

SOMATIZAÇÃO

Doenças Psicossomáticas e Cura Psicanalítica

A primeira vez que o termo “psico-somático” (exatamente com essa grafia, com um hífen nitidamente separador de psique e soma) apareceu na literatura médica foi em 1818, em um texto de Heinroth, clínico e psiquiatra alemão, no qual o autor buscava adjetivar uma forma particular de insônia, sendo que tal concepção foi fortemente atacada por parte do conservadorismo científico da época. Outras vozes tímidas apontavam para essa direção, sendo interessante consignar o alto grau de intuição de William Mottley que há mais de 100 anos, em Fisiologia da mente, escreveu:

“Quando o sofrimento não pode expressar-se pelo pranto, ele faz chorarem os outros órgãos”.

Desde o final da década de 1940, o termo “psicossomático” adquiriu essa grafia unificadora e passou a ser empregado como substantivo, para designar, no campo da medicina, a decisiva influência dos fatores psicológicos na determinação das doenças orgânicas, embora já admitindo uma inseparabilidade entre elas.

A curiosidade pelos mistérios que cercam as relações entre a mente e o corpo acompanha a própria história da humanidade, o que pode ser evidenciado pelos recursos empregados por nossos ancestrais, representados nas figuras dos faraós, bruxos, xamãs, os quais, por meio de rituais mágicos, como os de orações, danças, práticas de exorcismo e outros afins, tentavam remover os “maus espíritos” que seriam os responsáveis pelas doenças orgânicas terminais. Reciprocamente, achados arqueológicos de trepanações cranianas encontradas em fósseis do antigo Egito, feitas com precisão e com algum rigor científico, apontam para a probabilidade de que nossos predecessores médicos procuravam encontrar no soma orgânico a causa dos transtornos mentais.

Na própria história da medicina, desde o seu início, duas escolas na Antiguidade Grega antagonizavam-se: a primeira, liderada por Galeno, atribuía uma existência totalmente autônoma à doença orgânica, sendo que a posterior

descoberta de Pasteur acerca dos micróbios como agentes patogênicos específicos tornou essa concepção triunfante. De forma equivalente a essa descoberta, e de acordo com os parâmetros da ciência do século XIX, os cientistas também procuravam encontrar as causas das doenças mentais através do microscópio, na busca de bactérias, ou de fenômenos físicos e químicos que pudessem explicá-las; assim, a descoberta do *Treponema pallidum* na doença “paralisia geral progressiva” (que consiste no comprometimento do sistema nervoso central devido a um estado adiantado da sífilis), bastante comum na época, viria a confirmar, com uma grande euforia inicial dos cientistas, a tese de que sempre haveria uma única e direta relação tipo causa-efeito na determinação das doenças orgânicas ou mentais. A segunda escola de medicina na Grécia Antiga, sob o comando de Hipócrates, concebia a doença como uma reação global do corpo e do espírito do indivíduo, o que prenuncia o moderno enfoque psicossomático.

Apesar dessas tentativas de unificar a mente e o corpo, a verdade é que sempre prevaleceu amplamente a concepção de uma total dicotomia entre ambas, e a razão mais plausível disso talvez seja o terror de um desaparecimento total do indivíduo diante da concreta perecibilidade do corpo diante da morte.

Na atualidade, em uma direção de extremo oposto ao da dicotomia, são muitos os estudiosos a opinarem que não existem doenças psicossomáticas e tampouco fenômenos psicossomáticos, porquanto a “natureza humana é uma só” e que qualquer tentativa de integração do psiquismo com o organicismo já implica uma prejudicial idéia prévia da existência de uma dissociação entre ambas. Pessoalmente, incluo-me entre aqueles que, embora reconhecendo a validade da essência desta última afirmativa, acreditam na necessidade de considerar, de forma particular, a existência de fenômenos específicos em que predominantemente fatores psíquicos desencadeiem quadros orgânicos, e vice-versa, sendo útil o conhecimento de cada uma das múltiplas configurações que as respostas psicossomáticas podem assumir.

Psique: alma / Soma: corpo

Dimensões psicológicas: Aspectos afetivos, emocionais e intelectuais, além dos processos conscientes e inconscientes que influenciam a personalidade.

Dimensões biológicas: características herdadas ou adquiridas durante a vida.

Dimensões sociais: A pessoa é resultado das inúmeras experiências vividas no decorrer de sua história. Deve-se compreender os processos de adoecimento como uma resposta do ser humano que vive em sociedade e é parte ativa da microestrutura familiar, que está dentro da macroestrutura social e cultural, situada em um determinado ambiente físico e que procura dar um significado a sua existência no mundo.

A concepção holística indica que as noções de mente e corpo estão indissolivelmente ligadas. E a concepção psicogênica enfatiza como as funções mentais podem causar doenças ou contribuir para seu desenvolvimento.

A Organização Mundial de Saúde define como saudável o indivíduo que possui: “Completo bem-estar biológico, psicológico e social; não apenas ausência de doença”.

CONCEITUAÇÃO DO FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

Ninguém contesta a inequívoca interação entre o psiquismo determinando alterações somáticas, e vice-versa, o que permitiria a ilustração com exemplos clínicos que vão desde os mais simples (a corriqueira evidência de estados de raiva ou medo provocando palidez e taquicardia; vergonha levando a um enrubescimento; um estado gripal desencadeando uma reação depressiva e, reciprocamente, um estado depressivo, facilitando o surgimento de uma gripe, etc., etc.), passando por situações relativamente complexas (é conhecido o fato bastante freqüente de mulheres que, embora muito desejosas de engravidar, mantêm-se inférteis durante um longo período de anos até que, após a adoção de uma criança pelo casal, essas mulheres comecem a engravidar com facilidade), e as psicossomatizações podem atingir níveis bastante mais complexos e ainda inexplicáveis, como comprovam os modernos estudos da psicoimunologia e dados da observação clínica, como o da instalação de quadros cancerígenos diante de perdas importantes, etc.

Da mesma forma, as correntes expressões populares como **“estou me cagando de medo”**, **“cego de ódio”**, **“estômago embrulhado de tanto nojo”**, etc., etc., atestam claramente o quanto a sabedoria popular, de forma intuitiva, captou a

existência de uma estreita e incontestável relação entre os estados mentais e os corporais.

Os exemplos clínicos poderiam ser multiplicados ao infinito, sendo que esse fato, juntamente com a multiplicidade de vértices de abordagem e de fatores etiológicos em jogo, como os antes enumerados, evidenciam a enorme complexidade desse fenômeno psicossomático. Para dar um único exemplo, somente Marty descreveu cinco tipos de “**personalidade asmática**”, cada uma delas compreendendo uma compreensão e um tratamento distinto. Nessa visão panorâmica dos fenômenos psicossomáticos, cabe mencionar as seguintes duas afirmativas de MacDougall (1994): “a dissociação corpo-mente é totalmente arbitrária, uma herança filosófica que pode confundir nossos pensamentos, nossas teorias e nossa prática psicanalítica” (p.80); “ a somatização como resposta à dor mental é uma das respostas psíquicas mais comuns que o ser humano é capaz”.

Toda essa complexidade torna muito confusa a conceituação relativa à psicossomática, bem como à semântica, que nomeia e dá significado a tais fenômenos, também aparece na literatura de forma algo ambígua e confusional. No entanto, como princípio unificador, pode-se dizer que, seja qual for a natureza da manifestação psicossomática, é necessário definir que: elas sempre exigem a presença de uma fator psicológico que determine uma influência essencial na etiologia da somatização, junto com uma concomitante existência de alguma área orgânica particularmente sensível para funcionar como uma espécie de “caixa de ressonância”, sendo que isso é variável de pessoa para pessoa, de acordo com os fatores genético-constitucionais de cada um.

Por todas essas razões, justifica-se considerar a conceituação das manifestações psicossomáticas levando em conta três planos:

- 1) No sentido restrito: diz respeito unicamente àqueles sintomas orgânicos que apresentam alterações anatomoclínicas objetiváveis, como são as “sete de Chicago”, e outras tantas mais equivalentes que poderiam ser hoje acrescentadas a essas.
- 2) Em um sentido menos restrito, o espectro das doenças psicossomáticas se alargaria porque, nesse caso, a abrangência inclui os inúmeros e variados

distúrbios funcionais, sem lesões orgânicas.

3) No sentido amplo do termo, a psicossomática abarca toda manifestação que de alguma forma conota alguma inter-relação corpo mente, aí incluídas as repercussões psicológicas do sujeito a um eventual órgão que esteja doente. Nesse amplo leque de possibilidades, alguns autores chegam a considerar dentro da psicossomática aquelas pessoas que são manifestamente traumatofílicas, ou seja, que de uma forma compulsivamente repetitiva acidentam-se (“acidentofilia”) ou, penso que vale acrescentar, aqueles que de forma inconsciente forçam a repetição de cirurgias, algumas mutilatórias de certas zonas corporais. Da mesma forma, vários autores aventam considerar os transtornos de alimentação, como a bulimia e a anorexia nervosa, ou ainda, a obesidade, como problemas próprios da psicossomática.

Essa conceitualização polissêmica (de “poli”, que significa “muitos” + “semos”, que quer dizer “sentidos”) vem igualmente acompanhada de uma grande variedade de termos diferentes que em parte esclarecem e em parte confundem. Com um intento simplificador e à moda de um miniglossário, apresenta-se uma discriminação da terminologia que mais freqüentemente comparece na literatura psicanalítica acerca dos sintomas psicossomáticos, da linguagem corporal e da imagem que cada sujeito tem do seu próprio corpo.

Fenômeno psicossomático.

No sentido restrito, esta denominação habitualmente atribui aos fatores e conflitos psíquicos como sendo os que predominante e primariamente desencadeiam reações orgânicas, a ponto de produzir algum tipo de afecção objetiva em algum determinado órgão mais sensível. Como a dramatização no corpo é de natureza signica, e não simbólica, torna-se muitodifícil encontrar um simbolismo do conflito psíquico no sintoma orgânico.

Fenômeno somatopsíquico.

Inversamente ao conceito anterior, este termo refere-se à repercussão que uma existência prévia e predominante de alguma doença orgânica provoca no psiquismo (por exemplo, a descoberta da existência de uma doença grave que leva o sujeito a um estado depressivo grave...), com uma alta possibilidade de

gerar um círculo vicioso pelo qual um alimenta ao outro.

Organo-neurose.

