

## Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema

Cláudio Garcia Capitão – Universidade São Francisco<sup>1</sup>  
Érica Bonfá Carvalho – Psicóloga clínica

---

### Resumo

Partiu-se de uma breve revisão histórica a respeito da significação da saúde e da doença, do corpo e da alma. A teoria psicanalítica, com seu modelo atual de conversão histérica e de neurose, pode ser considerada um marco histórico na evolução dos conceitos de psíquico e de somático. Marty pensa a patologia somática como resultado da impossibilidade de elaboração psíquica das excitações, no plano representativo e emocional do aparelho psíquico, em função de uma estruturação deficiente. Para McDougall, fantasias aterradoras, que poderiam tornar-se dizíveis, são apagadas do campo da consciência por mecanismos primitivos, ficando desprovidas de impregnação afetiva e valor simbólico, o que obriga o psiquismo a emitir sinais de sofrimento do tipo pré-simbólico. Chega-se à conclusão de que o adoecer pode ser considerado como uma tentativa de estabelecimento de equilíbrio para o corpo, como o sintoma é a saída para o conflito psíquico.

*Palavras-chave:* organicidade, psicossomática, subjetividade.

### Psychosomatic: Two theoretical approaches for the same problem

#### Abstract

Based on the background concerning the meaning of health and disease, of body and soul it was made a brief review. The psychoanalytical theory, with its present model of hysteric conversion and neurosis, can be considered a historical landmark in the evolution of the psychic and somatic concepts. Marty thinks the somatic pathology as the result of an impossibility of psychic elaboration of excitements on the representative and emotional planes of the psychic system due to a deficient structuring. For McDougall, frightening fantasies that could become expressed are erased from the field of consciousness by primitive mechanisms, remaining deprived of affective impregnation and symbolic value, which forces the psychic to send suffering signals of pre-symbolic types. The conclusion is that being ill can be considered as an attempt of establishing a balance for the body, such as the symptom is an exit for the psychic conflict.

*Keywords:* organicity, psychosomatics, subjectivity.

### Psicossomática: dos abordajes de un mismo problema

#### Resumen

Se ha comenzado por una breve revisión histórica sobre el significado de la salud y la enfermedad del cuerpo y del alma. La teoría psicoanalítica, con su modelo actual de conversión histérica y neurosis, puede ser considerada un punto histórico en la evolución de los conceptos de psíquico y somático. Marty se refiere a la patología somática como el resultado de la imposibilidad de elaboración psíquica de las excitaciones en el plano representativo y emocional del aparato psíquico, en función de una estructuración deficiente. Para Mc Dougall las fantasías aterradoras, que podrían volverse decibles, son apagadas del campo de la conciencia por mecanismos primitivos, quedando sin la impregnación afectiva y valor simbólico, lo que obligaría al psiquismo a emitir señales de sufrimiento del tipo pre simbólico. Se ha llegado a la conclusión de que el enfermarse puede ser considerado como una forma de tratar un establecimiento de equilibrio para el cuerpo, como el síntoma y la salida para el conflicto psíquico.

*Palabras-clave:* organicidad, psicossomática, subjetividad.

---

### Introdução

O presente trabalho tem como objetivo abordar duas concepções da Psicossomática buscando esclarecer a organização subjetiva que propicia a geração de um quadro orgânico. Um estudo teórico, realizado por meio de consultas à literatura sobre o assunto, parte de uma

breve revisão histórica a respeito da significação da saúde e da doença, do corpo, da alma e do processo de adoecer chegando às concepções de Pierre Marty e de Joyce McDougall.

Os modelos da teoria freudiana de conversão histérica e a de neurose atual podem ser considerados marcos na evolução dos conceitos do psíquico e do

---

Endereço para correspondência:

<sup>1</sup> Rua Aimberê, 1775-ap. 52. Perdizes –SP. CEP 01258-020 – e-mail: claudio.capitao@saofrancisco.edu.br

somático. Freud manteve a preocupação, praticamente durante toda a sua vida, de procurar estabelecer uma certa vinculação do psíquico ao biológico, especialmente por meio da sua teoria das pulsões, da sua concepção econômica do aparelho psíquico e de sua tentativa de criar uma psicologia científica tendo como base as leis da termodinâmica e das descobertas da neurologia da sua época. Embora Freud não tenha direcionado suas investigações para desvendar os fatores psicológicos envolvidos nas doenças, seus discípulos, especialmente Federn, Ferenczi e Groddeck abarcaram esse campo com espírito criativo e inovador, porém com extrapolações imprudentes e abusivas do modelo psicanalítico das neuroses, em particular da histeria (Andrade, 2003; Ávila, 1996; Gabbard, 2005; Jeammet, Reynaud & Consoli, 2000; Tomazelli, 1998; Volich 2000).

