

Psicossomática psicanalítica*

*Admar Horn**, Rio de Janeiro*

O autor propõe uma discussão em torno de psicoterapia e psicanálise, explorando o tema segundo o viés da escola francesa freudiana de psicanálise, bem como também da escola de psicossomática IPSO Paris. Um fragmento clínico de um paciente psicossomático é relatado para tentar colocar em evidência alguns conceitos e noções importantes nessa clínica.

Palavras-chave: psicanálise, psicoterapia, transferência, contratransferência, afeto compartilhado, depressão essencial, protomelancolia.

* Trabalho apresentado no *Painel: Realidades e ficções - Abordagem clínica do paciente somático: psicoterapia ou psicanálise?*, no 30º Congresso da Federação Psicanalítica da América Latina (FEPAL), Buenos Aires, setembro 2014.

** Psicanalista. Membro Associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (SBPRJ) Rio II e da *Société Psychanalytique de Paris*.

Psicoterapia ou psicanálise?

Uma das questões importantes relativas ao tema desta nossa mesa redonda vem sendo já debatida há anos pelos nossos colegas interessados na evolução dos processos analíticos em curso atualmente:

O processo analítico propriamente dito é ou não uma psicoterapia?

Dentro deste contexto somos imediatamente confrontados com as conexões conturbadas das relações entre a psicanálise e a psicoterapia. Essa é uma questão antiga, com uma longa história contendo nela uma dupla articulação. Por um lado corresponde ao limite entre o que seria e o que não seria psicanalítico, ou seja, ao limite do campo da prática psicanalítica propriamente dita. Por outro lado, evoca, no interior desse campo, a diferença entre o processo analítico no sentido restrito da psicanálise e aquilo que temos o hábito de designar como sendo psicoterapias psicanalíticas, ou, ainda, psicoterapias de inspiração psicanalítica.

Vemos bem que a psicoterapia psicanalítica está na intersecção da psicanálise e da psicoterapia de tal modo que ela tanto ameaça quanto mantém o princípio de uma unidade da prática analítica. Creio, então, que deveremos pensar simultaneamente aquilo que se constitui tanto em unidade quanto em diversidade, ou seja, a heterogeneidade dessa prática.

A experiência da psicanálise com os pacientes psicossomáticos exigiu dos analistas que a praticam uma importante revisão das teorizações da situação analítica. A grande questão é pensar o *setting* analítico, em função das particularidades destes pacientes para que surja dentro do possível uma situação analisante (Donnet, 2005).

Com os pacientes limites a instauração de um *setting* exige quase sempre um trabalho de elaboração preliminar. Temos, então, que levar em conta a necessidade frequente da construção de um *setting* no qual o engajamento recíproco da dupla muitas vezes surge a partir de uma relação exploratória.

Num artigo publicado em 2001, *Psychoanalysis and psychotherapy: the controversies and the future* (2001a), nossa colega Marília Aisenstein sustenta, de uma maneira bastante convincente, o princípio desta unidade, citando o relato clínico de uma de suas pacientes atendidas em ritmo hebdomadário numa instituição e dá ao seu artigo o seguinte título provocante: *As psicoterapias psicanalíticas não existem?*¹ Segundo ela não é que este seu trabalho não tenha

¹ Livre tradução de *Psychoanalytic psychotherapy does not exist?*

uma visão terapêutica, pois o que defende é exatamente o contrário. Ela sustenta que este trabalho na sua essência não difere da situação analítica, mesmo quando feita com pacientes não tão gravemente atingidos.

Essa provocação de Marília Aisenstein faz com que se coloque uma questão simetricamente provocativa: O processo analítico não é uma psicoterapia? Não é verdade que o trabalho numa situação analítica similar à clássica se faz, quando é bem indicado e bem conduzido? Penso que baseamos nossa indicação quando ela se nos apresenta mais adequada e possível de ser realizada. Podemos observar que a nossa prática psicanalítica mudou ao longo destes últimos anos e isso não se deve apenas ao fato de que tanto a psicanálise quanto nós mesmos evoluímos. A demanda de análise mudou em função das transformações acontecidas no campo do social, mas temos dificuldades em avaliar essa mudança a partir apenas da nossa própria experiência.

