Isso*, 1984. c. *La Maladie, l'Art et le Symbole*, 1969. d. *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos*, 1983.

⁴⁸ - BALINT, M. - *O médico, seu paciente e a doença*, 1975.

Psicossomática Psicanalítica, não consegue o reconhecimento de seus pares, tanto médicos quanto psicanalistas, e sua obra restará praticamente desconhecida por décadas.

Outro dos discípulos de Freud, Wilhem REICH⁴⁹, o médico alemão que produziu a *Análise do Caráter*, dentro do referencial psicanalítico, aos poucos vai construindo seus próprios modelos de compreensão do funcionamento corporal, aproximando-se mais da Biologia, e constituindo uma escola de terapia corporal, cujos representantes modernos são LOWEN⁵⁰, KELLEMAN⁵¹ e BOADELA⁵². Estas escolas, hoje denominadas de Bioenergética e Biossíntese, não são consideradas, em geral, como parte da Psicossomática.

Aliás, o que se entende hoje por Psicossomática é, na verdade, constituído por dois ramos: um, mais ligado à sua origem na Psicanálise, investiga o fenômeno psicossomático à partir da clínica psicanalítica, utilizando o método de investigação clássico da Psicanálise, bem como sua teoria, propondo certas questões à ela. O outro é ligado à sua origem na Medicina e se denomina, com razão, dados seus métodos e objeto, de Medicina Psicossomática.

Da Medicina, uma nova área

A MEDICINA PSICOSSOMÁTICA inicia-se com os trabalhos anglo-americanos sobre as neuroses de guerra, (Primeira Guerra Mundial, 1914-1918), e prossegue a partir de 1925, com Franz ALEXANDER⁵³, em Chicago, e a Dra. Helen F. DUNBAR⁵⁴, em Nova York. ALEXANDER reúne um importante grupo de trabalho, com D. RAPPAPORT e F. DEUTSCH, e busca aplicar os conceitos psicanalíticos fundamentais na compreensão do papel desempenhado pelas emoções na causação de inúmeras doenças. Na sua concepção, a emoção não causa diretamente a doença, mas torna-se patogênica na medida em que traz à tona conflitos inconscientes e não encontra as vias normais pelas quais a emoção poderia se exprimir, as quais se encontram

⁴⁹ - REICH, W. - a. *Character Analysis*, 1949. b. *A função do orgasmo*, 1987.

⁵⁰ - LOWEN, A. - a. *O corpo em terapia*, 1977. b. *O corpo em depressão: as bases biológicas da fé e da realidade*, 1983. c. *Medo da vida*, 1986.

⁵¹ - KELLEMAN, S. - *Padrões de Distresse: agressões emocionais e forma humana*, 1992.

⁵² - BOADELLA, D. - *Nos caminhos de Reich*, 1985.

⁵³ - ALEXANDER, F. - *Psychosomatic Medicine: Its principles and applications*, 1950.

⁵⁴ - DUNBAR, H.F. - a. *Emotions and bodily changes: a survey of literature on psychosomatic interrelationships 1910-1933*, 1943. b. *Psychosomatic diagnostic*, 1943.

bloqueadas, ou proibidas. ALEXANDER afirma: *"Um sintoma de convulsão é uma expressão simbólica de carga emocional. Ele se produz no sistema neuro-muscular voluntário ou sensorio-perceptivo cuja função original é exprimir e liberar as tensões emocionais."*⁵⁵ Haveria, para os autores da Escola de Chicago, a constituição de "neuroses vegetativas", derivadas de descargas diretas dos afetos no sistema neuro-vegetativo. Os complexos inconscientes reprimidos poderiam agir sobre o sistema endócrino-vegetativo até ao ponto de produzir lesões orgânicas, e não apenas sintomas funcionais. Helen DUNBAR fala em "neurose de órgão", e até mesmo em "psicose de órgão"⁵⁶. Para a Medicina Psicossomática faz-se necessária a investigação da vida pessoal do doente toda vez que a etiologia de uma determinada moléstia apresentar-se confusa ou incompleta. Revelar-se-ia então a existência da emoção recalcada, responsável pelos sintomas.

A Escola de Chicago propõe uma hipótese para dar conta da interrelação entre a disposição às doenças e os acontecimentos vitais, conhecida como a Hipótese da Especificidade:

*"a pessoa pode nascer com, ou adquirir devido a doença ou ferimento, uma certa vulnerabilidade física, ou seja, um fator X. Existem provas concretas de que as predisposições a determinadas moléstias orgânicas são hereditárias. Por exemplo, uma pessoa pode ter como fator X uma vulnerabilidade no sistema circulatório. Esta mesma pessoa pode contar com outra variável: um conflito emocional básico. Sua resposta orgânica a esta 'constelação psicodinâmica' pode resultar em tensão crônica sobre o seu coração ou vasos sanguíneos."*⁵⁷

A vulnerabilidade é tanto um fator pessoal, quanto um fator social, dependente das condições gerais de vida da pessoa. Fatores físicos, sociais, profissionais, ecológicos, etc., assim como psicológicos, confluem para a determinação de um quadro de influências recíprocas. A leitura psicanalítica serve para fazer revelar um dentre esses vários fatores, que está predispondo à aquisição de uma determinada doença:

"O fundo psicodinâmico geral de todos os casos (notadamente na artrite reumatóide) é um estado de agressividade cronicamente inibida e revoltada contra todas as formas de constrangimento exteriores ou interiores, contra o

⁵⁵ - ALEXANDER, F. - Op. cit., citado in: TRILLAT, E. - Op. cit. p. 275.

⁵⁶ - Conforme VALAS, P. - "Horizontes da psicossomática", in: WARTEL, R. e cols., - Op. cit. p. 71.

⁵⁷ - LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. - Op. cit., p. 79.

controle exercido por outras pessoas ou contra a ação inibidora da própria consciência hipersensível."⁵⁸

Vemos que o que está em jogo é a busca de uma etiologia. Às causas conhecidas das doenças, tal como estudadas pela Medicina, acrescentam-se aquelas causas "psicogênicas", onde o inconsciente é visto como um "fator etiológico" a mais, e a Psicanálise é tomada como um instrumento médico de exame e diagnóstico. O que não é considerado é que a Psicanálise não é a Medicina: os sintomas descritos pela psicanálise não são os mesmos, nascem em outra cena, e não podem ser confundidos com os sintomas médicos. Mas para a Medicina Psicossomática, trata-se de fazer medicina, curar doenças, e não buscar pelo sentido dos sintomas, que remetem a uma diferente concepção de causalidade, e a outros critérios de "cura".

No entanto, com a cooperação de psicanalistas e de inúmeros médicos interessados nessa perspectiva, a Medicina Psicossomática rapidamente desenvolveu-se. Segundo TRILLAT (1991), as primeiras pesquisas psicossomáticas foram encomendadas por companhias de seguro de vida, que tentavam "avaliar a esperança de vida em cima da combinação de fatores psicológicos e sociais. Avaliar, por exemplo, a morbidez devido à arteriosclerose em função de conflitos inconscientes de cada tipo de personalidade, em função também da profissão."⁵⁹

Estes estudos visavam chegar à configuração de "perfis psicológicos", onde órgãos específicos do corpo reagiriam a tensões específicas. O próprio fato da repressão, das tendências ou dos desejos, poderiam acarretar em perturbações dos órgãos e/ou das funções corporais. O modelo característico, sobre os quais se apoiam estas investigações é o das "neuroses atuais", que FREUD estudou, como já mencionamos, em 1895 e prosseguiu em 1898⁶⁰. Neste último trabalho ele caracteriza as neuroses que devem sua sintomatologia não ao conflito psíquico e à repressão, mas a uma retenção ou excesso de descarga da energia sexual. Masturbação excessiva, ou abstinência e coito interrompido levariam a uma estase da libido, que se manifestaria como "neurose atual", neurastenia ou neurose de angústia. Tratar-se-iam, portanto, de neuroses onde o conflito não seria histórico, mas devido a uma conjuntura presente, atual. Quanto mais FREUD aprofundou-se no estudo da Transferência mais deixou de lado a questão destas

⁵⁸ - ALEXANDER, F. - Op. cit., p. 185. Citado in: LEPAGNEUR, H. - *Consciência, corpo e mente*, 1994, p. 97 - nota.

⁵⁹ - TRILLAT, E. - Op. cit., p. 276.

⁶⁰ - FREUD, S. - *La sexualidad en la etiologia de las neurosis* (1898).

neuroses. Para TRILLAT, isto se deve ao próprio fato de sua práxis, da qual dependia a sua nosografia. Para este autor, isto é o que permite compreender porque as neuroses atuais não foram bem aceitas pelos psicanalistas: "muito simplesmente porque se trata de medicina e não de psicanálise."⁶¹ E, logo adiante, ainda mais incisivo: "A oposição entre neuroses atuais e 'psiconeuroses de defesa' ilustra a oposição entre medicina e psicanálise; a oposição entre dois procedimentos não apenas diferentes, mas inversos."⁶² E TRILLAT conclui dizendo que a Histeria absorveu tão completamente a investigação psicanalítica que "A Histeria tornou-se a psicanálise."⁶³

Desenvolvimentos da Medicina Psicossomática

Mas, para a nascente Medicina Psicossomática, a questão se reequaciona abandonando a noção de neuroses atuais, mas mantendo o modelo da retenção e descarga das energias pulsionais. Em 1944, WEISS e ENGLISH publicam seu tratado⁶⁴, logo traduzido para inúmeros idiomas, em que tratam de buscar articular a compreensão psicodinâmica para os problemas clínicos da Medicina. Na Inglaterra, GLOVER compara as perturbações de etiologia orgânica com os sintomas conversivos da histeria, e escreve: "À primeira vista, todos os sintomas de conversão histérica podem concernir a qualquer órgão ou a qualquer tipo de função orgânica", o que torna o sintoma histerico semelhante a qualquer perturbação da "função orgânica"⁶⁵

Porém, diferentemente do sintoma histérico, que tem caráter simbólico, a Medicina Psicossomática toma o sintoma não pelo seu valor de símbolo, mas como algo mudo, uma somatização do afeto que não passa pela linguagem. A emoção "converte-se" em uma resposta fisiológica, passando a perturbar o organismo. É ainda TRILLAT quem discute isso:

"O conflito, na medicina psicossomática, não é específico. O que é específico, é a resposta fornecida por cada indivíduo em função de seu caráter, de suas tendências: a agressividade que não encontra meios de se descarregar no sistema de relação, vai tomar emprestada a via neuro-vegetativa e provocar

⁶¹ - TRILLAT, E. - Op. cit., p. 247.

⁶² - Idem, ibidem, p. 248.

⁶³ - Idem, ibidem, p. 249.

⁶⁴ - WEISS, E. e ENGLISH, S. - *Medicina Psicossomática - Aplicação clínica da Psicopatologia aos problemas da Clínica Geral*, 1946.

⁶⁵ - GLOVER, E. - *Psychoanalysis*, 1949.

perturbações cardiovasculares. Noutros casos, a necessidade de dependência ou de proteção, se não satisfeitas, vão se traduzir em perturbações da esfera digestiva (úlceras, constipação, colite).⁶⁶

Percorrendo a trajetória da histeria, este autor constata que muitas e muitas vezes, nos séculos passados, esses sintomas já estiveram presentes nas manifestações consideradas históricas. Assim, no século XIX, associavam-se à histeria manifestações somáticas diversas, como: dispepsias, anorexia, espasmos respiratórios, perturbações cardiovasculares, erupções cutâneas, etc.. Desta forma, é difícil separar-se os sintomas conversivos da histeria de outras manifestações que também dizem respeito aos processos corporais, em particular ao sistema neuro-vegetativo.

Ocorre, então, um verdadeiro intrincamento da Psicanálise com a Medicina Psicossomática. É trabalhando com a noção da conversão, ampliando-a para uma "conversão simbólica", e não apenas histórica, que Angel GARMA começa a produzir seus artigos⁶⁷, que influenciarão amplamente psicanalistas sul-americanos, em especial argentinos e brasileiros. Para GARMA, as doenças remetem aos determinismos psíquicos, sendo as conversões somáticas expressões de mecanismos de regressão e fixação. Privilegia a Castração, como o organizador psíquico dos processos do adoecer. Toda uma literatura psicossomática, derivada principalmente da psicanálise de orientação kleiniana, produz-se à partir da década de 1950⁶⁸.

Abrangência da Medicina Psicossomática

A Medicina Psicossomática desenvolve-se continuamente, integrando estes trabalhos desenvolvidos com referenciais psicanalíticos, e produzindo outros estudos, à partir das pesquisas médicas. A partir dos trabalhos pioneiros de DUNBAR e ALEXANDER, há um imenso investimento em pesquisas, e um grande interesse em articular as doenças somáticas com aspectos psicológicos. LEWIS e LEWIS (1974) apresentam uma compilação dos mais importantes trabalhos sobre psicossomática, aparecidos na América do Norte e Reino Unido, principalmente. Apresentaremos, aqui,

⁶⁶ - TRILLAT, E. - Op. cit., p. 276-277.

⁶⁷ - GARMA, A. - a. *El psicoanálisis. Presente y perspectivas*, 1942; b. "Episodios de cefaleas en tratamientos psicoanalíticos", 1954.

⁶⁸ - A biblioteca do Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo reúne mais de 300 artigos sob a rubrica Psicossomática.

uma smula desta obra, para uma apreciao da amplitude do campo de pesquisas, e das direes tomadas pelos investigadores.

Os autores iniciam pela apresentao de um trabalho desenvolvido no Hospital John Hopkins (POWELL *et al*, 1967), em que estudou-se um grupo de crianas que apresentavam retardo do desenvolvimento físico, estatura abaixo do normal, e dfcits de desenvolvimento. Descartando qualquer etiologia orgânica, os pesquisadores terminaram por concluir pela inexistência de problemas alimentares e pela ausência de fatores hereditários, restando então apenas uma hipótese psicossomática para a etiologia desses sintomas: "Essas crianas tinham sido emocionalmente prejudicadas: todas provinham de lares desfeitos. Foram negligenciadas por seus pais."⁶⁹

Se os fatores psicossociais podem ser tão importantes a ponto de afetar o próprio desenvolvimento físico, eles argumentam, então faz-se necessário estudá-los com o mesmo interesse dedicado aos fatores físicos e químicos. Assim, citam MALLEY, um pesquisador inglês da Medicina Psicossomática, que afirma: "*Não podemos medir a culpa ou avaliar o nível infectante do mdo. Esses fatores, entretanto, podem ser tão patognicos quanto um estafilococo ou um vírus.*"⁷⁰

Para LEWIS e LEWIS, importantes desenvolvimentos em Medicina Psicossomática surgiram a partir dos estudos sobre a adrenalina e o sistema autnomo, através do modelo de Luta e Fuga, apresentado pelo Dr. Walter B. CANNON⁷¹, sob o nome de Teoria da Emergência. CANNON  o autor que introduziu o conceito de "homeostase" em Medicina, como o estado de equilíbrio que o organismo sempre busca manter, procurando afastar qualquer estímulo que possa ser nocivo a ele, vindo de fontes internas ou externas, desde que ultrapasse um certo limiar. Um perigo, real ou imaginário,  capaz de acionar o organismo, colocando-o em estado de alerta e desencadeando as reaes de luta ou de fuga diante da situação. Através de aumento da freqüência cardíaca e da pressão arterial, liberação de açúcar pelo fígado, aumento da freqüência respiratória, com dilatação dos brônquios, dilatação pupilar e outras reaes, o organismo tem mais energia para o ataque ou a fuga, além de respostas melhores em caso de ser ferido. Para este autor, qualquer situação que ponha em risco a "homeostase"

⁶⁹ - POWELL, G.F. et al. - "Emotional Deprivation and Growth Retardation Simulating Idiopathic Hypopituitarism. I. Clinical Evaluation of the Syndrome", 1967. Citado in: LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. - Op. cit., p. XVI.

⁷⁰ - MALLEY, B.L. - "Psychosomatic Pathology", 1965. Citado in: Idem, *ibidem*, p. 6.

⁷¹ - CANNON, W.B. - "The Emergency Function of the Adrenal Medulla in Pain and the Major Emotions", 1914; e CANNON, W.B. e De LA PAZ, D. - "Emotional Stimulation of Adrenal Secretion", 1911.

do organismo, incluindo medo, raiva, dor e estados de desconforto, colocam em ação o sistema de emergência.

Inúmeros estudos desenvolveram-se com base nesse modelo, buscando correlacionar os estados de tensão emocional com as alterações fisiológicas, acionadas pelo sistema endócrino. Estudos patrocinados pelos militares (ZIEGLER e LEVINE, 1925; BASOWITZ, 1955), buscaram verificar os efeitos das tensões e exigências sobre o organismo dos soldados⁷². As respostas do organismo, em termos de excreção de metabólitos e outros indicadores da atividade hormonal, foram pesquisadas tanto em estudos em animais (entre outros, por GOODAL, 1951, e MASON, 1957)⁷³, quanto em humanos, em situações tensionantes como: exames finais (SCHWARTZ e SHIELDS, 1954)⁷⁴, ou situações de emergência hospitalar (PINCUS, 1947).⁷⁵ Fazendo a revisão dos registros médicos noruegueses e dinamarqueses, um pesquisador - P.A. Bastenie (in: Lancet, 1:789, 1947), demonstrou que durante a ocupação alemã, na Segunda Guerra Mundial, a incidência do hipertireoidismo sextuplicou.⁷⁶

Estas pesquisas apontaram, para a Medicina, a ação patogênica dos estados emocionais, demonstrando que tensões, mesmo breves, são capazes de produzir alterações orgânicas significativas. *"Se forem sempre repetidas, ou se persistirem por períodos prolongados, poderão determinar a instalação de doenças."*⁷⁷ Em animais, pôde-se comprovar que estados agudos de "ansiedade" provocados, por exemplo, por situações de luta entre machos rivais, podem levar a que o macho em situação de desvantagem, mesmo que não esteja mortalmente ferido, venha a morrer em consequência de um colapso geral de seus sistemas, que os especialistas denominaram de Síndrome de desistência⁷⁸.

⁷² - ZIEGLER, L.H. e LEVINE, B.S. - "The Influence of Emotional Reactions on Basal Metabolism", 1925; e BASOWITZ, H. et al. - *Anxiety and Stress*, 1955.

⁷³ - GOODAL, McC. - "Studies of Adrenaline and Noradrenaline in Mammalian Heart and Suprarenals.", 1951; MASON, J.W. et al. - "Influence of Some Environmental Factors on Plasma and Urinary 17-Hydroxycorticosteroid Levels in the Rhesus Monkey.", 1957.

⁷⁴ - SCHWARTZ, T.B e SHIELDS, D.R. - "Emotional Tension and Excretion of Corticoids and Creatinine.", 1954.

⁷⁵ - PINCUS, G. - "Studies of the Role of the Adrenal Cortex in the Stress of Human Subjects.", 1947.

⁷⁶ - LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. - Op. cit., p. 39

⁷⁷ - Idem, p. 49.

⁷⁸ - Idem, p. 81.

A partir dos estudos de Hans SEYLE (1936), sobre a Síndrome Geral de Adaptação⁷⁹, que ampliava as formulações de CANNON, e proponha um modelo da reação do organismo às tensões e perigos, subdividido em três fases: Alarme, Resistência e Exaustão, inúmeros estudos se dirigirão à pesquisa do Stress, tema que rapidamente se popularizou. Os autores apresentam alguns dados interessantes sobre estudos transculturais:

"Os Maaban são uma tribo composta de indivíduos altos e elegantes, que habitam um região inóspita do Sudão(...) Apesar de privados de toda e qualquer assistência médica, estão entre os mais saudáveis e longevos dentre os humanos da terra. Quase todos, mesmo os mais velhos, possuem visão perfeita e audição primorosa (...) a sua pressão sanguínea mantém-se praticamente inalterada ao longo de toda a vida. As moléstias psicossomáticas são inexistentes entre os Maaban." E, logo adiante: "Observadores na Índia e no Extremo Oriente verificaram que certas moléstias psicossomáticas, tais como a asma brônquica e a úlcera péptica, são mais comuns nos centros urbanos ocidentalizados do que em regiões rurais pouco influenciadas pela civilização ocidental. Os índios peruanos que se deslocam dos Andes para Lima, a capital do país, apresentam índices elevados de perturbações psicossomáticas, enquanto em suas vilas nativas tais moléstias são inexistentes. No norte da Groenlândia há um bando esquimó que vive de forma primitiva, enquanto outro grupo, geneticamente idêntico, foi submetido a prolongado contato com a civilização ocidental (dinamarqueses): as perturbações de caráter psicossomático são quatro a cinco vezes mais freqüentes entre os indivíduos do grupo 'civilizado'".⁸⁰

As pesquisas sobre Stress confluíram com o grande interesse, na América do Norte, em torno da possibilidade de identificar "perfis psicológicos" que pudessem ser referidos a maior risco de contrair determinadas doenças. Assim, HINCKLE e colaboradores publicam em 1958, seu estudo "Investigação da Relação entre Experiência de Vida, Características de Personalidade, e Susceptibilidade Geral para Doenças"⁸¹, enquanto DEUTSCH (1953) coleta inúmeras investigações que apontam correlações entre determinadas síndromes e os padrões de personalidade considerados associados a modelos de vida.⁸²

⁷⁹ - SEYLE, H. - a) "The general adaptation syndrome and disease of adaptation.", 1947, e b) *Stress - a tensão da vida*, 1965.

⁸⁰ - LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. - Idem, pp. 54 e 55.

⁸¹ - HINCKLE, L.E. et al. - "An Investigation of the Relation between Life Experience, Personality Characteristics, and General Susceptibility to Illness.", 1958.

⁸² - DEUTSCH, F. - *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*, 1953.

Partindo da suposição de que médicos, clínicos gerais experientes, fossem capazes de diagnosticar seus pacientes apenas com uma entrevista, de 15 a 20 minutos de duração, em que o corpo do paciente permanecesse encoberto, um psiquiatra da Universidade de Nebraska, o Dr. Floyd O. RING, fez um levantamento com 400 pacientes. Os pacientes eram entrevistados, mas instruídos previamente de que não fizessem qualquer menção aos seus sintomas, tratamentos já recebidos, dietas ou medicamentos. O Dr. Floyd apresenta seus resultados:

*"- As vítimas de determinadas moléstias podem ser identificadas com uma porcentagem de acerto respeitável, levando-se em conta tão-somente a sua personalidade. - Foram, assim, identificados 100 % dos casos de hipertireoidismo. Com base em simples análise da personalidade, foram apontados 83 % dos pacientes com úlcera péptica e artrite reumatóide; 71% das vítimas de oclusão coronariana, e entre 60 e 67 % dos portadores de asma, diabete, hipertensão e colite ulcerativa."*⁸³

Este estudo é interessante por dois motivos: em primeiro lugar aponta para a habilidade clínica dos médicos, que sem exames laboratoriais, apenas pela leitura dos "sinais" clínicos, e por sua experiência, podem diagnosticar acuradamente. Por outro lado demonstra o quanto as doenças em Medicina, mesmo quando relacionadas a fatores de personalidade, são tomadas em seu caráter mais universal, mais compartilhado, e assim suprimem-se os traços particulares de cada doente, subsumidos pela categoria de doença que os define. Isto é exatamente o inverso do procedimento psicanalítico.

Um tema da maior relevância em Medicina é o estudo da Dor, com toda a sua gama de variações entre indivíduos, raças, situações de vida, e processos mórbidos de diferentes etiologias. A Medicina Psicossomática interessou-se especialmente pelas dores "psicogênicas", procurando estabelecer os seus padrões mais característicos (BLUMER, 1965)⁸⁴ e com a conduta típica de certos pacientes frente à dor (ENGEL, 1959)⁸⁵. Observações e estatísticas feitas com pacientes hospitalizados demonstraram melhoras clínicas consideráveis, inclusive quanto à dor, dependendo do grau e qualidade da atenção dispensada ao paciente, como demonstrado por McBRIDE (1967).⁸⁶

⁸³ - RING, F.O. "Testing the Validity of Personality Profiles in Psychosomatic Illnesses.", 1957. In: LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. - Idem, p. 73.

⁸⁴ - BLUMER, D. - "A study of Patients with 'Psychogenic' Pain.", 1965.

⁸⁵ - ENGEL, G.L. "Psychogenic pain and the Pain-prone patient", 1959.

⁸⁶ - McBRIDE, M.A. - "Nursing Approach, Pain and Relief: an Exploratory Experiment.", 1967.

Partindo da suposição de que médicos, clínicos gerais experientes, fossem capazes de diagnosticar seus pacientes apenas com uma entrevista, de 15 a 20 minutos de duração, em que o corpo do paciente permanecesse encoberto, um psiquiatra da Universidade de Nebraska, o Dr. Floyd O. RING, fez um levantamento com 400 pacientes. Os pacientes eram entrevistados, mas instruídos previamente de que não fizessem qualquer menção aos seus sintomas, tratamentos já recebidos, dietas ou medicamentos. O Dr. Floyd apresenta seus resultados:

*"- As vítimas de determinadas moléstias podem ser identificadas com uma porcentagem de acerto respeitável, levando-se em conta tão-somente a sua personalidade. - Foram, assim, identificados 100 % dos casos de hipertireoidismo. Com base em simples análise da personalidade, foram apontados 83 % dos pacientes com úlcera péptica e artrite reumatóide; 71% das vítimas de oclusão coronariana, e entre 60 e 67 % dos portadores de asma, diabete, hipertensão e colite ulcerativa."*⁸³

Este estudo é interessante por dois motivos: em primeiro lugar aponta para a habilidade clínica dos médicos, que sem exames laboratoriais, apenas pela leitura dos "sinais" clínicos, e por sua experiência, podem diagnosticar acuradamente. Por outro lado demonstra o quanto as doenças em Medicina, mesmo quando relacionadas a fatores de personalidade, são tomadas em seu caráter mais universal, mais compartilhado, e assim suprimem-se os traços particulares de cada doente, subsumidos pela categoria de doença que os define. Isto é exatamente o inverso do procedimento psicanalítico.

Um tema da maior relevância em Medicina é o estudo da Dor, com toda a sua gama de variações entre indivíduos, raças, situações de vida, e processos mórbidos de diferentes etiologias. A Medicina Psicossomática interessou-se especialmente pelas dores "psicogênicas", procurando estabelecer os seus padrões mais característicos (BLUMER, 1965)⁸⁴ e com a conduta típica de certos pacientes frente à dor (ENGEL, 1959)⁸⁵. Observações e estatísticas feitas com pacientes hospitalizados demonstraram melhoras clínicas consideráveis, inclusive quanto à dor, dependendo do grau e qualidade da atenção dispensada ao paciente, como demonstrado por McBRIDE (1967).⁸⁶

⁸³ - RING, F.O. "Testing the Validity of Personality Profiles in Psychosomatic Illnesses.", 1957. In: LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. - Idem, p. 73.

⁸⁴ - BLUMER, D. - "A study of Patients with 'Psychogenic' Pain.", 1965.

⁸⁵ - ENGEL, G.L. "Psychogenic pain and the Pain-prone patient", 1959.

⁸⁶ - McBRIDE, M.A. - "Nursing Approach, Pain and Relief: an Exploratory Experiment.", 1967.

Outro tema de extensas pesquisas, e que representa um meio muito usual de atuação terapêutica na prática clínica médica, a nível mundial, é o do uso dos *Placebos*. A etimologia desta palavra é latina e significa *agradarei*; designa aqueles medicamentos feitos com substâncias inócuas, e que são administrados apenas para que o paciente acredite estar sendo medicado, sem apresentar qualquer ação farmacológica, mas também sem prejuízos para o organismo. LEWIS & LEWIS afirmam:

*"os placebos tem auxiliado muitos pacientes, proporcionando-lhes maior bem-estar. Qualquer que seja a sua modalidade ou finalidade, tem efeito positivo em aproximadamente 35% dos casos. Os placebos aliviam dores, tanto orgânicas como psicogênicas, sendo eficientes até mesmo em se tratando daquelas tidas como graves, tais como as decorrentes de cirurgias ou angina do peito. Experiências recentes revelaram que os placebos são capazes de operar alterações significativas no funcionamento dos sistemas pulmonar, gastrintestinal e urogenital."*⁸⁷

Vinculada a esta investigação, os autores pesquisadores da Medicina Psicossomática descrevem um quadro batizado de SINDROME DE ANOSOGNOSIA ou Hipocondria inversa. Nesta condição o paciente revela-se incapaz de "reconhecer a existência de uma moléstia", ignorando as alterações de seu estado físico "até que esse se torne fatal."⁸⁸ Também a Hipocondria recebe a atenção dos investigadores da Medicina Psicossomática (WAHL, 1964)⁸⁹, que absorve esse tema da Psiquiatria. LEWIS & LEWIS atribuem a hipocondria a sentimentos de culpa inconscientes, propondo a fórmula genérica de que "o inconsciente crê que a culpa só poderá ser aliviada através de padecimentos."⁹⁰

Devemos interromper aqui a exposição dos trabalhos da Medicina Psicossomática, trazida por LEWIS & LEWIS, para assinalar ao que eles conduzem. Combinando a metodologia psicanalítica com os critérios médicos de diagnóstico, a Medicina Psicossomática apresenta-se como um produto híbrido, onde os sintomas vão ser entendidos não em sua originalidade e especificidade, como FREUD propusera, mas como uma "manifestação" do organismo, em resposta a um problema, portanto, como

⁸⁷ - LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. - Idem p. 105.

⁸⁸ - Idem, p. 130. Os autores citam: ROSNER, B.L. "The use of valid psychological complaints to screen, minimize, or deny serious somatic illness", 1966, e WEINSTEIN, E.A. e KAHN, R.L. - "Denial of Illness" in: ARING, C.D., ed. - *American Lectures in Neurology*, 1955.

⁸⁹ - WAHL, C.W. - "Psychodynamics of the Hypochondriacal Patient". In: WAHL, C.W. - *New Dimensions in Psychosomatic Medicine*, 1964.

⁹⁰ - LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. - Idem, p. 121.

uma reação adaptativa. Para esses pesquisadores, o sentido dos sintomas resume-se a uma tarefa de descarga e/ou de adaptação:

*"A fim de aliviar a tensão que lhe é imposta pelos conflitos reprimidos, o inconsciente pode expressar-se por meio da linguagem fisiológica. Trata-se não só de uma forma de simbolismo, como também de um esforço no sentido de solucionar um problema ou satisfazer uma necessidade."*⁹¹

Assim surgiram as pesquisas psicossomáticas clássicas, investigando doenças orgânicas onde a etiologia estivesse referida, de uma forma comprovável cientificamente, a partir de experimentações calcadas em cânones positivistas, a causas psicogênicas, principalmente emoções e tensões. Foi principalmente na Gastroenterologia, com a investigação das úlceras e das colites, que a Medicina Psicossomática pôde proclamar resultados comprováveis e reivindicar um lugar como especialidade médica.

*"Acredita-se que a colite ulcerativa se manifeste em pessoas predispostas ao mal que não conseguem exprimir os seus sentimentos de ira. Em nível inconsciente, a camada mucosa do cólon expressa tais emoções reprimidas (...) Os sintomas da colite ulcerativa costumam manifestar-se quando a pessoa se defronta com uma situação que não sabe manejar. Foi feita uma pesquisa (McKEGNEY, 1970) revelando que 86% dos indivíduos portadores de colite ulcerativa tinham sofrido crises vitais, graves e definidas, nos seis meses anteriores ao aparecimento da moléstia."*⁹²

Essas "crises vitais" obrigam à consideração de fatores extra-somáticos por parte da Medicina, a qual é levada a incluir, no estudo de determinadas moléstias, aspectos que estavam confinados a uma de suas especialidades.

A Psiquiatria aportou suas contribuições à Medicina Psicossomática, principalmente através do estudo da depressão. Para os autores que estamos seguindo, *"Impotência, insônia, torpores, perturbações gastro-intestinais, palpitações cardíacas - todos estes males são equivalentes depressivos."* E acrescentam: *"Entre os gravemente deprimidos, aproximadamente 25% procuram os médicos em virtude de queixas orgânicas."*⁹³. Trata-se do quadro nomeado em Psiquiatria como Depressão mascarada⁹⁴. O estudo da Asma, classicamente considerada como psicossomática,

⁹¹ - Idem, ibidem, p. 88.

⁹² - Idem, ibidem, p. 157. Os autores estão citando: McKEGNEY, F.P. et al. - "A Psychosomatic comparison of patients with ulcerative colitis and Crohn's Disease.", 1970.

⁹³ - LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. - Idem, p. 190.

⁹⁴ - MARDER, L. e HOOGERBEETS, J.D. - "Psychosomatic Disease as a Masked Depression", 1967.

proporcionou inúmeras pesquisas (MILLER e BARUCH, 1957; HERXHEIMER, 1953; LUPARELLO, 1968)⁹⁵, inclusive quanto à possibilidade de configurações vinculares promoverem o aparecimento dos seus sintomas.

Outros importantes estudos nascem na Dermatologia. Toda uma série de sintomas de pele revelam-se expressões de conflitos emocionais, como já os primeiros estudos de ALEXANDER e de DUNBAR apontavam. Os autores mencionam os estudos de LUBOWE e COWEN (1968) sobre queda de cabelos⁹⁶, e o trabalho de PURCHARD (1967) sobre a inter-relação pele-emoção⁹⁷.

Em Cardiologia, o interesse dirigiu-se tanto para a pesquisa fisiológica que demonstrasse objetivamente a incidência dos fatores emocionais (FRIEDMAN, et al, 1958)⁹⁸, quanto para a investigação dos fatores de personalidade (MAI, 1968, VAN DER VALK e GROEN, 1967)⁹⁹. Para a Medicina, o que está em jogo é, principalmente, a possibilidade de um melhor manejo do paciente cardíaco, mediante o conhecimento das variáveis psicológicas¹⁰⁰.

Antecedendo a A.I.D.S. (Síndrome de Imuno-deficiência Adquirida), o câncer, ou neoplasia, assumia, para a população em geral, uma feição de "doença incurável", temida na mesma medida em que desconhecida. Já DUNBAR (1934) apontava para a incidência dos fatores emocionais no desenvolvimento da doença, alertando para o peso específico que a angústia desempenhava.¹⁰¹ Os trabalhos de SCHMALE e IKER (1966) tornaram-se clássicos, ao demonstrar a relevância dos sentimentos de desespero na

⁹⁵ - MILLER, H. e BARUCH, D. - "Emotional Problems of Childhood and Their Relation to Asthma.", 1957; HERXHEIMER, H. - "Induced Asthma in Humans.", 1953; LUPARELLO, T. et al - "Influences of Suggestion on Airway Reactivity in Asthmatic Subjects", 1968.

⁹⁶ - LUBOWE, I.I. e COWEN, I.H. - "Can Alopecia Areata Be Psychogenic in Origin?", 1968.

⁹⁷ - PURCHARD, P.R. - "Some Psychiatric Aspects of Dermatology", 1967.

⁹⁸ - FRIEDMAN, M. et al. - "Changes in Serum Cholesterol and Blood Clotting in Men Subjected to Cyclic Variations of Occupational Stress.", 1958.

⁹⁹ - MAI, F.M.M. - "Personality and Stress in Coronary Disease.", 1968; VAN DER VALK, J.M. e GROEN, J.J. - "Personality Structure and Conflict Situation in Patients with Myocardial Infarction.", 1967.

¹⁰⁰ - THOMAS, C. - "Psychophysiologic Aspects of Blood Pressure Regulations: The Clinician's View.", 1964.

¹⁰¹ - DUNBAR, H.F. - *Emotions and Bodily Change*. Op. cit.

gênese e desenvolvimento do mal.¹⁰² O progresso da doença no organismo foi apontado, em 1968, por BLUMBERG e colaboradores¹⁰³.

Todos esses trabalhos, e inúmeros outros que LEWIS & LEWIS apresentam em sua obra, mostram não só a diversidade de áreas da Medicina em que os estudos psicossomáticos encontram aplicação, como a intrínseca crítica à Medicina organicista que a adoção de uma tal perspectiva implica. Para concluir, clamam pela necessidade de uma reformulação completa do ensino médico atual, que dividiu a globalidade do homem em especialidades distintas, perdendo de vista sua inerente unidade.

*"A Medicina só poderá desenvolver-se completamente no dia em que a profissão médica levar em consideração a natureza integrada do ser humano, aprendendo a tratar a psique e o soma como fenômenos inseparáveis, como realmente o são."*¹⁰⁴

Trata-se, para os autores, de um desenvolvimento que levaria a Medicina ao seu "desabrochamento completo". É com essa perspectiva que encerram seu trabalho.

E de fato, a Medicina Psicossomática não interrompeu seu desenvolvimento. A título de atualização abordaremos três trabalhos, que tratam respectivamente, dos desdobramentos da pesquisa atual com o câncer, com o stress, e com o novo campo de investigação intensiva denominado Psico-neuro-imunologia. A seguir retomaremos o fio do raciocínio que conduzia à distinção entre estas duas tendências em Psicossomática: a) a Medicina Psicossomática, e b) a Psicossomática Psicanalítica.

Resistências à Psicossomática

Antes, porém, devemos fazer constar que estas tendências de investigação encontram resistências dentro da própria Medicina. Assim, por exemplo, Nelson PIRES (1976), professor catedrático da Universidade da Bahia, escreve:

"Atualmente a psicossomática perdeu a significação original e parece haver adquirido outra, muito estranha, que a prática rotineira formularia assim:

¹⁰² - SCHMALE, A.H. Jr., e IKER, H.P. - a) "The Affect of Hopelessness and the Development of Cancer", 1966, e b) "The Psychological Setting of Uterine Cervical Cancer", 1966.

¹⁰³ - BLUMBERG, A.M. et al, - "A Possible Relationship between Psychological Factors and Human Cancer", 1968.

¹⁰⁴ - LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. - Idem, p. 10.

*Psicossomática é uma das hipóteses clínicas mal definidas que os médicos invocam quando um caso clínico lhes parece pouco inteligível.*¹⁰⁵

Para este autor a Psicossomática está desacreditada, pois tornou-se unicamente um filtro para "toda obscuridade clínica", sendo empregada de forma indistinta para qualquer caso difícil, e que sobrevive apenas pela idealização feita a determinados "ídolos", e devido à "indigência de conhecimentos biológicos no que se refere ao domínio do psíquico." E PIRES conclui, colimando o seu alvo:

*"Porém esta indigência já não é tão completa como foi. Já existem muitas noções aplicáveis a este domínio e não se justifica que continue presente apenas a psicologia, por força da inércia. Faz tempo que a psicodinâmica entorpece todo avanço, desacredita a psicossomática, explica tudo com obscuridades e o que estabelece é incomprovado e improvável."*¹⁰⁶

O "Stress"

Em 1992, CHROUSOS e GOLD publicam uma revisão minuciosa sobre o tema do Stress¹⁰⁷ apresentando os resultados de 151 estudos atuais sobre o tema, retirados de artigos originais de especialistas reconhecidos, e consistindo de "estudos controlados baseados em metodologias verificadas". Eles sintetizam estes estudos:

"O sistema de estresse coordena a resposta generalizada ao estresse, que tem lugar quando um agente estressante de qualquer tipo excede um limiar. Os principais componentes do sistema de estresse são o hormônio liberador da corticotropina e os sistemas autônomo / norepinefrina-locus ceruleus e seus efetores periféricos, o eixo pituitário-adrenal e os membros do sistema autônomo. A ativação do sistema de estresse leva a alterações comportamentais e periféricas, que melhoram a capacidade do organismo em ajustar a homeostase e aumentam suas chances de sobrevivência. Ocorreu aumento exponencial no conhecimento, tendo em vista as interações entre os componentes do sistema de estresse e entre o sistema de estresse e outros elementos cerebrais envolvidos na regulação da emoção, função cognitiva e do comportamento, assim como com os eixos responsáveis em reprodução, crescimento e imunidade. Este novo conhecimento permitiu a associação da disfunção do sistema de estresse, caracterizada pela hiperatividade e/ou hipoatividade mantidas, para vários estados fisiopatológicos que atravessam os

¹⁰⁵ - PIRES, N. - *La Psicossomática hoy*, 1976, p. 9.

¹⁰⁶ - PIRES, N. - *Op. cit.* pp. 10-11.

¹⁰⁷ - CHROUSOS, G.P. e GOLD, P.W. - "Os conceitos e Distúrbios do Sistema de Estresse - Panorama completo da Homeostase Física e Comportamental", 1993.

limites tradicionais das disciplinas médicas. Estas situações incluem variações de distúrbios psiquiátricos, endócrinos e inflamatórios e/ou susceptibilidade a estes distúrbios."¹⁰⁸

O Stress desencadeia reações de adaptação, tanto a nível do comportamento do organismo, como a nível físico e bioquímico. Os autores mencionam quanto ao primeiro item: "redireção adaptativa do comportamento, facilitação aguda das vias neurais adaptativas e não-adaptativas, aumento do despertar, estado de alerta, aumento da cognição, vigilância e atenção focalizada, supressão do comportamento alimentar, supressão do comportamento reprodutivo, e refreamento da resposta ao estresse". E quanto ao segundo tópico: "redireção adaptativa de energia, oxigênio e nutrientes dirigidos para o sistema nervoso central e sítio(s) do corpo estressado(s), tônus cardiovascular alterado, aumento da pressão sanguínea e da frequência cardíaca, aumento da frequência respiratória, aumento da gliconeogênese e da lipólise, detoxificação de produtos tóxicos, inibição dos sistemas de crescimento e reprodutivo, refreamento da resposta ao estresse, e refreamento da resposta inflamatória/imune"¹⁰⁹. Apresentando os resultados destes estudos, CHROUSOS E GOLD vão salientar que as disfunções associadas a estas perturbações podem incluir quadros tão variados quanto: anorexia nervosa, ansiedade de pânico, distúrbio obsessivo-compulsivo, alcoolismo crônico ativo, abstinência ao álcool e a narcóticos, exercício excessivo, desnutrição e, talvez, hipertireodismo e a síndrome de tensão pré-menstrual¹¹⁰. Acreditam também os autores que todo um conhecimento sobre as doenças auto-imunes possam vir a se desenvolver a partir dos estudos sobre o stress. E concluem:

*"A magnitude ou a duração do estressor, o momento crítico do evento, a vulnerabilidade genética real e a composição do indivíduo e as influências do seu ambiente social (modificadores de luta e de suporte social) poderiam, assim, de forma última determinar a patogênese de uma síndrome relacionada à falta de regulação do sistema de estresse."*¹¹¹

Observe-se que, apesar do caráter nitidamente médico de seu estudo, e do rigor metodológico na busca da etiologia orgânica desses quadros, os autores concluem por apontar fatores como "a magnitude ou a duração do estressor", "o momento crítico do

¹⁰⁸ - CHROUSOS, G.P. e GOLD, P.W. - Op. cit. p. 479.

¹⁰⁹ - Idem, p. 480.

¹¹⁰ - Idem, p. 484.

¹¹¹ - idem, p. 489.

evento", ou "as influências do ambiente social", que são, todos, nitidamente psicossociais. Do ponto de vista da Psicanálise, como FREUD já apontava desde 1896, a ação traumática define-se não pelo fato em si, mas pela estrutura onde ele incide, ou seja, primariamente, pelo **sentido** que o indivíduo atribui àquilo que ele vive, tanto no momento, como *a posteriori*, construindo a sua experiência em um sintoma. Da leitura psicanalítica emerge também a inevitabilidade de se tomar cada situação como única, e cada indivíduo como um indivíduo singular e, portanto, o "estressor" precisar de uma análise que o singularize. Essas questões são as que tornam essa confluência da Psicanálise com a Medicina tão problemática. O estudo de cada "doença" vinculada ao Stress passa a necessitar de uma investigação que o correlacione com a subjetividade de cada "doente".

Outro importante estudo é apresentado por RODRIGUES e GASPARINI¹¹². Os autores vão procurar evidenciar que a problemática do Stress diz respeito a um conjunto muito amplo de fenômenos, na medida em que o homem, ser social, tem a sua "homeostase" perturbada por fatores não apenas físicos, mas principalmente culturais. Eles afirmam:

*"Há que se criar condições para a apreensão também da dimensão coletiva do processo saúde-doença e suas determinações sociais. Hoje, através do método interdisciplinar, é possível à Medicina Psicossomática, que tem pretensões holísticas, envolver-se na análise das estruturas sociais, pensando-as como um dos 'fatores de risco' na cadeia etiológica das doenças."*¹¹³

Demonstrando-se preocupados com o que consideram como diferentes "vértices da realidade", ou seja, com o fato dos aspectos físicos, químicos e biológicos serem apreendidos e explicados pelas Ciências Naturais, enquanto os aspectos psicológicos e sociais competem às Ciências Humanas, e todos eles dizem respeito ao homem, enquanto "ser biopsicosocial", os autores vão propor o método interdisciplinar, "que nos possibilita observar o fenômeno humano como um processo extremamente complexo e de mútua interação entre a infra-estrutura biológica e a superestrutura social, mediada pelo psicológico."¹¹⁴

¹¹² - RODRIGUES, A.L. e GASPARINI, A.C.L.F. - "Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho", in: MELLO FILHO, J. - Op. cit., pp. 93 a 107.

¹¹³ - RODRIGUES, A.L. e GASPARINI, A.C.L.F. - Op. cit., p. 94.

¹¹⁴ - Idem, p. 95.

evento", ou "as influências do ambiente social", que são, todos, nitidamente psicossociais. Do ponto de vista da Psicanálise, como FREUD já apontava desde 1896, a ação traumática define-se não pelo fato em si, mas pela estrutura onde ele incide, ou seja, primariamente, pelo **sentido** que o indivíduo atribui àquilo que ele vive, tanto no momento, como *a posteriori*, construindo a sua experiência em um sintoma. Da leitura psicanalítica emerge também a inevitabilidade de se tomar cada situação como única, e cada indivíduo como um indivíduo singular e, portanto, o "estressor" precisar de uma análise que o singularize. Essas questões são as que tornam essa confluência da Psicanálise com a Medicina tão problemática. O estudo de cada "doença" vinculada ao Stress passa a necessitar de uma investigação que o correlacione com a subjetividade de cada "doente".

Outro importante estudo é apresentado por RODRIGUES e GASPARINI¹¹². Os autores vão procurar evidenciar que a problemática do Stress diz respeito a um conjunto muito amplo de fenômenos, na medida em que o homem, ser social, tem a sua "homeostase" perturbada por fatores não apenas físicos, mas principalmente culturais. Eles afirmam:

*"Há que se criar condições para a apreensão também da dimensão coletiva do processo saúde-doença e suas determinações sociais. Hoje, através do método interdisciplinar, é possível à Medicina Psicossomática, que tem pretensões holísticas, envolver-se na análise das estruturas sociais, pensando-as como um dos 'fatores de risco' na cadeia etiológica das doenças."*¹¹³

Demonstrando-se preocupados com o que consideram como diferentes "vértices da realidade", ou seja, com o fato dos aspectos físicos, químicos e biológicos serem apreendidos e explicados pelas Ciências Naturais, enquanto os aspectos psicológicos e sociais competem às Ciências Humanas, e todos eles dizem respeito ao homem, enquanto "ser biopsicosocial", os autores vão propor o método interdisciplinar, "que nos possibilita observar o fenômeno humano como um processo extremamente complexo e de mútua interação entre a infra-estrutura biológica e a superestrutura social, mediada pelo psicológico."¹¹⁴

¹¹² - RODRIGUES, A.L. e GASPARINI, A.C.L.F. - "Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho", in: MELLO FILHO, J. - Op. cit., pp. 93 a 107.

¹¹³ - RODRIGUES, A.L. e GASPARINI, A.C.L.F. - Op. cit., p. 94.

¹¹⁴ - Idem, p. 95.

*"Daí a tendência atual da Psicossomática de compreender os processos de adoecer, não como um evento casual na vida de uma pessoa, mas sim representado a resposta de um sistema, de uma pessoa que vive em uma sociedade. De uma pessoa que nessa sociedade vive em relação recíproca com outros sistemas - inclusive outras pessoas - e que é parte ativa de uma microestrutura familiar inserida na macroestrutura social e cultural, situada em determinado ambiente físico e que procura resolver, do melhor modo possível, os problemas de sua existência no mundo (...) No saber contemporâneo, podemos afirmar que o homem é capaz de responder às ameaças simbólicas decorrentes da interação social e não apenas às ameaças concretas (biológicas, como os microorganismos e/ou físicas e químicas). Assim, situações como quebra de laços familiares e da estrutura social, privação de necessidades básicas, obstáculos à realização pessoal, separação, perda de emprego, viuvez, aposentadoria, entre outros, são tão potencialmente danosos à pessoa, quanto os fatores concretos acima citados."*¹¹⁵

É apresentada então uma sequência, na forma de diagrama, que esboça os possíveis passos de constituição das doenças psicossomáticas. Partindo do sistema nervoso central ou do sistema límbico, que recebe, processa e regula as informações e respostas dos mundos interno e externo, através de mensageiros nervosos e químicos, inclusive hormônios, e diante de situações conflitivas, causadas por frustrações e insatisfações, produz-se a tensão emocional. Esta repercute no sistema límbico e subdivide-se em uma tensão a nível dos sentimentos que conduz a mal-estar e angústia, e que se desenvolve latentemente vindo a se expressar psiquicamente como raiva, medo, fobia, depressão, culpa, vergonha ou desalento; e por outro lado, a tensão se manifesta como tensão celular e visceral, que conduz a disfunção ou distonia, ou seja, a um sintoma com um componente manifesto a nível do Soma, que pode se apresentar como discinesias, discrinias, distúrbios circulatórios, disabsorção, etc., que levarão, dependendo da intensidade, duração ou repetição da constelação etiológica aos quadros de Inflamação, Permeabilidade Capilar, Necrose ou Ulceração. Se advierem complicações, poderão então surgir Hemorragias, Infecções, Reações alérgicas e Imunitárias, ou até Neoplasias¹¹⁶.

Observe-se que esse diagrama representa o intento de uma completa descrição do fenômeno psicossomático a partir da hipótese de um duplo caminho seguido pela "tensão", com expressões no campo do psiquismo concomitantes às manifestações do campo somático. A Psique parece ser quase identificada a um "órgão somático", embora o conjunto do estudo aponte para os fatores que contextualizam o processo da doença.

¹¹⁵ - Idem, *ibidem*.

¹¹⁶ - Apud PONTES, J.F. et al. - *Curso de Psicologia Médica, Abordagem Sócio-psicossomática*, 1987.

O câncer

O estudo do Câncer vem se desenvolvendo celeremente, principalmente em sua inter-face com a Medicina Psicossomática. Apresentaremos aqui dois trabalhos, significativos dos moldes da pesquisa contemporânea. Mário Santos MOREIRA (1994), escreve sobre Depressão e Câncer¹¹⁷, e José SCHÁVELZON (1992) aborda, com originalidade, as neoplasias do ponto de vista da Psicossomática. MOREIRA cita dois estudos longitudinais, ao longo de 17 e de 20 anos de acompanhamento de 2200 empregados da Western Electric, que comprovaram a significativa associação entre sintomas depressivos e incidência de câncer. Utilizando-se do MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) para o levantamento de sintomas depressivos, verificou-se um risco duas vezes mais alto de morte por câncer, além de uma maior incidência nos dez anos após o levantamento¹¹⁸. O autor afirma:

*"O fenômeno existencial do luto é geralmente reconhecido como um importante estressor e tem sido apontado como um grave fator de risco no aparecimento e na progressão de doenças cancerosas. O interesse no estudo da fenomenologia do luto desencadeou estudos que vieram a mostrar depressão da função imune em períodos de grande tristeza e aflição."*¹¹⁹

O autor se refere em particular aos trabalhos de BARTROP, R. et al (1977)¹²⁰ e SCHLEIFER, S.J. et al. (1983)¹²¹, que pesquisaram as reações ao luto. Outros estudos clínicos buscaram comprovar a antecedência de eventos de vida estressantes em relação ao aparecimento de diversos tumores, como mudanças de vida (LEHERER, 1980)¹²² ou condições de sobrevivência, como nos estudos de FUNCH e MARSHALL (1983)¹²³. As pesquisas são elucidativas quanto à importância da qualidade de vida do paciente para o prognóstico da doença. Citando o estudo de 1984 de GROSSARTH-MATICEK e colaboradores¹²⁴, o autor comenta que entre três grupos de mulheres padecendo de

¹¹⁷ - MOREIRA, M.S. - "Depressão e Câncer", 1994.

¹¹⁸ - SHEKELLE, R.B. et al. "Psychological depression and 17-year risk of death from cancer", 1981 e PERSKY, V.M. et al - "Personality and risk of cancer, 20-year follow-up of the Western Electric Study", 1987.

¹¹⁹ - MOREIRA, M.S. - Op. cit., p. 115.

¹²⁰ - BARTROP, R. et al - "Depressed lymphocyte function after bereavement", 1977.

¹²¹ - SCHLEIFER, S.J. et al. - "Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement", 1983.

¹²² - LEHERER, S. - "Life change and gastric cancer", 1980.

¹²³ - FUNCH, D.P. e MARSHALL, J. - "The role of stress, social support and age in survival from breast cancer", 1983.

¹²⁴ - GROSSARTH-MATICEK et al - "Psychotherapy research in oncology", 1984.

câncer metastático de tórax, a sobrevida foi maior para aquelas que receberam tratamento quimioterápico associado à Psicoterapia. Outro estudo demonstrou que não só a sobrevida dos pacientes que recebem apoio psicoterápico é maior, quanto eles apresentam "uma diminuição de distúrbios do humor e maior vigor pessoal" (SPIEGEL, 1989)¹²⁵.

O autor apresenta os resultados do seu estudo, com 30 pacientes padecendo de diversos tipos de câncer:

*"Em nosso trabalho, não deixamos de encontrar, em um só caso sequer, um estímulo emocional estressante na origem da doença. Em histórias clínicas pormenorizadas, cuidadosamente obtidas em entrevistas não dirigidas, sem qualquer limite de tempo para conseguir-se uma boa patobiografia, em anamneses tão minuciosas quanto possível, jamais deixamos de encontrar um nexó psicossocial nocivo, estressante, na gênese da doença cancerosa."*¹²⁶

José SCHAVÉLZON é um ex-professor de Cirurgia da Universidade de Buenos Aires, que passou a dedicar-se à Psiconcologia, movido pela "necessidade interior de compreender"¹²⁷. Sua experiência como cirurgião demonstrou-lhe inúmeras coisas sobre o câncer, principalmente o fato de que as neoplasias são "uma modificação do organismo *in totum* e não apenas uma invasão, agressão ou irritação externa."¹²⁸ SCHAVÉLZON faz uma leitura psicanalítica sobre as enfermidades psicossomáticas, adotando como modelo uma comparação entre o Ego e o sistema imunológico do organismo. Propõe que se considere o Ego como "conjunto de elementos orgânicos e psicológicos que um indivíduo reconhece como integrantes de sua estrutura"¹²⁹. O grande problema que o câncer apresenta para o homem é que, nele, o Ego, ao invés de reconhecer como "não-ego" aquelas células iniciais que virão a formar um tumor, as aceita, e as incorpora em sua estrutura. Toma-as, assim, como Ego. Quando falha a função de discriminação Ego X Não-ego, o organismo pode atacar as suas próprias células, como acontece nas doenças auto-imunes, ou pode permitir o desenvolvimento de uma neoplasia.

¹²⁵ - SPIEGEL, P. et al - "Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer", 1989, citado in: MOREIRA, M. S - Op. cit., p. 115.

¹²⁶ - Idem, p. 116.

¹²⁷ - SCHAVÉLZON, J. - "Sobre Psicossomática e câncer". In: MELLO FILHO, J. - Op. cit., pp. 215-226.

¹²⁸ - SCHAVÉLZON, J. - Op. cit., p. 217.

¹²⁹ - Idem, ibidem, p. 216.

*"Todo fator carcinogênico externo provocará ou ajudará o nascimento, formação ou deformação de células anormais, que enquanto forem reconhecidas como não-ego serão destruídas e eliminadas. Enquanto forem claramente identificadas como não ego serão rechaçadas e destruídas. Para estas células não há amor, alimento nem porvir genético, morrendo rapidamente. Em um dado momento, este processo de reconhecimento como não ego se altera, modifica-se, e o indivíduo aceita ou reconhece como integrante do ego esta célula tumoral ou diferente. Essa célula não é alguma coisa nova, como já vimos. O novo ou diferente é seu re-conhecimento ou 'leitura' como ego."*¹³⁰

A seguir, faz um interessante paralelo entre a atividade do organismo e a relação entre o Corpo e o tumor. Propõe a idéia de que este Ego pode ceder determinados privilégios a um certo conjunto de células. Em geral, cada célula do organismo, segundo o autor, se reproduz duas, três ou até seis vezes e depois morre, quando é substituída por uma nova geração de células. Mas, com o câncer o que acontece é quase uma perspectiva de imortalidade, pois suas células iniciam uma reprodução incessante e não combatida, "sendo sua reprodução praticamente infinita, enquanto participarem os elementos necessários para seu metabolismo. Deste modo, comportam-se como imortais."¹³¹ Assim, haveria uma articulação entre o surgimento das células neoplásicas e uma fantasia onipotente de imortalidade. O autor insinua uma relação entre o câncer e o amor, pois neste as células são livres para reproduzir-se; e entre o câncer e a alimentação, pois as células tumorais se alimentam preferencialmente, garantindo o seu metabolismo nem que seja às custas da morte do organismo que as sustenta.

E então, SCHAVÉLZON, que leu GRODDECK, propõe, em um sentido muito próximo ao daquele autor:

*"Quanto a esse reconhecimento e aceitação como ego, de um elemento claramente heterólogo e prevalente sobre o próprio indivíduo, só conheço um outro exemplo em biologia humana, que é a gestação, a nidação do ovo no endométrio. A semelhança entre ambos os processos, do ponto de vista psicossomático e imunológico, mesmo que pareça sinistra para nossos mitos culturais, é evidente na clínica psicoterápica."*¹³²

¹³⁰ - Idem, p. 218.

¹³¹ - Idem, p. 226.

¹³² - Idem, p. 275.

A Psico-imunologia

As pesquisas sobre o Stress e sobre o Câncer confluem para a constituição de um novo campo de estudos: a Psico-neuro-imunologia, cujo nascimento pode ser datado a partir de 1975, segundo MOREIRA e MELLO FILHO (1992)¹³³. Importantes investigações feitas desde então sobre as reações diante do stress pelo sistema imunológico permitiram a abordagem de diferentes doenças, como as alérgicas, as infecciosas, as neoplásicas e as auto-imunes, como o Lupus eritematoso ou a esclerose sistêmica progressiva. Seguiremos a apresentação desses autores para uma visão deste campo, que provavelmente está apenas em seus primórdios e cujo desenvolvimento talvez venha a alterar profundamente as noções hoje existentes sobre as Doenças.

Citando o prêmio Nobel Niels JERNE (1974)¹³⁴ MOREIRA e MELLO FILHO apresentam o funcionamento do sistema imune como uma rede, em que os estímulos perturbadores, ou antígenos, quer fossem internos ou externos, provocariam reações que levariam a reequilibrações permanentes no sistema, que se adequaria e se modificaria através de interações dinâmicas. Eles comentam:

*"Esta teorização proporcionou a compreensão do sistema imune como um mediador das relações do indivíduo consigo próprio e com o meio externo, pela percepção de estímulos não cognitivos, como bactérias, vírus e diversas alterações no meio interno, envolvendo-se portanto na manutenção da integridade corporal, como um sistema auto-regulável, adaptativo e da vida de relação, e operando em íntima associação com o sistema nervoso e com o sistema endócrino"*¹³⁵

Os autores apresentam as bases conceituais, químicas e bioquímicas, que permitiram que se caracterizasse a ação deste sistema, levando à compreensão de sua organização anatômica e funcional. Hoje é possível acompanhar as respostas do organismo a diversas situações, estudando-se a integração neuro-endocrino-imunológica. Está demonstrado, de acordo com inúmeros trabalhos citados pelos autores, que as perturbações promovem respostas globais do organismo:

"A resposta ao estresse dá-se através da ação integrada dos sistemas nervoso, endócrino e imune, num processo de alteração e recuperação da homeostasia."

¹³³ - MOREIRA, M.D. e MELLO FILHO, J. - "Psicoimunologia Hoje", in: MELLO FILHO, J. - Op. cit., p. 119.

¹³⁴ - JERNE, N. - "Towards a network theory of the immune system", 1974.

¹³⁵ - MOREIRA, M.D. e MELLO FILHO, J. - Op. cit., p. 120.

Quando a reação de adaptação ao estresse não é adequada ou suficiente, aparece a doença, mediada por alterações no funcionamento daqueles sistemas."¹³⁶

No entanto, apesar de ter seu papel reconhecido nesta regulação, deve-se salientar que "ainda não se conhecem os mecanismos pelos quais o organismo estabelece 'adequada' ou 'má' resposta diante dos agentes de estresse."¹³⁷. O que se pode demonstrar, segundo os autores, é que a função imune decresce, ou mesmo chega a se suprimir, diante de acontecimentos psicossociais significativos. Assim, LINN (1984)¹³⁸, estudando indivíduos vivendo processos de luto, e com índices de depressão medidos pela escala Hopkins Symptom Checklist, demonstrou alterações em seus parâmetros imunológicos. MEYER e HAGERTY (1956), estudando 100 pessoas de 16 famílias, comprovaram manifestações clínicas derivadas de doenças estreptocócicas orofaríngeas que se seguiam a crises familiares, tais como perdas de parentes, doenças, acidentes ou desemprego¹³⁹.

As doenças alérgicas tem ocupado os pesquisadores, dada a variedade e multiplicidade de suas ocorrências. MOREIRA e MELLO FILHO citam a pesquisa de JACOBS e colaboradores, que estudaram uma população de 41 pacientes alérgicos, tanto do ponto de vista psicológico, usando testes e entrevistas, como com investigação clínica e testes cutâneos. Para 75 % dos casos, constatou-se que ambos os fatores eram necessários para a eclosão dos sintomas. "Quando a predisposição somática era pequena e o fator psicológico intenso, o paciente apresentava sintomatologia neurótica. Porém, quando ambos eram prevalentes, os sintomas alérgicos constituíam a regra."¹⁴⁰

Máxima relevância tem a investigação dos fatores relacionados aos processos infecciosos. Os autores transcrevem o seguinte trecho de AMKRAUT e SOLOMON (1975), importantes autores dentro da Psicoimunologia:

*"Pequenas mudanças no processo imune podem causar alterações iniciais para permitir o estabelecimento de infecções por patógenos, para alterar o curso da doença desde que a infecção esteja instalada, ou mesmo para permitir a invasão por organismos não patogênicos".*¹⁴¹

¹³⁶ - Idem, ibidem, p. 122.

¹³⁷ - Idem, ibidem, p. 124.

¹³⁸ - LINN, M.W. et al - "Stressful events, dysphonic mood and immune responsiveness", 1984.

¹³⁹ - MEYER, R. e HAGERTY, I. - "Streptococcal infections in families: factors altering individual susceptibility", 1962.

¹⁴⁰ - Citado in: MOREIRA, M.D. e MELLO FILHO, J. - Op. cit., p. 126.

¹⁴¹ - AMKRAUT, A. e SOLOMON, G.F. - "From the symbolic stimulus to the pathologic response: immune mechanisms", 1975.

Estes autores pesquisaram as infecções pneumocócicas, bem como as causadas pelo vírus da Herpes, que afeta de 10 a 25% da população sexualmente ativa nos Estados Unidos. Afirmam que o agravamento destas infecções depende da diminuição da ação defensiva do organismo, que pode ser relacionada ao Stress. Também JACOBS (1969) encontrou que pacientes que estavam com problemas de adaptação a novas situações de vida contraíam com maior frequência infecções pulmonares¹⁴². MOREIRA e MELLO FILHO concluem: *"Situações de estresse, de conflito ou de depressão repercutem negativamente sobre a evolução dos pacientes e podem precipitar o surgimento de novas infecções ou agravar o curso das já existentes."*¹⁴³

Em relação ao câncer, os autores consideram que certos pontos, muito pesquisados, já podem ser assinalados como "verdades": o fato de se tratar de uma doença geneticamente determinada e programada; de constarem falhas do sistema imunológico em algum momento de seu desenvolvimento; de se mostrar suscetível a influências ambientais, como por exemplo, raios ultravioletas, ou substâncias tóxicas, como a nicotina; de ser influenciado por fatores alimentares, como dietas muito ricas em gorduras; de decorrer inúmeras vezes de agentes viróticos, os oncovírus, que estariam na base de inúmeros cânceres, e de que fatores psicológicos, como o Stress e a sugestão, influem seja em seu desencadeamento e má evolução, seja em uma evolução favorável, e até mesmo em seu desaparecimento.

As doenças auto-imunes costumam se caracterizar por sua gravidade e por extensos prejuízos à vida pessoal, familiar e social dos doentes. Os autores as definem da seguinte forma:

*"As lesões são provocadas por mecanismos que levam à interação de anticorpos formados contra constituintes próprios do organismo, passando estes a comportar-se como antígenos. A reação antígeno-anticorpo dá-se na superfície celular ou em nível sistêmico (imunocomplexos circulantes). A reunião antígeno-anticorpo atrai proteínas plasmáticas que se tornando ativadas estimulam uma cadeia de reações que culmina na destruição celular e necrose tissular, com muitas consequências sobre a função do órgão lesado ou sobre o próprio organismo."*¹⁴⁴

¹⁴² - JACOBS, M.A. - "Relationship of life change, maladaptive aggression and upper respiratory infection in male college students", 1969, citado in: MOREIRA, M.D. e MELLO FILHO, J. - Op. cit., p. 131.

¹⁴³ - Idem, p. 130.

¹⁴⁴ - Idem, p. 139.

Entre elas, segundo MOREIRA e MELLO FILHO, contam-se o hipertireoidismo, em que a glândula tireóide é atacada pelos anticorpos; a miastenia grave, onde eles atacam as junções neuromusculares; o diabetes melito, onde são atacadas as células que produzem insulina; a esclerose múltipla, que leva à destruição das bainhas dos neurônios; além das síndromes de Reiter, de Sjögren e a Colite ulcerativa, que os autores denominam de "rainha das doenças psicossomáticas". Trabalhando sobre esta última doença, MELLO FILHO afirma que a comunicação destes doentes com o terapeuta caracteriza-se como um verdadeiro "diálogo através das fezes", o que precisa ser superado através de um lento processo de constituição do vínculo terapêutico, que possibilite a estas pessoas a confiança e o incremento de sua capacidade de tolerância à frustração.

O Lupo eritematoso sistêmico é "uma das doenças mais poliformas que se conhece, originando quadros de muita complexidade e de difícil diagnóstico e reconhecimento." Nesta doença, os complexos imunes (auto-antígenos e auto-anticorpos) vão se depositar "nos pequenos vasos de múltiplos tecidos nobres do corpo (...) produzindo lesões várias - eritema cutâneo, artrite, pleuropneumonite, nefrite, lesão cerebral e outras."¹⁴⁵

*"O LES, por ser uma das doenças mais generalizadas e de quadros mais agudos, já foi chamada de epilepsia do sistema imune. É uma enfermidade predominantemente de mulheres (95%), no período fértil. Hoje já se sabe que este fato está ligado à presença do estrogênio. É uma doença com características próprias em sua localização geográfica. Assim, ela é mais freqüente no Extremo Oriente (China, Singapura) com 1 caso por 250 habitantes, do que no resto do mundo (1/1000). Observou-se também que esta incidência diminui quando os pacientes passam a ter hábitos ocidentais e se mantém se os hábitos orientais permanecem. Também se sabe que enquanto o lupo na África é raro, sua incidência entre pretos americanos é muito alta. Tudo isso mostra que há nítidas influências culturais na incidência e evolução da doença."*¹⁴⁶

Júlio de MELLO FILHO, juntamente com a psicóloga Maria da Glória Wanderley COSTA, pesquisando 30 pacientes de Lupo, com entrevistas, teste de Rorschach e teste de Relações Objetais, encontram "etiopatogenia psicológica em 2/3 dos pacientes." Os autores relatam que situações de Stress ou de crise podiam ser claramente identificadas, antecedendo a enfermidade. E concluem: "Ora, esta crise era

¹⁴⁵ - Idem, p. 143.

¹⁴⁶ - Idem, ibidem.

crônica e vinha evoluindo como uma situação geral de infelicidade, marcando nitidamente os pacientes e assim, de modo surdo, se insinuava no universo da doença."¹⁴⁷

MOREIRA e MELLO FILHO apresentam relatos de inúmeros casos clínicos entremeando seu texto, procurando demonstrar a interrelação entre os fatos físicos e bioquímicos das enfermidades e os acontecimentos psicossociais da vida dos pacientes. Seu texto se encerra com o histórico de uma paciente, cujo destino é semelhante ao de "muitos habitantes pobres do nosso país", falecida em consequência de uma "complicação infecciosa da corticoterapia, que finalmente a vitimou: uma tuberculose disseminada, condição comum em pessoas desnutridas e carentes, polícarentes de corpo e alma como foi ao longo da sua vida."¹⁴⁸

A Psicanálise e a Psicossomática

Voltemos, agora, para a distinção que propusemos entre os dois ramos em que se subdivide a Psicossomática, o ramo conhecido como Medicina Psicossomática, e o que talvez seja Psicanálise *ipsis litteris*, mas que didaticamente aqui denominamos de Psicossomática Psicanalítica. Da primeira já apresentamos os principais autores e linhas de pesquisa. Da segunda já referimos que se baseia na clínica psicanalítica, adotando suas teorias e métodos. Vejamos então seus temas.

Encontramos um bom mapeamento das principais teorias e propostas de atuação em Psicossomática no artigo de Marta BÉKEI, "Coincidencias y contradicciones en las teorías psicoanalíticas sobre la psicopatosis"¹⁴⁹, onde elas são agrupadas com base em seus referentes. Considera essa autora que, a partir dos trabalhos de ALEXANDER, na década de 30, a questão da dissociação mente-corpo polarizou o interesse dos psicanalistas, e conduziu à investigação da relação precoce entre a mãe e o bebê. Melitta SPERLING¹⁵⁰, nos Estados Unidos, considerou a má resolução da simbiose mãe-bebê a base dos transtornos psicossomáticos. Já WINNICOTT¹⁵¹ propôs que a essência desses fenômenos devia-se à própria dissociação, consequência de clivagens egóicas ocorridas

¹⁴⁷ - Idem, *ibidem*.

¹⁴⁸ - Idem, p. 149.

¹⁴⁹ - BÉKEI, M., 1992.

¹⁵⁰ - SPERLING, M. - *Psychosomatic disorders in childhood*, 1978.

¹⁵¹ - WINNICOTT, D. - *Op. cit.*

no início do desenvolvimento. Para Pierre MARTY¹⁵² o transtorno psicossomático não configura uma entidade nosológica, sendo a manifestação de um aparelho mental frágil e instável, devido a um mal funcionamento do sistema pré-consciente. Para SAMI-ALI¹⁵³ a somatização é devida a uma forma especial de repressão, aquela que atinge a função do imaginário (o sonho e seus equivalentes na vigília). Para Joyce McDOUGALL¹⁵⁴, o transtorno psicossomático surge na primeira infância como uma reação ao desamparo psíquico e como uma tentativa de sobrevivência, que proteja o indivíduo do acúmulo de tensão psíquica. Já para Cristophe DEJOURS¹⁵⁵, a violência deve ser considerada como um elemento capital na constituição dos transtornos psicossomáticos. Acredita que as agressões familiares dirigidas ao bebê, e a incapacidade materna de separar-se deste, sobrecarregando-o sensorialmente, tornam-no incapaz de elaborar psiquicamente o montante de violência arcaica. O sintoma psicossomático sobreviria como um intento criativo para curar-se. DEJOURS propõe o termo de *somatização simbolizante* para esse mecanismo de recuperação e reorganização psíquica através do adoecimento psicossomático.

Apresentando uma súmula dos trabalhos de ALEXANDER, SPERLING, WINNICOTT, MARTY, SAMI-ALI, McDOUGALL, DEJOURS, e suas próprias concepções, a autora propõe os seguintes pontos como coincidências entre estas diferentes teorizações:

1 - *"Há um acordo quase absoluto com respeito à formação de uma estrutura psicossomática no curso do desenvolvimento precoce, devida a uma relação mãe-filho distorcida. Esta estrutura se caracteriza por um eu frágil, com limitações em sua capacidade fantasmática e de simbolização."*¹⁵⁶

2 - *"Outro acordo se refere ao parentesco da psicossomatose com a psicose. Sublinha-se que existe em ambas a mesma confusão inconsciente que implica contradição, porém sua solução é diferente. Na psicose se produz um pensamento delirante; no transtorno psicossomático é o corpo que delira. Considera-se que este delírio corporal manifestado na somatização é uma defesa contra temores psicóticos."*¹⁵⁷

¹⁵² - MARTY, P. - "O pensamento operatório", 1994.

¹⁵³ - SAMI-ALI - "Una teoria psicosomatica de la histeria", 1986.

¹⁵⁴ - McDOUGALL, J. - *Teatros do Corpo*, 1991.

¹⁵⁵ - DEJOURS, C. - *Recherche psychanalytique sur le corp*, 1989.

¹⁵⁶ - BÉKEI, M. - Op. cit., p. 547.

¹⁵⁷ - Idem, pp. 547-548.