Essa denominação, que indica a recíproca interação entre a neurose psíquica e os órgãos, foi proposta por O. Fenichel e esteve em voga durante muito tempo, porquanto o seu livro Teoria geral das neuroses ganhou uma grande divulgação em todos os institutos de formação psicanalítica.

Psicossomatose.

Esse termo é empregado por P. Marty (1994, p. 166) para designar as afecções ligadas com o “pensamento operatório”, no qual as disposições da personalidade encontram na via somática a principal saída para as situações conflituais.

Distúrbios (ou transtornos) somatoformes.

A tendência moderna do estudo das somatizações inclina-se para abandonar o termo “psicossomática” – porquanto, alegam muitos autores, esse nome ainda mantém muito presente a dissociação da psique com o soma – e propõem substituí-lo por “distúrbio somatoforme” (como aparece na classificação do DSM) ou por “transtorno somatoforme” (como consta no CID-10).

Conversão (histórica).

Nesse caso, os conflitos psíquicos aparecem “convertidos” na musculatura de inervação do sistema nervoso voluntário (um exemplo banal pode ser o de uma “paralisia histérica”, ou nos órgãos sensoriais com funções sensitivas (uma “cegueira”, por exemplo, etc., etc.). Diferentemente do que acontece nas psicossomatias – nas quais aparecem lesões teciduais e onde não têm sido possível estabelecer uma clara relação tipo causa-efeito – nas conversões históricas não se formam lesões nos tecidos orgânicos e geralmente é bastante fácil decodificar o simbolismo do sintoma conversivo.

Hipocondria.

Refere a uma condição imaginária na qual o sujeito, cronicamente, sofre dores ou outros desconfortos atribuídos a determinados órgãos, que geralmente são de localização errática e virtualmente sempre guardam uma subjacente ameaça de morte. Pelos referenciais kleinianos, a etiologia da hipocondria reside no fato

de que os objetos persecutórios ficam instalados dentro dos órgãos, de onde emanam as aludidas ameaças de morte contra o sujeito. Do ponto de vista dos postulados freudianos, a explicação fundamenta-se na forma de como certos órgãos estão representados no ego do sujeito.

Transtornos da imagem corporal.

Seguindo a última afirmativa acima, existe a possibilidade de que, sob a influência de inscrições primitivas somadas às fantasias inconscientes, identificações e significações que os educadores atribuem ao corpo da criança, o resultado final seja o de que a sua imagem corporal permaneça representada, na parte inconsciente do ego, de uma forma diferente de como ela é na realidade. Isso explica por que, com certa frequência, uma pessoa magra possa se julgar gorda, e vice-versa; uma mulher bonita que se julga feia, e vice-versa.

Neurose atual.

Trata-se de uma denominação dada por Freud, no início de sua obra, para designar os quadros de neurastenia, neurose de angústia e de hipocondria, os quais ele concebia como resultantes de uma perturbação quantitativa recente da libido sexual bloqueada (coito interrompido, masturbação excessiva...) que, no caso de um acúmulo excessivo, é obrigada a escoar-se através de outras vias fisiológicas.

Neurose de angústia.

Como foi referido, trata-se de uma das formas de “neurose atual”, sendo que o termo “angústia” deriva de “angor” que, em latim, quer dizer “estreitamento”, o que bem define aquilo que acontece nos seus habituais sintomas típicos, constantes de um “aperto” pré-cordial que lhe representa ser uma ameaça de um enfarte letal, em uma sensação de obstrução respiratória como nas dispnéias suspirosas, em uma dor que “aperta” a cabeça do sujeito a ponto de parecer que ele vai enlouquecer, etc. A neurose de angústia é a concomitante física da angústia de origem psíquica, sendo que o sintoma varia conforme o estímulo psicógeno incide no sistema nervoso “simpático” (secreção adrenalínica, com taquicardia, hipertensão, etc.) ou no “parassimpático” (uma lentificação generalizada, como bradicardia, hipotensão, etc.).

Síndrome do pânico.

Esse quadro clínico até há poucas décadas era confundido com as crises manifestas nas neuroses fóbicas, que surgem quando esse tipo de paciente defronta-se com a situação fóbica que, a um grau máximo, ele passa permanentemente evitando enfrentar. Tais crises fóbicas também são caracterizadas por aqueles sintomas típicos descritos na neurose de angústia. Daquela época para cá, começou a haver uma discriminação mais refinada entre a crise de angústia fóbica e a crise do transtorno do pânico. Na primeira, existe um claro e específico elemento fóbico desencadeante, como pode ser qualquer lugar por demais fechado, ou por demais aberto, ou escuro, etc. e essa situação não pode ser evitada com o uso de psicofármacos, enquanto a angústia de transtorno do pânico, pelo contrário, não obedece a claros e específicos fatores desencadeantes e habitualmente costuma ter uma excelente resposta clínica ao uso adequado da moderna farmacoterapia da família dos antidepressivos. Nos primeiros tempos em que a discriminação entre ambos os quadros clínicos ainda não era clara, a psicanálise pagou um tributo pela demora em admitir a útil possibilidade de uma concomitância do pros-seguimento normal de uma psicanálise, com o uso de uma medicação específica para o transtorno do pânico (essas mesmas considerações também valem para certos casos de depressão endógena). Assim, não era nada raro acontecer que pacientes diagnosticados como “fóbicos”, cuja angústia não desaparecia no curso de uma análise de longa duração, apresentassem uma dramática resposta de melhora poucas semanas após serem medicados adequadamente por psiquiatras competentes.

CONTRIBUIÇÕES DE FISILOGISTAS

Alguns trabalhos de notáveis fisiologistas vinham a comprovar experimentalmente as estreitas conexões entre os estímulos psíquicos e as respostas orgânicas. Dentre estes, cabe mencionar o cientista russo Pavlov, com os seus experimentos pioneiros sobre reflexos condicionados, o americano Cannon, que em 1911 demonstrou o efeito fisiológico das emoções interferindo na regulação do equilíbrio homeostático do meio interno do organismo, e H. Selye que, dando continuidade aos estudos de Cannon, desenvolveu a importante teoria do estresse e a teoria da síndrome geral da adaptação. Selye

conceituou estresse como sendo toda agressão (física, psíquica, traumática, infecciosa, tóxica), de origem externa ou interna, que venha a perturbar o referido equilíbrio homeostático, enquanto “síndrome geral de adaptação” ele definiu como o conjunto de reações fisiológicas aos estresses, sendo que tais reações agem pela ativação do eixo hipófise-hipotálamo-supra-renal, e desdobram-se em três fases: uma fase de alarme (ou de choque), uma segunda fase de adaptação e a terceira de esgotamento, quando as defesas do organismo esgotaram-se. Essas concepções adquiriram um notável impacto nos modernos estudos sobre os fenômenos psicossomáticos, de acordo com o postulado de que, nos pacientes somatizadores, o soma reage (com secreção de adrenalina, etc.) às ameaças psíquicas, como se ele estivesse diante de reais ameaças à vida de seu organismo.

CONTRIBUIÇÕES DE PSICANALISTAS

Além de alguns ensaios de Freud, que serão explicitados mais adiante, a grande fonte inovadora para o entendimento dos fenômenos psicossomáticos partiu, nos anos 20 e 30, de pesquisadores americanos, como Felix Deutsch, que estudaram de forma sistemática pacientes com problemas psicossomáticos, descrevendo os seus perfis psicológicos, ou seja, buscando encontrar traços de personalidade que fossem comuns a um determinado quadro clínico.

Embora essa abordagem não convencesse, em vista das numerosas exceções, os estudos prosseguiram nessa direção, e assim surge a importante figura de F. Alexander, psicanalista de Chicago, que firmou a sua posição de que mais do que os perfis psicológicos do paciente, realmente importante era o reconhecimento dos subjacentes conflitos psíquicos. Por exemplo, os hipertensos se debateriam entre tendências contraditórias: de um lado uma aparência de passividade e de calma (vivenciadas por eles como humilhações) e, por outro, uma atividade agressiva, visando ao controle, ao domínio e ao triunfo; de forma análoga, a personalidade coronariana (também conhecida como personalidade padrão, que caracterizaria aquelas pessoas que mantêm uma luta sem tréguas para o sucesso e uma incontida aspiração para superar os demais, o que os deixaria mais suscetíveis a anginas e infartos, e assim por diante, faziam-se esmiuçadas descrições da conflitiva inconsciente presente nos ulcerosos, asmáticos, etc.

FREUD

Antes do que algum trabalho explícito sobre os fenômenos psicossomáticos, é indiscutível que, de forma implícita, Freud plantou inúmeras sementes férteis que servem de base para os modernos estudos sobre os pacientes psicossomáticos e sobre a linguagem corporal. Destarte, as seguintes concepções de Freud, expressas em diferentes trabalhos e épocas distintas, merecem ser destacadas:

Representações. Em 1891, em um trabalho sobre “afasias”, aparecem as suas primeiras conceituações (que viriam a ganhar uma forma consistente e definitiva em 1915, no artigo O inconsciente) relativas à noção de que a junção da “representação-coisa” com a “representação-palavra” produz a consciência dos fatos psíquicos. Em condições normais, há uma passagem da “representação-coisa” (a qual está sediada no inconsciente) para a condição de “representação-palavra”, que se processa no pré-consciente, onde ela ganha uma palavra significativa e nomeadora das emoções caóticas, sendo que esse entendimento é de importância fundamental em qualquer teoria psicanalítica atual sobre os fenômenos psicossomáticos.

Complascência Somática. Freud usou esse termo em 1905, no famoso Caso Dora, assim marcando um aspecto muito significativo nas psicossomatizações, qual seja, creio que podemos depreender de que, tanto nas repressões neuróticas como nas renegações das perversões, nos atos dos psicopatas ou nas forclusões dos psicóticos, acontecem somatizações. Portanto, não existe uma única e definida estrutura psíquica nos pacientes que somatizam, sendo que é indispensável levarmos em conta uma alta sensibilidade de algumas áreas orgânicas que condicionam, facilitam, descarregam e cenzuram em determinados estados emocionais.

Fenômeno das Conversões. Em 1910, aparece o seu artigo Uma alteração psicogênica da visão, que transpõe o modelo da “conversão histérica”, pelo qual os conflitos sexuais não reconhecidos pelo sistema consciente utilizam o corpo como uma forma de linguagem e no qual os sintomas narram uma história inconsciente, sem palavras.

