

Corpo e mente em questão: em busca da gênese dos sintomas psicossomáticos¹

Lazslo Antonio Ávila*

Há quase um século a psicanálise se interessa pelos fenômenos interativos da mente e do corpo, que muitas vezes se apresentam como sintomas e doenças psicossomáticas. Em uma significativa revisão dos principais conceitos psicanalíticos da psicossomática, e visando apontar as coincidências e contradições entre os diferentes autores que pesquisaram esse campo, Marta Békei assinala que

Há um acordo quase absoluto com respeito à formação de uma estrutura psicossomática no curso do desenvolvimento precoce, devido a uma relação mãe-filho distorcida. Esta estrutura se caracteriza por um eu frágil, com limitações em sua capacidade fantasmática e de simbolização. (Békei, 1982, p. 547)

Existem muitas e diversificadas ideias psicanalíticas sobre a natureza dos sintomas psicossomáticos. Mas uma pergunta que permanece sem resposta definitiva é: qual a origem desses sintomas? Vamos apresentar um modelo, denominado Modelo de Cambridge para a gênese dos sintomas mentais (Berrios & Marková, 1995), que foi adaptado para a investigação dos modos de construção dos sintomas psicossomáticos (Ávila, 2004). Começamos recordando uma bem conhecida passagem de Bion, de *Aprender com a experiência* (1991), quando ele enuncia a noção do sistema protomental – um sistema em que o físico e o psicológico (ou mental) encontram-se indiferenciados. Esse sistema é visto como uma matriz, prévia à criação dos fenômenos psicológicos, mas que desde a qual podem ser geradas emoções, constituindo os pressupostos básicos que influenciarão o desenvolvimento da vida mental dos indivíduos e dos grupos. E ele diz, em um tom evidentemente psicossomático: “Uma vez que é um nível em que o físico e o mental são indiferenciados, é razoável supor que, quando a aflição dessa fonte aparece, ela pode ser expressa tanto de formas físicas como de formas psicológicas” (Bion, 1991, p. 91).

1 Este trabalho será apresentado no próximo Congresso Latino-Americano de Psicanálise, a ocorrer em Cartagena, Colômbia, em setembro de 2016.

* Psicólogo, mestre e doutor, professor adjunto, livre-docente – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Donald Winnicott, que contribuiu imensamente para a compreensão psicanalítica da importância do ambiente circundante e do vínculo entre mãe e bebê, e teorizou a configuração do que ele denomina “psicossoma”, assim se expressa quanto aos fenômenos psicossomáticos:

A doença psicossomática é o negativo de um positivo; onde o positivo é a tendência para a integração em vários de seus significando e incluindo o que me referi como personalização (1963). O positivo é a tendência herdada de cada indivíduo de conseguir uma unidade da psique e do soma, uma identidade experiencial do espírito ou psique e a totalidade do funcionamento físico. (Winnicott, 1982, p. 2)

Nessa mesma linha de indagações, mas com sua marca distintiva, uma importante passagem de Joyce McDougall descreve a formação inicial do corpo-mente, ainda indiferenciados, no início da vida:

Um corpo para dois: esta fantasia primordial, presente em todo ser humano, visa fazer um, com a mãe-universo da pequena infância. [...] A partir dessa matriz somatopsíquica, uma diferenciação progressiva entre o corpo próprio e a primeira representação do mundo externo, que é o seio materno, vai se desenvolver na psique infantil. Paralelamente, o que é psíquico vai se distinguindo, aos poucos, do que é somático. (McDougall, 1987, p. 8)

Antes de passarmos para a apresentação do Modelo de Cambridge, vamos revisar a história da evolução desses conceitos, o que permitirá contrastar um simples esquema com a riqueza de situações e sintomatizações que esse campo contém.

História da psicossomática

Considera-se geralmente que a psicossomática, ou pelo menos seu nome e sua conceituação inicial, nasceu no início do século XIX, quando o psiquiatra alemão Heinroth estabeleceu os termos psicossomática (1818) e somatopsíquica (1828). A psicossomática evoluiu tanto no campo médico quanto no psicanalítico, e neste último o seu pioneiro foi Georg Groddeck, que

estabeleceu, em 1917, as bases psicanalíticas para a investigação das doenças orgânicas.