Os desacôrdos entre estes autores centram-se, segundo a autora, na questão do estatuto do sintoma psicossomático. Enquanto para MARTY não se deveria considerá-lo como entidade nosológica separada, para os demais autores deve-se considerar a existência de uma "estrutura psicossomática", constituída no início do desenvolvimento, diferenciando-a das demais estruturas clínicas: neuroses, psicoses e perversões.

Outro ponto de desacôrdo é quanto ao caráter simbólico, presente ou ausente nesses sintomas. Enquanto ALEXANDER e MARTY negam qualquer sentido simbólico a essas produções, McDOUGALL, DEJOURS e a própria autora lhe atribuem um sentido pré-simbólico, arcaico.

Há ainda outro desacôrdo, não assinalado por BEKÉI, e que constitui, a meu ver, o ponto nodal que leva a divisões no campo da Psicanálise. Refiro-me à questão da possibilidade mesma de tratar psicanaliticamente os pacientes psicossomáticos. Apresentarei as posições respectivas, contraditórias, assumidas por autores brasileiros.

Danilo PERESTRELLO é um dos pioneiros na aplicação do referencial psicanalítico à consideração das manifestações psicossomáticas. Já em 1945, em sua tese de livre-docência, apresentava o essencial da concepção psicossomática: *"Dia a dia, os vários fatos observados na prática clínica evidenciam que soma e psiquismo formam uma só unidade; que a oposição entre os termos 'mental' e 'corporal', 'físico' e 'anímico', 'psíquico' e 'somático' carece de existência real (...) Impõe-se, pois, a noção do homem como unidade psicossomática"*¹⁵⁸ Dedicando-se à clínica psicanalítica e à docência, PERESTRELLO produz uma série de ensaios alertando para a necessidade de uma nova concepção sobre as doenças. Em seu "Conceito de Medicina Psicossomática" (1951) ele propunha os seguintes axiomas:

- "1. O objeto de estudo do médico é o homem doente e não a doença. (...)*
- 2. Não há doenças locais. Toda a enfermidade é geral e acomete o indivíduo como um todo. (...)*
- 3. O indivíduo isolado é uma abstração e só pode ser concebido em seu ambiente. (...)*
- 4. Os estados emocionais podem perturbar o funcionamento de qualquer órgão e são tão eficazes na produção de modificações somáticas quanto os estímulos físicos. (...)*
- 5. Não são preocupações conscientes, reais, mas conflitos inconscientes os principais responsáveis pelos sintomas somáticos. (...)*

¹⁵⁸ - PERESTRELLO, D. - "A psiquiatria atual como psicobiologia", 1945. Citado in: EKSTERMAN, A. - "Medicina Psicossomática no Brasil", 1992.

6. Os distúrbios funcionais podem, pela continuidade ou intensidade, acarretar lesões estruturais.¹⁵⁹

Partindo das pesquisas da MEDICINA PSICOSSOMÁTICA, ele toma como pressuposto a idéia de que "o maior alívio da tensão instintiva está na ação, depois na palavra e por último no pensamento."¹⁶⁰ Considerado desta forma, o sintoma somático é visto como a forma mais primitiva, ou mais básica, de qualquer enfermidade:

*"No curso da psicanálise, é de observação frequentíssima a alternância dos sintomas, o que leva a crer que os quadros que observamos na psiquiatria, em cuja participação ninguém põe em dúvida o fator psicológico, representam apenas níveis de expressão mais evoluídos dos conflitos do indivíduo, ao passo que os quadros somáticos das diversas especialidades médicas são expressões destes conflitos num plano menos evoluído e mais primitivo da personalidade."*¹⁶¹

Os conflitos de que o autor fala, conflitos inconscientes, exigem um método próprio de abordagem, distinto da consulta médica. PERESTRELLO está consciente disso, e alerta aos médicos de que a investigação psicanalítica é "tarefa especializadíssima"¹⁶². Assegura que o sintoma psicossomático não é um aspecto isolável do indivíduo, mas sim *"uma parte da própria vida do paciente, um resultado do seu caráter, uma decorrência natural de sua personalidade."*¹⁶³ Por isso a investigação não pode ser do órgão ou da perturbação, mas sim do contexto completo de onde emerge o sintoma. *"Quando se fala em 'órgão doente' ou mesmo em 'organismo doente', não fazemos mais do que empregar uma metonímia, porquanto doente é o indivíduo, ou melhor, a pessoa toda."*¹⁶⁴ E arremata:

"...também não podemos falar em psicanálise desta ou daquela lesão ou deste ou daquele sintoma. Nem mesmo seria correto falar em 'psicanálise desta ou daquela doença' já que a enfermidade não passa de um corolário da caracterologia do paciente, não representa senão o resultado, o efeito da organização da personalidade do doente. Na realidade, do ponto de vista terapêutico, isto é, do processo de cura, o que existe é a psicanálise da personalidade total do paciente que sofre esta ou aquela afecção. E somente

¹⁵⁹ - PERESTRELLO, D. - *Trabalhos escolhidos*, 1987, pp. 31-34.

¹⁶⁰ - PERESTRELLO, D. - *Op. cit.* p. 33.

¹⁶¹ - *Idem*, *ibidem*.

¹⁶² - *Idem*, p. 82.

¹⁶³ - *Idem*, p. 43.

¹⁶⁴ - *Idem*, p. 71.

*quando tocamos nesta organização e novos ajustes internos são nela operados, poderão modificar-se as reações do paciente.*¹⁶⁵

Defendendo a utilização da psicanálise como método terapêutico, PERESTRELLO faz uma investigação de diversas afecções psicossomáticas, como a asma, as patologias digestivas, a retocolite, os distúrbios circulatórios, etc.. Sua análise da úlcera gastroduodenal é bastante ilustrativa. Ele faz inicialmente uma pesquisa etimológica sobre a palavra **Remorso** e verifica que, no espanhol, *remordimiento* significa tanto remorso quanto remorder; no italiano *rimorso* procede de *rimordere*; no francês *remords*, relaciona-se a *remordre*, remorder; estas são línguas românicas que compartilham a origem latina *remorsus*, proveniente do verbo *remordere*, morder de novo. Mas, no alemão, encontramos a mesma significação: remorso é *Gewissenbiss*, que quer dizer mordedura (biss) da Consciência (*Gewiss*). O autor apresenta sua hipótese psicodinâmica para a constituição do sintoma somático da úlcera:

*"As tendências orais agressivas reprimidas seriam fontes, no indivíduo, de forte sentimento de culpa e de remorsos. Assim, a úlcera péptica não seria mais do que um auto-castigo, uma mordedura interior."*¹⁶⁶

Procedendo a uma investigação analítica dos pacientes que sofrem destes quadros, PERESTRELLO acreditava, inicialmente, poder traçar um certo "perfil" característico destes indivíduos, que compartilhariam os seguintes traços: permanente tensão interior, teimosia, obstinação e espírito crítico, seriam indivíduos sempre com pressa, reservados, dificilmente dando vazão às suas emoções, individualistas por excelência, com forte desejo de independência, buscando bastar-se a si próprios e sobrecarregados de responsabilidades. Tal configuração de caráter, em um certo momento da vida destes indivíduos, acarretaria em um forte conflito, onde estes desejos de independência se confrontariam com anseios de retorno à situação infantil de dependência, onde submissão e passividade predominassem. O resultado deste conflito seria o adoecimento: a úlcera representaria a síntese destes desejos contraditórios.

O autor compartilha com ALEXANDER a idéia de que a alimentação é a forma psíquica mais primitiva do desejo de ser amado e cuidado. Este último autor afirmava: "Ser alimentado torna-se então o primeiro símbolo de ser amado."¹⁶⁷ Um quadro físico

¹⁶⁵ - Idem, p. 43.

¹⁶⁶ - Idem, p. 22.

¹⁶⁷ - Citado in: Idem, p. 21.

como a obesidade, torna-se então uma estrutura psicossomática: "Com efeito, é nas suas relações com a mãe, desde o tempo da alimentação ao seio, que o indivíduo começa a estruturar-se psicossomáticamente para ser um obeso."¹⁶⁸ Uma mãe muito gratificadora, "superindulgente", e incapaz de permitir que seu filho se frustrasse, propicia a este uma situação de passividade e dificuldade de descarregar a agressividade pela via do desenvolvimento da musculatura, ou seja pela via motora, o que termina por conduzir a que "não tendo o aparelho muscular desenvolvido, e não expressando a hostilidade pela via adequada, o obeso, preso a uma infância passiva e gratificadora, descarrega a sua hostilidade comendo, devorando."¹⁶⁹ Configurando a imagem corporal, de uma forma tal a exprimir as vivências conflitivas do Eu, o obeso expressa suas angústias e as reduz, através de seu manejo da alimentação. O seu corpo é a melhor garantia que ele pode se dar da possibilidade de conter os aspectos descontrolados de seu mundo interno. Para o Autor, a obesidade pode ser compreendida como uma defesa contra a psicose.¹⁷⁰

Para PERESTRELLO, qualquer sintoma somático deve ser investigado psicanaliticamente. Isto não quer dizer que todos eles possam ser "curados" pela psicanálise, já que muitos deles podem estar "fixados", ou seja, sua intensidade e duração já acarretaram alterações patológicas irreversíveis. No entanto, ele acredita que "é nas enfermidades físicas que o tratamento psicanalítico se tem mostrado mais eficaz."¹⁷¹ É sua opinião que a Psicossomática não constitua uma especialidade, mas sim uma atitude¹⁷². Isto valeria tanto para os médicos, que quer queiram, quer não, "apesar de si mesmos", praticam sempre alguma forma de "psicoterapia implícita" quando estão frente a frente a seus pacientes¹⁷³; quanto para os psicanalistas que, com método próprio, isto é, fazendo psicanálise, podem contribuir para a resolução de inúmeros sintomas somáticos, na medida em que estes são sintomas da "pessoa total", que é uma unidade psicossomática.

Posteriormente, e na medida em que se dedica cada vez mais à clínica psicanalítica, PERESTRELLO reformula alguns destes pontos de vista, abandonando a idéia dos "perfis psicológicos" típicos de cada doença, e adotando a concepção do caráter *único* de cada manifestação do homem.

¹⁶⁸ - Idem, p. 75.

¹⁶⁹ - Idem, p. 76.

¹⁷⁰ - Idem, p. 78.

¹⁷¹ - Idem, p. 41.

¹⁷² - Idem, p. 51.

¹⁷³ - Idem, p. 82.

*"E assim como tem impressões digitais que a distinguem de todos os demais, suas ansiedades, alegrias, ressentimentos, aspirações que só a ele pertencem e são únicas, também possui a sua fisiologia, homeostase e imunologia próprias. E a sua fisiopatologia com sua imunopatologia, enfim, seu modo de adoecer, único, muito único. De modo que, os fatores clássicos da enfermidade, aqueles da velha Patologia Geral (físicos, químicos, animados e psíquicos), são, na verdade, contingentes. Sua avaliação deve ser procedida em função da pessoa. Daquela pessoa que os 'selecionou'. Por isso, empregamos o termo antropogênese para designar a fonte morbígena. Quem faz a doença é o próprio homem."*¹⁷⁴

Contrastando com a posição de PERESTRELLO, para um grande número de psicanalistas da atualidade a Psicossomática deveria ser deixada para a Medicina, permanecendo como próprio de Psicanálise apenas os fenômenos que pudessem se referir à Histeria, ou então todos aqueles sintomas somáticos que fossem trazidos pelos analisandos, mas que apenas seriam tomados em seu valor de associações, dentro do contexto da relação transferencial.¹⁷⁵ Para EVA, VILARDO e KUBO (1994), a indagação de qual é a contribuição da prática psicanalítica para a psicossomática só pode ter como resposta a seguinte:

*"Nós nos concentramos na experiência emocional dentro da situação analítica, onde a sintomatologia orgânica é sempre captada, quando possível, dentro deste contexto. Como a situação analítica varia conforme os elementos componentes, isto é, analista e analisando, não parece ser possível obter significação definida. Além do que, a significação se transforma a cada instante. Nada é fixo, nada é permanente. Desta forma não nos parece que seria possível contribuímos para a psicossomática, conforme nossa concepção psicanalítica."*¹⁷⁶

Esses autores mencionam diversas ocorrências clínicas, onde sintomas somáticos compareceram, mas sem que um sentido lhes pudesse ser atribuído. Para eles, este sentido emerge na situação analítica, como uma significação do "par analítico". O sintoma somático fica de fora desta situação, pois embora também seja uma "experiência

¹⁷⁴ - Idem, p. 208.

¹⁷⁵ - No recente encontro interdisciplinar "CORPO - MENTE - A fronteira móvel" patrocinado pela Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (São Paulo, 19 a 21 de agosto de 1994), nem uma única vez foi mencionada a palavra "psicossomática". Nos temas das palestras e conferências abordaram-se inúmeros aspectos conexos, mantendo no entanto a fronteira, ali denominada de móvel, infranqueável.

¹⁷⁶ - EVA, A.C., VILARDO, R. e KUBO, Y. - "Psicossomática e nossa prática psicanalítica", p. 45.

emocional", esta é circunscrita ao paciente, e não compartilhada por este e pelo analista, circunstância única em que alguma significação poderia ser encontrada. Eles acentuam:

*"Freqüentemente o corpo próprio ou alheio, bem como as funções corporais próprias ou alheias estão referidas na experiência analítica. Apenas serão incluídos na experiência emocional, cerne da nossa prática analítica, quando forem tomados por nós como pretextos para referência à relação emocional. Eles em si não terão participação na relação analítica."*¹⁷⁷

Entre a posição de PERESTRELLO e a dos autores, como os acima citados, que defendem o interesse estrito da psicanálise pelos componentes mentais e emocionais da "situação analítica", fica um vasto campo de interrogações. Inúmeros outros autores estão atuando nesta "terra de ninguém", nesta "zona de fronteira", onde tantas ambigüidades se acumulam. Queremos agora introduzir a contribuição revolucionária de um autor esquecido por seus pares, e desprezado pela Medicina: Georg GRODDECK.

¹⁷⁷ - Idem, p. 47.

CAPÍTULO 4

A ATA DE FUNDAÇÃO DA PSICOSSOMÁTICA

"Eu sou o corpo e a alma - assim fala a Criança.
E porque se não há de falar como as crianças?"

Nietzsche

Em 1917 Georg GRODDECK publica *Condicionamento Psíquico e Tratamento de Moléstias Orgânicas pela Psicanálise* (Leipzig: Hirzel)¹, o texto que inaugura a pesquisa psicossomática moderna e a possibilidade da aplicação da Psicanálise na compreensão do processo do adoecer e de suas significações.

Esse texto recebeu, segundo Michèle Lalive D'ÉPINAY (1988), a aprovação de FREUD e representou para GRODDECK o reconhecimento público da paternidade de muitas idéias em que ele há anos trabalhava. Foi escrito no curso da correspondência entre ambos. Foi lento e penoso o processo através do qual GRODDECK chegou até FREUD. Em 1913 ele publicara *Nasamecu - Natura sanat, medicus curat*, um extraordinário texto de auto-ajuda médica, mas que continha ataques à Psicanálise e exortações ao público para que tivesse cuidado com este saber incipiente. Nos anos seguintes GRODDECK leu atentamente a *Interpretação dos Sonhos* e outros textos freudianos e compreendeu que havia uma coincidência fundamental na elaboração de ambos, mas uma inequívoca precedência do mestre vienense. Em sua primeira carta a FREUD ele o declara:

"Aos meus - ou deveria dizer aos seus - conceitos, cheguei não pelo estudo de neuroses mas pela observação de males que se costumam chamar 'corporais'. (...) Não é possível, no desenvolvimento destas idéias, que, no fundo, são suas, empregar outra nomenclatura que aquela por você estabelecida. Ela não deve

¹ - In: *Estudos Psicanalíticos sobre Psicossomática*, 1992.

ser substituída e é suficiente também para meus propósitos, logo que a noção do inconsciente é alargada." (Primeira carta a Freud, 27 de maio de 1917)²

Observa-se aqui o reconhecimento e, no final, já a tentativa de estabelecer algo próprio, quando reivindica que a noção de inconsciente seja alargada. Essa será a marca distintiva de GRODDECK: o uso de conceitos freudianos junto a uma absoluta originalidade no manejo dos mesmos. Na mesma carta, ele enuncia seu projeto:

"Muito antes de conhecer essa doença mencionada acima (neurose), tinha plena convicção de que a distinção entre alma e corpo era apenas uma questão de palavras e não de essência; que o corpo e a alma são algo em comum; que aí se encontra um id, uma força pela qual somos vividos enquanto cremos viver. (...) Em outros termos, recusei categoricamente a separação entre males do corpo e males da alma; tentei tratar o ser individual em si, o id que existe nele; procurei encontrar uma via que levasse ao impenetrado, ao impenetrável. Estou consciente de mover-me pelo menos bem perto dos confins do místico, talvez mesmo no seu centro. Simples fatos forçam-me a prosseguir por essa via.

A psicanálise, se eu bem a compreendo, trabalha, no momento, com a noção da neurose. Presumo, todavia, que, para você também, atrás dessa palavra se encontre a vida humana inteira. Em todo caso, assim o é para mim. O id, que se mantém em misteriosa conexão com a sexualidade, o Eros, ou qualquer outro nome que se lhe queira dar, forma tanto o nariz como a mão do ser humano, assim como seus pensamentos e seus sentimentos. Manifesta-se tanto na pneumonia ou no câncer como na neurose obsessiva ou na histeria. E do mesmo modo que a atividade do id, aparecendo como histeria ou neurose, é objeto de tratamento psicanalítico, assim também o será a doença cardíaca ou o câncer. Em essência não existem diferenças que possam nos levar a aplicar aqui e não lá a psicanálise." (Primeira carta a Freud)³

Encontramos aqui uma sùmula de todo o pensamento de GRODDECK, e um vislumbre do que ele pretendia com a aplicação da psicanálise aos males orgânicos; trata-se de pensar "a vida humana inteira". Vemos também o uso da expressão Id, termo tomado de NIETZCHE mas empregado psicanaliticamente por GRODDECK, e que FREUD passará a empregar a partir de 1923, com *O Ego e o Id*.⁴

² - Citado em: DÉPINAY, M. L. - *Groddeck: a doença como linguagem*, 1988, p. 101.

³ - Idem, *ibidem*, pp. 100 e 101.

⁴ - *El Yo y el Ello*, 1973.

O homem Groddeck

Georg Walther GRODDECK nasceu, 10 anos depois de FREUD, em 13 de outubro de 1866, na cidade alemã de Bad Kösen, filho de um médico e neto, na linhagem materna, de um grande historiador da literatura alemã, August KOBERSTEIN. Era o quinto filho e o único a seguir a carreira do pai. Foi discípulo e, a seguir, assistente de Ernest SCHWENINGER, o célebre médico que tratou Bismark. Esta dupla filiação médico-literária vai compor o caráter e a carreira de GRODDECK. Seus textos médicos e literários vão se revezar ao longo de seus 68 anos de vida, interpenetrando-se e criando uma obra onde a referência aos grandes artistas alemães, principalmente GOETHE, estão a serviço de uma obra na qual o homem ocupa o centro.

Seu avô havia sido professor de NIETZCHE, sua mãe era fervorosa admiradora de GOETHE, e GRODDECK, criado neste ambiente intelectual, vai produzir romances e ensaios de grande originalidade e interesse, mas que tardam a ser reconhecidos, mesmo destino de seus escritos médicos, que demoraram três décadas para serem re-publicados, traduzidos, e começarem a receber a acolhida merecida. É somente a partir dos últimos anos que se passou a reconhecê-lo como o "pai" da Psicossomática.

Incentivado pelo pai, GRODDECK entra na Kaiser Wilhelm Universität, de Berlim, em 1885. Acompanha a atividade profissional do pai, que era médico da Previdência Social, e vê pacientes de todos os tipos, mas principalmente pacientes saudáveis. Incidentalmente, Enrique PICHON-RIVIÈRE, o grande psiquiatra argentino, considera⁵ que a maior falha da formação médica é que o estudante faz o seu primeiro contacto com a Medicina através do estudo dos cadáveres, só tendo contacto bem posteriormente com pacientes, sujeitos vivos e com uma história.

A influência de um modelo

Na Faculdade, GRODDECK entusiasma-se com os procedimentos de um professor, Ernst SCHWENINGER (1850 - 1924), que adotava uma postura de autoridade absoluta sobre seus doentes, ao mesmo tempo que considerava fundamental que o médico permitisse a ação curativa da própria natureza, abdicando de grandes

⁵ - *El proceso grupal*, 1977, p. 97.

intrusões na saúde de seus doentes. No retrato que traçou de seu mestre, GRODDECK o caracterizou como um médico da tradição de HIPÓCRATES, cujos princípios eram:

"Natura sanat - medicus curat: a natureza cura, o médico trata. Todo ser humano, saudável ou doente, possui, em si, a capacidade de cura. Não é o médico que detém o poder de curar seus doentes. Seu papel é descobrir o que está impedindo esta força curativa e eliminar este obstáculo, na medida do possível. O médico pode ajudar o doente, mas pode, também, impedir a ação das forças de cura. Por isso, não deve esquecer que também ele é um perigo para o doente.

Nil nocere: não prejudicar, o que é fácil de dizer, quando as falhas são difíceis de evitar. Daí que o médico não deve ter medo do doente, da doença, da morte, para não arrastar seu paciente para caminhos perigosos.

*Salus aegroti suprema lex: a única lei é a saúde - a salvação - do doente. (...) O médico trabalha não com doenças, mas com o doente, por isso deve considerar o ser humano na sua unidade."*⁶

Conflitos

Como podemos observar, a postura que GRODDECK adota como médico entra em choque com outras tendências da Medicina, e ele seguirá uma carreira onde, ao lado de grande sucesso terapêutico, encontrará muita incompreensão e isolamento.

Fazendo a crítica da medicina em voga, este Autor já produzira várias obras discutindo a saúde e a doença quando conheceu de fato a Psicanálise, em 1913. Sua relação com ela, e com FREUD, seu mestre, foi crítica; GRODDECK sempre se considerou um "analista selvagem". FREUD, que lhe deve a expressão "das Es", o Id, mantém com ele uma relação de admiração e oposição, patente em sua correspondência. O fato é que a Psicanálise não acolheu Georg GRODDECK, e o mesmo se deu com a Medicina, e ele permaneceu praticamente desconhecido até a década de 60, quando seus livros começam a ser re-editados na França, Inglaterra e Alemanha. No Brasil, seu primeiro texto publica-se em 1984⁷, e desde então sua obra vem sendo cada vez mais posta em discussão. Recentemente, além do livro já citado de Michèle L. d'ÉPINAY, foi editada uma coletânea de seus escritos sobre Psicossomática⁸, que ampliam seu *Livro d'Isso*.

⁶ - Citado em: D'ÉPINAY, M. L. - Op. cit., pp. 77 e 78.

⁷ - GRODDECK, G. - *Livro d'Isso*, 1984.

⁸ - GRODDECK, G. - *Estudos Psicanalíticos sobre Psicossomática*, 1992.

No entanto, seu prefaciador inglês, ninguém menos que Lawrence DURRELL, escreve: "Este livro extraordinário merece hoje, duplamente, nossa atenção, porque não é apenas uma obra prima da literatura: é também uma resenha em primeira mão, pelo pai da medicina psicossomática, do desenvolvimento de suas idéias a respeito da saúde e da doença."⁹

DURRELL salienta o valor poético do texto que apresenta e levanta a hipótese de que é justamente a ausência de sistematicidade e de valor didático ou dogmático que o torna tão pouco apreciado pelos médicos. Ressalta o caráter intuitivo das formulações de GRODDECK e a inovação de seu método:

"Foi o primeiro a reconhecer todo o valor das hipóteses de Freud no domínio das doenças orgânicas; em sua célebre clínica de Baden-Baden, lutou contra o câncer e a tísica, e não contra as neuroses. Suas armas principais eram o regime, as massagens e a investigação psicológica na linha freudiana. Seu modo de proceder partia do princípio de que as doenças do homem eram uma espécie de representação simbólica de suas predisposições psicológicas e que muitas vezes o centro delas, seu modelo tipológico, podia muito bem ser elucidado com sucesso através dos métodos freudianos somados às massagens e ao regime, tanto quanto qualquer neurose obsessiva. Ele se recusava a aceitar a divisão entre alma e corpo em dois compartimentos; para ele, eram diferentes modalidades do ser."¹⁰

Esta última colocação revela, talvez, a mais importante das formulações de GRODDECK. Este a desenvolve de muitíssimas formas diferentes e, de cada vez, vai podendo correlacionar esta unidade corpo-alma a diferentes aspectos da experiência humana, particularmente ao processo do adoecer; que para ele é, inexoravelmente, psíquico-somático. Assim, na sua primeira conferência psicanalítica, dada em seu sanatório como parte constitutiva do tratamento de seus pacientes, ele afirma: "Acreditar que possa existir um corpo como algo independente da alma é um erro. (...) Corpo e alma, é um todo; o ser humano não tem duas funções." E, mais adiante, referindo-se à prática médica: "O homem moderno quer que o médico lhe dê um diagnóstico, quer saber o que lhe passa. Eu nunca posso fazê-lo. O diagnóstico carece de valor e é inútil se não se compreende ao ser humano em sua totalidade."¹¹

⁹ - Prefácio ao Livro d'Isso. Op. cit., p. XV.

¹⁰ - Idem, pp. XV e XVI.

¹¹ - GRODDECK, G. - *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos*, 1983, pp. 9 e 10.

O encontro com a Psicanálise

Vemos, portanto, que GRODDECK assimilara muito bem as lições de SCHWENNINGER, e que já praticava, a seu modo, uma psicanálise no tratamento de seus pacientes orgânicos. Vejamos agora como se dá a sua incorporação dos conceitos freudianos.

"No dia 5 de junho, entre meio-dia e uma hora, fui acometido, em pleno trabalho, por um enorme cansaço que desapareceu após algum tempo. Entre quatro e cinco horas da tarde, senti dificuldade para engolir. A parte posterior da abóboda palatina, o véu do paladar e a campainha estavam bastante avermelhados. Na noite de 5 para 6 de junho, tive um sonho agitado, o que raramente me acontece. No dia 6 de junho, um dia de muito trabalho, as dores aumentaram, a vermelhidão expandiu-se e as amígdalas ficaram consideravelmente inflamadas.

*Sete de junho era feriado. Pela manhã, comecei a analisar meu sonho e o sintoma da dificuldade de deglutição e cheguei ao resultado de que meu inconsciente, meu Isso se recusava a engolir algo que não lhe agradava. Isso estava ligado ao fato de que certas idéias sobre a inter-relação do inconsciente do homem e sua vida não são de minha autoria - conforme acreditei por vários anos - mas sim de Sigmund Freud. Por certo minha razão consciente já havia chegado a tal conclusão, o que se manifesta em minha correspondência com Freud. Durante a análise, ficou comprovado que profundas camadas do meu ser se defendiam contra os pensamentos conscientes."*¹²

Essa é a introdução de GRODDECK a uma auto-análise que, mediante inúmeras associações, o vai conduzindo à compreensão de como o seu Isso se manifesta. No dia 5 de junho ele se encontrara com uma senhora de nome Dora, o que o recorda do conhecido caso de histeria relatado por FREUD¹³. Pouco mais tarde durante uma conversação sobre hipotecas e dívidas, suas associações inconscientes relacionam dívidas à culpa e à palavra gatuno. Ele prossegue: "O inconsciente defendeu-se desse segundo ataque, mais violento que o primeiro, fechando a entrada ao interior do corpo através de uma dolorosa inflamação. Para tanto, apoderou-se da palavra gatuno (Gauner), escolhendo como local para a defesa a abóboda palatina (Gaumen); fortaleceu então sua posição estendendo a inflamação ao véu do paladar, à campainha e às amígdalas, para finalmente expressar sua má vontade no sonho."¹⁴

¹² - GRODDECK, G. - "Condicionamento Psíquico e Tratamento de Moléstias Orgânicas pela Psicanálise", p. 9.

¹³ - *Análisis fragmentario de una Histeria (Caso Dora)* (1905).

¹⁴ - GRODDECK, G. - "Condicionamento Psíquico e Tratamento de Moléstias Orgânicas pela Psicanálise", p. 10.

GRODDECK se dedica à análise de seu sonho, relacionando-a à análise destes sintomas, e observa que ao final dela as amígdalas se desinflamaram e a irritação desapareceu. Quando esses sintomas retornam, ele se faz examinar por sua assistente e retoma a auto-análise. Desta vez encontra que suas associações inconscientes começaram ao examinar uma criança, com sintomas aparentemente resultantes de Escarlatina. A criança doente lhe trouxera penosas recordações ligadas a esta moléstia, em si e em seus familiares, e ao seu temor de "vir a perecer das seqüelas não superadas dessa doença."

Aos seus temores vieram se acrescentar os pensamentos ligados à culpa por suas práticas sexuais durante a puberdade, associados inconscientemente à escarlatina que ele contraiu nesta época. Desta forma, "essas reminiscências ascendentes misturam-se aos venenos psíquicos do complexo Dora/Freud, provocando assim a erupção da enfermidade e a curiosa recaída após a primeira tentativa de tratamento analítico."¹⁵. GRODDECK concluirá que o que está em jogo, fundamentalmente, é seu medo à impotência, constelando os complexos Dora-Freud e escarlatina-morte, e surgindo na forma de doença.

Não são deixados de lado, na sua investigação, outros fatores que possam ter interferido na sua inflamação e que são os aceitos pela ciência, como o contágio, por exemplo. Mas ele, como médico, dirá que a paciente com inflamação de garganta, que ele tratava naqueles dias, apresenta dores de garganta continuamente há quinze anos, e ele jamais se contagiara antes. Além disso, nesse momento ela não apresentava sequer "vermelhidão". Assim, embora aceitando que outras condições pudessem estar presentes, e pudessem influir no curso de sua enfermidade, o principal fato era que ele se tornara **suscetível ao contágio** devido às questões inconscientes que nele afloravam.

A Psicossomática groddeckiana

GRODDECK então vai estabelecer o princípio básico de sua psicossomática, a primeira formulação de sua regra geral para a compreensão do processo do adoecer no ser humano:

¹⁵ - Op. cit., p. 11.

*"Assim como o Isso do ser humano, por quem ele é vivido, sob determinadas impressões sensoriais ou uma cadeia de pensamentos inconsciente, modifica continuamente a secreção das enzimas, a distribuição sangüínea, a atividade do coração e, em resumo, toda a vida orgânica da personalidade, da mesma maneira que esse Isso tem inúmeras formas de proteger-se contra a ameaça de intervenções químicas, mecânicas e bacterianas, do mesmo modo ele é capaz de provocar as condições que permitem a ação do germen patogênico, quando uma doença lhe pareça conveniente."*¹⁶

Ficar doente, com alguma finalidade, não é privilégio do histérico; GRODDECK afirma que por trás de toda doença há uma intencionalidade. A psicanálise conhece bem a estruturação dos "benefícios secundários" dos doentes neuróticos. Sabe bem que inúmeras vezes o que sustenta os sintomas neuróticos é que eles promovem ganhos sociais, profissionais e, principalmente, afetivos para quem os padece. Porém o que GRODDECK ressaltará é que os processos inconscientes de todas as pessoas podem comparecer à consciência na forma de sintomas de doença orgânica, desde que com isso expressem a problemática inconsciente.

Da mesma forma que os olhos se defendem de qualquer ataque externo, poeira, luminosidade excessiva, etc., através de movimentos das pálpebras, contrair da pupila, e diversos movimentos reflexos, assim também o Isso faz com que a pessoa se defenda, tanto dos ataques internos quanto dos externos, através dos mais diversificados movimentos e ações, entre eles o recalçamento, que faz com que impressões psíquicas desagradáveis sejam relegadas ao inconsciente. Há uma simetria entre o processo da repressão descrito por FREUD e o processo da doença orgânica.

*"Podemos imaginar o procedimento como se, em algum momento, um corpo estranho tivesse entrado no inconsciente, provocando inflamações ao seu redor. Então, não será doloroso tocar somente no estilhaço, como em toda a região. (...) Se a sensibilidade de um olho, adquirida cedo, é muito grande, o Isso o protege facilmente através da miopia, e sob certas circunstâncias até da cegueira."*¹⁷

Os processos defensivos agem contra o ataque de qualquer intrusão, qualquer irritabilidade, seja de membrana, de órgão dos sentidos, ou da pessoa, em sua totalidade. O Isso dirige a atividade de todos os sistemas, para que a vida seja preservada, e para que a dor seja afastada:

¹⁶ - Idem, p. 12.

¹⁷ - Idem, pp. 13 e 14.

*"Particularmente curioso é o comportamento do Isso frente à idade avançada e à proximidade da morte. Ele provoca a presbitia, a vista cansada, faz com que o olho só enxergue de longe e assim, simbolicamente, empurra tudo para longe, inclusive a morte, prolonga a vida, como também torna mais curtos os passos do idoso, e seu caminho mais longo, com a mesma finalidade ilusória com que encurta seu sono para esticar a duração da vida."*¹⁸

Este trecho é muito expressivo e típico de GRODDECK. Processos aos quais estamos acostumados e que deixamos de examinar, ele os investiga simbolicamente, atribuindo novos sentidos às experiências cotidianas. Em seu texto "Da linguagem" (1909), ele propõe: "O que eu tenho a dizer corre nas ruas, e todos vêem... Entretanto, vale a pena olhar uma vez coisas conhecidas com olhos de estranho."¹⁹. A velhice acarreta inúmeros males físicos, artrite, presbitia, perturbações no sono, na digestão, etc.. Os médicos as tratam como males típicos da terceira idade. Sabe-se também que os velhos sofrem de depressão, sentem angústias, etc.. GRODDECK relaciona tudo isso num todo único e explica uns males pelos outros, fundindo-os na análise do homem, como um ser íntegro, não dividido em psique e soma.

Esta análise, porém, deve superar velhos preconceitos arraigados, suposições secularmente acumuladas e, principalmente, a visão cartesiana que a Medicina adotou, que terminaram por realizar uma cisão absoluta entre a mente e o corpo. Na verdade, a interrogação é muito mais profunda do que apenas diferenciar a etiologia psíquica da somática, e precisa dar resposta a uma questão que ocupa a Metafísica ocidental desde os gregos, ou seja, a constituição do ser do homem. GRODDECK a responde não através da reflexão filosófica, mas partindo da sua necessidade de auxiliar pacientes gravemente doentes, e da constatação de que a prática médica nem sempre consegue tal ajuda com seus recursos tradicionais.

¹⁸ - Idem, p. 14.

¹⁹ - "Du langage", in: GRODDECK, G. - *La Maladie, l'Art et le Symbole*, 1969, p. 239.

GRODDECK funda um conceito, o do Isso, ou Id, (*das Es*, em alemão), para poder articular esta compreensão do ser humano, saudável ou doente, inteiro. "Nem sempre a saúde é o bem mais precioso para o Isso, o inconsciente."²⁰

*"Esse inconsciente, em cuja área de poder estamos começando a adentrar, faz de um espermatozóide e um óvulo um ser com olhos, ouvidos, pulmões, mãos e pescoço; porque teria dificuldades, porque lhe seria impossível conformar o caráter de sua criação, o caráter físico e psíquico? Se ele dá forma ao corpo, não poderia, por determinadas razões, dar-lhe certas predisposições ou negá-las, como por exemplo faz com que os seios cresçam ou murchem, ou então o cabelo, a pele? De fato, ele cria essas disposições, faz surgir aqui uma alteração no coração, ali nos pulmões. ... O Isso ata as pessoas quando é necessário, salva-as, através da doença, dos mais graves perigos, como se a própria vida estivesse em risco, obriga-as a certas atividades através de determinadas doenças, e a repousarem por causa de problemas cardíacos ou da tuberculose."*²¹

O ponto de partida de sua análise é a interrogação sobre o significado da doença. Ele afirma, com toda a razão, que a pergunta "para quê?" foi excluída da investigação médica; e que a pesquisa da finalidade deve se aplicar a todas as manifestações do homem, não apenas às mentais, pois o homem utiliza seu corpo como seu principal recurso para a ação, em seu relacionamento com o mundo. Então como não se interrogar se ele come ou não come, se ele dorme, ou não, como distribui suas energias, como faz funcionar seus diferentes sistemas, enfim como ele vive? "Apesar da má fama de toda teleologia, devia-se investigar com que finalidade uma pessoa fica doente dos pulmões ou do coração, porque o Isso a faz minguar ou a impede de subir qualquer escada", e portanto, investigar o que, depois, em suas consequências, já se torna doença manifestada:

"É obrigação do médico verificar o que quer expressar a incômoda gordura, com seus riscos de derrame cerebral, de encobrir o coração e de hidropsia, o que significa a magreza, a tuberculose. O inconsciente não fala somente em sonhos, fala a partir do temperamento, do franzir da testa, das batidas do coração, e fala igualmente na silenciosa advertência do ácido úrico, uma forma

²⁰ - GRODDECK, G. - "Condicionamento Psíquico e Tratamento de Moléstias Orgânicas pela Psicanálise", p. 15.

²¹ - Idem, pp. 14 e 15.

*de suscetibilidade (diátese), na irritação do simpático, nas características da tísica, como também fala, afinal, com a voz insistente da enfermidade."*²²

Sublinhemos estas expressões de GRODDECK: "o inconsciente não fala somente em sonhos", "fala, afinal, com a voz insistente da enfermidade". É a formulação da necessidade ingente de uma compreensão psicossomática, pois quando o homem adoece, todo o seu ser está doente. Encontramos exatamente a mesma formulação no grande poeta português, Fernando PESSOA: "Dói-me o universo porque a cabeça me dói."²³ Ou, de forma mais completa:

*"As quatro canções que seguem
Separam-se de tudo o que eu penso
Mentem a tudo o que eu sinto,
São do contrário do que eu sou...*

*Escrevi-as estando doente
E por isso elas são naturais
E concordam com aquilo que sinto
Concordam com aquilo com que não concordam...
Estando doente devo pensar o contrário
Do que penso quando estou são.
(Senão não estaria doente),
Devo sentir o contrário do que sinto
Quando sou eu na saúde,
Devo mentir à minha natureza
De criatura que sente de certa maneira...
Devo ser todo doente - idéias e tudo.
Quando estou doente, não estou doente para outra cousa.*

*Por isso essas canções que me renegam
Não são capazes de me renegar
E são a paisagem da minha alma de noite,
A mesma ao contrário..."*²⁴

Na abordagem groddeckiana, salienta-se primariamente, o que a doença pode significar para o indivíduo, para o seu Isso. "A doença, seja ela aguda ou crônica, infecciosa ou não, traz sossego, protege contra o agressivo mundo exterior, ou pelo menos contra fenômenos bem determinados, que são insuportáveis."²⁵ A procura dessa significação pode acarretar o sucesso ou o fracasso do tratamento médico pois, se ela é

²² - Idem, p. 15.

²³ - Livro do Desassossego, s.d.

²⁴ - Fernando Pessoa, no heterônimo de Alberto Caiero, in: PESSOA, F. - *Seleção Poética*, 1971.

²⁵ - GRODDECK, G. - Op. cit., p. 16.

desprezada, o Isso do sujeito continuará demandando alguma expressão, e daí "a voz insistente da enfermidade".

Auto-análise

GRODDECK lançou-se a uma empresa comparável à de FREUD quando empreendeu sua auto-análise, mas a de GRODDECK busca inter-relacionar seus processos psíquicos às suas variadas doenças e características físicas decorrentes:

*"Com um ferimento no joelho, aparentemente inofensivo (mas que, ao fazer uma retrospectiva, vejo que dele derivou uma fraqueza e suscetibilidadde nunca superadas na minha perna esquerda, a perna do lado mau) teve início a transformação do meu ser físico, acompanhada de uma mudança de caráter, qae passou de extrovertido a introvertido. O ferimento representava um obstáculo às precipitações, uma pressão a ser cauteloso. Posteriormente, no transcurso de minha vida, apareceram manifestações de ciática e gota com deformação nas articulações, que me impediam de andar muito e que, passageiramente, quase me impossibilitaram de andar."*²⁶

Através apenas de auto-análise, as dores começam a desaparecer e as deformações aos poucos voltam ao normal, e GRODDECK passa a investigar as relações entre os processos de dor, as inflamações, e os acontecimentos psíquicos relevantes da vida de seus doentes. "Em algumas experiências com casos de poliartrite e artrite deformante, tive condições de ensejar agravamentos e melhoras, ao tocar em complexos de recalque e solucioná-los."²⁷ Lembremos, a propósito, que Reumatismo é o nome aplicado para mais de cem diferentes moléstias, doenças inflamatórias e degenerativas de articulações, ossos e músculos. No estágio atual do conhecimento médico o Reumatismo ainda não foi suficientemente explicado, conhecendo-se apenas a origem da chamada febre reumática, que seria causada pela resposta imunológica do organismo ao agente infeccioso Streptococo beta-hemolítico. O padrão de vida levada pelo indivíduo que sofre de artrite reumatóide influencia o curso da enfermidade. O dr. Isidio Calich, reumatologista do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, declara: "A partir do momento que aceitam ter uma doença crônica e aprendem a conviver com ela, esses doentes passam a ter uma vida social e profissional mais ativa.

²⁶ - Idem, ibidem.

²⁷ - Idem, p. 17.

Caso contrário, uma vida sedentária ou restrita à cadeira de rodas ou leito pode causar o aparecimento de deformidades e atrofias musculares.²⁸ Ora, o padrão de vida é estritamente dependente da vida emocional do doente; daí a necessidade da pesquisa psíquica a que GRODDECK se dedica.

Após muitos anos sofrendo de persistentes dores de cabeça, ele chega à conclusão de que estas dores são um dos principais meios utilizados pelo Isso para "apaciar os pensamentos, os impulsos", e que a investigação de seus motivos, tanto pessoais, quanto sociais, é fundamental. Um exemplo será dado na sua análise dos distúrbios que ocorrem nas pessoas de sexo feminino:

"No meio da confusão e da escuridão que reinam entre as moléstias das senhoras, seria possível trazer um pouco de ordem e luz, se se decidisse analisar para que essas moléstias se manifestam em cada caso particular. Nós nos depararíamos então, não apenas com relações de conotação individual, mas conheceríamos o significado funesto dos costumes de nossa época, que levam compulsoriamente as mulheres, sem exceção, à hipocrisia e a dissimulações irrealizáveis. Através da educação nega-se aos seres humanos do sexo feminino o prazer da sexualidade (...) O inconsciente auxilia a mulher, torturada em vão pelo demônio da hipocrisia. Presentei-a com tonturas, desmaios, dores no peito, desfigurações do corpo, mau cheiro, corrimento branco, inflamação dos ovários e do útero, sangramentos repentinos e finalmente o câncer; com isso, mantém à distância todas as tentações, afasta tudo o que desperta cobiça e desejo."²⁹

O mesmo trabalho do Isso pode ser constatado na puberdade, quando já existe a maturidade sexual, já emerge o desejo de relações genitais, mas as normas sociais correntes impedem as expressões da sexualidade. Para este Autor, as manifestações físicas e psíquicas características dos adolescentes, como a desatenção, a desconcentração, a anemia, as mãos frias e suadas, a acne, etc., servem a esta finalidade de afastar os desejos, justamente nessa idade em que eles se apresentam tão poderosos.

A unidade do corpo-mente

Existem mecanismos coletivos de repressão da Sexualidade e de outras pulsões do inconsciente que levam os médicos e os pacientes, juntos, a resistir à idéia de uma

²⁸ - Folha de São Paulo, 06/12/1993.

²⁹ - Idem, p. 18.

inter-relação corpo-mente. É preciso então afirmar, de todas as maneiras, que não basta tratar o corpo doente, ou tratar a doença como manifestação independente:

*"O sucesso do tratamento psicanalítico - cujo direito à aplicação também em casos de moléstias físicas acabei reconhecendo contra a minha vontade - reforça o condicionamento das formas de vida doentias e saudáveis, do corpo bem como da alma, às forças do inconsciente. Não cheguei à psicanálise tratando de doenças nervosas, como a maior parte dos discípulos de Freud, mas a partir de minha atividade terapêutica, desenvolvida junto a pacientes com doenças orgânicas crônicas, fui obrigado a recorrer ao tratamento psicológico e posteriormente ao psicanalítico. Os êxitos do *post hoc ergo propter hoc* (Depois disto, logo, por causa disto) me ensinaram que é igualmente válido imaginar o corpo dependendo da alma - e agir de forma correspondente - como o contrário."*³⁰

GRODDECK salienta não possuir provas que lhe permitam sustentar melhor o que suas pesquisas e suas terapêuticas vão conseguindo com seus doentes. Prefere chamar a atenção para os fatos há muito tempo conhecidos dos médicos, e mesmo da população em geral, de que as emoções afetam sempre o indivíduo, simultaneamente em seu corpo e em sua mente. Assim é com o medo, com a vergonha, com a raiva, com a excitação, etc.. Um cardiologista brasileiro, o Dr. Domingo M. BRAILE, presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, declara: "...o trabalho não mata ninguém, o que atrapalha a gente é a raiva."³¹ Diversos funcionamentos orgânicos, como a respiração, os batimentos cardíacos, o peristaltismo intestinal, o suor, etc.. são tradicionalmente reconhecidos como inter-ligados ao psiquismo. Por que então, se pergunta o analista alemão, o mesmo não se daria em relação à temperatura corporal, e teríamos a febre de origem psíquica; e perturbações psicogênicas da circulação, do funcionamento das diferentes glândulas etc., já que "não existe separação entre corpo e alma para o inconsciente"³², e este pode lançar mão tanto de um como do outro para seus propósitos.

Muitos casos serão tratados por este médico, utilizando como recurso terapêutico fundamental a investigação dos complexos inconscientes reprimidos. Assim, de um paciente ele descobre que sua febre persistente sobrevinha quando ele visitava a mãe, e após ser decifrada laboriosamente a sua relação com esta, sua doença desaparece. GRODDECK não hesita em designar este sintoma como uma "febre histérica". Para

³⁰ - Idem, pp. 18 e 19.

³¹ - Jornal O Diagnóstico, São José do Rio Preto, SP, Agosto de 1993.

³² - Idem, p. 19.

diversos casos, como eczemas, psoríase, furunculoses, afecções do nariz, ele vai reconhecendo as expressões e ações do Isso e os utiliza tanto na sua experiência pessoal como no tratamento dos seus doentes.

GRODDECK prossegue sua auto-análise, nesse texto, relatando seus distúrbios de sono, sua grande necessidade de dormir por até catorze horas diárias, e posteriormente, já médico, seus estados de semi-adormecimento, e os interpreta como tendências inconscientes de neutralização de impressões desagradáveis. Abordando sua escarlatina aos dezessete anos, que acarretou uma inflamação diftérica de garganta e uma inflamação crônica dos rins, vai se perguntar "por que o Isso foi escolher justamente a inflamação dos rins para policiar minha vida."³³ Correlaciona, então, sua doença a seus complexos sexuais, que também estão na base de uma pneumonia, e quando a tudo isso vem se acrescentar os edemas de retina, ele é obrigado a mudar seu padrão de vida, com restrições para se movimentar e trabalhar, e volta-se para a "vida interior". Por dez anos estas enfermidades conformam o seu caráter, promovendo uma verdadeira "educação pela doença".

Prosseguindo em sua análise, busca as origens de seus sintomas e é conduzido até seus primeiros anos de vida. Afirma que "eles esclarecem por que o inconsciente escolhe certas partes do corpo como pontos de ataque para sua atividade doentia ou, em outras palavras, como pode surgir uma disposição local. Durante a febre provocada pela escarlatina, já se manifestara a tendência do inconsciente a fechar a entrada ao interior do meu ser."³⁴ É bastante instrutiva essa idéia, se pensamos nas freqüentíssimas inflamações de amígdalas das crianças. Para GRODDECK este é um meio preferencial de seu inconsciente para afastar as impressões desagradáveis.

Aos 20 anos ele deve cumprir o serviço militar e sente muita dificuldade de se adaptar ao espírito da caserna. Contrai uma tosse, para expelir as "impressões inaceitáveis", e toma esta experiência como modelo:

"Em quase todas as pessoas, com quem se convive por um certo tempo, pode-se observar de vez em quando algum tipo de tosse, desde os impulsos quase imperceptíveis até os ataques mais fortes que se assemelham à asfixia. Sabe-se que muita gente começa o dia tossindo. Essas pessoas eliminam assim as impressões do sonho, e ao mesmo tempo cospem de dentro de si as pequenas e grandes fantasias do medo e os embaraços do dia que se inicia. Não obstante, o que consegue entrar e parece venenoso ao Isso, ele dissolve e envolve em muco,

³³ - Idem, p. 22.

³⁴ - Idem, ibidem.

joga para fora e ainda por cima cospe. O estranho nesse procedimento é que o inconsciente trata igualmente e equipara os invasores físicos e psíquicos."³⁵

Esta última idéia dá sustentação a qualquer projeto de investigação do que hoje em dia se chama Psicoimunologia, e é, provavelmente, um fecundo ponto de partida para se investigarem as epidemias por vírus e bactérias, e porque uma parcela da população parece imune ao contágio. Para este estudioso, a atividade das vias respiratórias era entendida tanto como resposta aos agentes exteriores como aos pensamentos, conscientes e inconscientes. Doenças alérgicas como a febre do feno deveriam ser compreendidas em seu condicionamento psíquico. "Sou forçado a concluir também que a propensão a qualquer tipo de doenças dos brônquios e dos pulmões é criada pelo inconsciente."³⁶ Mas GRODDECK trata de relativizar o conhecimento que possamos ter de "todas as razões e finalidades da vida inconsciente", e declara que está fazendo uma análise "unilateral", que corre o risco de alterar a visão correta dos fenômenos. Porém insiste que suas idéias tem um valor prático e que, embora rudimentares, podem ser proveitosas.

*"Muitas vezes, basta perguntar pela finalidade que um sintoma poderia ter, para eliminar ou melhorar consideravelmente a sensação subjetiva de doença localizada. O inconsciente responde com admirável precisão que, por exemplo, a rouquidão está aí para forçar a comunicação de um segredo aos sussurros, ou a dor no braço para alertar contra a tendência a um ato violento ou ao roubo, o mau hálito para manter pretendentes à distância, as mãos frias para ocultar um sentimento quente, e enrubescimento para esconder o rosto sob um véu, etc., etc... Uma série de curas repentinas, que atribuímos à sugestão, à influência pessoal do médico, no fundo se devem ao reconhecimento momentâneo do Isso de que a pessoa já não precisa mais dessa ou daquela proteção."*³⁷

Esta formulação original de que, às vezes, basta perguntar pela finalidade do sintoma, encontra ampla confirmação clínica, e em capítulo subsequente daremos vários exemplos de atendimentos psicossomáticos que trouxeram resolução imediata de sintomas localizados.

Porém GRODDECK sabe que a mera eficácia terapêutica não corresponde à compreensão de todos os problemas trazidos pela inter-relação corpo-mente, e que as

³⁵ - Idem, p. 23.

³⁶ - Idem, p. 24.

³⁷ - Idem, p. 25.

questões que o inconsciente levanta, também não podem ser respondidas todas. Sua posição é de bastante humildade quando diz:

*"A expressão de que um Isso, um Deus, governa em nós o corpo e a alma diz tão pouco quanto a idéia de que a vida física e psíquica não passam de formas mutáveis exteriormente, formas de manifestação do Isso. Dizer que as inter-relações entre o corpo e a alma configuram a vida também é uma mera circunscrição do problema, não uma explicação. Afinal de contas, chega-se aqui também à conclusão de que todo o saber é fragmentário, que o x da vida não pode ser determinado, e que não há mais nada a dizer sobre as palavras corpo e alma, a não ser que são termos que não correspondem aos conceitos."*³⁸

A própria questão do inconsciente jamais poderá ser respondida, pois pressuporia uma total apropriação do consciente sobre os conteúdos inconscientes. Também em relação ao total esclarecimento dos condicionamentos psíquicos das enfermidades orgânicas, GRODDECK coloca-se cético. Mas afirma que "o inconsciente não é psíquico nem corporal", e que, para a tarefa médica, importarão os resultados práticos, mesmo que se conte apenas com hipóteses de trabalho. "A questão, portanto, não é saber se podemos afirmar com certeza: a doença surgiu através dessa ou daquela cadeia de pensamentos do inconsciente, mas sim de podermos afirmar que a doença desaparece com a revelação desta ou daquela ligação, ou, dito de outra maneira, se há perspectiva de uma intervenção benéfica nas enfermidades orgânicas, com a ajuda da psicanálise."³⁹

Análise psíquica do sintoma psicossomático

A Psicanálise comparece, em seus tratamentos, como um poderoso fator de liberação das forças de cura, forças inconscientes que podem conduzir às doenças, bem como podem devolver a saúde. Ao lado das intervenções físicas e químicas, tradicionais da Medicina, e sempre em evolução, ele prega o recurso, também tradicional, e segundo LÉVI-STRAUSS⁴⁰, o principal meio das curas xamânicas, da influência psíquica. As intervenções psíquicas praticadas por ele visam "ativar esses fatores de cura do Isso por

³⁸ - Idem, pp. 25 e 26.

³⁹ - Idem, p. 26.

⁴⁰ - LÉVI-STRAUSS, C. - "A eficácia simbólica", in: LÉVI-STRAUSS, C. - *Antropologia Estrutural*, 1975.

meio da psicanálise."⁴¹ O Autor salienta que é um caminho imprescindível o recurso à investigação do inconsciente, não apenas quando o sujeito padece uma neurose, mas quando ele sofre, de qualquer maneira.

*"Pode-se imaginar o processo de recuperação mais ou menos como uma reforma do organismo. O organismo individual tem no próprio inconsciente toda a mão-de-obra e geralmente também todo o material para realizar essa reforma. Se não realizá-la voluntariamente - o que costuma fazer de forma mais ou menos perfeita - isso é sinal de que há algum obstáculo paralisando as forças inconscientes. Talvez haja um muro que deva ser derrubado por fora, ou então montes de entulho que se acumularam e cabe removê-los; vez por outra, também falta material de construção; aí é preciso uma operação cirúrgica, tratamento pela física ou pela química."*⁴²

Observamos como GRODDECK reserva uma parte da tarefa de cura às técnicas médicas correntes, os tratamentos farmacológicos e cirúrgicos e, não obstante, insiste numa investigação etiológica só possível através da análise psíquica. Acredita que o Isso do homem possa ter sido "desvirtuado pela educação e levado a utilizar uma técnica errônea", ou seja, tenha se tornado incapaz de um manejo adequado de suas próprias forças e recursos. Diante disso, é necessária a descoberta desses desvios e das proibições inconscientes, que para ele equivalem aos recalques, para poder reapresentar ao Isso esta situação e permitir-lhe "uma nova decisão"⁴³. Quem faz a cura é o Isso: "O que é necessário é ativar o Isso a exercer sua função", pois "a verdadeira decisão da recuperação ou de permanecer na doença não cabe aos médicos, está exclusivamente nas mãos do Isso, do inconsciente."⁴⁴

O original investigador mostra-se consciente do fato de que suas afirmações causarão estranheza nos médicos e até nos psicanalistas; e de que suas idéias são parciais e incompletas, mas pretende, neste texto fundador, ampliar os limites do tratamento psicanalítico:

"Minha única intenção era manifestar, tão claramente quanto possível, que restrição do tratamento psicanalítico ao terreno da neurose não corresponde aos conhecimentos acerca do efeito da análise. Esses limites são muito estreitos."

⁴¹ - GRODDECK, G. - Op. cit., p. 27.

⁴² - Idem, ibidem.

⁴³ - Idem, ibidem.

⁴⁴ - Idem, p. 28.

A psicanálise não pode e não irá deter-se diante das enfermidades orgânicas. Ainda veremos até onde chega o seu alcance."⁴⁵

Groddeck, hoje

Martin GROTJAHN, o encarregado de escrever o artigo sobre GRODDECK, na obra coordenada por Franz ALEXANDER, *A História da Psicanálise através dos seus pioneiros*, assim resume a sua influência:

*"Muitos homens deram continuidade ao trabalho de Groddeck: a teoria e a técnica do nascimento natural de Grantly Dick Read constituem a confirmação definitiva de algumas das primeiras idéias de Groddeck. John Rosen utilizou a abordagem de Groddeck na 'análise direta' de pacientes esquizofrênicos. Na Suíça, Madame Sechehaye seguiu as formas de raciocínio e de ação de Groddeck em seu método de realização simbólica. Muitas das idéias de Groddeck estão contidas no sistema desenvolvido por Melanie Klein. Uma outra forma ainda de utilizar a técnica de Groddeck resultou no Psicodrama de Jacob Moreno. O trabalho de René Spitz com a depressão anaclítica confirma a intuição de Groddeck e se desenvolve a partir do ponto em que este estacou. Pode notar-se a influência das idéias de Groddeck no trabalho de Géza Roheim."*⁴⁶

Além destes, foi muito grande a influência de GRODDECK sobre FERENCZI, de quem foi médico, e através deste, sobre Michael BALINT, que desenvolveu importantes técnicas de trabalho sobre a relação médico-paciente. Eram seus admiradores confessos Ernst SIMMEL e Frieda FROMM-REICHMANN. No entanto, a maioria dos psicanalistas posteriores ignorou GRODDECK, contribuindo para deixar desconhecida sua obra prima, o *Livro d'Isso*.

⁴⁵ - Idem, ibidem.

⁴⁶ - "Georg Groddeck, 1866-1934, o Analista indômito", in: ALEXANDER, F. et al. - *A História da Psicanálise através dos seus pioneiros*, 1981.

CAPÍTULO 5:

O LIVRO D'ISSO

"O corpo é uma janela para o infinito: é o próprio infinito."

Otávio Paz

Em dezembro de 1921 GRODDECK está concluindo o livro que resumirá suas posições sobre a saúde e a doença, e a forma de integrar a psicanálise a este estudo: *Das Buch von Es*, que será publicado pela Psychoanalytischer Verlag, em 1923. Este livro contém 33 cartas, assinadas por Patrick Troll, um médico "amigo de Groddeck", e se dirige a uma amiga, que seria, na opinião de Michelle Lalive D'ÉPINAY (1988), o próprio FREUD. Utilizando a correspondência entre os dois autores, ela demonstra que os comentários e críticas que FREUD ia fazendo ao texto, GRODDECK os integrava como resposta nas cartas seguintes¹. Parece, no entanto, ter ficado algo insatisfeito com o resultado, "demasiado polido" e desbastado de sua forma original². Seja como for, é o livro que contém todas as idéias essenciais da Psicossomática groddeckiana e, nele, os conceitos psicanalíticos são apresentados de forma a embasar uma atuação psicoterapêutica sobre os pacientes que sofrem males orgânicos.

É um livro perturbador, escrito em uma linguagem direta, até contundente; provoca reações, quase diríamos viscerais, em quem o lê. É escrito coloquialmente, como uma troca epistolar entre duas pessoas interessadas em refletir, de uma forma livre, sobre o significado das doenças, muito mais do que em construir conceitos. No entanto, o pensamento é rigoroso, e delineiam-se inúmeras linhas de pesquisa a partir de seus comentários e exemplos clínicos.

O prefaciador brasileiro, TEIXEIRA COELHO, comenta que ninguém lerá impunemente este livro: "é o leitor quem está em jogo em cada página, profundamente,

¹ - D'ÉPINAY, M.L. - Op. cit., p. 110.

² - TEIXEIRA COELHO, J. - *Prefácio ao Livro d'Issso*. Op. cit. p. XII.

visceralmente, existencialmente." Este comprometimento do leitor deve-se a que GRODDECK o pensou como um instrumento de cura, em si, um livro para ser lido pelos pacientes. TEIXEIRA COELHO salienta que ao prazer da leitura se acrescenta "esse outro prazer, não raro incômodo: a autodescoberta." E, mais adiante:

*"Este livro, numa palavra, é sobre tudo. É sobre o homem, sobre o mundo, sobre a cultura. Sobre tudo, sobre sempre. É uma leitura das lendas, dos mitos religiosos, da família, da doença, do doente, do médico, do sexo, da vida, da morte, dos excrementos, da filosofia. Não adianta insistir na procura das variações: é um livro sobre o homem, um livro sobre tudo isso. Uma revelação, uma operação de encantamento."*³

O evidente entusiasmo do prefaciador acentua que se trata, tanto para ele, como para os apresentadores britânico e francês, Lawrence DURRELL e Roger LEWINTER, de um livro extraordinário, incomum e original, tanto por seu conteúdo como por seu alcance. Entretanto, esta obra sofreu uma verdadeira exclusão de todas as referências sobre Psicossomática, até recentemente.

Demorou também para difundir-se: após uma primeira tradução inglesa, nos Estados Unidos, em 1928⁴, pouco divulgada, há novas edições em inglês em 1949⁵ e 1950⁶, quando sai uma edição na Inglaterra⁷. A primeira tradução francesa é de 1963⁸, seguida em 1973⁹ e 1977¹⁰, com introdução de Roger LEWINTER e re-tradução do título. Em alemão, é re-editado em 1961¹¹. Em português, sai apenas em 1984.

As Conferências Psicanalíticas

O *Livro d'Isso* é, na verdade, o prosseguimento literário do projeto de GRODDECK de transmitir as noções psicanalíticas para um público leigo, visando a um auxílio direto nas dificuldades e sofrimentos acarretados pelas doenças. O germe desse

³ - TEIXEIRA COELHO, J. - Idem, p. XI.

⁴ - *The book of the it*, N.Y. Nervous and mental disease Publishing Company; authorised translation furnished by the author, 1928.

⁵ - *The book of the it*. Introduction by L. Durrell. New York: Random House, 1949.

⁶ - *The book of the it*. Trad. de V.M.E. Collins. New York: Funk and Wagnells, 1950.

⁷ - *The book of the it*. Authorised translation, by V.M.E. Collins. London Vision, 1950.

⁸ - *Au fond de l'homme, cela*. tradução de L. Jumel, Paris: Gallimard, 1963.

⁹ - *Livre du ça*, Paris: Gallimard, 1973.

¹⁰ - *Livre du ça*, Paris: Tel, Gallimard, 1977.

¹¹ - *Das Buch vom Es*, Wiesbaden: Limes Verlag, 1961.

projeto são as *Conferências Psicanalíticas para o uso dos doentes*¹², que só foram publicadas após sua morte, pois ele queria refundi-las antes de publicá-las. Estas Conferências foram pronunciadas entre agosto de 1916 e abril de 1919 em seu sanatório de Baden-Baden e se destinavam a ser um instrumento auxiliar de tratamento. Nelas GRODDECK efetuava longas digressões que podiam partir de qualquer assunto, acontecimento ou detalhe do dia-a-dia, e chegavam invariavelmente em alguma relação entre as produções psíquicas e os processos do adoecer humano. Tinham uma frequência semanal, uma hora e meia de duração, uma secretária tomava notas de sua falas, e seu desenvolvimento era não-sistemático, não-linear e não-causalista. Tratavam-se de associações-livres, partes do processo de auto-análise que GRODDECK realizava, bem como observações analíticas sobre os doentes internados. Para GRODDECK, é necessário lançar-se em busca do autoconhecimento, passando por todas as etapas do reconhecimento de si e da dor para se ter acesso ao Isso.

Michelle L. D'ÉPINAY comenta sobre elas:

*"O tema fundamental das Conferências psicanalíticas diz respeito, de fato, ao conhecimento dos processos humanos e à possibilidade de influenciá-los. Porque a doença faz parte deste processo e a intenção de GRODDECK é procurar deslindá-lo."*¹³ E mais adiante:

"Dando-se em representação a seus doentes, GRODDECK oferece-lhes uma amostra do que consideram irrepresentável e que a doença estigmatiza. Ele torna-se um lugar de projeção do que cada um possui de monstruoso, quer dizer, de não reconhecido como seu. Assim, desvelando sua 'monstruosidade', permite aos pacientes nela reconhecer a sua, evitando que esta os acabrunhe.

*Cuidando dos seus pacientes, reabilita a doença no seu duplo papel; enquanto 'marca' resultante do jogo de forças opostas, ela contém vida e morte ao mesmo tempo, e atinge o ser humano através do símbolo que opera em um dado momento - revelando-lhe um sentido de sua existência. Ponto de encontro daquilo que, no homem, é humano e não-humano, ela marca a contradição íntima deste último."*¹⁴

As Conferências de GRODDECK são o ponto de partida da maioria de seus textos posteriores, e alguns de seus conceitos aí recebem a primeira, e às vezes a melhor, formulação. Mas é no *Livro d'Isso* que ele procurará desenvolver de forma mais articulada seu pensamento. Da mesma forma que em suas palestras, o seu tema central é ele mesmo. É sobre suas próprias produções psíquicas e somáticas que ele se deterá

¹² - GRODDECK, G. - *Conférences psychanalytiques à l'usage des malades*, 1978, 1979, 1981.

¹³ - D'ÉPINAY, M. L. - Op. cit., p. 55.

¹⁴ - Idem, ibidem, p. 59.

projeto são as *Conferências Psicanalíticas para o uso dos doentes*¹², que só foram publicadas após sua morte, pois ele queria refundi-las antes de publicá-las. Estas Conferências foram pronunciadas entre agosto de 1916 e abril de 1919 em seu sanatório de Baden-Baden e se destinavam a ser um instrumento auxiliar de tratamento. Nelas GRODDECK efetuava longas digressões que podiam partir de qualquer assunto, acontecimento ou detalhe do dia-a-dia, e chegavam invariavelmente em alguma relação entre as produções psíquicas e os processos do adoecer humano. Tinham uma frequência semanal, uma hora e meia de duração, uma secretária tomava notas de sua falas, e seu desenvolvimento era não-sistemático, não-linear e não-causalista. Tratavam-se de associações-livres, partes do processo de auto-análise que GRODDECK realizava, bem como observações analíticas sobre os doentes internados. Para GRODDECK, é necessário lançar-se em busca do autoconhecimento, passando por todas as etapas do reconhecimento de si e da dor para se ter acesso ao Isso.

Michelle L. D'ÉPINAY comenta sobre elas:

*"O tema fundamental das Conferências psicanalíticas diz respeito, de fato, ao conhecimento dos processos humanos e à possibilidade de influenciá-los. Porque a doença faz parte deste processo e a intenção de GRODDECK é procurar deslindá-lo."*¹³ E mais adiante:

"Dando-se em representação a seus doentes, GRODDECK oferece-lhes uma amostra do que consideram irrepresentável e que a doença estigmatiza. Ele torna-se um lugar de projeção do que cada um possui de monstruoso, quer dizer, de não reconhecido como seu. Assim, desvelando sua 'monstruosidade', permite aos pacientes nela reconhecer a sua, evitando que esta os acabrunhe.

*Cuidando dos seus pacientes, reabilita a doença no seu duplo papel; enquanto 'marca' resultante do jogo de forças opostas, ela contém vida e morte ao mesmo tempo, e atinge o ser humano através do símbolo que opera em um dado momento - revelando-lhe um sentido de sua existência. Ponto de encontro daquilo que, no homem, é humano e não-humano, ela marca a contradição íntima deste último."*¹⁴

As Conferências de GRODDECK são o ponto de partida da maioria de seus textos posteriores, e alguns de seus conceitos aí recebem a primeira, e às vezes a melhor, formulação. Mas é no *Livro d'Isso* que ele procurará desenvolver de forma mais articulada seu pensamento. Da mesma forma que em suas palestras, o seu tema central é ele mesmo. É sobre suas próprias produções psíquicas e somáticas que ele se deterá

¹² - GRODDECK, G. - *Conférences psychanalytiques à l'usage des malades*, 1978, 1979, 1981.

¹³ - D'ÉPINAY, M. L. - Op. cit., p. 55.

¹⁴ - Idem, ibidem, p. 59.

minuciosamente. Há algumas descrições de sintomas de seus pacientes. As análises são sempre gerais, da cultura, do universal que habita o homem; as referências particulares são extraídas de sua auto-análise. A sua destinatária, a "amiga", posiciona-se em uma relação dialética de conhecimento, solicitando esclarecimentos, demandando concretizações e detalhamentos, exigindo conceituações. Mas Patrick Troll, heterônimo de Georg GRODDECK, não conceitua; no máximo ele assenta, estabelece princípios ou, de preferência, contesta e interroga. O livro todo é um imenso questionamento da natureza humana, da fragilidade e da ignorância do homem.

Apresentaremos o *Livro d'Isso*, carta por carta, resumindo e apresentando em excertos suas principais idéias, procurando sintetizar as principais contribuições de GRODDECK para a elaboração da Psicossomática. O Autor não faz citações, embora remeta-se continuamente a FREUD. Procuraremos referir suas idéias àquelas obras freudianas que, possivelmente, tenham lhe servido de fontes. Não se trata de fazer uma exegese, mas apenas de procurar articular suas contribuições à Psicanálise com o que desta lhe adveio.

CARTA 1 - Posição frente à Ciência e à Medicina

A primeira carta é uma devastadora análise da escolha da Medicina como carreira e dos motivos inconscientes que a norteiam. GRODDECK inicia dizendo que não poderá atender ao pedido de sua amiga para que escreva "coisas sérias, instrutivas, científicas mesmo". Isso lhe é impossível devido a seu sentimento de aversão à Ciência e porque, se lhe for exigido mostrar um grande saber, ele terminaria mostrando "os farrapos que nós, médicos, usamos por baixo da aprovação com que o Estado nos revestiu." Afirma que jamais atribuiu sentimentos de filantropia a esta profissão e que a seguiu unicamente porque sendo seu pai médico, e ele o único filho disposto a seguir-lhe os passos, isso lhe pareceu uma distinção em relação a seus irmãos. No entanto, com ironia ele relata um episódio posterior de sua vida: "Pois a partir daquele momento, passei a imitar conscientemente meu pai, ao ponto de, alguns anos mais tarde, quando

uma de suas velhas amigas ficou me conhecendo, ela ficar maravilhada: 'Tem tudo do pai, menos a genialidade'.¹⁵

Passa a citar fatos de sua infância, em particular sua relação com sua irmã Lina (mais tarde sócia e auxiliar em seu Sanatório em Baden-Baden). Esta irmã padecia uma afecção cardíaca, o que a deixava tanto fragilizada quanto cercada de cuidados que lhe eram negados. GRODDECK acredita que suas brincadeiras infantis com ela foram responsáveis não só pelo contrôle que ele adquiriu sobre seus impulsos de crueldade, como pelo modo que ele, depois, veio a desenvolver sua prática médica: seu interesse pelas manobras suaves da massagem e do tratamento psíquico e seu horror à "sangrenta destreza do cirurgião" e às "misturas tóxicas dos farmacêuticos". Acredita ainda que foram seus cuidados para com ela que lhe acarretaram sua preferência pelos doentes crônicos. Psiquicamente levou-o a adquirir características que o habilitaram para o exercício médico e, em particular, que tiveram influência sobre seu "desejo de fazer os outros sofrer". Ele ressalta: "você tem aqui a essência do médico: uma propensão para a crueldade recalcada ao ponto de tornar-se uma coisa útil, e cujo censor é o medo de fazer sofrer."¹⁶ Este mecanismo foi denominado, posteriormente, por Anna Freud, Formação Reativa.¹⁷

A outra influência básica foi seu pai, que ele tomava como um modelo, até mesmo mimético: "Em medicina, meu pai era um herege, reconhecendo sua própria autoridade, seguindo seu próprio caminho e às vezes perdendo-se nele, a seu bel-prazer. Em relação ao respeito pela ciência, não era possível encontrar qualquer vestígio disso em suas palavras ou atos." Incidentalmente é curioso lembrar que a tese inaugural com a qual Carl Theodor GRODDECK, seu pai, iniciou a prática da Medicina chamava-se *De morbo democratico, nova insaniae forma* ("A doença democrática, nova forma de loucura"). GRODDECK admirava o modo como seu pai desempenhava suas funções, e acompanhou-o em seu ceticismo.

Em relação à sua "aversão pela Ciência", faz uma curiosa digressão sobre o nome Alma, que designa a Universidade (Alma Mater) e que lhe provoca incontrolável antipatia desde que, na infância, perdeu a atenção de sua irmã Lina para uma menina com este nome. Alma Mater é também a designação do Colégio em Pforte para onde GRODDECK foi enviado aos 12 anos de idade e que, segundo seus biógrafos, deixou-

¹⁵ - GRODDECK, G. - *Livro d'Isso*, p. 2.

¹⁶ - GRODDECK, G. - *Op. cit.*, *idem*.

¹⁷ - FREUD, A. - *O Ego e os Mecanismos de Defesa*, 1986.

lhe indelévels marcas de solidão e sofrimentos¹⁸. Mas, Alma Mater, em sua tradução literal, é a Mãe Amamentadora, que para ele remete aos "primeiros e mais terríveis conflitos" de sua vida. Sua mãe só pôde amamentar seu filho primogênito, os outros quatro filhos sendo criados por amas-de-leite. Na vez dele, contudo, a ama-de-leite demorou alguns dias para chegar após seu nascimento, e ele foi amamentado apenas duas vezes por dia. Seu relato: "Minha saúde não foi prejudicada por isso, me disseram depois. Mas quem pode conhecer os sentimentos de um bebê? Ter fome não é uma acolhida agradável para um recém-nascido."¹⁹

Desta experiência traumática ele acredita ter saído relativamente bem mas, a seguir, descreve o trágico destino de tres pessoas a quem o "ódio pela mãe" conduziu: a primeira delas desenvolveu uma intensa hostilidade pela mãe desde que, em sua primeira infância, sofreu o abandono e a indiferença desta, tendo enfraquecido até à beira da inanição. Neste ponto sua mãe se transformou, tornando-se mais atenta e preocupada mas era tarde demais, pois a menina cresceu, forte e sadia, dedicada a uma vingança interminável até à morte da mãe. Mesmo então não cessou, se estendendo a todas as pessoas que lhe recordavam a mãe. Não teve filhos. GRODDECK lança uma hipótese, com aparência de decreto: "As pessoas que detestam a mãe não tem filhos." E, se por um acaso chegam a tê-los, os temem, pois eles podem vir a prosseguir a cadeia fatídica do ódio. De modo geral, segundo ele, casam-se com pessoas que também não podem ter filhos.