Neuroses atuais. Por essa época, e ainda baseado nas leis da termodinâmica da física e nas leis da neurofisiologia de então, e embora não se detendo nos

problemas da patologia somática, Freud teve o mérito de levar em conta os processos de ordem biológica, quando, então, propôs a sua conhecida classificação das neuroses em duas categorias. Uma delas ele denominou “psiconeuroses de transferência”, que compreendiam as formas histéricas, fóbicas e obsessivas; a outra categoria foi chamada de “neuroses atuais”, que abarcavam a neurastenia, a neurose de angústia e, mais tarde, a hipocondria. As “neuroses atuais”, segundo Freud, tinham por causa o bloqueio das excitações libidinais, conseqüentes tanto de uma privação de satisfação sexual (principalmente o “coito interrompido”), como também de um excesso de estimulação, como seria o caso de masturbação excessiva.

A primeira delas provocaria a “neurose de angústia”, com os sintomas de palpitações, palidez, sudorese, dispnéia suspirosa, etc., enquanto a excessiva excitação não satisfeita determinaria os quadros de “neurastenia”, manifestada nos sintomas de cefaléias, distúrbios da digestão e evacuação, diminuição da atividade sexual, etc.

Em ambos os casos, o acúmulo da libido bloqueada se escoaria por outras vias fisiológicas.

A noção de “neurose atual” implica a aceitação da teoria econômica das energias libidinais e, por isso mesmo, caiu em um descrédito na psicanálise, onde hibernou em um longo ostracismo, até que, na atualidade, ela ressurgiu revigorada e bastante mais sofisticada, como são aquelas teorias anteriormente descritas como “alexitimia” e “pensamento operatório”, constantes das modernas teorias psicanalíticas, embora nem sempre haja um claro reconhecimento dessa concepção postulada por Freud.

Processos Primário e Secundário do Pensamento. Em 1911, em seu clássico *Dois princípios do suceder psíquico*, Freud concebe os principais fundamentos relativos aos processos da teoria do pensar que fortemente inspiraram Bion para que pudesse desenvolver as suas idéias sobre a gênese, a formação e a utilização dos pensamentos. Para empregar uma terminologia proposta por Zusan (1994), cabe afirmar que as somatizações correspondem às falhas dos processos simbólicos (os quais estão unicamente presentes no processo secundário e possibilitam a capacidade de abstração dos pensamentos) que

então cedem lugar aos processos sígnicos, nos quais predominam os aspectos protometais sob a égide das leis do processo primário. Assim, os signos somente representam os aspectos concretos e contíguos dos fenômenos que acontecem na mente, inclusive, os representados no corpo.

Ego corporal. Todos conhecemos a clássica afirmativa de Freud, ligada às suas incipientes concepções relativas ao “auto-erotismo” e ao “narcisismo primário”, de que “o ego, antes de tudo, é corporal”. Isso permite depreender, na psicanálise relativa aos processos somatiformes, a importância das representações do corpo no ego e da cenarização das defesas do ego no corpo. Essas últimas afirmativas adquirem capital importância na psicanálise atual, tanto para o entendimento dos transtornos da imagem corporal quanto para participação do corpo como um cenário dos diversos “teatros” da mente. •

Identificações patógenas. A partir de seu clássico Luto e Melancolia, de 1917, Freud estabeleceu a importante concepção de que, nos quadros melancólicos, “a sombra do objeto cai sobre o ego”, isto é, forma-se uma identificação do sujeito com o objeto perdido de tal forma que, nesses estados melancólicos, à frase de Freud “a sombra do objeto cai sobre o ego”, poderíamos acrescentar: “e lá pode ficar morando o resto da vida”, forçando aquilo que, particularmente, costumamos chamar de “identificação com a vítima”. Nesses casos, o sujeito sente-se como que obrigado a ser igual em tudo ao objeto perdido, e isso adquire uma especial importância nos processos psicossomáticos, porquanto tal identificação, com grande frequência, faz-se com os sintomas clínicos da doença que acompanhou ou que vitimou a pessoa que ambivalentemente ele amou e odiou. Isso explica o fato tão comum de que em datas que lembram a pessoa perdida (aniversário, etc.) recrudescem, no sujeito, o surgimento de sintomas e temores hipocondríacos equivalentes aos do objeto desaparecido. Finalmente, além de lembrar que muitos discípulos de Freud, como Paul Federn, aprofundaram os estudos sobre a imagem corporal, cabe consignar a visão profética de Freud que, em 1938, preconizou que o futuro poderá ensinar-nos a influir diretamente mediante substâncias químicas particulares sobre quantidades de energias e sua distribuição no aparelho psíquico.

ESCOLA KLEINIANA

Também de forma indireta, M. Klein trouxe substanciais contribuições para os fenômenos psíquicos que se manifestam em uma linguagem corporal, dentre os quais vale mencionar os seguintes:

Fantasias inconscientes.

Especialmente a autora kleiniana S. Isaacs estudou, dentre tantas outras fantasias inconscientes primitivas da criança, aquelas de natureza terrorífica referentes ao corpo e à “figura combinada” dos pais fundidos em diversas configurações fantásticas e que assim são introjetadas pela criança, determinando transtornos da imagem da sua própria corporalidade, além de novas fantasias referentes a retalia- dores ataques sádicos contra partes de seu corpo.

Angústia de aniquilamento (ou de desintegração).

Para M. Klein, esse tipo de angústia arcaica é um derivado direto da “pulsão de morte” que, agindo desde dentro da mente da criança, mantém um constante sobressalto no futuro adulto, ameaçado que este fica por um fantasiado ataque à sua sobrevivência, tanto a psíquica quanto a física.

Identificação projetiva.

Esse processo defensivo do ego concebido por M. Klein e hoje reconhecido por todas correntes psicanalíticas facilita o entendimento de, pelo menos, a dois aspectos que se manifestam como transtornos da imagem corporal: um, consiste no fenômeno conhecido em psiquiatria como despersonalização, que alude a um grau tão excessivo de identificações projetivas de partes do indivíduo, inclusive, de seu corpo, a ponto de o sujeito de estrutura psicótica não reconhecer, e estranhar, o seu próprio corpo. Igualmente, um excesso de dissociações, seguidas de um forte jogo de projeções e introjeções, pode explicar o fenômeno psiquiátrico conhecido como espelhamento, no qual o paciente psicótico repete todos os movimentos de uma outra pessoa que estiver diante de si, porquanto ele perdeu a sua identidade corporal e não consegue distinguir o seu corpo daquilo que é o corpo do outro.

Objetos parciais.

A ênfase de M. Klein na precoce internalização que a criança faz de objetos parciais (“seio bom e/ou mau”; “pênis bom...”) durante a posição esquizoparanóide, na qual as mesmas adquirem características persecutórias, permite aventar uma teoria explicativa da hipocondria: a de que os objetos persecutórios permanecem alojados dentro de órgãos, de onde eles enviam ameaças de morte ao self do sujeito.

Memória de sentimentos.

(no original: memory in feelings). Trata-se de um fenômeno psíquico concebido por M. Klein em seu trabalho Inveja e gratidão, de 1957, o qual, embora pouco conhecido e divulgado, parece-me ser muito significativo para o entendimento das somatizações, porquanto permite inferir que arcaicos sentimentos e pensamentos, que não conseguem ser recordados como fatos realmente acontecidos, possam vir a ser “recordados” através de outras vias, entre elas, a das somatizações.

ESCOLA FRANCESA

Lacan

Os estudos desse genial e polêmico autor, relativos à fase evolutiva do espelho, remetem a três noções fundamentais: a do “corpo espedaçado” (corps morcelé, no original), que designa uma sensação de que, tal como uma criança por volta dos seis meses de vida, o sujeito em estado regressivo é capaz de vivenciar o seu corpo como que feito de, ou em, pedaços dispersos. A segunda conceitualização de Lacan, também oriunda dessa “fase do espelho”, corresponde à crença da criança de que ela está alienada no corpo da mãe, com ela ficando confundida corporalmente. Uma outra vertente muito importante descortinada por Lacan é a que se refere ao discurso dos pais na modelação do inconsciente da criança, sendo que esse discurso pode inscrever significantes de natureza psicossomática.

Instituto de Psicossomática

Conforme foi mencionado, um conjunto de psicanalistas liderados por Marty, desde a década de 50 até os dias atuais, prossegue as pesquisas fundamentais, basicamente centradas na concepção do “pensamento operatório”.

Um fato bastante significativo é que os psicanalistas dessa escola são oriundos da Sociedade Psicanalítica de Paris, porém, de certa forma, egressos dela, eis que na época em que iniciaram a investigação dos processos psicossomáticos com outros referenciais que não rigorosamente os da ortodoxia psicanalítica, tiveram de fazê-lo fora dessa Sociedade.

Uma das características descritas por Marty (1994) nos pacientes somatizadores é aquela que ele denomina “relação branca”, pela razão de que eles, na relação com o analista, mostram uma afetividade esvaziada, não demonstram evidências de que estão num processo associativo, transmitem uma impressão de que respondem mecanicamente e que só parecem ligados aos aspectos concretos dos fatos narrados.

PENSAMENTO OPERATÓRIO

O termo designa o estado mental de certos pacientes, como são os somatizadores, nos quais, a exemplo do que Freud postulou daquilo que se passa nas neuroses de angústia, o ego não consegue conter e processar uma carga excessiva ou penosa de sentimentos e pensamentos, o que os leva a agir no lugar de pensar. Assim, para os analistas do Instituto de Psicossomática de Paris, o que acima de tudo caracteriza esses pacientes é que o inconsciente não tem condições de expressar-se pelas representações, de modo que, no lugar de reprimir as pulsões do id, como acontece nas neuroses, ou de forcluir (grau extremo de negação da penosa realidade externa ou interna), como fazem os psicóticos, os pacientes somatizadores utilizam o pensamento operatório, isto é, eles superinvestem libidinalmente tudo aquilo que existe de concreto, como, e principalmente, os seus sintomas corporais.

A propósito desses trabalhos, tanto os de Sifneos quanto os de Marty, é oportuno trazer a observação de A. Eksterman (1994), psicanalista brasileiro que, apoiado em uma longa experiência no trato de pacientes somatizadores, alerta-nos que nem a alexitimia nem o pensamento operatório, por si só, sejam os responsáveis diretos pelas somatizações; antes, eles somente expressam uma das mais importantes características que acompanham o psiquismo de tais pacientes, nos quais “o corpo, especialmente o corpo doente, parece ser o ambiente propiciador dessas manifestações lingüísticas primitivas”.