Um brevíssimo histórico dessa corrente inicia-se com o próprio Freud. Citaremos, nominalmente, alguns dos seus principais trabalhos que deram contribuições pertinentes à psicossomática psicanalítica. Freud salientou, em seu “Estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas” (1888-1893/1973), que, para a compreensão dos sintomas funcionais, era fundamental adentrar o campo da Psicologia, ou seja, abandonar o modelo anatomo-físio-patológico dominante na Medicina:

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. (Freud, 1888/1973, p. 13)

Após esse primeiro esboço ainda pré-psicanalítico, seguem as descobertas feitas por Freud sobre a histeria, em particular a conversão histérica a partir de *Estudos sobre a histeria* (Freud, 1893-1895/1973), prosseguindo com suas importantes discussões sobre as neuroses atuais, nos artigos “As neuropsicoses de defesa” e “Novas observações sobre as neuropsicoses de defesa” (Freud, 1896-1898/1973), e lançando a hipótese da “complacência somática”, aventada no Caso Dora – *Fragmentos da análise de um caso de histeria* (Freud, 1905/1973). A partir do desenvolvimento da teoria das pulsões, em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905/1973), e da *Metapsicologia* (Freud, 1915/1973), passando por seu interessante ensaio sobre as perturbações da visão (1910), Freud foi enriquecendo progressivamente as suas contribuições sobre a dinâmica do psiquismo, em sua estreita correlação com o plano do corpo físico. A pulsão, para Freud, é um conceito-limite, encontra-se entre o psíquico e o somático.

A abordagem adotada com o modelo da série complementar, apresentado nas *Conferências introdutórias à psicanálise* (Freud, 1917/1973), continuou esse desenvolvimento, que se alterará abruptamente em *Mais além do princípio do prazer* (Freud, 1920/1973), mediante a conceituação da pulsão de

morte e o desenvolvimento da segunda tópica, em *O ego e o id* (Freud, 1923/1973), no qual afirma que o ego é, antes de tudo, um ego corporal. A concepção de angústia em Freud continua se transformando e ganha nova expressão em *Inibições, sintomas e ansiedade* (Freud, 1926/1973), e até o final de sua longa vida produtiva, Freud ainda acrescenta novas contribuições que discutem a relação da psique com o seu apoio no corpo, como é evidente em *Esboço de psicanálise* (Freud, 1938/1973).

São muitas as contribuições freudianas para a psicossomática, e o primeiro a perceber essa riqueza foi o pensador original e marginalizado Georg Groddeck (Ávila, 1998). Este médico alemão acreditava ser o verdadeiro descobridor do *inconsciente* e fez um longo percurso para acercar-se de Freud, reconhecendo a sua primazia e se propondo como discípulo em 1917. Groddeck (1984 & 1992) tratava apenas pacientes em estado crítico de saúde, doentes terminais ou portadores de doenças crônico-degenerativas. Seu sanatório recebia pacientes de toda Europa e foi onde Georg Groddeck descobriu o valor da atividade simbólica, quando procurava os determinantes dos sintomas físicos que não se referem apenas à patologia orgânica, mas englobam a vida do sujeito. Com o seu próprio método de pesquisa, Groddeck foi ao encontro da obra de Freud, combinando sua perspectiva com o método da associação livre e com a análise das resistências e da interpretação da transferência no tratamento de seus pacientes. Seu legado é um conjunto de obras que inaugurou a psicossomática psicanalítica. No entanto, foi posto de lado, e tanto a Psicanálise quanto a Medicina não aproveitaram suas contribuições por um longo período. Mas sua influência é profunda, suas marcas são encontradas nas obras de Sandor Ferenczi, que era seu amigo e paciente, Michel Balint, criador dos famosos grupos Balint para discussões no ambiente hospitalar, Frieda Fromm-Reichman e Franz Alexander.

