

O ADOECIMENTO SOMÁTICO EM FERENCZI, GRODDECK E WINNICOTT: UMA NOVA MATRIZ TEÓRICA.



Lucas Nápoli dos Santos¹
Carlos Augusto Peixoto Junior²

RESUMO: A matriz teórica proposta por Pierre Marty e outros analistas da Escola de Psicossomática de Paris (EPP) é, atualmente, o modelo hegemônico de abordagem do adoecimento somático em Psicanálise. Tal matriz está alicerçada na hipótese de que a doença orgânica estaria associada a uma insuficiência da capacidade de elaboração psíquica. Sándor Ferenczi, Georg Groddeck e Donald Winnicott formularam concepções sobre o adoecimento somático que não se coadunam com o modelo francês. O objetivo deste artigo é cotejar as contribuições desses autores a fim de demonstrar que elas revelam a existência de outra matriz de compreensão do adoecimento somático em Psicanálise. Foi realizado um estudo teórico-conceitual por meio da análise de alguns textos dos três autores que tratam direta ou indiretamente do adoecimento somático e das relações entre corpo e psique. A investigação evidenciou que os autores apresentam três principais pontos de convergência entre si: (1) uma concepção monista do indivíduo na qual corpo e psique são entendidos como expressões concomitantes de uma realidade integral; (2) a compreensão da psique não como uma máquina de descarregar excitações, mas como um movimento produtivo ininterrupto, que promove continuamente uma elaboração imaginativa do corpo; e (3) o entendimento de que o adoecimento é um fenômeno relacional, que só pode ser adequadamente compreendido à luz da história e do que, diferentemente da matriz francesa, enfatiza a complexidade do adoecimento somático e está alinhada com um modelo integral de cuidado em saúde.

Palavras-chave: Psicossomática, Adoecimento, Corpo, Psique, Psicanálise.

ABSTRACT: The framework proposed by Pierre Marty and other analysts of the Paris Psychosomatic School is currently the hegemonic model of approach to somatic illness in Psychoanalysis. This framework is based on the hypothesis that organic disease would be associated with an insufficiency of the psychic elaboration capacity. Authors such as Sándor Ferenczi, Georg Groddeck and Donald Winnicott formulated conceptions about somatic illness that do not fit the French model. The objective of this article is to compare the contributions of these authors indicating that they reveal the existence of another framework of understanding of somatic illness in Psychoanalysis. A theoretical conceptual study was carried out through the analysis of some texts of the three authors directly or indirectly related to somatic illness and the relationship between body and psyche. Research has shown that the conceptions of the authors present three main points of convergence: (1) a monistic conception of the individual in which body and psyche are understood as concomitant expressions of an integral reality; (2) the understanding of the psyche not as a machine of unloading excitations, but as an uninterrupted productive movement, which continually promotes an imaginative elaboration of the body; and (3) the understanding that illness is a relational phenomenon, which can only properly be understood in the light of the individual's history and current context. These three points constitute the pillars of a framework that, unlike the French framework, emphasizes the complexity of somatic illness and is aligned with a health comprehensive model approach.

Keywords: Psychosomatic, Illness, Body, Psyche, Psychoanalysis.

RESUMEN: La matriz teórica propuesta por Pierre Marty y otros analistas de la Escuela de Psicossomática de París (EPP) es, actualmente, el modelo hegemónico de abordaje de la enfermedad somática en Psicoanálisis. Esta matriz se basa en la hipótesis de que la enfermedad orgánica estaría asociada a una insuficiencia de la capacidad de elaboración psíquica. Sándor Ferenczi, Georg Groddeck y Donald Winnicott formularon concepciones sobre la enfermedad somática que no se ajustan al modelo francés. El objetivo de este artículo es cotejar las contribuciones de estos autores indicando que ellas revelan la existencia de otra matriz de comprensión de la enfermedad somática en Psicoanálisis. Se realizó un estudio teórico-conceptual por medio del análisis de algunos textos de los tres autores relacionados directa o indirectamente del enfermo somático y de las relaciones entre cuerpo y psique. La investigación mostró que las concepciones de los autores tienen tres puntos principales de convergencia entre sí: (1) una concepción monista del individuo en el que el cuerpo y la psique se entienden como expresiones concomitantes de una realidad integral; (2) la comprensión de la psique no como una máquina de descargar excitaciones, sino como un movimiento productivo ininterrumpido, que promueve continuamente una elaboración imaginativa del cuerpo; y (3) el entendimiento de la enfermedad como un fenómeno relacional, que sólo puede ser adecuadamente comprendido a la luz de la historia y del contexto actual del individuo. Estos tres puntos se constituyen en los pilares de una matriz teórica que, a diferencia de la matriz francesa, enfatiza la complejidad de la enfermedad somática y está alineada con un modelo integral de cuidado en salud.

PALABRAS CLAVE: Psicossomática, Enfermedad, Cuerpo, Psique, Psicoanálisis.

INTRODUÇÃO

No campo psicanalítico, a matriz teórica hegemônica na abordagem do adoecimento somático é oriunda dos trabalhos de Pierre Marty e de outros analistas franceses, notadamente Michel de M'Uzan, Michel Fain e Christian David. Tais autores constituíram, a partir do início da década de 1950, a chamada *Escola de Psicossomática de Paris* (Aisenstein, 2006). A abordagem teórica proposta por eles tem seu fundamento na hipótese de que o adoecimento somático ocorreria com maior frequência e gravidade em indivíduos que apresentam uma *organização psíquica específica* que os torna mais vulneráveis a padecer de uma enfermidade orgânica. O aspecto central dessa estrutura seria uma *insuficiência fundamental do funcionamento mental* (Marty, 1993), não se tratando, nesse contexto, de deficiência intelectual ou cognitiva. A noção de “funcionamento mental” empregada por Marty e seus colegas refere-se à capacidade de o psiquismo possibilitar a descarga das excitações por meio de representações mentais. Do ponto de vista desses autores, essa capacidade de elaboração estaria comprometida nos indivíduos que padecem de um adoecimento somático.

Embora Marty e seus colegas aleguem que tal hipótese tenha surgido da abordagem clínica de pacientes ditos somatizantes, é possível avaliá-la não apenas como um mero reflexo da experiência dos autores, mas também como uma maneira específica de enquadrar os fenômenos clínicos, alicerçada em um determinado *modelo* de abordagem da subjetividade. Trata-se, para chamá-lo pelo nome, do modelo freudiano, em que o psiquismo é visto como um *aparelho* que opera tendo como função possibilitar a descarga das tensões experimentadas pelo organismo, sobretudo aquelas provenientes das excitações internas (pulsionais). As representações mentais seriam os *meios* através dos quais tal função poderia ser levada a cabo. Nesse sentido, a hipótese de que a insuficiência do funcionamento mental é o fator determinante da vulnerabilidade individual ao adoecimento orgânico só faz sentido à luz desse modelo mecânico de psiquismo adotado pelo fundador da Psicanálise.