Além dos pesquisadores mencionados, cujos estudos centralizados na neurofisiologia e nos transtornos de comunicação dos pacientes psicossomáticos prosseguem de forma sistemática e aprofundada, também, concomitantemente, ao longo da história da psicanálise, têm surgido teorias psicanalíticas as mais diversas que, de forma direta ou indireta, permitem um mais amplo entendimento acerca dos processos psíquicos que operam nos pacientes somatizadores.

D. WINNICOTT

De uma forma extremamente reduzida de sua imensa obra, vale destacar no mínimo os seguintes aspectos:

O conceito de “não-integração” de Winnicott tem um significado diferente daquele de ansiedade de “desintegração” ou de “aniquilamento”, de M. Klein, sendo que aquele alude mais diretamente a uma etapa em que a criança ainda não possuía condições neurobiológicas para o reconhecimento integrado de suas partes corporais. Uma acentuada regressão às fixações dessa etapa podem ser responsáveis por aqueles estados psíquicos que Winnicott chama de “catástrofe” (break-down, no original), cujos sintomas são os que levam o sujeito a ter uma aterradora sensação de que ele está perdendo os seus referenciais, vai cair e precipitar-se no espaço. Na clínica, é útil estabelecer uma discriminação entre as duas ansiedades aludidas por- que uma “não-integração” não significa uma situação de regressão psicótica.

- A condição de “holding” da mãe, de acordo com o significado dessa palavra (do verbo to hold: sustentar, segurar), inicialmente referia aos cuidados físicos prestados pela mãe à criança, a forma de mantê-la presa ao seu corpo, os cuidados higiênicos, a forma de olhá-la, etc., o que determina uma considerável importância na forma como esses contatos corporais foram representados no ego da criança.
- Assim, Winnicott descreve que a condição ideal do holding materno é aquele no qual a mãe é suficientemente boa, levando em conta que os outros dois extremos – o de uma mãe ausente ou excessivamente boa – vão impedir o desenvolvimento na criança das funções de tolerar frustrações, pensar e de simbolizar, logo, abrindo caminho para somatizações.

W. BION

A obra de Bion permite extrair inúmeras contribuições para o entendimento dos fenômenos psicossomáticos, como são algumas que seguem:

Bion acredita na existência de uma vida fetal e que, mesmo embrionária, vai imprimindo profundas marcas no incipiente esboço de ego daquele ser humano que recém palpita no útero da mãe. Para esse autor, tais impressões que jamais serão lembradas poderiam ser as responsáveis por regressões acompanhadas de sensações somáticas que a ciência ainda não consegue explicar. Meltzer, um entusiasta de Bion, chega a afirmar a sua crença de que essa é a mais promissora teoria que, no futuro, poderá elucidar muitos dos mistérios psicossomáticos.

Um outro importante aspecto destacado por Bion (1992) é quando ele conjectura que nos casos em que a mãe enfrenta a angústia psíquica da criança pelos cuidados corporais, na busca de alguma doença no corpo do filho (por exemplo: “Isso que estás sentindo é cólica”), pode acontecer que no futuro esse indivíduo, diante de uma angústia psíquica “sem nome”, só consiga expressá-la através do sintoma de cólicas intestinais, porquanto, no seu registro mental, a vivência de angústia passou a ser sinônimo de cólica.

A meu juízo, sobretudo, a grande contribuição de Bion à psicossomática procede de seus estudos acerca da capacidade, ou incapacidade, de o sujeito poder pensar as suas experiências emocionais. Primitivamente, as sensações corporais da criança e as suas primitivas vivências emocionais determinam a formação de protopensamentos, que Bion chama como elementos-beta, e que não se prestam para serem pensados, mas sim, unicamente, para serem, de alguma forma, “evacuados”. No caso da mãe da criança possuir uma boa condição de rêverie, com uma adequada função alfa (a qual consiste em acolher aqueles “elementos-beta”, decodificar, dar um sentido, significado e nome a eles) então, sim, os protopensamentos transformam-se em elementos-alfa, daí podendo evoluir em complexidade crescente, até atingir o nível de uma alta abstração. Na hipótese de que a mãe não consiga processar essa “alfabetização emocional”, os elementos-beta prevalecem e devem ser evacuados, o que acontece por três vias: a de uma impulsividade, às vezes perigosa para si e

para os outros; o da expulsão para fora, pela prática excessiva de *actings*; ou o da evacuação para dentro, pela via das somatizações.

Outras contribuições de Bion que possibilitam uma melhor compreensão das manifestações psicossomáticas, são as suas concepções de transformações e o seu modelo de continente – conteúdo.

O QUE LEVA À SOMATIZAÇÃO?

Por que algumas pessoas tornam-se neuróticas, outras psicóticas, ou perversas, e outras, ainda, somatizam?

A ciência ainda não encontrou uma resposta precisa e definitiva para essa importante questão.

No entanto, é certo que a psicanálise não mais pode ignorar os inegáveis avanços de outros ramos científicos, como a biologia, psicologia experimental, neurologia, psicofarmacologia, psicoimunologia, e das neurociências em geral. Levando em conta todos os aspectos que até agora foram destacados no presente capítulo e à guisa de síntese, a psicanálise clínica e a de investigação fundamentam-se nas seguintes vertentes:

1. Toda e qualquer pessoa possui uma “potencialidade somática” (equivalente ao conceito de “complacência somática”, de Freud) que, em determinadas situações emocionais, pode ser ativada e manifesta na corporalidade orgânica. Na atualidade, está se dando um grande relevo aos estudos provindos da psicoimunologia.
2. Um possível estancamento da libido, ligado aos conflitos da sexualidade edípica, continua sendo um fator considerável, porém muito longe do peso que lhe era atribuído nos primeiros tempos da psicanálise.
3. Igualmente, importantes são os elementos psíquicos da agressão sádico-destrutiva ligados à pulsão de morte que, quando fortemente negados, de alguma forma podem aparecer sob forma de distintas formas de somatizações.
4. A clássica concepção do “modelo econômico”, resultante do represamento quantitativo dos derivados pulsionais, ressurgiu parcialmente na psicanálise, especialmente na explicação de inúmeros quadros enquadrados no

conceito de “neurose atual”.

5. É consensual entre os autores atuais que a gênese da predisposição psicossomática reside nas vivências emocionais, narcísicas e sensuais que caracterizaram os primitivos vínculos do bebê com a sua mãe.

6. Alguns outros autores, como Bion, vão mais longe e situam as raízes da sensibilização dos órgãos aos estímulos existentes no período gestacional intra-uterino, que também geram as primeiras inscrições no ego incipiente do ser humano.

7. Um claro entendimento do conceito de representações é indispensável para a compreensão das psicossomatoses.

8. Da mesma forma, é relevante o papel das identificações, nas múltiplas formas como elas aparecem no ego de toda pessoa.

9. Igualmente, importantes são as significações com que o discurso dos educadores, muito particularmente o da mãe, impregnam e modelam o ego da criança em relação à relação do psiquismo com o soma.

10. As pessoas que representam os acontecimentos psíquicos pela linguagem sígnica são mais propensas às somatizações, enquanto o inverso disso acontece com aquelas outras que atingiram a capacidade de uma linguagem simbólica.

11. Assim, acima de tudo, a moderna psicanálise atribui um papel de primeira grandeza para a compreensão dos pacientes somatizadores a uma incapacidade desses indivíduos em conseguir conter e poder pensar as suas experiências emocionais dolorosas, porquanto a aquisição das capacidades de formar símbolos, a de pensar e a de conhecer, são funções que estão intimamente conectadas entre si, sendo que todas elas dependem de uma exitosa passagem pela posição depressiva.

12. Essa condição de insuficiência para “pensar” (ler) os sentimentos e poder estabelecer uma devida comunicação entre eles, constituindo a base conceitual das modernas noções de alexitimia e de pensamento operatório que acompanham as psicossomatoses.

13. A atual linha de pesquisas evita procurar explicações na base do modelo causa-efeito, de modo que ganha um crescente espaço a concepção de transformações das experiências psíquicas, as quais são multifatoriais, não necessariamente lineares e que podem encontrar no corpo tanto uma via de descarga, como também um cenário de representações.

ASPECTOS DA PRÁTICA PSICANALÍTICA

Raramente, os pacientes somatizadores procuram espontaneamente a psicanálise como tratamento de escolha para estes transtornos; habitualmente, eles vêm encaminhados pelos seus médicos clínicos.

Na entrevista inicial de avaliação, convém o psicanalista proceder a um criterioso balanço das motivações e das condições do paciente para um tratamento psicanalítico.

Assim, é possível que o psicanalista esteja diante de um paciente somatizador que lhe transmite claros sinais de que manterá com ele uma **relação branca**: este é um termo que designa aquele paciente que, embora possa apresentar uma boa condição intelectual, adequada adaptação social e profissional e uma igualmente boa capacidade para simbolizar e abstrair, ainda assim ele não aprofunda os vínculos afetivos, não estabelece associações de idéias que levem a insights, quase nada fantasia e utiliza um “pensamento operatório” com valorização quase que única e estereotipada dos fatos objetivos e concretos, notadamente no relato dos sintomas orgânicos. Nesses casos, o analista deve saber que provavelmente será uma análise muito difícil.

Aliás, cabe aqui reproduzir uma questão levantada por J. MacDougall (p.75): diante de uma excessiva “relação branca”, cabe ao psicanalista perguntar-se se a sua técnica analítica estará mais voltada para a demolição das defesas somáticas ou se, pelo contrário, será mais adequado o reforço de determinados mecanismos defensivos do ego desse tipo de paciente.

Na hipótese de o analista optar pela primeira alternativa, ele deverá estar preparado para funcionar como um bom continente, porquanto, na medida em que forem cedendo as defesas de “forclusão” desse paciente somatizador, paralelamente pode surgir um estado mental que Bion chama de mudança ca-

tastrófica, a qual pode ser acompanhada por preocupantes actings de natureza sadomasoquista, algum estado confusional com sensações de despersonalização e outras manifestações da série regressiva.

A transferência desses pacientes pode ser do tipo da “relação branca”, de modo que comumente não chega a se instalar uma típica “neurose de transferência”, mas sim unicamente de “momentos transferenciais”; porém, não raramente, ela assume a forma daquilo que Bion chama de transferência provida da parte psicótica da personalidade, caracterizada por um início precoce, intenso, mas facilmente perecível.