Franz Alexander, depois de emigrar para os Estados Unidos, constituiu, juntamente com F. D. Deutsch e D. Rapaport, a famosa Escola de Psicossomática de Chicago, que difundiu extraordinariamente a abordagem psicossomática nas escolas de medicina norte-americanas até a década de 1950, quando essa tendência declinou. Na Europa, o estudo da psicossomática sofreu diversas vicissitudes. No âmbito estrito da psicanálise freudiana, houve um período de produção durante o qual se desenvolveram as escolas inglesa e francesa de psicanálise. Melanie Klein lançou os fundamentos teóricos, bem como mudanças na técnica, que frutificaram nas obras de W. R. Bion e D. W. Winnicott, dois autores

fundamentais para as inúmeras questões que colocam a mente e o corpo como áreas prioritárias de investigação analítica. O pensamento de Jacques Lacan também produziu frutos no campo psicossomático e muitos escritores contemporâneos, como Wartel, Nasio, Zenoni e outros, expandiram suas possibilidades. Também na França, um grupo com diferente orientação teórica e metodológica articulou novos modelos de psicossomática, e sob a liderança de Pierre Marty fundou a Escola Psicossomática de Paris. Também produzem em língua francesa Piera Aulagnier, Marília Aisenstein, Sami-Ali e Cristhophe Dejours. Na Itália se destaca o nome de A. Ferrara. Atualmente, um dos autores que tem trazido grandes contribuições para esse campo é a neozelandesa Joyce McDougall. Na América Latina, há muitos autores que investigam as vinculações entre mente e corpo, usando a psicanálise como método de pesquisa. Na Argentina, que foi um dos polos do uso generalizado de ideias psicanalíticas em nosso continente, alguns nomes se destacam: Angel Garma, depois Enrique Pichon Rivière e José Bleger, e atualmente Rodolfo Moguillansky, Luis Chiozza, entre outros. No Brasil, alguns dos pioneiros foram Danilo Perestrello, J. F. Pontes, H. Capisano, J. A. Miller de Paiva, Júlio de Mello Filho. Atualmente, muitos analistas e investigadores brasileiros estão interessados na abordagem e uma fértil produção está se desenvolvendo.

Nos EUA, com sua forte orientação biologizante e pragmática, os estudos psicossomáticos têm um forte componente experimental, com modelos que estão sendo concebidos a partir de um estreito vínculo com a estatística, a psiquiatria e a epidemiologia. Com importância, devem ser mencionados Cannon (1914), criador do conceito de homeostase; Hans Selye (1965), que introduziu o conceito de estresse, que, aliás, vem sendo utilizado de forma abusiva; Sifneos & Nemiah (1970), que propuseram o conceito de alexitimia; e Bruce McEwan (2012), com sua noção de alostase e carga alostática.

Essa lista é bastante incompleta e apresenta inevitáveis omissões. Mas me parece importante colocar o contexto múltiplo que abriga as diversas referências em psicossomática.

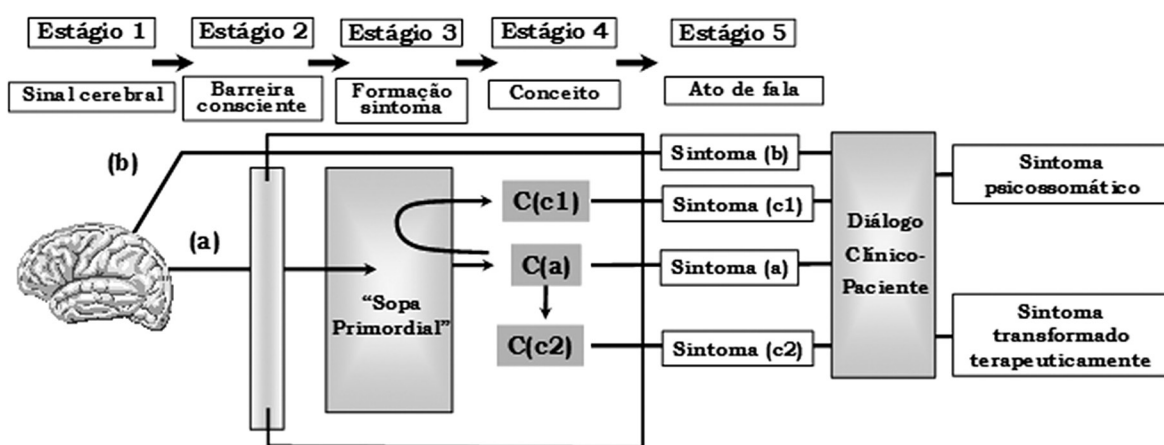
Em busca de um modelo para a gênese dos sintomas psicossomáticos