O termo psicossomático compreende toda perturbação somática resultante de um determinismo psicológico que intervém de modo constante na gênese da doença. Introduzido por Heinroth, no início do século XIX, traduz uma concepção dualista do homem e a influência recíproca de uma parte sobre a outra. Atualmente, o estudo da Psicossomática tem como finalidade integrar a doença à dimensão psicológica, propiciando um melhor entendimento do paciente e uma ação terapêutica mais abrangente e significativa (Andersen, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1994; Baum, Gatchel & Krantz, 1997; Davidoff, 2001; Jeammet, Reynaud & Consoli, 2000; Mello Filho, 2002; Ribeiro, 1996; Volich, 2000).

Os transtornos situados na fronteira mente-corpo encontram-se classificados no DSM-IV-TR™ (APA, 2002), como Transtornos Somatoformes. No geral, a característica comum dos Transtornos Somatoformes é a presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral, não sendo, porém, completamente explicados por essa condição nem pelos efeitos de qualquer substância ou nem, ainda, por um outro transtorno mental. Os Transtornos Somatoformes estão divididos em Transtorno de Somatização, Transtorno Somatoforme Indiferenciado, Transtorno Conversivo, Transtorno Doloroso, Hipocondria, Transtorno Dismórfico Corporal e Transtorno de Somatização Sem Outra Especificação.

### História da Psicossomática e de suas concepções

Na Antiguidade o processo de adoecimento era considerado uma manifestação de forças sobrenatu-

rais, sendo a cura procurada em rituais religiosos. A desvinculação da doença do pensamento religioso desenvolveu-se a partir de confrontações públicas de idéias e do posicionamento de escolas políticas, filosóficas, científicas e até mesmo religiosas (Belar, 1997; Botega, 2002; Davidoff, 2001; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Ribeiro, 1996; Tomazelli, 1998; Volich, 2000).

O pensamento de Sócrates (470 a 399 a.C.) emergiu num período de grande prosperidade para Atenas, levando gradualmente à concepção do homem ser constituído não apenas de um substrato material – o corpo e suas funções – mas também de uma essência imaterial, vinculada aos sentimentos e à atividade do pensamento: a alma. Hipócrates, contemporâneo de Sócrates, nascido por volta de 460 a.C., introduziu a idéia da unidade funcional do corpo, na qual a *psyché* ou alma exercia uma função reguladora. Considerava o Homem como uma unidade organizada, sendo impossível observar as partes do corpo, abstraído-as do todo cósmico ou corporal. No entanto, essa unidade era passível de desorganizar-se, propiciando o surgimento das doenças. Nessa mesma época, em Cnido, na Ásia Menor, desenvolvia-se uma prática médica distinta, seguida por Galeano. A abordagem da doença era focalizada nos sintomas, e, a partir dos órgãos atingidos, estabelecia-se o diagnóstico e a sua nosografia. A doença tinha sua origem em uma lesão orgânica e a intervenção médica consistia em localizar o mal no corpo e, se possível, eliminá-lo (Holmes, 1997; Jeammet, Reynaud & Consoli, 2000; Ribeiro, 1996; Volich, 2000; Zaidhaft, 1990)

Para Chauí (2000) foi o legado aristotélico que definiu o corpo como *organon*, isto é, como instrumento da alma, o homem se valendo dele para agir no mundo e relacionar-se com as coisas. Fonseca (2001) observa que para os gregos o cosmos e a natureza eram perfeitos e ordenados por leis divinas. Enquanto os homens vivessem em equilíbrio com esta, sentir-se-iam bem, saudáveis e produtivos. As doenças representariam, então, um desequilíbrio do homem com a natureza. A autora assinala também que Galeno foi quem descreveu pela primeira vez a medula espinhal, os nervos cranianos e a passagem de sangue pelas artérias. A medicina “galênica” era cosmocentrada, com tratamentos baseados na contenção de excessos, no repouso, na alimentação, em banhos para acalmar e aplacar a dor, não havendo intenção de cura, mas sim de permitir que o corpo retomasse o equilíbrio e assim se restabelecesse.

Áries (1997), Aulagnier, (2000), Goff (1985), Penna (1980), Volich (2000), em seus recortes históricos, apontam que na Idade Média a Igreja buscou sistematizar e organizar a doutrina cristã por meio da difusão da crença na soberania da alma, influenciando também na percepção da doença e do corpo humano. No Renascimento, o conhecimento da anatomia revelou-se fundamental para a compreensão do adoecer e da terapêutica. A visão de René Descartes, com sua concepção dualista, tendeu a priorizar a clareza e a distinção do corpo e de suas funções, valorizando seu substrato material em detrimento do subjetivo. Embora houvesse nessa época a disseminação do método científico, a preocupação com uma visão integrada do organismo e do adoecer permaneceu presente. O Vitalismo, da Escola de Montpellier, oriundo do Aninismo, doutrina retomada de Aristóteles, defendia a existência de uma força vital encontrada na origem da sensação, do movimento e da vida, responsável também pela saúde e pela doença.