Em contrapartida, a contratransferência do psicanalista passa por fases muito difíceis, com uma sensação de impotência, paralisia, sentimentos de raiva, tédio, alternâncias de ânimo e desânimo, etc. Também deve ser levado em conta o risco de que o analista não esteja suficientemente ligado à possibilidade da existência de reais causas orgânicas que merecem uma séria investigação médica.

Em relação às interpretações, o psicanalista deve, sobretudo, manter-se atento ao destino que as interpretações tomam na mente do paciente, sendo muito alta a possibilidade de que elas estejam sendo desvitalizadas pelo paciente através de intelectualizações, um apego à materialização e outras resistências inconscientes equivalentes, dirigidas contra um acesso aos subjacentes núcleos psicóticos e de luto patológico. Nessas circunstâncias não se processarão verdadeiras transformações e mudanças psíquicas, tampouco psicossomáticas.

Diante da intolerância desse tipo de paciente às interpretações, o analista deve desenvolver um tipo especial de “escuta do corpo” (que é diferente da escuta neurótica, psicótica, ou dos casos de perversão) e também deve ficar comprometido com a tarefa de auxiliar o paciente, no mínimo, a três aspectos:

- 1) Evitar a tentação de querer descobrir uma relação simbólica tipo causa-efeito (o que cabe fazer nos casos de conversões histéricas).
- 2) Não impedir o livre fluxo das fantasias, pelo contrário, prestar alguma forma de estímulo ao surgimento das mesmas.
- 3) Ajudar esse paciente a, de fato, pensar, ou seja, a fazer conexões afetivas

entre as suas experiências emocionais presentes e as passadas, juntamente com o desenvolvimento da capacidade para fazer uma leitura das mesmas.

Como toda pessoa apresenta uma “potencialidade somática”, é inevitável que, no curso de qualquer análise, surja algum tipo de somatização, tanto na pessoa do paciente quanto também na do psicanalista, ou concomitantemente em ambos, sendo que essa última possibilidade pode estar representando uma importantíssima forma de comunicação primitiva de emoções que ainda não encontraram palavras que possam expressá-las. Tais manifestações esporádicas não categorizam o paciente como sendo um “somatizador” porque essa psicopatologia implica algum grau de cronicidade e de ganho primário.

Insight – Elaboração – Cura

A atividade interpretativa do psicanalista leva aos insights do analisando, sendo que a lenta elaboração desses é que vai possibilitar a obtenção de mudanças psíquicas, objetivo maior de qualquer análise. A importância do insight no processo curativo de um tratamento analítico justifica que se pormenorizem e discriminem algumas de suas particularidades. Assim, proponho uma diferenciação na qualidade do insight, segundo a escala a seguir:

1. **Insight intelectual.** Neste caso, talvez não se justifique o uso do termo insight, tendo em vista que, enquanto intelectual, ele não só é inócuo como pode ser prejudicial em alguns casos, como é, por exemplo, a possibilidade de que venha unicamente a reforçar o arsenal defensivo de pacientes que são marcadamente intelectualizadores, como, por exemplo, os obsessivos ou narcisistas.
2. **Insight cognitivo.** Cognição não é o mesmo que intelectualização; antes, refere-se a uma clara tomada de conhecimento, por parte do paciente, de atitudes e características suas, que até então estavam egossintônicas. É muito comum que a aquisição deste nível de insight venha seguida da pergunta por parte do paciente: “e agora, o que é que eu faço com isso?”. Creio que esse insight cognitivo deve ser valorizado, e um tipo de resposta, sincera, que me parece adequada àquela pergunta, é algo assim: “É um bom começo de nossa caminhada; vamos ver o que vais fazer com essa tua tomada de conhecimento de como sufocas e desqualificas a tua mulher...”. O insight cognitivo promove

uma egodistonia, e é essa que vai propiciar o passo seguinte.

3. **Insight afetivo.** Pode-se dizer que aí começa o insight propriamente dito, tendo em vista que a cognição, muito mais do que uma mera intelectualização, passa a ser acompanhada por vivências afetivas, tanto as atuais como as evocativas, e possibilita o estabelecimento de correlações entre elas.

4. **Insight reflexivo.** Representa um importante e decisivo passo adiante. Esse insight institui-se a partir das inquietações que foram promovidas pelo insight afetivo e que levam o analisando a refletir, a fazer-se indagações e a estabelecer correlações entre os paradoxos e as contradições de seus sentimentos, pensamentos, atitudes e valores; entre aquilo que ele diz, o que faz e o que, de fato, ele é! Esse insight é de natureza binocular, isto é, o paciente começa a olhar-se a partir de duas perspectivas: a sua própria e a que é oferecida pelo analista e, da mesma forma, quando ele adquire condições de observar, simultaneamente, ao convívio de aspectos contraditórios seus, como é o caso de sua parte infantil contrapondo-se à parte adulta, etc. É essa “visão binocular” que, mais eficazmente, propicia a transição da posição esquizoparanóide para a posição depressiva.

5. **Insight pragmático.** Vale a afirmativa de que uma bem-sucedida elaboração dos insights obtidos pelo paciente, ou seja, as suas mudanças psíquicas, devem necessariamente ser traduzidas na práxis de sua vida real exterior, e que a mesma esteja sob o controle de seu ego consciente, com a respectiva assunção da responsabilidade pelos seus atos.

CONCEITUAÇÃO DE “CURA” PSICANALÍTICA

Os termos “cura” e “psicanalítica” do título, guardam entre si uma certa imprecisão conceitual e semântica e, por essa razão, é necessário esclarecer o vértice que, aqui, está sendo adotado. Dessa forma, o conceito do que está sendo considerado como “analítico” não se prende exclusivamente ao formalismo das combinações convencionais do setting analítico, embora a essência da instalação do setting deva ser mantida, neste capítulo estamos considerando o termo “psicanalítica” a partir do marco de referência que prioritariamente leva em conta os objetivos terapêuticos a serem alcançados.

Como forma esquemática, creio que se pode dizer que a obtenção de um objetivo terapêutico se processa de duas maneiras:

- 1) a de um benefício terapêutico;
- 2) a de um resultado analítico.

O benefício terapêutico pode atingir uma gama distinta de objetivos que guarda uma certa hierarquia entre si, como são os seguintes:

- a) A resolução de crises situacionais agudas (pode ser obtida em prazo curto e, se bem manejadas, costumam ser de excelente prognóstico).
- b) O esbatimento de sintomas (se não estiverem organizados em uma cronificação, também são de bom prognóstico).
- c) Um melhor reconhecimento e utilização de algumas capacidades sadias do ego, que estavam latentes, ou bloqueadas, e a possível liberação das mesmas.
- d) Uma melhor adaptação interpessoal (tanto no plano da vida familiar, como na profissional e na social).

Não obstante o grande mérito que representa esse benefício terapêutico, deve ser levado em conta que mesmo quando resulta uma inequívoca melhora no padrão de ajuste inter-relacional, essa melhora pode ser algo instável, sujeita a recaídas, quando ela não tiver sido construída com os alicerces das profundas modificações da estrutura interna do indivíduo.

O resultado psicanalítico, por sua vez, é uma expressão que pressupõe o preenchimento de uma condição básica: a de uma modificação nas relações objetivas internas do paciente e, portanto, de sua estrutura caracterológica.

Isso, necessariamente, implica em trabalhar com as primitivas pulsões, necessidades, demandas e desejos que estão embutidos nas fantasias inconscientes, com as respectivas ansiedades e defesas; porém não fica unicamente nisso, pois existem outros aspectos estruturantes provindos da terapia analítica, que serão estudados mais adiante.

Os “benefícios terapêuticos”, antes descritos, são mais próprios do processo que habitualmente se denomina (às vezes de forma pejorativa, por parte de alguns) “psicoterapia”, enquanto o “resultado analítico”, tal como foi referido, seria restrito unicamente ao que denominamos “psicanálise”. Assim, a maioria dos psicanalistas considera que o uso do termo “psicanálise” somente adquire legitimidade quando vier preencher as condições mínimas do setting clássico, antes aludido.

Particularmente, incluo-me entre os que pensam que o cumprimento desse formalismo não deva ser o critério diferencial mais importante, a despeito da convicção de que o emprego do termo “psicanalítico” deva transitar pelas seguintes condições básicas: ser exercida por um técnico cuja formação de base psicanalítica tenha sido feita numa instituição reconhecida segundo os padrões vigentes; visa, prioritariamente, à obtenção de resultados analíticos, constantes de modificações da estrutura interna do paciente; essas mudanças devem ser profundas, estáveis e permanentes; se possível (mas não obrigatoriamente), o estabelecimento do setting (enquadre) deve seguir as recomendações vigentes na análise standard, sempre que essa indicação prioritária não representar um descompasso com a realidade, ou uma imposição do analista, na base do “dá ou desce”, como sendo a única saída possível para o paciente.

Por razões óbvias, os tratamentos psicanalíticos que são inerentes aos institutos de psicanálise – tanto as análises pessoais dos candidatos, como as que esses realizam com pacientes, com a finalidade de supervisão curricular – devem seguir obrigatoriamente o modelo clássico, que estiver vigente, e não permitem uma flexibilização maior.

O conceito de “cura”, por sua vez, vai muito além do significado latente que essa palavra sugere (uma prestação de cuidados, como aparece em “cura” de uma paróquia; curador; procurador; curativo; descurar, etc.), da mesma forma que também vai além do seu habitual significado manifesto (como é empregado na medicina, onde designa uma resolução completa de alguma doença).

Em terapia psicanalítica o conceito de “cura” deve aludir mais diretamente ao terceiro significado que essa palavra sugere, qual seja, o de uma forma de amadurecimento (tal como é empregado para caracterizar um queijo que está

maturado, sazonado), o que equivale ao trabalho de uma lenta elaboração psíquica que permita a obtenção de mudanças psíquicas estáveis e definitivas.

Justamente com o propósito de evitar essa ambigüidade conceitual que o termo “cura” permite, principalmente o clássico significado que ele adquiriu na medicina – de um término, com a remoção total dos sintomas ou transtornos orgânicos – é que Bion propõe a evitação desse termo em psicanálise, substituindo pela noção de “crescimento mental”, que, ao contrário do “fechamento” implícito na cura, mais bem sugere continuadas “novas aberturas”.

CRITÉRIOS DE “CURA” ANALÍTICA

Segue uma enumeração, em forma muito resumida, dos principais aspectos que, na atualidade, caracterizam numa verdadeira mudança psíquica.