Como já apontado, é consenso entre os autores psicanalíticos situar o início da produção dos fenômenos psicossomáticos no começo da vida, em virtude de vicissitudes na configuração do

psicossoma do bebê, e geralmente relacionado às problemáticas do vínculo com a mãe e à integração inicial do psiquismo com o corpo próprio (imagem e esquema corporal). Coloca-se a questão de entender de que forma essa origem comum do psiquismo e do corpo, conformando o psicossoma, singulariza-se em cada ser humano criando as condições para as psicossomatizações.

Essa pergunta se articula com outra, que indaga por que alguns processos psíquicos seguem uma via de expressão somática enquanto outros preferem se traduzir em processos psíquicos, como o sonho, a fantasia ou o pensamento consciente. E uma terceira questão coloca-se com referência ao potencial da terapêutica verbal preconizada pela Psicanálise para transformar um sintoma psicossomático em uma elaboração psíquica.

Uma contribuição conceitual para essas três questões é o Modelo de Cambridge para a formação de sintomas, que será apresentado a seguir:



(Adaptado de Berrios & Marková, 1995).

Em *O eu e o corpo*² é proposta uma alteração ao modelo originalmente apresentado em 1995 pelos neuropsiquiatras Berrios e Marková, da Universidade de Cambridge, Reino Unido. De acordo com esse modelo, a formação dos sintomas mentais costuma seguir os seguintes caminhos alternativos:

Pela via (a), um sinal cerebral, isto é, certo estado subjetivo, atravessa em uma primeira fase uma barreira de consciência, é percebido, e se introduz em uma "sopa primordial" para poder gerar um sintoma. A "sopa primordial" é um conjunto de experiências, um caldo de cultura em que se encontram as experiências anteriores do indivíduo e os dados culturais, patrimônio comum da comunidade, que existem de forma dispersa e não "formatada". É a partir dessa "sopa primordial" que pode surgir um conceito, ou seja, uma ideia que representa um esta-

2. Cf. Ávila (2004, p. 97). (Copyright do autor.)

do subjetivo. Depois de ser conceituada, é possível verbalizar a experiência e ela pode servir, por exemplo, para ser comunicada para um psicanalista ou médico.

A segunda via, chamada (b), também era suscetível de se materializar como um ato de fala, um sintoma comunicado, mas seguindo um caminho muito diferente. O sinal cerebral, ou estado subjetivo, evita a passagem por meio da barreira de consciência e não ingressa na “sopa primordial”. Por essa razão, não pode surgir conceitualmente, e não ganha tradução na forma de pensamento. Berrios e Marková entenderam que isso descreveria o chamado “conhecimento implícito” ou atitudes automáticas sem consciência. Mas a via (b) seria uma proposta bastante adequada para a gênese dos sintomas psicossomáticos.

Esses sintomas são tipicamente desprovidos de representação: o paciente psicossomático alega “não saber nada” sobre por que os sintomas se instalaram, e geralmente dá explicações confusas e genéricas sobre a origem e o desenvolvimento dos mesmos. Sugerir que a via (b) fosse considerada como essencial para a compreensão dos referidos sintomas e que o Modelo de Cambridge ainda permitiria uma descrição adequada do próprio processo psicoterapêutico. O clínico, ao ouvir a queixa do paciente psicossomático, buscaria construir um caminho auxiliar, uma espécie de “prótese” conceitual, de modo que um sintoma que tivesse seguido a via (b) passasse a trilhar a via (a), na qual pode adquirir significado. Duas direções se abrem: pela via C(c1), o sintoma ingressa na “sopa primordial”, ou seja, encontra as prefigurações conceituais do sujeito e de seu grupo cultural. Na segunda, C(c2), o terapeuta fornece um conceito de “empréstimo”, uma muleta com a qual o paciente passa a representar mentalmente os seus sintomas psicossomáticos.