Na passagem do século XVIII para o XIX ocorre o reconhecimento efetivo da doença mental, o reconhecimento do sofrimento psíquico, por Philippe Pinel, que ao desenvolver o “tratamento moral” foi gradualmente libertando os doentes do Hospital de Bicêtre, no sul de Paris. No início do século XX, os conceitos derivados da teoria psicanalítica, como a relação do sintoma orgânico com a dinâmica psíquica e o infantil, a distinção entre as psiconeuroses e as neuroses atuais, a dimensão econômica do funcionamento psicossomático, entre outros, foram referenciais para o desenvolvimento das teorias psicossomáticas atuais (Ey, Bernard & Brisset, 1977; Moreira, 2003; Penna, 1980).

Por meio das análises de Debray (1995), de Fenichel (1981) e de Volich (2000), pode-se dizer que Freud estabeleceu um marco na relação entre psique e soma por meio de seu interesse pela histeria e pela crença que as manifestações dessa doença não apresentavam nenhuma correspondência com a estrutura anatômica dos órgãos afetados. Assim, ao questionar as vias que levavam o conflito psíquico às manifestações somáticas, ele fundou a Psicanálise, buscando a compreensão das diferentes passagens e relações entre as manifestações psíquicas e corporais. Foi, então, a partir da investigação da origem do conflito, que se pôde entender as circunstâncias que culminam na concretização do sofrimento em uma manifestação psicológica ou somática. Vai ser exatamente por meio

da conversão que se revelou o caráter de compromisso dos sintomas, que exprimem as forças reprimidas e repressoras, assim como o dinamismo das intensidades pulsionais.

Fenichel (1981) postulou duas categorias de transtornos funcionais. A primeira, de origem física e sem um conflito inconsciente específico, mas que produz sintomas psicossomáticos e alterações fisiológicas devido ao uso inadequado das funções corporais. A outra, a conversão, a qual possui um significado inconsciente específico e cujas fantasias são representadas corporalmente. Dessa forma, nem todas as alterações somáticas, mesmo as de origem psicológica, podem ser denominadas de conversão, uma vez que nem sempre traduz fantasias específicas para uma “linguagem corporal”.

Nos anos 1930, com o regime nazista da Alemanha se expandindo, muitos psicanalistas europeus radicaram-se nos Estados Unidos, entre eles Alexander, Felix Deutsch e Dunbar, fundando posteriormente a “Escola de Psicossomática de Chicago”. Os pesquisadores alinhados a essa escola tentavam distinguir ponto por ponto o mecanismo de conversão histórica e a patogênese psicossomática, além de procurarem definir para cada tipo de afecção perfis de personalidade específicos (Ávila, 1998; Ey, Bernard & Brisset, 1977; Mello Filho, 2002; Millan, 2005; Straub, 2005; Zaidhaft, 1990).

Quando os médicos não conseguiam encontrar agentes infecciosos ou outras causas diretas para uma determinada doença, Alexander levantava a hipótese de que fatores psicológicos poderiam estar envolvidos. Segundo o seu modelo de conflito nuclear, a presença de determinados conflitos inconscientes podia levar à manifestação de queixas físicas, sendo que cada doença física poderia ser compreendida como o resultado de um conflito psicológico fundamental ou nuclear. Ele pensava, por exemplo, que pessoas com “personalidade reumática” tendiam a reprimir a raiva e seriam incapazes de expressar emoções, o que as tornaria propensas a desenvolver artrite. Descreveu minuciosamente um grande número de transtornos físicos possivelmente causados por conflitos psicológicos, ajudando a estabelecer assim os pilares da medicina psicossomática. Por definição, a medicina psicossomática diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento de doenças físicas que poderiam ser causadas por processos deficientes na mente (Andrade, 2003; Cohen & Williamson, 1991; Mello Filho, 2002;

Mackinnon & Michels, 1992; Millan, 2005; Montgomery, 2004; Straub, 2005; Taylor, 2002).

Para Alexander (1989), a abordagem psicossomática na medicina originou-se do estudo dos distúrbios vegetativos, recebendo também contribuições da psicologia gestáltica, da neurologia e da endocrinologia. O autor considera que as alterações que ocorrem no corpo como reações a emoções intensas são de natureza passiva e que quando a emoção desaparece o processo fisiológico correspondente, choro ou riso, palpitação cardíaca ou elevação da pressão sanguínea, também desaparece e o corpo volta ao estado de equilíbrio.