Outro elemento importante neste contexto das psicoterapias com estes pacientes psicossomáticos é o afeto, pois sabemos que as ligações entre o corpo e o afeto estão também presentes desde as origens da medicina. A partir de Hipócrates (*corpus*) e a teoria dos humores na formação do caráter e das doenças até a medicina moderna e a psicanálise, os afetos estão no núcleo central das causalidades diferentes tanto em relação aos problemas psíquicos quanto às afecções somáticas.

Catherine Parat (1995), no seu belo trabalho sobre o *afeto compartilhado*, mostra de um modo bastante evidente, e claro a importância deste afeto compartilhado quando estamos engajados num processo psicanalítico com estes pacientes psicossomáticos. A clínica psicossomática nos faz repensar os destinos do afeto descritos por Freud: repressão, deslocamento, transformação em angústia. Estes destinos dependem da eficiência da ação do recalçamento sobre as representações, ação cujo verdadeiro alvo visa a domar, reprimir, a carga energética do afeto.

Contrariamente à melancolia, na qual os afetos estão inseridos num conflito narcísico ambivalente com o objeto perdido, a depressão essencial coloca em evidência um apagamento drástico dos afetos, uma extinção da vida pulsional, *uma baixa do tônus vital sem contra partida econômica* (Marty, 1968) precursora da eclosão das doenças somáticas.

Acho que não poderíamos dizer melhor do que Freud, quando ele afirma na *Interpretação dos sonhos* (1900) que na sua valência positiva ou negativa, seja por falta ou por excesso, *o afeto tem sempre razão*.

Os trabalhos de André Green sobre o afeto dão a este e ao corpo seus ares de nobreza. Ele propõe uma verdadeira metapsicologia do afeto, um olhar sobre um corpo emocionado, misto de quantidade e qualidade enraizado no somático e

alcançando o mais psíquico da pulsão. Longe de ser um simples análogo ao significativo da linguagem, ele se articula com o intrapsíquico, ou seja, com o biológico e a intersubjetividade, o *socius* e o cultural. Esta dupla articulação estando ligada ao funcionamento mental na sua relação com o objeto, *um movimento em espera de forma*.

Claude Smadja enriqueceu singularmente a compreensão desta chamada *clínica do silêncio*, observada frequentemente nestes pacientes psicossomáticos. Ele mostra que a alucinação negativa dos afetos, ou a negação das percepções internas de origem corporal e somática, já presentes na criança, procedem de uma rasgadura no *ego* que funda, deste modo, o núcleo da clivagem descrito por Freud. Marília Aisenstein (2001a,b) e Claude Smadja (2012) descrevem os efeitos desta negação da percepção interna no processo analítico, assim como a percepção inconsciente-pré-consciente no analista, do afeto que falta nestes pacientes, de onde, então, aparece essa particularidade da contratransferência em psicossomática.

Relato sumário de uma vinheta clínica na qual o afeto compartilhado teve um papel importante na evolução do processo analítico

Antônio é um paciente adulto jovem, que me foi encaminhado por uma atriz de teatro, muito amiga de seus pais e que acompanhou à distância o processo analítico desse paciente, considerado por todos que o conheciam como sendo um caso difícil.

Durante quase três meses que precederam o nosso primeiro encontro, eu recebi vários telefonemas de seus pais. No início era a mãe que me telefonava, posteriormente o pai. Toda a vez que ela o fazia eu podia notar-lhe um sentimento de desespero devido ao fato de não saber mais como agir para aliviar o sofrimento deste filho.