Quando Freud (1996a/1915) formaliza o conceito metapsicológico de pulsão (*Trieb*) como uma força constante proveniente do interior do corpo, o psiquismo passa a ser pensado como um aparelho organizado fundamentalmente para manejar as intensidades pulsionais. O médico vienense observa que a natureza constante do fluxo pulsional demanda um funcionamento mental mais complexo do que aquele exigido pelos demais estímulos. Um simples movimento reflexo já não seria suficiente para promover o restabelecimento do equilíbrio psíquico já que as intensidades pulsionais não cessam de se manifestar, obrigando a mente a “renunciar à sua intenção ideal de afastar os estímulos” (Freud, 1996a/1915, p. 126). Em decorrência disso, o aparelho psíquico seria obrigado a colocar em ação um verdadeiro trabalho sobre as intensidades a fim de

manejá-las e impedir que, em função do acúmulo, elas exerçam um efeito traumático. Esse trabalho seria feito fundamentalmente a partir das representações mentais e dos processos associativos entre elas.

Marília Aisenstein, uma das principais representantes contemporâneas da Escola de Psicossomática de Paris, assinala que a tese freudiana de que a pulsão faz uma exigência contínua de trabalho representacional à mente permite esclarecer o que estaria em jogo no adoecimento somático. De acordo com a autora, os sintomas orgânicos seriam “consequências de uma impossibilidade da psique de decodificar ou traduzir as exigentes demandas do corpo” (Aisenstein, 2010, p. 53). Por essa razão, Aisenstein considera o conceito freudiano de pulsão como uma noção crucial para a abordagem do adoecimento somático, na medida em que nesse tipo de afecções as intensidades pulsionais manifestar-se-iam em estado bruto, isto é, sem um trabalho prévio de representação.

É justamente supondo que na base da matriz teórica da Escola de Psicossomática de Paris encontra-se o modelo freudiano de subjetividade que se pode compreender as categorias clínicas formuladas por Marty e seus colegas para caracterizar os pacientes ditos somatizantes. Trata-se de noções como *carência fantasmática e pensamento operatório*. De acordo com Marty e M’Uzan (1963), o discurso de pacientes com adoecimento somático no *setting* costuma manter-se muito vinculado à realidade objetiva, com poucos traços de simbolismo. Além disso, não haveria da parte desses pacientes a típica demanda de amor encontrada habitualmente na clínica psicanalítica com pacientes neuróticos. A relação terapêutica seria esvaziada de qualquer traço de afetividade, prevalecendo a dimensão meramente pragmática do encontro entre o doente e o médico. De acordo com os autores, tais características seriam a expressão de um psiquismo que apresentaria uma falta de produções de ordem fantasmática (*carência fantasmática*) e que, por consequência, funcionaria de forma mecânica, como um mero aparelho de registro burocrático da realidade externa (*pensamento operatório*). Para Marty e M’Uzan (1963), o pensamento operatório denotaria que o psiquismo dos pacientes somatizantes não cumpriria suficientemente sua função de dar vazão representacional às intensidades pulsionais por meio das produções fantasmáticas, levando o corpo a se tornar o depositário das tensões não elaboradas.

Outros autores no campo psicanalítico formularam concepções a respeito do adoecimento somático que não se coadunam com a matriz teórica da Escola de Psicossomática de Paris. Contudo, tais contribuições jamais obtiveram o mesmo grau de prestígio no campo psicanalítico alcançado pela matriz francesa. Diante disto, o objetivo deste artigo é resgatar e cotejar as contribuições de três desses autores (Georg Groddeck, Sándor Ferenczi e Donald Woods Winnicott), evidenciando os traços comuns entre elas, a fim de demonstrar a hipótese de que, tomadas em conjunto revelam a existência de uma outra matriz de compreensão do adoecimento somático em Psicanálise. Do ponto de vista metodológico, o artigo é resultado de uma pesquisa teórico-conceitual baseada na análise de alguns textos dos três autores que tratam direta ou indiretamente do adoecimento somático e das relações entre corpo e psique.

A psique como produção de sentido

Um dos principais aspectos que distanciam as concepções de Ferenczi, Groddeck e Winnicott da matriz teórica da Escola de Psicossomática de Paris é a noção de psiquismo com a qual esses autores trabalham. Com efeito, à luz desses teóricos, é possível pensar a psique não por meio da metáfora do aparelho, mas como um *movimento produtivo ininterrupto*, que promove continuamente uma elaboração imaginativa do corpo. Essa elaboração imaginativa não significa em absoluto um escoamento das intensidades físicas através de representações mentais. Elaborar imaginativamente o corpo consiste em ensejar uma *experiência pessoal e singular do funcionamento somático* por meio de produções de natureza propriamente psíquica, tais como símbolos, fantasias, sonhos, brincadeiras, criações etc. A psique, portanto, não deve ser concebida “como se fosse um aparelho, passível de ser visualizado e figurado espacialmente, tal como ocorre quando lidamos com um telescópio, um microscópio ou qualquer objeto similar” (Fulgêncio, 2003, p. 145). À luz desses autores, o psiquismo deve ser pensado como uma *atividade*, um *processo* dinâmico e, ao mesmo tempo, como a composição orgânica dos resultados desse *fluxo imaginativo* que se desenvolve com base na experiência do corpo, *personalizando-o*, dando origem a uma apropriação psíquica dele por meio das produções criativas a que fizemos referência.

Trata-se, portanto, de uma psique que elabora o corpo, mas não no sentido de dominar seus excessos, ideia vinculada a uma concepção de corpo que o reduz à sua dimensão pulsional. Para Ferenczi, Groddeck e Winnicott, o corpo possui, sim, um aspecto pulsional e, inclusive, esse aspecto pode se fazer mais influente em certas patologias do que em outras. Contudo, como a dimensão pulsional não esgota a corporeidade, a psique não teria a função de “dar conta” da força das pulsões. Na verdade, a psique se constitui no movimento de *personalização* do corpo que confere a ele um caráter singular, próprio, pessoal. Embora cada corpo seja dotado de especificidades que o tornam único e “irrepetível”, inclusive do ponto de vista genético, só haverá de fato uma pessoa no corpo à medida que ele for sendo personalizado por esse movimento psíquico que acompanha seu funcionamento, conferindo a ele sentidos experienciais e pessoais derivados das relações com o ambiente. Trata-se, portanto, de uma psique que não apenas elabora o corpo, mas elabora *no e com* o corpo em relação de afetação com outros corpos.

Embora tais sentidos não sejam expressos sempre e necessariamente pela via da simbolização, essa, no entanto, constitui-se em uma forma típica de personalização do corpo. O próprio Freud já havia se dado conta disso logo no início de seu percurso psicanalítico quando observara que os sintomas histéricos indicavam a existência de uma anatomia imaginária que não coincidia com a *anatomia da medicina*: “[...] nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta” (Freud, 1996b/1893, p. 212). É uma pena que, posteriormente, as elucubrações metapsicológicas tenham tomado conta de tal forma do pensamento freudiano que a anatomia imaginária da histérica, em vez de ser pensada como um movimento criativo da psique, acabou vendo-se reduzida a mecanismos de deslocamento e condensação entre representações mentais destinados a promover o escoamento das tensões libidinais.