Transcrevo literalmente o segundo caso para que se acompanhe a articulação sintética que GRODDECK faz entre as vivências, processos e consequências: "Conheço uma outra; também esta passou fome em seus primeiros dias, logo após o nascimento. Nunca conseguiu admitir o ódio que sentia pela mãe; mas o sentimento de ter matado essa mãe persegue-a sem parar, por mais absurda que essa idéia lhe possa parecer. É que a mãe morreu de uma operação da qual a filha nunca ficou sabendo. Há muitos anos vive sozinha, doente, fechada num quarto, alimentando um ódio geral contra a humanidade, sem ver ninguém, tendo ciúmes de todo mundo e odiando."²⁰ Quanto a si próprio, ele acredita que uma terrível ambivalência desenvolveu-se nele a partir da duplicidade colocada para sua vida afetiva pelo fato de ter uma mãe biológica para amar e uma ama-de-leite, que o alimentava e sustentava. Dividido entre ambas, não encontra respostas e

¹⁸ - GROSSMAN, C. e GROSSMAN, S. - *El Psicoanalista Profano*, 1967. Também, M. L. D'ÉPINAY, Op. cit.

¹⁹ - GRODDECK, G. - *Livro d'Isso*, p. 4.

²⁰ - In: Op. cit., p. 5.

se vê lançado irremediavelmente à dúvida e à descrença. Como poderia, se pergunta, dar valor à Ciência? Além do que, para ele, acostumado com a Fantasia, "a ciência nada mais é do que uma variedade da fantasia, uma espécie de especialidade, dotada de todas as vantagens e de todos os perigos de uma especialidade."²¹

O terceiro caso relatado refere-se a um homem que cresceu sabendo que os pais não o desejavam. Sentiu-se sempre como um estranho e um desconhecido para seus pais. Debaixo de seu olhar acusador, estes terminaram por evitar-se mutuamente. Ele, sob a pressão de seus conflitos e devido às suas dificuldades de manejar suas fantasias, torna-se um alcolatra; e GRODDECK lança esta hipótese para o alcoolismo: "destino frequentemente reservado àqueles que se viram sem afeto nas primeiras semanas de existência." Sua necessidade de beber, durante o tratamento com este médico-analista, se revela ligada à sua história infantil e às lembranças de sua ama-de-leite. Este homem casa-se com uma mulher que também nutre ódio pelos pais e "a fim de ter certeza de que uma criança não acabaria por nascer dele, que o puniria, contraiu uma doença venérea que transmitiu à mulher."²² GRODDECK articula as doenças, as escolhas de vida, e os conflitos nucleares num todo único.

Os conflitos de ambivalência, herdeiros de sua criação, vão lhe deixar outro subproduto: uma aversão incontrolável pelo número tres e por todas as suas variantes. Sua ama-de-leite, ao deixá-lo, lhe dá de presente uma moeda, um "Dreier", no valor de tres *groschen*, que ele se dedica a lustrar, e que é a única recordação dela. Afirma que o número tres passou a "persegui-lo", e que tudo o que se relacionava a ele, fossem os triângulos na escola, ou o Espírito Santo, como parte da Trindade, ou mesmo a política da Tríplice Aliança, passam a representar coisas negativas, das quais ele tenta se afastar, inutilmente. "Quando me ponho a pensar no que foi minha vida sentimental percebo que todas as vezes que deixei meu coração falar acabei chegando em terceiro lugar em relação a duas pessoas unidas por uma certa inclinação; que todas as vezes eu separava de seu companheiro a pessoa que provocava minha paixão e que meus próprios sentimentos em relação a ela começavam a esfriar assim que conseguia essa separação."²³ GRODDECK descreve, com toda a clareza, uma vida libidinal marcada pelo Complexo de Édipo, e pelos "afetos das duplas relações com a mãe e com a ama, bem como a luta resultante da separação." Tornar pública sua auto-análise é o meio que

²¹ - Idem, *ibidem*.

²² - Idem, p. 6.

²³ - Idem, *ibidem*.

FREUD teve que usar quando publicou a *Interpretação dos Sonhos*²⁴ e é o mesmo que GRODDECK faz para apresentar sua Psicossomática.

A primeira carta finda com ele se perguntando se o que escreveu era o que a "amiga" esperava. Se lembramos que se trata de FREUD, relampeja a ironia de GRODDECK subscrevendo-se: "Seu fiel Patrick Troll".

CARTA 2: O homem é vivido pelo Isso

A próxima carta se inicia dizendo que a "amiga" não ficou satisfeita e quer mais objetividade. GRODDECK afirma que pensava ter sido objetivo; falou de si mesmo, mas "minhas experiências são típicas."²⁵ Prosseguirá falando de si, dando exemplos pessoais, porém transferíveis. Em primeiro lugar ele quer frisar que as coisas realmente importantes da vida das pessoas são regidas por **forças inconscientes**, das quais a pessoa nada sabe. GRODDECK apresenta o Inconsciente, tal como ele o concebe:

*"Acredito que o homem é vivido por algo desconhecido. Existe nele um 'Isso', uma espécie de fenômeno que comanda tudo que ele faz e tudo que lhe acontece. A frase 'Eu vivo...' é verdadeira apenas em parte; ela expressa apenas uma pequena parte dessa verdade fundamental: o ser humano é vivido pelo Isso."*²⁶

Este Isso é quase todo inacessível, inconsciente; e é necessário ciência, trabalho e imaginação para acercá-lo. A primeira demonstração da existência dele é a amnésia infantil: ninguém consegue se lembrar "de seus primeiros passos, da maneira como aprendeu a falar, comer, ver, ouvir." As primeiras e mais profundas experiências da vida de qualquer pessoa sobrevivem apenas no inconsciente. E no entanto elas fundamentam a pessoa em tudo que ela virá a ser. "Acredito que a criança que começa a andar pela primeira vez através de seu quarto experimenta sensações muito mais profundas do que um adulto durante uma viagem à Itália."²⁷ GRODDECK se refere a todas estas vivências, como o **tesouro das recordações inconscientes**, e afirma: "caminhamos do mesmo modo como aprendemos a caminhar naquele momento, comemos, falamos,

²⁴ - In: FREUD, S. - Op. cit., pp. 343 a 720.

²⁵ - GRODDECK, G. - *Livro d'Isso*, p. 9.

²⁶ - Idem, ibidem.

²⁷ - Idem, p. 10.

sentimos do mesmo modo como o fizemos então."²⁸ Assim, questões de vital importância são retiradas da consciência e esquecidas, mas ele as valorizará como cruciais para o entendimento posterior dos acontecimentos da vida, e também da morte, de qualquer pessoa.

Se o Isso é o essencial da vida, "nossa própria vida", no dizer de GRODDECK, então permanecemos sempre como crianças, por mais que tentemos parecer adultos: "Examine o ser humano no momento de suas dores mais profundas, de suas alegrias mais intensas: seu rosto se torna infantil, seus movimentos também; sua voz se torna mais flexível, o coração bate como se fosse o de uma criança, os olhos brilham ou se enchem de lágrimas."²⁹. Deixamos de perceber estes sinais, tanto em nós mesmos como nos demais, e mesmo a adotar atitudes hipócritas para negá-los. GRODDECK os aponta, os denuncia: "preste atenção em pessoas completamente absorvidas numa ação qualquer, mergulhadas em meditação, ou então amantes, doentes, velhos; todos, de um modo ou de outro, dão sinais de infantilismo." Sublinhemos a referência aos doentes, é fato sabido que a doença promove o retorno aos padrões infantis de comportamento. Ele insiste que todos retornam ao estado infantil: "A única diferença entre as pessoas é que elas voltam à infância ou tornam-se pueris."³⁰

A seguir, o autor vai se dedicar a uma extensa demonstração da dupla natureza masculino-feminina presente em todos os seres humanos, mas que é sistematicamente negada nas falas e nos pensamentos, "como acontece freqüentemente quando se trata das verdades primeiras."³¹. Na mulher existe o homem, assim como todo homem carrega uma mulher e deseja ter tudo o que uma mulher tem, inclusive, e principalmente, a possibilidade da gravidez e do parto. Considerando inicialmente a linguagem ele lembra as expressões "uma idéia em gestação", problemas são mencionados como tendo "um parto difícil", "ter uma idéia na cabeça", etc., e as toma como uma demonstração das questões que ocupam a humanidade e a levam a produzir mitos, como os de Zeus, na mitologia grega, que gera uma filha, Palas Athena, em sua cabeça, necessitando que Hefesto a rompesse, para poder pari-la. Podemos acrescentar que este é um tema comum a várias mitologias além da greco-romana. Os nossos Yanomami, em sua cosmogonia, acreditam que a humanidade surgiu quando o par de gêmeos primordial, aborrecidos com o tédio da eternidade, geraram o primeiro ser humano; um dos irmãos ejaculou na

²⁸ - Idem, *ibidem*.

²⁹ - Idem, pp. 10 e 11.

³⁰ - Idem, p. 11.

³¹ - Idem, p. 12.

"barriga da perna" do outro, a fecundando. Segundo Cláudia ANDUJAR³², que a colheu, esta origem é inconteste entre todos os povos yanomami. Também entre os Txucarramãe, do Mato Grosso, durante a gravidez da mulher, é o marido quem guarda repouso, assim como é ele quem se encarrega do bebê, após o nascimento. Este fato é descrito, em Antropologia, pelo termo "couvade".

A novidade de GRODDECK é relacionar este fato às doenças, propondo o desejo inconsciente de dar à luz como a base simbólica para a emergência de inúmeros sintomas e de diferentes moléstias. Com ele próprio, este desejo de gravidez trouxe-lhe um inchaço de garganta que durou dez anos, levando ao surgimento de uma excrescência no pescoço, rebelde a qualquer tratamento. Quando, finalmente, sem operação e sem tratamento químico, ele descobriu tratar-se do desejo de seu Isso de experimentar a maternidade, vinculado à sua feminilidade latente, o tumor desapareceu prontamente. As grandes barrigas que alguns homens desenvolvem são, para ele, muitas vezes, a materialização de uma gravidez imaginária, ou da gestação de alguma coisa. Dos casos relatados em sua primeira carta ele descreve que uma delas "atravessa períodos em que seus seios murcham completamente; é quando desperta o homem que existe nela."³³. A outra "fez crescer" uma excrescência com o aspecto de um pequeno pênis entre suas coxas. O homem antes descrito tem inchaços no ventre, cólicas hepáticas que GRODDECK chama de dores do parto e, em especial padece de crises de apendicite, interpretadas por seu médico como o desejo de ser castrado, de tornar-se mulher. O complexo de castração pode, assim, ganhar uma freqüentíssima expressão somática, tantas são as crianças que, em sua fase edípica, vem a ser operadas do apêndice.

Não apenas o ventre, como localização óbvia, permite esta simbolização. Uma pericardite pode representar uma gravidez imaginária do coração; rins, cabeça, pernas, fígado e muitos outros órgãos e localizações anatômicas podem se prestar ao mesmo. Os vermes intestinais permitem inúmeras vezes a gravidez imaginária; uma paciente dele, após uma conversa esclarecedora, "deu a luz" a uma ascáride.

*"Partos e gravidez simbólicos são coisas que existem; tudo acontece no inconsciente e dura um tempo maior ou menor; mas sempre desaparecem quando o processo inconsciente de sua significação simbólica é descoberto."*³⁴

³² - YANOMAMI, 1978.

³³ - GRODDECK, G. - Idem, p. 12.

³⁴ - Idem, p. 14.

Temos aqui a primeira enunciação concreta de uma terapêutica que associa a interpretação aos tratamentos das doenças orgânicas. Principalmente aos sintomas que, tendo sua origem desvendada, podem ser esclarecidos sem qualquer referência a um agente etio-patogênico exterior ao sujeito: "Posso lhe dizer que os sintomas secundários da gravidez, como a náusea, as dores de dentes, têm uma origem simbólica? Que os diferentes tipos de hemorragia, sobretudo as hemorragias uterinas intempestivas, mas também as hemorragias nasais, retais, pulmonares, estão estreitamente ligadas às noções da gestação?"³⁵. Com ainda maior facilidade estas conexões podem se dar nas mulheres e GRODDECK salienta que devem representar, durante e após a menopausa, "um papel primordial nas formas de doença as mais variadas."³⁶

O ponto de partida para possibilitar estas simbolizações são as associações mentais, como por exemplo: criança-verme. Este é um domínio extremamente vasto, que vai das associações mais simples, mais universais, até aquelas extremamente particulares a cada indivíduo. GRODDECK cita as cólicas, os vômitos e as diarreias como representantes primários para o parto e suas dores. Vegetais podem representar a criança: uma couve-flor, por exemplo. Um pepino, além da representação óbvia do pênis, contém em seu interior outros pepinos, que permitem simbolizar os futuros filhos. E assim por diante.

Vemos delinear-se, por trás dos exemplos de GRODDECK, os pensamentos de FREUD, em seu texto de 1908 sobre as "*Teorias Sexuais Infantis*"³⁷: o inconsciente muitas vezes toma o alimento como origem da gravidez. Uma cenoura tanto representa o pênis do pai, como a causa da gravidez da mãe.

O autor salienta que às vezes é longo e trabalhoso o percurso que vai do sintoma até à associação inicial, origem do mesmo, mas que isto é inevitável dada a natureza problemática do Isso, que mistura a seu bel prazer os sexos, as idades e os sentidos.

CARTA 3: O amor e o ódio maternos

Esta carta se inicia assinalando as preocupações da "amiga" quanto ao conteúdo relatado; e com o pedido explícito por "fatos devidamente estabelecidos, instrutivos,

³⁵ - Idem, *ibidem*.

³⁶ - Idem.

³⁷ - In: *Op. cit.*, pp. 1262 a 1271.

científicos". A resposta é que a "amiga" procure então pelos tratados das universidades; e, para a compreensão das suas idéias, utilize a seguinte chave: "tudo aquilo que lhe parecer razoável ou apenas um pouco insólito provém diretamente do professor FREUD, de Viena, e de seus discípulos; o que lhe parecer totalmente fora de propósito é de minha paternidade."³⁸ Há um gozo evidente nesta assunção.

A "amiga" achou um pouco exageradas as afirmações sobre as mães, e exalta o amor materno. GRODDECK propõe que se examine este "mistério insondável", começando pela explicitação de seu oposto: o ódio materno.

*"Em toda mãe, ao lado do amor que ela sente pelo filho, existe também uma aversão por esse mesmo filho. O homem está submetido a uma lei inflexível; ali onde há amor, também há ódio; onde há estima, há desprezo, onde há admiração, há ciúme. Esta é uma lei inelutável, e as mulheres não estão excluídas de seus efeitos."*³⁹

Se abandonamos as convicções do Consciente, percebe-se facilmente a ambivalência constitucional dos seres humanos; e se soubermos seguir-lhe as pistas, poderemos penetrar no desconhecido. A base do ódio materno pode ser encontrada na aversão inicial que sente toda mãe, ou quase toda mãe, pela invasão de seu organismo, representada pelo feto. A mãe reage muito mal, com náuseas, vômitos, mal-estar: "Essas náuseas são causadas pela repugnância do Isso em relação a essa coisa que se introduziu no organismo. As náuseas expressam o desejo de eliminar a coisa, e os vômitos são uma tentativa de pô-la para fora. Por conseguinte, desejo e esboço de aborto."⁴⁰

Também fora da gravidez estes sintomas podem se manifestar a partir das mesmas "relações simbólicas", das mesmas associações do Isso. GRODDECK chama a atenção sobre os fenômenos que permitem fazer a dedução da Teoria Sexual Infantil de que o germe da criança entrou no corpo da mãe através da boca. Expressão disso são as náuseas e a dor-de-dente: "Em relação à dor de dente, o Isso murmura com a voz baixa mas insistente do inconsciente: não mastigue! Preste atenção, cuspa o que está comendo! Na verdade, quando aparece a dor de dente da mulher grávida, o envenenamento através da semente ou do sêmen do homem já é um fato consumado." O inconsciente tenta alcançar simbolicamente o aborto, ou evitar a fecundação, através da dor de dente.

³⁸ - GRODDECK, G. - Idem, p. 17.

³⁹ - Idem, p. 18.

⁴⁰ - Idem, ibidem.

FREUD descreveu, na *Interpretação dos Sonhos* (1900), este simbolismo que conecta a criança ao dente. É a mesma relação presente no *Livro d'Isso*: "O dente é o filho da boca; a boca é o útero no qual ele cresce, do mesmo modo como o feto se desenvolve na matriz."⁴¹ Outra demonstração deste simbolismo são as expressões idiomáticas universais: "lábios da vagina", "lábios da vulva". Eu acrescentaria, a propósito, que em Hospitais Gerais, é prática corrente de alguns ginecologistas recomendarem às suas pacientes, quando não conseguem tomar a pílula anti-concepcional, por náusea, que a coloquem na vagina, onde se dá igual absorção.

A descoberta desta associação permite a este médico-interpretador fazer desaparecer as dores de dente e náuseas de suas pacientes, mediante a tomada de consciência do desejo inconsciente de desaparecimento do feto. "A partir desse momento ela se dá conta de como esses meios pouco servem para o objetivo inconscientemente pretendido e, na maioria das vezes, renuncia a eles."⁴²

O mesmo acontece em relação aos desejos inusitados das grávidas, e aos seus enjôos. Trata-se de um "pensamento mágico", de combater a fecundação mediante a ingestão de certos alimentos, expressando, ao mesmo tempo, o "grande desgosto" que convive com o amor materno.

O ódio à criança também pode se manifestar no celibato e na virtude, dos homens e mulheres. Na relação com o marido, a mulher pode demonstrar de diversas maneiras o quanto o sexo, veículo de gravidez, é fonte de sua infelicidade: "Há muitos homens que, convencidos dessa besteira, e cheios de um temeroso respeito, consideram com admiração esse ser superior habitado por um espírito de imolação e que suporta, pelo amor de suas queridas crianças e de seu companheiro bem-amado, as imundícies do baixo-ventre. (...) E quando enfim se consegue levar o marido a renunciar ao miserável prazer de praticar a masturbação na vagina de sua mulher, é possível atribuir-lhe de mil modos as causas do mau humor, da infância sem alegria dos filhos e das desgraças do casamento."⁴³

E para que servem as doenças? "Sob muitos aspectos elas são agradáveis", afirma o missivista, pois permitem culpabilizar o companheiro, ou companheira, permitem evitar os filhos e o sexo, e muitas outras funções. Permitem até formas perversas de gozo, como o desnudar-se para o médico e ser tocado por outras e diferentes mãos.

⁴¹ - Idem, p. 19.

⁴² - Idem, ibidem.

⁴³ - Idem, p. 20.

GRODDECK cita o caso de uma jovem para quem ele revelou esta "verdade cínica" e que nunca mais sofreu de suas moléstias ginecológicas.

Mas é preciso reconhecer que são intenções inconscientes que regem estas manifestações: "É o inconsciente que atua; mais ainda na escolha da própria doença, no desejo de ficar doente. Esse é um assunto exclusivamente do Isso. É o Isso inconsciente e não a razão consciente que cria as doenças."⁴⁴

Os modernos avanços da Imunologia têm demonstrado (LACAZ, C.S. et al., 1990)⁴⁵ que inúmeras doenças são oportunistas, e que pré-existem suas causas no organismo, muito antes da eclosão de seus sintomas. Assim, por exemplo, estima-se que cerca de 40% da população adulta brasileira seja infectada pelo bacilo causador da tuberculose, porém ele se encontra enquistado, inativo. A queda da imunidade, provocada por diversos fatores, inclusive emocionais, leva à liberação de sua ação patogênica. Do mesmo modo, cerca de 40% das mulheres brasileiras são portadoras sãs da rubéola. O imenso problema mundial da Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida (AIDS), trouxe inumeráveis demonstrações do poder devastador de doenças quase inofensivas em indivíduos com o sistema imunológico preservado, como a monilíase, a candidíase, ou a pneumonia pelo *pneumocystis carinii*, etc... Compare-se, agora, este trecho de GRODDECK:

"É o Isso inconsciente e não a razão consciente que cria as doenças. Elas não provêm do exterior, como se fossem inimigos; são criações oportunas de nosso microcosmo, de nosso Isso, e são tão racionais quanto a estrutura do nariz e dos olhos que são também, produtos do Isso. Ou será que você acha inadmissível que um ser que, com filamentos do sêmen e um óvulo, faz um homem possa também suscitar um câncer, uma pneumonia ou uma eliminação de matriz?"⁴⁶

Neste sentido, mesmo quando o paciente simula uma doença, é seu Isso que está agindo, e são suas motivações inconscientes que devem ser tratadas.

Retomando o problema do ódio da mãe pelo filho, o Autor vai afirmar que a impossibilidade de ter filhos de um casal deve-se basicamente à oposição do Isso de um dos cônjuges. Por exemplo, a mulher inconscientemente "fecha o orifício do útero, produz uma toxina que destrói o espermatozóide, mata o óvulo, etc."⁴⁷. Atualmente, os

⁴⁴ - Idem, p. 21 - grifo meu.

⁴⁵ - AIDS SIDA, p. 55.

⁴⁶ - Idem, p. 21.

⁴⁷ - Idem, ibidem.

GRODDECK cita o caso de uma jovem para quem ele revelou esta "verdade cínica" e que nunca mais sofreu de suas moléstias ginecológicas.

Mas é preciso reconhecer que são intenções inconscientes que regem estas manifestações: "É o inconsciente que atua; mais ainda na escolha da própria doença, no desejo de ficar doente. Esse é um assunto exclusivamente do Isso. É o Isso inconsciente e não a razão consciente que cria as doenças."⁴⁴

Os modernos avanços da Imunologia têm demonstrado (LACAZ, C.S. et al., 1990)⁴⁵ que inúmeras doenças são oportunistas, e que pré-existem suas causas no organismo, muito antes da eclosão de seus sintomas. Assim, por exemplo, estima-se que cerca de 40% da população adulta brasileira seja infectada pelo bacilo causador da tuberculose, porém ele se encontra enquistado, inativo. A queda da imunidade, provocada por diversos fatores, inclusive emocionais, leva à liberação de sua ação patogênica. Do mesmo modo, cerca de 40% das mulheres brasileiras são portadoras sãs da rubéola. O imenso problema mundial da Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida (AIDS), trouxe inumeráveis demonstrações do poder devastador de doenças quase inofensivas em indivíduos com o sistema imunológico preservado, como a monilíase, a candidíase, ou a pneumonia pelo *pneumocystis carinii*, etc... Compare-se, agora, este trecho de GRODDECK:

"É o Isso inconsciente e não a razão consciente que cria as doenças. Elas não provêm do exterior, como se fossem inimigos; são criações oportunas de nosso microcosmo, de nosso Isso, e são tão racionais quanto a estrutura do nariz e dos olhos que são também, produtos do Isso. Ou será que você acha inadmissível que um ser que, com filamentos do sêmen e um óvulo, faz um homem possa também suscitar um câncer, uma pneumonia ou uma eliminação de matriz?"⁴⁶

Neste sentido, mesmo quando o paciente simula uma doença, é seu Isso que está agindo, e são suas motivações inconscientes que devem ser tratadas.

Retomando o problema do ódio da mãe pelo filho, o Autor vai afirmar que a impossibilidade de ter filhos de um casal deve-se basicamente à oposição do Isso de um dos cônjuges. Por exemplo, a mulher inconscientemente "fecha o orifício do útero, produz uma toxina que destrói o espermatozóide, mata o óvulo, etc."⁴⁷. Atualmente, os

⁴⁴ - Idem, p. 21 - grifo meu.

⁴⁵ - AIDS SIDA, p. 55.

⁴⁶ - Idem, p. 21.

⁴⁷ - Idem, ibidem.

médicos afirmam que existe um processo alérgico, inflamatório, "provocado" pelo sêmen, que leva à liberação de enzimas proteolíticas, capazes de impedir a fecundação.

Da mesma forma, um homem, devido a seus conflitos, pode evitar filhos recusando-se ao casamento, ou ao ato sexual completo, ou à ejaculação, ou adquirindo uma doença sexualmente transmissível que o torna estéril ou, finalmente, agindo contra a força vital de seu sêmen. São as razões inconscientes que devem ser investigadas, muito além das causas mecânicas ou bioquímicas da impotência ou da esterilidade.

O domínio do inconsciente, porém, não é fácil de penetrar e, às vezes, o próprio trabalho de procurar as fontes profundas das doenças faz emergir mais do que é possível compreender:

"Como é difícil falar do Isso! Tange-se uma corda qualquer e, ao invés de um som, produzem-se vários, cujas sonoridades se misturam e se calam, a não ser que provoquem outras, sempre novas, até que se produza uma cacofonia incrível em que se perde todo discurso. Pode acreditar, não é possível falar do inconsciente; só se pode balbuciar algumas coisas a respeito dele ou, melhor, indicar bem baixinho isto ou aquilo a fim de que o bando infernal do universo inconsciente não surja das profundezas dando berros discordantes."⁴⁸

Evitar uma gravidez pode equivaler a provocar um aborto e, assim, muitas quedas, acidentes, batidas, etc., são abortos inconscientemente provocados.

Para concluir, GRODDECK vai fazer um importante assinalamento da função benéfica que pode ter a aversão da mãe pelo filho que carrega no ventre: é o parto. Nele é fundamental o desejo da mãe e do filho de se separarem, pois sem a rejeição da criança pela mãe, esta permaneceria no útero e terminaria por morrer. É preciso que a criança também "colabore ativamente com o parto". Este mesmo tema é extensamente discutido nas *Conferências Psicanalíticas*, que ele proferiu em seu Sanatório de Baden-Baden, em especial, a 13a. conferência, do dia 8 de novembro de 1916⁴⁹.

CARTA 4: O inconsciente e o estupro

A quarta carta vai discutir o delicadíssimo tema da violação e do desejo inconsciente do estupro. Inicia-se com a justificativa de abordar o tema do amor materno

⁴⁸ - Idem, p. 22.

⁴⁹ - Idem, pp. 92 a 100.

"pela outra ponta da meada", ou seja, pelo ódio. É que o Autor discorda da apresentação do amor materno como um sentimento inato, ou com a visão popular que o relaciona ao instinto da reprodução, e menos ainda com as concepções que o veem como um sentimento sagrado. "Tudo isso talvez seja verdade, mas eu me surpreenderia se a natureza se baseasse, sem mais, em sentimentos femininos, ou apenas se servisse de sensações que nós, humanos, qualificamos de sagradas."⁵⁰ Propõe então que se busque as origens desse sentimento, observando-se o que acontece nestes dois seres, demasiado humanos, mãe e filho.

O instante inaugural desta relação é o próprio momento da concepção. Para GRODDECK é fundamental o gozo vivido pela mulher neste instante, pois, caso contrário, não haverá a fecundação do óvulo pelo espermatozóide. Mas, e nos casos, tão freqüentes, de gravidez não-desejada, de traições, estupros, etc..? Implacavelmente, ele vai procurar elucidar a vida imaginária das mães que conceberam filhos nestas condições. "O consciente não precisa participar dessa embriaguês; para o Isso, para o inconsciente, esses casos não provam nada."⁵¹. As modificações por que passam as paredes e lábios da vagina, o clitóris e os mamilos nada teriam a ver com a eventual aversão consciente da mulher. GRODDECK propõe que se pergunte aos "médicos de mulheres, aos juízes, aos delinqüentes", mas sobretudo, que se pergunte às próprias mulheres, para confirmar as suas afirmações. "Mas, para conseguir essas respostas, você teria de saber perguntar ou, melhor, saber como ganhar a confiança delas. É somente quando o ser humano está convencido da total falta de desprezo de seu interlocutor, da seriedade com que este observa o mandamento 'Não julgarás...' que ele abre as portas de sua alma."⁵². Outro recurso seria conhecer os sonhos destas mulheres, neles muita coisa haveria para ser lida, desde que fossem considerados psicanaliticamente.

Outra pergunta que, se respondida honestamente, levará a muitas conclusões, é a seguinte: O que determina a virilidade do homem? GRODDECK afirma, com todas as letras, que se uma mulher quiser impedir, consciente ou inconscientemente, a ereção de um homem, de modo algum este conseguiria abusar sexualmente dela. "Essa é uma das armas mais ocultas da mulher, uma arma que ela utiliza sem hesitação quando quer humilhar o homem; ou melhor, o inconsciente da mulher se serve desta arma."⁵³. Ele acredita que "a utilização desse fluido destinado a enfraquecer o homem só pode ser

⁵⁰ - Idem, p. 25.

⁵¹ - Idem, p. 26.

⁵² - Idem, ibidem.

⁵³ - ibidem.

produzido com a ajuda de fenômenos inconscientes que se produzem no organismo da mulher."⁵⁴. Estas afirmações do Autor, muito sérias do ponto de vista social, não justificam, de forma alguma, os casos de violência masculina contra a mulher, mas são, no entanto, em nosso entender, muito importantes para se compreenderem inúmeros aspectos da psicologia feminina. Lembremos da passagem em CERVANTES, em que Sancho Pança, ao socorrer uma mulher que dizia haver sido estuprada, busca o agressor, lhe dá algumas pancadas e o obriga a entregar um saco de dinheiro para a mulher ofendida. Logo após, no entanto, diz ao homem que vá buscar o seu dinheiro; e quando ele volta, todo arrebatado e trazido pelo cangote pela mulher em fúria, diz a esta: "Se você defendesse a sua honra tão bem como defendeu este saco de dinheiro, homem algum seria capaz de abusar de você."⁵⁵.

GRODDECK se debruça sobre os sonhos femininos, indagando pelos sonhos de violação. Pergunta para a "amiga": "Será que você não tem medo, como tantas outras mulheres - e exatamente as que se dizem frígidas - de passear num bosque ou de andar pelas ruas numa noite escura? Eu já lhe disse antes: o medo, a angústia são a manifestação de um desejo: receio de ser violada é desejar ser violada."⁵⁶. Observamos que, aqui, o Autor generaliza a noção de angústia, no quadro das primeiras observações freudianas, em particular das expressas na *Interpretação dos Sonhos*, sem levar em conta as transformações que este conceito sofreu posteriormente, como podemos acompanhar em GREEN (1987)⁵⁷. De qualquer modo, é lúcida a exposição groddeckiana: a mulher abrigaria "o temor e o desejo de descobrir um homem suficientemente forte a ponto de não temer a justiça", um homem capaz de despertar nela o sentimento de "Ser bela, sedutora a ponto de fazer o homem esquecer todo o resto e só pensar em amar"⁵⁸. O medo intenso, as mil ocasiões em que se temeu e fantasiou ataques sexuais seriam, para ele, as expressões do desejo que todas as mulheres teriam; e deve ser conscientizado: "Não é muito bom brincar de esconde-esconde consigo mesma".

O apresentador brasileiro deste livro, TEIXEIRA COELHO, compara⁵⁹ o Autor a um gnomo brincalhão, um Troll, e é neste espírito que GRODDECK insinua para a sua "amiga" que ela se abandone ao devaneio, à fantasia, e acompanhe as imagens que lhe

⁵⁴ - *ibidem*.

⁵⁵ - *D. Quixote de la Mancha*, 1954.

⁵⁶ - GRODDECK, G. - *Idem*, p. 26.

⁵⁷ - *O Discurso vivo - Uma teoria psicanalítica do afeto*, pp. 73-92.

⁵⁸ - GRODDECK, G. - *Idem*, p. 27.

⁵⁹ - TEIXEIRA COELHO, J. - *Op. cit.*, p. XIII.

vão surgindo: "Preste atenção nos galhos secos que estão estalando, estão pulando sobre você, mãos apertam sua garganta, você cai, estão rasgando suas roupas e esse medo atroz... Tente agora ver o homem que está sobre você... É grande, pequeno, moreno, loiro, barbudo, imberbe? Esse nome encantador! Claro, claro, eu sabia que você o conhecia. Você o viu ontem, anteontem, há anos atrás, na rua, no trem, montando a cavalo ou dançando. E aquele nome que lhe atravessou a mente a faz tremer."⁶⁰. E ele propõe a ela: "Sonhe, sonhe.", e nestes sonhos, carregados de desejos, de remorsos e de paixão, as figuras vão surgindo: juizes, príncipes, assassinos, inquisidores, anjos e demonios e, de repente: "Não é sua mãe que está falando?"⁶¹.

Da mesma forma, o estado de inconsciência pode ser revelador se observarmos, tanto numa crise de histeria, como nas pessoas anestesiadas, o quanto de gozo voluptuoso pode se expressar. O parto, em si, pode representar o mesmo gozo, mesmo quando a consciência pretende outros sentimentos. A mulher encontra nele, se consegue deixar de lado os temores que lhe são infundidos desde pequena, a realização de desejo, como num sonho: "Quanto mais grosso for o membro, maior será o extase; durante o parto, a criança bate com seu grosso crânio contra o orifício vaginal, sede do prazer na mulher, exatamente como o membro de um homem; trata-se dos mesmos movimentos de vaivém, de um lado para outro, trata-se da mesma dureza, da mesma violência. Claro que esse supremo ato sexual faz sofrer, e claro que, por isso, ele é inesquecível e constantemente procurado; é o auge de todos os prazeres femininos."⁶².

Para a compreensão da plenitude vivida pela mulher na gestação e no parto, é fundamental precisar o papel que desempenha nela aquilo que FREUD denomina como o Complexo de Castração, e que, embora não seja, aqui, assim nomeado, é o que este pensador alemão quer descrever:

"trata-se de uma eterna sensação de imperfeição que, às vezes mais às vezes menos, fere a mulher em seu amor-próprio. Numa época qualquer de sua vida, mas desde cedo, em consequência de observações pessoais ou de um outro modo, a menina percebe que lhe falta alguma coisa que o homem, o menino, tem. De passagem, não é surpreendente que ninguém saiba quando e como a criança aprende a reconhecer a diferença dos sexos? Mesmo que essa descoberta seja, seria possível dizer, o acontecimento mais importante da vida humana? Essa menina, como estava dizendo, percebe a ausência, nela, de um dos componentes do ser humano e interpreta isso como uma falha em sua natureza. Estranhas associações de idéias estão ligadas a isso; podemos voltar

⁶⁰ - Idem, p. 27.

⁶¹ - Idem, p. 28.

⁶² - Idem, p. 32.

a falar disso, mas todas trazem a marca da vergonha e de um sentimento de culpa. No começo, ainda existe a esperança de que essa falha será consertada por alguma coisa que ainda irá crescer, existe a sensação de que se está apenas, momentaneamente, no prato da balança que está embaixo. Mas esta esperança não se realiza; permanece apenas o sentimento de culpa cujo motivo parece cada vez mais inexplicável, e uma vaga nostalgia, dois sintomas não muito claros, mas de uma força cada vez maior. A vida profunda da mulher será afetada durante muito tempo por isso, como se se tratasse de um tormento sempre presente. Depois vem o momento da concepção, o esplendor da saciedade, o desaparecimento do vazio, da devorante inveja, da vergonha. A seguir, reaparece a esperança de que, em seu corpo, está crescendo uma nova parte de seu ser, isto é, a criança que, ela, não terá aquela falha, a criança que se tornará um menino."⁶³.

Essa criança compraz a mãe, deixa-a grande, simultaneamente orgulhosa e vaidosa, torna-a "nobre", dotada de uma aura sacralizada pelos homens. A dor vivida no parto, e as dificuldades e sofrimentos da maternidade ainda mais a dignificam. Mas GRODDECK é impiedoso com esta representação: "nos sentimos vaidosos por coisas que, como a concepção, são produtos do Isso - ou daquilo que consideramos como uma obra nobre e da qual tampouco somos os autores, como a beleza, as riquezas herdadas, os grandes dons do espírito; em todo caso, a mulher sente-se orgulhosa de ter criado, durante uma noite e com um trabalho divertido, um ser vivo."⁶⁴. E então se pergunta se a Natureza confiaria unicamente nestes sentimentos vãos para a sua tarefa, mostrando que o que chamamos de amor materno é apenas um recurso desta mesma Natureza para conseguir que a mãe cuide adequadamente de seu filho.

CARTA 5: A repressão da sexualidade e o caráter feminino

Nesta carta o signatário começa por um comentário sobre o interesse que as questões do inconsciente começam a despertar em sua interlocutora; principalmente as histórias intercaladas, que lhe parecem "fatos tão sólidos". Mas para ele, estes "fatos" bem poderiam ter sido inventados, pois "são coisas que estão dentro e fora do território da ciência"⁶⁵. Um modelo para esta situação, acrescentaríamos, seria a Banda de Moebius, descrita na Matemática como uma superfície unilátera e não-orientável, ou

⁶³ - Idem, p. 29.

⁶⁴ - Idem, p. 28.

⁶⁵ - Idem, p. 35.

seja, uma superfície onde dentro e fora são um contínuo. Mais tarde retornaremos a esta noção.

À pedido da "amiga", ele conta uma nova história que ilustra o gozo (no sentido comum, sexual) vivido pela mulher no parto. Conta de uma paciente sua, aterrorizada pelo medo do parto e que já havia tido uma gravidez com riscos, devido ao fato do bebê encontrar-se de costas. Em sua segunda gravidez, GRODDECK a orienta sobre a possibilidade do prazer e colhe dela a seguinte fantasia: "O traseirinho é mole e abre caminho mais suavemente e mais comodamente do que a cabeça, tão dura e grossa." Ele lhe diz que ela quer se privar do "maior prazer de sua vida" e, muito profilaticamente, lhe garante que ele vai autorizá-la a se anestesiá-la, "se quiser". Meia hora depois a criança já se virou e se colocou na posição adequada. O parto se processa normalmente e ela agradece por esse "prazer supremo".

Então é hora de abordar o "tema escabroso" da auto-satisfação. Os preconceitos sociais conseguiram tornar o ato "mais natural do mundo" num perigosíssimo sintoma de degeneração. O médico germânico se insurge contra a hipocrisia e o preconceito e declara que quem espalha o medo diante do onanismo comete um "crime contra toda a humanidade"⁶⁶. Diz que da masturbação muita coisa se deriva, e que é preciso considerar atentamente a origem deste prazer. E a origem, recalcada, deste prazer é a "toilete" que toda mãe deve fazer em seu filho. Esta região do corpo concentra muitas excreções, e é necessária uma atenta, e freqüente, operação de limpeza. A criança que chorava e esperneava quando era lavada em outras partes do corpo, aí se acalma, se entrega. "A própria mãe, em pessoa, dá a seu filho lições de onanismo", GRODDECK assinala. "Ela não sabe que está dando um prazer sexual à criança, que está ensinando a criança a se auto-satisfazer, mas o Isso pressente e sabe disso. A ação erótica comanda, na mãe e na criança, a expressão do gozo."⁶⁷.

Uma constatação desta natureza fere em cheio o núcleo do preconceito. É a própria mãe de cada um, esta sacrossanta criatura, que o inicia na auto-satisfação. Esta é uma idéia que FREUD compartilha, veja-se por exemplo a questão das proto-fantasias, com a sedução materna⁶⁸; ou o desenvolvimento das idéias contidas nos "Três Ensaios para uma Teoria da Sexualidade", de 1905⁶⁹.

⁶⁶ - Idem, p. 39.

⁶⁷ - Idem, p. 37.

⁶⁸ - LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.P. - *Vocabulário da Psicanálise*, 1975.

⁶⁹ - In: Op. cit., pp. 1169 a 1237.

É possível afirmar, então, que "esse ato faz parte do destino do homem" e que "nosso mundo humano, nossa cultura são em grande parte edificados sobre a auto-satisfação."⁷⁰. É a hipocrisia que o oculta, muito embora nas populações rurais seja muito fácil constatar-lo. É claro que o Autor fala situado em seu espaço-tempo cultural, e que hoje em dia esta questão já tenha passado por inúmeras transformações e se feito muito mais "visível". De qualquer forma é importante o que GRODDECK assinala sobre as proibições contra a masturbação, dizendo que o "temor das seqüelas" é muito mais perigoso do que a mera perda "de um pouquinho de sêmen, ou dessa umidade da mulher"⁷¹. Ele levanta como hipótese⁷², que estas proibições contra a masturbação tenham surgido em consequência de uma confusão entre a causa e o efeito, quando, no final do século XVIII se começou a tratar dos doentes mentais e se constatou que inúmeros deles, principalmente os "idiotas", se masturbavam com muita frequência. FOUCAULT (1972) comenta o início da instalação e difusão dos Manicômios e se refere da mesma forma aos hábitos sexuais dos internados.⁷³

A auto-satisfação ocorre de diferentes maneiras, inocentes em sua aparência, "na equitação, na gangorra, na dança, na constipação"⁷⁴. Nos clísteres se pode ver que "se trata de atos de cópula simbólica; a mania de limpeza é apenas um subterfúgio através do qual o inconsciente engana o consciente, é a mentira que permite observar, ao pé da letra, as proibições maternas."⁷⁵. Também a cópula pode servir à mesma função: "o ato sexual normal é muitas vezes uma simples auto-satisfação consciente no decorrer da qual vagina e membro são apenas instrumentos de esfregação"⁷⁶. A auto-satisfação precede na história ontogenética ao ato sexual, não é seu sucedâneo.

Quanto ao amor materno, temos aqui sua verdadeira origem: "é exatamente o prazer inconsciente sentido em comum que mais a une à criança, e dar prazer a uma criança, seja sob que forma for, desperta no adulto o amor."⁷⁷.

Para concluir o Autor vai estabelecer uma nítida conexão entre o amor que o indivíduo sente pelos seus órgãos sexuais e o amor que a Natureza determina que ele sinta por seus filhos: "o ser humano ama suas partes sexuais, deve amá-las porque, de

⁷⁰ - GRODDECK, G. - *Idem*, p. 38.

⁷¹ - *Idem*.

⁷² - *Idem*, p. 40.

⁷³ - *História da Loucura na idade clássica*.

⁷⁴ - GRODDECK, G. - *Idem*, p. 38.

⁷⁵ - *Idem*, p. 40.

⁷⁶ - *Idem*, p. 41.

⁷⁷ - *Idem*, *ibidem*.

modo absoluto, é delas que ele recebe todo prazer, toda vida. Esse amor nunca poderá ser grande demais é esse grande amor que o Isso transfere - a transferência é igualmente uma de suas particularidades - para a criança."⁷⁸

Assinalaremos ainda duas importantes idéias que surgem nesta carta. Tratando das "visões voluptuosas" que as pessoas tem durante o ato sexual, GRODDECK aponta que, mesmo com o recalque, não é possível se livrar delas, porque elas "têm de aparecer porque você é um ser humano e simplesmente não pode eliminá-las de seu corpo."⁷⁹. Ou seja, aqui corpo e mente são completamente indistinguíveis; é um pensamento psicossomático radical.

Um segundo ponto é quanto ao funcionamento do Isso: "O Isso, o inconsciente, pensa através de símbolos"⁸⁰. Desta forma estabelece o caráter essencialmente simbólico dos processos inconscientes e se aproxima da célebre formulação lacaniana de que "o inconsciente é estruturado como uma linguagem"⁸¹

CARTA 6: Os símbolos e as associações

Carinhosamente, Patrick Troll chama sua missivista de "querido e austero Juiz" pois lhe critica o prazer com que relata suas "historietas eróticas". Diz que isso lhe é totalmente necessário, pois em sua infância, enquanto caçula, teve que recalcar suas opiniões pois era ridicularizado quando as manifestava. Como qualquer conteúdo longamente reprimido, ele se sente "embriagado de liberdade", e após mais algumas cartas "meio doidas", escreverá madura e sensatamente como um "psicólogo profissional qualquer".

O tema de sua carta é descrever os processos da simbolização e da associação, essenciais à compreensão do funcionamento do Isso.

"Eu lhe disse uma vez que era difícil falar do Isso. Quando se trata dele, todas as palavras e todas as noções tornam-se flutuantes, indecisas, porque é próprio de sua natureza introduzir em cada denominação, em cada ato, uma série de símbolos, e é próprio dele também atribuir, associar a essa série idéias de outro tipo, de modo que

⁷⁸ - Ibidem.

⁷⁹ - Idem, p. 40.

⁸⁰ - Idem, p. 41.

⁸¹ - LACAN, J. - "Função e campo da palavra e da linguagem na Psicanálise". In: *Escritos*, 1978, pp. 101 a 188.

parece bem simples para a razão é, para o Isso, muito complicado. Para o Isso não há noção que seja, em si, delimitada; ele trabalha com ordens de noções, com complexos produzidos através da obsessão com a simbolização e a associação."⁸²

Para exemplificar esta "obsessão de simbolização e associação", GRODDECK tomará o tema da aliança, o anel matrimonial. Diz que é totalmente insuficiente a idéia de que ela represente apenas um elo, uma ligação, ou o "amor eterno, sem começo nem fim". Muito mais importante é a associação inconsciente que relaciona o dedo ao membro viril, e o anel ao hímen: "O anel não deve ser enfiado em nenhum outro dedo que não o do marido, e isso significa o voto de nunca acolher, no anel da mulher, um outro órgão sexual que não seja o do marido."⁸³ Observando o comportamento de homens e mulheres, brincando e mexendo com suas alianças, ele deriva as representações inconscientes, "certos processos secretos da alma e que provam generosamente que o ser humano não sabe o que faz, que um inconsciente obriga-o a desvendar-se simbolicamente, que essa simbolização não brota do pensamento intencional, mas de processos desconhecidos do Isso."⁸⁴

A simbolização é assim elevada a processo constitutivo fundamental, "humanamente inelutável", e juntamente com a associação, constitui-se em matéria básica do Isso. "Os símbolos não são invenções; eles existem, fazem parte dos bens inalienáveis do homem; pode-se mesmo dizer que todo pensamento e toda ação consciente são consequência inevitável da simbolização inconsciente, que o ser humano é vivido e pelo símbolo."⁸⁵ Esta idéia será muitas vezes retomada e desenvolvida, nesta e em outras obras do pensador alemão.

Quanto à associação GRODDECK afirma que "associar equivale a alinhar símbolos" e acrescenta que certas associações se criam automaticamente, tanto a nível individual quanto coletivo. Assim a linguagem demonstra, cotidianamente, através de frases, rimas, volteios, etc., que as aproximações se dão através de associações. As situações e sensações, as mais comuns, demonstram que o processo da associação não necessita de outra coisa além da mera proximidade para ocorrer. Por exemplo, a vontade de urinar, ou espirrar, quando alguém ao lado o fez. Ela se utiliza bastante, também, da antítese, da oposição, "uma vez que todo objeto traz em si seu próprio contrário"; e que

⁸² - GRODDECK, G. - Idem, p. 44.

⁸³ - Idem, ibidem.

⁸⁴ - Idem, p. 45.

⁸⁵ - Idem, ibidem - grifo meu.

no encadeamento dos sentimentos, a ambivalência é a lei. "Mas a vida não seria compreensível sem o conhecimento da limitação de toda manifestação através de seu contrário."⁸⁶

Como exemplos da associação ele vai citar o mar e a micção, o mastro e o pênis, o remar e a cadência amorosa, o pássaro e a ereção, o jato de urina e do líquido seminal e o Eros alado e a invenção do avião. E assinala que embora há muito já se soubesse disso em Medicina e Psicologia, quando FREUD o revelou houve enorme reação, "como se alguém estivesse querendo destruir o edifício da ciência ao descobrir as bases sobre as quais ele se assentava."⁸⁷

A obsessão pela simbolização e pela associação é também a responsável pelos relatos do folclore, pelas lendas, pelos mitos e pelos contos de fadas. Muitos anos antes de Bruno BETTELHEIM escrever sobre a *Psicanálise dos Contos de Fadas*⁸⁸, GRODDECK interpreta a estória de Chapeuzinho Vermelho, e os diversos relatos populares de crianças perdidas nos bosques, como simbolizações da vida sexual. Até mesmo "a vida monacal e o hábito são consequência inconsciente do recuo diante do incesto com a mãe", e ele reconhece que sua "crença nas associações e no símbolo chega até esse ponto e vai mesmo além."⁸⁹

Passando à vida emocional de seus doentes ele relata o caso de uma paciente sua, que sofria de uma aguda neurose cardíaca, além de problemas intestinais e outras perturbações, e a quem ele pôde curar revelando as conexões inconscientes que ligavam seus sintomas a certos sentimentos reprimidos. À partir de um sonho com uma "casa", a paciente passou para "sala de jantar", daí para "talheres" e então para "instrumentos de cirurgia". "Seu marido estava para sofrer uma grave operação do fígado, intervenção chamada de Talma. Do nome Talma ela passou para Talmi (uma espécie de douração) que ela associou com seus talheres, que não eram de prata, mas de Christoffle. Talmi - falso - era também seu casamento, pois aquele marido que ia ser operado, operação de Talma, há muito tempo estava impotente. Também ela era Talmi - falsa - em relação a mim, que cuidava dela. É que ela me havia mentido"⁹⁰. Após 20 minutos de análise, seu coração havia voltado ao ritmo normal e desaparecera a angústia. A análise trouxera à tona seus remorsos pelos seus desejos de morte em relação ao marido. Um ano após,

⁸⁶ - Idem, p. 46.

⁸⁷ - Idem, p. 47.

⁸⁸ - *A Psicanálise dos Contos de Fadas*, 1990.

⁸⁹ - GRODDECK, G. - Idem, p. 48.

⁹⁰ - Idem, p. 49.

retornando a este sonho, ela encontra novas associações, que permitem referir a ela mesma, e à sua infância, os processos inconscientes que estão na origem da sua doença.

GRODDECK se indaga então, perguntas profundas, que constituem o cerne de sua investigação psicossomática:

*"Era por isso (os remorsos) que ela estava recalcando tudo aquilo, não permitindo que aquilo chegasse ao seu consciente, ou será que contraiu aqueles sofrimentos porque seu Isso queria obrigá-la a "associar", porque ele procurava fazer com que subisse à superfície um segredo profundamente guardado desde a infância? Pode ter sido tudo isso ao mesmo tempo; mas para meu tratamento, para a grave afecção que havia feito dela uma infeliz doente, com seus membros atacados por gota, o que me pareceu mais importante foi a última relação, a tentativa do Isso de exprimir um segredo da infância através das associações."*⁹¹

A seguir o Autor toma como tema a Transferência, que para ele é outra das operações características do Isso. Toda pessoa nasce com um certo *quantum* de afeto. Este afeto volta-se inicialmente em sua totalidade para a própria pessoa, e gradualmente, uma pequena parcela deste afeto vai se voltando para fora, para os objetos do mundo exterior. Este processo, GRODDECK não o diz, encontra-se integralmente descrito na *Introdução ao Narcisismo*, (1914) de FREUD⁹². A operação da transferência se inicia com os objetos iniciais da vida afetiva, primariamente a mãe. A atração e a rejeição pela mãe guiam o "universo dos sentimentos" da criança e modelam uma imagem, uma *imago*, que dirigirá "a vida sentimental do ser humano ao longo de toda sua vida."⁹³ Esta *imago* não só determinará as escolhas amorosas, como também será a tendência presente no desejo de dormir, nos desejos de repouso e de proteção, assim como no desejo de morte. É o Isso quem obriga a estas transferências.

Esta carta se encerra com ele pedindo que a "amiga" lhe responda se ele conseguiu explicar claramente o que ele entende por transferência, para poder prosseguir falando sobre o Isso.

⁹¹ - Idem, ibidem - grifo meu.

⁹² - In: Op. cit., pp. 2017 a 2033.

⁹³ - GRODDECK, G. - Idem, p. 51.

CARTA 7: O direito e o esquerdo, ou o direito e o torto

A ironia abre a sétima carta. "A vida já é bastante séria, não é preciso que a gente ainda por cima se esforce por levar a sério as leituras, os estudos, o trabalho ou seja lá o que for."⁹⁴. A "amiga" o criticara por sua falta de clareza. Ele vai tomar a carta recebida dela como ponto de partida para exemplificar a transferência e o recalque.

Ela lhe relatara um encontro casual com uma moça que lhe lembrara sua irmã Suse, já falecida. GRODDECK mostra, interpretando-a, de que ela menciona um anel na sua carta, provavelmente por causa da relação entre o anel, a vagina e as brincadeiras sexuais infantis. Assinala que provavelmente este anel pertenceu à irmã. De outro lado recorda-lhe que ela havia ferido esta irmã, em pequena, com uma tesoura, logo acima do olho esquerdo. Descreve como ela recalcou este acontecimento, que havia sido desencadeado por elogios que haviam feito aos belos olhos da irmã. Porém, ela não foi castigada por isso, e em decorrência, mais tarde, vai ter conseqüências ainda mais sérias, pois "o Isso quer ser punido e quando ele se vê frustrado na felicidade que poderia sentir através do sofrimento, acaba se vingando, um dia; mais cedo ou mais tarde, ele acaba se vingando e certas doenças misteriosas revelam seus segredos quando se interroga o Isso da infância a respeito de palmadas que não foram dadas."⁹⁵. No caso da "amiga", a ausência de punição acarretou um leve estrabismo do olho esquerdo, o mesmo lado que ela havia machucado a irmã, "advertindo-a com isso de que você não mais deveria afastar-se da linha reta, do bom caminho"⁹⁶. Esta mesma associação do direito e esquerdo encontra-se na Bíblia, em diversas passagens. Mais adiante comentaremos esta questão. Outra conseqüência foram "dores de cabeça do lado esquerdo a partir do olho", dores que chamaríamos, sem hesitação, de psicossomáticas.

A seguir GRODDECK se dedicará a outra polêmica: "o prazer que os seres humanos tiram do ato de sofrer ou de fazer sofrer". Partindo dos dois acontecimentos que ele reputa como os mais importantes na vida de todo ser humano, o primeiro ato sexual e o parto, ele vai buscar a origem do prazer da dor.

Sem dar-lhe o nome pelo qual ela é conhecida na Psicanálise, ou seja, **Cena Primária**, o texto descreve como se constituem temores "de fantasmas infantis a respeito da luta entre os pais, dos atos de brutalidade do pai, da ferida sangrante da

⁹⁴ - Idem, p. 53.

⁹⁵ - Idem, pp. 54 e 55.

⁹⁶ - Idem, p. 54.

mãe", temores que subjazem às fantasias de dor na relação sexual. Mas, "o sofrimento faz parte desse instante supremo de prazer"⁹⁷ e se for permitido ao homem e à mulher arrostar este medo, o prazer virá com alegria, e a dor comporá com ambos. "O amor é uma arte misteriosa que só pode ser aprendida parcialmente; e se é governada por alguma coisa, essa coisa é o Isso", escreve belamente GRODDECK. Um grande obstáculo à aceitação desta condição de prazer é a idéia de que isto seja uma perversão. Ele denuncia: "Chamar de perversões essas duas tendências indispensáveis, que existem em toda a raça humana sem exceção e que fazem parte da condição humana tanto quanto os cabelos ou a pele, foi resultado da colossal estupidez de um erudito."⁹⁸ Este livre-pensador acredita que este erro perdurou devido à hipocrisia e que é preciso assumir que "Somos todos sádicos. Somos todos masoquistas; não há ninguém que, por natureza, não deseje sofrer e fazer sofrer: Eros nos obriga a isso."⁹⁹

Ele aponta as pequenas crueldades, masculinas e femininas, os jogos eróticos que causam dor e prazer; mesmo na mulher que amamenta seu nenê pode-se perceber isso: "Durante a mamada, a mulher é o homem que dá; e a criança, a mulher que recebe. Ou, colocando as coisas mais claramente, a boca que suga é a parte sexual feminina que recebe em si a teta à guisa de membro masculino. Existe uma relação simbólica, um parentesco muito próximo entre o ato de mamar e o ato carnal, um simbolismo que vem fortalecer a ligação entre a mãe e a criança."¹⁰⁰

E GRODDECK dá um novo passo na compreensão dos processos inconscientes que podem manifestar-se como doenças apontando que o homem "é concebido na dor" e "nasce no sangue". Disso ele tira as seguintes conclusões: ao nascer o homem passa pelo grande sofrimento de atravessar por um túnel estreito e opressivo **em busca da liberdade e da luz**. Por sua vida inteira ele carregará este anelo de liberdade e esta angústia e medo de sufocar. Um dos seus grandes prazeres será respirar livremente. Um dos seus grandes medos será a noite, e o aprisionamento. O sangue que ele respira enquanto nasce também vai marcá-lo para sempre." O médico que escreve salienta a existência de um ponto no nariz "intimamente relacionado com as zonas sexuais", o que

⁹⁷ - Idem, p. 56.

⁹⁸ - Idem, pp. 56 e 57.

⁹⁹ - Idem, p. 57.

¹⁰⁰ - Idem, p. 58.

lembra as idéias de Wilhem Fliess¹⁰¹. Com sua mãe, o bebê vai estabelecer um "pacto de sangue": "A mãe é o berço e o túmulo, ela dá vida para que a gente morra."¹⁰²

CARTA 8: Édipo revisitado

Esta carta é dedicada à discussão do Complexo de Édipo, mas, como de hábito, se inicia por uma resposta às críticas recebidas de sua correspondente. Esta se mostrara descrente de que as idéias até aqui enunciadas pudessem dar conta daquelas manifestações humanas que vão "contra a natureza".

GRODDECK lhe responde taxativamente: não existe nada contra a natureza, "aquilo que existe é natural"¹⁰³. Acreditar que o homem reine sobre a natureza é apenas megalomania. "Essas 'leis da natureza' são invenções dos homens", e invenções contingentes, que mudam de acordo com as épocas e os povos. Citando FREUD ("um cientista pelo qual tenho a maior admiração"), ele defende a idéia de que o ser humano é "multiperverso". FREUD (1905) falava em "perversidade polimorfa" da criança; GRODDECK a vê "presente em todos os homens"¹⁰⁴, e responsável pelos sentimentos que a consciência combate. Assim é com o amor narcísico, que deve sofrer todo tipo de restrições culturais, mas que sempre deve se expressar.

O Autor comenta que, em nossa sociedade, uma mulher grávida sofre zombarias devido a seu estado. A gravidez também a priva de inúmeros prazeres, sua beleza física é afetada, durante e após a gestação. Ele aponta que "a aprovação e o respeito envolvendo uma grande fecundidade, que antes ajudavam as mulheres soterradas por um bando de crianças a suportar seu destino, não existem mais." Por isso as jovens passam a temer a gravidez, e são educadas para temer todos os aspectos que a envolvem, principalmente a possibilidade de um filho ilegítimo, as dores do parto e da relação sexual, as doenças venéreas e o opróbrio social.

As idéias de GRODDECK, neste ponto, encontram confirmação arqueológica: no período paleolítico, entre 50 mil e 10 mil anos atrás, o homem parece ter apreciado as mulheres de enormes tetas e nádegas, como atestam as estatuetas do período. "Mas seios

¹⁰¹ - Cf. FREUD, S. - *Análisis fragmentario de una Histeria (Caso Dora)* (1905). In: Op. cit., pp. 933 a 1002.

¹⁰² - GRODDECK, G. - Idem, p. 59.

¹⁰³ - Idem, p. 61.

¹⁰⁴ - Idem, p. 62.

caídos e uma barriga flácida são coisas consideradas feias, e é preciso que uma certa civilização esteja orientada na direção da abundância dos filhos para apreciar fenômenos como esses." ¹⁰⁵

Além da perda da beleza, há os filhos, com todos os labores, preocupações e renúncias que eles implicam. "É uma oscilação constante, uma renúncia sempre renovada, que traz consigo suas feridas e sofrimentos." ¹⁰⁶

É o momento de abordar o Complexo de Édipo, "que faz parte das particularidades inevitáveis da vida humana" ¹⁰⁷. Muito embora ele o tome, não em sua forma completa, tal como FREUD lentamente o definiu, com novos desenvolvimentos até o final de sua produção teórica. GRODDECK descreve o essencial da estrutura ilustrando com um caso clínico. Trata-se de uma paciente que, durante sua gravidez, sofrera vômitos, vertigens, hemorragias, edemas na perna e outros sintomas. De pequena havia vivido uma intensa relação de ciúmes e ódio com a mãe, a par de uma intensa vinculação amorosa ao pai. Numa certa ocasião, praguejou e amaldiçoou a mãe, que estava grávida. Pouco depois entrou no tormento de ver a mãe sangrando abundantemente e, após dar à luz, ter de permanecer no leito por vários meses. Acreditou-se responsável pelo que havia acontecido. Eventos paralelos confluíram com esta situação para em sua mente prefigurar, na filha que nasceria dela, a vingadora da mãe. Seus sentimentos de culpa afloraram na forma de angústia durante sua gravidez e, mais tarde, vieram a assumir a forma "curiosamente interessante" de um medo de câncer.

O Autor estabelece inúmeras relações a partir do caso. Vê, por exemplo, que a forma típica em que as feiticeiras são popularmente representadas, ou seja, como belas jovens de cabelos vermelhos, é uma simbolização da moça que há pouco começou a menstruar, e uma expressão do ódio das "mães velhas". Outro assinalamento é quanto ao caráter universal da punição inconsciente. A Lei de Talião impera aqui: a punição deve ser "do mesmo tipo que a falta cometida. Frieda zombou de um inválido, portanto porá no mundo um inválido. Amaldiçoou e ultrajou sua mãe: a criança que carrega na barriga fará a mesma coisa com ela. Quis roubar da mãe o amor do pai: a criança que está por vir lhe reserva o mesmo destino." ¹⁰⁸ A criança pensa que, ao nascer, causou dor e ferimento na mãe, a fez gemer e sangrar; sua filha por isso a punirá.

¹⁰⁵ - Idem, p. 63.

¹⁰⁶ - Idem, p. 64.

¹⁰⁷ - Idem, p. 66.

¹⁰⁸ - Idem, p. 67.

GRODDECK conclui salientando a atividade simbolizadora do Isso: "o Isso nada pode fazer além de simbolizar"¹⁰⁹ Para ele, um dos símbolos básicos que assume o órgão sexual é a figura da mãe, e é por isso que, quando sua paciente Frieda amaldiçoa a mãe, amaldiçoa ao mesmo tempo "sua própria natureza de reprodutora, o fato de ser mulher e mãe"¹¹⁰. E, se tudo isso parecer loucura, ele assevera que "existe algum método nessa loucura."

CARTA 9: O vendedor de retalhos

A nona carta traz uma bela metáfora sobre o conhecimento humano, e sobre o humilde lugar que este pensador imagina ocupar. "A ciência escolar é como uma loja de armarinho que vende coisas para bordados. Ali você encontra os novelos uns ao lado dos outros, linha, seda, lã, algodão, em todas as cores, e cada novelo se apresenta cuidadosamente enrolado; quando você pega a ponta da meada, pode desenrolar tudo bem depressa e sem problema."¹¹¹ Atrás desta loja encontra-se o local onde muita gente trabalha diligentemente com os seus fios, tecendo e compondo, embora nunca nenhuma delas possa trabalhar com a totalidade, e nem sequer chegar ao fim de uma única meada. As pessoas que vêm à loja, por exemplo a "amiga" do Autor, saem satisfeitas levando o seu belo novelo e acreditando que "ficou conhecendo um pedaço da humanidade". Na loja GRODDECK trabalha como vendedor; mas sua mercadoria é "invendável", pois trata-se um fio "que não está bem fiado ou está mastigado e quase arrebitado em vários lugares". Mas há pessoas interessadas nesta mercadoria, talvez gente que acha "um certo prazer na confusão e na irregularidade".¹¹²

Passando ao tema do dia, ele vai abordar o narcisismo infantil. "Há um fato da existência da criança ainda por nascer que sempre se mostrou para mim de um modo particularmente notável: é o fato de ela estar completamente isolada, o fato de ela não apenas ter um mundo só para si como também o fato de ela ser um mundo em si."¹¹³ A situação da criança no ventre a obrigaria a possuir essencialmente apenas um interesse por si mesma. Este é o molde que ela carregará pela vida afora e que constitui o homem

¹⁰⁹ - Idem, p. 68.

¹¹⁰ - Idem, *ibidem*.

¹¹¹ - Idem, p. 69.

¹¹² - Idem, p. 70.

¹¹³ - Idem, *ibidem*.

como padrão de medida para todas as coisas, como já disse Protágoras. Recordando Cristo, ele diz que este homem sábio não mandou os homens amarem aos outros mais do que a si mesmos, mas apenas "como a si mesmos". Sabia que seria uma tarefa irrealizável, um "ideal supremo", e por isso, o limitou. O limite é o amor do indivíduo a si mesmo, a partir do qual é possível passar a amar aos outros. O primeiro amor é aquele dirigido à mãe, porque foi ela quem abrigou o pequeno narcisista em seu seio. Para GRODDECK, "toda nossa vida é dirigida, contra nossa vontade, por esse desejo de voltar novamente para nossa mãe."¹¹⁴ O interior do corpo é a matriz do desejo de estar em segurança, de dormir na própria cama, de entregar-se, sem perturbações. Dirigidos pelo Isso, escreve ele, inventamos a cama e a preguiça, tudo porque amamos a mãe.

Como exemplo ele cita Bismarck. O "Chanceler de Ferro" pouco mencionava sua mãe e quando o fazia, era cheio de rancor. Mas, para o Autor, ele não era outra coisa que um "filhinho da mamãe", pois dois fatos denunciavam o quanto a mãe era o centro de sua vida: a) "ele detestava o trabalho e não parava de trabalhar, sonhava com o descanso e no entanto fugia da inação, pensava sempre em dormir e seu sono era agitado", e b) "ele falava - coisa insólita num homem daquela compleição forte - com uma voz aguda. Para nós, isso é sinal de que algo, naquele homem, havia permanecido pueril, e se erguia contra a vida assim como a criança se ergue contra a mãe".¹¹⁵

O amor pela mãe é hipostasiado por GRODDECK, qualquer outro amor não passará de um reflexo deste primeiro amor. Em um outro trabalho, "*O Anel*" (1927)¹¹⁶, ele analisa a célebre peça de Wagner, *O Anel dos Nibelungos*, e conclui que o essencial da relação que une Siegfried a Brunhilde é que este a toma por sua mãe, e a ama com este amor fatal: "é à mãe que vai nosso amor, e isto que nós amamos em outra, não amamos senão porque isto nos lembra a mãe, sua imago." São quase as mesmas palavras, nesta carta: "Te amo como amei minha mãe e seja qual for o amor que eu demonstre, não passará de um reflexo de meu amor por ela."¹¹⁷ Desta forma, se cunha no indivíduo uma *imago*, ao mesmo tempo que se desenvolve, contra ela, uma resistência. Para defender-se do incesto, o indivíduo passa a desprezar e odiar aquilo que amava. Assim, na pesquisa do funcionamento inconsciente, são fundamentais a análise da transferência e das resistências. E ele conclui: "E para quem trata dos doentes, quer seja cirurgião, parteiro ou médico geral, esse tem de saber que não poderá ajudar seu

¹¹⁴ - Idem, p. 71.

¹¹⁵ - Idem, p. 72.

¹¹⁶ - "L'anneau", in: GRODDECK, G. - *L'Homme, l'art et le Symbole*, 1969.

¹¹⁷ - GRODDECK, G. - *Livro d'Isso*. Op. cit., p. 73.

paciente a menos que consiga utilizar as transferências do doente e reduzir as resistências."¹¹⁸ Exatamente o que FREUD (1912a) defende, por exemplo, nos "Conselhos ao médico no tratamento psicanalítico"¹¹⁹.

CARTA 10: A Castração e a angústia

O final da última carta é o mote para esta. Como médico, ele se defronta incontáveis vezes com os fenômenos transferenciais. Repetindo FREUD (1912b)¹²⁰, ele vai afirmar que a transferência é "o verdadeiro médico"¹²¹. Os pacientes sempre transferem para o médico, principalmente as imagens do pai e da mãe. Um de seus pacientes estava profundamente comprometido nas malhas do Complexo de Castração. Transferia para GRODDECK a imagem de um pai terrível e implacável, que iria inevitavelmente castrá-lo. Atuando analiticamente, o médico tenta trazer à luz a constelação dos afetos envolvidos nas suas relações com o pai e a mãe. Utiliza um curioso artifício: pede ao paciente que xingue, que diga um epíteto ofensivo. O rapaz diz: "Boi!" E GRODDECK: "a palavra boi me diz que meu paciente, num dado momento, sentiu o desejo e a intenção de castrar o pai, a fim de fazer do touro um boi; e que em razão desse desejo ímpio e em virtude da lei do 'olho por olho, dente por dente, membro por membro...' ele receia pelo próprio sexo."¹²² A serviço de que está este desejo de castrar o pai? Não apenas do desejo incestuoso pela mãe, mas também, motivado pela ambivalência, pela "dupla natureza" do ser humano: "Assim, pode ser que ele queira castrar o pai apenas com o objetivo de torná-lo sua amante e, por outro lado, o medo que sente do pai lhe cortar as partes sexuais pode representar um desejo recalcado de ser a mulher do pai."¹²³

O Complexo de Castração é descrito em sua linguagem rica de imagens, como se fosse uma mente infantil em funcionamento. É uma articulação dos Complexos de Édipo e de Castração, elaborados em conjunto com as Teorias Sexuais Infantis: "num dado momento, o garotinho percebe a diferença entre os dois sexos. Em si mesmo, no irmão,

¹¹⁸ - Idem, p. 74.

¹¹⁹ - In: Op. cit., pp. 1654 a 1660.

¹²⁰ - *La dinamica de la Transferencia*. In: Op. cit., pp. 1648 a 1653.

¹²¹ - GRODDECK, G. - Idem, p. 76.

¹²² - Idem, p. 77.

¹²³ - Idem, p. 78.

no pai, ele vê um apêndice, divertido de observar e que se presta a brincadeiras. Na mãe e na irmã ele vê, em compensação, um buraco, onde a carne surge nua, como se fosse uma ferida. Deduz disso tudo, de modo vago e incerto, como convém a seu jovem cérebro, que uma parte do ser humano, aquele rabinho, com o qual todos vêm ao mundo, é retirado, arrancado, invaginado, esmagado ou roído para que possa haver as meninas e as mulheres. É que o bom Deus precisa delas para fazer as crianças. E outra vez, num dado momento, na inquietude em que o jogam essas coisas inéditas, ele se convence que aquele rabinho foi de fato cortado, pois mamãe, em vez de um pipi amarelo, de vez em quando faz, no vaso, sangue vermelho. Isso quer dizer que de vez em quando lhe cortam o fazedor de pipi, aquela torneirinha da qual sai água; a coisa deve acontecer de noite e é papai que opera. A partir desse momento, o garotinho começa a sentir uma espécie de desprezo pelo sexo feminino, uma angústia por sua própria virilidade e uma vontade, cheia de piedade, de preencher o buraco da mãe e, além desse, o das outras meninas e mulheres, com sua torneirinha, uma vontade de dormir com elas."¹²⁴

Atento às críticas de sua "amiga", Troll acentua o quanto tudo isto é obscuro, mas ressalva que é "nas profundezas do inconsciente" que se dão todas as coisas que influenciarão a vida e conclui, em uma forma tão poética, que não podemos deixar de transcrever:

*"É que aquilo que molda nossa vida e nosso ser não é unicamente o conteúdo de nosso consciente mas sim, e numa proporção bem maior, nosso inconsciente. Entre os dois - as regiões do consciente e as do inconsciente - há um filtro e por cima dele, no consciente, ficam apenas as coisas maiores; a areia para a argamassa da vida mergulha nos abismos do Isso; na parte de cima se fixa apenas o joio, enquanto abaixo se acumula o trigo para o pão da vida, bem embaixo, no inconsciente."*¹²⁵

CARTA 11: Incesto e Punição

A décima-primeira carta aprofunda o tema da Castração. A associação que se propõe usualmente entre volúpia e pecado, GRODDECK a apropria para relacioná-la à

¹²⁴ - Idem, p. 79.

¹²⁵ - Idem, ibidem.

castração como punição. Se o mais forte desejo humano é recalcado, repellido e rechaçado, só pode lutar para se expressar nas formas indiretas do sintoma e do símbolo: "a prodigalidade torna-se diarreia, a avareza, constipação; o desejo de engendrar, cólica; o ato carnal torna-se uma dança, uma melodia, uma peça de teatro, edifica-se sob os olhos dos homens em uma igreja, com a ponta masculina de seu campanário, as misteriosas abóbodas do ventre materno"¹²⁶. **O ato sexual tão negado representa tudo o que há de bom e tudo que há de mal no corpo e no destino humanos.** Mas o homem não sabe fazer a mistura do temor, da admiração e da alegria e humor com os quais se deve mirar o Isso.