1. Uma modificação na qualidade das relações objetais, as internas e, a partir daí, as externas.
2. Um menor uso de mecanismos defensivos primitivos, notadamente as excessivas negações, dissociações, identificações projetivas, idealizações e um controle onipotente.
3. Uma renúncia às ilusões de natureza simbiótico-narcisísticas.
4. A aquisição de uma capacidade em fazer (re)introjeções – e, daí, novas identificações – de renovados modelos, tanto de objetos como de funções psíquicas, de valores e de papéis.
5. A recuperação e integração de partes suas, que foram profundamente rechaçadas, reprimidas e cindidas, e que estão projetadas em outras pessoas, ou ocultas dentro dele mesmo.
6. A obtenção de uma capacidade em suportar frustrações, absorver perdas e fazer um luto pelas mesmas, através da assunção do seu quinhão de responsabilidades, e eventuais culpas, pelo destino de seus objetos importantes, assim como também pelo destino que ele deu às capacidades do seu ego.
7. A isso deve seguir-se a consideração (Winnicott utiliza o termo “concern”) pelas outras pessoas, e a capacidade de reparação pelos possíveis danos inflingidos aos objetos. e a si mesmo. Não é demais lembrar a importante

diferença entre a verdadeira e a falsa reparação, sendo que essa última pode-se processar através de recursos maníacos, de um “falso self”, ou de uma superproteção obsessiva.

8. Uma diminuição das expectativas impossíveis de serem alcançadas, as quais são providas tanto por parte de um ego ideal quanto de um ideal do ego.

9. Um abrandamento do superego, sempre que este for de natureza arcaica, rígido, punitivo e todo-poderoso. Nesse caso, a mudança consiste em transformar esse tipo de superego em um “ego auxiliar”, isto é, que ele conserve as indispensáveis funções delimitadoras, de proteção e de princípios éticos, a serviço do ego.

10. Uma libertação das áreas autônomas do ego, que possibilite um uso mais adequado de suas nobres funções de: percepção, pensamento, linguagem, juízo crítico, conhecimento, comunicação, ação e criatividade.

11. A aceitação da condição de dependência, a partir do insight de que depender dos outros é, em princípio, sadio e inerente à condição humana. O medo do paciente de “ficar dependente da análise e do analista” expressa, em verdade, que ele sofre de uma “dependência má” (devido às decepções e humilhações sofridas), a qual deve ser transformada em uma “dependência boa” (tecida com confiança, respeito, amizade, etc.).

12. A utilização da linguagem verbal, em substituição à não-verbal, a qual, muitas vezes, especialmente em pacientes muito regressivos, se expressa por meio de actings malignos e por somatizações, assim como por uma contratransferência difícil, por vezes paralisante. Da mesma forma, em pacientes borderline e psicóticos, constitui-se como uma importante mudança psíquica a utilização de símbolos (em lugar das equações simbólicas) e de abstrações.

13. A aquisição de uma “função psicanalítica da personalidade”. Esta expressão, originalmente empregada por Bion, designa que o analisando fez uma adequada identificação com as funções do seu psicanalista, o que vai possibilitá-lo a prosseguir a sua auto-análise pelo resto de sua vida.

14. Uma ruptura com os papéis estereotipados. Este é um ponto muito importante e que, parece-me, nem sempre tem merecido a devida atenção por

parte dos psicanalistas. De fato, muito comumente, o código de valores e a conduta dos indivíduos é repetitiva e estereotipada, e isso se deve ao fato de que essa conduta é comandada por uma espécie de “computador interno” que, desde bebezinho, foi-lhe programado pela cultura de seu habitat socio familiar. Nessa programação, deve merecer um registro especial os valores, conflitos e expectativas dos pais, tanto os conscientes quanto, e principalmente, os inconscientes. Sabemos que os papéis designados pelos pais ao seu filho são os mais variados possíveis (por exemplo: o de nunca deixar de ser uma eterna criança; o papel de “gênio” ou o de “bode expiatório”, etc., etc.), podendo tais papéis adquirirem uma forma imperativa e categórica. Nesses casos, os pais convencem a criancinha “quem” ela é e “como” ela deve vir a ser (ou não ser) para garantir o amor deles, sendo que, em caso de desobediência, tais pessoas serão acusadas, desde dentro de si mesmas, e para sempre, de crime de infidelidade e de alta traição. Essa é uma das principais razões da eclosão de estados depressivos diante de situações de um êxito pessoal que tenha sido construído em moldes diferentes das expectativas em que o indivíduo foi programado.

15. A aquisição de um sentimento de identidade, consistente e estável. Sabemos que a formação da identidade resulta da combinação de múltiplas identificações e que ela se processa em vários planos, como o sexual, de gênero, de geração, social, profissional, etc. Por outro lado, vale assinalar que a morfologia da palavra “identidade” compõe-se de idem (quer dizer: “igual”, ou seja, implica a manutenção de uma mesma maneira básica de o sujeito ser) e de entidade (que se forma quando a criança, ou o paciente, resolve a simbiotização, a qual se caracteriza por uma indiferenciação entre o “eu” e o outro, sendo que a partir daí, o sujeito faz uma separação e adquire uma individuação; assim, ele nasce psicologicamente, como diz M. Mahler (1973), ou seja, ele passa a existir, a ser um ente; daí, entidade).

16. A obtenção de uma autenticidade e de uma autonomia. A importância de que o paciente adquira uma autonomia está contida na própria etimologia dessa palavra. Assim, ela se forma a partir de auto (próprio) e de nomos (étimo grego, que tanto designa “nome” como “lei”). Dessa forma, por meio do que Lacan denomina o nome do pai, ou a lei do pai, o analisando consegue des-simbiotizar

da mãe, ou seja, sair de uma condição de ser um sujeitado, ou um sujeitador, e adquirir o estatuto de um sujeito, livre, a partir de uma liberdade interna, o que he faculta ser possuidor de um nome próprio e de leis próprias a serem cumpridas. Essa liberdade é indissociável do “amor às verdades” e são elas que vão permitir a passagem para um novo nível de mudança psíquica: a do exercício da auto-nomia, criatividade, aceitação dos limites e limitações, bem como do direito ao uso-fruto de prazeres e lazeres. A propósito disso, vale lembrar a referência de Freud, em um rodapé de O ego e o id (1923): “A análise se dispõe a dar ao ego a liberdade para decidir por um meio ou por outro”.

17. Ao mesmo tempo que o sujeito adquire o direito de sentir-se livre das expectativas e mandamentos dos outros (especialmente dos que moram dentro dele), ele também deve ser capaz de experimentar relações afetivas com outras pessoas, reconhecendo-as como livres, inteiras, diferentes e separadas dele, ao mesmo tempo em que possa suportar sentimentos ambivalentes em relação a tais pessoas.

ALGUNS ASPECTOS DE TÉCNICA

Além dos conhecidos procedimentos técnicos e táticos que visam promover as mudanças psíquicas, creio ser útil enfatizar, entre muitos elementos que constituem o campo analítico, alguns pontos que conferem uma feição atualizada à prática psicanalítica e que, como uma breve síntese do que está contido nos capítulos deste livro sobre a técnica, são os seguintes:

Natureza da ação curativa da terapia analítica.

O critério de mudança psíquica permite ser visto por diversos planos inerentes à vida do sujeito, os quais nem sempre coincidem, pois o crescimento mental não se processa de forma uniforme e, tampouco, é abrangente de forma concomitante para todo o mapa da mente humana. Ademais, o critério de “cura” também depende de quem avalia e, muito especialmente, do objetivo a que a análise se propõe, o qual depende diretamente do paradigma vigente para uma determinada época deste primeiro século da ciência psicanalítica.

Assim, somente para exemplificar, vale reavaliar os sucessivos aforismos que caracterizam, em Freud, a natureza da ação curativa da psicanálise, conforme o

estágio evolutivo de sua obra:

1) “O neurótico sofre de reminiscências e a cura consiste em rememorá-las” (formulada a partir do ponto de vista da “teoria do trauma”). Este aforismo baseia-se na premissa correta de que a “melhor forma de esquecer é lembrar” e, assim, libertar as energias psíquicas que estão a serviço da repressão. Sabemos hoje que esse princípio, embora válido em sua essência, não representa mais do que uma pequena parcela do processo curativo, sendo que essa própria formulação da importância das aludidas rememorações é entendida na atualidade sob o vértice de que “o que mais importa na análise, a partir das recordações espontâneas do paciente (é útil lembrar que, etimologicamente, recordar alude ao que vem do coração) consiste na possibilidade de que ele possa ressignificar o passado, a partir do presente.

2) O segundo aforismo de Freud relativo ao mecanismo curativo da psicanálise: Tornar consciente o que é inconsciente” (ponto de vista da “teoria topográfica”) deve ser entendido, na atualidade, que não se trata unicamente de passar de uma simples zona para uma outra, mas sim adquire o significado de que o paciente consiga estabelecer um livre canal de comunicação entre essas duas regiões da mente.

3) “Onde houver id (e superego) deve estar o ego” caracteriza a “teoria estrutural” de Freud. Este aforismo, por colocar o acento tônico no ego, tem merecido uma crescente importância e valorização por parte dos psicanalistas de todas as correntes. É claro que, se fôssemos aprofundar as funções do ego, poderíamos desdobrar aquela sentença em outras, do tipo “onde houver processo primário, deve ficar o secundário”; “onde houver o princípio do prazer, deve ficar o da realidade”, etc.

4) Do ponto de vista evolutivo, uma atualização dos fundamentais estudos sobre o complexo de Édipo e sobre o Narcisismo, justifica a seguinte máxima: “Onde houver Narciso, deve estar Édipo” (uma outra formulação deste princípio, seguindo uma terminologia de Lacan seria “onde houver a lei do desejo (de fusão com a mãe) deve ficar o o desejo da lei (de um pai que se interponha entre a criança e a mãe). E, assim por diante, os aforismos relativos à cura analítica, provindos de outros importantes autores, poderiam, aqui, sofrer um processo de

reavaliação atual.

Via “di porre” e via “di levare”.

Em 1905, inspirado em Da Vinci, Freud postulou a bela metáfora de que a cura analítica poderia seguir a dois modelos:

1. o da via di porre, a exemplo de um pintor que cria a sua obra de arte pondo as suas tintas em uma tela em branco,
2. ou a via di levare, que corresponde à criação artística de um escultor que, removendo (“levando” embora) pedaços de uma peça de mármore, pode trazer o “nascimento” de figuras que, ocultas no seu interior, estavam como que “pedindo para nascer”, como atestam as magníficas esculturas “Moisés”, “David”, ou a série dos “Escravos”, todas elas de Michelângelo.