Isso, contudo, não nos impede de pensar os processos de simbolização presentes notadamente nos quadros histéricos como resultantes da personalização do corpo ensejada pela psique. Como afirma Winnicott (1990, p. 116), “no estudo da histeria de conversão há algo a ganhar com o exame da mistura original que o bebê faz entre o corpo propriamente dito e os sentimentos e ideias a respeito do corpo”. Essa “mistura original” mencionada pelo analista inglês é justamente o processo de personalização que expressa o movimento de afetações do psicossoma.

Em sua descrição do desenvolvimento do sentido de realidade, Ferenczi (2011a/1913) observou que um dos primeiros movimentos que a criança faz na direção do reconhecimento da realidade externa é a produção de equivalências entre os objetos e partes de seu corpo, como também entre algumas partes do seu próprio corpo. Assim, determinadas zonas erógenas passam a ser figuradas por outras regiões somáticas – associação que justamente está na base dos quadros histéricos. Esse processo, que na metapsicologia freudiana poderia ser interpretado como uma simples tentativa por parte da criança de escoar as tensões advindas das zonas erógenas, pode ser pensado, à luz do pensamento de Winnicott e do próprio Ferenczi, como um trabalho de *apropriação criativa do corpo* pela via do estabelecimento de equivalências e, posteriormente, da formação de símbolos. No pensamento desses autores, o corpo não é redutível à condição de um sistema anátomo-fisiológico isolado, mas é considerado como um campo de circulação de intensidades e um sistema aberto em regime permanente de afetação mútua com o ambiente. Por essa razão, a psique deve ser vista como a expressão *dessa mesma realidade intensiva e aberta* na forma de produções imaginativas.

Conceber tais produções como expressões psíquicas da mesma realidade vivencial do corpo significa dizer que elas brotam espontaneamente, pois são resultantes da própria interação entre o indivíduo e o ambiente (também considerado em suas dimensões física e psíquica). Portanto, quando dizemos que a formação de símbolos pode ser considerada como a modalidade por excelência de elaboração imaginativa, estamos discordando frontalmente de uma concepção do símbolo como resultado da incidência de uma ordem transcendente sobre uma realidade bruta. Em outras palavras, os símbolos, como produções imaginativas da psique, não são da ordem da representação, mas da *expressão*. Assim como o improviso de um violonista durante uma apresentação musical é uma modalidade de expressão da sua experiência afetiva durante aquela situação e não uma representação daquela experiência, também os símbolos exprimem a realidade individual, ou seja, não são adicionados a essa realidade como representantes dela. Não há, portanto, separação entre a experiência sensível e a elaboração imaginativa que se faz dessa experiência.

Para Groddeck, por exemplo, o homem é um ser essencialmente expressivo. Todos os seus atos e processos, inclusive fisiológicos, por mais mecânicos que pareçam ser, revelam sua singularidade. À luz de Winnicott, poderíamos dizer que essa dimensão expressiva do ser humano se deve ao fato de que o processo de elaboração imaginativa ocorre desde o início da vida e jamais cessa. Nesse sentido, tudo o que o homem faz poderia ser encarado como simbólico no sentido de que seria expressão do processo de elaboração imaginativa que produz sentido com base nos encontros, composições e decomposições que o indivíduo estabelece com os demais entes:

Todos nós lemos na fisionomia do nosso vizinho se ele está triste ou alegre, sabemos que seu rosto muda simbolicamente; reconhecemos seu humor pelo modo de caminhar, pela sua postura, pelo cantarolar de uma melodia. Talvez ele não queira demonstrar como se sente, mas o inconsciente obriga-o a simbolizar. Assim, a mulher que se deita na presença de outro automaticamente cruza os pés, expressando simbólica e inconscientemente: eu sei o que pode me acontecer agora; assim também acontece com o homem que se apruma quando quer parecer forte [...] (Groddeck, 1992a, p. 94).

Temos na citação acima alguns exemplos que evidenciam o fato de que a elaboração imaginativa, que Groddeck concebe como sendo uma espécie de “pulsão à simbolização”, faz com que o corpo não possa ser concebido apenas como um organismo, ou seja, como um sistema fechado que funciona unicamente de acordo com uma lógica homeostática. O corpo seria, na verdade, uma dimensão de uma realidade que se apresenta como elaborada imaginativamente. Nesse sentido, a doença também não pode ser tomada como um fenômeno meramente fisiológico. Ela sempre será um acontecimento expressivo na medida em que simboliza a experiência individual que se dá psicossomaticamente.

Essa dimensão expressiva do corpo, ensejada pela sua elaboração imaginativa através da psique, também é ilustrada por Ferenczi nos casos que o autor denomina de “anomalias psicogênicas da fonação”. Trata-se de uma condição apresentada por alguns pacientes que são capazes de exprimir involuntariamente diferentes tipos de vozes de acordo com a situação em questão. A respeito de um desses pacientes, Ferenczi relata:

Não tardei em observar que o paciente só utilizava sua voz de barítono quando estava séria e objetivamente absorvido num assunto; mas assim que queria, na transferência, mostrar--me inconscientemente sua garridice, ou agradar-me, ou seja, quando o efeito de suas palavras preocupava-o mais do que o seu conteúdo, punha-se a falar com sua voz feminina (Ferenczi, 2011b/1915, p. 201).

Esses casos de natureza patológica só evidenciam o que acontece o tempo todo na experiência humana tanto na saúde quanto na doença: que a voz, assim como todos os aspectos relativos à corporeidade são elaborados imaginativamente e, por essa razão, são dotados de sentido. O corpo pode ser considerado, portanto, como uma *plataforma* de expressão na medida em que se manifesta sempre como objeto de uma elaboração imaginativa.

O valor heurístico do conceito de Isso

Dentre os conceitos introduzidos pelos autores cujas contribuições estão sendo analisadas neste trabalho, talvez o mais heurísticamente relevante para se pensar numa concepção monista de indivíduo seja o conceito de “Isso”, proposto por Georg Groddeck. Ferenczi e Winnicott falam de corpo e de psique, ainda que estejam pensando essas duas instâncias como dimensões do indivíduo e não como partes que interagem entre si ou como duas substâncias separadas. Groddeck, no entanto, fornece um nome para o indivíduo considerado em sua totalidade, sem que seja necessário adotar a linguagem dual de corpo e psique. Embora Winnicott, de certo modo, também permita isso com sua noção de “psicossoma”, tal conceito não tem o mesmo peso e centralidade que o de Isso na obra groddeckiana.