Segundo Alexander (1989), a expressão simbólica do conteúdo psicológico é conhecida apenas no campo das inervações voluntárias, tais como a fala ou movimentos expressivos. No entanto, para ele é pouco provável que órgãos como o fígado ou as arteríolas pequenas do rim possam simbolicamente expressar idéias, o que não significa, no entanto, que eles não possam ser influenciados por tensões emocionais, podendo estas estimular ou inibir a função de qualquer órgão. Quando essa estimulação ou inibição emocional de uma função vegetativa torna-se crônica e excessiva, forma-se uma “neurose orgânica”, que abrange também os chamados distúrbios “funcionais” dos órgãos vegetativos, os quais não revelam nenhuma alteração morfológica perceptível. Ele considera ainda a possibilidade de um distúrbio funcional de longa duração, em qualquer órgão, poder levar à alterações anatômicas definidas e ao estabelecimento de um quadro clínico de uma doença orgânica severa.

Os pontos de vistas propostos por Alexander baseiam-se no que foi denominado teoria da especificidade, na qual as respostas fisiológicas aos estímulos emocionais, normais ao indivíduo, variam de acordo com a natureza do estado emocional que as desencadeia. Mas até que ponto essas respostas aos estímulos são específicas é uma questão em aberto. As postulações desse autor também apontam para outros fatores emocionais que possam determinar o tipo de resposta fisiológica, pois não é a presença de um ou mais fatores psicológicos que é específica, mas sim a presença de uma configuração dinâmica. A especificidade ocorre na maneira pela qual uma força psicológica motivadora possa ser expressa (Haynal, Pasini & Archinard, 2001; Melo Filho, 1992, Volich, 2000).

Debray (1995) aponta que Alexander descreveu a existência de tipos específicos de conflitos os quais

estariam na origem de certo número de afecções somáticas. Para que o distúrbio psicossomático viesse a aparecer seria preciso a presença de um tríptico conjunto de fatores: um tipo específico de conflito, uma predisposição especial do corpo do sujeito e um conflito atual.

Numa direção bem diferente da Escola de Chicago, numerosos trabalhos de autores como Marty, M’Uzan, David e Fain apontam a não-especificidade das situações conflituais encontradas na época do surgimento das afecções psicossomáticas. Tais trabalhos mantiveram uma visão psicanalítica que possibilitava vislumbrar, além das particularidades das diferentes organizações de caráter, um número considerável de traços psicossomáticos comuns (Aulagnier, 2000; Tomazelli, 1998; Jeammet, Reynaud & Consoli, 2000).

Em 1972, Pierre Marty funda o Instituto de Psicossomática de Paris. Partindo de concepções psicanalíticas, ele pensa a patologia somática como resultado da impossibilidade de elaboração da excitação por meio de recursos psíquicos do indivíduo, em função de uma estruturação deficiente, no plano representativo e emocional do aparelho psíquico. Mantém uma postura crítica à concepção dualista do modelo psicofisiológico criado por Alexander que, para ele, manteve-se acorrentado à psicogênese das doenças, descartando a contribuição orgânica presente em qualquer adoecimento (Haynal, Pasini & Archinard, 2001).

### **A Psicossomática na visão de Pierre Marty**

Para Marty (1993), o movimento atual da psicossomática tem como postulado a unidade essencial do organismo humano e a hierarquização progressiva de todas as funções de sua organização. Em um estudo sobre pacientes portadores de tuberculose pulmonar surgiram as primeiras noções de insuficiência fundamental ou passageira e de singularidades do funcionamento mental, identificando-se duas posições importantes: uma referente à noção de estrutura, outra a da existência de mecanismos defensivos diferentes dos mecanismos intrapsíquicos, as quais posteriormente passariam ocupar as pesquisas psicossomáticas. Outra importante etapa da pesquisa sobre disfunções psíquicas foram os estudos de duas somatizações funcionais: as cefalalgias e as raquialgias.

O modelo teórico proposto por Marty (1993, 1998) ressalta a idéia de que a um menor grau de atividade

mental corresponde uma maior vulnerabilidade somática. Diante de um traumatismo, uma pessoa com atividade mental pouco desenvolvida não teria recursos mentais suficientes para lidar com o excesso de estimulação e esta desorganização passaria então a atingir as funções somáticas menos evoluídas. Assim, na hipótese de uma construção incompleta ou de um funcionamento atípico do aparelho psíquico dos pacientes somáticos, surgiram novos conceitos nosográficos, tais como “Pensamento Operatório”, “Depressão Essencial” e “Desorganização Progressiva”, diferente dos neuróticos mentais.

Segundo Marty (1993), o princípio do pensamento operatório é simples, pois evidencia a carência funcional das atividades fantasmáticas e oníricas, as quais permitem integrar as tensões pulsionais que protegem a saúde física individual. Tratam-se de pensamentos sem laços aparentes com a vida fantasiosa, de tom racional e factual, pobres de digressões pessoais, de referências afetivas e de imagens verbais.