Desta forma um sintoma antes processado de forma inconsciente e sem representação conceitual passa a ganhar uma forma verbal, articulável com as outras cadeias de representação do sujeito. Uma vez traduzido e nomeado na esfera psíquica o sintoma é liberado de suas características funcionais, suprimindo sua transcrição somática e tornando-se apto para a elaboração psíquica.

Por esta abordagem trata-se, portanto, de alcançar uma substituição sintomática: ao invés de um sintoma “mudo”, incapaz de consciência e de conceitualização, buscamos fazer emergir um sintoma verbal

e representado conceitualmente, passível de re-conceituações. Dizemos “mudo”, embora de fato esse sintoma seja falado pelo paciente. O que estamos detalhando aqui é que o processo mental do paciente processa-se de uma forma inconsciente, sem representação verbal e o que é verbalizado é apenas a percepção “externa” que o paciente faz de seu sintoma manifestado. (Ávila, 2004, p. 97)

Em Bion encontramos estreita aproximação com essas ideias. Pensamos que os elementos-beta, tal como concebidos por Bion (1991), sejam exatamente o tipo de experiência subjetiva que o Modelo de Cambridge considera como incapaz de consciência e inapto para a representação conceitual, e que através da linha “b” se materializam enquanto sintomas psicossomáticos. Da mesma forma que Bion propõe uma “alfabetização emocional”, propiciando por meio da análise a transformação dos elementos-beta, através da função alfa, em elementos oníricos e processos mais evoluídos de pensamento, com o Modelo de Cambridge vemos a possibilidade de uma experiência sensorial e emocional, carente de representação, evitar a descarga direta no soma e reingressar no psiquismo, e na “sopa primordial” poder se encontrar com as marcas mnêmicas do sujeito e de seu grupo cultural, e então adquirir condição de consciência enquanto experiência nomeada, ou seja, representação manejável. Igualmente, a “barreira de consciência” do modelo se aproxima extraordinariamente da noção bioniana da “barreira de contato”, e da formulação freudiana do “escudo protetor do psiquismo”.

Também as formulações de D. Winnicott e J. McDougall são *compatíveis com essa representação gráfica, que tem a vantagem de demonstrar tanto a origem dos sintomas quanto suas alternativas de resolução* por meio do processo psicoterapêutico.

Talvez se possa considerar que o paciente psicossomático é aquele que, ainda na primeira infância, antes de adquirir linguagem verbal, teve experiências tão sofridas e conflitivas, enquanto tentava organizar seu mundo pulsional e constituir seu psiquismo, que ele/ela não pode integrar adequadamente seu psicossoma, liberando sua mente e se dessomatizando. Então, devido a futuros conflitos existenciais, decorreriam desintegrações de suas experiências subjetivas entre os campos somático e psíquico, e seu corpo sofreria as pesadas consequências de apresentar fisicamente aquilo que sua mente é incapaz de representar.

■

- Ávila, L. A. (1998). *Isso é Groddeck*. São Paulo: Edusp.
- _____. (2004). *O eu e o corpo*. São Paulo: Escuta.
- Békei, M. (1992). Coincidencias y contradicciones en las teorías psicoanalíticas sobre la psicopatosis. *Rev. Psicoanal.*, 49(3/4), 543-53.
- Berrios, G. E. & Marková, I. S. (1995). Mental Symptoms: Are They Similar Phenomena? *Psychopathology*, 28, 147-157.
- Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1973). *Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e históricas*. In S. Freud. *Obras completas* (L. Lopez-Ballesteros y de Torres, trad., Vols. 1-3, pp. 13-21). Madri: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1888).
- _____. (1973). *Estudios sobre la histeria*. In S. Freud. *Obras completas* (L. Lopez-Ballesteros y de Torres, trad., Vols. 1-3, pp. 39-168). Madri: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1895).
- _____. (1973). *Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora)*. In S. Freud. *Obras completas* (L. Lopez-Ballesteros y de Torres, trad., Vols. 1-3, pp. 933-1002). Madri: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1905).
- _____. (1973). *Tres ensayos para una teoría de la sexualidad*. In S. Freud. *Obras completas* (L. Lopez-Ballesteros y de Torres, trad., Vols. 1-3, pp. 1169-1237). Madri: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1905).
- _____. (1973). *Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicopatógenas de la visión*. In S. Freud. *Obras completas* (L. Lopez-Ballesteros y de Torres, trad., Vols. 1-3, pp. 1631-1635). Madri: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1910).
- _____. (1973). *Los instintos y sus destinos*. In S. Freud. *Obras completas* (L. Lopez-Ballesteros y de Torres, trad., Vols. 1-3, pp. 2039-2052). Madri: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1915).
- _____. (1973). *Conferencias introductorias al psicoanálisis*. In S. Freud. *Obras completas* (L. Lopez-Ballesteros y de Torres, trad., Vols. 1-3, pp. 2123-2412). Madri: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1917).
- _____. (1973). *Más allá del principio del placer*. In S. Freud. *Obras completas* (L. Lopez-Ballesteros y de Torres, trad., Vols. 1-3, pp. 2507-2541). Madri: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1920).