Groddeck introduz a noção de Isso inspirado por Nietzsche, autor que no livro *Além do Bem e do Mal* utilizou o pronome impessoal alemão Es (Isso) como substantivo ao fazer uma crítica ao *cogito* cartesiano.

Para Nietzsche, o Eu não deveria ser tomado como o centro da subjetividade, mas como um *efeito*. Nesse sentido, em vez de “Eu penso”, dever-se-ia dizer: “Isso pensa em mim”, ou seja, o eu não deveria ser tomado como autônomo (Nietzsche, 2008/1886). Inspirado no filósofo alemão, Groddeck também fará uma série de críticas a essa centralidade do eu, chegando até a dizer que o eu seria de fato uma *ficção* forjada pela natureza com o objetivo de possibilitar a responsabilização e a imputabilidade moral. Nesse sentido, o eu seria em essência uma construção, não podendo ser considerado como agência da subjetividade. Suas aparentes “escolhas” e deliberações seriam tão determinadas quanto o funcionamento do estômago. Determinadas pela natureza, pelo todo, pelo conjunto de processos naturais.

Essa afirmação, no entanto, levada às últimas consequências, tornaria inviável a análise e a compreensão de qualquer indivíduo, pois, em última instância, o todo seria responsável por cada modificação da realidade. Cada fenômeno seria tão-somente um elo de uma cadeia virtualmente infinita de causas. Essa é uma das razões pelas quais Groddeck decide transformar em *conceito* a intuição nietzschiana do Isso como substantivo. Se o eu não pode ser tomado como o ponto de partida na medida em que ele não é causa, mas efeito, qual seria então o centro da subjetividade? O inconsciente freudiano não se prestaria a ocupar esse lugar na medida em que, do modo como Freud o estabeleceu, ele estaria restrito à dimensão psíquica e Groddeck, justamente por sua experiência com pacientes acometidos de doenças orgânicas, não admitia que a subjetividade pudesse ficar confinada à psique. Por essa razão, após conhecer a psicanálise, Groddeck passou a considerar o inconsciente, assim como o eu, como parte de algo maior, que ele decidiu chamar de Isso. Apesar de ter consciência de que estava fazendo um recorte arbitrário, estabelecendo, por exemplo, que o Isso começaria a existir a partir da concepção, Groddeck considerava que esse era o conceito mais amplo de indivíduo que ele poderia formular; um conceito que, ao mesmo tempo em que impedia a diluição da individualidade no todo, contemplava uma série de dimensões que o conceito tradicional de indivíduo (restrito ao eu) escamoteava.

Assim, o Isso pode ser caracterizado como o indivíduo considerado em sua integralidade. Para Groddeck, após a formulação desse conceito, não faz mais sentido falar em doenças orgânicas e doenças psíquicas. Todas as doenças seriam *doenças do Isso*, expressões de um indivíduo que é corpo e psique ao mesmo tempo. Nesse sentido, todas as doenças seriam efetivamente psicossomáticas porque brotariam de um ente que é um *psicossoma*, para utilizar o termo winnicottiano. É importante deixar claro que Groddeck não está menosprezando a utilidade das distinções entre fenômenos corporais e fenômenos psíquicos. O autor está apenas dizendo que essa separação deve ser utilizada de modo estritamente didático ou com finalidades meramente metodológicas. Afinal, o Isso é uma unidade e deveria ser abordado como tal.

Na medida em que pretende ser uma noção mais elástica de indivíduo, o Isso contemplaria tanto os aspectos psíquicos quanto os somáticos: “[...] O Isso engloba consciente e inconsciente, o Ego e os impulsos, corpo e alma, o fisiológico e o psicológico; perante o Isso não há uma fronteira demarcando o físico e o psíquico. Ambos são manifestações do Isso, formas de apresentação” (Groddeck, 1992b, p. 118). Assim, com a noção de Isso, não é preciso supor, como o faz Freud, a existência de um processo de *conversão* de elementos psíquicos em elementos somáticos para explicar os sintomas físicos de um quadro histérico. Como manifestações do Isso, tais sintomas podem ser físicos e, *ao mesmo tempo*, simbólicos. Ou seja, uma paralisia histérica, por exemplo, não *representaria* uma fantasia inconsciente que teria sido *transformada* em um sintoma físico por uma operação de conversão de elementos psíquicos em inervações somáticas. Na verdade, a paralisia seria a expressão orgânica concomitante à fantasia inconsciente que, por sua vez, seria a expressão psíquica de um processo que não é nem exclusivamente físico nem exclusivamente psíquico, mas ambos ao mesmo tempo.

Como se sabe, em 1923, com a publicação de *O Ego e o Id*, Freud (1996c/1923) introduziu em seu próprio sistema teórico o termo “Isso” (Id), mas num sentido completamente diferente daquele originalmente atribuído por Groddeck ao conceito. O Isso freudiano acabou sendo reduzido a uma espécie de aparelho psíquico original, reservatório das pulsões, pura energia sem estrutura, de onde emergem o ego, por influência das experiências de contato com o corpo e o mundo externo, e o superego, como um precipitado dos investimentos objetivos do Isso. O próprio Groddeck se deu conta de que Freud havia pervertido o sentido original de seu conceito:

Em seu livro, *O Ego e o Id (Das Ich und das Es)*, Freud me concedeu a honra de me indicar como sendo a primeira pessoa a empregar a expressão “o Isso” (*das Es*) e afirmar que iria assumi-la. É verdade, mas só que o conceito do ‘Isso’ como eu o utilizava para minhas finalidades, não servia para Freud e conseqüentemente ele o transformou em outra coisa diferente do que eu concebi [...]. Mas com isso não modificou nada essencial na psicanálise, não acrescentou nem tirou. Ela continuou a ser o que era, a análise do consciente e dos recalques, em suma: da psique (Groddeck, 1992c, p. 161).