O amor do filho por sua mãe, por exemplo, expressa uma extraordinária vivacidade, um brilho incomparável, "o que é a sensualidade do adulto comparado com as sensações vivas e com o desejo imoderado de uma criança?"¹²⁷ Porém, este amor ardente, "devido certamente a um ano de desfrutamento corporal comum à mãe e à criança", é ameaçado pela terrível punição da castração. Esta é a Lei Universal, que proíbe o incesto, em todas as culturas. "O incesto com a mãe é considerado o crime supremo, mais grave que o matricídio; é o pecado dos pecados, o pecado em si."¹²⁸ A punição se dá aonde o homem, ou a mulher, pecou: "a mulher através do câncer do seio e do útero, porque pecou pelos seios e pelo abdômen; o homem, pelas feridas, pelo sangue e pela loucura, porque ele feriu, teve maus pensamentos; mas todos são perseguidos pelo fantasma da emasculação."¹²⁹

GRODDECK insiste no fato de que cada ereção representa o desejo pela mãe e, portanto, será sempre acompanhada pela fobia da castração. O relaxamento natural que se segue a cada ereção é uma castração simbólica. A mãe, que tanto estimula as brincadeiras e explorações corporais de seu filho, pune-o imediatamente quando a parte do corpo tocada é o genital. Imprime-se na criança, de modo mais profundo do que qualquer outra experiência, o mandato: "É proibido brincar com sexo!" e de imediato surge este pensamento: "Todo prazer é censurável!"¹³⁰.

Interpretando a origem bíblica do homem, o Autor faz uma curiosa digressão sobre o significado simbólico da costela que é retirada de Adão. Afirma que, além de ser um representante do órgão em ereção, teso e duro como um osso, a costela retirada faz

¹²⁶ - Idem, pp. 81 e 82.

¹²⁷ - Idem, p. 82.

¹²⁸ - Idem, p. 83.

¹²⁹ - Idem, ibidem.

¹³⁰ - Idem, p. 84.

de Adão uma mulher, "uma metamorfose do homem em mulher através da castração"¹³¹. Assim, Adão se torna Eva, tal como corresponde às Teorias Sexuais Infantis sobre a castração e a diferença sexual anatômica, apontadas por FREUD (1925)¹³².

No entanto, apesar da presença da mulher, o homem não se modifica, "ele continua o mesmo, continua a ser o que era: um ser centrado sobre si mesmo, que gosta de si mesmo, que procura seu próprio prazer e o encontra."¹³³. A auto-satisfação prossegue durante a vida toda, não como um sucedâneo para as relações sexuais, mas ao contrário, como origem para estas, substituto delas, e prática humana permanente até a morte. GRODDECK afirma para sua "amiga" que, se ela conseguir ultrapassar a visão do onanismo como vício e ato "contra a natureza", poderia chegar até a considerá-lo como "fonte do bem". Isto porém é muito difícil dado que "seria preciso que você triunfasse sobre a mão de Deus, a mão da Mãe, que um dia veio interromper sua brincadeira prazerosa."¹³⁴

CARTA 12: Enigmas da Feminilidade

A "amiga" responde como se estivesse "possuída", o que leva o Autor a explicar que há entre os dois sexos grandes diferenças no que diz respeito às consequências da castração. Para o sexo masculino, "o fato de ser um homem, de carregar no corpo o cetro da virilidade, de sua soberania, compensa em certa medida o peso da castração."¹³⁵ Esta tarefa é mais difícil para a mulher, que, já castrada, tem inicialmente a esperança de que aquela parte perdida volte a crescer e, depois, desiludida, deve "resignar-se ao sentimento de sua própria inferioridade, e mais: transformar esse sentimento aceitando sinceramente a condição de mulher, com o orgulho e o amor próprios dessa condição"¹³⁶. Esta condição de recalque faria da mulher um ser agitado por correntes inconscientes desconhecidas para o homem.

Uma das marcas principais da castração é representada pela menstruação, o fluxo mensal de sangue que GRODDECK alcunha de "marca de Caim da mulher", e que traz

¹³¹ - Idem, *ibidem*.

¹³² - *Algunas consecuencias psicicas de la diferencia sexual anatomica*. In: Op. cit., pp. 2896 a 2903.

¹³³ - GRODDECK, G. - Idem, p. 85.

¹³⁴ - Idem, p. 86.

¹³⁵ - Idem, p. 87.

¹³⁶ - Idem, *ibidem*.

periódicamente à tona os "venenos recalçados" deste Complexo. Mas o que ele quer discutir sobre este assunto é uma concepção em linha de choque direto contra as normas e costumes usuais. Ele se refere à interdição que pesa sobre as relações sexuais com a mulher durante o "período". Segundo sua maneira de ver, a menstruação corresponde ao cio da mulher, e provoca, tanto nesta como no homem, o desejo sexual. Há uma poderosa atração inconscientemente sentida pelo homem durante estes dias; e esta é a explicação para o fato de que "mais de três quartas partes dos estupros ocorrem durante esse período"¹³⁷. GRODDECK acredita que a mulher possa induzir uma "espécie de estado de loucura" no homem. "Eva corrompe Adão; é assim, foi assim e será sempre assim."¹³⁸ É preciso levantar o véu da repressão para enxergar claramente este complexo emaranhado. É preciso, por exemplo, reconhecer no homem o desejo pelo sangue, a pulsão de crueldade, o gosto de causar e sentir sofrimento. "A crueldade está inelutavelmente ligada ao amor"¹³⁹, ele assevera, e "no centro da vida amorosa está o sangue, o desejo do sangue"¹⁴⁰.

Vista desta forma, a crueldade não é perversão, e as religiões podem ser consideradas por novo ângulo: "A humanidade criou para si mesma um deus que sofreu, pois ela se deu conta de que o sofrimento é o caminho do céu, porque a dor, a tortura sangrenta são, para seu sentimento, divinas."¹⁴¹ E os exemplos não faltam: desde o do ardor sexual com suas violências prazerosas, até a satisfação da criança com as pancadas que recebe, os castigos, os golpes entre companheiros de jogos, os tapas amorosos dos pais e, principalmente, as mil variações do amor. Ele comenta que "todos os idiomas designam o signo da virilidade pela palavra **pau**. E é pelo significado de bater que a conexão inconsciente se estabelece entre o amor e a dor. Muitas brigas de casal são mal interpretadas pelo homem; ele sai e abandona sua mulher, ao invés de servir-se do bastão com o qual foi dotado e "amar cruelmente" a mulher, tão desejosa como ele. O sangue desempenha um papel fundamental nestas motivações. A menstruação pode, então, ser considerada como o "sortilégio do filtro do amor"¹⁴².

Dois outros motivos do Isso determinam a importância da menstruação na relação entre os sexos: em primeiro lugar, pelo próprio fato da menstruação significar a

¹³⁷ - Idem, p. 88.

¹³⁸ - Idem. *ibidem*.

¹³⁹ - Idem, p. 89.

¹⁴⁰ - Idem, p. 88.

¹⁴¹ - Idem, *ibidem*.

¹⁴² - Idem, p. 89.

impossibilidade da gravidez, ela pode ser usada como uma prova da fidelidade da mulher nas ausências de seu companheiro. Mas, ao mesmo tempo, no inconsciente, pode através dela confessar uma culpa. Por outro lado, devido às proibições dos costumes, o orgulho da mulher fica preservado se o homem não a quiser, e, se ele o fizer, desafiando as proibições milenares, então a satisfação é perfeita. Estas manobras do Isso são ardilosas: "Por exemplo, ele produz o aparecimento, na boca amorosa e que deseja um beijo, de um eczema desfigurador; se me beijarem apesar disso, minha alegria será grande; se não me beijarem, não será por falta de amor, mas por desgosto diante do eczema. Esta é uma das razões pelas quais o adolescente, em fase de desenvolvimento, ostenta no rosto pequenas pústulas; é por isso que a mocinha, em seu primeiro baile fica com uma maldita espinha no ombro nu ou na base do pescoço para onde ela sabe que se voltarão os olhares; essa é também a razão pela qual a mão fica fria e úmida quando se estende na direção do bem-amado; é por isso que a boca, desejosa de um beijo, exala um mau hálito; por isso há escorrimentos nas partes sexuais, por isso as mulheres de repente se tornam feias e caprichosas e os homens desajeitados e infantilmente perturbados."¹⁴³

É preciso encontrar uma hipótese que torne compreensíveis todas estas proibições. Revendo os tres interditos que ele vem analisando, ou seja: a proibição do onanismo, o tabu do incesto e, agora, a proibição de relações sexuais durante o período da menstruação, GRODDECK recorre à noção goethiana do Deus-natureza. Seria uma necessidade intrínseca da Natureza estabelecer interditos, para que o homem possa criar artifícios de diversos tipos para poder materializar seus desejos. E então escreve uma das mais belas passagens deste livro:

"Uma coisa é clara: a proibição pode sem dúvida recalcar o desejo, fazer com que se desvie de sua destinação inicial, mas não o destrói. O que faz é apenas obrigá-lo a procurar uma outra maneira de se realizar. E encontra milhares delas, em todas as atividades da vida que você puder imaginar: na descoberta das chaminés ou dos navios a vapor; no manejo do arado ou da enxada; escrevendo versos ou meditando; no amor a Deus ou à natureza; no crime e nos atos de autoridade; nas boas e nas más ações; na religião ou na blasfêmia; sujando a toalha ou quebrando os copos; nos batimentos do coração e na transpiração; na fome e na sede; no cansaço e no vigor; na morfina e na febre; no adultério e no voto de castidade; no andar, no ficar em pé, no estar deitado; na dor e na alegria; na felicidade e no descontentamento. E para justificar, enfim, o fato de eu ser médico, o desejo recalcado se manifesta na doença; a doença em todas suas formas, quer sejam

¹⁴³ - Idem, p. 90.

funcionais ou orgânicas, quer seu nome seja broncopneumonia ou melancolia."¹⁴⁴

Os caminhos da pulsão são estranhos. Se o desejo do homem é excitado pelo sangue da mulher, este impulso desviado inventa armas e guerras, cria aventuras e prodígios. E o desejo da mulher? Movida pelo desejo de auto-satisfação, ela inventa os absorventes higienicos, e inúmeros itens que são o fundamento da civilização: "a higiene, e com isso, os canos de água, os banhos, as canalizações, a limpeza, o sabonete e, além disso, a pureza da alma, pela nobreza de espírito".¹⁴⁵ Nobreza e crueldade, sangue e vida, doenças e prazeres: GRODDECK se indaga sobre os alicerces da vida. E para concluir, com chave de ouro: "Definitivamente, para nós mortais há apenas uma atitude: a surpresa."

CARTA 13: O sentido simbólico das doenças

A extraordinária carta 13 traz o essencial da teoria groddeckiana. Aqui ele fará os assentamentos de seu modelo para uma prática médica renovada, ao mesmo tempo que estabelece as fronteiras de um novo campo de aplicação da Psicanálise. No entanto, começa pela advertência: "freqüentemente não consigo entender as definições, quer venham dos outros ou de mim mesmo."¹⁴⁶

Como médico ele adquiriu o hábito de investigar as finalidades das doenças de seus pacientes. Se uma mocinha desenvolve intensas dores lombares e, ao mesmo tempo, vive o drama do acesso à sua sexualidade num mundo que a condena, GRODDECK conclui que a doença funciona como uma espécie de "ajuda", algo como "a fita que ajuda a manter a máscara no lugar"¹⁴⁷. Saber se a doença tem de fato uma finalidade, ele não sabe dizer, e chega mesmo a proclamar que isto lhe é indiferente. Mas é preciso reconhecer que esta finalidade existe e age, e seu desvelamento pode levar ao completo desaparecimento dos sintomas. Ele logo confessa: "O procedimento é um pouco brutal, até empírico"¹⁴⁸ e ele sabe que os "eruditos" torcerão os narizes e "fingirão ignorar esta prática". Na verdade a ignoraram e a ignoram ainda.

¹⁴⁴ - Idem, p. 91.

¹⁴⁵ - Idem, p. 92.

¹⁴⁶ - Idem, p. 93.

¹⁴⁷ - Idem, p. 94.

¹⁴⁸ - Idem, ibidem.

Seu ponto de partida é o reconhecimento de que uma força, que ele chama o Isso, é capaz de fazer um ser humano a partir dos germes de um espermatozóide e um óvulo. Esta mesma força, capaz de criar o homem, e por seu intermédio, todas as suas obras, por que não seria capaz de criar os desfuncionamentos nos órgãos que gerou? Da mesma forma que ela gera um dedo, ou um cérebro, pode provocar uma pleurisia ou um câncer, e ele então trata de demonstrar este funcionamento: "afirmo ao doente que essa força faz de fato tudo isso, que torna as pessoas doentes a seu bel-prazer por determinadas razões, escolhendo à vontade, e por determinados motivos, o lugar, o tempo e o tipo de doença."¹⁴⁹ Ele não tem meios para provar isto, e não acha necessário que se acredite nisso, mas é preciso afirmá-lo. O paciente é quem deve verificar a pertinácia da observação. Por exemplo, as dores na região do Osso Sacro, podem ser consideradas como emblemáticas do Sagrado, referência à mãe, e podem servir para evitar que a mulher se entregue a relações sexuais, ou que se permita engravidar. Dores de cabeça podem servir para interromper pensamentos; cólicas, enjoos, vômitos e enxaquecas "são representações alegóricas do parto na forma de doença"¹⁵⁰.

Ele propõe uma fórmula geral para investigar o sentido das doenças:

*"quanto mais profundo for o conflito íntimo do ser humano, mais graves serão as doenças, pois elas representam simbolicamente o conflito. E, inversamente, quanto mais graves as doenças, mais os desejos e a resistência a esses desejos serão violentos. Isso se aplica a todas as doenças"*¹⁵¹

O Isso dispõe de incontáveis recursos: a febre, que obriga a ficar na cama; as fraturas, que imobilizam os membros; o desmaio, que eclipsa a percepção e a consciência; o enfraquecimento, e até a morte, quando os conflitos são irresolúveis. Até a morte, tão taxativa e final, é também dotada de significados: "Só morre quem quer morrer, aquele para quem a vida tornou-se insuportável."¹⁵² GRODDECK não abre aqui, sequer a possibilidade da finitude biológica e, a meu ver, exagera, ou talvez se omite... Mas o fundamental é que afirma o reinado de uma força que governa a vida e suas manifestações, e propõe uma prática para "pôr o Isso do paciente em movimento"¹⁵³.

¹⁴⁹ - Ibidem.

¹⁵⁰ - Idem, p. 95.

¹⁵¹ - Idem, ibidem - grifo meu.

¹⁵² - Idem, ibidem.

¹⁵³ - Idem, p. 94.

Suas idéias sobre as doenças são uma transposição quase literal das formulações freudianas sobre o Sintoma Neurótico: "A doença tem uma razão de ser: ela deve resolver o conflito, recalca-lo e impedir o que foi recalcado de chegar ao consciente." Mas sua concepção revela-se, neste momento, mais mecânica que a freudiana, pois desconsidera a sobredeterminação e se faz mais linear que a do mestre: a doença "tem de punir a transgressão da proibição e isso vai tão longe que, segundo o tipo, o lugar e a época da doença, é possível deduzir o tipo, o lugar e a época do pecado que mereceu essa sanção. Quando quebramos o braço é porque pecamos ou queríamos pecar com o braço: assassinar, matar, masturbar-se. Quando alguém fica cego, é porque não queria mais ver, porque pecou com os olhos ou tinha a intenção de fazê-lo; quando alguém fica sem fala é porque tinha um segredo e não ousava contá-lo bem alto."¹⁵⁴

Mais original, e de maior alcance, é a sua concepção da doença como Símbolo:

*"Mas a doença também é um símbolo, uma representação de um processo interior, uma encenação do Isso através da qual ele anuncia o que não se atreve a dizer de viva voz. Em outras palavras, a doença, toda doença, nervosa ou orgânica, e a morte, estão tão carregadas de significação quanto a interpretação de uma peça musical, o ato de acender um fósforo ou de cruzar as pernas. Esses atos transmitem uma mensagem do Isso com mais clareza e insistência do que o poderia fazer a fala, a vida consciente."*¹⁵⁵

Símbolo poderoso da vida, a respiração é também um representante para o coito, como FREUD já apontava na *Interpretação dos Sonhos* (1900). O vaivém, o entrecortado da respiração ganha na doença o aspecto sexualizado que transforma o corpo todo num Phallus. Na agonia da consunção, o que deve ser consumido é o desejo; o corpo tem que se consumir porque está alimentando e simbolizando seus desejos interditados, e precisa aumentar a intensidade do recalque, usando para isso os sintomas da doença.

As palavras podem ser utilizadas pelo Isso para provocar as doenças, fazendo com que o sujeito se atenha aos sons das palavras ou, diríamos hoje, ao significante. Para o Autor, "o Isso se comporta como se não levasse em conta a etimologia; apegase, como o grego inculto, aos sons da palavra e as utiliza para provocar a doença e alimentá-la."¹⁵⁶ Como exemplo ele cita o câncer. Esta palavra desperta um conjunto de

¹⁵⁴ - Idem, p. 95.

¹⁵⁵ - Idem, ibidem - grifo meu.

¹⁵⁶ - Idem, p. 96.

associações inconscientes que levam inevitavelmente à angústia. GRODDECK assinala que o câncer (e atualmente a AIDS) desempenha o papel de fornecer um representante para o medo, para "tornar explicável" para a consciência o surgimento destes sentimentos. Estas associações são as que derivam da conexão câncer-caranguejo: "O caranguejo anda para trás" e "o caranguejo tem pinças cortantes". O câncer associa-se a um movimento de recuo, o recuo das forças vitais, quando o médico é convocado para vir "cortar". Inconscientemente este movimento de recuo é a simbolização do coito, da Cena Primária. Quanto ao cortar não há dúvidas de que ele remete ao Complexo de Castração e toda sua constelação, inclusive ao corte do cordão umbilical, no nascimento.

A conclusão a que ele chega é provocativa: "Com o tempo, fiquei com apenas uma das teorias formuladas a respeito do câncer: a de que, acompanhado por certas manifestações, ele leva à morte. Quando não acaba em morte, não é câncer." E quanto a todos os outros inúmeros casos diagnosticados como sendo de câncer? Para GRODDECK, não resta dúvida: "seria muito interessante interrogar o Isso do paciente."¹⁵⁷

CARTA 14: O Caso do "Homem dos Coelhos"

Esta longa carta é um tributo a FREUD. Traz, em minúcias, a análise de um caso seu, que poderíamos denominar de "O Homem dos Coelhos", por analogia ao "Homem dos Ratos"¹⁵⁸, de FREUD (1909), que ele cita.

Durante 20 anos ele acompanhou em tratamento médico um paciente, que ele denomina D., e que sofria de uma grave doença de pele, uma esclerodermia, espalhada em quase todo o corpo. O tratamento, em sua fase inicial, teve sucesso e o mal regrediu, mas o paciente mal conseguia esticar o braço direito, tinha uma perna mais fina que a outra, sofria taquicardias e enxaquecas, além de sintomas nervosos. Muitas vezes consultou-se com o médico germânico, passando a cada vez algumas semanas em tratamento. Quando iniciou-se a Grande Guerra, seu quadro se modificou: começou a apresentar uma febre diária, que subia muito ao entardecer, e os médicos consultados suspeitaram de sífilis. Mas os exames foram inconclusivos. De repente, seu estado

¹⁵⁷ - Idem, p. 97.

¹⁵⁸ - *Análisis de un caso de neurosis obsesiva. (Caso "El hombre de las ratas")*. In: Op. cit., pp. 1441 a 1486.

melhorou e ele se preparou para retornar ao serviço ativo no Exército. Mas caiu novamente enfermo, com dores de garganta e estado febril. Foi novamente diagnosticado sífilis, embora o teste de Wassermann tivesse resultado negativo. Conquanto fosse tratado, ele piorava, com sua saúde definhando. Veio consultar GRODDECK. Este não se sentiu seguro de abandonar as condutas clínicas que até então adotara e tratou-o com "banhos quentes no local, massagens, um regime cuidadosamente controlado, etc..". Tentou também uma "influência" a nível psíquico, e declarou a seu paciente peremptoriamente que não se tratava de sífilis, mas que "seus males estavam relacionados com seu desejo de partir para o front"¹⁵⁹. O paciente começou a melhorar, mas apresenta uma nova recaída: febre, abscessos, "misteriosos sintomas com acentuado caráter sífilítico". Os exames ora davam resultado negativo, ora duvidoso. Após três meses, inesperadamente, uma melhora completa, a ponto de o médico lhe dar alta e vaciná-lo para o re-engajamento no Exército. Três dias depois ele precisa voltar, ressurgiu a febre. Parte, então, para um tratamento em Berlim e só retorna um ano e meio após, no verão de 1916. Seus sintomas: febre, desmaios, abscessos, distúrbios cardíacos e placas de esclerodermia, além de sintomas de neurose.

Então GRODDECK decide-se: "comecei o tratamento do Sr. D. com a firme intenção de não me deixar incomodar por diagnósticos, terapêuticas físicas ou medicamentosas mas, sim, de analisá-lo."¹⁶⁰. Os resultados vêm rapidamente, em seis meses o paciente já está pronto para partir. Dirige-se à frente de batalha onde vem a morrer apenas dois meses depois.

O tratamento foi uma análise em regra, feita a partir das associações-livres do paciente e mediante a análise de suas resistências e de sua transferência. O trabalho não chegou a seu final, pois não se estendeu a ponto de atingir todas as raízes infantis dos seus complexos recalçados e, provavelmente, o paciente teria recaídas. "Faltava muito para a análise poder dizer-se completa", reconhece GRODDECK. No entanto, é um histórico clínico rico e articulado que ele nos lega.

As primeiras resistências têm por objeto o próprio nome do analista, que o paciente associa ao de alguém mentiroso. Patrik é o nome de um irlandês mentiroso e Georg, seu segundo nome, é associado a um personagem de um romance infantil, e trata-se de "um sedutor, um ladrão". O paciente também estabelece associações com uma gravata de nó mal-feito, que lhe recorda "um escroto flácido e pendente, tal como uma

¹⁵⁹ - GRODDECK, G. - Idem, p. 101.

¹⁶⁰ - Idem, p. 102.

vez vira em seu velho pai", e com os sapatos de sola de borracha que o médico usa, que lhe traziam "velhas indignações infantis". A análise das resistências é fundamental no tratamento:

"O Isso do paciente não quer curar-se de imediato, por mais que a doença incomode o doente (...) Um doente quer ficar doente, e ele se debate contra a cura."¹⁶¹

Analisando este conjunto inicial GRODDECK interpreta o "sentimento de impotência" que domina o paciente. Esta impotência, representada pelo saco flácido e pela borracha dos sapatos associa-se à personalidade mentirosa e ao nome próprio. O paciente odeia o seu prenome, Heinrich, e fazia se chamar por Hans, "porque um vago herói da família tivera esse nome". Mas isto era uma mentira, pois ele não se comportava como herói e "sua doença era uma criação de seu inconsciente temeroso"¹⁶². O nome Georg lhe é insuportável, pois inúmeros Georgs malfetores passaram por sua vida, um dos quais o esbofeteara na escola, sem que o paciente lhe exigisse reparação. Uma nova lembrança emerge, acompanhada de "violentos sintomas mórbidos e uma forte febre": uma vez ele roubou do pai duas medalhas, desejando se apossar de um medalhão que o pai usava e que continha um retrato da mãe de D. "Ele queria roubar a mãe do pai. Édipo", a análise do roubo das medalhas revela que elas simbolizam o rapto da mãe.

No centro de seus sintomas, o Complexo Nuclear, tal como qualquer analista investigaria. A novidade aqui introduzida é que GRODDECK observa que toda vez que as ramificações do Complexo de Édipo são tocadas surgem sintomas mórbidos. Primeiro a febre e depois os sintomas sífilíticos, quando a impotência vai se traduzindo. É o próprio paciente quem o elabora: "Com o tempo, minha mãe tornou-se indiferente para mim. Tive vergonha disso e toda vez que penso nela me esforço por pensar nela com ternura, tento atizar o antigo fervor. E como não consigo isso no plano espiritual, o calor corporal se instala. É meu pai, já idoso quando me engendrou - em minha opinião, demasiado idoso - que acuso por minha impotência. E como não posso puni-lo em pessoa, porque morreu, o puno em seu símbolo de progenitor, aquele que engendra, minhas próprias partes sexuais. Isso tem a vantagem de também me punir por minhas

¹⁶¹ - Idem, p. 102 - grifo meu.

¹⁶² - Idem, ibidem.

mentiras, pois não é meu pai mas eu que sou culpado por minha impotência. Enfim, um sífilítico tem o direito de ser impotente: assim é melhor para ele e para as mulheres."¹⁶³

A doença, supostamente "orgânica", pode então ser tomada em seu caráter de sintoma, expressão dos conflitos inconscientes. O Autor estabelece que o estado doentio representa um retôrno às condições do bebê e, portanto, é uma reativação do vínculo com a mãe, tem origem nela. A duração das doenças, sua frequência e suas variações indicam o grau de dependência da *imago* da mãe.

A impotência de D. liga-se diretamente às suas relações edípicas com o pai e a mãe. Com o pai sua identificação era patente: fisicamente a cada dia ele se assemelhava mais ao pai, chegando a embranquecer totalmente seus cabelos com a idade de 30 anos. Porém este embranquecimento surgia e desaparecia, afastando a hipótese de uma mera característica geneticamente herdada. Seus hábitos e comportamentos, como de modo geral seu caráter, eram os mesmos do pai.

GRODDECK dedica-se então à análise do surgimento e recrudescimento dos sintomas sífilíticos. Parte das idéias apresentadas por FREUD em "Sobre um tipo especial de escolha feita pelo homem" (1910)¹⁶⁴ e verifica que o paciente divide as mulheres em santas e prostitutas, o que serve para tentar protegê-lo do incesto. É este o risco que o faz "inventar" a contaminação sífilítica. A idéia da sífilis surgiu pela pressão do Complexo de Édipo, e poderia tê-lo conduzido, inconscientemente, e como ocorre com muitos homens, a buscar infectar-se. "É mais raro, porém, que essa doença seja inteiramente inventada pelo Isso e que, durante anos, se represente toda uma comédia de sintomas sífilíticos e blenorrágicos. Só vi isso duas vezes: em D. e numa mulher."¹⁶⁵ Esta formulação groddeckiana implica numa controvérsia de enormes proporções: como fazer para diferenciá-las? Como abordá-las, a doença "orgânica" "pura", e aquela elaborada pelo Isso? Médica e psicanaliticamente a questão demanda investigações.

Um indício muito interessante é dado pela análise das circunstâncias que presidem o início de uma doença. GRODDECK sugere que se preste atenção ao começo das enfermidades: **"os primeiros sintomas sempre merecem maior atenção, pois revelam grande parte das intenções do Isso"**¹⁶⁶. Em D. as manifestações iniciais foram a esclerodermia na perna esquerda que se espalhou depois pelo braço direito. O analista propõe a seguinte tradução: a perna esquerda simboliza a intenção de tomar o "mau

¹⁶³ - Ibidem.

¹⁶⁴ - In: Op. cit., pp. 1625 a 1630.

¹⁶⁵ - GRODDECK, G. - Idem, p. 104.

¹⁶⁶ - Idem, ibidem - grifo meu.

caminho"; o braço direito indica que se quer paralisar alguma ação. Quando o paciente tinha quinze anos, sua mãe engravidou, sem que D. percebesse a gravidez. O nascimento do irmão o surpreende e, em sua análise, vêm à tona os recalques que o fizeram "desconhecer" a sexualidade, ocultar de si mesmo as relações sexuais entre o pai e a mãe, e reprimir os sentimentos de ódio fraticida. "É esta idéia de livrar-se do irmão temporão que será em parte a causa da expansão da esclerodermia para o braço direito."¹⁶⁷

Uma "recordação encobridora" (FREUD, 1899)¹⁶⁸ importante é trabalhada na análise: o paciente julga que foi contaminado por uma prostituta que usava um véu, cobrindo-lhe o rosto. Desfeitos os mecanismos de condensação e deslocamento, revela-se por trás desta moça a mãe, que usaria um véu como viúva; e o pai, que lhe teria transmitido hereditariamente a sífilis. Assim, Édipo. Para proteger-se do incesto o sujeito ao mesmo tempo "diviniza a mãe e a rebaixa ao nível de prostituta sífilítica."

Outro nível de conflitos mais profundo então emerge: sua problemática homossexual. Numa ocasião em que o paciente está acometido de forte febre, relata que quando bebia muito costumava sair pelas ruas de Berlim, à noite, para espancar homossexuais. Associando, passa a relatar fantasias de ser atacado por marginais que abusariam dele e o deixariam amarrado a uma árvore "com o traseiro nu e sujo". A interpretação, derivada de seu material: "o ódio com que D., bêbado, perseguia os pederastas, é homossexualidade recalcada; aquele fantasma e a angústia decorrente também são homossexualidade recalcada e o aparecimento da febre dá a medida dos excessos de seu desejo."¹⁶⁹ Esta homossexualidade latente provém de sua ardente afeição ao pai, amalgamada ao ódio e aversão ao mesmo.

Novas recordações brotam: seu costume de atirar em ratos que saem de esgotos, atividade que lhe consumia horas de paciente espera. As idéias recalcadas são o ódio ao irmão e ao pênis do pai, que sai do esgoto-vagina da mãe. Na época em que eclodiram seus sintomas, e durante muitos anos, D. criou coelhos. Costumava observá-los por horas, deixando-os copularem à vontade. Porém, com um certo coelho branco, ele tinha outra atitude: costumava isolá-lo, e quando ele escapava e iniciava relações sexuais com uma fêmea, "D. o pegava pelas orelhas, amarrava-o, suspendia-o por uma viga e chicoteava-o até não conseguir nem mexer o próprio braço. Era o braço direito, o primeiro a ser atingido pela doença." Quando esta recordação emergiu, as placas

¹⁶⁷ - Idem, p. 105.

¹⁶⁸ - *Los recuerdos encubridores*. In: Op. cit., pp. 330 a 342.

¹⁶⁹ - GRODDECK, G. - Idem, p. 108.

esclerodérmicas passaram a diminuir até desaparecer, e o paciente pôde começar a fletir e esticar o braço, após duas décadas em que isto fora impossível. A dor também desapareceu.

O coelho branco representa o pai, e também seu órgão sexual, punido por seus desejos. Seu genital é seu "Hans", o nome que ele se dava, e que é o nome popular para o órgão genital. Sua punição é também devida à masturbação, mas, como já assinalado, as suas recordações de infância foram pouco pesquisadas. A análise se interrompe com a partida de D. para a guerra, onde suas inúmeras fantasias têm tantas ocasiões para materializar-se, de forma trágica.

CARTA 15: A produção dos sintomas

Como explicar o fato de doenças orgânicas poderem ser produzidas por relações entre acontecimentos mentais? A essa pergunta, GRODDECK responde que ele não sabe, que ele apenas constata isto, ou melhor "vive" isso. Seu método, se é que é possível chamá-lo assim, é a eliminação da distinção entre "psiquismo" e "organismo". Ambos são diferentes manifestações da mesma realidade, o *Isso*, do qual ele afirma:

*"para mim, a única coisa que existe é o Isso! Quando uso as expressões corpo e alma, o que quero dizer com isso são modos de revelação diversos do Isso; se preferir funções do Isso."*¹⁷⁰

Em relação às doenças é uma questão de oportunidade e não de capacidade a escolha do tipo de doença que o *Isso* quer provocar. Basta que o corpo esteja vivo para poder adoecer. Se retirarmos aquilo que se chama "alma", ou "psiquismo" o corpo já não adoece, morre. Quanto à origem das doenças, o que o seu método lhe revelou é que elas estão sempre associadas ao processo do recalque. "Para mim, o problema colocado pela origem dos sofrimentos orgânicos é insolúvel. Sou médico e, por isso, a única coisa que me interessa é que o ato de desemaranhar o recalque provoca uma melhora no estado do paciente."¹⁷¹ Ou seja, sua saída é a de um médico prático, mas que, felizmente para a Ciência, também tem interesse em compreender os mecanismos dos fenômenos que estuda, e trata.

¹⁷⁰ - Idem, p. 112.

¹⁷¹ - Idem, p. 114.

Buscando a relação entre o recalque e a doença orgânica ele descreve processos que se assemelham muito às modernas descrições sobre o "stress". Para demonstrar experimentalmente sua concepção ele pede que a "amiga" tente reprimir um pensamento qualquer, por exemplo, a idéia de um chapéu: "não lhe será possível reprimir o pensamento do chapéu sem uma contração dos músculos abdominais. E talvez outros grupos de músculos se juntarão a esse esforço de repressão; sem dúvida será a parte superior do ventre que o fará: ela é sempre utilizada para cooperar em todo trabalho de tensão, por menor que seja. Disso resultará inevitavelmente uma perturbação em sua circulação sangüínea. E através do grande simpático, essa perturbação alcançará outros setores do organismo, começando pelos mais próximos: intestinos, estômago, fígado, coração, órgãos respiratórios."¹⁷² E, logo adiante: "Agora imagine que esse fenômeno, aparentemente insignificante, se repita umas dez vezes ao longo do dia. Isso já será alguma coisa. Mas se acontecer vinte vezes por hora, você se verá num rebuliço de desordens mecânicas e químicas que não é nada agradável de ver. Reforce a intensidade e a duração dessa tensão."¹⁷³ Assim, perturbações nos mais diferentes órgãos e funções podem advir devido aos "envenenamentos químicos" provocados pela ação do recalque.

O que mais o surpreende não são estes efeitos de adoecimento, mas sim a forma como o Isso consegue, na maior parte do tempo, escapar de tantos problemas. Exemplar é a sua descrição de um órgão e função bastante importantes: "Pense no olho. Quando ele vê, transforma-se no teatro de toda uma série de processos diversos. Mas quando proíbem que veja e quando mesmo assim ele vê, não se atreve a transmitir suas impressões ao cérebro. Neste caso, o que pode acontecer com ele? Se for obrigado mil vezes ao dia a omitir o que percebe, não é admissível que acabe por se cansar e diga: 'Vou tornar as coisas mais cômodas: se não posso ver, ficarei míope, alongarei meu eixo. E se isso não bastar, provocarei um derramamento de sangue na retina e ficarei cego.'¹⁷⁴

Quanto ao tratamento das doenças, este médico repete que seus pontos de apoio são a transferência e a resistência, e cita textualmente FREUD, que as considerava como a base para o tratamento psicanalítico. Utiliza a comparação que este usou nas Conferências na Clark University (1910)¹⁷⁵, do Consciente como um salão onde um porteiro atua para permitir ou recusar o acesso das pessoas. A resistência é o principal

¹⁷² - Idem, *ibidem*.

¹⁷³ - Idem, p. 115.

¹⁷⁴ - Idem, *ibidem*.

¹⁷⁵ - *Psicoanálisis. (Cinco Conferencias pronunciadas en la Clark University, Estados Unidos. In: Op. cit., pp. 1533 a 1563.*

alvo do médico, e para vencê-la ele propõe o caminho do auto-conhecimento e da análise das próprias resistências. Não chega a propor que o médico submeta-se a uma análise, como hoje em dia consideráramos imprescindível, mas salienta suficientemente que "é preciso dar uma olhada nos cantos e recantos, nos porões, nas reservas do seu eu, encontrar a coragem necessária para se suportar, suportar a própria infelicidade, ou melhor, sua própria humanidade."¹⁷⁶

Declarando-se "bem pouco instruído nesse assunto" do tratamento, ele diz ter a "vaga idéia" de que libertar o recalcado seja importante para a cura, embora não seja o seu mecanismo. Acredita ser possível que apenas movimentando o inconsciente, mesmo sem conseguir trazer à consciência tudo o que foi recalcado, já possa significar uma melhora. Por analogia com o "salão" que FREUD mencionou, GRODDECK diz que o acesso pode ser franqueado para um determinado conteúdo, ou para outro assemelhado, ou mesmo pode ocorrer de o Inconsciente se desinteressar de entrar ali, devido ao "ambiente correto e tedioso", e poder permanecer fora, inconsciente mesmo, "desde que houvesse ali lugar para ele." Esta analogia, tão groddeckiana, abre o caminho para concebermos a saúde como liberdade do Isso.

CARTA 16: A atividade simbolizadora

A décima-sexta carta prossegue a análise do significado dos sintomas somáticos e vai abranger três temas: a) o chamado "mal do escritor", b) o significado dos acidentes e fraturas, e c) as relações entre a volúpia e a morte.

Partindo da auto-análise que ele realiza no momento em que escreve esta carta, ou seja, livre-associando, ele se vê com a extremidade dos dedos frias e com um estado de inquietação que devem significar a sua hesitação em escrever, e o seu temor de "escrever bobagens". Suas lembranças o conduzem a pessoas atacadas pelo "mal do escritor", para o qual se faz a seguinte interpretação: "A caneta representa as partes sexuais do homem; o papel, a mulher que concebe; a tinta é o sêmen que escapa num rápido movimento de vaivém da caneta. Em outras palavras, escrever é um ato sexual simbólico. Mas ao mesmo tempo é o símbolo da masturbação, do ato sexual imaginário."¹⁷⁷ Prosseguindo nesta análise ele refere que a escrita gótica é mais difícil

¹⁷⁶ - GRODDECK, G. - Idem, p. 116 - grifo meu.

¹⁷⁷ - Idem, p. 121.

que a comum porque exige mais movimentos de vaivém; que a caneta pesada é preferível à mais leve ou ao lápis, que representariam um "pênis pouco satisfatório"; por outro lado o lápis "tem a vantagem de suprimir a perda do sêmen". A máquina de escrever representa um novo deslocamento, evitando o contacto direto com a caneta-pênis. Por outro lado o tinteiro remete às imagens de um buraco negro e profundo, e é um "símbolo materno"; ao mesmo tempo que metaforiza o inferno: "os caracteres, esses diabinhos pretos, se empurram para fora do tinteiro, esse ventre do inferno, e nos informam sobre a existência de íntimas relações entre a idéia da mãe e o império do Mal."¹⁷⁸ Este médico, embora se queixe das artimanhas do Isso, que o fazem ver estes parentescos, declara haver livrado um amigo do torturante hábito de levar suas cartas dez vezes ao Correio, sem conseguir enviá-las, mediante a interpretação do simbolismo da escrita e do envelope. Trazendo à tona as representações inconscientes, "eu consegui, em meia hora de conversa, libertá-lo desse sintoma de sua doença, mas não da própria doença."¹⁷⁹

As doenças, quando não dissociadas em "psíquicas" e "orgânicas", demonstram-se como criações do Isso, "criações desejadas e provocadas pelo Isso"¹⁸⁰. A dificuldade da Medicina em efetuar esta compreensão prende-se, segundo ele, à dificuldade dos médicos em reconhecer suas limitações e "deixar que o público entreveja nossa ignorância, a fim de afastar de nós essa prova desagradável de nossa incapacidade."¹⁸¹

E quando se trata de acidentes, fraturas por exemplo, GRODDECK assinala a imensa importância de indagar-se pelo sentido deste acontecimento: **Em que momento sobreveio? O que estava acontecendo? O que se estava pensando e sentindo?** Pode, assim, demonstrar como uma "fratura de braço foi uma tentativa bem sucedida de salvar uma moralidade hesitante"¹⁸²; um acidente pode representar uma auto-punição, exatamente no membro que cometeu um ato proibido; ou uma incapacidade pode evitar inúmeras situações reais e imaginárias. Seus exemplos recordam bastante a *Psicopatologia da Vida Cotidiana*, (FREUD, 1901)¹⁸³. Ele cita também um paciente cuja fratura provocava certas dores três anos após ter ocorrido, e sua análise fez surgir "um complexo de masturbação bem acentuado, em cujo terreno vieram se alojar

¹⁷⁸ - Idem, *ibidem*.

¹⁷⁹ - *Ibidem*.

¹⁸⁰ - Idem, p. 122.

¹⁸¹ - Idem, *ibidem*.

¹⁸² - *Ibidem*.

¹⁸³ - In: Op. cit., pp. 755 a 932.

fantasmas de morte"¹⁸⁴. A morte se liga ao onanismo, já desde sua referência bíblica, pois Onan é punido assim.

Mas a morte, em si, esta "fuga para fora do corpo", esta "renúncia ao eu", liga-se primariamente à volúpia, ao êxtase, ao gozo, quando "se morre no outro". O homem morre na mulher, e ascende aos céus ou cai nos abismos do inferno, "pois céu e inferno derivam da morte do homem no ato sexual, da emergência de sua alma na matriz da mulher, seja com a esperança de uma ressurreição na forma de uma criança ao final de três vezes três meses, seja com a angústia de ser vítima do inextinguível fogo do desejo."¹⁸⁵ Portanto amor e morte são uma e a mesma coisa, embora seja impossível ao homem civilizado consentir com este "aniquilamento simbólico". O Autor supõe que talvez as convulsões histéricas sejam uma espécie de "delírio onanista", e que os casos de morte no momento do gozo sejam a vivência desta simbólica "morte de amor". A carta conclui pedindo que leiamos nas entrelinhas o que ele deixa subentendido, devido à "hesitação que sinto ao escrever-lhe"¹⁸⁶. Teria ele recebido uma carta demasiado severa de sua "amiga"-Freud?

CARTA 17: Verdades

Mas, incorrigível, Troll inicia sua próxima carta com ironia, dizendo que a "amiga" não deve dar importância excessiva às suas "suposições". Afirmo que, para ele, suas idéias só têm valor enquanto ferramentas, são apenas **instrumentos de trabalho** sobre o Isso. Cita a frase de Jesus à pergunta de Pôncio Pilatos sobre a verdade: "A verdade não está nem no céu, nem na terra, e tampouco entre o céu e a terra."

Uma destas idéias, hipótese que pode ser verdadeira ou falsa, é a de que o Isso não discrimina entre a queda física e a queda moral do ser humano. Desde o Pecado Original, descrito como uma Queda, o Isso parece sempre ser conduzido a identificar um tombo como uma advertência a uma caída, no sentido do erro, do pecado ou da condenação. Por isso as vertigens devem ser investigadas, pois podem representar uma hesitação moral. É preciso, porém, ter extremo cuidado para não julgar, nem a si mesmo

¹⁸⁴ - GRODDECK, G. - Idem, p. 123.

¹⁸⁵ - Idem, p. 124.

¹⁸⁶ - Idem, ibidem.

e nem aos outros; mesmo que isso seja inevitável, pois "o homem sempre emitirá juízos, isso faz tanto parte dele quanto seus olhos ou seu nariz."¹⁸⁷

Outra dessas hipóteses ele retira da "escola de FREUD". Trata-se da mitologia pessoal que todo ser humano constrói, e que FREUD descreveu em *A novela familiar do neurótico*, de 1908¹⁸⁸. GRODDECK a chama de "romance familiar" e descreve uma de suas formas como consistindo, essencialmente, na crença de que o sujeito não descende de seus pais, mas de algum importante personagem, tendo sido raptado e criado por pais adotivos. Tal mito baseia-se no narcisismo infantil e é recalcado, reaparecendo posteriormente nas formas simbólicas das lendas, das fábulas e dos sintomas neuróticos. O médico germânico vai demonstrar, com um caso clínico, que o "romance familiar" também pode estar na base de graves formas de doenças somáticas incapacitantes.

Uma paciente padecia de inflamações crônicas nas articulações que, desde sua puberdade, a tinham deixado incapaz de dobrar os cotovelos, os joelhos, os pulsos e dedos. Não podia virar a cabeça, ou abaixá-la; tinha as mandíbulas trancadas; não podia erguer os braços, e nem afastar as pernas uma da outra. Permaneceu no leito por dois anos, sendo alimentada por outras pessoas. Seu diagnóstico foi de tuberculose articular e, posteriormente, de artrite deformante (incidentalmente, devemos assinalar que conhecem-se, atualmente, mais de cem diferentes tipos de artrite, e que sua causa permanece desconhecida¹⁸⁹).

Após vários anos de tratamento, submeteu-se à investigação de GRODDECK e, então, "voltou a andar, come sozinha, cuida do jardim, sobe escadas, dobra as pernas sem dificuldade, vira e abaixa a cabeça à vontade, pode afastar uma perna da outra quanto quiser, e se o imperador passasse poderia gritar viva! Em outras palavras, está curada, se é possível chamar de cura uma liberdade total de movimentos."¹⁹⁰ Toda esta evolução foi possível graças ao lento e laborioso destrinchamento de seus sintomas orgânicos e sua conexão aos significados inconscientes que os sustentavam. O cerne de sua doença consistia na idéia de que ela não era uma menina, mas o filho do imperador Frederico Guilherme, herdeiro legítimo do trono; que teria sido, em criança, raptado e castrado para não poder reivindicar seus legítimos direitos. O significado simbólico de seus sintomas se desvela na análise: "Quando se usa coroa, não se olha nem à esquerda nem à direita, julga-se tudo sem piscar, não se curva a cabeça diante de poder algum na

¹⁸⁷ - Idem, p. 126.

¹⁸⁸ - In: Op. cit., pp. 1361 a 1364.

¹⁸⁹ - Cf. Folha de São Paulo, 06/12/1993.

¹⁹⁰ - GRODDECK, G. - Idem, p. 127.

terra. (...) Paralise os ombros para que nunca mais possa levantar o braço e acenar para o imperador. Que suas pernas se endureçam, pois ele nunca deverá se ajoelhar diante de ninguém. Feche-lhe as pernas uma contra a outra para que nenhum homem possa vir a se deitar entre elas. (...) Mostre a esse castrado, ó seivas e forças, que é possível endurecer membros inertes, ensinem-lhe a noção de ereção, da dureza, impedindo as pernas de se dobrarem, relaxarem, ensinem-lhe através de símbolos que ele é um homem."¹⁹¹

Este impressionante quadro não é devido a qualquer doença mental mas, ele o salienta, é um produto típico do Isso, uma das produções humanas, sobre as quais "a humanidade se constrói". E o que importa é tentar descobrir porque estas forças em alguns homens conduzem à loucura, em outros às religiões e, em outros ainda, às doenças em geral. Mas isso ainda é demasiado obscuro e, além de tudo, evanescente: "tudo o que pensamos saber sobre o Isso tem um valor apenas relativo, só é algo de certo no exato momento em que o Isso o exprime através de palavras, do comportamento, de símbolos."¹⁹² É como a definição da verdade, do evangelho apócrifo de Jesus, antes mencionada.

CARTA 18: Ritmo, Moral e Morte

A Bíblia vai dar ocasião a novas análises das relações entre a sexualidade e o Isso. A circuncisão, por exemplo, deve ser considerada como uma castração simbólica. Já no Antigo Testamento, a passagem que descreve o sacrifício do filho de Abraão, permite a GRODDECK relacionar o desejo inconsciente de matar o filho mais velho, provável rival no amor da mãe, à simbolização da castração, como morte do filho, e sua posterior substituição pela circuncisão. Também enquanto castração é que devemos ver o esmagamento da cabeça da serpente pela Virgem, ou as histórias de Judite e Holoferne e de Salomé e São João Batista.

Dois outros temas importantes são o ritmo e a morte. GRODDECK acredita que o ritmo seja um fenômeno que domina a vida do ser humano em todas as suas manifestações. "Parece que o Isso se manifesta tanto pelo ritmo quanto pelos símbolos, essa é uma propriedade absoluta do Isso ou, pelo menos, para poder examinar o Isso e

¹⁹¹ - Idem, p. 129.

¹⁹² - Idem, p. 130.

sua vida, nos vemos obrigados a lhe atribuir um caráter rítmico."¹⁹³ A provável origem disso é a presença do ritmo desde o ventre materno. A criança, em seu período pré-natal, vivencia os movimentos da mãe, sua cadência, o som de seu coração e, "pela sensibilidade geral de seu corpo, que sente as vibrações e as transmite para o inconsciente", tem suas primeiras impressões da vida.

Já a morte tem, para o ser humano, significados muito mais profundos do que "Dona Moral" deixa transparecer. O tempo do luto, três dias de dor intensa, e mais um ano de comportamento recluso, são costumes sociais que não correspondem às vivências e aos fatos. Deixemos a palavra a ele: "O que eu acho duro é exigir das pessoas que fiquem tristes por três dias. Tanto quanto conheço o homem, três dias é um tempo quase insuportável de longo. Os mortos sempre têm razão, é o que se diz; no fundo, estão sempre errados. E quando examinamos um pouco esses costumes, descobrimos que por trás dessas manifestações de desespero está um medo puro, um louco terror dos fantasmas, o que os coloca no mesmo nível ético que o costume de tirar o morto de dentro de sua casa com os pés na frente: é para que ele não volte! Temos a impressão de que o espírito do morto fica girando ao redor do cadáver. Por isso, é indispensável chorar senão o fantasma se ofende e os fantasmas, como todo mundo sabe, são vingativos. Uma vez enterrado o corpo, bem fundo, o fantasma não pode mais sair."¹⁹⁴ Pensando exatamente da mesma forma, um psiquiatra argentino, Alfredo MOFFATT (1987), comenta que construímos muros em volta dos cemitérios para que os mortos não consigam dali sair¹⁹⁵.

Da mesma forma é preciso compreender que um ano é excessivo para um viúvo, ou viúva, continuar se recordando e se lamentando; a vida assim o demonstra, para quem, como ele, quiser ver.

CARTA 19: Meninos e meninas

Também esta carta é destinada à discussão da hipocrisia social. A vida sexual humana é farta e variada, existindo inúmeras formas de concretização do desejo na relação entre o homem e a mulher. "O amor não existe apenas com o objetivo de

¹⁹³ - Idem, p. 134.

¹⁹⁴ - Idem, p. 135.

¹⁹⁵ - *Terapia de Crise - teoria temporal do psiquismo*, 1982.

sua vida, nos vemos obrigados a lhe atribuir um caráter rítmico."¹⁹³ A provável origem disso é a presença do ritmo desde o ventre materno. A criança, em seu período pré-natal, vivencia os movimentos da mãe, sua cadência, o som de seu coração e, "pela sensibilidade geral de seu corpo, que sente as vibrações e as transmite para o inconsciente", tem suas primeiras impressões da vida.

Já a morte tem, para o ser humano, significados muito mais profundos do que "Dona Moral" deixa transparecer. O tempo do luto, três dias de dor intensa, e mais um ano de comportamento recluso, são costumes sociais que não correspondem às vivências e aos fatos. Deixemos a palavra a ele: "O que eu acho duro é exigir das pessoas que fiquem tristes por três dias. Tanto quanto conheço o homem, três dias é um tempo quase insuportável de longo. Os mortos sempre têm razão, é o que se diz; no fundo, estão sempre errados. E quando examinamos um pouco esses costumes, descobrimos que por trás dessas manifestações de desespero está um medo puro, um louco terror dos fantasmas, o que os coloca no mesmo nível ético que o costume de tirar o morto de dentro de sua casa com os pés na frente: é para que ele não volte! Temos a impressão de que o espírito do morto fica girando ao redor do cadáver. Por isso, é indispensável chorar senão o fantasma se ofende e os fantasmas, como todo mundo sabe, são vingativos. Uma vez enterrado o corpo, bem fundo, o fantasma não pode mais sair."¹⁹⁴ Pensando exatamente da mesma forma, um psiquiatra argentino, Alfredo MOFFATT (1987), comenta que construímos muros em volta dos cemitérios para que os mortos não consigam dali sair¹⁹⁵.

Da mesma forma é preciso compreender que um ano é excessivo para um viúvo, ou viúva, continuar se recordando e se lamentando; a vida assim o demonstra, para quem, como ele, quiser ver.

CARTA 19: Meninos e meninas

Também esta carta é destinada à discussão da hipocrisia social. A vida sexual humana é farta e variada, existindo inúmeras formas de concretização do desejo na relação entre o homem e a mulher. "O amor não existe apenas com o objetivo de

¹⁹³ - Idem, p. 134.

¹⁹⁴ - Idem, p. 135.

¹⁹⁵ - *Terapia de Crise - teoria temporal do psiquismo*, 1982.

procriar, o casamento não é uma instituição voltada unicamente para a observação de uma moral estreita."¹⁹⁶ Quando as pessoas temem isso, buscando defender-se desses desejos, os reencontram em suas fantasias e sintomas. GRODDECK alerta sua "amiga" contra os "bem-falantes" que parecem desconhecer os costumes sexuais existentes entre outros povos e noutras épocas.

A moral sexual ocidental marca os corpos e modela os comportamentos, como mais tarde bem o demonstrou FOUCAULT (1977)¹⁹⁷. No *Livro d'Isso* uma longa série de exemplos vão ser listados para demonstrar como a diferença sexual anatômica ganha expressões: "o menino, quando brinca no chão, se ajoelha, enquanto a menina senta de cócoras, as pernas afastadas. O homenzinho cai para a frente, enquanto a mocinha cai sentada. O homem sentado tenta segurar um objeto que cai da mesa fechando os joelhos; a mulher os afasta. (...) O homem se abaixa quando quer pegar alguma coisa no chão; a mulher se acocora. O homem carrega as coisas e as levanta com a ajuda de seus músculos dorsais; a mulher, em símbolo da maternidade, com os abdominais. O homem limpa a boca de lado, com um gesto de rejeição; a mulher usa o guardanapo a partir dos cantos da boca para chegar ao centro: quer conceber. Para assoar o nariz, o homem produz o barulho de uma corneta, como um elefante, pois o nariz é símbolo de seu membro, sente orgulho dele e quer destacar seu valor. A mulher serve-se do lenço com discrição silenciosa: falta-lhe aquilo que corresponde ao nariz."¹⁹⁸ E por aí vai GRODDECK, comparando a forma de correr do menino e da menina, a forma de chorar, a forma de se inclinar para cumprimentar, a forma e o objeto com que brincam, etc..

Também a forma de seduzir é específica: "Quando uma mulher se senta, ela puxa a saia para fazê-la descer: 'Veja que lindos pés...' é o que diz esse gesto, 'mas não lhe permito ver mais, sou pudica'. Se ela se deita na presença de uma pessoa do outro sexo, não há exceção, ela cruza as pernas. 'Sei que você me deseja', é o que ela diz desse modo, 'mas estou preparada contra qualquer ataque. Tente, para ver!' Tudo isso tem um sentido duplo; é um jogo que atrai intimidando, que seduz proibindo."¹⁹⁹

Interessantíssima é a descrição que ele faz para os achaques dos idosos, lendo-os de forma metafórica: "Aquele velho anda a passos curtos: quer prolongar o caminho que

¹⁹⁶ - GRODDECK, G. - *Idem*, p. 137.

¹⁹⁷ - *História da Sexualidade I. A vontade de saber*.

¹⁹⁸ - GRODDECK, G. - *Idem*, p. 138 e 139.

¹⁹⁹ - *Idem*, p. 140.

o levará à cova; dorme mal, porque suas horas estão contadas e logo terá a oportunidade de dormir demais; torna-se astigmático: não quer ver o que está perto dele"²⁰⁰.

Simbolizáveis são os alimentos, como as frutas. Uma ameixa esconde em seu núcleo um caroço, é a criança; sua fenda mostra sua feminilidade. Uma framboesa lembra uma mama; um morango, surge escondido como um clitóris. Uma cereja tem um simbolismo duplo, glândula e seio. O figo universalmente é associado ao genital feminino. A folha de parreira que cobriu o sexo de Adão e Eva tem cinco denteados, como a mão que pratica a auto-satisfação. Este simbolismo que a criança percebe vai ser elaborado em conjunto com suas teorias sobre o nascimento e a concepção. Assim o bebê pode ser concebido em função da ingestão de certos alimentos e nascerá necessariamente pelo ânus. Certas doenças, como o "papo", ou doença de Basedow, podem ter sua origem nas fantasias da concepção pela boca.

CARTA 20: Funções do Recalque

A vigésima carta diz que em qualquer doença é preciso considerar a intenção do Isso. A narina direita do autor, entupida, leva-o a buscar suas associações, partindo do princípio de que "algo não está lhe cheirando bem". De uma gravura em seu escritório, passando por Veneza e uma certa colheirinha, ele chega à intensificação olfativa decorrente de uma grave pneumonia de que ele sofreu. Novas associações surgem conectando o cheiro da urina aos seus tempos de colegial, sua incontinência, uma escarlatina, até chegar à *imago* de sua mãe. Daí ele segue para seu irmão mais velho e às brincadeiras sexuais infantis com sua irmã, Lina. Foi esta quem, pela primeira vez explicou-lhe o significado do sangue menstrual.

Observando que a ciência considera o olfato e a gustação como a "pedra de toque" do que é agradável e desagradável, Patrik Troll vai descrever a forma como as sensações olfativas infantis são as mais importantes para a criança. É através do cheiro dos lençóis e, principalmente, do cheiro do corpo da sua mãe, que a criança fica sabendo do seu nascimento e, posteriormente, das mudanças corporais de sua mãe: a menstruação, o ato amoroso, etc.. O cheiro do sangue, no nascimento e na menstruação, o cheiro do suor, o cheiro do corpo; todas essas são lembranças que condicionam as

²⁰⁰ - Idem, *ibidem*.

formas posteriores do amor humano. O homem que esconde o rosto no colo de sua amada é o mesmo homem que se agarrava às pernas de sua mãe. "A natureza envereda por misteriosos caminhos a fim de empurrar o ser humano na direção da mulher, caminhos trilhados por todos."²⁰¹

No entanto, todo este caminho é minuciosamente suprimido pelo recalque. Não há homem que não se esqueça destas primeiras experiências e não sofra, por isso, uma diminuição de sua capacidade olfativa. O próprio orgulho do homem o leva a esquecer-se desse tempo em que ele era tão dependente, tão frágil que necessitava em tudo dos outros. Outro motivo que concorre para esta supressão é que o cheiro do sangue nos recorda o sofrimento que causamos à mãe, pelo nosso nascimento e posteriormente. E nos recorda também da ferida da mulher, a vagina, que é representada como castração, e traz o temor do mesmo destino. GRODDECK afirma que "o recalque é a principal ocupação da vida" e que não podemos evitá-lo: "Você não pode entrar num quarto sem acionar o mecanismo do recalque, sem afastar de sua consciência mil e uma percepções de móveis, bibelôs, cores e formas. Não pode ler um signo alfabético, olhar uma imagem, ouvir uma conversa sem recalcar, sempre e sem parar, sem repelir recordações, fantasmas, símbolos, sensações, fobias, amores, desprezo, vergonha, emoções."²⁰² Não apenas impossível de evitar, o recalque é o grande criador, ao metamorfosear tudo: "Recalcar é transformar, é edificar e destruir uma civilização, é escrever a Bíblia e inventar a história da cegonha."²⁰³ Esta concepção criativa podemos reencontrar em MILLNER (1958)²⁰⁴

CARTA 21: Teorias sexuais infantis

Retomando o tema do recalque do olfato, o Autor reafirma que isto se dá pela proibição dos adultos de que as crianças compreendam os fatos da sexualidade e da reprodução. Acrescenta que isto se produz pelo desejo humano de afastar-se de sua natureza animal e aparentar-se a Deus, um ser divino, nascido só de mãe, ou só de pai.

²⁰¹ - Idem, p. 146.

²⁰² - Idem, p. 148.

²⁰³ - Idem, ibidem.

²⁰⁴ - "Psycho-Analysis and Art". In: SUTHERLAND, J. *Psycho-Analysis and Contemporary Thought*, 1958.

"O homem gostaria de ser qualquer outra coisa, menos um simples ser humano."²⁰⁵ É também importante o fato de que o homem teme ter causado muito sofrimento à sua mãe, ou mesmo tê-la matado, e foge desta acusação. A idéia da castração é o terceiro motivo para o acionamento do recalque.

As teorias sexuais infantis sobre o nascimento deveriam ser conhecidas por todos os médicos. A idéia, muito difundida, de que o filho nasce da barriga da mãe está, na imaginação deste clínico e de muitos doentes, na base de inúmeras perturbações gástricas e intestinais. Perturbações cardíacas podem ter sua origem na idéia aparentemente absurda de uma gravidez no coração, idéia apoiada em expressões idiomáticas como: "Tenho você no meu coração...", ou "criança querida do coração...". Mesmo problemas oculares poderiam surgir de uma "gravidez no olho", sugerida pela pupila, "menina dos olhos". Também a "gravidez abdominal", pois para ele, "é sobre essa teoria que se baseiam todos os casos de constipação."²⁰⁶ Sabendo que os médicos afastarão estas hipóteses como infundadas, GRODDECK acentua que o Isso não se importa com os critérios da Razão, ou da Estética; e que brinca continuamente com os temores e anseios humanos.

Também infantis são as demonstrações exibicionistas e voyeristas, que a Medicina, a Teologia, o Direito e "esta casta prostituta que ostenta o nome de Sociedade" tratam de reprimir, taxando-as de perversas. Mas suas manifestações disfarçadas incluem: "a dança, a ginástica, a costura, a moda, a roupa da noiva, a poesia, o teatro, a decoração, os jardins" e tudo o mais que o erotismo cria, e que a civilização cultua.

CARTA 22: Suaves perversões

Este mesmo tema prossegue na vigésimo-segunda carta. No teatro há um "olho" que se abre na cortina, e seus "atos" podem ser visto como realmente atos, atos sexuais simbólicos. As perversões infantis são as perversões de todas as pessoas, e o que se aprendeu nos primeiros três anos de vida, e se esquece, são o que a natureza transmite "para fazer da criança um escravo e um artista em matéria de amor."²⁰⁷

²⁰⁵ - Idem, p. 150.

²⁰⁶ - GRODDECK, G. - Idem, p. 151.

²⁰⁷ - Idem, p. 155.

"O homem gostaria de ser qualquer outra coisa, menos um simples ser humano."²⁰⁵ É também importante o fato de que o homem teme ter causado muito sofrimento à sua mãe, ou mesmo tê-la matado, e foge desta acusação. A idéia da castração é o terceiro motivo para o acionamento do recalque.

As teorias sexuais infantis sobre o nascimento deveriam ser conhecidas por todos os médicos. A idéia, muito difundida, de que o filho nasce da barriga da mãe está, na imaginação deste clínico e de muitos doentes, na base de inúmeras perturbações gástricas e intestinais. Perturbações cardíacas podem ter sua origem na idéia aparentemente absurda de uma gravidez no coração, idéia apoiada em expressões idiomáticas como: "Tenho você no meu coração...", ou "criança querida do coração...". Mesmo problemas oculares poderiam surgir de uma "gravidez no olho", sugerida pela pupila, "menina dos olhos". Também a "gravidez abdominal", pois para ele, "é sobre essa teoria que se baseiam todos os casos de constipação."²⁰⁶ Sabendo que os médicos afastarão estas hipóteses como infundadas, GRODDECK acentua que o Isso não se importa com os critérios da Razão, ou da Estética; e que brinca continuamente com os temores e anseios humanos.

Também infantis são as demonstrações exibicionistas e voyeristas, que a Medicina, a Teologia, o Direito e "esta casta prostituta que ostenta o nome de Sociedade" tratam de reprimir, taxando-as de perversas. Mas suas manifestações disfarçadas incluem: "a dança, a ginástica, a costura, a moda, a roupa da noiva, a poesia, o teatro, a decoração, os jardins" e tudo o mais que o erotismo cria, e que a civilização cultua.

CARTA 22: Suaves perversões

Este mesmo tema prossegue na vigésimo-segunda carta. No teatro há um "olho" que se abre na cortina, e seus "atos" podem ser visto como realmente atos, atos sexuais simbólicos. As perversões infantis são as perversões de todas as pessoas, e o que se aprendeu nos primeiros três anos de vida, e se esquece, são o que a natureza transmite "para fazer da criança um escravo e um artista em matéria de amor."²⁰⁷

²⁰⁵ - Idem, p. 150.

²⁰⁶ - GRODDECK, G. - Idem, p. 151.

²⁰⁷ - Idem, p. 155.

Mas há outras formas de exibicionismo e voyerismo. Há a exibição auditiva, patente no prazer adolescente de fazer soar alto o som da sua urina; ou o do jovem casal que, no hotel, deixa todos tomarem conhecimento da intensidade de sua paixão. Há o prazer muito reprimido, e por isso acompanhado de tanto humor, do peido. A flatulência e as intensas reações emocionais que ela sempre desperta são a prova da existência de um exibicionismo auditivo, acompanhado de seu correspondente "voyerismo" auditivo.

Existem estas manifestações também no sentido do olfato. Os odores podem ser empregados tanto em seu sentido positivo, para atrair, como para expressar ódio ou rejeição. Fazendo menção aos tuberculosos, "os mais sensuais dos sensuais", que fazem brilhar os seus olhos, cabelos e dentes, GRODDECK comenta de uma paciente sua, portadora de lindos cabelos e que, no entanto, fazia com que eles cheirassem muito mal, "a fim de neutralizar pela rejeição a atração daquela beleza."²⁰⁸

O Isso não se preocupa com as convenções e valores. O homem que manifesta tanta repugnância, carrega em si mesmo estas "sujeiras". Recalcamos suas manifestações. "Procure e encontrará, diz a Bíblia. Mas ela diz também: Você tem olhos mas não sabe ver, tem ouvidos e não sabe escutar."²⁰⁹

GRODDECK levanta a hipótese de que as funções do sentido sempre estejam próximas umas das outras. Assim, o erotismo pode utilizar-se de processos fisiológicos para seus próprios fins. As mãos frias e suadas podem conter a mensagem de que o amado deve esquentá-las, e abrir o manancial da paixão. Uma pele totalmente sensível, com uma grave história de afecções dermatológicas, é traduzida por este clínico assim: "Veja como minha pele deseja ser suavemente tocada de modo suave! Um toque suave é maravilhoso, mas ninguém me acaricia. Me compreenda, me ajude! Como posso expressar meu desejo a não ser através destes arranhões que me imponho?"²¹⁰

Concluindo esta carta, meditada como se fosse por uma criança em seu troninho, ele vai salientar que estas observações são o início de todo o impulso do conhecimento: "A partir do momento em que cessa o desenvolvimento da pessoa, começa o embrutecimento do ser humano e, ao invés de continuar sua procura da busca das maravilhas da existência, ele se contenta com ler jornais, ou educar-se até que um ataque o fulmine em seu escritório, acabando com tudo. Do berço à cova."²¹¹

²⁰⁸ - Idem, p. 157.

²⁰⁹ - Idem, p. 158.

²¹⁰ - Idem, p. 159.

²¹¹ - Idem, ibidem.

CARTA 23: Eros e seus ardis

"Tudo deve ser revolucionado", afirma GRODDECK nesta carta que prosseguirá o tema do exibicionismo. Ele sabe que estendeu os limites desta noção, e se pergunta como sistematizar "aquilo que não tem sistema"? Suas observações, consequentemente, serão dispersas, até caóticas; fruto de diferentes origens, espúrias, algumas.

Os ditados populares têm servido de base para inúmeros desenvolvimentos psicanalíticos, e observações a respeito dos olhos, ouvidos, nariz e boca podem conter profundas verdades psicológicas. Ele vai citando, sem pretender a análise exaustiva: "Diz o povo que, nas mulheres, é possível adivinhar o tamanho da entrada da vagina pelo tamanho da boca. Talvez o povo tenha razão, pois há um paralelismo entre a boca e o orifício sexual. O aspecto da boca se transforma e segue as excitações sexuais e, quando não é esse o caso, a inibição deixa-se mostrar na ação dos músculos. (...) Olhe para as pessoas: você lê em seus rostos, no formato das cabeças, no jogo das mãos, no modo de andar, mil histórias. Uma tem os olhos saltados: pode ter certeza que essa quer, já de longe, deixar claros a curiosidade e o medo provocados por surpreendentes descobertas. Os olhos enfiados dentro das órbitas indicam que fugiram para lá quando o ódio dos homens tornou-se forte demais: não querem ver mais nada e, menos ainda, serem vistos. (...) para o Isso, o nariz é um membro masculino, em consequência do que o Isso faz o nariz grande ou pequeno, arredondado ou pontudo, apresenta-o de lado no rosto, conforme queira revelar esta ou aquela tendência. (...) Também as orelhas são uma concha, e a concha, eu já disse, é símbolo de feminilidade. (...) A criança pensa, com ingenuidade, que a boca é a entrada da alma e acredita que o médico - os tolos, pequenos ou grandes, acham que o médico é um mágico - ficará sabendo de todos os seus segredos através da boca."²¹² Desta forma ele pratica uma espécie de "leitura corporal", tal como posteriormente foi desenvolvida pelos discípulos de REICH, em especial Alexander LOWEN (1979, 1983)²¹³. Mas seu referencial permanece psicanalítico, e o que é chamado de Isso é, na verdade, Eros.

Para GRODDECK, "Eros é um deus forte, ativo; sabe como punir com crueldade e ironia". Eros busca sua satisfação de forma direta, e se esta lhe é bloqueada, ele determina que outros órgãos, ou outras funções, lhe sirvam:

²¹² - *Idem*, pp. 161 a 163.

²¹³ - a. *O corpo em terapia*. b. *O corpo em depressão*.

*"Você tem mucosas nos intestinos e em outros lugares, portanto daqui por diante sua ejaculação se dê sob a forma de diarreias, defecações, resfriados, transpiração dos pés ou das axilas e, sobretudo, pela urina."*²¹⁴

A infância não é, como se pensa, o tempo da inocência, mas a idade da paixão. É também a ocasião de inúmeras doenças. Os médicos têm observado que as doenças infantis fazem mais bem que mal, na medida em que imunizam o organismo. Mas para este médico em particular, as doenças infantis têm de ocorrer devido à intensidade dos desejos que ardem na criança. Por isso suas enfermidades são cheias de lições, para quem se dispuser a estudá-las.

Para as mulheres, as idas ao ginecologista servem ao duplo propósito de permitir uma exibição inconsciente e de expiar desejos, conscientes e inconscientes, mediante doenças. Mais expressiva do que qualquer outra forma exibicionista é a da histérica que, em seus ataques, fora de si, exhibe diante de vasta platéia a performance de um orgasmo simbólico.

GRODDECK descreve então a forma em que "se alternam o desejo e o medo e a criança aos poucos se transforma em homem, oscilando entre os impulsos e a moral, o desejo e o medo."²¹⁵ Trata-se do interjogo entre o desejo sexual já articulado como Complexo de Édipo e a ameaça da Castração, e mais os fantasmas e temores do onanismo, tudo junto ao impulso de saber, o desejo de conhecimento da criança quanto à realidade sexual. A descrição da teoria infantil dos testículos como ovos que serão comidos, feita por ele, é idêntica à que Mario de ANDRADE apresenta em seu romance *Macunaíma*²¹⁶.

CARTA 24: Interpretação das histórias infantis

De fato, esta carta inicia com o reconhecimento de que tudo isso encontra-se fragmentado e já foi formulado por muita gente: "Você encontra pedaços do que eu disse em todo lugar, freqüentemente de forma alterada, mal reconhecíveis, muitas vezes incorporado em outra série de fantasmas."²¹⁷ Quanto à questão do que é verdadeiro ou

²¹⁴ - GRODDECK, G. - Idem, p. 162.

²¹⁵ - Idem, p. 165.

²¹⁶ - *Macunaíma, o herói sem nenhum caráter*, 1993.

²¹⁷ - GRODDECK, G. - Idem, p. 167.

imaginário, GRODDECK a resolve dizendo que para o Isso, tudo é realidade. Especialmente nas doenças, é preciso fazer as aproximações que permitem compreender as paridades inconscientes, por exemplo, entre fezes-nascimento-castração-concepção.

A seguir apresenta um fragmento elucidativo de sua auto-análise, vinculado à pessoa de seu irmão Wolfram, que esclarece seu Complexo de Castração. Wolf é lobo, em alemão, e este é o nódulo de um complexo inconsciente onde a figura deste irmão, simultaneamente amado e temido, articula-se com os contos infantis em que o lobo representa o pai castrador.

Mais uma vez antecipando-se a BETTELHEIM (1990), ele psicanalisa a fábula dos sete cabritinhos. A história é conhecida: mamãe cabra sai, recomendando que os filhos não abram a porta para ninguém. Eles, ingênuos, a abrem para o lobo que devora seis deles, menos o caçula que se escondeu na caixa do relógio de pêndulo. Este e a mãe, depois, encontram o lobo dormindo após tão lauta refeição. Abrem-lhe a barriga, retiram, vivos, os seis cabritinhos, enchem-na de pedras e a costuram. Quando o lobo desperta, dirige-se sedento ao poço, onde cai devido ao peso das pedras em sua barriga.

GRODDECK começa por esclarecer porque são sete os cabritinhos, e qual o significado deste número. Faz inicialmente uma relação linguística, cujo significado se perde fora da língua alemã, entre o "sete-mau" e a megera. Depois relaciona a menina ao número seis: cabeça, tronco e os quatro membros. O menino, portanto, é o sete, pois se acrescenta o pênis. Temos aqui a explicação de porque este número tornou-se tão significativo no imaginário popular, ora de forma benéfica, ora maléfica. O lobo é o pai, a caixa do relógio é o ventre da mãe, ou a vagina; a barriga do lobo é a gravidez, depois aberta para o parto. O poço também representa a gravidez, através da metáfora da água. O lobo devora o "seis", isto é, a menina, castrando-a. O "sete" recupera a mulher, permitindo nova gravidez.

É a descoberta de seu "complexo do lobo" que permite ao Autor a compreensão de sua história e os instrumentos para tratar daquelas pessoas que, devido a seu complexo de castração, sofrem das mais variadas maneiras, inclusive na forma de temor fóbico a doenças como o câncer e a sífilis, que representam simbolicamente a castração.