Freud utilizou o modelo da “via di porre” para caracterizar aqueles tratamentos, não psicanalíticos, que consistiam nas diversas técnicas sugestivas, como a hipnose, modelo esse que ficou desprezado na psicanálise, embora, na atualidade, considere-se que alguma forma de sugestão é inevitável e inerente ao método psicanalítico.

Assim, a psicanálise passou a ser regida pela “via di levare”, isto é, pela ideologia psicanalítica de que o papel do analista se restringiria a “retirar” os excessos neuróticos e psicóticos do paciente para que então pudesse nascer e resplandecer a personalidade sadia que está oculta ou congelada dentro dele.

Conquanto essa última afirmativa, genericamente, esteja absolutamente correta, ela não deve invalidar que para certos pacientes em grau extremo de regressão, ela é insuficiente, porquanto tais pacientes podem estar requerendo que o terapeuta ponha algo que eles nunca tiveram, e que foram substituídos pelos vazios dos “buracos negros” do seu self.

As cinco regras técnicas legadas por Freud.

Acompanhando as transformações da teoria, técnica e objetivos terapêuticos da psicanálise, as clássicas “recomendações” de Freud também devem ser ressignificadas na atualidade, e de uma forma extremamente reduzida, aqui, cabe dizer que, na atualidade:

1) A regra fundamental (também conhecida como a da “livre associação de idéias”) deve ser entendida, não como uma obrigação, mas sim como um direito à liberdade para o paciente verbalizar, ou não, tudo o que lhe vier à mente.

2) A regra da neutralidade não deve ser entendida no sentido de que o analista comporte-se rigorosamente como uma mera superfície fria de um espelho que reflita tão-somente o que o paciente nele depositar; pelo contrário, “neutralidade” deve ser conceitualizada como sendo uma arte em que o analista deve se envolver (empatia), sem, no entanto, ficar envolvido (nas malhas de uma contra-transferência patológica).

3) A regra da abstinência indica que o terapeuta deve se abster de gratificar tanto os seus próprios desejos como os do analisando; na atualidade, cabe acrescentar que vale, sim, gratificar ao paciente, desde que fique claro que a melhor gratificação para ele não é a de ser atendido em seus desejos, mas, sim, a de ser entendido pelo seu analista.

4) A regra da atenção flutuante corresponde ao “sem memória, sem desejo e sem ânsia de compreensão” de Bion. Esta recomendação de Freud continua sendo plenamente vigente; no entanto, vale realçar que uma atenção flutuante não deve sugerir uma passividade e muito menos um desligamento por parte do analista. Pelo contrário, trata-se de um processo ativo, tendo em vista que o mesmo pressupõe uma sintonia afetiva (empatia), intuitiva (que está subjacente à sensorial) e cognitiva, desde que a mente do terapeuta não esteja saturada de preconceitos.

5) A regra do amor às verdades, ainda que não esteja explicitada com este nome na obra de Freud, pode ser apreendida claramente em inúmeras passagens de seus escritos sobre técnica. O que importa, como um fator curativo, é que “amor às verdades” designa uma atitude analítica, por parte do analista, de veracidade, dele ser verdadeiro – e assim ser introjetado pelo paciente – e que esse amor às verdades não deve ser confundido com uma caça obsessiva às, supostas, verdades absolutas.

Elementos do campo analítico.

Na atualidade não se concebe uma análise que seja unidirecional (o paciente

traz o “material” enquanto caberia ao analista a função única de interpretá-lo); pelo contrário, o processo analítico repousa em uma permanente vincularidade recíproca, o que constitui a formação do “campo analítico”.

Assim, dentro da concepção, que estamos adotando, de que “cura” analítica, muito mais que um esbatimento de sintomas e remissão de transtornos caracterológicos, consiste em um crescimento das capacidades mentais, os seguintes oito elementos fundamentais também vêm sofrendo as necessárias transformações técnicas, que, aqui, vão ser resumidas em uma ou duas frases para cada um deles, visto que eles estão especificamente estudados nos capítulos específicos:

1) **Insight:** vai muito além de uma combinação de regras e detalhes práticos, e constitui-se como um novo, singular e apropriado espaço para o paciente reexperimentar velhas experiências emocionais que foram mal solucionadas no passado.

2) **Resistência:** contrariamente a de como era considerada como um obstáculo à boa marcha de uma análise, os analistas de hoje reconhecem que elas servem como uma excelente amostragem de como o ego do paciente se defende diante dos seus medos diante da vida.

3) **Contra-resistência:** O aspecto mais importante a ser destacado é o da possibilidade da formação de conluíus inconscientes (os conscientes é mais adequado denominá-los como “pactos corruptos”) entre as necessidades e desejos do paciente com o seu analista e vice-versa.

4) **Transferência:** um tratamento analítico, que não transitou pela, assim chamada, “transferência negativa” não pode ser considerado uma análise completa pois ela não propiciou um importante fator curativo, qual seja, o de reexperimentar e ressignificar os sentimentos agressivos. Pode-se dizer que a transferência “negativa” é “positiva”, se ela for bem entendida e manejada pelo analista.

5) **Contratransferência:** o importante é que o terapeuta faça uma indispensável discriminação e um reconhecimento entre o que, realmente, é uma contratransferência (como resultante dos efeitos das identificações projetivas do

paciente, dentro da sua mente) e aquilo que não é mais do que a “transferência” do próprio analista (em cujos casos, o paciente é, no máximo, um detonador). Da mesma forma, o processo curativo de uma análise, notadamente com pacientes bastante regredidos, depende fundamentalmente do destino que a contratransferência tomará na pessoa do analista: ela tanto pode servir como um importante meio de comunicação primitiva do paciente e como uma útil bússola empática, como também ela pode resultar como patológica e confusante.

6) **Comunicação:** numa análise atual, de características vinculares e dialéticas, é evidente que a forma de comunicação recíproca entre o par analítico, tanto a verbal, como a não-verbal, assume uma alta relevância. Em relação à verbal, o que mais importa é que o paciente adquira a condição de discriminar quando o seu discurso está servindo para comunicar algo, ou se, pelo contrário, é para confundir e nada comunicar. Quanto à comunicação não-verbal, (principalmente a que se traduz por actings e somatizações), faz parte do processo curativo que o analisando possa pensar as experiências emocionais e expressá-las através do pensamento verbal.

7) **Interpretação:** é óbvio que análise sem interpretações não é análise e não pode progredir; contudo, tampouco é concebível uma análise que seja baseada exclusivamente em interpretações. Também é útil diferenciar “interpretação” de “atividade interpretativa”, sendo que esta última sugere mais diretamente um exercício dialético entre analista e paciente, no qual as interpretações resultam, em grande parte, de uma “construção” de ambos.

8) **Insight e elaboração:** esse aspecto abrange todas as considerações, sendo útil ressaltar que a eficácia curativa das mesmas depende fundamentalmente da condição de que o analisando tenha conseguido atingir a posição depressiva, segundo a concepção de M. Klein, sendo que isso costuma vir acompanhado de algum sofrimento psíquico. Nos casos em que existe uma total evitação da dor psíquica que é inerente à posição depressiva e que, ainda assim, o paciente manifesta melhoras, é necessário que o analista fique atento à possibilidade de que se trate de uma pseudomelhora, constituindo aquilo que Bion denomina cura cosmética, isto é, o paciente desenvolve uma série de camadas bonitas, que estão encobrindo a permanência de uma feiúra interna. A única forma de o paciente enfrentar a dor mental, no curso da análise, é quando houver uma

adequada “atmosfera analítica”.

Atmosfera analítica.

Esta expressão, aqui, designa o clima afetivo que se estabelece nas sessões, a partir da atitude interna do psicanalista, sendo que a mesma é entretecida pelos seus atributos genuínos e essenciais, tais como as capacidades de empatia e de continência, entre tantas outras mais. Parto do princípio de que toda e qualquer técnica analítica gira em torno de dois eixos fundamentais, sendo que ambos são indissociados e complementares entre si. Vale traçar uma representação gráfica disso, segundo o modelo cartesiano, de duas coordenadas perpendiculares, sendo que o eixo vertical, da “atividade interpretativa”, é mais importante nos analisandos que têm uma melhor integração do ego, enquanto o eixo horizontal, da “atmosfera analítica”, cresce em relevância na proporção direta do grau de regressividade dos pacientes. Este último caso deve ser entendido a partir do inequívoco fato de que os atributos do psicanalista também se constituem como um fator curativo, porquanto eles exercem a função indireta de preencher as lacunas que resultaram de uma deficiente maternagem original. Nessas condições, é válida a analogia de que a amamentação se compõe tanto do conteúdo (leite-interpretação) quanto da forma (a atitude da mãe-analista, em relação à maneira de segurar, alimentar, olhar e falar com o seu filho-paciente, sua calidez, amor, etc.), desde que o analista não confunda a sua função de preencher as lacunas primitivas da formação do self desse tipo de paciente com a de substituir o papel da mãe ou do pai.

Funções do ego.

A tendência atual é a de considerar que tão ou mais importante do que a clássica decodificação das fantasias inconscientes, com as respectivas pulsões, ansiedades e defesas, consiste na necessidade de o analista priorizar a maneira de como o seu analisando está utilizando as suas funções cognitivas do ego. Em outras palavras: como se processa a percepção do paciente em relação aos fatos e às pessoas do mundo exterior; como ele utiliza a sua (in)capacidade para pensar; ele consegue formar símbolos e, daí, tem capacidade para as abstrações e conceituações ou o paciente está detido no âmbito de equações simbólicas e, portanto, os seus pensamentos são concretos ?; e como é o seu juízo crítico ?.

Da mesma forma, valeria perguntar, até que ponto a sua função de conhecimento está mais voltada para o não conhecimento das verdades penosas; como é a sua comunicação, com qual tipo de linguagem; como são as suas ações, no plano da conduta, etc.

Sabemos que em pacientes detidos em níveis primitivos, tais funções do ego não se desenvolveram adequadamente de forma que, nesses casos, uma das tarefas do analista é a de que, durante algum tempo da análise, ele “empreste” ao paciente aquela função do ego que ele possui, mas que falta ao paciente (por exemplo, em muitos momentos, pensar pelo paciente e, assim, ensiná-lo a pensar).