De fato, como Groddeck assinala, o conceito de Isso na obra freudiana não revolucionou em nada a prática da psicanálise nem a própria concepção de Freud a respeito das relações entre corpo e psique. O que houve foi uma mudança apenas no âmbito da metapsicologia: de um aparelho psíquico topicamente dividido em consciente, pré-consciente e inconsciente passou-se a um aparelho psíquico dividido em isso, eu e supereu. Assim, enquanto o Isso groddeckiano contemplaria o indivíduo em sua totalidade, o Isso freudiano consiste tão-somente na máquina psíquica em seu estado original, isto é, um reservatório de energia pulsional pura e sem forma derivada do corpo. No *Esboço de Psicanálise*, um de seus últimos textos, Freud descreve expressamente essa concepção redutora do Isso: “À mais antiga destas localidades ou áreas de ação psíquica damos o nome de id. Ele contém tudo o que é herdado, que está assente na constituição – acima de tudo, portanto, os instintos, que se originam na organização somática [...]” (Freud, 1996d/1940, p. 158, grifo do autor). Groddeck (1992d, p. 174), por seu turno, utiliza o conceito de Isso para descrever “a totalidade dos processos vivos em cada ser humano individual, a partir da concepção”. É essa noção de Isso que permite ao médico alemão não cair nas armadilhas do psicologismo. Com efeito, se Groddeck tivesse reduzido o Isso ao âmbito psíquico, isto significaria dizer que todas as doenças, na medida em que são manifestações do Isso, seriam psicogênicas e, portanto, precisariam ser sempre tratadas com psicoterapia. No entanto, como na verdade o Isso contempla “a totalidade do que é vivo num ser humano individual” (Groddeck, 1992d, p. 174), a decisão quanto ao tipo de tratamento a ser empregado na abordagem de uma enfermidade irá variar em função de cada caso. Se o indivíduo não é reduzido a um corpo nem a uma psique, mas é tomado como um Isso complexo e multifacetado, qualquer método de tratamento incidirá sobre esse Isso em todas as suas dimensões: “No fundo, sou da opinião de que o ponto de intervenção do tratamento psíquico e orgânico é o mesmo, é o Isso do ser humano, e que esse Isso tem a capacidade de fazer um uso psíquico de uma laparotomia ou de uma dose de digitalina, ou então um uso físico através da sugestão ou da influência da análise” (Groddeck, 1992e, p. 169).

O que Groddeck está assinalando é que qualquer forma de tratamento, ao ter como alvo o Isso e não a psique ou o corpo tomado isoladamente, sempre será experimentado *psicossomaticamente*, de modo que alterações de ordem física podem se seguir a métodos psicoterapêuticos bem como alterações psíquicas podem ser produzidas em função da aplicação de meios considerados físicos, como cirurgias e uso de medicamentos. Com isso não se está sugerindo que algo físico cause alterações psíquicas nem vice-versa. Na medida em que o Isso é uma totalidade psicossomática, qualquer procedimento, seja ele “físico” ou “psíquico”, irá afetá-lo psicossomaticamente, de modo que alterações orgânicas e psíquicas concomitantes irão se produzir. Essa consideração evidencia que a utilização do conceito de Isso em substituição às noções de organismo e psiquismo possibilita uma libertação tanto do olhar quanto da abordagem sobre a doença. A enfermidade não precisa mais ser vista como um fenômeno de ordem estritamente orgânica ou psíquica. Entender a patologia como uma expressão da “totalidade dos processos vivos em cada ser humano individual” permite flexibilizar o olhar de modo a contemplar a variedade desses processos e não apenas aqueles pertencentes a uma ou outra daquelas dimensões. Semelhantemente, a abordagem terapêutica também se torna muito mais flexível na medida em que pode contar tanto com os elementos tradicionais da medicina somática quanto com os métodos psicoterapêuticos. O importante seria atingir os objetivos almejados com o tratamento, os quais, do ponto de vista de Groddeck, podem ser sintetizados no esforço para “convencer” o Isso de que é melhor se expressar na linguagem da saúde do que na linguagem da doença.

A afirmação de que uma determinada doença é psíquica ou somática sempre pressupõe um recorte reducionista prévio, pois implica na consideração apenas de elementos psíquicos ou de elementos somáticos. Assim, a cada afirmação dessa natureza, escamoteia-se uma parcela significativa da realidade. Por isso, se em vez de se falar em organismo e psiquismo, se passasse a falar em um Isso, o recorte inevitável

da realidade na abordagem de uma doença iria se tornar menos redutor visto que passaria a contemplar mais fatores. De fato, a redução é inevitável já que a enfermidade, como qualquer fenômeno, só pode ser circunscrita e separada do contexto do qual emerge de forma arbitrária. Poder-se-ia perguntar, por exemplo: quais são os limites espaciais de uma tuberculose? Ou: em quais regiões do corpo ela está e em quais não está? Há critérios absolutos para definir quando uma patologia como essa se inicia e quanto termina? É óbvio que a medicina moderna adota parâmetros para definir o que é e o que não é uma tuberculose bem como o curso e a duração da doença. Contudo, trata-se sempre de um *recorte* que, para funcionar, precisa isolar a doença do doente e considerá-la como um fenômeno independente. Ora, se esse procedimento é útil em muitos casos, não o é em todos, pois nem sempre o curso da doença será conforme os manuais médicos. Afinal, o corpo que experimenta a doença é um corpo-elaborado-imaginativamente, um corpo singular em permanente afetação com outros corpos. Por essa razão, o conceito de organismo é insuficiente para abordar esse corpo. Por outro lado, isso não significa que, diante das limitações da abordagem organicista, se deva convocar o psiquismo como uma espécie de tábua de salvação para explicar o desenrolar “atípico” da doença. Não se trata de considerar a patologia como algo de “fundo emocional”. Trata-se, na verdade, de considerar o doente como uma realidade complexa, psíquica, somática, relacional e social, como um Isso que está sempre para-além de qualquer recorte.

Portanto, o conceito de Isso permite romper com a separação entre doenças orgânicas para as quais se busca um substrato anátomo-fisiológico e doenças psicossomáticas, para as quais se pretende encontrar uma razão de ordem “emocional”. Se a doença é tomada não como produção somática nem como produção psíquica, mas como expressão do Isso, a existência de causas de ordem biológica não é incompatível com a existência de razões de ordem psíquica. Como manifestação do Isso, o adoecimento passa a ser visto como um fenômeno complexo, simultaneamente somático e psíquico e que se constitui como expressão das relações do indivíduo com o ambiente.

Uma perspectiva relacional do adoecimento

Com base nesta concepção de indivíduo como um Isso psicossomático, torna-se possível compreender a ausência de simbolizações, fantasias e outras produções dessa natureza no discurso do paciente não como evidências de uma insuficiência do funcionamento mental, mas como um indicativo de que o *indivíduo como um todo está doente*, de modo que a falta daquelas produções poderia ser tomada como apenas um dos aspectos da doença, mas não a causa dela. Em outras palavras, a ausência de produções ditas fantasmáticas não poderia ser tomada como causa do adoecimento, mas como *parte dele*. A enfermidade da qual o paciente padece não seria constituída apenas pelos sintomas físicos, mas pelo conjunto de *manifestações* que ele apresenta, dentre as quais poder-se-ia incluir a ausência de produções fantasmáticas.

As causas do adoecimento em suas dimensões física e somática devem ser buscadas na relação do indivíduo com o mundo, o que implica em considerar todas as manifestações físicas e psíquicas presentes no quadro de adoecimento como expressões diversas daquelas relações. Esse ponto de vista *relacional* sobre os processos de adoecimento no campo psicanalítico é outro ponto em comum entre as concepções de Ferenczi, Groddeck e Winnicott.

Com efeito, as inovações técnicas que Ferenczi formulou para o tratamento psicanalítico se baseiam justamente numa perspectiva que considera o adoecimento psíquico não apenas como resultante da ação de mecanismos de defesa frente a moções pulsionais, mas principalmente como resposta a um ambiente traumático.