- _____. (1973). *El yo y el ello*. In S. Freud. *Obras completas* (L. Lopez-Ballesteros y de Torres, trad., Vols. 1-3, pp. 2701-2778. Madri: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1923).
- _____. (1973). *Compendio del psicoanálisis*. In S. Freud. *Obras completas* (L. Lopez-Ballesteros y de Torres, trad., Vols. 1-3, pp. 3379-3418). Madri: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1938).
- Groddeck, G. (1984). *Livro d'Isso*. (J. T. Coelho Netto, trad.). São Paulo: Perspectiva.
- _____. (1992). *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. (N. M. Soliz, trad.). São Paulo: Perspectiva.
- McDougall, J. (1987). Um corpo para dois. *Boletim Científico da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro*, vol. 1, n. 2, 8-33.
- McEwen, B. S. (2012). Brain on Stress: How the Social Environment Gets Under the Skin. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.*, 16, 17180-17185.
- Nemiah J. C. & Sifneos, P. E. (1970). Affect and Fantasy in Patients with Psychosomatic Disorders. In O. W. Hill (Org.). *Modern Trends in Psychosomatic Medicine* (Vol. 2, pp. 26-34). London: Butterworths.
- Selye, H. (1965). *Stress: a tensão da vida*. (2a ed.). São Paulo: Ibrasa.
- Winnicott, D. W. (1982). La enfermedad psico-somática en sus aspectos positivos y negativos. *Rev. Urug. Psicoanal.*, 61, 11-22.

RESUMO | SUMMARY

Corpo e mente em questão: em busca da gênese dos sintomas psicossomáticos A Psicossomática é uma rica área de investigação tanto em Psicanálise como em Medicina. Desde Freud, importantes psicanalistas, como W. R. Bion, D. W. Winnicott e J. McDougall, têm se dedicado a discutir os complexos fatores envolvidos na gênese e no tratamento dos sintomas nos quais o corpo e a mente se apresentam imbricados. Apresentamos aqui um modelo, originalmente proposto por G. E. Berrios e I. Marková (1995) para representar graficamente a origem e as vias de modificação para os sintomas mentais, que foi modificado para representar os sintomas psicossomáticos e suas possibilidades de transformação psicoterapêutica. | *The body and the mind in question: the quest for the genesis of the psychosomatic symptoms* The Psychosomatics is a rich area of research both in Psychoanalysis as in medicine. Since Freud important psychoanalysts, such as W. R. Bion, D. W. Winnicott and J. McDougall,

have been dedicated to discuss the complex factors involved in the genesis and treatment of symptoms where the body and the mind overlap and intertwine. We present a model originally proposed by G. E. Berrios and I. Marková (1995) intended to graphically represent the origin and modification pathways to mental symptoms, which has been modified to represent the psychosomatic symptoms and the possibilities of their psychotherapeutic transformation.

Corpo. Mente. Psicanálise. Psicossomática. Modelo de Cambridge.
| *Body. Mind. Psychoanalysis. Psychosomatic. Cambridge Model.*

PALAVRAS-CHAVE | KEYWORDS

LAZSLO ANTONIO ÁVILA

Rua Saldanha Marinho, 3564
15014-300 – São José do Rio Preto – SP
tel.: 17 3231-1922
lazslo@terra.com.br

RECEBIDO 21.03.2016
ACEITO 11.04.2016