A depressão essencial constitui a base mesma da depressão, com o rebaixamento de nível do tônus libidinal. Define-se pela falta, pelo apagamento da dinâmica mental (deslocamentos, condensações, introjeções, projeções, identificações, vida fantasmática e onírica). Não se encontra nessa depressão “conveniente”, a “relação libidinal” regressiva e ruidosa das outras formas de depressões neuróticas ou psicóticas. É estabelecida quando acontecimentos traumáticos desorganizam um certo número de funções psíquicas, cujas capacidades de elaboração fracassam. Ela é freqüentemente precedida por angústias difusas que traduzem a aflição profunda do indivíduo, provocada pelo afluxo de movimentos pulsionais não dominados pelo Ego. O desaparecimento dos sentimentos inconscientes de culpa constitui um dos sinais principais deste estado, e a anulação das funções psicológicas habitualmente ativas ocorre no sistema pré-consciente (Marty, 1993).

Marty (1993) assinala que em qualquer fase da vida as funções podem integrar apenas uma quantidade limitada de excitações pulsionais. Quando limitada, os impulsos dinâmicos em jogo contribuem para os fenômenos da construção progressiva do desenvolvimento individual e das ligações interfuncionais necessárias ao equilíbrio homeostático, apresentando sinais das pulsões de vida. Entretanto, quando as excitações persistem com intensidade elevada, a função ou os sistemas funcionais excitados se desorganizam,

mostrando sinais da pulsão de morte. Para ele, no inconsciente, as energias pulsionais não se encontram significadas, senão nas formas que assumem para se expressarem, parecendo serem as disposições genéticas individuais e o inconsciente, em seus primeiros aspectos, os responsáveis pela moldagem inicial dessas funções.

A evolução das funções para Marty (1993) se dá do mais simples ao mais complexo, em movimento de organização feito de associações e de hierarquizações, repetindo-se sem cessar no decorrer do desenvolvimento. Após o nascimento o recém-nascido tem parte de seu equilíbrio geral da vida assegurado pelas organizações homeostáticas. Estas, entretanto, não parecem garantir uma coesão exemplar das diversas funções existentes, pela possibilidade da presença de influências relativamente independentes uma das outras, ainda não organizadas em um sistema autônomo. Enquanto esse sistema autônomo não se estabelece, grande parte dos poderes de associação e de hierarquização funcionais do bebê é intermediada pela função materna. A criança vai progressivamente tomando para si os poderes de organização, os quais serão alinhados em planos cada vez mais amplos, em sistemas sucessivos cada vez menos numerosos e sempre melhor ordenados.

Quando os elementos de determinado nível evolutivo não se encontram instalados no momento desejado, devido à influência de traumatismos passados ou atuais, a nova organização funcional é prejudicada, ocorrendo, assim, um movimento contra-evolutivo de desorganização. Com isso ocorre uma regressão no nível das bases funcionais do início da eventual organização, impedindo que uma outra mais evoluída possa se configurar. Essa regressão reorganizadora serve de ponto de partida para uma reedição do movimento inicial para a eventual organização mais evoluída, havendo, assim, uma repetição da tentativa de construção (Marty, 1993, 1998).

Segundo Marty (1993, 1998), o adulto possui três domínios essenciais, mobilizáveis de acordo com os sujeitos, para uma adaptação as suas condições de vida. O do aparelho somático, de essência arcaica, o do aparelho mental, sujeito a regressões e reorganizações, o mais longo a ser individualmente determinado e o mais recente estabelecido e o do comportamento, presente no decorrer do desenvolvimento e mais ou menos relacionado e submetido à ordem mental. Situações traumatizantes um afluxo de excitações ou uma

queda brusca destas, podem causar uma desorganização dos aparelhos funcionais, que se propaga por todo aparelho psíquico, até encontrar um sistema que possa contê-la. Como conseqüência, quando a disponibilidade conjugada do aparelho mental e do sistema de comportamento é ultrapassada ou prejudicada por uma nova situação, o aparelho somático responde. O fim das somatizações corresponde ao fim dos movimentos desorganizadores, isto é, ao fim da depressão essencial, a qual desencadeou em parte, manteve, agravou ou complicou uma determinada doença, independentemente das sistemáticas próprias a esta e das recuperações regressivas que poderiam ter surgido. Para que essa condição ocorra, é necessária uma mudança radical do estado psicoafetivo das pessoas diante do valor traumático dos acontecimentos ou de situações anteriores, ou o cessar tanto do peso traumático inicial como o de outros incidentes traumáticos ocorridos nesse espaço de tempo.