A Escola de Psicossomática de Paris, embora identifique os traumatismos como fonte dos processos ditos de somatização, acaba por relativizar a importância do fator ambiental na medida em que considera que a condição essencial para o advento de uma doença orgânica é a insuficiência do funcionamento mental. Assim, para os autores dessa escola, o trauma só tem um efeito desestruturante se o psiquismo não está suficientemente munido de representações e mecanismos de defesa. Divergindo desta perspectiva, Ferenczi defende que o elemento traumático incide sobre o indivíduo em sua integralidade, especialmente nos primeiros anos de vida, quando a dependência da criança em relação ao ambiente é muito maior. No artigo “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte”, o analista húngaro descreve o que pode acontecer, por

exemplo, com um bebê traumatizado pela falta de acolhimento adequado do ambiente: “Eu queria apenas indicar a probabilidade do fato de que crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente ou, se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida” (Ferenczi, 2011c/1929, p. 58).

Esse trecho nos permite perceber com clareza que, do ponto de vista de Ferenczi, o indivíduo reage *integralmente* ao trauma, utilizando para isso meios psíquicos e orgânicos. Num trecho anterior do texto, Ferenczi cita outros exemplos de sintomas que ele percebe como derivações do trauma infantil produzido pelo mau acolhimento da criança: pessimismo moral e filosófico, desconfiança, dificuldade para sustentar um esforço prolongado, frigidez, impotência, disposição incomum para resfriados, quedas noturnas de temperatura, dentre outros.

Percebe-se, pelo texto, que Ferenczi não estabelece uma diferenciação de *natureza* entre os sintomas psíquicos e os sintomas físicos. Para o autor, todos eles são expressões da relação do indivíduo com um ambiente que não o recebeu bem quando bebê. Em outras palavras, o que importa para o analista húngaro nessas situações não é a presença mais proeminente de sintomas psíquicos num caso e de sintomas físicos em outro, mas sim o fator traumático que está na origem de todos eles. Com efeito, a consideração da incidência do ambiente na etiologia do adoecimento levará a uma concepção de tratamento fundamentada muito mais na relação entre paciente e analista do que na investigação dos elementos intrapsíquicos:

De acordo com as minhas tentativas de “elasticidade” da técnica analítica, relatadas em outro artigo, nesses casos de diminuição do prazer de viver, vi-me pouco a pouco na obrigação de *reduzir cada vez mais as exigências quanto à capacidade de trabalho dos pacientes*. Finalmente, impôs-se uma situação que só pode ser assim descrita: deve-se deixar, durante algum tempo, o paciente agir como criança [...] (Ferenczi, 2011c/1929, p. 59, grifo nosso)

Note-se que quando Ferenczi fala em “reduzir cada vez mais as exigências quanto à capacidade de trabalho dos pacientes”, isso não significa que o autor esteja dizendo que tais pacientes são incapazes de elaborar simbolicamente os conteúdos abordados em análise. Ferenczi está chamando a atenção da comunidade analítica para a *dimensão relacional do que acontece em análise*. Com efeito, a demanda de trabalho que o analista propõe pode se configurar para aqueles pacientes como a reprodução do ambiente intrusivo e não acolhedor com que conviveram na infância. Por essa razão, seria conveniente modificar um pouco a estrutura do tratamento de modo a possibilitar que o paciente experimente um ambiente que, em contraste com aquele experienciado nos primeiros anos de vida, seja suficientemente acolhedor para que ele se sinta o mais livre possível. Assim, para Ferenczi, deve-se criar uma atmosfera de *laissez-faire* porque certos pacientes não seriam capazes de suportar o peso do *setting* analítico tradicional sem adoecer ainda mais e não porque apresentariam um psiquismo insuficiente.

Percebe-se, portanto, que a Ferenczi não interessa distinguir entre sintomas físicos e sintomas psíquicos, mas entender como se estabeleceu a relação entre o indivíduo e o mundo, da qual os sintomas são a expressão. Para o autor, não é uma boa mentalização que protege o corpo, evitando o surgimento de um adoecimento orgânico. Essa “proteção”, que não seria do corpo apenas, mas do corpo e do psiquismo considerados como uma unidade, estaria vinculada justamente à relação com o ambiente: “A ‘força vital’ que resiste às dificuldades da vida não é, portanto, muito forte no nascimento; segundo parece, ela só se reforça após a *imunização progressiva contra os atentados físicos e psíquicos*, por meio de um tratamento e uma educação conduzidos com tato” (Ferenczi, 2011c/1929, p. 59, grifo nosso).

Winnicott, assim como Ferenczi, também colocou acento na dimensão relacional como matriz da experiência individual. Para o analista inglês, todo ser humano é dotado de uma tendência inata para a integração que poderíamos relacionar à “força vital” de Ferenczi. Com efeito, essa tendência inata se constitui em uma espécie de inclinação do ser para o desenvolvimento saudável que, no início da vida, significa a realização das tarefas básicas da existência. Inclusive, assim como a “força vital” de Ferenczi precisa ser fortalecida por um ambiente acolhedor, a tendência inata para a integração de Winnicott também necessita de uma contrapartida ambiental suficientemente boa. Assim, o bebê só poderá se desenvolver

psicossomaticamente de forma saudável na medida em que puder contar com um ambiente que facilite a ação dos processos naturais de maturação. Isto significa que a compreensão das formas de adoecimento, do ponto de vista winnicottiano, passa inevitavelmente pela consideração da relação do indivíduo com o ambiente -e isso não só nas fases iniciais do desenvolvimento, mas ao longo de toda a vida.

No artigo “Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica”, Winnicott (1983/1963) enfatiza a necessidade de levar em conta o fator ambiental não apenas para compreender as formas de adoecimento psíquico que estão diretamente ligadas a falhas do cuidado no início da vida, mas também para discernir a importância da pessoa do analista no *setting*. Esse texto nos é particularmente conveniente porque, ao discutir o peso do fator ambiental e o lugar da relação de dependência na situação analítica, Winnicott recorre justamente ao caso de uma paciente que desenvolveu sintomas físicos como expressão da dependência em relação a ele. Trata-se de uma jovem que o analista inglês começou a atender com mais frequência precisamente às vésperas de fazer uma viagem para o exterior. Como reação à proximidade desta separação temporária, a paciente passou a ter sonhos que indicavam forte dependência emocional e tendências suicidas. A análise evidenciou que a partida de Winnicott estava sendo experimentada pela paciente como a repetição de um ou mais episódios traumáticos que ela teria vivenciado quando bebê. Essa reconstituição do trauma teria reavivado um desejo de morte experimentado pela paciente no início da vida como defesa contra as ameaças de aniquilação:

Ao se matar ela conseguiria controle sobre ser aniquilada no momento de ser dependente e vulnerável. No seu eu e corpo sadios, com seus tremendos impulsos para viver, ela tinha carregado por toda a sua vida a lembrança de ter tido alguma vez um tremendo desejo de morrer; e agora a doença física vinha como uma localização em um órgão do corpo desse desejo tremendo de morrer (Winnicott, 1983/1963, p. 226).