Antônio se queixava há um certo tempo de um forte zumbido no seu ouvido direito, e também apresentava distúrbios de comportamento, o que estava tornando difícil o convívio familiar tal a gravidade dos fatos. Tinha já sido avaliado por vários colegas médicos e, ao consultar com uma renomada otorrinolaringologista em São Paulo, foi orientado a procurar um psicanalista, para que se fizesse um trabalho conjunto com o dela.

O último telefonema recebido antes do meu primeiro encontro com ele foi dado pelo pai, completamente aturdido, pois tivera uma séria briga com o filho, com violência física recíproca. Pela primeira vez, ao telefone, ele pôde expressar o temor de que seu filho fosse portador de uma patologia mental grave. Logo

após este episódio, houve um último telefonema da mãe reservando um horário para que o filho viesse ao consultório.

O nosso encontro foi marcado por uma empatia recíproca. Antonio tinha, na época, 25 anos e havia terminado seus estudos numa faculdade de Direito. O exame da OAB, para poder exercer sua atividade profissional com todos os direitos, era algo muito temido por ele, apesar de ter sido sempre um bom aluno.

Dizia ele que esse barulho ensurdecedor no seu ouvido o incomodava muito e que o diagnóstico dado pela médica de São Paulo era de síndrome do Tinnitus. Sentia-se muito atormentado e havia adotado uma série de procedimentos estratégicos para obter melhor qualidade de sono. Estratégias as mais variadas foram por ele tentadas para dissimular o barulho e poder dormir. Nesta mesma época foi também orientado a procurar um ortodontista que avaliasse sua articulação temporomandibular.

Seus vínculos com familiares e amigos foram sempre bastante precários. Falava bastante do avô materno, do qual esteve muito próximo nos últimos anos de vida desse. Antônio dizia que todos na família o achavam muito parecido com ele. Reações explosivas e inúmeras brigas na rua faziam parte do cotidiano deste meu paciente. Essa psicoterapia durou alguns anos, com evidente atenuação do seu sofrimento físico e psíquico, tendo ele resolvido, então, dar-se alta, dizendo estar se sentindo melhor e com condições de retomar sua vida profissional.

Essa foi, pois, uma terapia em que me mantive durante bastante tempo em silêncio, sentia-me à vontade desta maneira. Quanto a Antônio, teve a possibilidade de me contar e reconstruir sua história pessoal. Por vezes ele me pedia para eu ficar quieto, pois tinha muita necessidade de me falar de si mesmo, de seus problemas e dificuldades. L'art de converser segundo Aisenstein (2001b).

Ele tinha um modo quase fetichista de mostrar-se como um todo, completo, com excelente performance sexual, quase sempre munido dos vários gadgets eletrônicos do momento. Era também um apaixonado pelo futebol, praticava frequentemente a altinha quando ia à praia. Para mim, o zumbido no ouvido parecia apresentar-se como uma sobrecarga de excitações que não encontravam outro modo de se transformar. Os inúmeros exames clínicos realizados nunca revelaram nenhuma anormalidade.

Pude constatar e tentar trabalhar, ao longo de todos esses anos de terapia, um estado depressivo bastante significativo no paciente, e, como já o disse, com muitas atuações heteroagressivas contra pessoas na rua, seu pai, e grandes crises de cólera acompanhadas quase sempre de uma posterior hiperatividade sexual. Fumava maconha moderadamente, o que me pareceu corresponder a uma busca de um efeito ansiolítico ou antidepressivo num contexto de uma consumação

solitária autoterapêutica. *Lembro-me sempre dele como um jovem adulto vivendo com pleno vigor sua crise de adolescência.*

Este processo analítico se caracterizou por uma grande atividade de construção transferocontratransferencial, tentando sempre que possível avaliar as condições precárias de sua vida psíquica precoce acompanhada de um conseqüente e severo apagamento psíquico. Sabemos que uma das vias atuais de pesquisa em curso na teorização da psicossomática psicanalítica é a provável relação psicose-somatose.