CARTA 25: Os números e a ambivalência

A vigésima-quinta carta trata, à semelhança do que FREUD fez na *Psicopatologia da vida cotidiana*, das relações inconscientes que o Isso efetua com os números. Propõe um pequeno experimento em que, numa conversa com alguém, se busque um tema que "agite os abismos do Isso" dessa pessoa e, então, se peça para que ela pense em um número, ou uma data. É inevitável que brote um número com uma associação exata a algum material inconsciente. Com ele próprio, a análise lhe permitiu decifrar uma expressão frequente em sua fala, uma hipérbole habitual: "Já lhe disse isso 26.783 vezes!", tema também tratado em sua vigésima-primeira Conferência, no Sanatório de Baden-Baden, em 10 de janeiro de 1917²¹⁸. Eis aqui como ele vai traduzir os significados deste número: "Percebi que a soma desses números dava 26, exatamente o número que resta quando se subtrai dos mil os outros números. Vinte e seis me sugeriu a mãe. Eu tinha vinte e seis anos quando minha mãe morreu. Meus pais tinham 26 anos quando se casaram; meu pai nasceu em 1826; e se você somar os números de 783 obterá 18. Se isolar os três primeiros números deste modo: $2 \times (6 + 7)$, terá 26. Some 2 aos dois últimos 8×3 e terá outra vez 26. Nasci a 13-10-1866. A soma desses números dá outra vez 26."²¹⁹ Mas a coisa vai muito mais longe, se o número for decomposto: 67 é a idade que a sua mãe tinha ao morrer; 78 foi o ano em que ele deixou a casa paterna para morar em um pensionato; 83 foi o ano da mudança da família para Berlim e, simultaneamente, o ano de uma marcante experiência em que um colega da escola taxou-o de "meio louco", dizendo-lhe: "Se você continuar a se masturbar assim, vai ficar logo louco. Para falar a verdade, você já é meio louco." Após este acontecimento, ele contraiu uma escarlatina que evoluiu para uma doença renal que o afetou por longos anos.

O "meio louco", ou "semi-louco" traduziu-se existencialmente na forma de uma "obsessão de hesitação", que aos poucos pôde transformar-se em "ceticismo paciente e em ironia"²²⁰ Como fato psíquico fundamental, GRODDECK considera a **ambivalência**, e acredita que contraiu a doença nos rins como uma forma de expressá-la: "essa doença dos rins - para mim como para todos os doentes dos rins - é uma das características da dualidade de atitudes na vida, o fato de estar sempre *entre* - do Dois. O ser-rins - para

²¹⁸ - GRODDECK, G. - *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos*, p. 167.

²¹⁹ - GRODDECK, G. - *Livro d'Isso*. Op. cit., p. 174.

²²⁰ - Idem, *ibidem*.

usar essa expressão - se desdobra."²²¹ **Dualidade da criança e do adulto, dualidade do masculino e do feminino**, fundamentais para ele.

Aos números também podem ser atribuídas significações edípicas, o um para o pai, o dois para a mãe, o três para o filho. Tal como na Trindade, onde Deus é o uno, porém ternário. As associações são, em GRODDECK, fáceis, livres: "o dois é a mulher, a mãe e a mocinha, que só tem duas pernas enquanto o menino tem três. Três pés, tripé, e a pitonisa só profetiza sentada num tripé. Édipo, porém, resolve o enigma da Esfinge, do animal que de início tem quatro pernas, depois duas e finalmente três pernas. Sófocles diz que Édipo achou a solução para o problema. Mas a palavra "homem" será mesmo uma resposta a esse enigma?

"Dois, você, número fatal, você que significa a união conjugal, será também a mãe? Ou a mãe é o três? (...) Mas se ponho o três deitado, ele se torna para mim o símbolo dos seios, da ama-de-leite, e de todos os vários seios que amei e ainda amo. Três é o número sagrado, o Filho, o Cristo, o Menino, a divindade trinitária cujo olho irradia no triângulo. Será que você, número, é apenas o filho de Eros, o arquétipo da Ciência, das Matemáticas? A fé em Deus também saiu de você, Eros. É verdade que o dois representa o par, o casal, e também o par de testículos, e de ovários, de lábios da vulva e dos olhos? É verdade que do um e do dois nasce o três, o filho todo-poderoso no ventre da mãe? O que poderia ser poderoso senão o filho que ainda não nasceu, cujos desejos são todos atendidos antes mesmo de serem formulados?"²²²

Nesta carta GRODDECK indiretamente se confessa como o autor desta obra, mencionando outro texto de sua autoria, "Der Seelensucher", "O revirador de almas" (1925).

CARTA 26: Judas e o segredo da Culpa

Jorge Luis BORGES, o extraordinário escritor argentino, publicou em 1944 um conto²²³ onde a figura do Judas é trabalhada para demonstrar sua íntima e necessária conexão com o Cristo, e levanta a hipótese de que Judas representaria, na verdade, a maior prova do amor divino, que não apenas se encarna como Homem, mas torna-se

²²¹ - Idem, p. 175.

²²² - Idem, p. 177.

²²³ - "Tres versiones de Judas", in: BORGES, J. L. - *Prosa Completa*, 1980, p. 421.

capaz de infâmia. GRODDECK, em 1921, antecipou as mesmas questões. Nesta carta ele propõe que Judas é um representante máximo da humanidade, pois expõe as contradições humanas entre o ódio e o amor, a fidelidade e a traição. "Esta dualidade profunda e insuperável do homem é expressa no mito do beijo de Judas, símbolo das ações e experiências cotidianas da humanidade."²²⁴ Não há homem ou mulher que não traia, embora renegue este pecado. Por baixo da capa da caridade, do amor e do altruísmo esconde-se o orgulho, a malícia e o egoísmo. Estes sentimentos comandam aquilo que ele denomina de "força viva do Isso", o sentimento de culpa.

A culpabilidade desempenha tão grande papel na vida humana que desarranjaria o mundo inteiro se suas fontes fossem reveladas. A formulação deste problema é incisiva:

*"O sentimento de culpa é um dos instrumentos com cuja ajuda o Isso, dotado de certeza infalível, sem hesitações ou fraquezas, trabalha o homem. O Isso precisa desse sentimento de culpa, mas cuida para que suas fontes não sejam devassadas pelo ser humano: sabe que no momento em que alguém descobrir o segredo da culpa, o mundo seria abalado em todas as suas articulações."*²²⁵

É devido a esta estrutura do mundo que a vida tem de ser cercada por tantos fantasmas, e é por isso que a humanidade precisa da figura do Judas. Lembremos aqui, incidentalmente, do ritual da "malhação do Judas", tão presente na cultura brasileira, e recentemente ressurgido na forma de políticos corruptos, castigados pelos "trinta dinheiros" roubados.

E quanto ao Cristo? "Cristo está ali onde está o ser humano."²²⁶ Cristo é a companhia necessária para Judas, pois o Isso supera todas as antinomias juntando o bem e o mal. Um mesmo gesto é, para ele, ao mesmo tempo, nobre e vil. Devido a isso "a partir de um ponto de partida qualquer é possível atravessar a vida toda"²²⁷.

Retomando, ainda uma vez, sua auto-análise, Patrik Troll vai trazer à tona o tema da Homossexualidade. Conta episódios de sua infância e juventude, detendo-se particularmente na descrição da intensa amizade com um colega de internato. Relaciona a repressão da corrente homossexual de sua libido a uma intensificação de sua paixão pelas mulheres, e vai buscar as raízes de seus afetos. Na base de seus impulsos reconhece

²²⁴ - GRODDECK, G - Idem, p. 179.

²²⁵ - Idem, p. 180.

²²⁶ - Idem, p. 181.

²²⁷ - Idem, ibidem.

o narcisismo, que representaria, em sua visão, um papel preponderante na vida de todas as pessoas. Em sua vida, ele reconhece que é o que a modela e dirige.

CARTA 27: Afirmação da Homossexualidade

O tema da Homossexualidade "é suficientemente importante para ser examinado com método". GRODDECK nos surpreende com suas inflexões, suas mudanças de rumo e de tom. Ele é categórico ao afirmar que "todos os seres humanos são homossexuais"²²⁸, e cauteloso ao dizer que toda sua explanação é feita com base apenas em suposições.

A homossexualidade surge do narcisismo e do auto-erotismo. É portanto uma norma e não uma exceção e, assim, a questão a ser investigada é: "como é que, apesar de sua predisposição para a homossexualidade, o ser humano consegue sentir uma inclinação pelo outro sexo?"²²⁹ A primeira parte da resposta é que o homossexualismo é uma prática secularmente perseguida e dramaticamente punida. A Igreja é um dos grandes responsáveis pelos ataques a este "direito hereditário", que os homens cultivam desde pelo menos a civilização grega. "Aparentemente ela (a Igreja) tomou emprestada essa proibição do Antigo Testamento, cujo espírito consiste em considerar todo ato sexual sob o ângulo da procriação e que, em virtude da avidez de poder dos padres, inventou, não sem premeditação, transformar as pulsões originais dos homens em pecados, a fim de dominar as consciências pesadas."²³⁰

Ainda hoje em dia pesa esta proibição e a homossexualidade converteu-se em uma "mentira incessante, cotidiana", negada pela imensa maioria, e cuja repressão exige uma incalculável magnitude de energia. Para GRODDECK "aquilo que o homem, o ser humano detesta, despreza, censura, é a base original de sua própria natureza."²³¹ A homossexualidade feminina sofre ainda mais intensa condenação, na medida em que a própria sexualidade feminina vem atravessando séculos de repressão. No entanto "o **erotismo entre as mulheres é um dos imperativos da natureza**", pois a mulher deve amar sua filha para amamentá-la, e as meninas necessitam sentir prazer nisso para poderem viver. Deste modo o Autor vai afirmar que "o ser humano é bissexual ao longo

²²⁸ - Idem, p. 185.

²²⁹ - Idem, ibidem.

²³⁰ - Idem, p. 186.

²³¹ - Idem, ibidem.

de toda sua vida e assim permanece durante toda a sua existência. O que acontece é que uma ou outra época consegue - fazendo concessões à moral em moda - recalcar a homossexualidade, com o que a homossexualidade não é aniquilada mas apenas reprimida."²³²

Uma segunda razão para a passagem do amor homossexual que a menina sente por sua mãe, para um amor heterossexual, GRODDECK vai encontrar na teoria freudiana da Castração. É devido ao desejo feminino de possuir um pênis que a menina volta-se para o pai, e depois para o desejo de ter um filho. No entanto, esta explicação ainda lhe parece insuficiente, e ele prefere constatar que a mulher parece não ter um recalque tão profundo quanto o homem em relação à homossexualidade e a heterossexualidade. Acredita que a mulher "possui uma quantidade sensivelmente igual de capacidade de amar o próprio sexo e o sexo oposto, e que ela dispõe disso à sua vontade."²³³; para o homem esta questão se complicaria devido ao problema do incesto com a mãe, que sempre lançaria sua sombra sobre suas relações com qualquer mulher.

CARTA 28: A Bíblia e os desejos infantis

A "amiga" propõe ao Autor a publicação destas cartas, desde que "remanejadas" para eliminar "erros e exageros, contradições e 'tiradas' supérfluas". GRODDECK se recusa a fazer correções, reivindicando o direito de errar, e o direito de seus leitores ao prazer da "descoberta de uma tolice".

Retomando a discussão da Bíblia, ele constata que ela desempenha "um papel preponderante no desenvolvimento da Europa" e suas histórias "representam para cada um de nós um pouco de nossa infância"²³⁴. É devido à crença do nascimento de Eva pela costela de Adão que vem "o milenar desprezo pela mulher". Brincalhão, ele re-escreve a criação do homem: Jeová não teria soprado seu hálito sobre o barro com que modelou Adão para dar-lhe vida, mas, tal como as crianças imaginam na sua teoria da concepção e do parto, teria evacuado Adão. "Este seu dedicado Troll acha que aquela velha divindade criou o homem de seu 'cocô', que a palavra 'terra' foi posta no lugar da palavra

²³² - Idem, p. 188.

²³³ - Idem, p. 190.

²³⁴ - Idem, p. 192.

'cocô' apenas por decência. O hálito e seu cheiro vivificante deve ter sido 'soprado' pela mesma abertura de onde saiu o cocô."²³⁵ Adão é então como Macunaíma!

Voltando às histórias infantis e à sua auto-análise, GRODDECK vai constatar que ao lado do temor da castração, existe no homem um **desejo de castração**, um desejo de ser tornado mulher. Isto é patente nas fantasias recalcadas de qualquer homem. "E onde a observação fracassar porque a resistência oriunda da vontade de ser viril foi muito forte, sobra a forma banal das doenças, a constipação, com a satisfação do desejo através da expulsão das fezes pelo orifício traseiro, pelas hemorróidas, que localizam a excitação nessa porta do corpo, o inchaço da barriga com sua 'simbolização' da gravidez, o clister, a injeção de morfina e as mil utilizações da vacinação..."²³⁶ O desejo de ser mulher pode ser despertado das mais variadas formas e pode facilmente ser simbolizado no trabalho, na obra, como "filho espiritual" de um homem.

Psicanalizando os contos infantis, ele vê as botas no Pequeno Polegar como expressão da ereção, simbolização do ato sexual ou do onanismo. O gato come o rato, e assim, castra. O rato entra em um buraco, e é por isso que as mulheres tanto o temem. Esses contos traduzem a alma infantil e a preparam para a vida.

E GRODDECK finaliza: "Eu me concedo o direito de errar, quanto mais não fosse, porque considero a verdade e a realidade como bens de valor duvidoso."²³⁷

CARTA 29: Zoológico

Sem receber resposta, o autor prosseguirá, embora "sem estar certo se você autorizará a publicação das cartas com seus erros." Nesta, ele discutirá o tema dos animais.

O rato ou camundongo tem uma dupla simbolização: de um lado ele representa o pênis, e de outro, a castração. É como se, simultaneamente, ele expressasse as intenções da criança e do pai: "Por roer tudo que está à mostra, a criança o considera como um perigo para o nariz e o membro; mas pela forma e a natureza, é o membro personificado do pai, cortado, espectro do desejo criminoso de atentar contra a virilidade do pai."²³⁸ O rato vive nas tocas, como o sapo. Em português, há o nome popular de "perereca" para

²³⁵ - Idem, p. 193.

²³⁶ - Idem, p. 195.

²³⁷ - Idem, p. 197.

²³⁸ - Idem, p. 199.

o órgão genital feminino; em alemão, há "der Kafer", o besouro. A aranha parece ser um símbolo universal, bem como a gata.

O cavalo também tem uma significação dual: "ora o cavalgamos como se fosse mulher; também como a mulher, que durante a gravidez transporta o fruto de seu corpo ele carrega um ser vivo; ora como o homem, ele arrasta atrás de si o fardo da família e 'galopa' com uma criança feliz sobre seus ombros ou joelhos."²³⁹

O autor confessa que sempre teve muita dificuldade em distinguir o sexo dos animais, e acredita que esta dificuldade liga-se à sua fobia inconsciente de emasculação. Afirma que diante de certas manifestações somos totalmente impotentes para dirigir nossos sentimentos e retrocedemos aos temores e angústias infantis frente ao símbolo. Não podemos fazer outra coisa do que reagir da mesma forma em que fomos educados. É por isso que uma simples minhoca pode desencadear uma terrível cena entre uma mãe e uma criança: "Um verme vermelho que desliza para dentro de um buraco: o que pode contra isso toda a sabedoria darwiniana sobre o trabalho profícuo da minhoca?"²⁴⁰

GRODDECK propõe que se leia o livro de FREUD sobre os tabus (*Totem e Tabu*, 1912) para que se constate a que nível chega a tarefa humana, que só se propõe obstáculos para depois ser obrigada a superá-los. Isto recorda o ditado que diz que a vida humana é uma corrida de obstáculos, e que cada um dos obstáculos é um "eu" nosso. A vida humana apresenta-se tão contraditória, que leva o Autor a comentar:

*"Somente a própria vida, o Isso, tem uma noção do que é a psicologia e os únicos intermediários desse conhecimento através da palavra são os poucos grandes poetas que existiram."*²⁴¹

Outra simbolização é a dos ascárides, que infestam os intestinos humanos para permitir que o Isso simbolize a gravidez e o parto. Numa conversa com outra amiga, ele pôde demonstrar-lhe que sua fobia às lesmas prendia-se às representações inconscientes que comparavam este animal ao membro masculino e, ambivalentemente, ao órgão feminino, devido à gosma. Após chamar a atenção sobre a atitude das pessoas com os cachorros, ele conclui esta carta sugerindo uma visita ao zoológico onde, diante da jaula dos animais, macacos e outros, pode-se observar o comportamento dos humanos.

²³⁹ - Idem, p. 201.

²⁴⁰ - Idem, p. 202.

²⁴¹ - Idem, p. 202 - grifo meu.

o órgão genital feminino; em alemão, há "der Kafer", o besouro. A aranha parece ser um símbolo universal, bem como a gata.

O cavalo também tem uma significação dual: "ora o cavalgamos como se fosse mulher; também como a mulher, que durante a gravidez transporta o fruto de seu corpo ele carrega um ser vivo; ora como o homem, ele arrasta atrás de si o fardo da família e 'galopa' com uma criança feliz sobre seus ombros ou joelhos."²³⁹

O autor confessa que sempre teve muita dificuldade em distinguir o sexo dos animais, e acredita que esta dificuldade liga-se à sua fobia inconsciente de emasculação. Afirma que diante de certas manifestações somos totalmente impotentes para dirigir nossos sentimentos e retrocedemos aos temores e angústias infantis frente ao símbolo. Não podemos fazer outra coisa do que reagir da mesma forma em que fomos educados. É por isso que uma simples minhoca pode desencadear uma terrível cena entre uma mãe e uma criança: "Um verme vermelho que desliza para dentro de um buraco: o que pode contra isso toda a sabedoria darwiniana sobre o trabalho profícuo da minhoca?"²⁴⁰

GRODDECK propõe que se leia o livro de FREUD sobre os tabus (*Totem e Tabu*, 1912) para que se constate a que nível chega a tarefa humana, que só se propõe obstáculos para depois ser obrigada a superá-los. Isto recorda o ditado que diz que a vida humana é uma corrida de obstáculos, e que cada um dos obstáculos é um "eu" nosso. A vida humana apresenta-se tão contraditória, que leva o Autor a comentar:

*"Somente a própria vida, o Isso, tem uma noção do que é a psicologia e os únicos intermediários desse conhecimento através da palavra são os poucos grandes poetas que existiram."*²⁴¹

Outra simbolização é a dos ascárides, que infestam os intestinos humanos para permitir que o Isso simbolize a gravidez e o parto. Numa conversa com outra amiga, ele pôde demonstrar-lhe que sua fobia às lesmas prendia-se às representações inconscientes que comparavam este animal ao membro masculino e, ambivalentemente, ao órgão feminino, devido à gosma. Após chamar a atenção sobre a atitude das pessoas com os cachorros, ele conclui esta carta sugerindo uma visita ao zoológico onde, diante da jaula dos animais, macacos e outros, pôde-se observar o comportamento dos humanos.

²³⁹ - Idem, p. 201.

²⁴⁰ - Idem, p. 202.

²⁴¹ - Idem, p. 202 - grifo meu.

GRODDECK assegura que aí se aprenderá mais sobre a alma humana do que em mil livros.

CARTA 30: Os "seres-Isso"

A "amiga"-Freud lhe responde: concede o "imprimatur" para as cartas, mas recusa-o para as suas respostas. Patrik lhe agradece e segue o conselho para "analisar seriamente o Isso". Diz que vai se esforçar por ser objetivo, mas logo declara: "a meu ver, não há o Isso como o imaginei; tal como está, eu o inventei inteiramente."²⁴²

GRODDECK desenvolve em outro local (1909)²⁴³ as concepções que aqui refere, de passagem. Trata-se da idéia goethiana do Deus-Natureza, que ele apresenta assim:

*"pelo fato de me ocupar essencial e exclusivamente dos seres humanos, da humanidade, sou obrigado a agir como se existissem, separados da Natureza Universal de Deus, indivíduos chamados homens. Devo proceder como se este indivíduo estivesse isolado do mundo por um espaço vazio, de modo que ele assuma, em relação às coisas situadas fora dos limites que ele mesmo se impôs, uma posição independente. Sei que isso é falso; nem por isso deixarei de me agarrar firmemente à hipótese de que cada ser humano é um Isso individual, com limites definidos, um começo e um fim"*²⁴⁴

O começo do Isso ele situa na concepção, o término em algum momento da "massa de fenômenos que acompanha a morte." Porém logo surge um obstáculo: esta "hipotética mônada" do Isso, contém duas unidades: uma masculina e outra feminina, "sem falar no fato bastante perturbador de que essas duas unidades, oriundas do óvulo e dos espermatozóides, por sua vez não são únicas, mas multidões que remontam no tempo até Adão e aos protozoários"²⁴⁵. E isso sempre na forma de uma co-existência entre masculino e feminino.

Voltando à origem do homem, quando o ovo se subdivide para dar início ao processo de multiplicação das células, já contém em si um Isso. Assim, para o Autor, além do Isso individual de cada homem, há um Isso para cada célula, subdividido em

²⁴² - Idem, p. 207.

²⁴³ - "Du langage". In: GRODDECK, G. - *L'Homme, l'Art et le Symbole*.

²⁴⁴ - GRODDECK, G. - *Livro d'Isso*. Op. cit., p. 207.

²⁴⁵ - Idem, p. 208.

masculino e feminino. Existem então infindáveis seres-Isso. "No decorrer da evolução, as células se unem para formar todo tipo de tecido - epiteliais, conjuntivos, substância nervosa, etc. E cada uma dessas formações parece ser um novo Isso individual, que exerce uma ação sobre o Isso-coletivo, as unidades-Isso das células e outros tecidos, ao mesmo tempo que lhes atribui a tarefa de se dirigirem a si mesmas nas manifestações da vida."²⁴⁶ E depois surgem novas formas-Isso, que serão os órgãos: fígado, coração, pulmões, etc.. E embora possam ser falsos, podem formar-se Issos de outro tipo como: "um Isso da metade superior e outro da metade inferior do corpo, um outro da direita e da esquerda, um do pescoço e da mão, um dos espaços vazios do ser humano e um da superfície de seu corpo."²⁴⁷ A estes GRODDECK batiza de "entidades" e diz que possivelmente surjam de pensamentos, falas e atos.

Mas esta forma de conceber o Isso talvez seja apenas uma das maquinações da inteligência humana, pois é preciso não esquecer, ele nos alerta, de que **o cérebro e a razão são criações do Isso**, "uma criação que por sua vez atuará como criador mas que só tardiamente entra em ação e cujo campo de criação é limitado."²⁴⁸

Esta é uma concepção psicossomática radicalmente nova, porque separa o pensamento do cérebro, e permite uma outra visão sobre a suposta autonomia da mente: "o Isso do ser humano 'pensa' bem antes do cérebro existir; pensa sem cérebro, ele constrói o cérebro."²⁴⁹ É preciso salientar o caráter revolucionário disso, pois GRODDECK não está apenas construindo uma Psicossomática, mas demonstrando que o "psíquico" e o "somático" são ambos regidos por algo anterior e mais importante. Voltaremos posteriormente a isso. O autor é consciente de que a mente humana é a fonte de incontáveis descobertas e invenções, mas questiona, antecipando BION (1988)²⁵⁰, se pensamos com o cérebro.

E muitas outras possibilidades surgem quando se considera que os seres-Isso também podem criar novos Issos; e aos Issos das funções corporais, como a alimentação e o sono e a respiração, somam-se os Issos das doenças, os Issos das profissões, das idades, da gravidez, das religiões e muitos mais. Contra a confusão em que se recairia, se insurge a mente humana: "Dominamos tudo isso, penetramos em cheio nessa magma

²⁴⁶ - Idem, p. 209 - grifo meu.

²⁴⁷ - Idem, ibidem.

²⁴⁸ - Ibidem.

²⁴⁹ - Idem, p. 209 - grifo meu.

²⁵⁰ - "Uma Teoria sobre o Processo de Pensar", in: BION, W. R. - *Estudos Psicanalíticos Revisados*, 1988.

borbulhante e o represamos. Apoderamo-nos dessas forças e as levamos para um lado ou outro. É que somos seres humanos e nosso modo de fazer as coisas não é de todo impotente. Classificamos, organizamos, criamos e realizamos. Ao Isso opõe-se o Eu²⁵¹; é uma necessidade humana tentar se apoderar e controlar os acontecimentos.

Para o médico, por exemplo, é vital acreditar que se possa ter alguma ação e algum poder sobre os eventos da vida e da morte. "Não podemos deixar de imaginar que somos os senhores de nosso Isso, das inúmeras unidades-Isso e do único Isso-coletivo, e mesmo senhores do caráter e do comportamento de nossos semelhantes, senhores de suas vidas, de sua saúde, de sua morte. Claro, não somos, mas acreditar nisso é uma necessidade de nossa organização, de nossa qualidade de ser humano. (...) É apenas por sermos presas de um erro eterno, por sermos cegos, porque não sabemos nada de nada, que podemos ser médicos e curar os doentes."²⁵² A profissão terapêutica, e aqui creio que podemos generalizar para todos os profissionais de Saúde, precisa acreditar em seus conhecimentos e suas técnicas, muito embora o mérito das curas não seja dos profissionais, mas do Isso. Lembremos de um exemplo clássico: "Je pense, Dieu guérit", dizia o "pai" da cirurgia, Ambroise Paré.

É o Isso quem deseja restabelecer-se ou adoecer; para GRODDECK "tudo que acontece ao Homem é obra do Isso" e, contudo, "o mais difícil na vida é deixar-se ir, observar e seguir a voz dos Issos, tanto em relação ao próximo quanto em relação a si mesmo."²⁵³ Mas foram estas constatações que lhe permitiram transformar-se, alterar sua prática como médico, "engordar espiritualmente", como disse um de seus pacientes e, sobretudo, criar sua obra.

CARTA 31: A doença como manifestação de vida

GRODDECK chegou à psicanálise após 20 anos de prática médica "schweringeriana", principalmente lidando com doentes crônicos. Acredita que sua primeira descoberta foi o Símbolo e que, desde o início, lançou-se em busca do efeito que produziria nestes pacientes "a revelação do símbolo sobre os órgãos doentes"²⁵⁴. Seus primeiros anos foram, simultaneamente, de descobertas e decepções. Desde seu

²⁵¹ - GRODDECK, G - Idem, p. 210.

²⁵² - Idem, ibidem.

²⁵³ - Idem, p. 213.

²⁵⁴ - Idem, p. 216.

primeiro caso tratado simbolicamente, a senhorita G., descobre as associações e as resistências. Seu método de análise, "bárbaro e marcado pelo diletantismo", consegue sucesso na superação de fenômenos orgânicos do Isso como feridas, fraturas e infecções, e o leva à afirmação de que "não há doenças do organismo, físicas ou psíquicas, capazes de resistir à influência da análise" e, analogamente, que "não há domínio da medicina em que a descoberta de FREUD não tenha sua utilidade."²⁵⁵ Assim, o método a ser utilizado, médico ou psicanalítico, "é apenas uma questão de oportunidade".

O encontro com a psicanálise forçou este médico a mudar sua concepção das doenças e a propor como fórmula que **"a doença é uma manifestação de vida do organismo humano"**²⁵⁶, e não um inimigo a combater. Não se deve tentar curá-la, combatê-la, talvez às vezes nem mesmo tratá-la. É claro que para o doente ela pode ser um grande problema, uma fonte de sofrimentos, mas a busca do seu significado é que é considerada essencial.

*"Desde que constato que a doença é uma criação do paciente, ela se torna para mim a mesma coisa que seu modo de andar, sua maneira de falar, o jogo fisionômico de seu rosto, seus gestos com as mãos, o desenho que faz, a casa que constrói, o negócio que concluiu ou o curso de suas idéias: um símbolo significativo dos poderes que o dominam e que eu procurarei influenciar se considerar necessário. Nesse caso, a doença não é mais uma anomalia, mas algo determinado pela natureza mesma desse paciente que decidiu ser tratado por mim."*²⁵⁷

A finalidade do Isso em recorrer à doença é o que precisa ser descoberto, para que o paciente compreenda **o que é que o seu Isso pretende expressar através destes sintomas**. Como médico, o autor reconhece que às vezes seja necessário o medicamento ou a cirurgia, mas o mais importante se torna apresentar ao Isso outras possibilidades de manifestação. Esperar "que um Isso, quando deteriorou seus próprios produtos, pulmões ou ossos, sentiu dores e mal-estar, se tornará razoável e dará por aprendida a lição. Em outras palavras, o Isso pode perceber, ele mesmo, por experiência própria, que é bobagem demonstrar seu poder através da produção de doenças ao invés de utilizá-lo na criação de uma melodia, no esclarecimento de um problema, no esvaziamento de uma

²⁵⁵ - Idem, p. 217.

²⁵⁶ - Idem, ibidem - grifo meu.

²⁵⁷ - Idem, p. 218.

bexiga ou num ato sexual.²⁵⁸ Esta capacidade de criar, inerente ao Isso, pode ser dirigida para finalidades muito superiores.

Diante da fratura de uma paciente ele perguntará: "Por quê você foi quebrar o seu braço assim?"; diante de um paciente que se drogou com morfina: "Como e por que a idéia de morfina tornou-se ontem tão forte que você achou por bem provocar uma insônia para poder tomá-la?" Mesmo quando há causas exteriores, ele insiste em que se busquem também as "causas íntimas". Assim ele resume a sua concepção da doença:

"A doença não provém do exterior, o próprio ser humano a produz; o homem só se serve do mundo exterior como instrumento para ficar doente, escolhendo em seu inesgotável arsenal de acessórios ora a espiroqueta da sífilis, ora uma casca de banana, depois uma bala de fuzil ou um resfriado para proporcionar a si mesmo uma dor."²⁵⁹

Esta dor pode ter como finalidade um prazer, ou uma auto-punição, ou ainda algum outro fim particular, decidido e realizado nas profundezas do Isso. Aquilo que se chama de cura muitas vezes decorre apenas do fato de se ter procurado examinar estes processos inconscientes.

Para finalizar esta carta ele relata três histórias onde um ferimento a bala, uma fratura de rótula e uma amputação, são devidos, todos, às motivações inconscientes do Isso.

CARTA 32: O "Eu-coletivo" e o caleidoscópio

Apesar de considerar que "a compreensão não é necessária e a vontade de compreender é um verdadeiro obstáculo", GRODDECK vai, nesta carta, dar uma ampla descrição do funcionamento do Eu, e de suas inter-relações com o Isso, na saúde e na doença.

É preciso compreender, embora ele declare que isso é impossível, que o que parece uma lei fundamental da vida, a de que o Eu seja o Eu, é um erro. Um erro imenso, absoluto, mas inescapável; pois é uma mentira necessária ao Isso, que serve para fazer do Eu "um instrumento mais dócil da vida"²⁶⁰. O Eu não nasce com a pessoa, ela o

²⁵⁸ - Idem, ibidem.

²⁵⁹ - Idem, p. 219 - grifo meu.

²⁶⁰ - Idem, p. 223.

aprende nos primeiros anos de vida. Há, desde cedo, uma "consciência de individualidade", mas isso não corresponde ao Eu. Esta mesma consciência o Autor acredita que exista nos órgãos e até nas células do corpo humano. O Eu, então, é conceptualizado como um Eu-coletivo. Às vezes alguma unidade-Isso, por vontade própria e à revelia do Eu (Eu-coletivo) se dirige a alguma finalidade própria, e faz adoecer o todo. Em decorrência, o tratamento consiste em "convencer um pouco o consciente do lábio, do estômago, do rim, do pênis, do útero, a conformar-se à vontade do Eu-coletivo" e, então "todas essas manifestações hostis, todos os sintomas da doença desaparecem."²⁶¹

A relação deste Eu-coletivo com o Isso é a seguinte: este Eu é um produto do Isso, tanto quanto cada manifestação e comportamento deste ser, os fatos de sua vida, suas doenças e sua morte. É o Isso quem modelou suas células, da mesma forma que dirige seus pensamentos e suas percepções. O todo é complexo em demasia e a maior parte do que se passa fora da Consciência é insondável. As unidades-Isso e os Issos-coletivos operam, ora em conjunto, ora em oposição, e seus desempenhos são sempre extraordinários. GRODDECK termina por concluir que "todos os caminhos levam a Roma" e que as formas mais diversas de tratamento, até mesmo o charlatanismo, levam a resultados, desde que haja tempo, modéstia e as forças do Isso sejam ativadas. Quanto a ele próprio, prefere trilhar o caminho da psicanálise.

Prosseguindo na descrição do Eu-coletivo, ou Eu simplesmente, ele o compara a um diamante, de inúmeras faces. "Ora é um Eu surgido da infância; ora, um Eu dos vinte anos; às vezes é moral; às vezes, sexual e, outras vezes, é o Eu de um assassino."²⁶² Há uma quantidade incalculável de Eus, conscientes e inconscientes, e sua variação faz com que ele se assemelhe a um caleidoscópio. É curiosa esta imagem do Eu que GRODDECK apresenta, principalmente se lembramos que no Capítulo 7 da *Interpretação dos Sonhos*, FREUD compara o aparelho psíquico a um aparelho óptico, porém mais semelhante a um telescópio, sem o colorido cambiante do aparelho groddeckiano.

Passando à questão da cura, o Autor diz, provocativamente, que nada sabe a respeito disso, nem tampouco sobre a origem das doenças. Sabe apenas que é preciso influenciar o Isso. A prática médica usual, em sua tradição ocidental, age sobre certas unidades-Isso, com certos instrumentos e medicamentos. Não se sabe muito bem se dará

²⁶¹ - Idem, p. 224.

²⁶² - Idem, p. 226.

os resultados esperados, mas a experiência médica acumulada tem permitido confiar em alguns resultados. Mas, ele alerta:

*"não deveríamos nos esquecer que não é o médico que derrota a doença, mas o doente. O doente cura a si mesmo, com suas próprias forças, assim como é através de suas próprias forças que ele caminha, come, pensa, respira, dorme."*²⁶³

Fazendo uma crítica importante dos rumos que a Medicina tomou, ele afirma que esta se especializou no estudo e tratamento das causas externas das doenças: vírus, bacilos, condições físicas e climáticas, etc., e deixou completamente de lado as suas causas internas. Estas causas internas são o objeto da psicanálise. "Para falar a verdade, sempre existiram médicos que levantaram a voz para dizer: o homem fabrica ele mesmo suas doenças, nele repousam as *causae internae*, ele é a casa da doença"²⁶⁴. Por exemplo, o dr. José Luiz GUERDES, do Centro de Referência da AIDS em Santos, declara: "A forma como o paciente encara a doença e o tratamento é de extrema importância na sua recuperação, mesmo sabendo da existência de vírus potentes."²⁶⁵ Porém a Medicina, de modo geral, em sua prática corrente, afastou-se desta concepção e esqueceu-se ou, segundo GRODDECK, teve de reprimir, que "o ser humano é a única origem da doença."²⁶⁶

O Autor formula o seu modelo: "Não é possível tratar a não ser sintomaticamente e não é possível tratar a não ser causalmente. É que ambas as coisas são uma só. Não há diferença entre as duas noções. Quando se cura, trata-se a *causa interna*, o ser humano que extrai a doença de seu Isso; e para poder curar, o médico é obrigado a levar em conta os sintomas (...) Sempre será um tratamento do ser humano e, ao mesmo tempo, de seus sintomas. O próprio aparecimento do homem é um sintoma do Isso, este objeto de todos os tratamentos"²⁶⁷.

Em essência, o seu método consiste em tomar como sintoma o próprio Eu. Utilizando a psicanálise como método de investigação, GRODDECK trata de compreender como o Isso, "através de sua força soberana", tanto cria os órgãos, como

²⁶³ - Idem, p. 227 - grifo meu.

²⁶⁴ - Idem, ibidem.

²⁶⁵ - Cf. Folha de São Paulo, 22/11/93.

²⁶⁶ - GRODDECK, G. - Idem, p. 227.

²⁶⁷ - Idem, p. 228 - grifo meu.

pode torná-los disfuncionais, e portanto, tanto produz as doenças como as faz desaparecer.

CARTA 33: Isso vive

A última de suas cartas inicia-se por uma definição sucinta: "O Isso vive o homem; é a força que o faz agir, pensar, crescer, sentir-se bem ou doente, numa palavra, que o vive".²⁶⁸

Vai então relatar alguns tratamentos que lhe demonstraram que "o médico só contribui com uma ínfima parte na cura de seus pacientes; é o doente que cura a si mesmo e o dever do médico, do psicanalista como dos outros, consiste em adivinhar a artimanha momentaneamente utilizada pelo Isso para continuar doente."²⁶⁹ Em sua prática compreendeu que o médico, movido pelo desejo inconsciente de tudo poder, de assemelhar-se a Deus, termina por pagar o preço de lidar com o fracasso, a frustração e a morte. É o paciente quem se cura, é seu Isso quem deseja curar-se, ou morrer. Porém o paciente nada sabe disso, pois "infelizmente ele não se atreve a pensar em seu saber, limita-se a expressá-lo no sonho, em seus movimentos, suas roupas, sua natureza, seus sintomas de doença; em suma, numa linguagem que ele mesmo não entende."²⁷⁰

A tarefa do médico, aquilo que seria o "único ponto a ser considerado para o tratamento" é o reconhecimento e a superação das resistências do paciente. É através do (re)conhecimento do que foi recalcado que é possível desfazer os sintomas. Nos seus pacientes, às vezes bastava tocar em determinado ponto de um complexo inconsciente para um sintoma ceder. Infelizmente GRODDECK apenas roça no tema da relação deste tipo de fenômeno com a Histeria, preferindo antes ser demonstrativo com seus casos e ilustrações. Este importante ponto demanda exploração.

De uma de suas pacientes relata que ela sempre ficava doente na época do aniversário de morte de seu primeiro marido, e isto, simultaneamente, cumpria a função de manter recalcados determinados conteúdos. De outro paciente ele extrai a conclusão de que a retenção de urina é a expressão do "combate mortalmente perigoso da vontade de recalcar contra o que foi recalcado e que procura constantemente se manifestar"²⁷¹

²⁶⁸ - Idem, p. 229.

²⁶⁹ - Idem, ibidem.

²⁷⁰ - Idem, p. 231 - grifo meu.

²⁷¹ - Idem, p. 239.

Poderosas forças recalcadas na infância e associadas à urina, seu contrôle e sua liberação, encontram nas doenças dos rins ocasião para expressar o recalcado e suas forças. A uremia e suas manifestações podem, "com um pouco de temeridade", ser consideradas como "meios de coação do Isso" para garantir o recalque, impedindo a tomada de consciência.

A carta se finaliza com um novo fragmento da auto-análise do Autor, que lhe traz uma nova solução "nem a última, nem a mais profunda" para os seus complexos inconscientes. E, no entanto, não há nenhuma garantia de que seus recalques não estejam lhe "pregando peças" e que ele, apesar de sua franqueza, não esteja se conduzindo "exatamente como os outros. E só é honesto aquele que disser como aquele dono de botequim: Que Deus me tenha! Mas você não acha que mesmo isso é farisaico?"²⁷²

Aqui se encerra o livro, com um "Adieu"; mas talvez a melhor epígrafe seja a que ele deixou em outro lugar: "Permita que eu ria."

²⁷² - Idem, p. 241.

CAPÍTULO 6

CLÍNICA PSICOSSOMÁTICA

"Tudo é a ponta de um mistério. Inclusive os fatos.

Ou a ausência deles"

João Guimarães Rosa

"Não se cura a condição humana"

Hélio Pelegrino

J.-B. PONTALIS, em um belo ensaio¹, afirma que GRODDECK "é de fato o único 'psicanalista' que faz rir", e por outro lado, é o responsável por ter trazido para a Psicanálise a consideração por um corpo que explode em sofrimento. A Psicossomática é a tentativa atual de incluir como campo da Psicanálise fenômenos que, por atingirem o corpo, eram considerados de domínio exclusivo da Medicina. Ela, no entanto, e já desde sua relação problemática com a Histeria, marginalizou os fenômenos psicossomáticos.

A genialidade de GRODDECK consiste em ter recuperado, do universo das representações populares, aqueles elementos que permitem fazer uma articulação da Psicanálise com as manifestações humanas da doença e do sofrimento. Seu percurso, nesse sentido, assemelha-se ao de FREUD. Partindo da visão popular sobre os sonhos, e deixando de lado a Ciência de sua época, FREUD pôde resgatar a verdade que os sonhos contêm; da mesma forma que recuperou o sentido das manifestações do processo inconsciente nas suas formas substitutivas de lapsos e sintomas. GRODDECK deu um caráter analítico ("ainda veremos até onde chega a Psicanálise", ele afirmou em 1917) à intuição popular que correlaciona o "ficar doente" com os conflitos vividos pelo indivíduo em sua vida concreta, em que seu corpo e sua mente estão vis-a-vis com o mundo. Na linguagem popular são freqüentes as conexões das manifestações da doença com a raiva, com a decepção, com a dor moral, etc., quando por exemplo se diz que "se tal coisa acontecer, a pessoa vai ficar doente" ou "pode até morrer". Igualmente freqüentes são as expressões: "**fazer um câncer**", "**reagir com um derrame**", "**fazer um enfarte**", "**ter uma úlcera em consequência de**", e muitas outras referências que situam a

¹ - PONTALIS, J.-B. - "Entre Groddeck e Freud". In: PONTALIS, J.-B. - *Perder de vista*, 1991, pp. 90 a 97.

doença como uma resposta frente a conflitos vistos como insolúveis. O indivíduo "afetado" por uma circunstância existencial, ou por um dilema interno, entra em um quadro de doença, objetiva do ponto de vista do médico, mas que o próprio doente e as pessoas que o cercam sabem ser correlato do que está sendo vivido.

Sofrer no corpo é, muitas vezes, um derivado do sofrer psíquico. GRODDECK demonstrou, analiticamente, que o corpo sofre quando a mente apresenta-se incapaz de alguma particular elaboração de um produto do Inconsciente. Sua contribuição está em sair do enfoque médico estrito que busca no organismo, ou nos agentes exteriores, a causa única das modificações que o corpo apresenta; e sair simultaneamente do enfoque psicanalítico que limita o analista aos produtos da mente. SAMI-ALI aponta, com propriedade, que o "sintoma histérico também põe em ato uma potencialidade orgânica", e que o desejo se materializa "em certas combinações particulares, onde o puramente psíquico se encontra muito próximo do puramente orgânico e onde a ação psicoterapêutica pode chegar a ter os incidentes mais acentuados no plano orgânico."² Os fenômenos psicossomáticos, no entanto, são vistos como extraterritoriais, tanto em relação à Medicina, quanto em relação à Psicanálise. GRODDECK se apropria psicanaliticamente desse território.

Não é o único autor a fazê-lo. Inúmeros outros, na esteira de Franz ALEXANDER, percorreram este caminho. Porém GRODDECK o faz, simultaneamente, com originalidade e radicalidade.

Originalidade porque a contribuição essencial da Psicossomática groddeckiana é afastar-se da dicotomia cartesiana do corpo-mente sem cair no privilegiamento de qualquer uma destas partes. GRODDECK não conclui pela psicogênese das doenças e nem tampouco pela origem biológica das mesmas. Para ele, o Isso é uma estrutura **anterior** a ambos, corpo e mente. Estes não precisam ser definidos um em relação ao outro, mas ambos estão referidos a uma matriz comum. Com esta hipótese evitam-se as armadilhas do dualismo, embora não se resolvam todos os seus interrogantes. A mente é tão produto quanto o corpo; não é pelo fato do corpo ser "produzido" que ele o seja pela mente. Esta produção é do Isso, que não se confunde com nenhum dos dois: o Isso é o Inconsciente, e este não é nem psíquico e nem somático. O que é ele então? Devemos reconhecer que este é um constructo indeterminado e ambíguo em sua obra e, como o próprio Autor reconheceu, quase nos confins do místico. Devemos, no entanto, verificar sua operacionalidade, e adotá-lo ou afastá-lo em virtude de suas propriedades heurísticas na teoria e na prática da Psicanálise.

Radicalidade é a marca de GRODDECK: ele faz Psicanálise, e não apenas psicanálise aplicada. A sua é uma psicanálise do adoecer, a doença sendo vista como uma manifestação de vida do homem. O Isso é radical, é a raiz do processo de criação

² - SAMI-ALI - "Una teoria psicossomática de la histeria", 1986, pp. 994-995.

humana. Sua hipótese *princeps* é de que o Isso cria o cérebro, cria a mente, cria o corpo, cria a doença e des-cria o homem na Morte.

Apresentaremos, nesse capítulo, exemplos de uma clínica psicossomática inspirada em GRODDECK. Antes, porém, é preciso discutir uma questão de contornos imprecisos na Psicanálise, e que é central nas práticas psicossomáticas, dada a natureza dos sintomas que os indivíduos apresentam quando é o corpo o teatro de seus conflitos.

A questão da cura em Psicanálise

As formulações modernas em Psicanálise têm conseguido se afastar completamente do debate sobre a cura, na medida em que o próprio FREUD salientou tantas vezes (1917, 1922, 1926)³ que esta não é o objetivo do tratamento psicanalítico. Mas, como bem aponta Catherine CLÉMENT (1988), a cura é a principal demanda que a sociedade faz para a psicanálise, embora os psicanalistas dela se eximam. A autora desafia: "... se a psicanálise, em vez da figura que oferece, seletiva e literária, se mostrasse à altura do que faz. Isto é, da cura, isto é, da transformação da vida, isto é, de dar meios individuais, e coletivos na mesma oportunidade, de se viver melhor"⁴. Por outro lado, CLÉMENT reconhece que "a técnica freudiana provou sua eficácia ao pôr entre parênteses o desejo de curar e de intervir ativamente nos negócios do paciente. Substituindo-o por uma prática de não-intervenção, que suspende a cura num processo de transformação que a ela leva como a um algo mais, como por acréscimo."⁵. Porém, é preciso acrescentar, a partir da perspectiva da Psicossomática, que este **algo a mais** pode ter a extrema relevância de ser uma vida sem dores orgânicas cruéis, ou sem limitações excessivas, ou às vezes, até mesmo a simples possibilidade de permanecer vivo.

Por alheia que queira permanecer à questão da cura, principalmente quando se trata do "orgânico" e dos "males do corpo", a psicanálise acaba devendo um posicionamento quanto ao seu papel frente às questões de saúde mental e física, na medida em que, mais e mais, torna-se evidente o fato da intrínseca unidade do ser vivo, em seu existir físico, psicológico e social. Devemos ressaltar, no entanto, que essa é uma questão controversa. De um lado, a Psicanálise fez reconhecer que há uma ruptura entre o fenômeno humano e o biológico, e dessa forma, revelou uma dimensão muito mais complexa para a questão da "cura" ou da "saúde", fazendo intervir, fundamentalmente, a problemática do Inconsciente na conformação da vida humana. Por outro lado, o

³ - FREUD, S. - a. *Conferencias Introductorias al Psicoanálisis* (1917), b. *Psicoanálisis y Teoria de la libido* (1922), c. *Análisis Profano - psicoanálisis y medicina* (1926).

⁴ - CLÉMENT, C. - *Os filhos de Freud estão cansados*, p. 38.

⁵ - CLÉMENT, C. - *Op. cit.*, p. 113.

procedimento psicanalítico pretende ser apenas secundariamente um procedimento psicoterápico, sendo um dos pontos fundamentais de discussão em Psicanálise a questão do que visa o seu tratamento. O método da Psicanálise conduz a um processo de desalienação do homem e não a uma adaptação do mesmo, e por isso suas questões não remetem aos mesmos objetos de outras práticas sociais.

Em relação à questão do corpo, como campo de apresentação de sintomas, há um nítido corte que separa a Psicanálise da Medicina, e portanto das concepções que regem ambas as formas de tratamento.

BIRMAN (1982) salienta que "o que se apresenta como demanda para a cura psicanalítica não são objetos medicamente circunscritos e legitimados por uma racionalidade médica"⁶ e que a Psicanálise não pretende abolir os sintomas como o médico, que visa sempre uma cura rápida e um pronto alívio. Diferentemente age o psicanalista, que busca levar o seu "paciente" a investigar o seu próprio sintoma. BIRMAN assinala que na *neurose de transferência*, o psicanalista ajuda a construir uma nova neurose em substituição à anterior, e além disso mantém um certo nível de angústia no indivíduo que se submete ao tratamento psicanalítico, visando possibilitá-lo. Ao final de seu processo esta angústia também não será curada, pois a prática analítica "não abole aquilo que a torna possível, isto é, a angústia de castração."⁷ O psicanalista, portanto, trabalha na interioridade dos sintomas; com a "doença" e não contra ela.

MEZAN (1982), por sua vez, afirma: "Não é verdade que a psicanálise seja uma forma de psicoterapia, nem que a psicoterapia seja uma psicanálise que se ignora. Os objetivos de ambas são diferentes, seus métodos de trabalho pouco têm de comum, os pressupostos teóricos divergem"⁸. Discutindo a etimologia das palavras terapia e cura, ele afirma que a primeira significa *cuidado*, em grego, sendo que o termo latino para esta última palavra é *cura*. Mas, a Psicanálise não visa a cura, na medida em que não busca adequar o indivíduo que se submete a ela a um modelo ou norma, inclusive a uma norma de saúde. Porém, do lado do paciente há uma demanda de ajuda:

*"A demanda do paciente é a mesma, seja ela formulada ao psicanalista ou ao psicoterapeuta: sofrer menos, viver melhor, compreender algo de si e da forma como se relaciona com os demais. É evidente que os efeitos da análise devem ser realizados no mundo exterior, no sistema das relações sociais, na vida do indivíduo fora da situação analítica; mas esta realização é indireta, e é mais uma consequência do processo psicanalítico do que uma finalidade dele. Nisto, como em tantas outras coisas, psicanálise e psicoterapia se separam mais uma vez."*⁹

⁶ - BIRMAN, J. - "Psicanálise e Psicoterapia", in: BIRMAN, J. et al. - *Psicanálise e Psicoterapia*, p. 45.

⁷ - BIRMAN, J. - Op. cit., p. 47.

⁸ - MEZAN, R. - "Psicanálise e Psicoterapia", in: Idem, p. 21.

⁹ - Idem, ibidem, p. 35.

Vemos, portanto, que a especificidade do tratamento psicanalítico é tal, que o seu processo conduz a uma investigação das determinações inconscientes dos sintomas, possibilitando ao indivíduo não uma "cura", mas sim a uma maior liberdade frente a eles, o que pode levar até mesmo à escolha, por parte do analisando, da manutenção de seus sintomas.

Porém, isso deixa em aberto a questão do auxílio terapêutico ao indivíduo que deseja ver-se livre de seus padecimentos, e esta questão é aguda quando se trata de padecimentos corporais. A Psicossomática emergiu como campo necessário de investigação da Psicanálise, a partir desses casos, e reinstalou a necessidade da discussão da "cura".

O objeto do tratamento em Psicanálise não é a doença, e nem o sintoma, mas o reconhecimento dos determinantes inconscientes e a transformação do sujeito que os produz. O trabalho analítico se faz através da linguagem, mas mesmo nessa concepção da psicanálise, como um trabalho com e sobre a linguagem, que visa ao acesso do sujeito do inconsciente, aí também há um "efeito de cura", pois a Psicanálise pode pôr "*para funcionar as extraordinárias capacidades da linguagem de transformar o corpo*"¹⁰ e, como GRODDECK demonstrou, tanto pode fazer surgir como desaparecer sintomas, pois a mesma potencialidade simbólica tanto pode permitir quanto obstruir a vida.

Outra questão complexa emerge quando se considera quem são os indivíduos que buscam atendimento, e quais as condições concretas em que vivem. Passaremos agora a uma exposição do contexto em que se deu a prática deste trabalho.

O Contexto Institucional

São José do Rio Preto é uma cidade de 350 mil habitantes, situada no Noroeste do Estado de São Paulo, e constitui-se, no campo da Saúde, como pólo e referência para 100 municípios vizinhos e, principalmente, para os estados de Mato Grosso, Goiás e Mato Grosso do Sul. Possui indicadores de saúde nada típicos do Brasil, como taxa de mortalidade infantil equiparada à da França, número de domicílios servidos com água e esgoto da ordem de 95% (este índice na cidade de São Paulo mal atinge 60%), e proporção do número de médicos para número de habitantes com parâmetros das principais cidades do Primeiro Mundo.

O Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, ao mesmo tempo, beneficia-se das características da cidade, quanto reflete os problemas da má organização do atendimento à Saúde Pública no Brasil. Suprindo a carência de

¹⁰ - CLÉMENT, C. - Idem, p. 27.

inúmeros Postos de Saúde que o Estado e o Município deixam de construir, o Hospital tem vivido nos últimos dez anos uma enorme expansão de suas instalações e serviços. Atualmente possui 410 leitos, realiza 2500 internações mensalmente, com uma taxa de ocupação de leitos que supera os 100% (o mesmo leito é ocupado por mais de um doente no dia), e em seu Ambulatório atende 100 mil consultas em média, por mês, o que representa o segundo movimento, em número de pacientes, no Estado de São Paulo, sendo o primeiro o do Hospital das Clínicas, da Universidade de São Paulo, na Capital.

Atendendo em todas as áreas clínicas e cirúrgicas, conta com serviço de Emergência, 41 leitos de Unidade de Terapia Intensiva, além de diversos serviços ditos paramédicos, como Fisioterapia, Laboratórios, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Fonoaudiologia. Conta ainda com um Pronto Socorro, um serviço de Emergência Psiquiátrica, dois Centros de Saúde, além das Faculdades de Medicina e Enfermagem, pois trata-se de um Hospital-Escola.

O Serviço de Psicologia conta com 13 profissionais além de 10 Residentes e estagiários, e atua nas áreas de Pediatria, Ginecologia, Cirurgia, Dermatologia, Oncologia, Genética, Psico-pedagogia, e Psicoterapia a nível ambulatorial, além de atender pacientes internados. Realiza portanto o que tem sido chamado de Psicologia Hospitalar¹¹, além do trabalho clínico nos moldes habituais, ou seja, atendimento individual, em salas de consultórios.

Em 1988, as disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica contrataram a mim, para funções acadêmicas e assistenciais, e me assignaram a tarefa de um Ambulatório para atendimento de pacientes psicossomáticos. Com uma sala no prédio de Ambulatórios, e uma agenda de entrevistas vinculada a um serviço de Triagem, passei a receber pacientes das mais variadas origens e problemáticas. Podemos diferenciá-los, basicamente, em três grupos:

- a) Os pacientes psicossomáticos sem etiologia orgânica para seus distúrbios e dos quais se supõem causas "emocionais";
- b) Os pacientes com diagnóstico médico indefinido, ou pacientes crônicos, frequentadores habituais de vários ambulatórios, inclusive de outras cidades, e a quem se imagina que a intervenção psicossomática possa auxiliar;
- c) Os pacientes encaminhados diretamente para psicoterapia e/ou investigação psicossomática.

Os pacientes do primeiro grupo habitualmente já passaram por investigação clínica, exames e diagnósticos, e são, então, encaminhados para a entrevista psicossomática. Muitas vezes, paralelamente, são pedidos, pelo médico, novos exames, ou diagnóstico

¹¹ - ANGERAMI, V.A. (org.) - *Psicologia Hospitalar - A atuação do Psicólogo no contexto Hospitalar*, 1984.

inúmeros Postos de Saúde que o Estado e o Município deixam de construir, o Hospital tem vivido nos últimos dez anos uma enorme expansão de suas instalações e serviços. Atualmente possui 410 leitos, realiza 2500 internações mensalmente, com uma taxa de ocupação de leitos que supera os 100% (o mesmo leito é ocupado por mais de um doente no dia), e em seu Ambulatório atende 100 mil consultas em média, por mês, o que representa o segundo movimento, em número de pacientes, no Estado de São Paulo, sendo o primeiro o do Hospital das Clínicas, da Universidade de São Paulo, na Capital.

Atendendo em todas as áreas clínicas e cirúrgicas, conta com serviço de Emergência, 41 leitos de Unidade de Terapia Intensiva, além de diversos serviços ditos paramédicos, como Fisioterapia, Laboratórios, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Fonoaudiologia. Conta ainda com um Pronto Socorro, um serviço de Emergência Psiquiátrica, dois Centros de Saúde, além das Faculdades de Medicina e Enfermagem, pois trata-se de um Hospital-Escola.

O Serviço de Psicologia conta com 13 profissionais além de 10 Residentes e estagiários, e atua nas áreas de Pediatria, Ginecologia, Cirurgia, Dermatologia, Oncologia, Genética, Psico-pedagogia, e Psicoterapia a nível ambulatorial, além de atender pacientes internados. Realiza portanto o que tem sido chamado de Psicologia Hospitalar¹¹, além do trabalho clínico nos moldes habituais, ou seja, atendimento individual, em salas de consultórios.

Em 1988, as disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica contrataram a mim, para funções acadêmicas e assistenciais, e me assignaram a tarefa de um Ambulatório para atendimento de pacientes psicossomáticos. Com uma sala no prédio de Ambulatórios, e uma agenda de entrevistas vinculada a um serviço de Triagem, passei a receber pacientes das mais variadas origens e problemáticas. Podemos diferenciá-los, basicamente, em três grupos:

- a) Os pacientes psicossomáticos sem etiologia orgânica para seus distúrbios e dos quais se supõem causas "emocionais";
- b) Os pacientes com diagnóstico médico indefinido, ou pacientes crônicos, frequentadores habituais de vários ambulatórios, inclusive de outras cidades, e a quem se imagina que a intervenção psicossomática possa auxiliar;
- c) Os pacientes encaminhados diretamente para psicoterapia e/ou investigação psicossomática.

Os pacientes do primeiro grupo habitualmente já passaram por investigação clínica, exames e diagnósticos, e são, então, encaminhados para a entrevista psicossomática. Muitas vezes, paralelamente, são pedidos, pelo médico, novos exames, ou diagnóstico

¹¹ - ANGERAMI, V.A. (org.) - *Psicologia Hospitalar - A atuação do Psicólogo no contexto Hospitalar*, 1984.

por outras áreas, como exames neurológicos, eletroencefalograma, eletrocardiograma, etc.. Às vezes, apenas foi realizada uma triagem superficial, e então é necessário um reencaminhamento para a Clínica Médica, para investigação e acompanhamento. Os pacientes do segundo grupo, normalmente, já passaram por inúmeros médicos, e chegam para a consulta psicossomática como um "último recurso". Os do terceiro grupo provêm, principalmente, de médicos com maior informação sobre Psicoterapia e Psicanálise e que, ou estão convencidos da inexistência de fatores etiológicos orgânicos, ou da prevalência de questões pessoais ou psicológicas nos quadros dos referidos pacientes. Muitos são pacientes que não apresentam sintomatologia orgânica importante, outros têm quadros que os médicos consideram como entidades nosológicas definidas, mas de etiologia não esclarecida.

As primeiras entrevistas são agendadas, e a partir de então decide-se se o sujeito será encaminhado para a Clínica Médica, ou para outro profissional da área de Psicologia ou Psiquiatria, ou se será atendido por tempo indeterminado em sessões de investigação psicanalítica de suas problemáticas.

O enquadre do trabalho

Os pacientes encaminhados para este "Ambulatório de Psicossomática" tanto podem ser moradores da cidade, e vizinhanças, quanto pessoas de outros Estados, chegando a vir, muitas vezes, de locais situados a grande distância, até de mais de mil quilômetros. Inúmeras vezes trata-se de pessoas que, independente da gravidade de seus casos, têm recursos muito limitados, o que cria uma expectativa de rápida resolução para suas queixas. Tanto a carência econômica, quanto a distância geográfica, configuram uma situação em que este atendimento psicológico é percebido como uma extensão do atendimento médico, e ao lado do pedido constante e típico por remédios, há uma perspectiva implícita de "cura", em que o paciente quer se ver "livre" de seus sintomas.

Como agravante a esta demanda, que é uma demanda por saúde e cura, mesmo quando o paciente já consegue distinguir que seu sofrimento não pode receber a ajuda médica *ipsis literis*, existem as projeções inconscientes, que fazem com que um Hospital, e seus serviços, percebidos sob a ótica dominante da representação social do que é a Medicina, revistam o Ambulatório de Psicossomática das características definidas a partir do modelo médico. O enquadre de trabalho deve passar constantemente por uma discussão que permita a ação investigadora e analítica e ao mesmo tempo submeta à análise a própria "transferência institucional"¹² do paciente. Isso é fundamental porque o

¹² - Relativos a esta importante questão, ver, principalmente: GUATTARI, F. - *Psicoanálisis y Transversalidad*, 1976. LAPASSADE, G. - "El encuentro institucional", in: LOURAU, R. et al. -

indivíduo, em sua busca por auxílio, traz representações próprias sobre a sua doença, e sobre quem ou o quê pode lhe dar resposta à sua procura. As relações conscientes e inconscientes da população com os serviços de saúde de que dispõe, formam o pano de fundo onde vai se constituir a forma particular de cada "paciente" procurar tratamento.

Outro agravante é a imensa demanda reprimida por atenção à saúde física e mental de parte da população em geral, e que é ainda maior naqueles segmentos da população marginalizada economicamente. Nos prontuários do Hospital de Base já existem fichas de quase 500 mil pacientes. Muitos deles já recorreram diversas vezes aos serviços do Hospital e do Ambulatório. No âmbito específico da Saúde Mental, parece estar havendo uma transmissão cultural, a nível da cultura de massas, que faz com que males que anteriormente não eram "medicalizados", e passavam como "fatos da vida", ou como problemas que deviam ser abordados pelo ângulo da religiosidade, sejam agora percebidos como demanda por saúde. A Psicologia e suas formas de tratamento, bem como a Psicanálise, parecem estar rapidamente se popularizando, e muitos pacientes têm buscado dentro dos Ambulatórios uma atenção específica para suas questões "psicológicas". Há uma disseminação e vulgarização dos conceitos psicológicos e psicanalíticos, e a população em geral adotou o vago critério diagnóstico de "doenças nervosas" para inúmeros sofrimentos antes não tratados, ou tratados através de outros recursos da comunidade.

Também os médicos gradualmente têm incorporado uma compreensão da dimensão psicológica, e em seus currículos têm recebido noções de Psicologia Médica e de relação médico-paciente. Esta orientação também acarretou a criação de uma demanda, inicialmente apenas de "pareceres" e agora, cada vez mais, levando a encaminhamentos. Estes são, de um lado, encaminhamentos para "tratamento", ou seja, a psicoterapia é ainda representada como uma ação médica, curativa. Ou, por outro lado, o encaminhamento é feito como uma forma de "partilhar" o paciente, dando um destino àqueles casos em que o médico não alcançou a eficácia terapêutica desejada, e assim, às vezes, corre o risco de ser a expressão de conflitos vividos na relação daquele médico com aquele paciente, principalmente conflitos ligados a sentimentos inconscientes, como apontam BOTEGA e DALGALARRONDO (1993)¹³. Ainda por outro ângulo, devemos perceber os encaminhamentos ao atendimento psicoterápico, psicanalítico ou psicossomático, como uma nascente compreensão, por parte da Medicina, da possibilidade de um auxílio efetivo ao paciente através destes métodos. É hoje já bastante corrente entre médicos o conhecimento das doenças mais claramente definidas como psicossomáticas, como as úlceras, as retocolites, ou a asma; mas progressivamente, para diversos outros quadros tem-se solicitado a atuação de um profissional de Saúde Mental,

Análisis Institucional y sócioanálisis, 1977. LAPASSADE, G. - *Grupos, Organizações e Instituições*, 1977. LOURAU, L. - *A Análise Institucional*, 1976.

¹³ - BOTEGA, N.J. e DALGALARRONDO, P. - *Saúde Mental no Hospital Geral*, 1993.

embora mais freqüentemente recorra-se a um psiquiatra, sem formação psicodinâmica. Mas não mais apenas para aqueles quadros classificados como Neuroses têm havido os encaminhamentos médicos para psicólogos e psicanalistas.

Retornando à questão do "setting" de trabalho, é preciso caracterizar as enormes limitações a que ele está sujeito. Em primeiro lugar há os fatos já mencionados da distância e da carência econômica. Para estes pacientes, o esquema de trabalho é obrigatoriamente reduzido a um mínimo que, quase sempre, não corresponde ao que se deveria propor, ou seja, um tratamento aberto, cuja duração fosse definida pelo seu próprio desenvolvimento. Assim, muitas vezes estes pacientes, provenientes de municípios distantes, tem apenas uma ou duas sessões, seguidas por um retorno no prazo de um mês, e isso é tudo que se pode fazer. Nos melhores casos é possível conseguir alguma continuidade de tratamento, quando há algum profissional da área em local mais próximo à moradia do paciente. Outros pacientes mantêm-se em tratamento por um tempo prolongado porque conseguem algum esquema de transporte, por exemplo, ambulância da Prefeitura de sua cidade. Este é um esquema precário, mas é o que tem sido utilizado por grande número de pacientes que não dispõe dos recursos próximos à sua moradia; fato infelizmente freqüente em tantos Estados do Brasil. O grande número de pacientes obrigou a uma restrição do tempo das sessões, que são, em média, de apenas 30 minutos. A freqüência costuma ser semanal, para aqueles em que isso é possível. Não há limitação da duração do tratamento, alguns deles se estendendo por anos. Há uma limitação do número de pacientes que podem ser assim atendidos e, mesmo com o aumento do número de profissionais da área de Psicologia, é freqüente o aparecimento de "listas de espera". Os pacientes vindos de outros municípios costumam ser atendidos com prioridade.

Seja qual for a natureza da queixa ou do sofrimento envolvido, a "consulta psicossomática" consiste na escuta atenta da queixa, e na tentativa de remeter aqueles sofrimentos à totalidade da existência do sujeito, fundamentalmente, à sua condição de ser humano que sofre, e que **pode e sabe** falar de seus sofrimentos.

A metodologia de trabalho

Esse trabalho consiste em sessões psicoterápicas, individuais, orientadas para a investigação das incidências dos conflitos psíquicos sobre os processos ou funções corporais que tenham se constituído em "sintomas psicossomáticos". O método utilizado não se distingue do método analítico clássico, consiste na escuta e "leitura" dos sintomas com o paciente adotando a livre-associação, em busca do sentido de seus sintomas e da Verdade imanente a seus sofrimentos.

O referencial analítico adotado foi, sempre e essencialmente, o freudiano, com uma necessária adaptação às condições muito particulares de um Ambulatório de Hospital Geral, com pacientes de nível sócio-econômico prejudicado, e as restrições de tempo de sessão e duração de tratamento já mencionadas. Iniciei este trabalho tendo previamente a experiência de 12 anos de prática de psicoterapia de orientação psicanalítica, freudiana, em consultório particular. As necessidades advindas das problemáticas destes pacientes me fizeram buscar referenciais nos recursos doutrinários e técnicos dos autores da Psicanálise que se dedicaram à pesquisa psicossomática¹⁴, alguns temas tratados em Psicoterapia Breve¹⁵, e discussões processadas pelos autores que atuam com *Análise Institucional*¹⁶, até encontrar a obra groddeckiana.

GRODDECK não fornece um método para o trabalho com pacientes psicossomáticos, aliás ele é totalmente a-metódico, porém fornece parâmetros que propiciam a investigação. Poderíamos dizer que sua contribuição se situa principalmente na constituição de uma técnica de "Análise de Sintomas", que enriquece o método da Psicanálise ao superar o abismo das construções teóricas psicanalíticas frente aos sintomas corporais. Tomamos sua obra principalmente como inspiração, para poder defrontar pacientes que trazem, e vivem, questões cujo palco de apresentação não é sua mente, mas seu corpo, ou, diríamos melhor, seu ser total.

Esse corpo tem sido objeto de diferentes saberes e práticas, e quando suas manifestações ganham os matizes da dor e do sofrimento, é habitualmente à Medicina, como prática social definida, que se recorre. Às psicoterapias se assigna o campo dos sofrimentos "mentais".

Metodologicamente, como vimos descrevendo, o trabalho não se destina a ser um "tratamento", muito menos uma ação "paramédica" que complementasse um tratamento de doenças, cujo agente etiológico fosse o "psíquico", ou uma combinação de agentes patogênicos "reais", quer dizer, objetivos, como vírus e bactérias, e "imaginários". O objeto próprio da investigação psicossomática é o sofrimento do sujeito, especificamente na forma dos sintomas que o sujeito apresenta, e estes sintomas podem ser os mesmos que o médico já examinou e tratou. Porém, estes mesmos sintomas, quando relatados na consulta psicossomática, deixam de ser os fatos físicos, para serem o discurso que os enuncia. Aqui a prática psicossomática faz-se psicanalítica: o sintoma é um fruto do sujeito, pertence a ele, é *biográfico*. O que está em jogo é o ser humano total que sofre os seus sintomas, mas que pode falar, como sujeito humano, e com a elaboração psíquica de sua história tornar-se capaz de reescrevê-la. Assim ele permanece o Autor de sua própria história, o responsável primeiro e último por aquilo que faz daquilo que ele é. É desta forma que ele pode "curar-se", adotando formas

¹⁴ - Inicialmente através da obra de PERESTRELLO, D. - *Trabalhos Escolhidos*, 1987.

¹⁵ - FIORINI, H. - *Teoria y Técnica de Psicoterapias*, 1975.

¹⁶ - Principalmente, LOURAU, R. - Op.cit., e LAPASSADE, G. - Op. cit.

melhores de elaborar seu sofrimento e conduzir suas relações. O trabalho consiste fundamentalmente em auxiliar o sujeito a investigar a si mesmo, através do discurso que produz, no interior de uma relação transferencial. Olhar para seus próprios funcionamentos, mentais, fantasmáticos, corporais; aprender a reconhecer suas expressões, apropriar-se de si mesmo. Traduzir-se, aprendendo a linguagem de seus sintomas, a linguagem que seu corpo, ou o seu Isso, inventa para expressar as questões que movem este ser total, que é **corpo e mente** indissolúveis em sua unidade e suas manifestações.

A prática psicossomática

Como dissemos, o trabalho psicossomático não se distingue metodologicamente de um tratamento analítico, nos moldes clássicos. Talvez devêssemos acrescentar que há um nível maior de diretividade na investigação da origem e função dos sintomas, de forma semelhante à técnica freudiana em seus primórdios¹⁷. Principalmente quando a situação está marcada por um claro aspecto de urgência, quando, por exemplo, o paciente é de Cuiabá, MT, ou qualquer localidade distante deste Ambulatório e precária em recursos. Nestes casos não seria possível aguardar-se o tempo da investigação analítica, o lento processo de vencimento das resistências para a emergência do reprimido. É necessário o recurso a uma diretividade que chame a atenção do doente para as possíveis conexões entre os seus sintomas e o campo vivencial onde eles estão incluídos. É aqui que se ajusta o referencial groddeckiano, dando à técnica psicanalítica um novo instrumental interpretativo que permite a investigação de sintomas somáticos como se se tratasse de sintomas neuróticos.

Com GRODDECK tem-se a possibilidade de analisar as doenças como parte constitutiva do vivido da pessoa, e levá-la ao reconhecimento das inserções significativas dos sintomas das doenças na totalidade de seu existir. A mudança na técnica é sutil, trata-se fundamentalmente de conectar o que se apresenta separado; de fazer o corpo pensável, de submetê-lo à discussão, à análise.

Apresentaremos aqui casos e fragmentos de casos em que foi efetuada a investigação psicossomática nestes parâmetros, procurando fazer a discussão dos mesmos, ao mesmo tempo em que apresentamos a conduta adotada na psicoterapia, e o que ela propiciou. Começamos por um texto de uma paciente, trazido por escrito em sua primeira consulta, texto exemplar da "doença nervosa" tal como representada pelo sujeito.

¹⁷ - FREUD, S. - *Estudios sobre la Histeria*. Em particular o capítulo "Psicoterapia de la Histeria". Ver também o caso Bruno, atendido por FREUD, e descrito em: GARCIA, A. - "Somatic interpretation in a transference cure: Freud's treatment of Bruno Walter", 1990.

"Sinto muita trituração, fraquezas nos braços e nas pernas, muitas das vezes estou em pé e sinto as pernas bambearem, tudo que pego nas mãos, o purgo trema demais.

Sinto a minha boca repuxar e os olhos também, sinto a minha língua formiga, sinto muita dor muscular, sinto muita angústia. Quando estou na minha casa que chega alguma pessoa amiga, para um almoço, eu me descontrolo e quase não consigo fazer o almoço, me perco no meio das conveções e não sei como fazer me esqueço de tudo. Minhas mãos geladas e fico totalmente toda tremula, sinto muita dor de cabeça e sinto latejar dentro da cabeça, tem dia que sinto que a minha cabeça está um ovo parece que não tem nada dentro, se eu deitar em minha cama e começar a pensar qualquer coisa já é o muito para fazer eu ficar a noite toda sem dormir, mas isto é o que mais acontece é eu não dormir, não posso ficar nervosa que sinto dor no corpo todo, principalmente na barriga.

E começo a ir no banheiro toda hora, muitas das vezes quando deito na cama sinto meu corpo crescendo e a coberta parece que está pesando demais.

Muitas das vezes estou indo em uma estrada, que já passei muitas vezes, e na minha mente parece que estou voltando, depois de muito andar é que vou perceber que estou indo, também sinto queimor nas vistas e muitas das vezes embalada tem vez que olho num objeto e parece que estou vendo dois tem me dado crises que fico largada em uma cama minhas forças acabam e quase não consigo nem falar. E choro muito." (sic)

Este material extraordinário é, em minha opinião, um compêndio de Psicossomática. Discutindo esta carta com diversos médicos, eles relataram que estes "sintomas" são por demais conhecidos e parte componente de um sem-número de consultas e retornos à Clínica Médica, com cada médico investigando uma possível etiologia compatível com a sua própria especialidade. Também foram unânimes em afirmar que um quadro de queixas como este costuma receber o diagnóstico genérico de "Distúrbio Neuro-vegetativo" e receber como tratamento, na maioria das vezes, a prescrição de um Benzodiazepínico, ou um anti-depressivo. Alguns deles relataram que encaminham casos semelhantes a este, principalmente para a Psiquiatria. Muitas vezes, o trabalho preliminar sobre os casos encaminhados para o Ambulatório de Psicossomática é um trabalho de triagem, diagnóstico, para a investigação da queixa, da demanda e das necessidades de atendimento de cada paciente, para encaminhá-lo adequadamente. Neste caso, em particular, a paciente trazia um prontuário em que constavam mais de vinte consultas a clínicos gerais, ginecologistas, psiquiatras, cardiologistas e neurologistas, até um clínico geral encaminhá-la à consulta psicossomática. São os casos crônicos, ditos "difíceis", em que os diversos serviços médicos terminam por dispensar o paciente; casos em que a psicoterapia é o auxílio necessário, mas ao qual só se procura como recurso derradeiro.