Winnicott mostra nesse trecho que a doença física apresentada pela paciente foi uma expressão do “tremendo desejo de morrer” que nela se ocultara até a reconstituição do trauma na situação analítica. Contudo, diferentemente do que supõe a Escola de Psicossomática de Paris, essa paciente não apresentava uma “carência fantasmática”, nem um “pensamento operatório”. Pelo contrário, seus sonhos atestam uma rica produção psíquica e, pela descrição de Winnicott, ela não parecia ter qualquer dificuldade em encarar simbolicamente o que acontecia tanto dentro quanto fora da situação analítica.

Tal como Ferenczi, o analista inglês não encara o surgimento do sintoma somático com espanto, pois seu olhar não está voltado para a doença, mas para a paciente e sua relação de dependência. Assim, a Winnicott não causa espécie a presença de uma doença orgânica lado a lado com fenômenos psíquicos de ordem simbólica, como sonhos. Para o analista inglês, o corpo é um meio de expressão individual assim como a psique, de modo que a doença física não é considerada por ele como uma implosão de excitações não elaboradas, mas como a expressão somática de uma realidade que também se manifesta pela via psíquica.

Também em Groddeck encontramos uma ênfase no aspecto relacional do adoecimento. Para o autor, a doença deve ser entendida sempre como uma *mensagem*, o que não significa a suposição de uma determinação psicológica sobre as afecções do corpo. Com o conceito de “Isso” Groddeck consegue formular uma concepção de indivíduo em que corpo e psique são tomados como aspectos e não como partes, o que permite evitar a suposição de uma relação de causalidade entre eles ao mesmo tempo em que se admite que ambos atuam num regime de concomitância: “[...] a doença orgânica, que ao mesmo tempo é psíquica, nos revela algo sobre o Isso e seu inconsciente com a mesma clareza que as enfermidades psíquicas, que concomitantemente são físicas” (Groddeck, 1992b, pp. 118-119). Portanto, quando Groddeck propõe olhar a doença como uma mensagem, ele não está querendo dizer com isso que toda patologia física é a expressão de um conteúdo psíquico. Na medida em que o Isso não é nem físico nem psíquico, mas ambos ao mesmo tempo, as mensagens que o Isso veicula também são psicossomáticas.

Nesse sentido, a doença é uma mensagem que se expressa igualmente na dimensão psíquica (amiúde de modo inconsciente) e na dimensão física.

Portanto, para Groddeck, a doença pode ser considerada como um *meio de comunicação inconsciente*.

Ora, a comunicação pressupõe a presença de um interlocutor ou, pelo menos, de uma audiência. Nesse sentido, é possível dizer que, do ponto de vista groddeckiano, a enfermidade é *um modo de estabelecer relações com o outro*, especialmente pela via da demanda. Trata-se, contudo, de um estado de exceção. Groddeck salienta o fato de que o adoecimento não é a forma mais espontânea de expressão e comunicação do Isso, que só recorre a ele quando as vias saudáveis estão obstruídas:

A doença é uma forma de expressão do Isso: se os gestos, as palavras, os pensamentos, as ações, mecanismos fisiológicos como a respiração, o pulso, o sono, a digestão ou a evacuação, não bastam para manifestar claramente certos processos internos do Isso individual de cada ser humano, ele recorre ao meio ambiente, ali escolhendo algum elemento que lhe sirva para ficar doente e assim exprimir, com a ajuda das manifestações patológicas, o que não consegue exprimir por vias normais (Groddeck, 1992f, p. 103).

Esse é mais um ponto de convergência entre as concepções de Groddeck e de Winnicott a respeito do adoecimento. Com efeito, na ilustração clínica apresentada por Winnicott, a paciente teria recorrido à patologia física como forma de expressar sua reação à separação temporária do analista e os fortes sentimentos que decorreram dessa reação e que não podiam ser suportados conscientemente. Portanto, também para Winnicott, o adoecimento é tomado como um recurso excepcional do qual o indivíduo inconscientemente lança mão para expressar aquilo que não pode ser manifesto por vias mais saudáveis.

Uma nova matriz teórica

Verifica-se que nenhum dos três autores percorreu a trilha da ortodoxia em Psicanálise. Embora façam uso do arcabouço conceitual formulado por Freud, nenhum deles se manteve fiel às premissas ontológicas e epistemológicas que fundamentaram o pensamento freudiano e que também estão na base da matriz teórica da Escola de Psicossomática de Paris. Com efeito, nenhum dos três autores analisados concebe o adoecimento somático como uma manifestação derivada de falhas nos processos de representação. E isso ocorre justamente porque nas obras de Ferenczi, Groddeck e Winnicott, o corpo não aparece reduzido a um organismo gerador de excitações que precisam ser drenadas e elaboradas por um aparelho psíquico gerador de representações.

Observa-se que tanto no pensamento de Groddeck, com seu potente conceito de Isso, como também em Ferenczi e Winnicott, o indivíduo é pensado como uma *realidade integral* que possui corpo e psique como duas de suas dimensões. Essa realidade, embora seja dotada de individualidade e possa ser distinguida de outras realidades individuais, é considerada como um *sistema aberto* em permanente relacionamento com o mundo-ambiente. Essa premissa permite aos autores considerarem todas as vicissitudes dessa *realidade integral individual* (chamada por Winnicott de psicossoma e por Groddeck de Isso) como resultantes da interação entre tal realidade e o mundo-ambiente.

Nessa realidade integral, o corpo se apresenta como uma dimensão tangível, sensível, intensiva e plástica, dotada de uma *lógica afetiva*, resultante das relações intensivas com o mundo-ambiente. A psique, por sua vez, é tomada como um movimento ininterrupto de elaboração imaginativa da experiência corporal. Essa concepção de psique aparece de forma mais explícita na obra de Winnicott, mas, como foi demonstrado, também nos pensamentos de Ferenczi e Groddeck é possível encontrar vestígios dela.

Na medida em que essa distinção entre psique e corpo não faz referência a uma divisão, mas a uma *dualidade* de aspectos, isso significa que, para os três autores, a realidade integral individual é um *corpo-imaginativamente-elaborado*. Logo, trata-se, para eles, de um corpo expressivo que manifesta o tempo todo suas modulações afetivas por meio de diversas produções tanto saudáveis quanto patológicas. Por essa razão, para Ferenczi, Groddeck e Winnicott, toda enfermidade pode ser abordada desde um ponto de vista simbólico, o qual expressa a lógica afetiva do corpo.

A elaboração imaginativa do corpo que constitui a dimensão psíquica é concebida, nos termos de Winnicott, como um processo de *personalização* da dimensão corpórea, ou seja, como um movimento

que confere sentido a ela por meio de produções de caráter fantasístico, termo que aqui deve ser entendido em sua conotação espontânea e criativa. Assim, o corpo que se apresenta doente não é tão-somente um organismo padecendo de certos mecanismos fisiológicos, mas um corpo personalizado, dotado de sentido, o que implica em considerar a doença como uma expressão *também dotada de sentido*.