Os fenômenos de fixações-regressões ocupam um lugar central na concepção psicossomática de Marty, assim como o pré-consciente, organizado como sistema de ligações entre as representações mentais durante o desenvolvimento. Quanto mais o pré-consciente de um sujeito se mostrar rico de representações permanentemente ligadas entre si, mais a patologia eventual poderá se situar na vertente mental, caso contrário a patologia correrá o risco de se situar na vertente somática (Haynal, Pasini & Archinard, 2001).

### **Psicossomática na visão de Joyce McDougall**

McDougall (1996), ao escrever sobre aquilo que acreditava ter compreendido acerca da significação oculta dos desvios sexuais e da homossexualidade, é que se deu conta de que a criação de “peças de teatro interno”, escritas durante a primeira infância, com um efeito duradouro sobre a sexualidade do adulto, se estendia também às manifestações neuróticas e psicossomáticas. Estudos acerca das manifestações psicossomáticas da primeira infância a levaram a compreender que seus pacientes adultos, às vezes, funcionavam psiquicamente como bebês que, não podendo utilizar as palavras como veículo de seu pensamento, só conseguiam reagir psicossomaticamente a uma emoção dolorosa.

Baseando-se em suas próprias observações, McDougall (1991) inicialmente pensou que, devido à existência de uma clivagem nítida entre a psique e o

soma, seus pacientes somatizadores não percebiam suas emoções em situações angustiantes. As idéias associadas a qualquer afeto conflituoso importante não eram recalçadas como nas neuroses, mas imediatamente apagadas do campo da consciência e as emoções em situações angustiantes não eram percebidas.

Na medida em que observava as expressões somáticas de seus pacientes, McDougall (1996) concluiu que os fenômenos psicossomáticos não poderiam, do ponto de vista psicanalítico, ser limitados às doenças do soma e que deveriam incluir teoricamente tudo aquilo que atingisse o corpo real (diferentemente da conversão histérica cujo alvo é o corpo imaginário), chegando até mesmo às suas funções autônomas. Ela passou, então, a considerar como ligado aos fenômenos psicossomáticos tudo aquilo que estivesse associado à saúde ou à integridade física quando fatores psicológicos desempenham qualquer papel, incluindo aí as predisposições aos acidentes corporais e as falhas do sistema imunológico de uma pessoa.

McDougall (1996) entendia que os fenômenos psicossomáticos tinham, sobretudo, uma função defensiva, levando-os a um estágio de desenvolvimento no qual a distinção entre sujeito e objeto ainda não era estável. Pareciam corretas as observações dos psicossomatistas sobre o pensamento operatório e a *alexitimia*, ou seja, a dificuldade em identificar emoções, sentimentos e sensações, mas em seus pacientes ela constatou que esses fenômenos tinham, sobretudo, uma função defensiva, levando-os a um estágio de desenvolvimento no qual a distinção entre sujeito e objeto ainda não era estável, o que poderia despertar angústia. Essa regressão explicaria o fato de as mensagens enviadas pelo corpo ao psiquismo, ou o inverso, serem inscritas psiquicamente sem representações de palavras, como no início da infância.

McDougall (1996) assinala que o bebê, antes de poder representar a si mesmo e o mundo em palavras, é necessariamente “alexitímico”. Isso a fez pensar no “afeto forcluído”, correndo o risco de criar uma confusão terminológica, como no caso da histeria arcaica. É evidente que, para aquele que é dotado da palavra, o repúdio ou a forclusão de uma idéia insuportável por parte do psiquismo se dá sobre a representação de palavra, isto é, sobre pensamentos que não podem receber sua intensidade de afeto. Foi por essa razão que ela tentou mostrar como o afeto ficaria congelado e a representação verbal que o conota pulverizada, como se nunca tivesse tido acesso ao indivíduo.

Para McDougall (1991, 1996, 1997) foram necessários longos anos de trabalho com determinados pacientes para compreender que nas situações de estresse é que eles se revelavam alexitímicos, levando-a a pensar que essas reações serviam para o enfrentamento de dores mentais impossíveis de elaborar. Nessa perspectiva, ela tentou fazer uma comparação com a maneira pela qual os psicóticos tratam a linguagem, postulando que o pensamento pode ser concebido como uma “inflamação delirante” do emprego da palavra com a finalidade de preencher os espaços de vazio aterrorizantes, enquanto os processos de pensamento dos somatizadores procuravam esvaziar a palavra de sua significação afetiva, pois, nos estados psicossomáticos, é o corpo que se comporta como “delirante”. Ele “hiperfunciona” ou inibe funções somáticas normais e o faz de modo insensato no plano fisiológico. Enfim, o corpo “enlouquece”.