Concluindo, lembrei-me de uma participação minha num atelier, no 69º Congresso de Psicanalistas de Língua Francesa (2009) em Paris, cujo tema era *Figures de la protomélancolie*, dirigido por Jean-Claude Rolland. Este autor pensa que o modo como alguns pacientes resistem ao tratamento psicanalítico tem sua origem num fundo melancólico, melhor, *protomelancólico*, presente em toda patologia mental grave, independente da forma como ela se apresente (Rolland, 2009, comunicação verbal).

Se tomarmos a psicose como exemplo, mesmo que ameace gravemente o *ego*, ela é um processo de defesa que visa a conservar o objeto em perigo de ser perdido. Seu objetivo, silenciado e escondido durante muito tempo pelos pacientes, coloca o objeto no interior do *ego*, permitindo-lhe, num primeiro tempo, existir como tal, antes de se tornar *uma substância egoica*. Mesmo que pensemos a natureza do *ego* psicótico como fundamentalmente diferente do *ego normal*, seu desmoronamento constitui-se num violento abalo. Aprendi com nosso mestre Pierre Marty que uma das ferramentas mais importantes de que dispomos no trato com estes pacientes sobre os quais aqui conversamos é a *paciência*. □

Abstract

Psychoanalytic psychosomatics

The author proposes a discussion on psychotherapy and psychoanalysis, exploring the theme from the perspective of the French Freudian psychoanalytic school as well as of the Paris Psychosomatic Institute (IPSO). A clinical fragment of a psychosomatic patient is reported in order to highlight some important concepts and notions in this practice.

Keywords: psychoanalysis, psychotherapy, transference, countertransference, shared affect, essential depression, proto-melancholy.

Resumen

Psicossomática psicanalítica

El autor propone una discusión alrededor de psicoterapia y psicoanálisis, explorando el tema según el enfoque de la escuela francesa freudiana de psicoanálisis, así como también de la escuela psicossomática IPSO París. Un fragmento clínico de un paciente psicossomático se relata para intentar poner en evidencia algunos conceptos y nociones importantes en esa clínica.

Palabras clave: psicoanálisis, psicoterapia, transferencia, contratransferencia, afecto compartido, depresión esencial, protomelancolía.

Referências

- Aisenstein, M. (2001a). Psychoanalytic psychotherapy does not exist. In S. Frisch, R. D. Hinshelwood, & J. M. Gauthier (Eds.). *Psychoanalysis and psychotherapy: the controversies and the future*, (pp. 19-31). London: Karnac.
- Aisenstein, M. (2001b). L'art de la conversation (dossier : psychosomatique : accords perdus). *Santé Mentale*, 57: 36-39.
- Donnet, J-L. (2005). *La situation analysante*. Paris : PUF. « Le Fil rouge », 248 p.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*, trad. franç. par I. Meyersonn, Paris : PUF 1926, nouv. éd. revue par Berger, Paris : PUF, 1967.
- Marty, P. (1968). La dépression essentielle. *Revue Française de Psychanalyse*, 32 (3) : 595-598.
- Parat, C. (1995). L'affect partagé. *Revue Française de Psychosomatique*, 44: 167-182, 2013.
- Rolland, J-C. (2009). Congrès des Psychanalystes de Langue Française, 69, *Figures de la proto-mélancolie*. Comunicação verbal.
- Smadja, C. (2012). Introduction à une clinique du silence. In G. Cabrol, M-C. Durieux & H. Parat, *La dépression: éclipse d'Éros ou triomphe de Tanatos ?* Coll. Monographies et débats de Psychanalyse de la Revue Française de Psychanalyse, Paris : PUF.

Recebido em 22/05/2015

Aceito em 19/08/2015

Revisão técnica de **Renato Lucas**

Admar Horn

Rua Carlos Góes 375/ 310 – Leblon
22440-040 – Rio de Janeiro – Brasil
e-mail: horn@osite.com.br

© Revista de Psicanálise – SPPA