Além disso, na medida em que o doente é uma realidade integral constituída como um sistema de relações com o todo, o adoecimento será visto pelos três autores não só como a expressão do doente enquanto corpo-elaborado-imaginativamente, mas expressão de suas relações com o mundo-ambiente. Por essa razão, a compreensão de todas as formas de adoecimento passaria pela consideração da interação do indivíduo com o seu entorno não apenas na atualidade, mas também ao longo de sua história e, principalmente, em sua infância. Afinal, assim como o modo de andar e de se comunicar, o adoecer seria fruto dessa história de relações na qual estão presentes bons e maus encontros.

Considerações finais

Essa caracterização sumária dos principais pontos de convergência entre o pensamento de Ferenczi, Groddeck e Winnicott demonstra que os resultados deste estudo podem fornecer relevantes contribuições para a construção e efetivação de um olhar sobre a saúde e a doença. Com efeito, na medida em que apresenta uma concepção não dicotômica das relações entre corpo e psique e uma visão do indivíduo como um sistema complexo e aberto às relações com o entorno, a matriz de compreensão do adoecimento somático presente nas concepções de Ferenczi, Groddeck e Winnicott vai justamente ao encontro das reivindicações contemporâneas por um olhar integral e complexo sobre o processo saúde-doença. De fato, reivindica-se atualmente um novo modelo de cuidado em saúde, distinto da racionalidade biomédica. Modelo que privilegie uma abordagem terapêutica integrada e uma visão mais complexa do adoecimento que reconheça de fato a imbricação entre os registros biológico, psicológico e social (Santos, 2013).

No campo psicanalítico, os resultados desta pesquisa são duplamente relevantes. De um lado, representam um resgate das contribuições de dois autores cujas concepções ainda têm sido timidamente valorizadas, especialmente no Brasil, a saber: Ferenczi e Groddeck – este, aliás, é desconhecido para boa parte da comunidade psicanalítica. Por outro lado, os resultados deste estudo contribuem para uma renovação do olhar sobre o adoecimento somático em Psicanálise e para um questionamento da hegemonia conquistada pelo modelo teórico da Escola de Psicossomática de Paris.

Em função das limitações de espaço do presente trabalho, não foi possível abordar em maior grau de detalhamento todos os pontos de convergência entre os pensamentos de Ferenczi, Groddeck e Winnicott no que concerne ao corpo, à psique e ao adoecimento orgânico. Não obstante, os pontos elencados neste artigo permitem vislumbrar os fundamentos de um modelo de abordagem do adoecimento somático em Psicanálise que se distingue da matriz teórica da Escola de Psicossomática de Paris.

REFERÊNCIAS

- Aisenstein, M. (2006). The indissociable unity of psyche and soma: A view from the Paris psychosomatic school. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(3), 667-680. <https://doi.org/10.1516/0VBX-1HGY-T86R-P5CB>
- Aisenstein, M. (2010). The mysterious leap of the somatic into the psyche. In: M. Aisenstein, & E. R. Aisemberg, *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective* (pp. 47-62, S. Jaron, trad.). London: Karnac, 2010
- Ferenczi, S. (2011c). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: S. Ferenczi, *Psicanálise IV* (pp. 55-60). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1929).
- Ferenczi, S. (2011b). Anomalias psicogênicas da fonação. In: S. Ferenczi, *Psicanálise II* (pp. 199-203). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1915).
- Ferenczi, S. (2011a). O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios. In: S. Ferenczi, *Psicanálise II* (pp. 45-61). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996b). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e históricas. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund*

- Freud volume 1. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1893).
- Freud, S. (1996a). Os instintos e suas vicissitudes. In: S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud volume 14. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996c). O ego e o id. In: S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud volume 19. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1923).
- Freud, S. (1996d). Esboço de psicanálise. In: S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud volume 23. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1940).
- Fulgêncio, L. (2003). As especulações metapsicológicas de Freud. *Natureza humana*, 5(1), 129-173.
- Groddeck, G. (1992a). Apulsão à simbolização. In: G. Groddeck, Estudos psicanalíticos sobre psicossomática (pp. 83-95). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Groddeck, G. (1992b). O isso e a psicanálise, além de considerações gerais sobre os congressos científicos de outrora, bem como da atualidade. In: G. Groddeck, Estudos psicanalíticos sobre psicossomática (pp. 113-123). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Groddeck, G. (1992c). O trabalho do sonho e do sintoma orgânico. In: G. Groddeck, Estudos psicanalíticos sobre psicossomática (pp. 159-166). São Paulo, SP: Perspectiva. Era b
- Groddeck, G. (1992f). Sobre a resistência e a transferência. In: G. Groddeck, Estudos psicanalíticos sobre psicossomática (pp. 103-106). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Groddeck, G. (1992e). Sobre o tratamento psíquico da formação de cálculos renais. In: G. Groddeck, Estudos psicanalíticos sobre psicossomática (pp. 167-171). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Groddeck, G. (1992d). Sobre os princípios da psicoterapia. In: G. Groddeck, Estudos psicanalíticos sobre psicossomática (pp. 173-181). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Marty, P. (1993). A psicossomática do adulto. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Marty, P., & M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27(esp.), 345-356.
- Nietzsche, F. (2008). Além do bem e do mal: Prelúdio a uma filosofia do futuro. Porto Alegre, RS: L&PM. (Original publicado em 1886).
- Santos, L. N. (2013). A doença como manifestação da vida: Georg Groddeck e um novo modelo de cuidado em saúde. Curitiba, PR: Appris.
- Winnicott, W. (1983). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: D. W.
- Winnicott, O ambiente e os processos de maturação (pp. 225-233). Porto Alegre, RS: Artmed. (Original publicado em 1963).
- Winnicott, W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro, RJ: Imago. Lucas Nápoli dos Santos

Postado em: *Psicologia: Ciência e Profissão*, V. 39, e182306, pp. 1-14, Epub June 27, Brasília, 2019.
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003182306>

Versão eletrônica:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100116

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 12-ex-66

NOTAS:

1.- Lucas Nápoli dos Santos. Psicólogo Doctor en Psicología Clínica por la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro, Río de Janeiro. RJ. Brasil Profesor del Colegio Pitágoras del Gobernador Valadares. Psicólogo de la Universidad Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares. MG Brasil. mail: **lucsnapolipsicanalista@gmail.com.**

2.- Carlos Augusto Peixoto Junior. Psicoanalista Doctor en Salud Colectiva por el Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro. Rio de Janeiro. RJ. Brasil Profesor del Departamento de Psicología y del Programa de Posgrado en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro. Rio de Janeiro. RJ. Brasil. mail: **cpeixotojr@terra.com.br**