Observemos as primeiras duas frases da paciente: após descrever sintomas corporais, medicamente consideráveis, refere-se à angústia - fenômeno psíquico. É

contudo, um sintoma que os médicos tomam como patognômico da crise hipertensiva. A partir desta referência à angústia, o relato da paciente sugere a descrição psiquiátrica da ansiedade. São sintomas assim descritos e desta forma categorizados que a levaram a tantos médicos. Estes, porém, auscultaram, mas não escutaram a paciente. Ela diz que sua cefaléia não lhe permite "*pensar qualquer coisinha*", e nas consultas nunca lhe perguntaram quais seriam estas "coisinhas". A seguir ela diz: "*Não posso ficar nervosa que sinto dores no corpo inteiro*". "Não posso ficar nervosa" é sua queixa principal, e não "sinto dores no corpo inteiro", frase esta que desencadeia a investigação médica. Ela relata que, ao se deitar, sente o corpo crescendo e este é um sintoma bizarro para a Medicina, não havendo quadro nosográfico que o caracterize. O essencial de sua fala vem a seguir; ela relata uma vivência metafórica em que se vê indo numa estrada, enquanto pensa que está voltando, até que lhe vem a percepção de onde está e para onde vai. Vivência metafórica pois a paciente, em meio ao mar de seus padecimentos físicos, vive uma angústia sem objeto, que se apresenta como indeterminação em sua mente. Surdamente, processa-se nos recônditos de sua mente uma avaliação sobre a sua própria vida: quem é ela? para onde vai? este caminho tem volta? Reavaliando-se, mas sem ter consciência disso, esta paciente pensa com seu corpo. E estes pensamentos são confusos e são cegos e mudos - sua boca não pode falar direito, sua cabeça que é um "oco" (sic) - é simultaneamente um oco, um vazio de pensamento, e é um osso, pois se reduziu a ser apenas um crânio. Mas é um crânio que dói. Seus olhos repuxam, todo o seu corpo dói. Seus braços e pernas não podem lhe servir, toda ela é um ser em sofrimento. O seu sofrimento grita, é preciso ouvi-lo e ajudá-lo a encontrar uma outra expressão. É necessário ajudar este corpo a falar. É pela palavra que ele pode se tornar capaz de se enunciar, e pôr em funcionamento a única coisa capaz, veritavelmente, de mudança: a sua maneira de representar a si mesma. A estrada que ela metaforiza é a de sua vida, de seu nascimento, de sua morte, de seu corpo que é prazer e dor. Mas é também a estrada que falta construir entre seu corpo e sua mente.

Na investigação psicossomática, dados seus fundamentos na Psicanálise, busca-se uma outra forma de relação com o indivíduo que se consulta. Diferentemente da conduta médica, a postura desde o início é a de escuta atenta às queixas e quaisquer outras manifestações do "paciente". Tendo sido já diagnosticado e tratado, do ponto de vista médico, o trabalho se centra na investigação psicanalítica, com o paciente sendo convidado a relatar o mais minuciosamente possível, sem excluir e nem censurar nada, a história de seus padecimentos, juntamente com sua história pessoal. Uma estratégia freqüente, já desde a primeira consulta, é pedir que o paciente dê o maior número possível de dados sobre a primeira ocasião em que se manifestaram seus sintomas, quais as circunstâncias que envolveram a situação, quais eram seus pensamentos e sentimentos

na conjuntura, e se havia algum conflito vivido neste momento. Trata-se de pedir as associações do paciente relativas à primeira emergência de seus sintomas, que GRODDECK considerava como as principais pistas para a investigação do sentido da escolha daquele sintoma. O que especifica o trabalho é a "escuta" analítica que, acompanhando a linguagem do paciente, possa permitir acompanhar a maneira em que se produz, neste indivíduo, a sua própria e singular maneira de ser e viver. Essa "produção" lhe é remetida, para que ele acompanhe a sua própria articulação de sentidos.

Essa "relação de escuta e fala" é a marca distintiva que diferencia esta de uma intervenção médica, e é o que permite fazer emergir uma verdade já presente, mas ainda não enunciada e, por isso, produtora de sintomatizações. Muitas vezes os pacientes têm a percepção da natureza psicossomática de seus sintomas, sendo relativamente frequente que eles próprios diagnostiquem seus sofrimentos, muito embora ainda não possam assumi-los. Assim, um paciente do sexo masculino, 42 anos, relata: **"Eu percebi isso ultimamente: quando eu fico triste é que dá as dores de estômago. Então é da minha natureza psica (sic)."** Às vezes, é como um *insight* que isto é relatado, por exemplo, uma paciente do sexo feminino, 40 anos: **"Já descobri: minha dor de cabeça "é" o meu marido."** Outras vezes, as associações corpo-mente comparecem no discurso do paciente, mostrando uma compreensão superior à da prática médica usual: um paciente, do sexo masculino, 41 anos, declara que **"A minha mente vai para a dor e faz crescer. É assim que faz a doença."** De forma praticamente idêntica, outro paciente, de 32 anos, sexo masculino, afirma: **"A consciência da gente é que manda no corpo da gente."** Ou, outra paciente ainda, de 30 anos: **"É a mente que manda em tudo; quem faz a doença é a cabeça da gente."** Todos esses textos, tão ricos, ficam de fora da consideração médica.

Certos padecimentos são tradicionalmente considerados psicossomáticos, e foram dos primeiros a serem pesquisados pela Medicina Psicossomática, como por exemplo, as úlceras. Mas, a Medicina, como vimos, prefere ver estes distúrbios como expressão de uma descarga assimbólica de tensões. Às vezes, o próprio paciente demonstra este conhecimento. Por exemplo uma paciente do sexo feminino, 35 anos, sofrendo úlcera gástrica: **"Eu não desabafo, levo tudo para dentro, não digo nunca não..."** Num outro caso, este não atendido por mim, mas discutido numa reunião clínica, apresenta-se um quadro de dor epigástrica, e após endoscopia, a médica diz para a paciente que esta não tem nada. A paciente se queixa, insiste. A médica reitera, e pergunta: "Mas qual é o problema?" A paciente, imediatamente: **"É a minha sogra. Ela foi morar com a gente e eu tenho que 'engolir o sapo'."** A conexão entre os eventos é perfeitamente reconhecida, e a metáfora da sogra com o "sapo" tem evidente acolhida no universo popular. Outro médico relata um caso extraordinário em que o paciente lhe pediu o exame que diagnosticava sua úlcera para usar como prova no tribunal, em seu processo de desquite.

Seria interessante se isso realmente se concretizasse, pois poderia estabelecer uma jurisprudência onde as doenças psicossomáticas veriam reconhecido o seu campo como linguagem, nesse caso como testemunho jurídico: a úlcera do paciente é o seu advogado de defesa.

Estes casos todos são a evidência de uma compreensão psicossomática que já está presente no paciente, ou que emerge tão logo se dá a ela a oportunidade de se manifestar. É evidente que esta compreensão desempenhará um papel central na evolução terapêutica. Devemos lembrar aqui a colocação de CLAVREUL (1983), de que na consulta médica o discurso do paciente é o que menos importa. Rejeitando-o, fica de fora da relação, também, toda esta compreensão da articulação dos sintomas com o universo dos eventos pessoais do paciente.

Como exemplo de uma situação em que já na primeira consulta foi possível fazer a interrelação dos sintomas corporais com a problemática existencial, apresentamos este fragmento de sessão: o paciente, 34 anos, sexo masculino, tinha uma dor de cabeça "que médico nenhum descobria". Sofria também de desmaios. Ao comentar certas mudanças em sua vida se refere a uma "cornada". Pergunto-lhe sobre o que é isto, e ele diz: "Minha primeira mulher me botou chifres..." Eu: "E você?" Ele: "Na hora eu desmaiei... Nossa, eu nunca tinha pensado nisso. Olha aí a dor de cabeça e os desmaios!..." Era realmente a primeira vez em que este indivíduo relacionava seus sintomas corporais, com essa situação altamente conflitiva do adultério da mulher. O paciente relata como sempre, desde então, havia procurado "não pensar" mais nisso.

As dores de cabeça, para GRODDECK, são sempre indícios de que um certo processo mental, uma fantasia ou um conflito, não pode se manifestar, tem de ser reprimido, e então sua expressão torna-se a dor de cabeça. Relataremos, a seguir, com alguma extensão, casos da clínica psicossomática, sendo o primeiro deles exatamente um caso de dores de cabeça.

Caso I: LUÍS - Trata-se de um rapaz, 23 anos de idade, torneiro mecânico, residente em pequena cidade próxima a esta e que procura atendimento médico devido a uma contínua cefaléia, que o prejudica profissionalmente, além de perturbar-lhe continuamente o repouso. Seu relato é minucioso quanto às suas dores, mas extremamente pobre quanto a associações referentes à sua vida. É como se estivesse se dirigindo a um médico: rigoroso na descrição de seus sintomas, dando detalhes da forma da dor, sua duração, frequência, ritmos, associação a alimentos ingeridos, etc., mas sem fazer vinculações de nenhuma natureza quanto aos aspectos pessoais, familiares, históricos, etc., que incorporassem suas dores a alguma esfera de seu existir. Sua descrição

assemelha-se à que se poderia fazer a um mecânico quanto a um desfuncionamento qualquer em um automóvel.

Deixo-o falar livremente e, após breve silêncio, pergunto-lhe sobre o que ele acha de sua cefaléia. Ele estranha a pergunta: "Como assim, o que é que eu acho?" Eu: "Que idéia você tem sobre isso que você sofre?" Ele: "Sabe que nenhum médico nunca me perguntou nada?" Eu aguardo em silêncio. Ele, após algum tempo: "Eu acho que meu problema principal é que eu não gosto de verdade da minha mulher. Ela me aborrece, ela me irrita, ela não faz nada do que eu quero, ela nunca me obedece, ela é cheia de vontades, ela gasta todo meu dinheiro, e o pior de tudo é que ela nem sequer quer saber de fazer amor comigo!" Eu: "E aí?" Ele, num verdadeiro jorro de palavras, simultaneamente catártico e agressivo: "Eu não sei o que fazer. Era para dar certo, nós nos gostávamos, namoramos, fugimos na época de casar, sempre de acordo, e aí de repente, tudo começou a dar errado. Ela não mais me obedecia, tudo ela reclamava, tudo estava ruim, tudo era minha culpa, e não adiantava agradar...Aí eu proibia ela de falar desse jeito, mas você acha que adiantava? Que nada, ela teimava, queria fazer sempre do jeito dela, nunca obedecia.." Eu, observando a repetição deste significante "obediência", pergunto-lhe: "Como é para você isso da obediência?" Ele, veemente: "Ah, mas isso é coisa importante demais, meu pai sempre dizia que isso era o que fazia alguém ser bom ou ruim. A desobediência é terrível, porque começa desobedecendo, depois desrespeita, depois começa a querer humilhar a gente, e aí, onde é que vai parar? Na minha infância eu aprendi isso, e aprendi na marra, ou obedecia ou meu pai me dava um croque na cabeça?" Eu: "Croque?" Ele: "É, uma porrada." E, após alguns segundos de perplexidade: "Será que é por isso que eu tenho dor de cabeça?"

A seqüência deste atendimento levou este paciente a encontrar as múltiplas determinações ou, como FREUD (1905, 1917) denominava, a **sobredeterminação** que organizava como sintoma a sua dor de cabeça. Inicialmente, ele descobriu que estava fabricando uma "metáfora corporal", ou seja, preocupava-se com o seu casamento a tal ponto, que sua esposa havia se tornado uma autêntica "dor-de-cabeça" para ele. Assim como a linguagem tem a possibilidade de expressar em uma *figura* uma determinada representação, assim também é possível que um sintoma corporal expresse exatamente uma representação através de uma *figuração*.

A seguir, percebeu que a esposa desencadeava uma crise de reconhecimento nele, na medida em que não permitia, na relação complementar de casal, que ele assumisse um papel masculino, tal como ele havia interiorizado com base no modelo de

seu pai. À medida que estes determinantes iam se esclarecendo a cefaléia diminuía, e cessou por completo na terceira sessão psicoterápica. Antes do final do trabalho, de breve duração, recordou-se das dores de cabeça que seu pai sofrera, em uma determinada época de sua vida, e de como aquele período era um dos momentos capitais de suas identificações. O pai era "a cabeça" do casal, e esta era a representação simbólica central nas construções sintomáticas de Luís. Seu casamento reativara, provavelmente, seus conflitos edipianos, trazendo à tona a hostilidade reprimida contra o pai, bem como a relação ambivalente que mantivera com a mãe. Porém estes conflitos não emergiram na investigação, sendo apenas roçados.

Cessados seus principais sintomas psicossomáticos, e tendo chegado a uma primeira compreensão daqueles componentes de sua vida interior necessários para buscar um outro nível de relação com sua mulher, Luís propõe a interrupção do tratamento. Após discutir com ele esta proposta, procurando mostrar-lhe que estes sintomas pertencem a uma estrutura mais ampla, ou seja, são parte componente da estrutura de sua subjetivação, combinamos a interrupção do trabalho, com o esclarecimento de que ele poderia voltar ao tratamento se sua "via somática" fosse novamente acionada, ou se questões emocionais aflorassem e não pudessem ser elaboradas. O paciente não retornou, desde os últimos 4 anos. Possivelmente, sua principal questão era poder trazer, para o palco psíquico, as questões que seus sintomas corporais vinham representando; anunciando mas, simultaneamente, ocultando os temas que ele necessitava elaborar.

O caso a seguir relatado também tem por sintoma as dores de cabeça, às quais se acrescentam sintomas que costumeiramente levam os pacientes a consultarem-se com o cardiologista. Neste caso, porém, encontramos outros determinantes.

Caso 2: PEDRO - Homem de 33 anos de idade, casado, dois filhos, operador de máquinas em indústria. Relata na consulta: "Tenho uma zonzeira na cabeça, o tempo todo, fica direto, não melhora nunca. Tenho também falta de ar, não é o nariz que entope - é no peito - mas só dá no trabalho, em casa é muito difícil, e nunca deu à noite. Às vezes dá batadeira, o coração bate acelerado." Perguntado sobre o início do aparecimento dos sintomas refere terem surgido há cinco anos, quando ele ainda trabalhava "na roça", e terem retornado quando ele começou a trabalhar na cidade.

Já passou por várias consultas médicas tendo vindo a este serviço por indicação da Neurologia, onde foi submetido a Eletroencefalograma, que resultou normal. A Neurologia realizou também testes e exames para afastar a

possibilidade de tratar-se de tumor cerebral. Sua "zonzeira" não condiz com distúrbios neurológicos.

Investigo então suas relações familiares: tem onze irmãos, a maioria residindo no campo. É casado, dá-se bem com a esposa, diz não ter quaisquer problemas no lar. Inquirio sobre o trabalho. Ele: "Não tenho problemas, sou até calmo demais, não faço nada. Se tenho um problema com o chefe, penso em largar tudo e ir embora. Ai espero a cabeça esfriar e aí resolvo (...) O chefe é bonzinho, o problema é a máquina, ela quebra." Descreve então seu trabalho: é um típico trabalho de linha de montagem, com fragmentação de tarefas, trabalho rotineiro e monótono, de movimentos estereotipados e rígidos. Caracteriza bem o que FRIEDMAN (1972) chamou de "trabalho em migalhas"¹⁸.

Pergunto-lhe como ele sente o trabalho atual quando comparado ao trabalho "na roça". Então emerge emoção represada: "Ah, a vida no campo é muito melhor, eu era feliz... Mas não posso pensar nisso não: o passado é uma porta fechada, não tem volta não. Não dá nem para pensar em voltar, e eu nem quero lembrar. Lá tem liberdade e alegria, mas o trabalho acabou, vou fazer o quê lá? Minha vida agora tem que ser essa, aqui com a máquina, com a fábrica, aqui na cidade. Eu tenho que pensar que isso é melhor, aquela vida acabou..."

Eu: "A zonzeira parece a herança, a lembrança daquela vida que ficou." Ele: "É, pode ser. Acho que a zonzeira é quando eu não quero pensar. Eu tenho que ficar aqui e pensar aqui..."

Observemos a lucidez que o paciente revela quando reconhece que a "zonzeira" vem do fato de ter que lutar contra seus próprios pensamentos. O sintoma psicossomático que perturba sua cabeça tem uma função precisa: serve para tentar evitar os pensamentos, lutar contra a emergência de representações que aumentariam a dor psíquica. O paciente tem consciência de que seu desejo não pode ser satisfeito, e que a persistência em manter presente em sua mente estas idéias apenas aumentariam a sua frustração. Instado pelo **processo secundário**, sabe que não adianta desejar, quando a realidade está lhe opondo tais barreiras. Porém, talvez esteja se esforçando demais por suprimir suas fantasias, e então toda uma série de conteúdos psíquicos fica sem representação.

O paciente precisa ser ajudado para poder localizar o seu conflito e explorar as eventuais possibilidades que ele tenha para exercer alguma ação sobre o mundo que possa aproximar a realidade por que seus desejos anseiam. Diante de uma realidade que

¹⁸ - FRIEDMAN, G. - *O trabalho em migalhas*.

se impõe com peso excessivo, e na impossibilidade de recorrer à comum saída neurótica do devaneio; preso, portanto, de uma adaptação forçosa a uma realidade desvestida de prazer, este paciente sofre no corpo daquilo que sua alma, cansada, se retira. Socialmente falando, estamos diante da personificação de um processo extremamente penoso, que Simone VEIL (1976) denominou de "desenraizamento"¹⁹, e que Wilton VIANNA (1978) denominou de "síndrome de migração"²⁰. Problema social brasileiro agudo, tanto produz "sintomas" a nível social, na periferia das grandes cidades, como pode produzir sintomas a nível individual que exigem mais que a ação médica curativa.

Ao nível clínico, esta dimensão social do problema revela-se inalcançável, mas de um ponto de vista global, e a se pensar nas elaborações groddeckianas, o que a psicoterapia precisa trazer para este paciente é a possibilidade de formular uma nova "equação pessoal", nova forma de situar-se no mundo sem recorrer à doença como expressão de si. Se "o passado é uma porta fechada", na bela expressão deste paciente, é preciso, contudo, ajudá-lo a abrir novas portas neste presente, que é o único tempo que permite alguma ação transformadora, para que outro futuro possa se constituir.

Caso 3: REGINA - Mulher de aparência jovem, 36 anos, residente em Minas Gerais. Veio encaminhada pela Nefrologia, após passagem na Cardiologia. Inicia a consulta da seguinte forma: "Não sei porque vim aqui, vim ao cardiologista porque estava inchando muito e ele me encaminhou ao Dr. (sic) Lazslo. Há dois anos fiz uma cirurgia, retirei o rim esquerdo. Só tenho o direito. Tinha muita dor, vim para tirar uma pedra - pequena - mas o doutor disse que estava sangrando e retirou o rim. Não sei direito o que aconteceu. De um ano e meio para cá passei a inchar muito as mãos e o corpo todo, engordei de 55 para 62 quilos. Já fui a vários médicos e todos dizem que eu não tenho nada. O médico de lá (sua cidade) tinha me passado o 'Ancoron' e o 'Moduretic'. Vim aqui, fiz Eletro e Esteira e não deu nada. O médico suspendeu o 'Ancoron', mas sinto uma falha no coração." Repito: "Falha?". Ela: "Sinto ele batendo normal, de repente dá uma falha e sinto mal. Sinto muita dormência nas mãos, principalmente à noite, parece que queima." A paciente se interrompe. O clima da consulta é denso, depressivo, ela se agita, mexendo bastante as mãos e as pernas.

Pergunto-lhe de sua família. Diz ser casada, com três filhos, de 12, 14 e 17 anos, e que com o marido vive "mais ou menos". Discutem às vezes, por causa dos filhos. "Depois da cirurgia eu 'esfriiei', antes tinha um pouquinho de

¹⁹ - VEIL, S. - *A condição operária e outros estudos sobre a opressão*, 1977, pp. 345 e ss.

²⁰ - VIANA, W. - *Síndrome de Migração. Fundamentos psicanalíticos, sociológicos e terapêuticos*, 1978.

vontade, agora ficamos dois meses sem relação. Ele embirra, mas não é de brigar. Ele joga truco, sai de casa à noite, mas não é de procurar outra. Nunca desconfiei de nada. Para mim está tudo bem." Casou-se aos 15 anos, após ficar grávida. "Tinha uma vida muito pobre, queria casar para ter a minha casa. Comecei a trabalhar aos 10 anos e nunca mais parei. Já estou tão acostumada a trabalhar que quero largar a faxina e não consigo... Preocupo demais com tudo. Sou triste com o mundo, com a vida. A gente trabalha e trabalha e só dá para comer. Preocupo com o rim, às vezes dá uma dor do lado direito e fico com medo de ser pedra e ter que tirar o outro. Começo a inchar muito e minha família fica mandando eu me tratar. Não sei se é do coração ou do rim..."

Descreve sua vida familiar e a interação entre seus sintomas e os vínculos familiares. Percebe-se algum "ganho secundário" em seus sintomas, recebendo ela atenção e carinho quando se queixa. No entanto, é ao perguntar sobre seus pais que surge o dado decisivo para a compreensão de seus sintomas: "Dou-me bem com meus pais; quando ficam doentes, levo ao médico. Meu pai é muito fechado, quase não conversa. Ele incha também, está com 72 anos, fuma demais e o médico disse que o coração está muito fraco..." Eu: "Você disse que ele incha?" Ela: "Sim, ele tem doença de Chagas. Eu fico muito nervosa, não sei o que eu faria se perdesse ele. A gente quase não conversa, mas eu estou sempre pensando se ele está bem, se não está passando mal, se está fumando muito. Vou sempre ver ele. Quando eu era pequena, eu era a preferida dele, depois nós brigamos, aí eu casei, aí ficamos separados. Agora nós dois assim doentes..."

Observamos nesta sessão como a paciente, de início, procede como numa consulta médica, relatando sintomas, mencionando os medicamentos que toma, etc., e ao mesmo tempo, como sua linguagem traduz a forma como vão se tecendo as interrelações entre seus padecimentos e a sua existência. Talvez fosse nesse ponto que se interrompiam suas consultas médicas, sendo ela encaminhada para os exames. Vemos, portanto, que há uma "aprendizagem" do modelo da consulta médica, por parte da paciente, e talvez o mesmo ocorra, por parte do médico; ela, por um lado, descrevendo sintomas "medicalizáveis", e o clínico, por seu lado, tomando do universo de sinais e sintomas da paciente, aquilo que lhe permite a ação dentro dos moldes conhecidos de sua prática.

Prosseguindo, vemos como ela vai inserindo os detalhes de seu padecimento psíquico, e apresentando a sua situação existencial. Vemos desenhar-se uma história onde um vínculo paterno-filial estreito desenrola-se numa trajetória em que o casamento

pouco influi, marido e filhos aparecendo como um episódio menor. É na identificação com o pai doente que devemos procurar a raiz de seus males.

A perda de seu rim direito não é, segundo os médicos que a trataram, a causa para seu "inchaço", já que o outro rim está em perfeito estado de funcionamento. O cardiologista que a tratou também descartou etiologia cárdio-vascular para seus distúrbios. É contudo, a perda deste rim, um material simbolicamente importante, pois a coloca "doente", "incompleta", "à mercê" de um agravamento futuro, da "perda" do que lhe restou. Reconhecendo-se "triste com o mundo, com a vida", a paciente nos conta de um mundo interno onde, desesperançada, não sabe com o que substituirá psiquicamente o lugar de seu pai, quando este se for. Acha-se portanto em trabalho de luto, luto retrospectivo pelo pai perdido na infância, luto prospectivo pelo pai que um dia vai morrer. Luto problemático, pois nos revela a constituição de uma personalidade presa ao destino edipiano, incapaz de assumir novos objetos, tanto para identificar-se, como para ligar-se libidinalmente.

A apresentação, para a paciente, nas sessões seguintes, de seus sintomas como um modo de identificar-se ao pai, provocou uma resposta imediata dela: "Sim, esse é um modo que nós dois agora temos de ficar juntos." A preferência que ele manifestava por ela na infância só pôde ser retomada na vida adulta, depois que ela, já casada e com filhos, e ele, já idoso, se encontram para se tratarem mutuamente. Ela diz que "não sabe se é do rim ou do coração" que vêm seus sofrimentos. Analiticamente ela vai se encontrar com a construção simbólica que subjaz a seus sintomas psicossomáticos: com a "dor-de-coração", que representava sua vida "pobre", separada de seu pai e, por outro lado, com as "pedras" que encontrou pelo seu caminho, uma delas representada pelo seu marido. Desde o primeiro "tropeço", que foi a sua primeira gravidez, a sua história marca-se por uma representação contínua de coisas difíceis, áridas, pesadas como pedras, que ela se cansou de carregar. A Psicoterapia impõe-se como necessidade, não só porque a vida conjugal e familiar desta pessoa ameaça degradar-se, mas especialmente porque sua identificação de caráter histérico (FREUD em 1921: "a identificação é a primeira e mais primitiva forma de ligação com o objeto") com seu pai doente ameaça colocá-la como uma doente crônica.

Se seus sintomas progredirem, mais e mais ela será medicada e medicalizada, e talvez o próprio profissional médico termine por confirmar suas fantasias, envolvendo-se em uma trama inconsciente cujo sentido é a impossibilidade de elaboração por parte da paciente, e cujo resultado pode ser o desejo de morte. A identificação faz-se mortífera, e se essa formação sintomática com gratificação libidinal não puder encontrar uma via de elaboração, será reforçada pelos "benefícios secundários" do estar doente, e o desenvolvimento dessa urdidura pode desembocar no encontro libidinal com o pai, mas na morte.

O próximo caso é talvez o mais surpreendente em termos de resultados, configurando uma destas situações que podem fazer com que a análise de um sintoma psicossomático seja confundida com uma prática de caráter mágico, ou uma mera manobra de "sugestão".

Caso 4: JOÃO - O paciente, 44 anos, casado, pai de seis filhos, veio encaminhado pela Dermatologia. Assim que entra na sala ergue a barra da calça e mostra uma grande ferida, em sua perna direita. É uma ferida impressionante, purulenta. Começa a falar, mostrando continuamente a ferida. Diz que está em tratamento há um ano, que melhora um pouco e logo volta a piorar, e conta dos remédios que já tomou, etc., até que eu o interrompo e lhe digo que gostaria que conversássemos um pouco. Peço-lhe que fale de si, de como é sua vida. O paciente começa vago, genérico, vai descrevendo aspectos de seu cotidiano. Nada parece adquirir maior significação, até que lhe pergunto sobre o que aconteceu de importante em sua vida há um ano atrás, antes de surgir sua ferida. Ele pára, hesita, diz não se lembrar de nada, até que: "Bem, aconteceu uma coisa muito dura, que eu até que nunca penso nela, me esqueci por completo. Eu morava num sítio, era do meu pai, mas eu morava nele há 17 anos. Meu pai comprou a terra, mas não tinha nada nela. Eu fiz tudo, fiz a casa, fiz a roça, pomar, barracão, tudo, tudo. Criei lá meus 6 filhos. Eu adorava lá. Então um dia veio meu pai e falou: "Eu vendi o sítio." Eu não acreditei, e era verdade. No dia em que veio o caminhão de mudanças buscar as coisas, eu não quis ir. Fui a pé, andei 17 quilômetros, chorando. Ai, quando cheguei lá parei e nunca mais chorei mais não."

Eu: "Ai começou a chorar pela perna." Ele, me olhando incrédulo: "Ah, mas não foi aí que começou não, foi antes... Péra aí (sic) eu lembro que naquela noite, acho que é porque eu tinha andado tanto, deu uma coceira na perna... Mas será que é por isto, então?"

Eu: "Não sei. O que o senhor falou para o seu pai?" Ele: "Eu nada, não briguei, não discuti. Depois foi passando a vida, e essa ferida aqui..." Interrompo a sessão, marcando retorno para a semana seguinte. Logo ao entrar, o paciente ergue a calça: sua ferida está quase cicatrizada. Ele relata: "Esta semana tive uma bruta briga com meu pai..."

O caso fala por si mesmo. Devemos contudo salientar alguns aspectos, que podem torná-lo emblemático para a análise de outras "configurações psicossomáticas". Em primeiro lugar chama a atenção que o paciente dedique tanto de sua atenção à ferida

de sua perna. Não só ele viaja quase 100 quilômetros quinzenalmente para tratar-se, durante todo um ano, como toda a sua atenção psíquica mostra-se voltada para este sintoma. É como se ele realmente houvesse ocupado o lugar de todo um setor de sua vida mental. Na consulta psicossomática, de início foi muito difícil fazê-lo parar de falar do fato físico de sua ferida, sendo necessário insistir para que pudesse vir à baila o relato de sua história. Penso que neste caso o sintoma psicossomático realmente funcionou como um substituto para uma série de representações psíquicas. Os médicos que o trataram tinham como hipótese diagnóstica a de que se trataria de uma "dermatite factícia", ou seja, um quadro de lesão da epiderme causada pelo próprio sujeito, através, por exemplo, de coçar-se com as unhas contaminadas de germes. O paciente conta que não fazia isso, "de jeito nenhum", mas que não podia parar de pensar e de se preocupar com aquele ferimento. Assim é ele o causador de sua ferida, como na hipótese dos dermatologistas, mas não através de auto-contaminação, e sim como sintoma conversivo. Trata-se aqui também, no meu entender, de Histeria.

Quero com isso dizer que este sintoma assume toda a conformação de uma substituição metafórica, que o caracteriza como uma formação de compromisso entre conteúdo reprimido e instância censora, no sentido em que se descreve, na Psicanálise, a gênese dos sintomas. Frente a uma problemática inconsciente impossibilitada de se traduzir, dado o processo de repressão que impede a tomada de consciência antepondo-lhe resistências, desse texto censurado, com o auxílio eventual de uma "complacência somática", emerge uma forma substitutiva que é o sintoma. O fato de aqui se tratar de uma lesão orgânica não impede o fato dessa lesão desempenhar o papel de sintoma psíquico, ou mais precisamente, de sintoma que simboliza um processo psíquico.

A ferida na perna de João é uma ferida psíquica, uma **ferida na relação** deste homem com seu pai, com o projeto de vida que ele havia feito, fiando-se em seu pai. Quando o pai realiza a venda, ele não pode rebelar-se, claro que devido à imagem interna que ele possui deste pai, à história que configura e estrutura os seus vínculos; e reprimindo as intensas emoções desencadeadas, trata de "prosseguir seu caminho", como se não houvesse uma discussão a ser feita. O conflito com o pai fica sem expressão, e busca a saída mais adequada: aquela que simultaneamente expressasse o que foi perdido e simbolizasse que um caminho foi mal percorrido. A perna é o melhor "locus" simbólico que ele vai encontrar, a perna cansada de andar, a perna que não pode mais sustentá-lo. Como este sítio que já não vai mais sustentar a ele e à sua família... É defrontando-se com o pai que ele vai poder livrar-se do conflito psíquico sintomatizado corporalmente, e livrando-se do papel de filho que tudo aceita, poder se pôr em condições de ocupar um lugar (sítio) de pai. Pode então recuperar-se de sua Castração (ferida na perna), recuperando-se como sujeito, capaz de andar "com as suas próprias pernas".

Esta atendimento levanta questões importantes. Sua brevidade leva a uma indagação em relação à duração dos tratamentos. Sendo nesse caso alcançada uma resolução, deveria o mesmo ser estendido até uma maior profundidade de análise dos seus conflitos psíquicos? A quem beneficiaria essa continuidade? Por um lado, houve inegavelmente um "ato analítico" com a exploração e a interpretação de seu sintoma corporal. Por outro lado, ao concretizar a ação específica, que permitiu uma nova resolução para seu conflito, o paciente se "curou", talvez menos no sentido orgânico, fisiológico, e mais no sentido dinâmico e econômico, de encontrar nova vazão às suas angústias, e um destino melhor para suas pulsões. Deveria o tratamento prosseguir? O próprio paciente o considerou findo, e isto nos leva a uma outra questão: seria o paciente psicossomático portador de uma demanda específica, e neste caso, deveria seu tratamento atender apenas a ela? Considerar este caso como Histeria, ou chamá-lo de "Psicossomático" mudaria algo fundamental na estratégia do atendimento? A análise terminável ou interminável, que FREUD discutiu em 1937²¹ permanece um campo de interrogações para a psicanálise, tanto para a que se pratica nos moldes clássicos, quanto para aquela que se reinventa nas instituições.

O próximo caso dramaticamente ilustra a mesma situação psíquica de alguém que se representa castrado, impossibilitado de corresponder às exigências que a vida lhe apresenta, e que não sabe que outra escusa apresentar que não a da incapacitação física, motivada pela doença orgânica:

Caso 5: MAURÍCIO - O paciente, de 23 anos de idade, apresenta-se, acompanhado da esposa, queixando-se do seguinte quadro: tontura, tremores nas extremidades, fraqueza, desânimo e cefaléia. Diz que isto acontece há oito anos. Está casado há seis anos, não tem filhos. A mulher intervém na consulta: "A única coisa que ele tem é que ele treme." Peço que ele me relate tudo o que ele achar que é significativo de sua vida. O paciente conta que morou em fazenda até os dezenove anos. Quando tinha doze, houve um assalto na escola, o ladrão deu três tiros na direção dele, nenhum acertou, mas sua vista escureceu, e desde então escurece ocasionalmente. Diz que está cada vez mais fraco, que sempre trabalhou, mas que agora "o peso parece que está demais..." A mulher diz: "Acho que ele quer aposentar." Ele: "Eu acho que é responsabilidade demais..." Eu: "Qual responsabilidade?" Ele: "E se ela quiser ter filhos, como é que vai ser?" Irrompe uma discussão entre o casal. A mulher insiste em que ele precisa trabalhar, que os médicos dizem que ele não

²¹ - FREUD, S. - *Analysis terminable e interminable*.

nada, e que os exames também mostraram isso. Ele argumenta, angustiadamente, que não consegue, que não sabe porque treme, ou do que tem medo. Só sabe que está com medo do que vai ser da vida deles, "principalmente se ela quiser filho". O paciente ainda acrescenta que o pai dele também treme, e que, igual à sua mãe, ele tem sempre dor de cabeça.

Vemos aqui um paciente em um quadro de ansiedade, que usa regularmente benzodiazepínicos, e que procura encontrar no Ambulatório do Hospital Geral o diagnóstico que o confirme como incapacitado para o trabalho e para as responsabilidades como chefe de família. A esposa desconfia do sentido de seus sintomas e diz, logo ao início, da vontade dele de se aposentar, aos 23 anos. Entra na consulta junto com o marido porque, segundo declara, não quer que ele se convença de que está doente. O paciente já passou pela Neurologia, fez eletroencefalograma, e na Cardiologia, onde passou por avaliação e exames. Os médicos clínicos acentuaram para ele o caráter excepcional de seu estado de saúde. Porém, o paciente continuou demandando atenção médica e, desde então, dois psiquiatras já lhe prescreveram ansiolíticos.

Maurício mostra-se convencido de estar doente "de alguma coisa" e, instado a falar de tudo o que pensa sobre o assunto, relaciona a origem de seus distúrbios àquele assalto havido na escola. Investigando este acontecimento, e procurando trazer à tona a sua situação psíquica de início da adolescência, vem o relato de que, por aquela época, havia a possibilidade de seus pais se separarem e o paciente, obscuramente, responsabilizava-se por isso. Nas sessões posteriores, já desacompanhado da esposa, desdobra suas fantasias de reedição edípica: temia causar a morte do pai, em virtude de estar provocando inconscientemente aquelas desavenças. Recorda-se de como o pai ameaçava a família de que ia ser muito difícil eles sobreviverem sem ele. O ladrão, que deu três tiros em sua direção, confirmou as fantasias de punição inconsciente pelo seu desejo de separar os pais. A impotência psíquica que se constituiu como herdeira deste quadro, assumiu, posteriormente, a roupagem psicossomática, mais adequada para as finalidades de impossibilitar-se para o trabalho.

Essa sintomatização, contudo, terminou por levá-lo a um impasse: teme perder a esposa, reproduzindo inconscientemente as desavenças dos pais, e ao mesmo tempo, não pode suportar a assunção do papel masculino de homem, marido e pai. A doença, imaginária do ponto de vista dos médicos, mas concreta e dramática enquanto sofrimento psíquico, é a formação de compromisso que expressa e disfarça seus conflitos. Conscientizando-se destas motivações, o paciente poderá reencontrar-se consigo mesmo, rever seus medos, indagar por seu papel familiar, suas relações com pai, mãe, irmãos, até poder pensar sobre seu casamento e sua situação atual. A Psicoterapia desenrola-se substituindo o que estava na "tela corporal" por representações,

angustiantes sem dúvida, mas que podem, gradualmente, tornarem-se manejáveis psiquicamente. É uma apropriação de uma linguagem muda por uma linguagem articulada, que cria a possibilidade dos deslocamentos simbólicos que habilitam o sujeito a criar uma nova situação de si para si, ou seja, do sujeito com o seu Desejo; e de si com o mundo, ou seja, do homem com a realidade que o cerca.

Quadro psicossomático ou sintoma histérico? Os sintomas desse paciente talvez remetam muito mais às formas em que socialmente se lidarão com suas queixas do que com a estrutura psíquica que rege as suas manifestações. Ou seja, dependendo de como os médicos validem as suas queixas, esse paciente pode, "medicalizado", adquirir uma identidade de doente e, às vezes, adoecer de fato. Ou então, encontrando repúdio às suas sintomatizações, pode vir a reconhecer a sua "doença" como uma manifestação de sua própria subjetividade, e aí mobilizar-se para uma nova equação.

Caso 6: HELENA - A paciente, de 64 anos, vem à consulta psicossomática devido a um tique nervoso: repuxa os músculos da face direita continuamente. Começa falando de seu marido, falecido há dois anos, e de todo o sofrimento que cercou sua doença. O marido padeceu de trombozes e de um derrame, e teve uma fase de cuidados intensivos em casa, devido a inúmeras feridas e à paralisia de seu braço direito. A paciente descreve como não o abandonou, como tolerou a doença, como não quis deixar o leito conjugal apesar do conselho dos filhos e como, no entanto, este marido era difícil, exigente. Pergunto-lhe se ela chorou quando da morte dele, e ela iniciando o choro: "Não, não chorei muito não. Chorei muito foi a morte da filha, que tomou veneno..." Esta filha suicidou-se alguns meses antes do pai falecer e o fez, segundo a paciente, porque sofria muito com o marido. A paciente trata então de enxugar, energicamente suas lágrimas, usando o punho de sua blusa de lã e ferindo seus olhos ao fazer isso. Pergunto-lhe por que seca suas lágrimas, ela diz que não chorou a morte do marido, que devia ter feito isso e que não sabe porque não o fez, "talvez porque gastei todas as lágrimas com a minha filha..." Diz que teve onze filhos, contando com a que morreu, e que a vida foi difícil, mas ela sempre se esforçou, o marido era muito bravo, queria tudo do jeito dele, às vezes batia na parede e dizia que queria era bater na cabeça dela, mas "nunca fez isso não", e que ela nunca discutiu com ele. Mesmo ele doente, "fedendo", dormindo ao lado dela e passando a mão molhada de urina pelo corpo dela, ela permaneceu cuidando dele.

É tão evidente a ambivalência dos sentimentos dela em relação ao marido que lhe assinalo que o repuxamento do músculo da face parece ser um

choro que não cai e nem se interrompe. A paciente confirma, diz que antes lhe rolavam as lágrimas pela face sem ela querer, mas agora só repuxa, e que ela não chorou por ele, mas chorou tudo que tinha para chorar enquanto durou a doença dele. Relata, então, que alguns dias antes do derrame que o marido teve, ele discutiu com ela e num certo momento disse que ela ia acabar aleijada. Eu pergunto: "O que ele quis dizer?" Ela: "Eu não sei, mas dali a poucos dias virou para ele..."

Nessa paciente, recordemos sua idade, 64 anos, temos uma situação pouco significativa do ponto de vista médico, um leve sintoma de repuxamento muscular, mas uma intensa vivência emocional subjacente. Seu rictus facial é um choro, choro continuamente reprimido e continuamente renovado. A consulta faz emergir seus sentimentos ambivalentes, seu amor-ódio por este marido, sentimento de longa duração e, provavelmente, de incontáveis episódios. Muito significativo, decerto, é o doloroso acontecimento do suicídio de sua filha, tanto pela perda afetiva em si, quanto pelo fato de ter sido aparentemente causado pelo relacionamento conjugal da filha, que lhe traz, por identificação, a sua própria situação com seu marido. Um suicídio costuma desencadear todo um complexo conjunto de sentimentos, tanto depressivos quanto auto-acusatórios, nas pessoas que cercavam aquele que assim resolveu tentar equacionar seus conflitos. Tratando-se de um ato definitivo, que tanto inscreve um significado de forma indelével, quanto impossibilita que se possam transformar as situações que o motivaram, leva a uma problematização muito maior do processo de elaboração do luto. Ainda maior para aqueles muito próximos, como a mãe.

Na situação psíquica em que esta paciente se encontrava, o marido adoece, e vem a ter um quadro de difícil manejo: derrame, incontinência urinária, etc.. Os conflitos relacionais agravam-se. Tentando simultaneamente processar o luto e readaptar-se às mudanças de vida, reage ao marido que a agrediu "rogando-lhe uma praga", na verdade, reenviando-lhe o desejo que ele manifestou de que ela ficasse aleijada. Penso que neste momento operou nela uma fantasia mágica onipotente de realmente poder fazer recair sobre ele todos os sentimentos hostis que a relação conjugal acumulara. A partir da morte do marido ela cessa de chorar, não pode mais manifestar sua dor, porque fez-se, de algum modo, responsável por ela. Não podendo chorar pelo marido e nem mais pela filha, neste momento, impossibilitada de expressão, cria um ato sintomático (FREUD, 1901)²², com o mesmo valor de um sintoma psicossomático. Talvez a única diferença entre ambos seja somente a do campo de apresentação; enquanto um elege o corpo, o outro manifesta-se como ação motora.

²² - FREUD, S. - *Psicopatologia de la vida cotidiana*.

Caso 7: ANDRÉ - Este caso durou dois anos de atendimento no Ambulatório de Psicossomática. Aqui apresentaremos um resumo, e um fragmento da sessão decisiva em que seu extraordinário sintoma se esclareceu. O paciente, de 37 anos, encaminhado pela Otorrinolaringologia e pela Fonologia, assim que começa a falar revela o seu drama: apesar de ser um homem muito forte, caminhoneiro de profissão, só consegue falar com uma voz muito fina, de modulação caracteristicamente feminina. O seu sintoma persiste há três anos e teve início quando ele presenciou um acidente, do qual indiretamente foi responsável. Não houve vítimas, mas o desastre causou grande prejuízo material. Desde aquele momento iniciou-se um quadro de afonia que lentamente evoluiu para este quadro de vocalização sintomatizante. Suas cordas vocais estão íntegras; do ponto de vista médico, seu caso é inescrutável. Seu tom de voz feminino trouxe-lhe terríveis aborrecimentos e graves conflitos no ambiente de trabalho. Já há um ano consegue manter-se em licença permanente, buscando diversos tratamentos, médicos, fonológicos, etc.. Iniciando a investigação psicossomática, nas sessões lentamente vai delineando sua história, até que emerge a lembrança fortemente reprimida de uma briga que ele teve com um chefe. Nesta discussão o chefe, muito autoritário, humilhou-o na frente de seus colegas, de uma maneira tão completa, que ele se sentiu como se estivesse sendo seviciado, como se o chefe o estivesse tomando sexualmente. Incapaz de reagir, "ficou sem palavras". O chefe, em suas associações mentais, aproxima-se da figura de seu pai que, embora não autoritário, representou para ele o modelo de uma masculinidade ativa e dominadora. Identificado até então ao pai, vive, na relação com o chefe, um forte conflito de identidade, expressado torturadamente na "voz feminina" que ele passa a usar. Este conflito recebe uma espécie de "selo" quando, algum tempo após a briga com o chefe, este termina assassinado por um colega de serviço. Este fato imprime-se no paciente como sintoma psicossomático que, ao mesmo tempo o inocenta do assassinato quanto continua a expressar o ódio vivo ligado àquela pessoa. Quando se esclareceram estas vinculações, o processo de elaboração do paciente alcançou diversos extratos de sua vida mental, e pouco após o tratamento se interrompeu, com o paciente havendo recobrado, de forma aparentemente definitiva, a sua voz.

Este caso teve uma evolução muito positiva, transitando numa relação transferencial muito benéfica, identificado o terapeuta, quase sempre, a um "bom pai". O

sintoma psicossomático flutuou por quatro a cinco vezes, desaparecendo e ressurgindo, aparentemente sem nenhuma causa, até que, com a emergência da história do conflito com o chefe, toda uma seqüência de associações com os papéis sexuais masculinos e femininos puderam ser trabalhadas. Atividade e Passividade são os representantes inconscientes para Masculino e Feminino, como FREUD (1905, 1915) apontou e GRODDECK confirmou. Neste caso há um representante do Feminino muito habilidosamente "escolhido" pelo inconsciente do sujeito, que permite a ele manter-se no papel social masculino, papel de seu gênero, para sua esposa e seus filhos e, ao mesmo tempo, delatar que uma problemática feminina está sendo vivida. Se não pudéssemos vislumbrar todo o drama de representações que esta identificação ao feminino despertou neste indivíduo, provavelmente ele terminaria por exercer alguma manobra mais radical de negação destes conflitos, que poderia ser, por exemplo, a adoção de mecanismos fóbicos de afastamento do convívio social ou, hipótese provável, inúmeras cirurgias para correção de seu "problema vocal".

Aprofundando a análise deste sintoma, devemos salientar como fato capital a morte do indivíduo causador dos conflitos psíquicos do paciente. Assassinado, em uma coincidência terrível de circunstâncias, realiza a fantasia de vingança do sujeito, e ao mesmo tempo, o isenta da necessidade dela. Denominei-a um "selo" psicossomático, pois ao mesmo tempo que oclui, tampando a origem de um fenômeno, serve para fixá-lo e endereçá-lo, remetendo às fontes de constituição do mesmo. Deste modo oculta a gênese, mas decreta a natureza do fenômeno que lhe deu origem. É da feminilização do sujeito que o sintoma fala, mas falando femininamente o sujeito "prova" que ele não está vivendo o ódio, a competição entre machos, que o obrigaria a uma agressão, em seu íntimo intolerável. Amor e ódio em pugna, masculino e feminino em contradição, a figura paterna não consegue lhe fornecer os elementos que lhe permitiriam não se sentir submetido, ou, sentindo-se assim, não se sentir feminilizado. É um processo bastante semelhante ao que FREUD descreveu em *Bate-se numa criança*²³, onde as pancadas são erogenizadas, e a relação de amor se apropria da situação. Ao mesmo tempo, é original, pois uma pessoa instalada em um conflito de ódio e amor, vê ressurgirem as questões de sua história psicosexual, mas André consegue, sintomatizado, buscar uma nova forma de realização que lhe permita, com capacidade feminina, encontrar uma forma não-destrutiva de elaboração de seus conflitos. A partir de sua compreensão, pode reencontrar sua identidade.

²³ - FREUD, S. - *Pegan a un niño. Aportación al conocimiento de la genesis de las perversiones sexuales.*

Caso 8: NILMA - A paciente, de 24 anos, veio à consulta presa de um ataque de angústia. Sentiu, logo após internar sua filha no Hospital para uma cirurgia, que lhe subia uma "bola" pela garganta e que ela ia sufocar. Depois que a filha teve alta ela continuou sentindo a "sufocação" que agora a trazia. Diz ter melhorado após fazer uma endoscopia, mas que tem medo de morrer sufocada. Está casada há quatro anos, e se dá bem com o marido. Mas este viaja a trabalho, só vindo de duas em duas semanas para passar apenas dois dias em casa. Relata ter medo de ficar sozinha, de estar com as crianças e precisar de algo e não ter a quem recorrer. No entanto, diz que não sente falta do marido, "é mais por estar sozinha que eu fico nervosa..." Diz que o marido cumpre a sua obrigação: "não deixa faltar nada de comida em casa...", e que não foi assim com o pai dela, esse não cumpria sua obrigação, sumia e deixava sua mãe (e ela...) sozinhas, carentes, e sem dinheiro "para nada". Diz que sua grande preocupação quando a filha se internou no Hospital foi se ela ia comer, se iam alimentá-la direito, e que nos cinco dias em que a filha ficou internada, ela, Nilma, não comeu nada. Pergunto-lhe que relação é esta que ela faz entre a filha comer e ela comer. Ela diz: "Minha filha estava operando da garganta, não ia poder comer, e eu fiquei também com a "bola" na garganta e não podia comer. E quando a gente não come é que a gente se sente mais sozinha..."

Este caso é bastante expressivo de um dos traços mais marcantes de certas formas da Histeria, e que é completamente desatendido nas investigações clínicas de uma consulta médica padrão, despreocupada em "ouvir" aquele que sofre dos sintomas. Refiro-me ao fato da *Identificação*, tal como definida psicanaliticamente. Desde a *Interpretação dos Sonhos* (1900), quando FREUD apontou a grande importância do "contágio psíquico" entre pessoas que estivessem compartilhando da mesma situação emocional²⁴, até ao capítulo 7 da *Psicologia das Massas e Análise do Ego*, onde ele propõe que a Identificação é a mais antiga das formas de se relacionar a um objeto²⁵, que FREUD preocupou-se em demonstrar a importância do seu funcionamento. Neste caso, a possibilidade de deixar a paciente falar sobre os seus sintomas, discorrer sobre suas inquietações, leva, imediatamente, à compreensão da atuação da *Identificação* na elaboração de seu sintoma psicossomático. Colocando-se no lugar da filha, a quem está ligada duplamente, pelos laços fortíssimos da identificação primária, da ligação objetal a este objeto privilegiado, e pela circunstância de dor e fome que a ambas regride, esta mãe "sente" o que a filha vive. O sintoma psicossomático apresenta-se aqui perfeitamente adaptado em sua forma e seus objetivos, perfeitamente significativo. Tal como na *magia*

²⁴ -FREUD, S. - *La Interpretacion de los Sueños*.

²⁵ - FREUD, S. - *Psicologia de las Masas y Análisis del Ego*.

simpática dos homens primitivos²⁶, esta mãe alimenta fantasias de fazer a filha sofrer menos, de fome e de angústia, partilhando com ela de uma fome que é impossibilidade de comer, e de uma angústia que é impossibilidade de substituir.

O sintoma da mãe permanece após a filha ter alta no Hospital. Como devemos entender isso? Aqui também devemos recorrer a FREUD, que no *Caso Dora* (1905) salientou que um sintoma somático, uma vez constituído, permanece como uma via preferencial a ser utilizada por qualquer conflito, e ainda mais por um conflito ligado à mesma série psíquica daquele que o originou. Há, na vida da paciente, uma situação libidinal obviamente empobrecida, com a permanência de seu marido por apenas quatro dias a cada mês. Este marido também situa-se na série que o pai da paciente inaugurou, e que apresenta-se, na mente desta, como uma carência e um abandono que não podem ser conscientizados. Provavelmente identificam-se ambas as figuras em seu inconsciente, mas esta semelhança deve permanecer reprimida e, assim, um sintoma acha-se com todas as condições para emergir.

Exatamente idêntico a um sintoma neurótico, histérico, este sintoma psicossomático só se reveste destas características porque tomou o seu modelo, por identificação, de um sintoma somático perfeitamente caracterizado do ponto de vista da Medicina. Como este caso, inúmeros outros do Ambulatório de Psicossomática, nascem de fenômenos identificatórios. Aproximadamente 50 % do total de pacientes que vêm à consulta psicossomática no Hospital de Base provêm do serviço de Cardiologia, já diagnosticados como não-cardiopatas. Na consulta, o primeiro e principal elemento que se associa a estes "distúrbios" são as representações do coração como órgão-sede das emoções, e portanto, ao "mal cardíaco", inúmeras vezes, segue-se, no discurso do paciente, o "mal de amor", como a fonte da dor representada.

As pesquisas, principalmente norte-americanas, que, por anos a fio, tentaram encontrar a personalidade-padrão dos indivíduos cardiopatas, apesar de não terem chegado a um acordo quanto à prevalência deste perfil, chegaram à conclusão que determinadas emoções estão na base da maioria dos acidentes cardio-vasculares. Dentre estas, salienta-se, principalmente, a Ignomínia. Uma interessante investigação, conduzida no Japão²⁷, tentava verificar se o ato sexual podia se contar entre as causas do Enfarte. Verificaram que, em certo número de casos, 20% do total, de fato o enfarte havia ocorrido durante a relação sexual. Porém, melhor investigado, constatou-se que, deste total, quase 70% eram de pacientes que estavam em adultério quando sobreveio o enfarte na relação sexual. Portanto, o fator determinante havia de ser buscado nas correlações psíquicas daquela circunstância, e não no fato físico sexual.

²⁶ - FRAZER, J.G. - *O Ramo de Ouro*, 1986.

²⁷ - Cf. Folha de São Paulo, 30/5/1994.

Além desta questão, verifica-se que um grande número de queixas, consideradas psicossomáticas pelos próprios médicos que as investigaram, revelam-se nascidas dos mecanismos apropriatórios da Identificação. Nos casos vindos da Cardiologia, é necessário sempre investigar se o paciente não soube, ou não presenciou algum enfarte que, logo, funcionará como protótipo e modelo para que suas constelações emocionais configurem um sintoma. O mesmo se dá, provavelmente, com sintomas ortopédicos, dermatológicos, pneumológicos e etc.. Mesmo sintomas neurológicos, convulsões, etc., têm sido encontrados como reproduções que uma estrutura histórica "capturou", e emprega para seus próprios fins. Habilmente constituídos, estes sintomas podem, às vezes, levar estes pacientes a anos de procura por diversos profissionais e serviços. Salientemos, mais uma vez, o quanto a Histeria permanece como enigma para a Medicina, mesmo que não mais conste de seus Códigos.

Caso 9: ROSÁLIA - A paciente tem 51 anos e queixa-se de dores no peito, "abafamento", tonturas. Os exames clínicos nada indicam. Tem dores nos braços, no estômago, e na consulta, após minuciosa descrição, diz: "Acho que estou podre..." Tem uma longa história de consultas médicas, conhece diversos Ambulatórios e consultórios particulares, e se refere a numerosos nomes de especialistas da cidade. Após diversos tratamentos optou pela receita doméstica de sua mãe, toma chá de alecrim e fica "ocada" (sic), esvazia-se, consegue não sentir mais nada, com se houvesse esvaziado os "tubos" dos nervos. É o único tratamento que resultou. Mas voltou a se sentir tão mal, que resolveu vir a esta "nova" consulta. Peço-lhe que me conte sobre sua vida. Relata que teve uma nora que morreu nova, 26 anos, e que ela se impressionou muito com a morte desta moça.

Passa a relatar que esta moça era casada com outro homem a quem largou para ficar com o filho da paciente. Um dia o ex-marido veio ameaçá-la e ao novo marido, e a paciente, estando presente, se interpôs, para defender o filho. Então foi ameaçada com um punhal e passou por um grande medo, até que o homem se foi. Algum tempo depois esta sua nora vem a falecer de enfarte, deixando quatro filhos para o marido criar. Este entrou em crise, e ficou internado por quatro meses no Hospital Psiquiátrico da cidade. A paciente diz que ficou "meditando" em tudo aquilo, e que desde então acha que vai também morrer de enfarte, como ela. Diz ter um retrato dela guardado em seu armário e que sempre olha este retrato e sente saudades.

À noite, sente "uma onda de calor", pensa que vai morrer de enfarte, lembra da nora e de sua mãe. Indago sobre isso e ela traz então a figura de sua

mãe, que parece ser a matriz sobre a qual edificou-se a relação dela com esta nora: "Perdi minha mãe quando eu tinha 20 anos, nunca deixei de pensar nela, nem um dia sequer. Quando é dia de Finados eu vou ver ela lá no cemitério, e tenho vontade de ficar o dia todo lá... Mas, eu não sei por que, eu nunca sonho com ela, eu queria tanto, mas eu só sonho com a minha nora..."

Vemos, neste caso, a demonstração da atuação dos mecanismos identificatórios aproximando os três personagens deste drama. A questão vincular desta paciente com sua mãe nunca foi trabalhada em um processo terapêutico, permanecendo potencialmente capaz de modelar o seu destino. Quando a nora se apresenta, trazendo as situações psíquicas relatadas, e vem a falecer, insere-se na cadeia associativa que a une à mãe e passa a representar psiquicamente ambas. Para a paciente fornece o modelo de morte, por enfarte e, ao mesmo tempo, funciona como substituto para a *imago* da mãe, que, reprimida, não podia expressar-se psiquicamente nos sonhos, realizações dos desejos da paciente. Esta vê-se conduzida aos sintomas psicossomáticos, pelo próprio fato de não poder produzir representantes psíquicos (representantes de palavra) adequados para estes afetos e identificações inconscientes. Os médicos são buscados por ela na tentativa simultânea de aliviar-se de seus sofrimentos e tentar reduzi-los à condição de fenômenos apenas somáticos.

Essa paciente exemplifica bem um certo gênero de "doentes", que vive uma *via-crucis* de procura por um grande número de profissionais, fazendo desta *peregrinação*, muitas vezes, um modelo de existência, que lhes permite manterem-se com uma identidade social de Pacientes crônicos, com os benefícios secundários familiares como corolário, mas com um autêntico sofrimento vivido nesta escolha inconsciente. Caracterizam-se, pois, como sofrendores de um "mal desconhecido", que é a própria busca por expressão de suas problemáticas existenciais não-enunciadas ou não-enunciáveis.

Dos nove casos até aqui descritos poderíamos dizer que se tratam de casos de perturbações psicossomáticas inegáveis, mas não com a característica de lesão orgânica que poder-se-ia considerar como essencial para a classificação de um quadro como propriamente psicossomático. Devemos, inicialmente, dizer que estes casos "propriamente psicossomáticos" são o fruto de uma categorização clínica advinda do que chamamos de *Medicina Psicossomática*, ou seja, são **casos médicos**, em que o médico busca, fundamentalmente, curar os sintomas, portanto eliminá-los. A orientação, aqui assumida, não é com a categorização ou a classificação, mas, essencialmente, com a *compreensibilidade* dos fenômenos psicossomáticos, em busca de sua inteligibilidade como produção humana.

A partir da perspectiva que GRODDECK estabeleceu em Psicossomática, todos estes casos de doença orgânica, são, necessariamente, também casos psicossomáticos, pois são articulados desde a estrutura psíquica do indivíduo, como uma manifestação e um produto desta estrutura. Escolhemos estes casos não porque neles é que se revelou uma determinação emocional ou psicogênica dos sintomas, mas porque foram casos em que estas manifestações ocorreram com uma visibilidade maior de seus atributos, e o processo investigatório permitiu demonstrar as correlações somato-psíquicas. Relataremos agora um caso em que evidentes e grandes lesões e disfunções corporais se apresentam, e a mesma origem na história pessoal do sujeito (e não na história da doença) pôde ser trazida à luz pelo processo investigatório analítico.

Caso 10: AUGUSTO - Trata-se de um paciente, de 60 anos, que se encontra acamado, por inúmeros problemas respiratórios, renais e cardio-vasculares, há 22 anos. Para todos os efeitos assemelha-se a um hipocondríaco: tem um armário lotado de remédios, e uma grande pasta onde se acumulam os exames de sangue e urina, as chapas de RX, os eletroencefalo e eletrocardiogramas, as tomografias computadorizadas, etc.. Mas seu quadro clínico é grave: acumula-se água em seus pulmões, o estado de funcionamento de seus rins, fígado e baço é deficiente, há alterações hormonais e circulatórias, desvios importantes na coluna vertebral, com a formação de hérnias, acúmulo de líquidos nas extremidades, e um estado geral de debilitação e queda geral da imunidade orgânica. Já foi tratado por diversos especialistas, tendo sido também consultado por cinco diferentes psiquiatras que, com o diagnóstico básico de depressão, trataram-no com um arsenal terapêutico incluindo anti-depressivos tricíclicos e especiais, os quais ele tomou por tempo prolongado, a cada vez. Eu o atendi em sua residência, por três meses. Em sua primeira consulta declara: "Na verdade, acho que eu quero a morte." Sua história confunde-se com a dos seus sintomas. Acamado desde um acidente que lhe ofendeu a coluna, criou para si uma situação em que, aposentado, dirige, da cama, toda a família. Os filhos tiveram que trabalhar desde cedo, a mulher, também. Ele é a figura de autoridade para todos, mas para as atividades de lazer os filhos saem. Sentindo grande necessidade de manter sua família coesa, e os filhos junto a si, exerceu grande domínio e pressão para que eles não fossem estudar fora. O motivo atual, inconsciente, de sua crise é a possibilidade de que a filha mais velha rompa o círculo familiar, se case e se afaste. Conscientizado dele, assume tranqüilamente que é este o seu desejo, que quer mantê-los junto, mesmo; e que não hesita em utilizar conscientemente sua doença quando quer impedi-los de

alguma coisa. À medida que o trabalho se aprofunda, emerge uma forte linha de resistências, que tratam de proteger um certo círculo de representações, e que terminam por fazer o paciente desejar a interrupção do processo terapêutico. Em suas últimas sessões, declara: "Na verdade, o primeiro médico que me atendeu, 20 anos atrás, me disse que eu estava curado, que não havia mais nenhum problema na minha coluna, e que era só eu ter paciência de agüentar alguma dor durante a recuperação. Mas a dor foi demais, ou então eu é que não agüentei ela, ou vai ver foi que eu não podia ver tudo o que tinha pela frente, e essa é que era a dor..."

A Dor é a mais subjetiva das sensações. Diante dela, o médico não tem outra coisa a fazer do que prosseguir em seus exames e sua investigação em busca de uma causa que possa ser tratada. Declarando sua dor, este paciente declarava não estar curado e estar, principalmente, impossibilitado para a movimentação, incapacitado para reassumir o papel ativo diante da vida. Trata-se, assim, de um autêntico "paciente", que sofre de uma "paixão", no sentido etimológico da palavra, que consiste, segundo Gerard LEBRUN (1987) em "passividade (paschein, pathos)". Desta maneira, paciente seria "aquele que tem a causa de sua modificação em outra coisa que não ele mesmo."²⁸

Demonstrando-se incapacitado para o trabalho e a vida ativa, este paciente consegue manter-se plenamente capacitado para o controle de sua família. Sua doença, que não pôde ser identificada, mas da qual não se pode duvidar, pela permanência do mais evidente dos sintomas, a Dor, é o seu instrumento de ação. Sua "paixão" pela família, seu vínculo simbiótico a eles, o temor associado de que eles desejem abandoná-lo, a natureza cada vez mais ambivalente de suas relações mútuas, tudo isso vai reforçando sua "identidade" de doente. É preciso que, diante deles, ele se apresente como um paciente, no sentido grego do termo, ou seja, como alguém que não é responsável pelas modificações que acontecem em si mesmo, sendo as causas das mesmas, externas. E se são desconhecidas estas causas, isto se deve aos médicos e não a ele, "paciente". Gradualmente a sua imobilidade, em posição horizontal, vai causando perturbações mecânicas e químicas em seus órgãos, e após tantos anos, ele de fato é um "doente". A compreensão psicanalítica chegou tarde demais. Já não é possível, para ele, empreender a volta. Sua paixão virou destino: hoje já não pode mais trabalhar e nem influenciar os acontecimentos, mesmo os de sua casa que, mais e mais, vão ser sofridos por ele passivamente. O futuro que chega, a separação dos filhos, é a paixão de sua *via crucis*.

²⁸ - LEBRUN, G. - "O conceito de paixão". In: CARDOSO, S. et al. - *Os sentidos da Paixão*, p. 17.

O próximo caso, igualmente, é o de um evento que ganha contornos de drama real, ao trazer a realidade psíquica das fantasias, desejos e temores, para um cenário de concretude aterrorizante, "realizando" aquilo que na "cena interna" era apenas matéria onírica.

Caso 11: FERNANDO - Um dia fui chamado por um médico para atender um paciente internado que se encontrava dormindo há 72 horas e cujo caso clínico não justificava este sintoma, já que ele estava pronto para a "alta". Discuti com o médico, propondo-lhe que enviasse um psiquiatra para ver o paciente, pois o meu trabalho não tinha adequação para aquele caso. O médico responsável insistiu para que eu desse um parecer e, desacoroçado, subi para ver o paciente. Na entrada do quarto, a enfermeira me mostrou a bandeja de comida, intacta, e me disse que se ele não se alimentasse, ela deveria começar a prepará-lo para as "manobras de ressuscitação". Entrei, me aproximei do leito e observei que o paciente, um menino que aparentava 12 anos, se virava no leito, dando-me as costas. Dei a volta e sentei-me junto à cabeceira. Comecei a falar, disse o seu nome e o meu, disse que era psicólogo e que vinha para tentar ajudá-lo. Nenhuma resposta veio dele. Comecei a dizer algumas frases, genéricas, e após alguns minutos, não tinha mais o que dizer. Fiquei observando-o, e percebi que havia um leve movimento de seus olhos, por trás das pálpebras. Disse-lhe então: "Fernando, não tenha medo." Repeti esta frase, várias vezes, até que, finalmente, ele abriu uma pequena fresta em seus olhos. Insisti para que ele conversasse comigo, sem medo. Grogue, começou a responder, e logo declarou que sabia que ia morrer. Perguntei-lhe por que, já que seu quadro clínico havia sido tratado e que ele não corria riscos. Lentamente, ele vem a relatar ter ouvido uma conversa na beira de seu leito, entre um médico e uma enfermeira, e de como, nesta conversa, eles haviam dito que "aquele paciente estava perdido, sua morte era questão de horas". Impossibilitado de qualquer ação diante desta perspectiva, ele pôs-se a dormir. Digo-lhe, então, que isto é um engano, que eles estavam se referindo a um outro paciente e não a ele, e asseguro-lhe que ele está bem. Pergunto-lhe se quer que eu chame o médico que ele ouviu conversando, mas isso já não é necessário, pois ele puxou a bandeja para si e come vorazmente. Diz-me, demonstrando que me ouvia enquanto dormia, que tem 14 anos e não 12. Conta-me de sua casa e de seu dia-a-dia. O paciente saiu em "alta hospitalar" no mesmo dia, e não mais retornou, nestes últimos 5 anos.

Este material não é nada característico de um trabalho psicanalítico. Faltam-lhe as condições mínimas de enquadre e adequação, já que o paciente não pode falar. Provavelmente eu não o teria atendido sem a grande insistência do médico. Conversando posteriormente com este profissional ele confirmou que se encontrava também sem condições de compreender o caso, e que tentariam reanimar o paciente com medidas cada vez mais agressivas. Isto provavelmente teria o efeito de assustar ainda mais o menino e levá-lo a refugiar-se da angústia em um nível cada vez mais profundo de defesas. O que resultaria disso tudo é uma incógnita. Desfeito o nó, que articulava as representações com as reações do sujeito, nada mais foi necessário fazer. Sua necessidade era apenas a de poder confirmar que foi uma fantasia sua, nascida de uma compreensão incorreta, a idéia de sua morte iminente. É possível também que tenha se tratado de um *ato falho* seu, de uma *audição sintomática*, que tenha feito o seu inconsciente associar uma frase qualquer ouvida como se destinando a ele. Porém, mais provável é que realmente tenha sido feito um comentário desatento, e tenha sido desencadeado nele um processo de representações angustiosas, confirmado pelos movimentos dos enfermeiros e médicos à sua volta, tentando forçá-lo a manter-se desperto. Mas ficar acordado representaria assistir à própria morte e, assim, seu aparelho psíquico prefere escolher o sono, irmão mais benigno da morte.

A investigação psicossomática

Neste ponto, gostaria de introduzir algumas propostas para a sistematização de uma metodologia investigativa, a ser aplicada nos quadros psicossomáticos, para a conformação de uma psicoterapia, psicanaliticamente orientada. Não se trata de substituir qualquer uma das formas até agora adotadas, nem de excluir outros parâmetros e metodologias, mas tão somente, propor um conjunto de instrumentos que orientem o pensamento e a ação do investigador interessado em buscar compreender o fenômeno psicossomático, visando o homem não-dissociado em corpo e alma. Esclareço, de partida, que esta proposta não se pretende uma ação curativa, que não se trata, de forma alguma, de uma substituição a qualquer tratamento médico; e para o psicoterapeuta, ou psicanalista, deve ser tomada como um referencial, um "norte", no sentido das bússolas, não do que deve ser procurado, mas sob quais coordenadas identificar os diferentes "momentos" de seu trabalho com seu analisando, quando este se apresenta com seu corpo na "cena analítica".

Como primeiro e fundamental item, o trabalho de investigação psicanalítica do fenômeno psicossomático deve consistir em OUVIR. Ouvir e indagar, já que é a partir da associação-livre que o trabalho pode fazer-se analítico. Ouvir a queixa quer dizer, neste

sentido, ser capaz de desdobrá-la, fazê-la desenvolver-se, tornar-se um discurso investigativo. O fato radicalmente novo que a Psicanálise introduziu, em relação a qualquer outra forma terapêutica do tempo de FREUD, e essencialmente distinta da prática médica contemporânea dos especialistas, foi ouvir o próprio paciente. É preciso uma escuta especial, aquela que a Psicanálise construiu. Na consulta do paciente psicossomático, esta escuta analítica precisa tornar-se atenta a tudo, ouvindo a queixa "orgânica" como primeira e parcial expressão de um conjunto muitíssimo mais amplo de expressões e significações.

Tem sido apontado, desde LACAN, que o ato analítico fundamental consiste em transformar a queixa do paciente em uma demanda. Demanda de análise, que parte do pressuposto do desejo inconsciente. Em Psicossomática, ela constitui-se como uma demanda de investigação que inicia-se quase obrigatoriamente pelo sintoma que o paciente apresenta, e deste, vai em direção à estrutura inconsciente que o sobredetermina. Os passos dessa investigação não podem ser descritos, ou, pelo menos, não podem ser catalogados, na medida em que esta demanda já é subjetivação, já é atributo singular do sujeito. Mas é possível, do ponto de vista clínico, apresentar algumas propostas que permitam derivar alguns dos aspectos básicos a serem investigados.

Não há qualquer hierarquização nos aspectos a seguir descritos, mas apenas um rol de possibilidades para o investigador analítico poder indagar pelo sentido dos sintomas e do conjunto de expressões da doença psicossomática. Não os organizamos em categorias, mas apresentamos estes itens em toda a sua dispersão aparentemente caótica, ou diríamos melhor, fragmentária, pois esta é, inerentemente, a natureza de apresentação do psíquico na clínica psicanalítica. É preciso salientarmos que não estamos apresentando um molde, uma "receita" para a sessão, na medida em que uma investigação psicanalítica é, em seus parâmetros, uma investigação de uma realidade intersubjetiva única, original, e não um "experimento científico" passível de repetição ou duplicação. Assim estamos propondo um esquema, que não deve ser confundido com um roteiro, pois visa mais a enunciação de possibilidades do que de substantivações.

Reconhecemos que o mero fato de estarmos propondo determinadas áreas e alvos já é problemático, na medida em que faz a investigação parecer objetivista, como se estivessemos em busca de um certo fim pré-determinado, por exemplo, uma **causa** já dada, ou a **resolução** de um fato objetivo. Porém, correndo o risco de parecer sistematizar o que é contingente e infável, consideramos necessário apresentar um certo conjunto de aspectos a serem investigados, por dois motivos principais: em primeiro lugar, porque o sintoma psicossomático reclama de uma maneira mais premente uma consideração "objetiva", porque ele é objetivado pelo olhar médico e depois pelo olhar daquele que se tornou o "paciente". Em segundo lugar, porque a prática psicanalítica não prioriza qualquer aspecto a ser investigado, deixando que o fluxo das sessões, regido

pelas associações-livres e pela Transferência, vá determinando os passos do trabalho. Mas o sintoma psicossomático quase sempre tem um caráter de premência, de urgência, e pede por uma investigação mais diretiva.

Diante de um paciente psicossomático, propomos que se investigue: Qual é a história da doença desse indivíduo em particular? Como se iniciaram os sintomas? De que forma? Em que circunstâncias? Como ele lidou com isso? Qual era a conjuntura, física, social, familiar e psíquica (subjéctiva, do mundo interno)? Qual era o entorno, o *background*, o contexto do processo de adoecimento? O que aconteceu antes e depois? Como evoluíram os sintomas? Qual era a representação (psíquica e social) dos sintomas para o paciente? Havia no sintoma algum aspecto de Estigma social²⁹? Como o sintoma limitava a vida do indivíduo? O que lhe acarretava? A doença é ego-sintônica ou ego-distônica? Havia, ou há, alguma forma de benefício, primário e secundário, para seus sintomas? Há algum papel familiar envolvido em sua doença? Seus sintomas podem ser "emergentes" da estrutura familiar, no sentido que PICHON-RIVIÈRE³⁰ assinala? Na mesma linha de indagação, é possível ver-se o sujeito como "porta-voz" de alguma doença familiar? Qual é o "drama" que se desenrola neste *script* que tem como personagem um determinado *doente*?

Para ouvir a história do indivíduo, que está entronizada em seus sintomas, é necessário que o analista e o analisando façam da queixa o ponto de partida da investigação de sua história. Como ele fala? Como descreve seus sintomas e sua procura de ajuda? Como e o quê acentua, nos fatos, nos detalhes, em seus padecimentos? O que ele prioriza? O que esconde? O que o angustia? Onde hesita? Onde falha? Onde gagueja, onde se emociona? O que é verbal na sua apresentação? O que traduz, não verbalmente³¹? O que é verbalizável ou não verbalizável em sua história, em sua doença? O que ele repete? Como repete? É possível seguir as configurações de seus sintomas, reconhecer padrões típicos? O paciente sente medo? Do quê? Como? Como representa a Morte? Quais são suas fantasias sobre ficar doente? Quais são suas fantasias sobre morrer? O que constrói/projeta sobre as consequências de sua ausência, em sua família, em seu trabalho, sobre seus amigos e seus inimigos? Quem vai sentir, quem vai sofrer, que culpas existem, nele e nos outros, com a sua doença e as seqüelas que podem advir?

Importantíssimo (como, obviamente, em qualquer trabalho psicanalítico) é investigar quais são as representações do indivíduo: como encara sua história, seus projetos, seus erros, seus acertos, seu sucesso e seus fracassos? Como concebe seu destino? Como encara seus vínculos? Como é sua vida conjugal e familiar? E sua vida

²⁹ - GOFFMAN, E. - *Estigma*, 1970.

³⁰ - PICHON-RIVIÈRE, E. - *El Proceso Grupal*. Op. cit.

³¹ - Sobre a leitura de aspectos corporais na sessão analítica veja-se o trabalho de LUTEMBERG, J. - "La asociación libre corporal", 1993.

sexual? E seu corpo, que representações ele, ou ela, tem sobre seu próprio corpo? Como vê as diferentes funções? Quais são os significados que atribui ao comer, ao dormir, ao ato de excretar, ao prazer e à dor? Como vê as diferentes partes de seu corpo, qual é a relação imaginária que tem com seus diferentes órgãos, em especial aqueles afetados hoje? Como se estrutura sua imagem corporal? Qual é a construção interna do seu "estar doente"? A doença e a saúde, que representações pessoais e familiares têm? O que significa a perda ou a restrição das diferentes capacidades: amar, trabalhar, se relacionar, se locomover, ter independência? Como a doença afeta essa pessoa em relação às suas idealizações? Como a afeta em relação a seus desejos e temores?

Investigar se existe imitação, ou mecanismos identificatórios, na base dos sintomas: Quem é assim? Quem sofre disso? Quem morreu desse mesmo mal? Que figura idealizada ou temida se delineia e faz sombra por sobre seus sintomas? Pode ser extremamente significativa a pesquisa sobre os NOMES e as DATAS na história do sujeito. Desde FREUD, com suas indicações na *Psicopatologia da vida cotidiana* (1901), a Psicanálise vem indicando a prevalência de estruturas inconscientes da identidade pessoal, onde questões como o nome que foi dado ao indivíduo podem constituir a matriz fundamental a partir da qual uma parcela de seu Destino, enquanto percurso subjetivo, se constrói. Jean GUIR³² é um autor que vem se dedicando à investigação das metáforas relativas à função paterna. Também com orientação lacaniana, o trabalho de Marie-Hélène BLANCARD³³ faz interessantes conexões com o nome da doença de que padece o sujeito.

Anne Ancelin SCHÜTZENBERGER³⁴, que trabalha com uma orientação psicanalítica distinta, fazendo investigação transgeracional, relata a impressionante história de Salvador Dalí, que teria tido sua infância marcada pelas visitas que fazia ao cemitério com sua mãe, onde se pranteava a morte de seu irmão mais velho, morto alguns anos antes de seu nascimento, e que se chamava, como ele, Salvador Dalí. O grande pintor surrealista chorava assim, junto com sua mãe, que sempre o levava em suas freqüentes idas, pela morte de um predecessor de idêntico nome, e talvez idêntico lugar nas representações da mãe. Dalí declara, em sua autobiografia, que as suas excentricidades são a sua tentativa de provar que ele é o irmão que sobreviveu. A mesma autora assinala que, nas pesquisas que desenvolveu junto a crianças sofrendo de leucemia, encontrou inumeráveis casos de crianças concebidas com a finalidade de substituírem um filho perdido, sendo então "crianças-substitutas", voltadas para um percurso fatal, devido a seu papel familiar de serem sintomas da incapacidade de

³² - GUIR, J. - a) *Psicossomática y cáncer*, 1984; e b) "Fenômenos psicossomáticos e função paterna". In: WARTEL, R. et al. - *Psicossomática e Psicanálise*, 1990, pp. 47 a 56.

³³ - BLANCARD, M.-H. - "Escolher o sofrimento ... para ter o amor". In: WARTEL, R. et al. - Op. cit., pp. 31 a 38.

³⁴ - SCHÜTZENBERGER, A. A. - "Stress, Cancer - Liens Transgénérationnels. - La maladie et les raisons de l'inconscient individuel et familial", 1992.

elaboração do luto de seus pais. Anne SCHÜTZENBERGER assinala também as conseqüências advindas de uma "matemática inconsciente", que leva inúmeros pacientes a contraírem câncer exatamente com a mesma idade em que um familiar morreu, principalmente os pais. O câncer passaria, assim, por uma espécie de "hereditariedade psíquica", em que conflitos não elaborados assumiriam forma identificatória, e uma doença fatal representaria a forma final de um laço libidinal, transmitido geração a geração. As datas seriam, portanto, um elemento capital de reconhecimento da origem destes sintomas e, através da tomada de consciência, do início da possibilidade de superá-los.

Também relevante é a pesquisa sobre as representações do "paciente" quanto ao tratamento. Que idéias e fantasias ele tem em relação à Medicina e à Psicanálise? A que tratamentos já se submeteu? Com que resultados? Qual foi a sua experiência com as diferentes formas em que se manejaram os seus sintomas? Como representa o espaço institucional onde se dá o tratamento? Quais são seus temores e expectativas associados ao lugar, tempo e forma do trabalho terapêutico atual?

Outras questões significativas se processarão na investigação do vínculo terapêutico: como o indivíduo estabelece relação com o terapeuta? Como interage? Como se comunica? Faz perguntas? Mostra os seus sintomas corporais? Como apresenta suas dores? O que suprime? O que causa no terapeuta? O que faz sentir? O que nele angustia? O que nele pressiona? Quais suas representações em relação a este vínculo em particular? Como se orienta a sua demanda inconsciente? O início dessa investigação é, quase sempre, um trabalho de transformar uma queixa e procura de ajuda calcadas em representações médicas da doença e do tratamento, em uma busca de compreensão da inserção desses sintomas na vida subjetiva do paciente, em uma forma de trabalho analítica. O trabalho de investigação psicossomática processa-se enquanto **relação transferencial**, na medida em que muito além da mera eliminação de um sintoma, o que se visa é o reconhecimento do sujeito que elabora esses sintomas. É portanto fundamental a análise desta relação. A Transferência é o campo primordial e distintivo da investigação analítica. É neste campo que se procurará pelas representações, fantasias e afetos que se apresentam no paciente e no analista. Duas questões se impõem, como cruciais ao desenvolvimento da análise. 1) Que qualidades de processos vivem-se no *hic et nunc* do trabalho conjunto? 2) Como, na relação transferencial, é possível conhecer e transformar, resignificando-a, a história de um indivíduo, principalmente nessa manifestação que é o sintoma psicossomático?

Em Medicina busca-se a causa das Doenças. Nesta investigação psicanalítica dos sintomas psicossomáticos busca-se o porquê da doença, enquanto significação subjetiva.

Quais são os motivos destas produções sintomáticas? Qual o vínculo dessa doença com o restante do viver desse indivíduo? Qual é a relação entre seus afetos, com sua rede e suas falhas, e os sintomas de que ele padece? O que, em seu percurso concreto de ser particular, com uma história única, significa ISSO?

O Sintoma Psicossomático e a Questão Subjetiva

Retomemos agora, com maior detalhe, esses pontos, procurando converter o que foi enunciado como interrogativas, em questões nucleares, que fazem do material clínico um conjunto mais estruturado de dados da organização psíquica do analisando e do lugar ocupado, nela, pelo fenômeno psicossomático.

O primeiro grupo de indagações centra-se em torno do Sintoma Psicossomático. Mais até do que o sintoma neurótico, que já é de *per se* um foco de atenção concentrada, o Sintoma Psicossomático costuma atrair um grande montante das idéias e dos afetos do indivíduo. Sobre ele converge uma boa parte dos interesses de seu Ego, mobilizando também, muitas vezes, todo o seu aparato anímico. Principalmente quando existe a Dor, a experiência da Dor, tanto física quanto psíquica, o Sintoma atrai quase a totalidade das funções e das energias do aparelho, fazendo do corpo, de parte do corpo ou de um órgão, o alvo principal das pulsões narcísicas, e um ponto de fixação libidinal. A Doença, a partir de então, pode vir a funcionar como uma reorganização da Psique, tanto a nível econômico quanto dinâmico.

Todas as constelações de afetos e representações podem ser mobilizadas no processo do adoecimento. Por isso, à parte o tratamento médico, a investigação psicossomática se justifica porque trata de indagar como este ser global, que nunca é só corpo, mas sempre pessoa, ou seja, vida mental, como este ser vive este processo de doença. Sinteticamente, esta é a questão crucial da Psicossomática: Como o indivíduo significa a sua Doença? O que ela representa, e para que serve, do ponto de vista do Inconsciente?

O Sintoma é o ponto de partida. O Sintoma em sua dupla face: como Queixa "orgânica", "quase orgânica", "aparentemente orgânica", "psicossomática", "nervosa", "emocional", "devida ao Stress", etc., como quer que se chame. Sua outra face é a de ser uma **Questão Subjetiva**. O Sintoma Psicossomático é, simultaneamente, uma Queixa e uma Questão Subjetiva. Nesta segunda vertente é que incidiremos na investigação psicossomática psicanalítica. Esclareço que não estamos, aqui, discutindo se o Sintoma Psicossomático tem ou não um sentido. Estamos dizendo que há um sentido, que o desconhecimento e a falta de sentido também são um sentido. É impossível a um sujeito humano não significar. Ele pode contornar, excluir, recalcar, forcluir um significado; mas

este significado faz-se representar necessariamente enquanto conjunto e movimento de significantes.

Questão Subjetiva quer dizer que a pessoa ainda quando não se interroga sobre a sua Doença, sobre os seus sintomas, sobre sua vida e sua morte, não tem escapatória de um universo de significações, no qual ela está mergulhada. Talvez uma especificidade desse sintoma seja exatamente a tentativa do indivíduo de ignorar a sua Questão Subjetiva. Esta se enuncia em todos os aspectos de sua vida. Enuncia-se em sua fala, em seus gestos, em seus sonhos. Figura-se em suas escolhas de vida, em seus amigos, seu cônjuge, suas ocupações, nos padrões que sua vida desenha. Comparece também, e isto devemos a GRODDECK, em sua escolha de Doença. Talvez o "doente psicossomático" seja aquele que mais profundamente queira manter-se alheio ao quanto a sua existência necessita de um corpo (soma) que não é ele, mas se lhe apresenta continuamente com sua energia, suas demandas, seu espaço e suas limitações.

É um fato bastante apontado pelos pesquisadores, especialmente por Pierre MARTY e seus seguidores, que o sujeito que tem padecimentos psicossomáticos parece não conseguir produzir representações e fantasias no lugar do sintoma³⁵. Discute-se se toda a vida mental do "sujeito psicossomático" não é muito limitada a nível do campo imaginário, sendo estes sujeitos regidos por um "pensamento operatório", de natureza concreta. MARTY e M'UZAN (1994) afirmam que este é um tipo de pensamento "linear e limitado", que "segue seu caminho sem se abrir a realidades de outra ordem, afetiva ou fantasmática" e que não possui "capacidade simbólica nem valor de sublimação"³⁶. Penso que essa concepção generaliza e concretiza um aspecto particular da produção psíquica que não é exclusiva do "paciente psicossomático". Muitas vezes, de fato, encontramos que, no lugar em que deveria estar presente uma representação, encontra-se uma lacuna, ou um produto substitutivo, como a queixa no caso do sintoma psicossomático. Mas isso é um efeito do processo da repressão, e não a sua causa. Psicossomáticos somos todos nós. Basta que não consigamos dar conta de uma determinada expressão de nosso ser, que não encontremos uma via psíquica para a representação de qualquer conflito, enfim, que não saibamos conduzir uma certa Questão Subjetiva. Marília AISENSTEIN (1994) cita uma bela formulação de FREUD: "*Não se afrontam, de um lado, um corpo e seus desejos e, de outro, a psique e suas razões, mas sobre os mesmos lugares somáticos podem se opor forças contraditórias.*"³⁷ A mesma autora, embora veja a Escola Psicossomática de Paris, que segue a orientação de MARTY, como a "continuação lógica da psicanálise", reconhece que é sempre o psiquismo quem opera com a desordem somática, mesmo quando esta não possui um sentido simbólico. Se é o psiquismo, perguntaríamos, porque não ver nessa "pobreza imaginária" um efeito do próprio

³⁵ - MARTY, P. e M'UZAN, M. - *O pensamento operatório*, 1994.

³⁶ - MARTY, P. e M'UZAN, M. - *Op. cit.*, p. 168.

³⁷ - AISENSTEIN, M. - "*Da medicina à psicanálise e à psicossomática*", 1994.

trabalho das instâncias psíquicas com suas produções e suas finalidades? Nesse caso o "pensamento operatório" se constituiria em sintoma, tanto quanto o sintoma psicossomático.

Por Questão Subjetiva quero então significar a resposta própria a toda e qualquer "afetação" que atinge o indivíduo, em qualquer de suas superfícies: a psíquica (representacional, tanto a nível de representação de palavra como a nível da representação de coisa, FREUD, 1915), a sensorial, a perceptiva, a proprioceptiva. Mobilizado pela incidência desta "afetação" o indivíduo recorre à bateria de seu instrumental de ação e de defesa, com um duplo conjunto articulado de reações:

1) Seu corpo age e reage, da forma que as ciências biológicas e bioquímicas vem conseguindo detalhar de maneira cada vez mais refinada. Por exemplo: no Stress ocorrem reações neuro-hormonais, com liberação de neuro-transmissores que acionam o sistema de alerta, ocorrendo o complexo sistema de reação e adaptação descrito por SEYLE³⁸. Nas infecções ocorre a afluência das células de defesa, com a ativação do sistema imunológico e um complexo conjunto de reações já minuciosamente descrito, abrangendo a própria produção de células a nível da medula óssea. Todas estas reações são do domínio do corpo, enquanto entidade físico-química, organismo vivo.

2) Simultaneamente, seu Psiquismo deve elaborar o evento. Provavelmente ele o faça, estabelecendo uma combinatória entre este evento e todas as constelações psíquicas relacionáveis a ele. O indivíduo *processa* aquela experiência, mesmo que não a perceba conscientemente, e a inclui em alguma de suas cadeias associativas. Assim, ao ingressar uma informação no campo da experiência do indivíduo (Ego-corpo-inconsciente), por exemplo, uma informação psíquica: "Você vai perder o emprego, de que tanto necessita", ou uma informação do ambiente físico: "Aqui, neste ambiente, existem estafilococos em profusão", o Inconsciente vai dirigir esse todo, corpo-mente, para algum particular encaminhamento. A sua Psique deve processar o acontecimento, e o faz ativando os seus mecanismos, tanto a nível de processo primário como secundário: percebendo, lembrando, negando, anulando, sublimando, condensando, deslocando, simbolizando, etc.. Seu corpo também deve processar aquilo que sobre ele incide. A partir do reconhecimento da informação o Inconsciente estabelecerá algum mandato: "Fuja!", "Defenda-se, saia daqui", "Defenda-se ativando-se neuro-endocrinologicamente", ou então, nas possibilidades que GRODDECK apontou: "Abra-se e capte esta situação, estes agentes", "Fique doente: sinta nostalgia dos cuidados que você recebia enquanto bebê", "Aproveite a chance para repousar", ou: "Contamine-se e contamine algum dos seus desafetos", ou talvez: "Seja (sinta-se) infeliz", ou ainda:

³⁸ - CHROUSOS, G.P. e GOLD, P.W. - "Os conceitos e Distúrbios do Sistema de Estresse - Panorama completo da Homeostase Física e Comportamental", 1993.

"Aproveite a ocasião e transforme radicalmente aquele aspecto insatisfatório de sua vida", etc..

É evidente que isto não é literalmente assim. Estamos, na verdade, antropomorfizando um processo, que no Inconsciente, provavelmente, seja um movimento livre de cargas, e um desfile de representações que não estão necessariamente organizadas em torno de qualquer finalidade, pelo menos não aquelas que o pensamento consciente elegeria. É evidente também que não podemos afirmar que o Inconsciente, ou o indivíduo, "saiba" que há no ambiente determinado risco que possa ser evitado para a sua preservação. O que queremos ressaltar é que o Inconsciente, sempre e necessariamente, deve fazer algo daquela situação, a partir do momento em que seja mobilizado por um evento com potencial de transformação; e que o indivíduo sempre e necessariamente articula os eventos e acontecimentos do ambiente às suas questões enquanto ser subjetivo. A tudo isso estou propondo denominar de Questão Subjetiva. Ela é a articulação necessária entre o Desejo do Sujeito e sua História, um produto das relações entre cada homem e as suas manifestações de vida, com todas as realizações, carências e acontecimentos que constituem o seu percurso singular.

Portanto, a primeira tarefa da investigação psicossomática deve ser a da Questão Subjetiva. Partindo da Queixa, indo em direção à história do Sujeito, recorrendo à sua trajetória familiar, indagando de sua vida no sentido mais amplo, etc., estamos buscando articular significações que permitam mobilizar esta Questão Subjetiva e levá-la a encontrar uma "saída verbal": uma Enunciação.

A finalidade desta enunciação é poder transformar a Questão Subjetiva. O fim, clássico em Psicanálise, de tornar Consciente o Inconsciente, ganha aqui a conotação de tornar o indivíduo consciente de suas questões e, fundamentalmente, da maneira particular em que ele se apropria dos eventos da vida para poder enunciar a si mesmo o seu Desejo, nas vicissitudes de sua História, junto a um corpo que lhe é consubstancial.

O sentido dos sintomas

Mesmo nos casos em que não existe nenhuma representação psíquica ligada ao sintoma psicossomático, ou seja, quando o Sintoma Psicossomático se apresenta compacto e ausente de significado, estamos, de fato, diante de uma situação significativa do ponto de vista simbólico; onde se tenta contornar psiquicamente um evento, tentando-se reduzi-lo a uma pura "significação física". O que então se realiza é um curto-circuito entre o corpo e o ambiente, sem passar pela via das representações mentais; uma dissociação entre o corpo enquanto entidade biológica, este corpo-extensão que tem

sido o objeto da Medicina, e o corpo enquanto fonte e alvo de pulsões, o corpo construído e investido de libido, que a psicanálise descreve como corpo erógeno³⁹.

Um paciente soube expressar, com perfeita lucidez, esta modalidade de expressão do sintoma psicossomático, declarando: *"O 'nervoso' faz a gente pular o sentido. É assim: a gente vê, pensa, sente e age. Mas quando vem o 'nervoso', a gente vê e age."* Observe-se como a supressão do Pensar e do Sentir é captada e descrita em toda a sua abrangência: o que se impede com isso é a constituição do Sentido. Na ausência do sentido, destrói-se a possibilidade da modificação pela via dos deslocamentos e reorganizações através da mente, do pensamento e do sentimento. Resta então o corpo, o mesmo corpo que os gregos da época homérica chamavam de "soma", significando com isso apenas o corpo enquanto cadáver. O homem que já não pode atribuir *sentido*, é então apenas um autômato, totalmente "paciente", inerte.

A ausência de representações é uma tentativa frustrada de ligar o funcionamento biológico, bioquímico, de um corpo des-erogenizado a um ambiente também descaracterizado. No processo do adoecer psicossomático, o homem relaciona-se com o ambiente, como se este ambiente fosse tão somente um ambiente físico, "natural"; mas esta inserção do indivíduo no ambiente já não é o encontro com uma "natureza", pois trata-se sempre de uma "não-natureza", um habitat humano, um ambiente totalmente transformado pelos frutos do trabalho humano, totalmente preenchido por suas produções simbólicas. Dessa forma, não há como reintegrar corpo biológico - ambiente natural; o homem está no ambiente cultural como em seu único habitat. É por esta imersão na Cultura que é impossível a existência de um sintoma de doença, seja ela qual for: enfarte, AIDS, ou alteração cromossômica, que não seja "trabalhada" culturalmente, revestida de conotações, permeada por mitos e conceitos, em suma, significada. Esta significação, sem dúvida, afetará o modo como cada sociedade, cada grupo humano, considerará a doença, definindo de forma singular seu prognóstico, diagnóstico e tratamento.

Corpo e sociedade

Historicamente é possível acompanhar-se como cada época e cada povo trataram diferentemente o processo e os significados do adoecer, fazendo com isso variar as suas expressões "físicas", a sua fenomenologia, as suas condições de evolução, etc.. CANGUILHEM (1971) aponta estas conexões.

³⁹ - LECLAIRE, S. - *O Corpo erógeno*, 1979.

*"Se na atualidade o conhecimento da enfermidade por parte do médico pode prevenir a experiência da enfermidade por parte do enfermo, isso se explica pelo fato de que a segunda suscitou a primeira. (...) existe uma medicina porque há homens que se sentem enfermos e não que os homens se enteirem de suas enfermidades porque há médicos e através deles."*⁴⁰

A História da Medicina demonstra a modificação de suas práticas, ao longo do tempo, com a criação permanente de doutrinas e técnicas que vão se substituindo, ao mesmo tempo que sempre traduzem o espírito de seu tempo e as necessidades de cada sociedade concreta. Heródoto, o primeiro historiador, escreve sobre a Medicina praticada na Antiguidade:

*"Os babilônios levam seus doentes para fora de casa, para a praça, porque não tem médicos. As pessoas que passam, aproximam-se deles e lhes dão conselhos sobre sua doença, se eles já possuem experiência pessoal por haverem sofrido do mesmo mal, ou se viram o mal noutra pessoa."*⁴¹

BOLTANSKI (1989), em seu *As classes sociais e o corpo*⁴², defende a idéia de que cada grupo social impõe a seus membros uma forma determinada de representações sobre o seu corpo, e sobre quais as formas de tratamento pertinentes às diferentes formas de padecimento, que também são, por sua vez, rigorosamente definidas pelas representações de cada sociedade.

Assim, nem há corpo, só-corpo, corpo apenas biológico, nem há ambiente "natural", des-humano. Corpo e ambiente são apreendidos e continuamente construídos por isso que chamamos de Mente, e que é, simplesmente, trabalho de humanização. A Medicina trabalha num paradigma, o das ciências positivistas, que a obriga a ver o corpo naquilo que ele mantém de pré-humano, aquilo que cada homem recebeu da Natureza (e que um dia deve devolver a ela, como FREUD sempre assinalava). Este corpo "natural" é real. Não se trata de negar a sua objetividade. Porém, o que ele tem de "real", neste sentido do que é além da linguagem, neste sentido fora do Sentido, este corpo é o que de menos humano há. Este corpo anterior a tudo que o homem constrói é um corpo impossível de se manter em sua "realidade" de corpo sem significado. É do humano significar, é de sua "natureza" a tudo atribuir sentidos. Com os seus órgãos dos sentidos, o homem inicia a produção de algo que não é apenas captação, recepção, sensorialidade. O homem, ser de cultura, concebe, cria símbolos, faz do mundo, um mundo de significações. Isto é iniludível, e é humano.

A doença psicossomática, como dissemos, é um curto-circuito. Mas é um curto-circuito impossível. É uma tentativa frustrada de ligação direta corpo físico - ambiente

⁴⁰ - CANGUILHEM, G. - *Lo Normal y lo Patológico*, 1971.

⁴¹ - LOPES, O.C. - *A Medicina no Tempo*, 1970, p. 37.

⁴² - BOLTANSKI, L. - *As Classes Sociais e o Corpo*, 1989.

físico, prescindindo da atividade humana por excelência, a simbólica. No entanto, embora impossível, ela se realiza como produção humana também: a doença psicossomática é uma realização intrinsecamente humana, o modo humano de adoecer.

Medicina, doenças, e ambiente humano

Vem de um médico, URBACH (1978), esta duríssima análise da Medicina:

"Sejamos nós profissionais ou leigos, não costumamos atribuir à Medicina a rápida elevação da média de vida - 20 anos na época de Cristo, 29 em 1750, 45 em 1900 e 70 anos hoje? Não costumamos atribuir a Pasteur e a Koch, às vacinas, à quimioterapia e aos antibióticos a regressão das doenças infecciosas e a progressão da longevidade? Não é para nós uma evidência que o estado de saúde de um povo depende do número de médicos e de leitos de hospital de que dispõe, da quantidade de cuidados e de remédios que consome? Pois bem: tudo isso é mentira! Já é hora de considerá-la em suas devidas proporções. Um estudo de Winkelstein e French mostrou que a tuberculose matava 700 pessoas em cada 100.000 habitantes na Europa e na América no começo do século passado. Em 1882, ano em que Koch descobriu seu bacilo, a tuberculose já regredira em 50 por cento. Em 1910, quando foram criados os primeiros sanatórios, a tuberculose regredira em 75 por cento. E, em seguida, nem a técnica do pneumotórax, introduzida em 1930, nem a quimioterapia, adotada depois de 1945, nem os antibióticos, aplicados com sucesso por volta de 1950 tiveram efeitos sensíveis na queda da curva.

Enfim, a regressão da tuberculose não se deve à Medicina (e conseqüentemente aos conhecimentos de seus fundamentos, isto é, à patologia). Apesar de contarem com a mesma observação e os mesmos cuidados médicos, os pobres continuam a contrair a tuberculose quatro vezes mais do que os ricos. De fato, a Medicina aperfeiçoou tratamentos cada vez mais eficazes; mas a batalha foi essencialmente ganha fora de sua área.

A mesma demonstração pode ser feita em relação a outros grandes flagelos, como por exemplo a cólera e o tifo, que qualquer enfermeiro e até mesmo leigo pode tratar com os meios mais simples e eficazes. A febre tifóide e a cólera já haviam desaparecido da Europa antes que o bacilo e o vírus que as provocam fossem isolados.

Outro estudo de R. R. Porter mostra que a mortalidade por escarlatina, difteria, coqueluche e rubéola já havia diminuído em 90 por cento, na época em que a vacinação obrigatória e os antibióticos foram introduzidos na Inglaterra. A inclinação da curva não sofreu nenhuma inflexão notável depois desta introdução em 1945.

A industrialização, escreveu John Cassel, em seu princípio, foi acompanhada pelo rápido desenvolvimento da tuberculose. Esta chegou a seu apogeu ao fim de 50 a 75 anos (por volta de 1800-1825), para sofrer, em seguida, um declínio regular, independentemente de qualquer tratamento, e ser substituída por síndromes de subnutrição, como o raquitismo (na Inglaterra) e a pelagra (nos Estados Unidos). Por razões não de todo conhecidas, estas doenças declinaram, por sua vez, logo seguidas por doenças infantis. O rápido

declínio destas, durante os anos 30, foi acompanhado de um progresso incrível das úlceras de duodeno, principalmente em homens jovens. Esta afecção também regrediu, por razões totalmente desconhecidas, para dar vez às epidemias modernas: doenças cardiovasculares, hipertensão, câncer, artrite, diabete, problemas psíquicos.

*Enfim, as doenças aparecem e desaparecem em função de fatores que dizem respeito ao meio, à alimentação, ao habitat, ao modo de vida, à higiene."*⁴³

Para este autor, são a alfabetização, o saneamento e as condições de vida os principais fatores responsáveis pela saúde mas, ele salienta, a atribuição social atual feita à Medicina, tornou os indivíduos incapazes de gerir suas próprias condições de vida, abdicando de "sua capacidade de assumir suas condições e de enfrentar, por eles próprios, os acontecimentos e provações de sua existência biológica."⁴⁴ Para URBACH, é fundamental que a sociedade e a Medicina assumam a sócio-gênese de inúmeras doenças, para que os aspectos patogênicos da organização social possam ser enfrentados. Talvez o Autor peque por excesso, mas seu texto não deixa de representar um alerta para a amplitude de questões que envolvem a Saúde, quando se a considera em sua contextualização.

Devemos ainda acrescentar, para delinear um painel mais amplo, e mais coerente com a definição, imensamente complexa em sua simplicidade, proposta pela Organização Mundial de Saúde, da Saúde como "completo bem-estar físico, psíquico e social": 1) a **questão ecológica**, com tudo o que ela comporta de saúde ambiental, incluindo as questões da poluição em todos os níveis (sonora, visual, do ar, terra, mar, etc.); 2) a **questão sócio-profissional**, com toda a discussão sobre a alienação no trabalho, a "racionalização" das tarefas, a ergonomia, os salários, a organização humana no interior das organizações, etc.; 3) a **questão familiar**, e a crise moderna por que passa esta instituição, abalada em seus fundamentos e em sua inserção na sociedade mais ampla; 4) a **questão urbana**, e seus decorrentes problemas de trânsito, criminalidade, inadequação de moradias, crises de abastecimento, etc.; 5) a **questão educacional**, e sua crônica necessidade de reformulação e transformação; 6) a **questão da moral-sexual e dos padrões de relacionamento afetivo**, que vem sofrendo mutações aceleradas; 7) a **questão científico-tecnológica**, com o progressivo afastamento da massa dos cidadãos dos circuitos de produção e apropriação dos conhecimentos; 8) a **questão da informatização da sociedade global**, com a generalização do anonimato e a imersão em um sistema de controle da vida em suas mais íntimas particularidades; 9) a **questão da comunicação global** que, como salientava Millor Fernandes, permite que cada homem fale com o outro lado do mundo instantaneamente, ao mesmo tempo que o impede de se

⁴³ - URBACH, S. - "Medicina e Patologia", in: REGIS DE MORAIS, J.F. (org.) - *Construção social da enfermidade*, 1978, pp. 147 e 148.

⁴⁴ - URBACH, S. - Op. cit., p. 150.

comunicar minimamente com o seu semelhante; 10) a **questão** da Medicalização, da Psicologização, da Sociologização, da Economização, etc., que expropria cada homem e cada comunidade do conhecimento de si mesmos; 11) as graves **questões de âmbito mundial**, guerras, drogas, AIDS, fome, racismo, etc.; 12) as **questões culturais**, fundamentalmente, a partilha ou não dos bens culturais, e a condição cada vez mais alijada da maior parte dos homens de seu papel de criadores ativos de Cultura; 13) as **questões políticas**, com a crise das democracias representativas, que são no entanto, ainda o melhor dos sistemas políticos disponíveis com condições de garantir alguma participação política às coletividades; 14) a **questão do desenvolvimento**, com as grandes disparidades regionais e nacionais e a incipiência de uma consciência mundial ativa; 15) a grande **questão**, filosófica e prática, do **Destino do homem sobre a Terra**.

Aqui, não pretendemos, evidentemente, abordar todas as variáveis envolvidas com a Saúde e com a inserção do Homem no Mundo, mas tão somente indicar, para poder contextualizar, o que envolve a definição de Doença se saímos do registro estrito da "reação do organismo". A Filosofia e a Antropologia, a Economia e a Política, bem como as Artes e a Cultura em geral, são os terrenos onde os processos do homem estão em permanente questão. A doença e a saúde, o bem estar e a dor, a felicidade e a angústia, a vida e a morte, não poderiam constituir territórios apenas da Biologia e da Medicina.

A Psicanálise e a indagação

A Psicanálise também é convocada a essa discussão. Fundamentalmente, queremos propor com este trabalho uma forma em que pode ser articulada uma compreensão do processo do adoecer com o processo subjetivo. Visamos um modelo em que a "doença do organismo" encontre-se com a "doença do Eu", que é o modo como podemos sumarizar a contribuição da Psicanálise à compreensão dos conflitos da existência humana. Cabe à Medicina o estudo e a atuação sobre as Doenças, em geral. Cabe a ela a investigação das causas, a procura dos tratamentos, a aplicação criteriosa dos mesmos, etc.. Cabe porém a toda a coletividade a busca dos meios para melhor viver, e penso que nenhum médico questionaria o direito desta procura. A Psicanálise pode, e deve, contribuir para o esclarecimento das dimensões inconscientes do funcionamento da mente humana, onde quer que elas se expressem. A Psicossomática Psicanalítica é um intento de estudar esse encontro das doenças do organismo e do Eu, para indagar de sua produção mútua e buscar uma atuação que permita transformações psíquicas que, eventualmente, atuam sobre o ser humano global, incluindo seu corpo.

FREUD, em 1917, já expressava a esperança de *"descobrir o terreno comum que tornará inteligível a reunião de uma perturbação somática com uma perturbação anímica."*⁴⁵ Nosso trabalho compartilha a mesma esperança: com a noção do Sintoma Psicossomático derivado da Questão Subjetiva, estamos propondo um constructo que reúne o trabalho da mente com a tela do corpo, ambos elaborando um produto conjugado em que a ação de um remete às condições do outro.

Há um quadro de M. C. ESCHER, o grande pintor holandês, em que duas mãos desenham-se uma à outra, que é uma metáfora bastante interessante para este trabalho recíproco da mente e do corpo. Neste desenho, uma mão segura um lápis que delinea um braço, que termina numa mão, que segura um lápis, que por sua vez desenha um braço, cuja mão desenha o primeiro braço. Assim também é, provavelmente, com o corpo humano, que desenvolveu uma cabeça (um cérebro), que passou a desempenhar parte das funções que o corpo necessitava, até que um dia esta cabeça passou, por sua vez, a construir este corpo que a construía. Séculos de evolução cultural, subsequentes a milênios de evolução biológica, tornaram este cérebro apto a ações que transcendiam em muito suas primeiras atribuições, capacitando o homem a um papel inédito na natureza, único na escala evolucionária: o papel de um criador de mundos, e criador de si mesmo.

Este criador-criatura, cuja imagem é a das duas mãos entrelaçadas de ESCHER, pode ser também metaforizado como uma Música. Uma música é, e não é, o instrumento que a produz e mais o gesto que a fez soar. Mais do que o instrumento e mais do que a mão (ou o sopro), uma música é o produto único de uma relação determinada entre toda uma série de componentes-participantes: um homem que a realiza, com um instrumento feito por outro homem, com uma certa madeira que também tem uma história (floresceu, verdejou, foi abatida, transformada, etc.), perante uma plateia, com uma partitura que certo outro homem compôs, executada em um certo dia, de uma cidade onde outros acontecimentos simultâneos se produzem, em determinado país, etc.. Ou diríamos que a relação humana entre Corpo e Mente, materializável como Sintoma de Doença, ou como obra de arte (GRODDECK), é como a Pintura: não é o quadro, não é a paisagem, não são as tintas, não é a intenção do pintor, não é o olhar do público, não é o Museu ou a galeria; é tudo, é a História do Homem.

A Questão Subjetiva é este produto em que o corpo e a mente elaboram a sua relação, e definem as relações que vão estabelecer com as questões do ambiente que os envolve: as questões políticas, sociais, culturais, econômicas, familiares, ecológicas, etc.. Dois problemas fundamentais emergem daqui, e necessitam minúcia do olhar: primeiro, qual é a articulação entre a Questão Subjetiva, enquanto questão do indivíduo, e

⁴⁵ - FREUD, S. - *Lecciones Introductorias al Psicoanálisis*. (1916-1917).

enquanto questão do homem, portanto ser imerso em todas as questões do mundo? Segundo, como o corpo é criado pela mente?

O indivíduo tem, para resolver as questões de sua sobrevivência e de sua felicidade, que produzir os meios adequados que lhe permitam equilíbrio, saúde e trabalho. A Cultura lhe oferece um marco, dentro do qual, ele é obrigado a definir suas metas, tanto de bem estar, quanto de satisfação. É neste ambiente cultural que os alvos pulsionais recebem a sua definição, sendo oferecidos aos indivíduos determinados objetos para serem eleitos, e sendo apresentados determinados caminhos, que constituem as possibilidades e as impossibilidades para a satisfação. O Desejo, visto pela Psicanálise, é a rota que um indivíduo constrói, dentre os caminhos apresentados pelo mundo dos homens, para conseguir expressar-se como Singularidade, e realizar-se como uma Sexualidade que, elevada do mundo da Natureza, deve procurar (construir, inventar) um objeto, uma finalidade e uma forma particular de satisfação. Em Psicanálise, é pelas vicissitudes pelas quais passam as pulsões que se deve entender o caráter singular que a sexualidade de cada homem apresenta, e cuja expressão é o Desejo. Dentre as pulsões, é a Sexual a mais plástica e a mais exigente, sendo por isso, a principal responsável pelas construções incessantes que o Homem realiza em sua busca de uma satisfação que não lhe é originalmente pré-fixada, como entre os animais, mas deve ser arquitetada. Por isso o Homem tem uma História: sem objetos definidos, suas pulsões vagueiam em busca do que pode ser construído para constituir-se como substituto de satisfação. Nesta procura, em algum momento, a Linguagem se construiu e articulou, a partir de si, o mundo dos objetos simbólicos, suportes para a procura humana⁴⁶.

No mundo dos homens, a tarefa de cada indivíduo passa pela apropriação do legado comum a toda a humanidade, ou seja a linguagem, e com ela, apoiado no corpo que é o suporte material de sua subjetividade, chegar a elaborar uma História própria, um percurso singular de sujeito. A estruturação fundamental desta História corre por conta das formas que o Desejo vai se constituindo, na transposição entre o corpo e a mente, ou seja, como as pulsões são a fronteira entre o Somático e o Psíquico (FREUD), o Desejo é a orientação que estas pulsões vão dando à mente, enquanto vão se conformando ao que esta mente consegue dirigir e materializar, construindo o caminho por onde estas mesmas pulsões vão se encaminhar. Mão que desenha mão, que desenha mão; a pulsão representa o trabalho do corpo sobre a mente, e desta sobre aquele. Esta Mente é a Cultura, a Linguagem essencialmente. Este corpo é a entidade biológica, mais aquilo que a Psicanálise chama de Pulsão. Este corpo e esta mente produzem-se

⁴⁶ - O poeta Antonio Machado cunhou o famoso dístico para o caminhante: "Não há caminhos, faz-se o caminho ao andar." Talvez possamos enunciar a finalidade do aparelho psíquico como a pugna do Indivíduo por procurar fazer-se Humano.

reciprocamente. A mediação é o trabalho do Sujeito do Inconsciente: dirigir as pulsões para o mundo dos homens, fabricando humanidade⁴⁷.

Conscientes de que não conseguimos resolver o primeiro problema colocado, vamos tentar uma resposta parcial para o segundo. De algum modo iniciamos uma resposta sobre como a mente cria o corpo, fazendo recurso à noção psicanalítica de Pulsão. A investigação psicossomática pode acrescentar algo a esta compreensão.

Dissemos que o sintoma psicossomático apresenta-se como queixa, mas é expressão de uma Questão Subjetiva. Se pudermos demonstrar de que forma esta Questão consegue modular algum aspecto do funcionamento corporal, poderemos alcançar condições de visualizar este trabalho da mente. E esta demonstração é surpreendentemente simples na Clínica, embora extremamente complexa sua elaboração teórica.

Na prática de Ambulatório Geral, perto de 60 por cento dos casos trazem como queixa principal as perturbações cardíacas, relatadas como: "batedeira", palpitação, "sufocação". Quando ausentes de etiologia orgânica, estes casos são facilmente remetidos a um significado de angústia. Na consulta, inúmeras vezes, basta indagar-se ao paciente se o seu "mal de coração" não está referido a um afeto ou conflito, para emergir uma problemática que traduz as questões subjetivas que afetam o indivíduo. Este funcionamento é de há muito conhecido, mas o que queremos destacar é a forma em que a mente funcionou durante a preparação do sintoma, que pode nos servir de paradigma para toda uma série de sintomas de mesma origem.

Pesquisando a etimologia da palavra Angústia, observamos que sua origem, do sânscrito *sfanks*, tinha por significado "aperto", "sufocação", e que esta mesma significação foi mantida pela língua grega arcaica que a adotou, passou pelo latim e chegou até nossos dias, presente com o mesmo radical, em português, alemão, francês, etc.. É interessante constatar que os gregos a tomaram por base também para outra palavra, *Sfinx* - *Esfinge*, para representar o monstro sagrado, que presidia do alto da coluna em Delfos, a entrada do famoso oráculo, sendo também o monstro vencido por Édipo quando este decifrou o famoso enigma sobre o Homem. Para o grego, a Esfinge sintetizava a busca pela sabedoria, o "Conhece-te a ti mesmo", tarefa máxima da filosofia. Na entrada de Tebas, a Esfinge aguardava o viajante, o perquiria com seu enigma, e dilacerava o peito do incauto que não soubesse o segredo de seu enigma, matando o infeliz que não soubesse ser ele mesmo a resposta para a terrível pergunta. Desta forma, a palavra Angústia, que mantém ainda para nós algo destes ecos ancestrais, conserva sua relação primitiva com os enigmas que dilaceram o peito dos homens, em

⁴⁷ - Jorge Luís Borges dizia que aquilo que um homem algum dia viveu, todos os homens viveram. Criar o Singular, tarefa do sujeito, é criar o humano.

sua busca para responder às suas questões subjetivas, principalmente a maior delas, a que trata da própria identidade.

No momento anterior à criação do fenômeno psicossomático, a mente do sujeito acha-se às voltas com determinados conflitos, buscando equacioná-los, buscando torná-los capazes de representação mental, procurando encaminhá-los para alguma forma de resolução. Alguns destes conflitos mostram-se, pelas leis extensamente demonstradas pela Psicanálise, incapazes de consciência. Cria-se um impasse na mente. O caminho habitual da construção do sintoma neurótico, para FREUD, opera pela ação da Repressão, que suspende a significação de um fato psíquico, movendo-o para fora das cadeias associativas da Consciência. A partir do Inconsciente, esta representação mantém seu potencial de atuação, ligando-se a outras representações, fazendo-se presente nas produções do Inconsciente, sonhos e atos falhos, e também conseguindo, mediante uma construção, uma representação indireta na Consciência, como Sintoma. O Sintoma Psicossomático segue uma rota distinta, embora totalmente equivalente. Ao invés da repressão, há uma substituição do conteúdo da mente por uma nova representação, tomada diretamente do interior corporal. Facilitada ou não pela presença de algum agente patogênico, a mente do "psicossomático" busca uma aplicação dos afetos e representações ligados a seus conflitos, com a configuração de uma Questão Subjetiva, que é toda ela, representada por uma ação determinada do pensamento consciente. Esta ação, essencialmente, é uma "consciência de doença". O "psicossomático" julga-se adoecido. Ao invés de "belamente indiferente" como na Histeria, ou com a erotização do pensamento como na Neurose Obsessiva, no adoecimento psicossomático o corpo fornece um alvo para as energias das pulsões que invadem a mente, funcionando analogamente à repressão e somatização neurótica: consegue suprimir o conteúdo da mente, representando-o indiretamente como sintoma no plano do corpo.

O que diferencia, a meu ver, o sintoma psicossomático do sintoma neurótico, é que, nesta representação indireta, o sintoma psicossomático ocupa de modo totalmente diferente os conteúdos da Consciência. Anteriormente mencionei que a doença permite uma reorganização da Psique. O que ocorre é que, na mente do "psicossomático" toda uma série de representações e afetos não consegue equacionamento adequado, e grandes questões que representam a Angústia do Homem, como *o porquê da vida, o sentido de viver, o significado da Morte, a função do Sexo*, além de outras questões, terminam por ganhar uma dupla expressão: no Inconsciente, e pré-consciente, apresentam-se como **Questões Subjetivas**, no consciente e, portanto, na vida de vigília do sujeito, transformam-se em **Sintomas Psicossomáticos**.

Às vezes é possível trazer, com certa facilidade, os componentes pré-conscientes da Questão Subjetiva à Consciência do indivíduo. Ele então reconhece, e isto já permite uma grande modificação em seus sintomas, quais são os problemas que a sua doença tem

por função representar. Quando se atua sobre a Questão Subjetiva, o Sintoma Psicossomático costuma se transformar. No Inconsciente, esta situação é mais complexa: movendo-se como energia livre, a multidão de afetos componentes destas grandes questões, articulam-se de forma variada a outros componentes e, possivelmente, associem-se à Pulsão de Morte. É uma desintricção o que provavelmente ocorre: a libido liberta-se de algumas representações que se mostraram mais dolorosas, e isto abre caminho para que elas sejam tomadas como representantes de Thanatos. Das questões que o indivíduo busca organizar, suas representações também combinam-se livremente no Inconsciente, e todo um conjunto muito extenso de sentimentos e pensamentos passam a articular-se com a representação psíquica do "estar doente".

O sintoma neurótico ocupa de uma maneira própria a Consciência e a vida do sujeito: caracteriza-se como uma "Doença do Eu", uma "doença subjetiva". Pode, às vezes, perturbar extensamente a vida do sujeito, por exemplo impossibilitando-o de trabalhar, amar, etc.. O sintoma psicossomático age sobre a vida do sujeito, perturbando a sua relação com seu corpo e com a sua saúde. Apresenta-se como uma "doença do organismo", mesmo quando não é, de fato, com os critérios da ciência objetiva, uma doença orgânica. Tratado pela Medicina, alcança sua remissão quando o médico consegue, atuando adequadamente a *transferência* entre ele e o paciente, transformar a relação do doente com a sua doença. A cura depende, fundamentalmente, de conseguir-se modificar esta relação do sujeito com os seus sintomas. Se o terapeuta (médico, psicólogo ou leigo) consegue atingir e transformar a Questão Subjetiva da pessoa, ele a cura, pelo menos naqueles casos em que o comprometimento orgânico não tiver atingido modificações físicas mais profundas, quando a ação farmacológica, química ou cirúrgica faz-se fundamental.

É por esta razão que o xamã cura, como demonstrou LÉVI-STRAUSS⁴⁸, mediante uma *eficácia simbólica* que reorganiza o sujeito, devolvendo-lhe a saúde. Menos atravessado por mitos e rituais, o homem moderno tem a sua cura muito dificultada. Ele não tem representantes culturais adequados para serem o suporte de suas questões subjetivas, e adoce fazendo representar a sua Angústia em Esfinges modernas, que são as doenças que periodicamente se renovam preenchendo o imaginário social. A Ciência fornece os "demônios" na forma de vírus e bactérias, a imprensa os cultiva e divulga, e o homem adoecido pela civilização e por suas incapacidades, adota, às vezes, a doença, como expressão de sua dor-de-viver.

João Cabral de Mello Neto dá forma poética a isso:

⁴⁸ - LÉVI-STRAUSS, C. - Op. cit.

Meios de Transporte

*O câncer é aquele ônibus
que ninguém quer mas com que conta;
não se corre atrás dele,
mas quando ele passa se toma;*

*que ninguém quer mas sabe;
e que um dia ao sair-se do sono,
lá está, semi-surpresa,
quase pontual, no seu ponto.*

*Sem pontos de parada,
solto nas ruas como um táxi,
sem o esperar, querer,
sem ter porque, se toma o enfarte:*

*táxi que, de repente,
ao lado de quem não se pensava,
para, no meio fio,
toma, quem não o vira ou chamara.⁴⁹*

Talvez consciente disso, o dr. Alexander MACARA, presidente da Associação Médica Britânica, comentando um estudo feito por médicos da Universidade de Bristol que "sugere que pessoas que sofrem de ansiedade e depressão podem tentar ler poesia em vez de tomar pílulas", tenha declarado: *"Eu consideraria a poesia infinitamente superior a quaisquer comprimidos; assim como a música, ela é terapêutica."* E acrescentou: *"A indústria farmacêutica pode não gostar dele."* (do estudo)⁵⁰

Cedendo à tentação das citações, mencionáramos ainda o Dr. Ysao YAMAMURA, chefe do setor de Medicina Chinesa e Acupuntura da Escola Paulista de Medicina, São Paulo: *"A Acupuntura é uma via. O que faz a cura é a Crença. Crer é que cura. Se a emoção é favorável a via se abre, se não existe a crença a via se fecha."*⁵¹ Ou ainda ZAMIATINI, citado por Otávio PAZ: *"O homem é um enfermo, e sua enfermidade se chama fantasia."*⁵²

A compreensão da importância da fantasia, da vida mental do homem, no seu processo de doença, é fundamental para que se possa articular a Doença com a Subjetividade. No ponto de encontro entre ambas é que se constrói o sintoma psicossomático.

⁴⁹ - MELO NETO, J.C - In: *Museu de Tudo: poesia 1966 - 1974*, 1976.

⁵⁰ - Folha de São Paulo, 16/2/94.

⁵¹ - Palestra na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São José do Rio Preto, Agosto de 1993.

⁵² - PAZ, O. - *Claude Lévi-Strauss ou o Novo Festim de Esopo*, 1993.

Retomando a exemplificação clínica acima iniciada, queremos apontar um dos processos típicos de construção mental da representação do "estar doente":

Aqueles pacientes vindos da Cardiologia, mas não cardiopatas, descrevem o seu pensamento, anterior à emergência do sintoma psicossomático, como uma *Atenção*, voltada intensamente para o órgão do coração, procurando ouvir seus batimentos, procurando perscrutar se nada anormal está acontecendo, atento às mínimas falhas, sopros, pausas, etc.. O coração não tem um batimento perfeitamente uniforme, ele apresenta variações normais. Na presença de emoções ele também altera seu ritmo, como é bastante conhecido. A angústia é capaz de produzir-lhe modificações apreciáveis. O "doente psicossomático" faz-se imaginariamente doente, de início examinando incessantemente o funcionamento de seu coração, e depois, devido já à articulação com sua Questão Subjetiva, introduzindo Angústia nesta observação e desencadeando assim uma espécie de auto-iatrogenia. Cada vez mais preocupado com seu coração, este doente passa a medir freqüente e periodicamente a sua pressão arterial, e isto lhe comprova as variações e flutuações de que ele desconfiava. Isto é suficiente para desencadear um quadro do que foi chamado de "neurose cardíaca", capaz de levar este paciente àquela romaria de consultas. Eventualmente ele se defronta com um médico que lhe diagnostica um "Prolapso de válvula mitral", que é uma pequena disfunção extremamente freqüente, e este paciente, legitimado pelo diagnóstico, pode assumir uma "identidade" de doente, com a sua psique reorganizando-se em função disso, sua relação com o mundo se alterando, sua família modificando, eventualmente, sua estrutura de vínculos e papéis, etc.. Às vezes, uma vida toda de "doente cardíaco" inicia-se somente com esta forma de construção psicossomática como ponto de partida.

Outro exemplo da mesma configuração se dá quando o paciente começa a "observar" sua respiração. Semelhantemente a um paranóico, a pessoa torna-se minuciosamente atenta às falhas e variações de sua função respiratória. Ora, esta função é automática, guiada por mecanismos auto-regulados. Pode porém ser perturbada por fatores psíquicos, e dentre estes, especialmente pela angústia. Assim, temos que um homem angustiado pode, facilmente, converter-se em um paciente psicossomático, freqüentador das clínicas de Pneumologia, Cardiologia, etc., que talvez lhe dêem objeto para a angústia, fornecendo indicações "científicas" que darão para a consciência deste doente o complemento para a sua certeza interior de encontrar-se doente. Doenças como o câncer são ainda mais apropriadas para estas "procuras" angustiosas. Inúmeros, quase incontáveis, pacientes vêm à consulta psicossomática relatando estarem convencidos de terem "algum mal desconhecido", que os médicos "ainda" não conseguiram diagnosticar, mas do qual "com certeza" padecem. Este "ainda" surge invariavelmente e, investigado, demonstra, em muitos pacientes, que sua base é uma certeza interior de que vão morrer.

É fundamental que esta certeza de morte possa ser analiticamente investigada, para poder enunciar-se como questões de vida.

A maioria das funções orgânicas permite esta forma de apreensão e modificação pela mente. Quanto mais a função orgânica depender de musculatura estriada, ou seja voluntária, tanto mais facilmente aquela função, ou aquele órgão, pode ser "psicossomatizado". Tomemos, como novo exemplo, a função excretora. Um determinado paciente vive, já há cinco anos, um "inferno psíquico", que é o de controlar atentamente suas fezes, e o número de vezes em que vai ao banheiro. Sofrendo de uma prisão de ventre, de origem psicossomática, comprovada após minuciosos exames clínicos, com seis diferentes médicos, este paciente já consumiu tantos laxantes e produtos das mais variadas origens, que freqüentemente deve se tratar para tentar corrigir as seqüelas de um tratamento inadequado. Em psicoterapia, relaciona seu conteúdo intestinal a "algo podre", bem como todos os pensamentos que tem, quando está neste estado, que também são "podres". A angústia do paciente bloqueia seus esfíncteres, não indefinidamente, mas por tempo suficiente, para que ele tenha toda sua vida afetiva e profissional afetada por crises violentas de mal-estar e angústia. Tal como na neurose, também na sintomatologia psicossomática há um retorno do que estava recalcado, e a angústia ressurgir; porém agora o seu novo objeto é o próprio sintoma psicossomático, ou suas variantes, como o medo da morte.

A escola norte-americana de Psicossomática, a chamada Escola de Chicago, considera que são sete as principais afecções psicossomáticas: a retocolite ulcerativa, a úlcera gástrica, a asma brônquica, a hipertensão arterial, as perturbações cardíacas, o hipertireoidismo e as alergias de pele. Como se pode observar, todas elas relacionam-se ao equilíbrio global, neuro-endócrino-imunológico do corpo, mas todas conectam-se com funções psíquicas. A mente pode perturbá-las, e por seu lado, a sua perturbação conturba a mente. As alergias, por exemplo: GRODDECK descreveu muito bem de que forma a pele é o órgão de contacto por excelência para os afetos. Todas as perturbações na relação afetiva encontram na pele um órgão privilegiado de expressão. Sabe-se da importância da pele para os bebês. Um campo importantíssimo de investigação psicossomática vem estudando detalhadamente a criação do "eu corporal" de que falava FREUD, tanto na linha de investigação dos autores de língua inglesa⁵³, quanto na francesa⁵⁴.

Mas não são apenas estas as doenças que se podem considerar psicossomáticas. Penso que todas as doenças sejam psicossomáticas, o que concorda com a visão dos especialistas que redigiram o C.I.D. 10 quando dizem: *"'Psicossomático' não é usado por razões similares e porque o uso desse termo poderia ser tomado para implicar que*

⁵³ - BICK, E. - "A Experiência da pele em relações de objeto arcaicas". In: *Melanie Klein Hoje*, 1991.

⁵⁴ - DOLTO, F. - *L'image inconsciente du corps*, 1988.

fatores psicológicos não exercem um papel na ocorrência, curso e evolução de outras doenças, as quais não são assim chamadas."⁵⁵ O que caracteriza uma doença, mais além daquilo que a Patologia descreve, é um todo excessivamente complexo, onde fatores ecológicos, biológicos, antropológicos e, provavelmente, muitos outros interagem. A vida psíquica é inegavelmente um destes fatores. Qualquer modelo vai ser sempre, obrigatoriamente, apenas um recorte, uma visão parcial e deformadora de um conjunto talvez inapreensível. O que podemos fazer, à parte uma postura de humildade e um reconhecimento de ignorância, é tentar contribuir para um diálogo entre os diferentes modelos, na expectativa de que um conjunto relacional de elementos e sistemas possa contribuir para uma visão mais abrangente sobre a origem de certos processos do adoecer do homem. Pensamos que a Psicanálise, aplicada à Psicossomática, pode ser uma das vozes deste diálogo.

⁵⁵ -*Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (Classificação Internacional de Doenças - C.I.D. 10)*, da Organização Mundial de Saúde. Op. cit., p. 5.

o psiquismo
evoluído
a cultura
a sexualidade
a linguagem

o corpo
a natureza
o primitivo

ESQUEMA DE ZENONI (1993)

Corpo - Outro

8. Möbius Strip II. 1963
Wood engraving in three colors. 455x207 (17 7/8 x 8 1/4")
Signed and dated: II-'63 MCE

CAPÍTULO 7

Como decifrar pictogramas de há dez mil anos
se nem sei decifrar
minha escrita interior?

Carlos Drummond de Andrade

CONCLUSÃO

Chegando ao final desse trabalho, vamos tratar, em primeiro lugar, de retrazar os passos que conduziram a estes pontos de chegada, para em seguida poder olhar em conjunto o que pode ser sustentado como uma proposta de investigação psicanalítica para os fenômenos psicossomáticos.

Observar-se-á que este trabalho foi organizado como uma espécie de debate virtual entre autores de variada procedência teórica e diferentes referenciais técnicos e metodológicos, o que acarreta uma série de riscos, tais como a confusão, a indiscriminação ou a síntese arbitrária. Pensamos tê-los levado em conta, procurando diferenciar, mas ao mesmo tempo articular as suas contribuições particulares em torno de um projeto comum: propiciar uma perspectiva de análise para fenômenos que são apreendidos desde diferentes ângulos, por autores que os descreveram e teorizaram à partir de seus respectivos sistemas de referência. Focalizando o seu campo comum, buscou-se configurar a questão dos fenômenos psicossomáticos como uma problemática acessível à forma de investigação própria à Psicanálise.

A nós, o que motivou a investigação foi o fato primário da clínica, ou seja, o fato de existir um tipo de sofrimento, uma forma particular de sintomas, ditos psicossomáticos, que mobiliza determinados indivíduos a buscarem atendimento psicoterápico, ao lado, ou além, de atendimento médico, para a resolução dos mesmos. As controvérsias que existem na literatura científica sobre a existência e/ou a especificidade do sintoma psicossomático não afetam a realidade desses sintomas quando na clínica. Para o sintoma psicossomático, hoje, poderíamos repetir Charcot, e dizer que embora inúmeros autores tanto médicos quanto psicanalistas se recusem a levá-los em consideração, "*ça n'empeche pas d'exister*".

Pois, efetivamente, apresentam-se na clínica psicanalítica indivíduos com sintomas manifestos a nível de soma, expressos e inscritos em seu corpo, com histórias longas de padecimento, tanto de seus males, quanto dos avatares de se tratar com os recursos da Medicina. Os médicos, aptos para tudo que seja orgânico, muitas vezes nada sabem dizer ou fazer com aquilo que é da ordem do mais profundo da experiência da dor humana, ou seja, o sofrimento como experiência significativa. Este trabalho é uma indagação sobre o que a Psicossomática Psicanalítica pode contribuir quanto a isso.

O nosso roteiro iniciou-se com Jean CLAVREUL, autor da *Ordem Médica. Poder e Impotência do discurso médico*. Dizíamos que, para CLAVREUL, o paciente não pode enunciar um discurso próprio, mas deve se submeter ao discurso médico, que é totalmente hegemônico em relação às doenças. A partir desse ponto de vista constata-se que o doente é *despossuído* de sua doença, e que qualquer abordagem que vise resgatar essa posse escapará da perspectiva médica.

É exatamente isso que dois tipos de pacientes exigem e acarretam. Tanto o Hístico quanto o Psicossomático são pacientes impacientes. São um gênero de pacientes que não se curvam facilmente à docilidade que a ordem médica exige de seus usuários, que são todas as pessoas. Inutilmente procurou a Medicina subjugar a Histeria. Com Lucien ISRAËL e Etienne TRILLAT verificamos que a longa luta da Medicina contra a Histeria terminou em capitulação. Assinalamos que a eliminação dos itens Histeria e Psicossomática do Código Internacional de Doenças (C.I.D. 10) não representou o seu esclarecimento mas, muito pelo contrário, a sua exclusão é uma renúncia ao esclarecimento, ao menos ao esclarecimento psicodinâmico. É bem verdade que esses códigos não representam em si mesmos o pensamento científico, sendo apenas guias para a descrição e a classificação dos quadros e entidades nosológicas. O seu uso é mais apropriadamente reservado à unificação terminológica do que à compreensão em profundidade da realidade à qual remetem. De qualquer forma, os fenômenos históricos e psicossomáticos, qualquer que seja o nome que tenham, aí estão, existindo e insistindo.

Vimos, à seguir, que é possível remontar às origens da Medicina para reencontrar as questões que a investigação moderna dos doentes com sintomas psicossomáticos trazem. Em LOPES, e sua *A Medicina no Tempo*, encontramos os exemplos de práticas médicas onde o corpo e a alma ainda eram um todo indissociável. Até a Idade Média, não fazia sentido falar-se em psicossomática, pois não havia um soma e uma psique que se distinguíssem. Nos séculos seguintes, até o XIX, podemos acompanhar, com FOUCAULT, ao nascimento dos novos paradigmas médicos que farão surgir a Medicina cartesiana e positiva, calcada na observação, mensuração e experimentação, que hoje reina. Com a exclusão da Subjetividade, tornar-se-ão inabordáveis, para o saber e a

intervenção médicas, os fenômenos psicossomáticos e o conjunto dos fenômenos neuróticos, cujo centro ocupa a Histeria.

São exatamente os enigmas da Histeria que possibilitaram a emergência da Psicanálise. Fizemos uma recapitalação das descobertas freudianas em relação aos sintomas histéricos, frisando a radicalidade de sua abordagem e a ruptura que implicou em relação à Medicina, notadamente enquanto método de investigação e enquanto nova perspectiva de relação entre o investigador e o investigado.

A partir da Psicanálise, que nos forneceu o quadro de referências para o trabalho clínico, e para a leitura das contribuições dos diferentes autores que falaram em Psicossomática, procuramos traçar um painel que permitisse uma localização no terreno vago e ambíguo dos fenômenos psicossomáticos. Propusemos uma distinção, ao mesmo tempo histórica e conceitual, entre dois ramos principais: a Medicina Psicossomática e a Psicossomática Psicanalítica. Propusemos que ambos nascem do mesmo solo, que foi o do impacto cultural da Psicanálise, mas que se desenvolveram com propostas e resultados distintos. Apresentamos diversos resultados da Medicina Psicossomática e propusemos uma genealogia para a Psicossomática Psicanalítica, apresentando seus temas e focos de divergência.

Procuramos, então, apresentar, resgatando do "recalcamento" que sofreu, o trabalho de um pioneiro, Georg GRODDECK. Defendemos a sua primazia na apresentação de um modelo de investigação psicossomática, antecedendo em duas décadas as formulações consideradas inaugurais nessa área. Assumindo a sua perspectiva, procuramos dá-lo a conhecer (reconhecer), através de sua obra capital, o *Livro d'Isso*. Ressaltamos a importância de suas investigações e a possibilidade de basear nelas uma clínica dos sintomas psicossomáticos, mais psicanalítica do que a de inúmeros dos autores atuais.

Apresentamos a seguir nossa própria prática, realizada junto a pacientes psicossomáticos, frequentadores do Ambulatório da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo. Apresentamos onze casos de pacientes, onde um desvendamento do sentido dos sintomas psicossomáticos ocorreu, no interior de sessões psicoterápicas, com a forma de *escuta* preconizada pela Psicanálise, e um enquadre de trabalho específico, determinado institucionalmente. Discutimos as limitações e possibilidades dessa prática, questionando suas condições e afirmando a operacionalidade da investigação psicossomática enquanto proposta psicoterapêutica.

Devemos agora retomar sobre nossos próprios passos para verificar as questões que o trabalho delimitou, mas que estão a exigir maior rigor em sua caracterização. Nosso instrumental crítico será a própria Psicanálise, em particular aquela sustentada pelos recursos de leitura de Jacques LACAN. Não estamos propondo um novo modelo

para a mesma pesquisa, mas uma reflexão que aponte seus limites e elabore com maior precisão as suas eventuais possibilidades.

Três pontos estão a pedir desenvolvimento: em primeiro lugar a questão do estatuto do corpo como objeto da investigação psicanalítica; em segundo lugar um modelo para a representação da relação corpo-mente; e em terceiro uma discussão mais aprofundada da questão técnica das sessões do que denominamos "investigação psicossomática psicanalítica".

Quanto ao primeiro ponto é preciso dizer que os autores que atuam à partir da referência lacaniana concordam, de modo geral, que é possível e desejável a tomada de posição da Psicanálise em relação à Psicossomática. Segundo Patrick VALAS¹, apesar da "abundante literatura" sobre as questões trazidas pelos sintomas psicossomáticos, do ponto de vista da Psicanálise este continua "um domínio inexplorado". A Psicossomática desperta um interesse cada vez maior entre os psicanalistas, como demonstram as investigações já mencionadas, ao lado da criação de inúmeros grupos de trabalho sobre o tema.

Contudo, vem de um analista lacaniano, Alfredo ZENONI², uma série de recomendações a serem levadas em conta na discussão deste domínio. Em primeiro lugar é preciso insistir na diferença do estatuto do corpo em Psicanálise, distinto do corpo-organismo da Biologia. Seguindo a FREUD, ZENONI salienta que a Psicanálise trouxe à luz uma sexualidade cuja "natureza estranha", distinta da função animal, a torna "inassimilável" pela Biologia, na medida em que atua se apoiando em funções como a nutrição, a excreção e a própria função sexual, mas dá um outro destino às mesmas; destino este que afeta não apenas a sexualidade, mas o próprio sexo, tornando o masculino e o feminino uma outra e inédita questão. Também em relação à agressividade, FREUD demonstrou que esta é de outra natureza do que aquela que rege a evolução das espécies e a seleção natural, levando, no homem, a produtos tão pouco "naturais" como as obras de arte, ou o suicídio. Finalmente, ZENONI aponta que a elaboração, por FREUD, da noção da **Pulsão de morte**, representa uma completa ruptura com a ordem de causalidade biológica, pois ela é uma pulsão "contrária à toda lógica do ser vivo". Tratar-se-ia de uma manifestação "anti-biológica", que apontaria para uma "zona de antinomia interna à lógica dos seres biológicos". Mais além do princípio do prazer, a pulsão de morte representa uma falta de sentido e de racionalidade biológicos, mas esta "falta" caracteriza o modo de satisfação próprio ao ser humano e, talvez, o "problema crucial da clínica"³

A partir desta "sexualidade diferente e multiforme", desta "agressividade não-funcional" e desta "pulsão bem estranha", ZENONI inova o modelo da relação corpo-

¹ - VALAS, P. - "Apresentação", in: WARTEL, R e cols., - Op. cit., p. 7.

² - ZENONI, A. - "La Biologie de la psychanalyse", 1993, pp. 93-99.

³ - ZENONI, A. - Op. cit., p. 96.

mente, propondo que, ao invés de considerarmos o corpo, e a natureza, como o centro ao redor do qual se desenvolveriam o psiquismo, a cultura e a linguagem, que os tomemos conjuntamente, como o mesmo corpo, que circunda um centro vazio. Ou seja, o Autor propõe que não tomemos o corpo como um "caroço", aquela "parte imutável" da espécie, como o código genético, e que faz do homem um ser tão natural como o chimpanzé, com quem compartilha 99% da bagagem genética. Para ZENONI, a Psicanálise demonstrou que o homem é regido por "um princípio geral de funcionamento que o separa radicalmente das outras espécies". O corpo se funde ao Outro, que é a abreviatura com a qual LACAN designa a Cultura, o Simbólico e a Linguagem: o corpo deixa de ser um "pedaço de natureza", se corporifica ao passar pela linguagem. Aquela maquinaria eletro-química, com sua fisiologia e anatomia, ao ser tomada pelo Simbólico, constitui um corpo transposto. Nessa transposição verifica-se uma perda, pois o corpo, que era organismo, agora é marcado por uma falta. É esta a falta que ZENONI coloca no centro do seu esquema; uma falta-buraco, que passa a ocupar o núcleo desse ser. *"Alguma coisa, a "Coisa", se perde nessa passagem vida/linguagem (natureza/cultura) e se faz causa da libido do ser histórico que se torna então o vivente afetado por uma tal perda."*⁴ A esta falta a Psicanálise relaciona a Castração, que passa então a ser considerada, em sua constituição e em suas vicissitudes, como o eixo organizador da experiência humana.

O corpo, portanto, se constituiria mediante essa passagem através do elemento do Outro, o que o privaria do "saber" próprio ao instinto, e o dotaria de linguagem e de pulsões, com as quais se edifica um "corpo erótico", com finalidades e satisfações "não-naturais". Essa concepção permite a ZENONI dizer que a Psicanálise não opera sobre o ser humano, mas sobre o sujeito da ciência, e este instaura um "não-saber" radical no coração mesmo do saber. O "sujeito da psicanálise" traz para a Biologia científica um "fator de incompletude" no próprio interior do real biológico. Os diversos saberes científicos se confrontariam com este "vazio", que a Psicanálise não preencheria.

*"A psicanálise não é portanto o saber que completaria o saber biológico por um saber sobre o psíquico e ainda menos o exercício de sua unificação. Bem além, ela é aquilo que preserva este lugar de não saber, este lugar do desejo, pela presentificação da perda que o causa - em que consiste o ato analítico como resposta à transferência."*⁵

Assim, ZENONI propõe um modelo onde o que é humano deixa um resíduo de impossibilidade de saber, "um ponto de inconsistência e de indizibilidade" nos saberes. O homem, "ser falante", apresenta questões que a Psicanálise explorará em sua dimensão própria, e que nem se confundem e nem se sobrepõem às questões colocadas pelas ciências, humanas ou naturais.

⁴ - ZENONI, A - Idem, p. 97.

⁵ - ZENONI, A - Idem, p. 99.

LACAN reordenou a descoberta freudiana a partir da primazia do significante. Colocando a linguagem como o centro mesmo da investigação psicanalítica e o fulcro da relação entre analista e analisando, LACAN fez da palavra o fundamento da Psicanálise. A própria noção de Inconsciente é por ela equacionada:

*"O inconsciente é a soma dos efeitos da palavra em um sujeito, a esse nível em que o sujeito se constitui com os efeitos do significante."*⁶

No entanto, como bem aponta J. A. MILLER, "... o fenômeno psicossomático, de certo modo contorna a estrutura de linguagem"⁷ pois apresenta-se de uma forma diferente do sintoma e precisa ser definido em relação a este. Na formulação de MILLER:

*"Se abordarmos o fenômeno psicossomático a partir da análise, a partir do campo da linguagem, somos forçados a situá-lo como um limite - este termo indicando que o fenômeno psicossomático, se ele existe em sua consistência, diferente do sintoma, já pelo fato dessa diferença, situa-se nos limites da estrutura da linguagem; e precisamos justificar por que, entretanto, consideramos que ele lhe adere por alguns traços."*⁸

Outro analista lacaniano, Alain MERLET, salienta que "o fenômeno psicossomático parece apresentar um modo de resposta não simbólico"⁹. No entanto, há decerto uma inscrição, descrita por este autor na seguinte forma: "*O Outro não parece poder funcionar aí como lugar, mas antes como sentença e inscrição; e a afetação orgânica parece aí funcionar como sinete de identidade no seio de um organismo informe.*"¹⁰ Sendo inscrição, como não seria simbólica? Quais os limites para considerar esse "sinal" como um sinal significativo e, assim, como linguagem?

Este parece ser o ponto salientado por LACAN quando afirma: "*Há não sei qual impressão ou inscrição direta de uma característica, até, em certos casos, de um conflito.*"¹¹ No Seminário, livro 2,¹² LACAN já abordava os fenômenos psicossomáticos vendo-os como excluídos das estruturas neuróticas e, portanto, ficando no limite das elaborações teóricas da Psicanálise. Neste texto, LACAN descreve-os como investimentos da libido sobre os órgãos ao invés de sobre os objetos.

É em 1975, em uma conferência pronunciada em Genebra, que LACAN¹³ fará a hipótese de que o fenômeno psicossomático deva ser compreendido como "traço"

⁶ - LACAN, J. - *Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*, Seminário 4, 1974, p. 134.

⁷ - MILLER, J.-A. - "Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático", in: WARTEL, R. e cols., - *Op. cit.*, p. 88.

⁸ - MILLER, J.-A. - *Op. cit.* p. 88.

⁹ - MERLET, A. - "Todo órgão determina deveres" - in: WARTEL, R. e cols., - *Op. cit.* p. 23.

¹⁰ - MERLET, A. - *Op. cit.* p. 23 e 24.

¹¹ - LACAN, J. - *As Psicoses*. Seminário 3, 1988, p. 351.

¹² - LACAN, J. - *O Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*, Seminário 2, 1985, p. 127.

¹³ - LACAN, J. - "El Sintoma", conferência de Genebra, 1975. In: "Intervenciones y Textos - 2", 1988.

inscrito no corpo, semelhante a um hieróglifo. Ele dirá: *"Tudo se passa como se algo estivesse escrito no corpo, algo que nos é dado como enigma."*¹⁴ Afirmar que nem sempre é possível "ler" este fenômeno, mas que, no entanto, é preciso reconhecer a sua complexidade e seu caráter de escrita:

*"O corpo no significante faz traço e traço que é um Um. Traduzi o einziger Zug que Freud enuncia em seu escrito sobre a identificação como traço unário. Ao redor do traço unário gira toda a questão do escrito. A esse respeito, que o hieróglifo seja egípcio ou chinês, dá no mesmo. Sempre se trata de uma configuração do traço. Não à toa a numeração binária só se escreve com 1 e 0. A questão deveria julgar-se a nível de: qual é o tipo de gozo que se encontra no psicossomático? Se eu evoquei uma metáfora como a de congelado, é porque há efetivamente essa espécie de fixação. Tampouco Freud emprega em vão o termo de *Fixierung* - é porque o corpo se deixa a levar a escrever algo da ordem do número."*¹⁵

Nessas condensadas frases, LACAN lança duas interrogações fundamentais para a compreensão desses fenômenos: em primeiro lugar, levantando a possibilidade de se tomar o sintoma psicossomático como uma estrutura arcaica de linguagem, e em segundo, perguntando por sua função, a nível das pulsões. Patrick VALAS, comentando estas formulações e indagando sobre o "estatuto do gozo específico aos fenômenos psicossomáticos" diz:

*"Como, porém, decifrar o que se inscreve como sinais bizarros no corpo? O que se escreve, o que está no limite de nossas elaborações, Lacan o chama, por aproximação, 'hieróglifo', 'traço unário', 'assinatura', 'selo', 'corpo considerado como cartucho revelando o nome próprio', 'marcas', etc. Uma tal constelação de termos é comprovante, sem dúvida, de seu embaraço, e do nosso, para dar uma tradução conceitual satisfatória dos fenômenos psicossomáticos."*¹⁶

MILLER preferirá dizer que "o fenômeno psicossomático é pois um campo de pesquisa"¹⁷ e que, então: *"o problema é mostrar em que a resposta psicossomática merecia converter-se em questão sobre o desejo."*¹⁸

Do estigma ao enigma

Já Claude LÉVI-STRAUSS, como mencionamos, descreveu que a eficácia da cura dos "xamãs" devia-se à sua ação simbólica. Em seus relatos vê-se que a

¹⁴ - LACAN, J. - Op. cit. p. 137.

¹⁵ - LACAN, J. - Idem, p. 139.

¹⁶ - VALAS, P. - "Horizontes da psicossomática", in: WARTEL, R. e cols., - Op. cit., pp. 85 e 86.

¹⁷ - MILLER, J.-A. - Op. cit., p. 91.

¹⁸ - MILLER, J.-A. - Idem, p. 97.

"materialidade" dos sintomas das doenças e os procedimentos da cura derivam-se ambos das representações culturais compartilhadas entre o doente e o xamã. Assim, tanto a cura como a doença são fenômenos referidos ao Outro, e a palavra é o intermediário dessa transmutação corpo-mente, para que se operem as transformações necessárias no corpo-doente.

Também FREUD, desde 1892, falava da "anatomia imaginária", referindo a histeria aos órgãos e funções tais como representados imaginariamente pela mente, mas com toda a potencialidade para produzirem alterações na "realidade" do corpo.

A Psicossomática atual, ressurgindo com toda força nesse século, é apenas a recondução das antigas questões postas pelos dilemas com que a Doença confronta o Homem. Apresentando-se a ele como um corpo que sofre, não é possível abstrair essa mente que o habita, já que ele todo é este sofrimento, corporalmente realizado.

Há um impasse em curso na Medicina ocidental. Ela não mais responde adequadamente às angústias do homem moderno, aprisionado em suas cidades e em sua crise de valores. Principalmente diante do fracasso em vencer a Doença e a Morte, inimigos, em última instância, invencíveis, a Medicina ocidental acua-se no beco de uma cada vez maior tecnização e farmacologização. Os próprios médicos reconhecem que hoje eles são apenas intermediários entre os Exames (feitos pelos laboratórios, e convertidos em única e última garantia dos diagnósticos) e os Remédios (feitos pelos grandes laboratórios, e convertidos em única terapêutica possível para alguns médicos). Desapareceu, quase, a formação humanista e generalista. Impera a formação técnica dos especialistas, incapazes de uma visão de conjunto, seja dos órgãos ou dos sistemas inter-relacionados, e muito mais ainda uma visão global do homem doente como ser psicológico, social e cultural.

Extrema angústia perpassa o próprio médico. O que fazer? Como ajudar o doente? Após séculos de visão objetivista, o corpo percebido como coisa, o médico vê alçar-se diante de si, continuamente, um ser que o interroga: "O que eu tenho?" "Do que eu sou?" Perguntas mortais. O médico encontra-se com sua origem mitológica. Quíron tem uma ferida incurável. Asclépio, seu filho e seu discípulo no conhecimento das ervas e das curas, pai mítico da Medicina, não pode ajudá-lo. O médico interroga a doença e a morte e tenta não interrogar, tenta recalcar o ser, ser sofredor, ser desejante. "Sou da vida..." é a resposta latejante, resposta à pergunta não feita.

Um paciente do Ambulatório assim se manifestou: "Ninguém entende, me dói tudo. Me dói os olhos, dói a cabeça, dói a vida..."

GRODDECK representa uma via de acesso para que a Psicanálise retome a questão do corpo doente como questão legítima para a interrogação das questões que movem o ser humano. Vendo os sintomas, todos eles, como expressões do Isso, esse inconsciente enriquecido, GRODDECK faz ao mesmo tempo a mais vigorosa crítica a uma Medicina de sintomas, como abala a Psicanálise, que vinha se retirando do campo de problemas que implicam as doenças e a Morte, quando não apenas simbolizáveis, mas tangíveis e inevitáveis como o Destino.

O sintoma psicossomático é um hieróglifo.

A questão do fenômeno psicossomático ser visto como hieróglifo, como palavra que "não se lê", pode ser o ponto de conjugação entre as formulações de GRODDECK e as questões que a primazia do significante (LACAN) propõem. Assim, relembremos como Michèle Lalive D'ÉPINAY descreve o projeto groddeckiano:

*"A doença é uma criação do ser humano, criação original, espontânea, último esforço ao mesmo tempo de compreensão e de ocultamento do que, nele, o ultrapassa." (...) "A palavra, restituindo ao doente aquilo de que se havia amputado - seu mundo materno - permite desprender-se dele, integrá-lo a si e renunciar a ele. A palavra, a partir de uma revelação de si, opera a mudança."*¹⁹

Observamos que a noção de hieróglifo pode conjugar a perspectiva lacaniana com o modelo psicossomático introduzido por GRODDECK, desde que nos situemos em um modo de leitura que considere a questão da linguagem como central ainda quando é na forma de uma "lingua primitiva" com que nos fale o inconsciente.

*"Groddeck confere à doença um papel iniciático: é um dos meios de aceder ao conhecimento de si mesmo, é uma linguagem, um caminho através do qual o homem descobre, em si, a infância e a violência de suas paixões."*²⁰

Estamos, então, propondo que os fenômenos psicossomáticos sejam considerados como uma "protolíngua", fundamental para a compreensão de determinados produtos inconscientes que tomam a forma de manifestações somáticas, mas que podem, através da "escuta psicanalítica", ascenderem a uma condição de linguagem. Tornar o hieróglifo "sintoma psicossomático" em uma palavra plena, enunciativa do sujeito, esta pode ser considerada a finalidade da investigação psicossomática psicanalítica.

¹⁹ - D'ÉPINAY, M.L. - *Groddeck - A Doença como Linguagem*, 1988, pp. 52 e 53.

²⁰ - D'ÉPINAY, M.L. - *Op. cit.*, p. 39.

Encontramos apoio para essa pretensão em Júlia KRISTEVA que, em sua *História da Linguagem*²¹, relata os sentidos que a linguagem tinha para os homens primitivos, em um tempo onde o significante e o significado ainda não se separavam:

*"O que mais impressiona o homem 'moderno, habituado à teoria e à ciência linguística de hoje, e para quem a linguagem é exterior ao real, película fina e inconsistente senão convencional, fictícia, 'simbólica', é que, nas sociedades primitivas, ou como se costuma dizer, 'sem história', 'pré-históricas', a linguagem é uma substância e uma força material'"*²²

A autora sublinha o fato de que entre o homem e o mundo havia um sistema de diferenças, mas a linguagem não era tomada como uma abstração, e não pressupunha uma distância. Exatamente de acordo com o que consignamos no capítulo referente à Medicina ancestral, a Linguística permite afirmar que a linguagem primitiva pressupunha uma "participação" do homem no universo, e que, em seu falar, pensamento, corpo e natureza se encontram fundidos: *"O homem primitivo não consegue conceber uma dicotomia nítida entre matéria e espírito, real e linguagem, nem por conseguinte entre 'referente' e 'signo linguístico', e ainda menos entre 'significante' e 'significado'"*²³ Colhendo inúmeros relatos etnológicos, KRISTEVA dirá que a língua, no homem primitivo, ainda se encontra identificada às coisas, e por isso as palavras são utilizadas em práticas mágicas, em curas e em rituais diversos, pois "estando o mundo impregnado de fala, e sendo a fala o mundo", a ação do homem é concreta mesmo quando é linguagem. Em língua acádia, por exemplo, "ser" e "nomear" são sinônimos, pois a língua do homem primitivo tem uma materialidade que torna a sua ação realidade, concreta e efetiva.

KRISTEVA apresenta ainda um outro ponto, de grande importância para a Psicossomática, e extraordinariamente próximo de certas formulações de GRODDECK: trata-se do fato do corpo, com seus órgãos e funções, ser considerado como parte integrante da língua. Assim, entre os Bambara, povo do Sudão, são considerados como órgãos da fala os seguintes: cabeça, coração, bexiga, intestinos, rins, pulmões, fígado, garganta, boca e genitais. "Cada um destes órgãos *forma* a fala", os órgãos sexuais "dão ao verbo o prazer e o gosto da vida" (...) falar é dar à luz".²⁴ Já entre os povos melanésios da Nova Guiné, a barriga é considerada o centro da "linguagem-ideia", a pergunta "qual é o teu ventre?" significa "qual é a tua língua", enquanto a expressão "entranhas que funcionam mal" significa a hesitação. Os Dogons, população da foz do Níger, consideram que existam falas masculinas e falas femininas, não apenas tons, mas

²¹ - KRISTEVA, J. - *História da Linguagem*, 1980.

²² - KRISTEVA, J. - Op. cit., p. 69.

²³ - Idem, ibidem, p. 70.

²⁴ - Idem, ibidem, p. 76.

modalidades e até mesmo linguas inteiras sexuadas. São concepções corporais da linguagem, que pressupõe vínculos estreitos que as línguas modernas já não demonstram, mas que provavelmente mantenham registros inconscientes, como aliás FREUD suspeitava.²⁵

Em relação aos hieróglifos, KRISTEVA afirma que eles são "*o testemunho de uma concepção da língua em que o conceito e o som, o significante e o significado, constituíam um corpo, pois estavam como que fundidos com a inscrição-reprodução estilizada do real.*"²⁶ O hieróglifo é, então, uma representação da realidade onde o significante e o significado apresentam-se fundidos, mas com a potencialidade de materializar o que é simbolizado.

O sintoma psicossomático, inscrição no corpo, é também uma materialização: a materialização de uma escrita que inscreve-reproduz, no real do corpo, uma mensagem desconhecida para o próprio sujeito que a porta.

Assim, com o concurso da Linguística, podemos supor que a Psicossomática possa ser considerada como a tentativa de leitura dos "hieróglifos corporais", que representariam uma permanência, a nível inconsciente, de uma concepção da linguagem concreta e corporal, como a linguagem dos povos ancestrais, a qual daria o substrato para que idéias inconscientes se representassem como signos corporais. Esses signos se tornariam "legíveis" a partir de um processo de representação que desse voz e palavra aos processos inconscientes que estão se manifestando nessa linguagem muda, mas expressiva, dos sintomas pictografados no Soma. O indivíduo, "doente psicossomático", tornar-se-ia receptor e tradutor das mensagens que enunciam suas questões subjetivas, e que, silenciadas, só podem gritar como sintomas e estigmas. A escuta psicanalítica, ou a investigação psicossomática psicanalítica, convoca-as à expressão.

Colocado desta forma o problema, cremos que as questões levantadas acima, quanto ao estatuto do corpo em Psicanálise, e quanto a um modelo que dê conta da relação corpo-mente, podem ser reapresentadas da seguinte forma: o corpo pode ser tomado como um corpo "real", que se apresenta externo e inacessível à investigação psicanalítica, quando, então, é o objeto da Biologia, da Bioquímica, e da Medicina, entre outros saberes; mas ao mesmo tempo é um campo de manifestação para o inconsciente, e aí como "corpo próprio", dotado de linguagem e da protolíngua que carrega, realiza-se em uma dimensão, da Ordem do Simbólico e da intersubjetividade, que a Psicanálise possui o instrumental específico para examinar.

A Psicossomática Psicanalítica, área de fronteira, apresenta problemas de interface e de intersecções que obrigam a novas representações daqueles fenômenos que,

²⁵ - FREUD, S. - *El duplo sentido antitético de las palabras primitivas* (1910).

²⁶ - KRISTEVA, J. - Op. cit., p. 86.

humanos, apresentam as complexidades que geram a multiplicidade dos saberes; e defronta-se com inúmeras incógnitas, que talvez sejam o "resíduo de indizibilidade e de indeterminação", ou apenas o vasto continente de nossa ignorância.

Um modelo: O corpo-e-a-mente formam uma Faixa de Moebius

À partir da modificação radical do esquema de representação do corpo-mente proposta por ZENONI (1993), podemos ir além e, com a ajuda de um objeto especial que Jacques LACAN "importou" da Topologia para a Psicanálise, representarmos com um novo modelo as incidências mútuas daquilo que chamamos de "mente" e daquilo que recebe o nome de "corpo".

A Topologia, segundo JOHNSON e GLEN, é o ramo da Matemática "que decide o que é possível."²⁷ Dedicase a questões tão árduas quanto a existência de folhas de papel com um lado só, ou a mudança que sofre um objeto tridimensional quando é virado pelo avesso. Lida com pontos, linhas e figuras, como a Geometria, porém não com formas ou medidas, mas sim com posições e suas propriedades. Por isso ela é chamada de "Geometria da folha de borracha", ou das superfícies elásticas.

A banda, ou faixa, de Moebius foi descrita pelo matemático alemão August Ferdinand Moebius em 1861.²⁸ Trata-se de uma superfície sem borda, ou seja, um objeto que se caracteriza por ser não orientável e unilateral. Assim, diferentemente de uma folha de papel, esse objeto topológico não apresenta frente e verso, dentro ou fora, em cima ou em baixo, mas uma única superfície contínua, que pode ser percorrida sem jamais atravessar qualquer borda. Um célebre desenho de M. C. Escher a representa com formigas percorrendo-a, e em seu percurso passando de dentro para fora incessantemente.

A construção de uma faixa de Moebius é muito simples: toma-se uma tira retangular de papel e colam-se suas extremidades, como para formar um aro, porém antes efetua-se uma torção, ao longo de seu eixo, de tal modo que, colando-se, cria-se uma superfície em que o avesso e o direito estarão em continuidade. Desde que ela foi descoberta, inúmeros matemáticos têm se dedicado ao estudo de suas propriedades paradoxais.²⁹

Em Psicanálise seu uso foi introduzido por LACAN³⁰, que se utilizou primeiramente da banda e, posteriormente, de outros objetos topológicos, como o

²⁷ - JOHNSON, D. e GLEN, W.H. - *Topology - the rubber-sheet geometry*. s.d., p. 2.

²⁸ - MOEBIUS, A.F. - "*Mémoire sur les polyèdres*", 1861. Cf. DOR, J. - *Introdução à leitura de Jacques Lacan. Vol. 2 - A estrutura do sujeito*, 1995, p. 110.

²⁹ - Cf. JOHNSON e GLEN, - Op. cit., pp 10 e ss.

³⁰ - Segundo Joel DOR, Op. cit., principalmente nos seguintes trabalhos: LACAN, J. - *L'Identification*. Seminário inédito, 1962; LACAN, J. - "*L'étouffé*", 1973.

"toro", o "cross-cap" e as operações de corte possíveis sobre o "plano projetivo", para demonstrar seus conceitos. Através do recurso às construções topológicas, LACAN pôde demonstrar a estrutura do Sujeito, a relação entre a demanda e o Desejo, e a configuração da falta constituindo o "objeto a", causa do desejo.

Para Jeanne GRANON-LAFONT "a Topologia vem clarificar as noções sobre as quais repousa a cura analítica".³¹ Para Joel DOR, a utilização de objetos topológicos vêm sustentar construções possíveis, "suportes metafóricos para dar conta em um nível elementar, de algumas manifestações típicas da lógica do funcionamento psíquico."³²

Segundo LACAN, a faixa de Moebius ilustra uma forma de corte possível sobre o "plano projetivo", que cria duas superfícies com propriedades adequadas para a representação do Sujeito em sua relação de conjunção-disjunção com o Outro.³³

Queremos, aqui, propor um outro uso para a Faixa de Moebius. A possibilidade de representar, em uma superfície, um processo contínuo, onde dentro e fora se encontram, onde avesso e direito se comunicam, é o modelo que necessitávamos para a inteligibilidade das manifestações psicossomáticas.

Com efeito, como poderíamos representar as especificidades dos processos corporais, confrontadas às características próprias dos processos mentais e, ao mesmo tempo, podermos acompanhar as formas em que um produz no outro transformações, enquanto ambos mantém-se inegavelmente soldados na mesma unidade que é um ser humano singular? Era necessário um modelo complexo que, guardando as diferenças de registro, pudesse simultaneamente demonstrar as vias em que de um "se passa" para o outro, e o corpo e a mente se recompõem como totalidade.

Ao modelo proposto por ZENONI, do corpo-Outro, como um aro que circunda um vazio, basta acrescentarmos a torção, e teremos uma faixa de Moebius. Nela ficará representada a cavidade central, lugar do vazio, da indeterminação e da falta, motor do Sujeito; e em torno, teremos o Sujeito, com um corpo que se faz mente, com um corpo que é, tanto quanto a mente, trabalhado pela Cultura, pelo Símbolo, pela Linguagem.

Este corpo não-apeenas-natureza não pode ser isolado como processo autônomo. Muito embora mantenha incontáveis características dos processos biofísicos e bioquímicos, este corpo é um "corpo-produzido". Sua relação com a mente é uma relação de continuidade. Aquilo que parece interior (a mente) tão logo se processa, no circuito da vida, vai se evidenciar nesse exterior que é o corpo. Os fenômenos

³¹ - GRANON-LAFONT, J. - *A topologia de Jacques Lacan*, 1990, p. 20.

³² - DOR, J. - Op. cit., p. 115.

³³ Se destacarmos de um "cross-cap" um disco cortado de acordo com o traçado específico do duplo anel, ou "oito interior", como o chama LACAN, teremos duas estruturas complementares: uma "coroa" com as propriedades da Banda de Moebius e que representará o Sujeito, e um disco que contém uma linha de corte imaginário e o "ponto fora-linha" e que representará o "objeto a". A extensa e complexa demonstração de LACAN encontra-se trabalhada em DOR, J. - Op. cit., especialmente nos capítulos 8 a 10, pp. 105 a 201, e em GRANON-LAFONT, J. - Op. cit., especialmente nos capítulos 2 a 4, pp. 25 a 88.

psicossomáticos, bem como os sintomas conversivos da Histeria, são exatamente a "torção" da banda de Moebius.

O modelo da banda de Moebius nos permite, talvez, escapar da dicotomia corporeamente, sem ter de ignorar as especificidades de suas manifestações respectivas, e conjugar a proposta groddeckiana do Isso inconsciente. Desse ponto de vista, o "salto misterioso" do psíquico ao somático (FREUD, 1917) seria, provavelmente, o encontro do avesso com o direito, nesse "ponto de singularidade" que é a torção.

A Psicossomática poderia contribuir para o esclarecimento das questões que as somatizações, sejam histéricas ou psicossomáticas, apresentam quando em relação aos processos que a Psicanálise estuda, fornecendo um modelo das transmutações entre o corporal e o psíquico. Tomando-os como um processo contínuo, e no entanto, com duas dimensões, o interior e o exterior podem encontrar-se como um mesmo Inconsciente; e o trabalho analítico pode legitimar-se como prática sobre o Corpo, na medida em que este deixa de ser "coisa" extensa, e enquanto Corpo-Outro, faz-se presente, vivo, Sujeito.

Abordemos agora a terceira das questões propostas, ou seja, qual é o caráter da prática aqui denominada como "investigação psicossomática psicanalítica".

O ato psicanalítico

*"No início da psicanálise era o ato - o ato inaugural de Freud ao inventar a psicanálise abrindo o inconsciente à sua formalização. Ato que marca um antes e um depois, que traz em si a descontinuidade e como tal tem a estrutura do corte. Ato fundador que se renova em cada psicanálise, tendo Freud nos legado a incumbência de reinventá-la a cada vez que, como psicanalistas, autorizamos o começo de uma análise."*³⁴ Assim começa Antonio QUINET seu trabalho sobre as condições da investigação psicanalítica. Trabalhando a questão da ética que rege a ação do psicanalista, QUINET afirma que, "no particular de cada caso", é o ato inaugural do psicanalista que cria as condições para a existência do inconsciente. O inconsciente, tomado dessa forma, perde seu estatuto ontológico, e ganha um estatuto ético, dependente da instalação dessa forma toda especial de vínculo humano que é uma psicanálise.

A Ética da Psicanálise apoia-se, fundamentalmente, em uma única regra: a que FREUD denominou de "regra fundamental", a associação-livre. Todos os outros aspectos que cercam a sua forma de trabalho, tal como a seqüência dos horários, o local, a presença do divã, etc., subordinam-se a esta condição principal do trabalho analítico:

³⁴ - QUINET, A. - *As 4 + 1 condições da análise*, 1991, p. 9.

psicossomáticos, bem como os sintomas conversivos da Histeria, são exatamente a "torção" da banda de Moebius.

O modelo da banda de Moebius nos permite, talvez, escapar da dicotomia corporeamente, sem ter de ignorar as especificidades de suas manifestações respectivas, e conjugar a proposta groddeckiana do Isso inconsciente. Desse ponto de vista, o "salto misterioso" do psíquico ao somático (FREUD, 1917) seria, provavelmente, o encontro do avesso com o direito, nesse "ponto de singularidade" que é a torção.

A Psicossomática poderia contribuir para o esclarecimento das questões que as somatizações, sejam histéricas ou psicossomáticas, apresentam quando em relação aos processos que a Psicanálise estuda, fornecendo um modelo das transmutações entre o corporal e o psíquico. Tomando-os como um processo contínuo, e no entanto, com duas dimensões, o interior e o exterior podem encontrar-se como um mesmo Inconsciente; e o trabalho analítico pode legitimar-se como prática sobre o Corpo, na medida em que este deixa de ser "coisa" extensa, e enquanto Corpo-Outro, faz-se presente, vivo, Sujeito.

Abordemos agora a terceira das questões propostas, ou seja, qual é o caráter da prática aqui denominada como "investigação psicossomática psicanalítica".

O ato psicanalítico

*"No início da psicanálise era o ato - o ato inaugural de Freud ao inventar a psicanálise abrindo o inconsciente à sua formalização. Ato que marca um antes e um depois, que traz em si a descontinuidade e como tal tem a estrutura do corte. Ato fundador que se renova em cada psicanálise, tendo Freud nos legado a incumbência de reinventá-la a cada vez que, como psicanalistas, autorizamos o começo de uma análise."*³⁴ Assim começa Antonio QUINET seu trabalho sobre as condições da investigação psicanalítica. Trabalhando a questão da ética que rege a ação do psicanalista, QUINET afirma que, "no particular de cada caso", é o ato inaugural do psicanalista que cria as condições para a existência do inconsciente. O inconsciente, tomado dessa forma, perde seu estatuto ontológico, e ganha um estatuto ético, dependente da instalação dessa forma toda especial de vínculo humano que é uma psicanálise.

A Ética da Psicanálise apoia-se, fundamentalmente, em uma única regra: a que FREUD denominou de "regra fundamental", a associação-livre. Todos os outros aspectos que cercam a sua forma de trabalho, tal como a seqüência dos horários, o local, a presença do divã, etc., subordinam-se a esta condição principal do trabalho analítico:

³⁴ - QUINET, A. - *As 4 + 1 condições da análise*, 1991, p. 9.

que o paciente se entregue à livre-associação, e que o analista dedique-se à "leitura" dos determinantes inconscientes que se apresentam na superfície do discurso de seu analisando, examinando o contexto que permite a emergência do inconsciente, ou seja, a relação transferencial que se estabelece entre eles. Nesse "entre dois" se faz a psicanálise.

O essencial de uma psicanálise, aquilo que podemos considerar como seu núcleo, se dá na forma de um episódio singular: em um determinado momento, o analista consegue fazer com que o analisante escute a si mesmo e se dê conta, em um átimo, da verdade contida em suas palavras. Verdade negada e desconhecida, que necessita de uma ocasião e de uma interlocução para poder se produzir. Verdade do inconsciente, não necessariamente verdade dos fatos, pois para a Psicanálise, como afirma NASIO³⁵, a realidade é a fantasia.

Este núcleo da Psicanálise, episódico e fundamental, é o ato psicanalítico. Sua existência independe da duração do tratamento. Uma psicanálise completa pode estar contida em uma única associação-livre, em uma única interpretação. Se, como dizia FREUD, onde era o Isso, deve surgir o Eu (*Wo es war, das Ich werden*), então qualquer ato analítico que permita que um fragmento do inconsciente torne-se significativo para o indivíduo é uma psicanálise.

É exatamente o ato psicanalítico que permite formalizar o que é próprio da Psicanálise, vindo toda a produção teórica se apoiar, direta ou indiretamente, em seus resultados. Ele é, portanto, tributário de todo o edifício conceitual da Psicanálise, sendo ao mesmo tempo o seu núcleo fundador.

Pensamos que a investigação psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos se realiza fundamentalmente como **ato psicanalítico**. Independentemente das condições institucionais, independentemente do tipo de queixa e de sintoma do indivíduo, se a consulta se processar na forma de uma escuta e de uma fala, na forma da associação-livre e enquanto transferência, então é possível que se constitua a condição fundamental que possibilita uma psicanálise. Ao longo desse texto, creio que permaneceu ambígua a questão psicoterapia ou psicanálise, insistindo particularmente na expressão "investigação psicossomática psicanalítica" como definidora desta prática. Realmente a questão é ambígua, dada a natureza premente dos sofrimentos psicossomáticos, e dada a precariedade das condições de instalação de um enquadre de trabalho, quando nesse tipo de instituição, como um Ambulatório. A questão psicoterápica muitas vezes toma quase toda a cena. Mas, o que é central, é que em todos os casos relatados, o que se pode observar é a incidência de efeitos consecutivos a uma situação específica, a um momento singular do trabalho: o ato propriamente dito, que permitiu a análise do sintoma psicossomático, ato de escuta e de fala, ato de emergência do sentido do sintoma, de sua verdade.

³⁵ - NASIO, J.-D. - *Psicossomática. As formações do objeto a*, 1993, p. 43.

Recorde-se o trabalho praticado por FREUD quando nos primórdios da Psicanálise. As intervenções de FREUD relatadas nos *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895), e o caso do maestro Walter Bruno (1906), que teria durado apenas 5 ou 6 sessões, apresentam uma prática da Psicanálise centrada na análise dos sintomas e, no entanto, constituindo atos psicanalíticos pela condição fundamental da associação-livre, possibilidade da emergência do inconsciente. As modificações teóricas e técnicas advindas desde então não modificaram o essencial dessa prática, mas aprofundaram o sentido da Ética que a rege. A Catarse, que era buscada, já não é mais o alvo do trabalho pois, ao sentido fundamentalmente econômico que possuía a ab-reação, hoje se centra a investigação analítica na dimensão dinâmica, intra-psíquica e intersubjetiva. A problemática psicossomática, contudo, reapresenta para a prática clínica a questão do montante da libido, de sua localização, dos mecanismos de sua conversão, ou transmutação, ao somático. Por isso a questão da Catarse reaparece nesses tratamentos, mas é em seu sentido ético que ela faz sua reentrada.

BASCOZOY CALYPSO é uma professora da Universidade de Patras, Grécia, que procura recontextualizar a *Catharsis*, a partir da obra de Eurípides.³⁶ Nela encontramos algumas interessantes indicações da questão da Ética e do trabalho elaborativo que a trama representada promove. Abordando os dois sentimentos constitutivos da Tragédia, a piedade e o temor aos deuses, e o papel que a obra do artista deveria ter para purificar a alma do espectador, promovendo a catarse desses sentimentos, a autora dirá:

*"Eurípides apresenta a seus contemporâneos heróis que, apesar de seus nomes heróicos, eram 'semelhantes' aos espectadores, com as mesmas preocupações que eles, as mesmas paixões, a mesma vida interior complexa. Ele foi o primeiro a fazer representar o amor no teatro."*³⁷ E, logo adiante: *"O sofrimento humano do qual Eurípides foi o pintor o mais capaz, provoca na alma do homem os dois sentimentos trágicos: o temor e a piedade. [...] Eurípides conhece perfeitamente a importância benéfica destes sentimentos trágicos e ele se esforça em fazê-los nascer de todas as maneiras, de fazê-los nascer no homem: a piedade pelo homem e o temor aos deuses. Como um grande psicólogo, Eurípides conhece a necessidade do espectador de ser sacudido pelos sentimentos trágicos profundos para encontrar em seguida em seu alívio a possibilidade de se elevar além da realidade cotidiana e de conhecer a verdade escondida por trás dela."*³⁸

A missão essencial da tragédia é uma missão purificadora, não apenas um ato de expurgo de tensões. Através da identificação ao herói trágico, o espectador é conduzido primeiro a considerar injusto o Destino que se abateu sobre ele, e a seguir, a partir de um "esclarecimento intelectual", a compreender as razões do erro e da culpabilidade do

³⁶ - BASCOZOY CALYPSO - *Eurípide et la catharsis*, 1989.

³⁷ - BASCOZOY CALYPSO - Op. cit., p. 11.

³⁸ - Idem, ibidem, p. 15.

mesmo. A tragédia deve servir, simultaneamente, como um “meio de conhecimento”, uma forma de provocar e a seguir aliviar os sentimentos trágicos e, então, através da exaltação e da purificação da alma, ascender ao sentido ético, que vem da verdade escondida sob os véus da realidade cotidiana. Essa é, para ela, a verdadeira realização da tragédia:

“É o prazer próprio, o que fica após a eliminação das paixões da vida cotidiana, é o gosto do sentido profundo da vida humana, é prazer intelectual que vem do conhecimento da existência humana...”³⁹

A Ética da Psicanálise é a da busca da verdade e da descoberta do inconsciente. A catarse na terapia não é apenas uma evacuação, um expurgo de tensões, como algumas práticas da Medicina Psicossomática parecem sugerir, mas é uma “purificação” com um sentido ético, e é dessa forma que no trabalho psicanalítico com pacientes psicossomáticos **tentar “curar”** se aproxima de **conhecer e compartilhar**.

Os sintomas psicossomáticos possuem, quase sempre, uma dimensão de sofrimento, e até mesmo, de construção de uma “identidade” de “doente”, que configuram uma história pessoal marcada pelo desconhecimento das determinações desses padecimentos. Quando é possível uma tradução para o enigma desses sintomas, com descoberta de sua verdade, todo um conjunto de questões emerge e uma nova orientação é possível para o destino dessas pulsões.

A investigação psicossomática psicanalítica faz-se necessária porque é a criação de uma possibilidade. O sintoma psicossomático apresenta-se cego e mudo. Quando o indivíduo que o padece decide-se a procurar alguém, disposto a ouvi-lo, isso é apenas para possibilitar que esse sintoma possa ser nomeado, possa fazer-se linguagem, possa articular-se com o restante da vida psíquica. NASIO diz que “a primeira descrição de uma doença psicossomática seria que é *uma lesão que não remete a nada, que se fecha sobre si mesma*”, e que a primeira tarefa do analista seria dar um nome à lesão, remetê-la a algo: “Dar-lhe um nome significa emoldurá-la, dar-lhe uma história, por exemplo restituir-lhe uma descendência.”⁴⁰

A criação dessa possibilidade, que o sintoma se faça em palavra, coincide com a proposição de inúmeros autores, como Danilo PERESTRELLO, Joyce McDOUGALL, Luis Carlos OSÓRIO, Cristophe DEJOURS, Marta BÉKEI, Luis CHIOZZA⁴¹, e os autores lacanianos em geral. Aqui, recorreremos principalmente a Georg GRODDECK porque, nele, essa questão é levada a uma radicalidade e a uma extensão, que é, a meu ver, a que melhor possibilita a abordagem dos pacientes que buscam não diretamente ao

³⁹ - Idem, ibidem, p. 30.

⁴⁰ - NASIO, J. D. - Op. cit., pp. 70 e 71.

⁴¹ - CHIOZZA, L. - “El problema de la simbolización en la enfermedad somática”, 1978.

psicanalista, mas a Ambulatórios, Serviços Públicos, ou psicoterapeutas que atuam em locais ou condições mais acessíveis à população.

Se for possível conceber uma prática, centrada na escuta e na associação-livre, que admita como tarefa a investigação dos fenômenos corporais, estaremos ampliando a prática da Psicanálise a um setor da vida social, a população majoritária que encontra-se em condições econômico-sociais prejudicadas; e ao mesmo tempo a um setor da experiência humana, a dor, a doença, e a finitude, que se viam ou caladas, ou confinadas.

Uma leitura psicanalítica do sintoma psicossomático é, fundamentalmente, um ato de significação, em que uma doença ou um sintoma passam a ser signos para o indivíduo que antes os portava como se fossem apenas coisas, ou marcas. Propusemos que esta leitura pudesse ser conjugada como um **ato psicanalítico**, para que aquilo que se configura como uma **apresentação**, apresentação do sintoma como um estigma, possa se tornar **representação**. A partir disso, o indivíduo poderia articular sua doença como texto, como enigma decifrável que, uma vez apreendido, possibilitaria uma assunção de uma parcela da própria história, e portanto, uma melhor condição para este indivíduo promover o seu lugar no mundo.

A população social e culturalmente desfavorecida, à margem dos bens científicos, técnicos, de conforto e qualidade de vida, muitas vezes cria sintomas de doença como expressão de que "algo vai mal", e isso tanto mais quando as formas tradicionais de manejo do sofrimento, como os rituais, as práticas curativas populares, etc., vão sendo progressivamente abandonados. Privados de seus meios tradicionais, e sem a correspondente substituição pelas práticas modernas, médicas, psicoterápicas, etc., essa população busca seus próprios instrumentos de manejo e de elaboração, com a criação de novos rituais, novas práticas culturais, bem como com as saídas individuais de expressão. Outro aspecto a ser considerado, e esse é substancialmente groddeckiano, é que a Doença é um direito do Homem. O indivíduo pode *desejar* a doença, pode ter nela, através dela, uma forma de manifestação de si, um dos modos possíveis de ser-no-mundo.⁴² É apenas quando isso se tornar uma Questão para o indivíduo, quando ele

⁴² - Vinícius de Moraes, em uma crônica escrita em 1951, faz o elogio dos psicossomáticos:

"Exemplo de uma conversa minha com Araci (de Almeida):

- Como é, querida? como vai essa vagotonia?

- Ah, meu filho, já nem sei mais... E você?

- No fundo do poço.

- Quer dizer que você não está aqui hoje?

- Ah, eu nem sei mais onde é que estou...

E assim por diante, tudo entrecortado por longos silêncios, durante os quais a pessoa cai do alto de arranha-céus bem devagarinho, é enterrada viva, despenca de elevador, some terra adentro por um buraco súbito que se vagotoniza, pois todo vagotônico sobe como um foguete, até as regiões siderais, se perde nas catacumbas de Roma, se afoga na banheira, porque uma paralisia repentina não permite que se feche a torneira, sobe e desce degraus inexistentes, fica quente, fica frio, fica quente de novo, se ruboriza, empalidece, cai numa deliquescência, ouve o coração bater na ponta do dedão do pé, sua nas mãos, tem a boca seca - enfim, a felicidade completa." In: MORAIS, V. - O melhor de Vinícius de Moraes, 1994, p. 51.

desejar que ela, doença, seja outra coisa, e que as questões subjetivas que o movem possam falar por si mesmas, é só então que faz sentido que esteja a seu alcance uma escuta psicanalítica.

Criar a possibilidade dessa escuta é propiciar um espaço de fala para um "doente", que até então apenas podia apresentar seus sintomas para os outros, para os médicos e até para si mesmo, dar expressão a esse corpo habitado, não o corpo em si, mas o "corpo-próprio", ou seja, o ser organismo-corpo-Outro-fala que é um Sujeito.

Diz o poeta Fernando Pessoa que a inconsciência é o fundamento da vida, e que o coração, se pudesse pensar, pararia. Poderíamos dizer que os sintomas psicossomáticos são expressão de uma condição na qual um processo mental "pousou" sobre um órgão ou função corporal, e devido a isso perturbou-o, ao mesmo tempo que privava a Psique dos meios de poder processar, articular e elaborar esse processo.

Se o sintoma psicossomático é um hieróglifo, e o homem um enigmático entrecruzamento de natureza e linguagem, é no paciente trabalho da escuta e da busca do sentido que poderemos encontrar alguma esperança de, éticamente, auxiliar esses que sofrem a terem melhores recursos para defrontarem-se com seus sofrimentos, quando estes vão além dos meios terapêuticos da Medicina.

O homem, tal como apreendido pela Psicanálise, conforme Lacan, é uma banda de Moebius: retorcido, porém aberto. E é revirando-se e percorrendo-se, que ele faz o seu próprio caminho: o caminho que lhe é próprio, e o caminho em que ele, homem, cria caminho.

desejar que ela, doença, seja outra coisa, e que as questões subjetivas que o movem possam falar por si mesmas, é só então que faz sentido que esteja a seu alcance uma escuta psicanalítica.

Criar a possibilidade dessa escuta é propiciar um espaço de fala para um "doente", que até então apenas podia apresentar seus sintomas para os outros, para os médicos e até para si mesmo, dar expressão a esse corpo habitado, não o corpo em si, mas o "corpo-próprio", ou seja, o ser organismo-corpo-Outro-fala que é um Sujeito.

Diz o poeta Fernando Pessoa que a inconsciência é o fundamento da vida, e que o coração, se pudesse pensar, pararia. Poderíamos dizer que os sintomas psicossomáticos são expressão de uma condição na qual um processo mental "pousou" sobre um órgão ou função corporal, e devido a isso perturbou-o, ao mesmo tempo que privava a Psique dos meios de poder processar, articular e elaborar esse processo.

Se o sintoma psicossomático é um hieróglifo, e o homem um enigmático entrecruzamento de natureza e linguagem, é no paciente trabalho da escuta e da busca do sentido que poderemos encontrar alguma esperança de, éticamente, auxiliar esses que sofrem a terem melhores recursos para defrontarem-se com seus sofrimentos, quando estes vão além dos meios terapêuticos da Medicina.

O homem, tal como apreendido pela Psicanálise, conforme Lacan, é uma banda de Moebius: retorcido, porém aberto. E é revirando-se e percorrendo-se, que ele faz o seu próprio caminho: o caminho que lhe é próprio, e o caminho em que ele, homem, cria caminho.

BIBLIOGRAFIA

- AISENSTEIN, M. - "Da medicina à psicanálise e à psicossomática". Rev. Bras. Psicanal., Vol. XXVIII, n. 1, 99-110, 1994.
- ALEXANDER, F. - *Psychosomatic Medicine: Its principles and applications*, Nova York: W. Norton, 1950.
- AMKRAUT, A. e SOLOMON, G.F. - "From the symbolic stimulus to the pathologic response: immune mechanisms." Intern. J. of Psychiatry in Medicine, n. 5, 1975.
- ANAXÁGORAS - *Fragmentos*. Tradução do grego, estudo e notas de Juan Martin. Fragmento XXI.a (VII, 140). Buenos Aires: Aguilar, 1966, 2a. ed.
- ANDRADE, M. - *Macunaíma, o herói sem nenhum caráter*, Belo Horizonte: Villa Rica, 1993.
- ANDUJAR, C. - *YANOMAMI*. São Paulo: Práxis, 1978.
- ANGERAMI, V.A. (org.) - *Psicologia Hospitalar - A atuação do Psicólogo no contexto Hospitalar*. São Paulo: Traço, 1984. (Série psicoterapias alternativas; v. 2)
- ARIÈS, P. - *História social da criança e da família*. Trad. Dora Flaksman, Rio de Janeiro: Guanabara, 1986, 2a. ed.
- BALINT, M. - *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.
- BARBÉ, J. - *Émotion, Angoisse et Maladie*. Paris: Éditions E.S.F., 1970.
- BARTROP, R. et al - "Depressed lymphocyte function after bereavement". Lancet, 1:834-836, 1977.
- BASCOZOY CALYPSO - *Euripide et la catharsis*. Atenas: Tinos, 1989.
- BASOWITZ, H. et al. - *Anxiety and Stress*. New York: McGraw Hill, 1955.
- BÉKEI, M. - "Coincidencias y contradicciones en las teorías psicoanalíticas sobre la psicossomatosis". Rev. Psicoanal. (Arg.), 49 (3/4): 543-53, 1992.
- BETTELHEIM, B. - *A Psicanálise dos Contos de Fadas*. Trad. Arlene Caetano. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990, 8a. ed.
- BICK, E. - "A Experiência da pele em relações de objeto arcaicas". In: *Melanie Klein Hoje*. Ed. Elizabeth Bott Spillius. Trad. B. H. Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- BION, W. R. - "Uma Teoria sobre o Processo de Pensar", in: BION, W. R. - *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Trad. W. M. M. Dantas. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- BIRMAN, J. - "Psicanálise e Psicoterapia", in: BIRMAN, J. et al. - *Psicanálise e Psicoterapia*. São Paulo: Instituto Sedes Sapientiae, 1982.
- BLANCARD, M.-H. - "Escolher o sofrimento ... para ter o amor". In: WARTEL, R. et al. - *Psicossomática e Psicanálise*, Trad. Luiz Forbes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

- BLUMBERG, A.M. et al, - "A Possible Relationship between Psychological Factors and Human Cancer". *Journal of Psychosomatic Research*, 12:251, 1968.
- BLUMER, D. - "A study of Patients with 'Psychogenic' Pain." *Psychosomatic Medicine*, 23:5, 1965.
- BOADELLA, D. - *Nos caminhos de Reich*. Trad. E.R.B. Rabelo, M.S.M. Netto e I. Carvalho Filho. São Paulo: Summus, 1985.
- BOLTANSKI, L. - *As Classes Sociais e o Corpo*. Trad. de Regina A. Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1989, 3a. ed.
- BORGES, J. L. - "Tres versiones de Judas", in: BORGES, J. L. - *Prosa Completa*. Barcelona: Bruguera, 1980.
- BOTEGA, N.J. e DALGALARRONDO, P. - *Saúde Mental no Hospital Geral*. São Paulo, Hucitec, 1993.
- CANGUILHEM, G. - *Lo Normal y lo Patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1971.
- CANNON, W.B. - "The Emergency Function of the Adrenal Medulla in Pain and the Major Emotions". *American Journal of Physiology*, 33:356. 1914.
- CANNON, W.B. e DE LA PAZ, D. - "Emotional Stimulation of Adrenal Secretion". *American Journal of Physiology*, 27:64, 1911.
- CAPISANO, H.F. - "O Processo do Homem", *Revista Brasileira de Psicanálise*, Vol. 28, n. 1, 1994.
- CERVANTES, M. - *D. Quixote de la Mancha*. Trad. de Almir de Andrade e Milton Amado. Rio de Janeiro: José Olympio, 1954.
- CHIOZZA, L. - "El problema de la simbolización en la enfermedad somática", *Rev. de Psicoanálisis (Arg.)* 35(5): 901-918, 1978.
- CHROUSOS, G.P. e GOLD, P.W. - "Os conceitos e Distúrbios do Sistema de Estresse - Panorama completo da Homeostase Física e Comportamental". *Suplemento JAMA*, - Vol. 3, n. 1, 479-491, Janeiro/Fevereiro, 1993.
- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (Classificação Internacional de Doenças - C.I.D. 10)*, da Organização Mundial de Saúde. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- CLAVREUL, J. - *A Ordem Médica. Poder e Impotência do discurso médico*. Trad. J.G. Nougaim, M.A.C. Jorge, P.M. Silveira, Jr. (Colégio Freudiano do Rio de Janeiro). São Paulo: Brasiliense, 1983.
- CLÉMENT, C. - *Os filhos de Freud estão cansados*. Trad. Leda T. da Motta. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- D'ÉPINAY, M. L. - *Groddeck: a doença como linguagem*. Trad. Graciema Pires Therezo. Campinas: Papirus, 1988.
- DEJOURS, C. - *Recherche psychanalytique sur le corp*. Paris: Payot, 1989.

- DEUTSCH, F. - *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*. New York: International Universities Press, 1953.
- DOLTO, F. - *L'image inconsciente du corps*. Paris, Seuil, 1988.
- DOR, J. - *Introdução à leitura de Jacques Lacan. Vol. 2 - A estrutura do sujeito*. Trad. Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.
- DUNBAR, H.F. - *Emotions and bodily changes: a survey of literature on psychosomatic interrelationships 1910-1933*. New York: Columbia, 1943, 2a. ed.
- DUNBAR, H.F. - *Psychosomatic diagnostic*, Nova York: Harper, 1943.
- DURREL, L. - *Prefácio ao Livro d'Isso*. In: GRODDECK, G. - *Livro d'Isso*. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1984. (Coleção Estudos, 83).
- EKSTERMAN, A. - "Medicina Psicossomática no Brasil". In: MELLO FILHO, J. (Editor) - *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ELIADE, M. - *Mito e Realidade*. Trad. Pola Civelli. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- ENGEL, G.L. - "Psychogenic pain and the Pain-prone patient" - *American Journal of Medicine*, 25:399, 1959.
- EVA, A.C., VILARDO, R. e KUBO, Y. - "Psicossomática e nossa prática psicanalítica". *Rev. Bras. Psicanal.* Vol. 28, n. 1, 1994.
- FENICHEL, O. - *Teoria Psicanalítica das Neuroses*, Rio de Janeiro, Atheneu, 1981.
- FERENCZI, S. - *Psicanálise das neuroses de guerra*. Obras completas. Trad. A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1991-92.
- FERENCZI, S. - *Thalassa - Ensaio sobre a teoria da genitalidade*. Trad. A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- FIORINI, H. - *Teoria y Técnica de Psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1975.
- FLETCHER, S. - "Abordagem Clínica do Paciente". In: WYNGAARDEN, J.B., SMITH, L.H. e BENNETT, J.C. - *CECIL Tratado de Medicina Interna*. Trad. A.C. Cruz Jr e colaboradores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993, 19a. ed.
- FOUCAULT, M. - *História da Loucura na idade clássica*. Trad. de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- FOUCAULT, M. - *História da Sexualidade I. A vontade de saber*. Trad. de M. T. C. Albuquerque e J. A. Guilhaon de Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- FRAZER, J.G. - *O Ramo de Ouro*. Edição de Mary Douglas. Trad. Waltensir Dutra. São Paulo: Círculo do Livro, 1986.
- FREUD, A. - *O Ego e os Mecanismos de Defesa*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.
- FREUD, S. - *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatomica*. (1925) In: *Obras Completas*, Trad. D. Luis Lopez-Ballesteros y de Torres. Tres Tomos, Madrid: Biblioteca Nueva, 1973, pp. 2896 - 2903.
- FREUD, S. - *Psicoanálisis y Teoría de la libido* (1922). In: *Op. cit.*, pp. 2661 - 2676.

- FREUD, S. - *Análisis Profano - psicoanálisis y medicina* (1926). In: Op. cit., pp. 2911 - 2960.
- FREUD, S. - *Análisis fragmentario de una Histeria (Caso Dora)* (1905). In: Op. cit., pp. 933 - 1002.
- FREUD, S. - *Análisis de un caso de neurosis obsesiva. (Caso "El hombre de las ratas")* (1909). In: Op. cit., pp. 1441 - 1486.
- FREUD, S. - *Análisis terminable e interminable* (1932). In: Op. cit., pp. 3339 - 3364.
- FREUD, S. - *Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicopatógenas de la visión* (1910). In: Op. cit., pp. 1631 - 1635.
- FREUD, S. - *Conferencias Introductorias al Psicoanálisis* (1917). In: Op. cit., pp. 2123 - 2412.
- FREUD, S. - *Consejos al medico en el tratamiento psicoanalítico* (1912). In: Op. cit., pp. 1654 - 1660.
- FREUD, S. - *Duelo y melancolia* (1915). In: Op. cit., pp. 2091 - 2100.
- FREUD, S. - *El duplo sentido antitético de las palabras primitivas* (1910). In: Op. cit., pp. 1620 - 1624.
- FREUD, S. - *Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas* (1888-1893). In: Op. cit., pp. 13 - 21.
- FREUD, S. - *Estudios sobre la Histeria* (1893-1895). In: Op. cit., pp. 39 - 168.
- FREUD, S. - *Interpretación de los Sueños* (1900). In: Op. cit., pp. 343 - 720.
- FREUD, S. - *Introducción al Narcisismo* (1914). In: Op. cit., pp. 2017 - 2033.
- FREUD, S. - *La dinámica de la Transferencia* (1912). In: Op. cit., pp. 1648 - 1653.
- FREUD, S. - *La novela familiar del neurótico* (1909). In: Op. cit., pp. 1361 - 1364.
- FREUD, S. - *La sexualidad en la etiología de las neurosis* (1898). In: Op. cit., pp. 317 - 329.
- FREUD, S. - *Los instintos y sus destinos* (1915). In: Op. cit., pp. 2039 - 2052.
- FREUD, S. - *Los recuerdos encubridores* (1899). In: Op. cit., pp. 330 - 342.
- FREUD, S. - *Más allá del principio del placer* (1920). In: Op. cit., pp. 2507 - 2541.
- FREUD, S. - *Pegan a un niño. Aportación al conocimiento de la genesis de las perversiones sexuales* (1919). In: Op. cit., pp. 2468 - 2480.
- FREUD, S. - *Psicoanálisis. (Cinco Conferencias pronunciadas en la Clark University, Estados Unidos)* (1910). In: Op. cit., pp. 1533 - 1563.
- FREUD, S. - *Psicología de las Masas y Análisis del Ego* (1921). In: Op. cit., pp. 2563 - 2610.
- FREUD, S. - *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901). In: Op. cit., pp. 755 - 932.
- FREUD, S. - *Sobre un tipo especial de elección en el hombre* (1910). In: Op. cit., pp. 1625 - 1630.
- FREUD, S. - *Teorías Sexuales Infantis* (1908). In: Op. cit., pp. 1262 - 1271.

- FREUD, S. - *Análisis Profano - psicoanálisis y medicina* (1926). In: Op. cit., pp. 2911 - 2960.
- FREUD, S. - *Análisis fragmentario de una Histeria (Caso Dora)* (1905). In: Op. cit., pp. 933 - 1002.
- FREUD, S. - *Análisis de un caso de neurosis obsesiva. (Caso "El hombre de las ratas")* (1909). In: Op. cit., pp. 1441 - 1486.
- FREUD, S. - *Análisis terminable e interminable* (1932). In: Op. cit., pp. 3339 - 3364.
- FREUD, S. - *Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicopatógenas de la visión* (1910). In: Op. cit., pp. 1631 - 1635.
- FREUD, S. - *Conferencias Introductorias al Psicoanálisis* (1917). In: Op. cit., pp. 2123 - 2412.
- FREUD, S. - *Consejos al medico en el tratamiento psicoanalítico* (1912). In: Op. cit., pp. 1654 - 1660.
- FREUD, S. - *Duelo y melancolia* (1915). In: Op. cit., pp. 2091 - 2100.
- FREUD, S. - *El duplo sentido antitético de las palabras primitivas* (1910). In: Op. cit., pp. 1620 - 1624.
- FREUD, S. - *Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas* (1888-1893). In: Op. cit., pp. 13 - 21.
- FREUD, S. - *Estudios sobre la Histeria* (1893-1895). In: Op. cit., pp. 39 - 168.
- FREUD, S. - *Interpretación de los Sueños* (1900). In: Op. cit., pp. 343 - 720.
- FREUD, S. - *Introducción al Narcisismo* (1914). In: Op. cit., pp. 2017 - 2033.
- FREUD, S. - *La dinámica de la Transferencia* (1912). In: Op. cit., pp. 1648 - 1653.
- FREUD, S. - *La novela familiar del neurótico* (1909). In: Op. cit., pp. 1361 - 1364.
- FREUD, S. - *La sexualidad en la etiología de las neurosis* (1898). In: Op. cit., pp. 317 - 329.
- FREUD, S. - *Los instintos y sus destinos* (1915). In: Op. cit., pp. 2039 - 2052.
- FREUD, S. - *Los recuerdos encubridores* (1899). In: Op. cit., pp. 330 - 342.
- FREUD, S. - *Más allá del principio del placer* (1920). In: Op. cit., pp. 2507 - 2541.
- FREUD, S. - *Pegan a un niño. Aportación al conocimiento de la genesis de las perversiones sexuales* (1919). In: Op. cit., pp. 2468 - 2480.
- FREUD, S. - *Psicoanálisis. (Cinco Conferencias pronunciadas en la Clark University, Estados Unidos)* (1910). In: Op. cit., pp. 1533 - 1563.
- FREUD, S. - *Psicología de las Masas y Análisis del Ego* (1921). In: Op. cit., pp. 2563 - 2610.
- FREUD, S. - *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901). In: Op. cit., pp. 755 - 932.
- FREUD, S. - *Sobre un tipo especial de elección en el hombre* (1910). In: Op. cit., pp. 1625 - 1630.
- FREUD, S. - *Teorías Sexuales Infantis* (1908). In: Op. cit., pp. 1262 - 1271.

- FREUD, S. - *Tres Ensayos para una Teoria de la Sexualidad* (1905). In: Op. cit., pp. 1169 - 1237.
- FREUD, S. - *El Yo y el Ello* (1923). In: Op. cit., pp. 2701 - 2778.
- FREUD, S. - *Compendio del Psicoanálisis* (1938). In: Op. cit., pp. 3379 - 3418.
- FRIEDMAN, G. - *O trabalho em migalhas - Especialização e Lazeres*. Trad. J. Guinsburg. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- FRIEDMAN, M. et al. - "Changes in Serum Cholesterol and Blood Clotting in Men Subjected to Cyclic Variations of Occupational Stress." *Circulation*, 17:852, 1958.
- FRIGÉRIO, R.A. - "Algunas puntualizaciones sobre las neurosis atuais". *Rev. Psicoanal. (Arg.)*, 47 (3):578-88, 1990.
- FUNCH, D.P. e MARSHALL, J. - "The role of stress, social support and age in survival from breast cancer". *Journal of Psychosomatic Research*, 27:77-83, 1983.
- GANTHERET, F. - "Lugar y estatuto del cuerpo en el Psicoanálisis". *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, n. 61: 23-32, 1982.
- GARCIA, E.E. - "Somatic interpretation in a transference cure: Freud's treatment of Bruno Walter". *Int. Rev. Psycho-Anal*, 17, 83-88, 1990.
- GARMA, A. - *El psicoanálisis. Presente y perspectivas*. Buenos Aires: Aniceto Lopes, 1942.
- GARMA, A. - "Episodios de cefaleas en tratamientos psicoanalíticos". *Rev. Psicoanal*, 11(1/2):155-68, 1954.
- GLOVER, E. - *Psychoanalysis*. Londres: Staples Press, 1949.
- GOFFMAN, E. - *Estigma*. Trad. Leonor Guinsberg. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.
- GOODAL, McC. - "Studies of Adrenaline and Noradrenaline in Mammalian Heart and Suprarenals." *Acta Physiologica Scandinavica*, 24, 1951.
- GRANON-LAFONT, J. - *A topologia de Jacques Lacan*. Trad. Luis Carlos Miranda e Evany Cardoso. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
- GREEN, A. - *O Discurso vivo - Uma teoria psicanalítica do afeto*. Trad. de Ruth Joffily Dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.
- GREGORY, R.L. (Editor) - *THE MIND - The Oxford Companion to the Mind*. Oxford, New York, 1989.
- GRODDECK, G. - "Condicionamento Psíquico e Tratamento de Moléstias Orgânicas pela Psicanálise". In: GRODDECK, G. - *Estudos Psicanalíticos sobre Psicossomática*. Trad. de Neusa Messias Soliz. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- GRODDECK, G. - "L'anneau". In: GRODDECK, G. - *L'Homme, l'Art et le Symbole*. Trad. de Roger Lewinter. Paris, Gallimard, 1969.
- GRODDECK, G. - "Du langage". (1909) In: GRODDECK, G. - *L'Homme, l'Art et le Symbole*. Op. cit.

- GRODDECK, G. - *Conférences psychanalytiques à l'usage des malades*. Trad. fr. Roger Lewinter. Tres tomos, Editions Champ Libre e Roger Lewinter, Paris, 1978, 1979, 1981.
- GRODDECK, G. - *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos*. Trad. Hugo Acevedo. Buenos Aires: Paidós (Biblioteca de Psicología Profunda, n. 64), 1983.
- GRODDECK, G. - *Estudos psicanalíticos sobre Psicossomática*. Trad. de Neusa Messias Soliz. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- GRODDECK, G. - *Livro dlso*. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1984. (Coleção Estudos, 83).
- GROSSARTH-MATICEK et al - "Psychoterapy research in oncology", in: *Health care and Human Behaviour*. London: Academic, 1984.
- GROSSMAN, C. e GROSSMAN, S. - *El Psicoanalista Profano. Vida y obra de Georg Groddeck*. Trad. Juliete Campos. México: Fondo de Cultura Economica, 1967.
- GROTJAHN, M. - "Georg Groddeck, 1866-1934, o Analista indômito", in: ALEXANDER, F. et al. - *A História da Psicanálise através dos seus pioneiros*. Rio de Janeiro: Imago, 1981.
- GUATTARI, F. - *Psicoanálisis y Transversalidad*. Trad. F.H. Azgurra. Buenos Aires: Siglo XXI, 1976.
- GUIR, J. - "Fenômenos psicossomáticos e função paterna". In: WARTEL, R. et al. - *Psicossomática e Psicanálise*. Op. cit.
- GUIR, J. - *Psicossomática y câncer*. Trad. Lisette Valas. Buenos Aires: Catálogos, 1984.
- GUYTON, A.C. - *Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças*. Trad. C. A. Esbérard. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989, 4a. ed.
- HAMILTON, E. - *Mitologia*. Lisboa: Ed. Quixote. s.d.
- HERXHEIMER, H. - "Induced Asthma in Humans." *International Archives of Allergy*, 3:192, 1953.
- HINCKLE, L.E. et al. - "An Investigation of the Relation between Life Experience, Personality Characteristics, and General Susceptibility to Illness." *Psychosomatic Medicine*, 20:278-295, 1958.
- ISRAËL, L. - *La Histeria, el Sexo y el médico*". Espanha: Toray, Masson, 1979.
- ISRAËL, L. - *Mancar não é pecado*. Trad. Lydia Aratangy e Ana Maria Leandro. São Paulo: Escuta, 1994.
- JACOBS, M.A. - "Relationship of life change, maladaptative aggression and upper respiratory infection in male college students." *Psychosomat. Med.* n. 31, 31-39, 1969.

- JEAMMET, P., REYNAUD, M. e CONSOLI, S. - *Manual de Psicologia Médica*. Trad. P.R. Monteiro e R.R. Josef. São Paulo: Masson e Atheneu, 1990.
- JERNE, N. - "Towards a network theory of the immune system". *Ann Immunol (Inst. Pasteur)*, n. 125 c, 373, 1974.
- JOHNSON, D. e GLEN, W.H. - *Topology - the rubber-sheet geometry*. Londres: John Murray, s.d.
- KALTENBECK, F. - "A complacência somática". In: WARTEL, R. e cols., - *Psicossomática e Psicanálise*, Op. cit.
- KELLEMAN, S. - *Padrões de Distresse: agressões emocionais e forma humana*. Trad. Myrthes S. Vieira. São Paulo: Summus, 1992.
- KRISTEVA, J. - *História da Linguagem*. Lisboa: Edições 70, 1980.
- LACAN, J. - "L'étouffé", in: *Scilicet*, número 4, Paris: Seuil, 1973.
- LACAN, J. - "El Sintoma", conferência de Genebra, 1975. In: "Intervenciones y Textos - 2". Trad. D. Rabinovitch. Buenos Aires: Manantial, 1988, 2a. ed.
- LACAN, J. - *O Eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*, Seminário 2. Trad. M.C. Laznik Penot e A.L.Q. Andrade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- LACAN, J. - *As Psicoses*. Seminário 3. Trad. A. Menezes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- LACAN, J. - *Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*, Seminário 4. Trad. F. Monge. Madrid: Barral, 1974.
- LACAN, J. - "Função e campo da palavra e da linguagem na Psicanálise". In: *Escritos*. Trad. de Inês Oseki-Depré. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- LACAZ, C.S., MARTINS, J.E.C. e MARTINS, E.L. - *AIDS SIDA*, São Paulo: Savier, 1990.
- LAPASSADE, G. - "El encuentro institucional", in: LOURAU, R. et al. - *Análisis Institucional y sócioanálisis*. Trad. V. Goldstein. México: Nueva Imagen, 1977.
- LAPASSADE, G. - *Grupos, Organizações e Instituições*. Trad. H. A. Mesquita. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- LOURAU, L. - *A Análise Institucional*. Trad. M. Ferreira. Rio de Janeiro: Vozes, 1976.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.P. - *Vocabulário da Psicanálise*. Trad. de Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1975.
- LEBRUN, G. - "O conceito de paixão". In: CARDOSO, S. et al. - *Os sentidos da Paixão*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
- LECLAIRE, S. - *O Corpo erógeno*. Trad. Paulo Viana Vidal. Rio de Janeiro: Fonfon, 1979.
- LEHERER, S. - "Life change and gastric cancer". *Psychosomatic Medicine*, 42:499-502, 1980.
- LEPAGNEUR, H. - *Consciência, corpo e mente*. Campinas, SP: Papirus, 1994.

- LÉVY-STRAUSS, C. - "*A eficácia simbólica*". In: LÉVY-STRAUSS, C. - *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- LÉVY-STRAUSS, C. - "O feiticeiro e sua magia". In: LÉVY-STRAUSS, C. - *Antropologia Estrutural*. Op. cit.
- LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. - *Fenômenos psicossomáticos*. Trad. S. A. Souza. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1974.
- LINN, M.W. et al - "Stressful events, dysphonic mood and immune responsiveness". *Psychol Res*, n. 54, 219, 1984.
- LOPES, O.C. - *A Medicina no Tempo*. São Paulo: Melhoramentos e EDUSP, 1970.
- LOWEN, A. - *Medo da vida*. Trad. de Maria Silvia Mourão Netto. São Paulo: Summus, 1986.
- LOWEN, A. - *O corpo em depressão: as bases biológicas da fé e da realidade*. Trad. Ibanez de Carvalho Filho. São Paulo: Summus, 1983.
- LOWEN, A. - *O corpo em terapia*. Trad. de Maria Silvia Mourão Netto. São Paulo: Summus, 1977.
- LUBOWE, I.I. e COWEN, I.H. - "Can Alopecia Areata Be Psychogenic in Origin?" - *JAMA* 205 (2), 120, 1968.
- LUPARELLO, T. et al - "Influences of Suggestion on Airway Reactivity in Asthmatic Subjects". *Psychosomatic Medicine*, 30:6, 1968.
- LUTEMBERG, J. - "La asociación libre corporal". *Psicoanálisis APdeBA* - Vol. XV. n. 2, 267-295, 1993.
- MAI, F.M.M. - "Personality and Stress in Coronary Disease." *Journal of Psychosomatic Research*, 12:275, 1968.
- MALETTA, C.H.M. - *Epidemiologia e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- MALLET, B.L. - "Psychosomatic Pathology". *Journal of Psychosomatic Research*, 9:5, 1965.
- MARDER, L. e HOOGERBEETS, J.D. - "Psychosomatic Disease as a Masked Depression." *Psychosomatics*, vol. 8, Setembro-Outubro, 1967.
- MARTY, P. e M'UZAN, M. - *O pensamento operatório*. Rev. Bras. Psicanál., Vol XXVIII, n. 1, 165-174, 1994.
- MASON, J.W. et al. - "Influence of Some Environmental Factors on Plasma and Urinary 17-Hydroxycorticosteroid Levels in the Rhesus Monkey." *American Journal of Physiology*, 190:429, 1957.
- McBRIDE, M.A. - "Nursing Approach, Pain and Relief: an Exploratory Experiment." *Nursing Research*, 16:4, 1967.
- McDOUGALL, J. - "Um corpo para dois". *Boletim Científico da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro*, Vol. 1, n. 2, 8-33, 1987.

- McDOUGALL, J. - *Teatros do Corpo*. Trad. Pedro Henrique Bernardes Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- McKEGNEY, F.P. et al. - "A Psychosomatic comparison of patients with ulcerative colitis and Crohn's Disease." *Psychosomatic Medicine*, 32:2, Março-Abril, 1970.
- MELLO FILHO, J. (Editor) - *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- MELO NETO, J.C. - In: *Museu de Tudo: poesia 1966 - 1974*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1976, 2a. ed.
- MERLET, A. - "Todo órgão determina deveres". In: WARTEL, R. e cols - *Psicossomática e Psicanálise*. Op. cit.
- MEYER, R. e HAGERTY, I. - "Streptococcal infections in families: factors altering individual susceptibility." *Pediatrics*, n. 29, 539, 1962.
- MEZAN, R. - "Psicanálise e Psicoterapia". In: BIRMAN, J. et al. - *Psicanálise e Psicoterapia*. Op. cit.
- MILLER, H. e BARUCH, D. - "Emotional Problems of Childhood and Their Relation to Asthma." *American Journal of Diseases of Children*, 93:242, 1957.
- MILLER, J.-A. - "Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático", in: WARTEL, R. e cols - *Psicossomática e Psicanálise*. Op. cit.
- MILLNER, M. - "Psycho-Analysis and Art". In: SUTHERLAND, J. - *Psycho-Analysis and Contemporary Thought*. Londres: Hogarth and British Institute of Psycho-Analysis, 1958.
- MODERN, R. - *El libro del señor de Wu*. Organizado e compilado por Rodolfo Modern, à partir do terceiro manuscrito (sec. XVII). Buenos Aires: Fraterna, 1980.
- MOFFAT, A. - *Terapia de Crise - teoria temporal do psiquismo*. Trad. Beatriz R. Tragtemberg. São Paulo: Cortez, 1982.
- MORAIS, V. - *O melhor de Vinicius de Moraes*, São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- MOREIRA, M.D. e MELLO FILHO, J. - "Psicoimunologia Hoje", in: MELLO FILHO, J. - (Editor) - *Psicossomática hoje*. Op. cit.
- MOREIRA, M.S. - "Depressão e Câncer". *Anais da Academia Nacional de Medicina*, 154 (3): 114-117, 1994.
- OSÓRIO, L.C. - "O fenômeno psicossomático: uma leitura psicanalítica da linguagem corporal". *Rev. Bras. Psicanálise*, Vol. XXVII, n. 4, 627-644, 1994.
- PACHECO SILVA, A.C. - *Medicina Psicossomática*. São Paulo: Sarvier, 1976, 2a. ed.
- PAZ, O. - *Claude Lévi-Strauss ou o Novo Festim de Esopo*, São Paulo: Perspectiva, 1993.
- PERESTRELLO, D. - "A psiquiatria atual como psicobiologia", 1945. Citado in: EKSTERMAN, A. - "Medicina Psicossomática no Brasil". In: MELLO FILHO - *Psicossomática hoje*. Op. cit.
- PERESTRELLO, D. - *Medicina Psicossomática*. Rio de Janeiro: Borsoi, 1958.

- PERESTRELLO, D. - *Trabalhos Escolhidos*. São Paulo: Atheneu, 1987.
- PERSKY, V.M. et al - "Personality and risk of cancer, 20-year follow-up of the Western Electric Study". *Psychosomatic Medicine*, 49:435-449, 1987.
- PESSOA, F. - *O Livro do Desassossego*, Obra em prosa, assinada por Bernardo Soares, Portugal: Publicações Europa-América, s.d.
- PESSOA, F. - *Seleção Poética*, Rio de Janeiro, Instituto Nacional do Livro, 1971.
- PICHON-RIVIÈRE, E. - *El processo grupal*. Buenos Aires: Paidós, 1977.
- PINCUS, G. - "Studies of the Role of the Adrenal Cortex in the Stress of Human Subjects." *Recent Progress in Hormone Research*, 1:123, 1947.
- PIRES, N. - *La Psicossomática hoy*. Espanha: Paz Montalvo, 1976.
- PONTALIS, J.-B. - "Entre Groddeck e Freud". In: PONTALIS, J.-B. - *Perder de vista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- PONTES, J.F. et al. - *Curso de Psicologia Médica, Abordagem Sócio-psicossomática*. São Paulo: Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Gastroenterologia, 1987.
- POWELL, G.F. et al. - "Emotional Deprivation and Growth Retardation Simulating Idiopathic Hypopituitarism. I. Clinical Evaluation of the Syndrome." *New England Journal of Medicine*. 276:1271, 1967.
- PURCHARD, P.R. - "Some Psychiatric Aspects of Dermatology". *Psychiatric Quarterly*, 41:2, 1967.
- QUINET, A. - *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- REICH, W. - *A função do orgasmo*. Trad. M. G. Novak. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- REICH, W. - *Character Analysis*. Trad. T. P. Wolfe. New York: Orgone Institute Press, 1949.
- RING, F.O. - "Testing the Validity of Personality Profiles in Psychosomatic Illnesses." *American Journal of Psychiatry*, 113:1075-1080, 1957.
- RODRIGUES, A.L. e GASPARINI, A.C.L.F. - "Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho", in: MELLO FILHO, J. (Ed.) - *Psicossomática hoje*. Op. cit.
- ROSNER, B.L. - "The use of valid psychological complaints to screen, minimize, or deny serious somatic illness" - *Journal of Nervous and Mental Disease*, 143:3:234, 1966.
- SAMI-ALI - "Una teoria psicossomática de la histeria". *Rev. Psicoanal. (Arg)*, 43(5): 993-1006, 1986.
- SCHAVÉLZON, J. - "Sobre Psicossomática e câncer". In: MELLO FILHO, J. - (Ed.) - *Psicossomática hoje*. Op. cit.
- SCHLEIFER, S.J. et al. - "Supression of lymphocyte stimulation following bereavement". *JAMA*, 250: 374-377, 1983.

- SCHMALE, A.H. Jr., e IKER, H.P. - "The Affect of Hopelessness and the Development of Cancer". *Psychosomatic Medicine*, 28:5, 1966.
- SCHMALE, A.H. Jr., e IKER, H.P. - "The Psychological Setting of Uterine Cervical Cancer". *Annals of the New York Academy of Science*, vol. 125, Janeiro, 1966.
- SCHÜTZENBERBER, A. A. - "Stress, Cancer - Liens Transgénérationnels. - La maladie et les raisons de l'inconscient individuel et familial". *Revue Question de*, no. 64, *Médecines Nouvelles & Psychologies Transpersonelles*, 1992.
- SCHWARTZ, T.B e SHIELDS, D.R. - "Emotional Tension and Excretion of Corticoids and Creatinine." *American Journal of Medicine*, 16:608, 1954.
- SEYLE, H. - "The general adaptation syndrome and disease of adaptation." *J. Cli. Metab.* v. 6. n. 117, 1947.
- SEYLE, H. - *Stress - a tensão da vida*. São Paulo: IBRASA, 1965, 2a. ed.
- SHEKELLE, R.B. et al. - "Psychological depression and 17-year risk of death from cancer". *Psychosomatic Medicine*, 43:117-126, 1981.
- SPERLING, M. - *Psychosomatic disorders in childhood*. Nova Iorque-Londres: Jason Aronson, 1978.
- SPIEGEL, P. et al - "Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer". *Lancet*, 2:888-891, 1989.
- SWAIN, G. - "A alma, a mulher, o sexo e o corpo". In: SWAIN, G. et al. - *O feminino: aproximações*. Teoria da Prática psicanalítica, vol. 4. Coord. BIRMAN, J. e NICÉAS, C.A.. Rio de Janeiro: Campus, 1986.
- THOMÄ, H. - "Interpretación psicoanalítica del significado inconsciente de diversas perturbaciones somáticas". *Rev. Psicoanal. (No. Esp. Int.)*, 285-320, 1992.
- THOMAS, C. - "Psychophysiologic Aspects of Blood Pressure Regulations: The Clinician's View." *Psychosomatic Medicine*, 26:4, 1964.
- TRILLAT, E. - *História da histeria*. Trad. Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991.
- URBACH, S. - "Medicina e Patologia", in: REGIS DE MORAIS, J.F. (org.) - *Construção social da enfermidade*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1978
- VALAS, P. - "Apresentação", in: WARTEL, R e cols. - *Psicossomática e Psicanálise*, Op. cit.
- VALAS, P. - "Horizontes da psicossomática", in: WARTEL, R. e cols., *Psicossomática e Psicanálise*. Op. cit.
- VAN DER VALK, J.M. e GROEN, J.J. - "Personality Structure and Conflict Situation in Patients with Myocardial Infarction." *Journal of Psychosomatic Research*, 11:41, 1967.
- VEIL, S. - *A condição operária e outros estudos sobre a opressão*. Trad. de Therezinha G. G. Langlada. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.