Para que essa atividade do analista se constitua como um fator curativo, ela deve ser transitória: o modelo que me ocorre é o dos andaimes de uma construção, tendo em vista que os mesmos são indispensáveis até a conclusão da obra, e depois são retirados.

Neo-Identificações.

Partindo do princípio de que todo analisando é, em grau distinto, portador de identificações patógenas, impõe-se como uma tarefa analítica imprescindível, como fator curativo, o difícil processo de realizar des-identificações. É como se fosse uma “decantação”(termo da química que designa a operação que separa duas substâncias diferentes, como pode ser dois líquidos, ou um líquido de um sólido, que estão misturados e confundidos em uma mesma solução); trata-se, portanto, de uma decantação entre as diferentes identificações parciais, as boas e as patógenas, que estão imbricadas no interior de cada sujeito. As desidentificações abrem espaços dentro do ego, que devem ser preenchidas com neo-identificações, sendo que a pessoa do psicanalista, como pessoa real, também funciona como um importante modelo para as novas identificações do paciente, e isso se constitui um importante fator curativo, creio que mais importante do que é habitualmente considerado.

Neo-Significações.

Desde bebê, a estruturação do inconsciente de todo indivíduo vai se impregnando dos significantes veiculados pelo discurso dos pais e da sociedade.

Tais significantes, ao se combinarem com as fantasias inconscientes originais, vão compondo novas e profundas formações fantasmáticas que acabam regendo a vida dos nossos pacientes.

Por exemplo: uma mãe fóbrica emprestará um significado de “perigo” – e a necessidade de evitação – a tudo que estiver acontecendo com o seu filho, e assim está seguramente fabricando um novo fóxico na família; o mesmo pode-se dizer em relação ao doutrinário discurso dos pais, com significações paranóides, obsessivas ou narcisistas e assim por diante. A exemplo do que antes foi dito em relação às identificações, também é uma tarefa muito importante do analista a de promover as des-significações, seguidas de neo-significações.

Estereotipia de papéis.

Aí temos um bom exemplo de como a psicanálise pode se enriquecer com a utilização de conceitos provindos de outras áreas. A teoria sistêmica – vigamestra das terapias do grupo familiar – aprofundou os estudos referentes ao interjogo dos papéis e posições que cada membro de uma família é impelido a desempenhar, e que, muitas vezes, prolonga-se ao longo de suas vidas. A ruptura com o imperativo categórico desses valores e papéis constituem-se como momentos críticos do tratamento psicanalítico, muito especialmente quando se trata de pacientes que são fortes portadores daquilo que poderíamos denominar “parte simbiótica da personalidade”. Durante o período de “dessimbiotização” e de transição de papéis rigidamente estereotipados para outros de natureza mais livre e autônoma, tais pacientes podem apresentar sintomas confusionais e depressivos, às vezes com queixas hipocondríacas e de despersonalização. Se o psicanalista observar com atenção, perceberá que o estado depressivo do analisando, que está rompendo com a tradição dos papéis que lhe foram imputados, tem uma forte tonalidade de um sentimento de traição (não é por nada que os termos “tradição” e “traição” procedem de uma mesma raiz etimológica). Creio ser muito relevante o terapeuta conhecer e estar atento ao surgimento de uma crise na análise do paciente, justamente quando ele está procedendo a uma ruptura com certos papéis, a ponto de, pelo menos em meu entendimento, em situações mais extremas, essa situação pode constituir uma das quatro causas principais do surgimento da temida “reação terapêutica

negativa” (as outras três causas, como já foi referido em outro capítulo, são:

uma inveja excessiva do sucesso do analista;

um superego altamente punitivo quando o êxito analítico do paciente lhe representa ser um triunfo edípico;

e o encontro do paciente com uma terrível depressão subjacente, onde jazem feridos e mortos que o proíbem de ser feliz).

A dor mental.

É inevitável a presença de algum grau de dor psíquica, no curso de uma análise que promova verdadeiras mudanças psicológicas. O autor que mais profundamente estudou esse aspecto foi Bion, e cabe destacar alguns dos aspectos por ele abordados:

a) No lugar de evadir as frustrações penosas, o paciente deve adquirir condições para enfrentar essas frustrações inevitáveis e, assim, modificar não só as formas de como tentar solucioná-las, como também a possibilidade de obter uma modificação da fonte geradora das frustrações.

b) Suportar a dor psíquica é o único caminho que permite a passagem da posição esquizoparanóide para a depressiva e, como decorrência, de uma aprendizagem com as experiências emocionais.

c) Bion estabelece uma significativa diferença entre sentir a dor (pain) e sofrer a dor (suffering), em cujo caso o paciente está elaborando e processando os insights adquiridos, muitas vezes dolorosos.

d) O analista deve estar atento para a possibilidade de que uma mudança significativa do estado mental do paciente venha acompanhada de uma dor psíquica muito intensa, que Bion denomina mudança catastrófica, a qual consiste na possibilidade de o analisando mostrar-se confuso, deprimido, desesperançado, fazer acusações ao analista de que está muito pior do que antes da análise, não sendo rara a possibilidade de surgir uma ideação suicida. Apesar da dramaticidade do quadro clínico, é bem possível que ele seja temporário e represente o preço pago por uma significativa melhora e um expressivo crescimento mental.

Embora todo crescimento psíquico tenha algo de doloroso porque vai contra uma tendência do ser humano em sua busca do paraíso narcisista, isso não deve ser levado ao pé da letra, porquanto acredita-se, cada vez mais, que a busca de novas relações, de ampliação do conhecimento, do sucesso de realizações, é uma função inata, natural e prazerosa do ego.

Parte psicótica da personalidade.

Este termo, como já vimos, pertence a Bion, que o emprega para caracterizar que todo sujeito, em maior ou menor grau, é portador de núcleos bastante regressivos, remanescentes dos primitivos períodos evolutivos, como onipotência, onisciência, uso excessivo de identificações projetivas, etc., etc.

Um processo analítico que não transitou por esses núcleos psicóticos, deve ser considerada, no mínimo, incompleta, porquanto é a análise dessa “parte psicótica” que possibilita a criação de um espaço mental no paciente no qual:

- 1) A onipotência seja substituída pela capacidade para pensar.
- 2) A onisciência dê lugar à formação de uma capacidade para aprender com as experiências.
- 3) No lugar da prepotência (pré-potência) deve ficar um reconhecimento da dependência, desamparo e impotência.
- 4) Um habitual estado mental de confusão deve ser substituído por uma capacidade para fazer discriminações, entre o que é verdadeiro e o que é falso; entre uma parte da personalidade que se opõe a uma outra, etc.
- 5) A curiosidade arrogante e intrusiva deve ceder lugar a uma curiosidade sadia.
- 6) Um estado mental de arrogância deve ser substituído por um orgulho de si próprio.
- 7) No lugar de um uso excessivo de identificações projetivas, deve haver o desenvolvimento de uma capacidade de empatia e de continência.
- 8) A costumeira modalidade transferencial de uma exagerada idealização ou de denegrimiento deve ser substituída por uma harmônica introjeção da “função psicanalítica da personalidade” do analista, de tal sorte que possibilite ao pa-

ciente o desenvolvimento de uma “função auto-analítica”.

Término da análise.

Desde Freud (1937) sabemos que existe uma velha polêmica: a análise é terminável ou ela é sempre interminável?

Sou dos que pensam que ela nunca é totalmente terminável, levando em conta que a cura analítica é bem diferente da cura, ou “alta”, em clínica médica.

Por essa razão, e pelo risco de que possa ser utilizada como um atestado de plena e completa saúde emocional, evito utilizar o termo “alta” em análise, por mais bem-sucedido que tenha sido o tratamento.

Prefiro configurar como tendo sido um “término”, ou seja, a conclusão de uma importante etapa da vida, e isso abre as portas para uma possível reanálise, para um outro momento da vida do analisando.

Se tomarmos o prefixo latino “in”, no sentido de uma interiorização, e não de uma negativa, que é o seu outro significado habitual, podemos dizer, a partir de um vértice etimológico, que uma análise torna-se terminável quando ela fica interminável. Em outras palavras, um tratamento analítico termina quando o analisando, mercê de uma boa introjeção da função psicanalítica do seu analista, está equipado para prosseguir a sua, eterna, função auto-analítica e, dessa forma, continuar fazendo renovadas mudanças psíquicas. Um critério de resultado analítico exitoso, segundo Bion, não é o de o paciente vir a ficar igualzinho ao analista e estar curado igualzinho ao analista, mas, sim, o de vir a tornar-se alguém, que está se tornando alguém.

Partindo do princípio que o analista é uma espécie de arquiteto – que, juntamente com o cliente, lida com os espaços mentais, modificando-os, abrindo paredes, emprestando mais luz, cores, harmonia e funcionalidade – quero concluir o espírito deste capítulo, com a citação de uma frase de um eminente arquiteto inglês, a qual considero muito tocante e que, poeticamente, sintetiza e define o espírito deste texto.

Diz Denys Lasdun:

Nosso papel é proporcionar ao cliente, dentro do tempo e custo (e capacidades)

disponíveis, não o que ele quer (pelo menos, no início da análise), mas o que ele nunca sonhou em querer, e, quando ele tem o produto (resultado analítico) final, o reconhece como sendo exatamente o que ele queria o tempo todo.

CONVITE:

***"Pois fica decretado a partir de hoje, que
terapeuta é gente também.***

***Sofre, chora, ama e sente e, às vezes,
precisa falar.***

***O olhar atento, o ouvido aberto,
escutando a tristeza do outro, quando, às
vezes, a tristeza maior está dentro do seu
peito.***

***Quanto a mim, fico triste, fico alegre e
sinto raiva também.***

***Sou de carne e sou de osso e quero que você saiba isto de
mim.***

***E agora, que já sabes que sou gente,
quer falar de você para mim?"***

Biografia

A psique do corpo – D.G. Ramos, Editora Summus

Curso de psicanálise – Marc Andre Keppe, Edições inteligentes Fundamentos
psicanalíticos – David E. Zimerman, Editora Artmed Linguagem de corpo –
Cristina Cairo, Editora Mercuryo

Medicina Psicossomática – Dr. Joselio Gomes de Souza, SBOP

Medicina psicossomática e psicologia da saúde – J.C. Riechelmann, Editora
Pioneira

Revista Mente e Cérebro-Edição Especial nº 14, Editora Duetto Stress: a tensão
da vida – H. Seyle, Editora Ibrasa