Posteriormente ela descreveu a aquisição do sentimento de identidade subjetiva do lactante, explicando que a vida psíquica começa com uma experiência de fusão que leva à fantasia de que existe apenas um corpo e um psiquismo para duas pessoas e que estas constituem uma unidade indivisível. Quando a relação mãe-filho é “good enough” (conforme a terminologia winnicottiana) a partir da matriz somatopsíquica original, desenvolve-se uma diferenciação progressiva na estruturação psíquica da criança pequena entre seu próprio corpo e essa primeira representação do mundo externo que é o corpo materno. Aquilo que é psíquico vai se diferenciando na mente da criança daquilo que é somático. Com a lenta “dessomatização” do psiquismo, os bebês procuram, por todos os meios que dispõem, especialmente nos períodos de sofrimento físico ou psicológico, recriar a ilusão de unidade corporal e mental com o seio-universo. Em outros momentos, porém, lutarão para diferenciar seu corpo e seu *self* nascente do corpo e do *self* de sua mãe. Diante dessa importante necessidade de separação, a mãe pode entrar o ímpeto de diferenciação de seu bebê, em função, muitas vezes, de seus próprios conflitos, podendo desencadear problemas psicossomáticos graves na infância inicial (McDougall, 1996).

Quanto às manifestações psicóticas e psicossomáticas no adulto, McDougall (1991, 1996, 1997) distingue os mecanismos de defesa arcaicos ao alcance de crianças bem pequenas. A parte infantil primitiva está “encapsulada” no seio da personalidade adulta, embora sempre pronta a ocupar o palco psíquico quando

as circunstâncias gerarem estresse excessivo. A dor psíquica e o conflito mental decorrentes de uma fonte de estresse, em vez de serem reconhecidos ao nível do pensamento verbal, e por aí mesmo serem rechaçadas por meio de formas de expressão psíquica, como o sonho, o devaneio, a meditação ou outros modos de atividade mental, capazes de suspender a tensão ou de reduzi-la, podem resultar em soluções psicóticas de tipo alucinatório ou descarregar-se em manifestações psicossomáticas. As palavras esvaziadas de seu conteúdo afetivo perdem seu valor simbólico e são tratadas como coisas e a experiência psíquica, a qual deveria conter tanto a representação da palavra quanto o afeto a ela associada, é lançada para fora do psiquismo, em vez de ser recalcada para alimentar o capital psíquico ao qual o psiquismo poderia recorrer para fabricar sintomas psicológicos, preservando assim o corpo da explosão somática.

Para McDougall (1997), o afeto não pode ser concebido como acontecimento puramente mental ou físico. A emoção é essencialmente psicossomática, pois o fato de ejetar a parte psíquica de uma emoção permite à parte fisiológica exprimir-se como na primeira infância, o que leva a sua ressomatização. Aqueles que empregam continuamente a ação como defesa contra a dor mental (quando a reflexão e a elaboração mental seriam mais adequadas) correm o risco de aumentar sua vulnerabilidade psicossomática. Determinados modos de funcionamento mental, como os pensamentos concretos, alexitímicos, objetos parciais, sentimentos de angústia persecutória adquiridos nos primeiros meses de vida, antes da aquisição da palavra, podem predispor mais às eclosões psicossomáticas do que às soluções neuróticas, psicóticas ou perversas, pois as fantasias aterrorizantes, que poderiam tornar-se dizíveis, são imediatamente apagadas do campo da consciência por mecanismos primitivos de clivagem e de identificação projetiva, ficando desprovidas de sua verdadeira impregnação afetiva e de valor simbólico, o que obriga o psiquismo a emitir sinais de sofrimento do tipo pré-simbólico, suscitando respostas somáticas e não psíquicas diante de uma angústia indizível (McDougall, 1996).

## Conclusão

A Psicossomática busca um entendimento da relação mente-corpo e dos processos de adoecimento. Ela parte da observação de distúrbios físicos nos quais

os processos emocionais desempenham um certo papel, ou de situações clínicas nas quais uma perturbação psicológica aumenta o risco de desenvolver ou agravar determinada doença física.

Para Marty (1993, 1998), a unidade essencial do organismo está na hierarquização progressiva de todas as funções de sua organização. Quando os elementos de um certo nível evolutivo não se encontram presentes no momento desejado, devido à influência de traumatismos passados ou atuais, a nova organização funcional é prejudicada, ocorrendo, assim, um movimento contra-evolutivo de desorganização. Isso leva a uma regressão no nível das bases funcionais do início da eventual organização, mais evoluída, a qual não consegue se realizar. Essa regressão reorganizadora serve de ponto de partida para uma reedição do movimento inicial para uma eventual organização mais evoluída, ocorrendo então uma repetição da tentativa de construção.

No pensamento de McDougall (1991, 1996, 1997), as afecções psicossomáticas são resultados de determinados modos de funcionamento mental adquiridos nos primeiros meses de vida, antes da aquisição da palavra, predispondo o corpo a eclosões psicossomáticas, em vez de soluções neuróticas, psicóticas ou perversas. Embora sejam encontrados pontos divergentes nas concepções dos autores, algumas semelhanças podem ser observadas (como a função materna na organização psíquica do bebê), além da consideração sobre as eclosões somáticas que, na maioria das vezes, coincidem com acontecimentos os quais ultrapassam a capacidade de tolerância habitual das pessoas.

Nota-se ainda que o organismo possui três vias de respostas para descarga das excitações: a orgânica, a ação e o pensamento, sendo esta última a mais evoluída delas. Diante de uma perturbação em seu funcionamento, o indivíduo pode, segundo as características de seu desenvolvimento e do seu momento de vida, ser acometido por patologias “psíquicas” ou “somáticas”.

Quando a dor psíquica e o conflito psíquico decorrentes de uma fonte de estresse ultrapassam a capacidade habitual de tolerância, em vez de serem reconhecidos e elaborados, eles podem ser descarregados em manifestações somáticas, remetendo a uma falha na capacidade de simbolização e de elaboração mental. Desse modo, com certas dificuldades de enfrentar tensões, o adoecer pode ser considerado uma

tentativa de estabelecimento de um equilíbrio para o corpo, assim como o sintoma neurótico representa a saída para um conflito psíquico.

## Referências

- Alexander, F. (1989). *Medicina Psicossomática: seus princípios e aplicações*. Tradução de C. B. Fischmann. Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association - APA. (2002). *DSM-IV-TR™ – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, V. M. (2003). *Um diálogo entre a Psicanálise e a Neurociência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Andersen, B. L., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American Psychologist*, 49(5), 389-404.
- Áries, P. (1997). *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Aulagnier, P. (2000). Nascimento de um corpo, origem de uma história. Em J. McDougall e cols. (Orgs.). *Corpo e História*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ávila, L. A. (1996). *Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Escuta.
- Ávila, L. A. (1998). *Isso é Groddeck*. São Paulo: EDUSP.
- Baum, A., Gatchel, R. J., & Krantz, D. (1997). *An Introduction to Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Belar, C. D. (1997). Clinical Health Psychology: A specialty for the 21<sup>st</sup> century. *Health Psychology*, 16(5), 411-416
- Botega, N. J. (2002). *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência*. (pp. 15-30). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Chauí, M. (2000). *Convite à Filosofia*. São Paulo: Ática.
- Cohen, S., & Williamson, G. M. (1991). Stress and Infectious Disease in Humans. *Psychological Bulletin*, 109(1), 5-14.
- Davidoff, L. L. (2001). *Introdução à Psicologia*. São Paulo: Makron Books.
- Debray, R. (1995). *O equilíbrio psicossomático*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1977). *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro-São Paulo: Atheneu.
- Fenichel, O. (1981). *Teoria Psicanalítica das Neuroses*. Rio de Janeiro-São Paulo: Atheneu.
- Fonseca, J. G. M. (2001). A Ação Terapêutica do Médico. Em G. Caldeira, & J. D. Martins (Orgs.), *Psicossomática: Teoria e Prática* (pp. 239-253). Rio de Janeiro: Medsi.



- Gabbard, G. O. (2005). *Psicoterapia Psicodinâmica de Longo Prazo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Goff, J. L. (1985). *As doenças têm histórias*. Lisboa: Ed.Terramar.
- Haynal, A., Pasini, W., & Archinard, M. (2001). *Medicina Psicossomática: Abordagens Psicossociais*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Holmes, D. S. (1997). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Jeammet, P., Reynaud, M., & Consoli, S. (2000). *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mackinnon, R. A., & Michels, R. (1992). *A entrevista psiquiátrica na prática diária*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- McDougall, J. (1991). *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- McDougall, J. (1997). *As Múltiplas Faces de Eros: Uma Exploração Psicoanalítica da Sexualidade Humana*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mello Filho, J. (2002). *Concepção Psicossomática: Visão Atual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Millan, L. R. (2005). *Vocação Médica: Um estudo de gênero*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Montgomery, G. H. (2004). Cognitive Factors in Health Psychology and Behavioral Medicine. *Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 405-413.
- Moreira, M. S. (2003). *Psiconeuroimunologia*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Penna, A. G. (1980). *Introdução à História da Psicologia Contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Ribeiro, R. R. M. (1996). *Saúde Mental: Dimensão histórica e campos de atuação*. São Paulo: E.P.U.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Taylor, S. E. (2002). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Tomazelli, E. (1998). *Corpo e Conhecimento: Uma visão psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zaidhaft, S. (1990). *Morte e Formação Médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Recebido em: agosto de 2006

Reformulado em: outubro de 2006

Aprovado em: novembro de 2006

Sobre os autores

**Cláudio Garcia Capitão** é psicólogo, especialista em psicologia clínica e hospitalar, mestre e doutor em Psicologia e professor da graduação e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco.

**Érica Bonfá Carvalho** é psicóloga clínica formada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie.