



Revista Latinoamericana de Psicopatologia
Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em
Psicopatologia Fundamental
Brasil

Ávila, Lazslo Antonio

Um modelo para representar o "irrepresentado" na mente

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. VIII, núm. 2, junio, 2005, pp. 187-203

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017503001>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Um modelo para representar o “irrepresentado” na mente*

Lazslo Antonio Ávila

O presente trabalho apresenta um esquema conceitual (modelo de Cambridge) que visa representar o processo de “construção” dos sintomas psicossomáticos. Através deste modelo, propõe-se um modo de compreensão dos estados subjetivos que não encontram tradução como concepções (representantes mentais) e, através de vias próprias, se materializam como sintomas corporais ou psicossomáticos. Assim se possibilita a descrição e compreensão das vias através das quais o processo terapêutico alcança efetividade e transformação dos estados mentais “irrepresentados”, que estão na base da constituição dos fenômenos psicossomáticos. Buscamos ainda articular essa compreensão com algumas das concepções de W. R. Bion, para que novas dimensões dessa questão pudessem ser alcançadas.

Palavras-chave: Psicossomática, modelo de Cambridge, sintomas, W.R. Bion

* Trabalho apresentado em Mesa-redonda, no I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, na PUC-RJ, em 6 de setembro de 2004.

Introdução

Os sintomas psicossomáticos vêm sendo objeto de estudos e de propostas de intervenção terapêutica há quase um século. Considera-se hoje (Grotjahn, 1945; Ávila, 1997, Biancoli, 1997) que o criador da psicossomática moderna foi um médico alemão, contemporâneo e amigo de Freud, chamado Georg Groddeck. Seu trabalho inaugural, publicado em 1917, levantava as bases para uma extensão da psicanálise para as doenças orgânicas e defendia a adoção dos conceitos freudianos básicos para a compreensão e tratamento dos sintomas psicossomáticos.

No entanto, como aponta Gantheret (1982), a psicanálise sempre manteve uma posição ambígua frente aos autores que a aplicavam no estudo e tratamento das doenças manifestadas em sintomas corporais. Afirma esse autor que apesar da exclusão do movimento psicanalítico de nomes como Reich, e da relativa marginalização de autores como o próprio Groddeck, o pensamento analítico sempre esteve às voltas com a questão do corpo. Abraham e Ferenczi foram dois dos pioneiros que pensaram em algumas das múltiplas manifestações da corporalidade como destino pulsional, e como campo de manifestações psíquicas. Michel Balint, paciente de Ferenczi, assim como este havia sido paciente de Groddeck, trouxe uma série de importantes aplicações da psicanálise para o campo médico. Franz Alexander, Felix Deutsch e outros, ao emigrarem para a América, tornaram-se os responsáveis, junto com Helen Dunbar Flanders, pela criação da área de pesquisa denominada de Medicina Psicossomática.

Durante a década de 1950 até meados da de 1960 a Medicina Psicossomática floresceu e feneceu. Angel Garma, na Argentina, Danilo Perestrello no Brasil, e muitos autores na França, Estados Unidos, Inglaterra e outros países, pesquisaram, trataram pacientes e escreveram sobre a interação da psicanálise com a medicina psicossomática. Hoje este campo volta a ser explorado, e toda uma nova forma de indagação vem se constituindo. Propus (Ávila, 2002) que se distinguisse a medicina psicossomática da psicossomática psicanalítica, devido a uma ruptura fundamental que pode ser reconhecida em seus métodos e propósitos respectivos. Enquanto a primeira dedica-se basicamente a curar doentes e a buscar compreender a etiologia dos sintomas psicossomáticos a partir dos referenciais positivistas da medicina calcada nos modelos biológicos, a segunda atém-se aos modelos metapsicológicos da psicanálise, e busca a compreensão das dimensões de subjetividade expressa nos campos da mente e do corpo.

Autores contemporâneos que apresentaram substanciais enriquecimentos a esta última perspectiva incluem Joyce McDougall, Donald Winnicott e Wilfred R. Bion. Este último, em particular, legou para a psicanálise um acervo de concepções, modelos e teorias que possibilitam uma expansão de perspectivas sobre o que significa o pensamento, quais suas diferentes funções, e como interagem o corpo e a mente ao se manifestarem em uma consulta psicanalítica.

Neste trabalho, apresento um modelo conceitual para a gênese dos sintomas psicossomáticos, visando sua discussão em confronto com as perspectivas bionianas, apresentadas em dois outros trabalhos, um de Maria Emília Lino da Silva e outro de Muna Maalouli, participantes da mesa-redonda “Algumas propostas metapsicológicas para a representação do irrepresentado – Bion e a psicossomática”, no I Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, no Rio de Janeiro, em setembro de 2004.

Os sintomas da somatização e o destino destes pacientes

A apresentação dos sintomas psicossomáticos é bastante conhecida nos meios médicos e psicológicos. Mas a gênese e desenvolvimento desses sintomas são cercadas de indagações e hipóteses conflitantes e ainda se buscam modelos e hipóteses conceituais que possibilitem a compreensão de seus determinantes. Quanto ao tratamento destes pacientes, encontram-se, muitas vezes, ineficiência e inoperância, além de muitas controvérsias.

Algumas características marcantes desses sintomas são sua aparente “desmentalização” e “desafetação”. Uma vez constituídos no campo físico, ou seja, uma vez que tenham nascido enquanto sintomas corporais, há uma aparente carência de expressão no campo mental daqueles processos que devem ter presidido a sua constituição. O paciente psicossomático em geral ignora completamente a origem de seus sintomas. Reage a suas manifestações com sofrimento, mas parece não conseguir “pensar” o que significam seus sintomas. É como se o processo que corporaliza um estado ao mesmo tempo privasse a mente dos meios de representá-lo. Alguns exemplos clínicos podem preceder essa discussão:

1. A paciente, de quarenta anos, relata extrema inquietação com sua saúde, já que apresenta palpitações, vertigem e uma sensação de morte iminente. Pensa que sofre de doença cardíaca, mas não se tranqüiliza quando seu cardiologista lhe apresenta todos seus exames clínicos e laboratoriais sem qualquer achado patológico, e tenta lhe assegurar que ela não sofre de nenhum mal orgânico. A paciente não sabe o que pensar de tudo isso, e busca outros médicos e

exames mais sofisticados. Novamente sem resultados, ela recusa a indicação de buscar atendimento psicológico.

2. O paciente, de 35 anos, apresenta psoríase, que lhe cobre todo o torso, braços e pernas, e em suas fases de agudização causam-lhe intensos distúrbios. Não consegue perceber a correlação entre as fases de sua doença e os diferentes contextos de vida e suas repercussões sobre ele. No entanto, consegue ver que o início de seus sintomas seguiu-se a uma etapa de profundo estresse e muitos conflitos psíquicos.
3. O indivíduo busca análise, após mais de trinta anos de peregrinação pelos mais diferentes serviços médicos, sem que jamais tenha sido possível encontrar solução para seus sintomas: uma permanente angústia de dissolução, como se a vida estivesse prestes a deixar seu corpo, a cada momento. Sua incessante impressão de perda de sua própria integridade física o incapacita de inúmeras formas, e sua vida pessoal e profissional é marcada por crises e rupturas.
4. Outra paciente queixa-se de profunda fraqueza, incapacidade de manter a atenção e a concentração, perturbações físicas diversas e extensas, e muito vagamente pensa que toda essa expressão sintomática possa se vincular a determinado impasse existencial em que se encontra e para o qual sente-se incapacitada em alcançar resolução.
5. O jovem pai de família desespera-se por envolver-se em múltiplos acidentes, em decorrência dos quais causa a si mesmo além de ferimentos, prejuízos materiais que lançam sua família em profunda aflição. Busca análise, concomitante aos tratamentos médicos de que necessita.
6. Outro jovem adulto desenvolveu tantos sintomas de dores articulares que busca aposentadoria precoce, apesar da firme orientação médica de que seus sintomas devam ser tratados por psiquiatra, através de antidepressivos. O paciente se recusa a esta ajuda.
7. A paciente, de 45 anos, sofre episódios recorrentes de afonia, embora os sintomas que efetivamente mais a preocupem sejam sua taquicardia e vertigens, que seriam causadas, segundo seu cardiologista, por sua hiper-ventilação, ou seja, o descontrole que ela desenvolveu sobre seu ritmo respiratório. Esta pessoa, mesmo em um inquérito superficial, traz à tona um grande número de queixas emocionais.

Estes são apenas uns poucos exemplos, de um número crescente de pacientes cujos principais sintomas são somatizações, e que encontram a nível médico, de modo geral, uma grande incompreensão e, muitas vezes, condutas iatrogênicas. Ficam estes pacientes, freqüentemente, em um limbo, onde nem são assumidos como casos em que a ação médica alcance resolutividade e nem encontram auxílio em tratamentos psicológicos.

No entanto, algumas vezes, seja pelo fracasso em alcançar a cura de seus sintomas, seja por uma maior clareza diagnóstica da parte do médico, estes pacientes são corretamente encaminhados a um profissional de saúde mental. Aí, se o profissional encontra-se preparado, as queixas físicas, somatizadas, podem começar a ser traduzidas como expressão de sofrimento subjetivo. Porém, é comum também que o psicólogo, psiquiatra ou mesmo psicanalista, relute em considerar o sintoma de seu paciente, se este se apresentar no “envelope” da somatização. Há um temor em invadir as fronteiras da medicina e da organicidade. O terapeuta conclui pelo reencaminhamento do paciente para o médico clínico, e assim monta-se um círculo vicioso onde estes sintomas convertem-se em “terra de ninguém” e estes pacientes convertem-se em peregrinos de múltiplas clínicas (os, daí em diante, chamados pacientes “poli-queixosos” ou “crônicos”) ou de atendimentos temporários e ineficazes.

Quando o psicoterapeuta consegue encontrar condições de uma boa interação com o médico clínico, em um contexto de diálogo e cooperação, ou, pelo menos, de aceitação de que a intervenção psicológica não seja combatida e desvalorizada, o paciente pode receber atenção mais adequada. Então o maior obstáculo é o psicoterapeuta não se restringir a uma definição rígida de que seu campo de atuação seja apenas o “mental”, o que pode proibir a emergência da dimensão corporal no diálogo clínico. Se o sintoma corporal é visto como parte inevitável e necessária da experiência total do sujeito, então abre-se a possibilidade da psicoterapia alcançar uma compreensão do significado dos sintomas somatizados.

O modelo de Cambridge para os sintomas psicossomáticos

Uma importante contribuição para auxiliar psicoterapeutas e médicos clínicos a tratarem destes pacientes seria um modelo que possibilitasse a representação das vias através dos quais os sintomas psicossomáticos são constituídos. Se for possível caracterizar o modo de construção destes sintomas, abre-se igualmente a possibilidade de entender como transformá-los mediante a intervenção do clínico. Portanto, um modelo da gênese e do desenvolvimento dos sintomas psicossomáticos asseguraria, ao mesmo tempo, uma representação para as vias da resolutividade terapêutica. Compreender a origem equivale a poder pensar a mudança e a transformação possíveis para os sintomas.

Este foi o objetivo da pesquisa que resultou no livro *O eu e o corpo* (Ávila, 2004). Apresentaremos aqui uma síntese desse trabalho, visando uma discussão das implicações metapsicológicas deste modelo que possibilitem sua ampliação e reformulações.

Em 1995, Ivana Marková e German Berrios publicaram um artigo que discutia a heterogeneidade dos sintomas mentais e a questão da necessidade de um modelo multifatorial que permitisse entender os múltiplos contextos de formulação destes sintomas. Defenderam que sintomas como a alucinação, a depressão, a ansiedade, etc., não poderiam ser tomados como “realidades” unidimensionais, mas deveriam ser referidos a diferentes condições de produção, dado eles diferirem em origem, em estrutura e em sua expressão clínica. Buscando articular uma representação para estas diferentes etapas e formas de construção de sintomas, apresentaram o seguinte esquema:

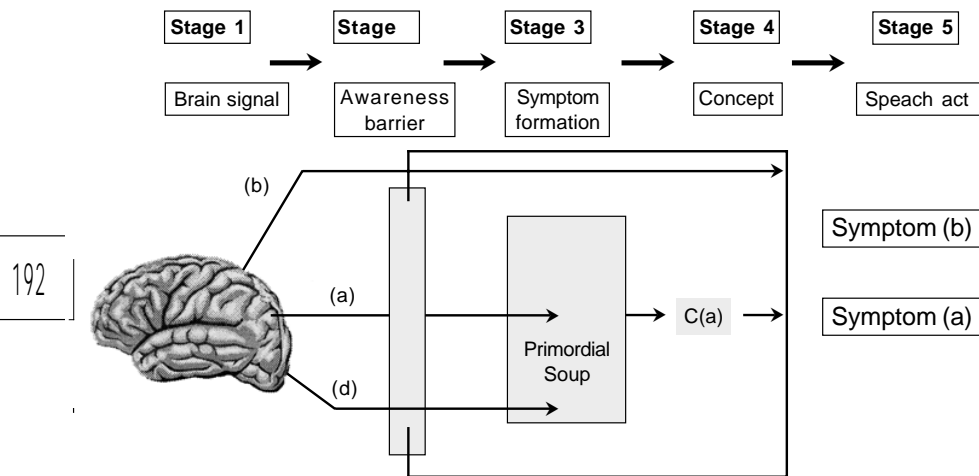


Figura 1 – O modelo de Cambridge, segundo Marková & Berrios (1995)
Construções primárias. a = Construção primária da sopa primordial; b = o sinal evita a consciência (semelhante ao “conhecimento implícito”); d = a sopa primordial não é conceituada

Neste esquema, o sinal cerebral corresponde a uma informação original, procedente do sistema nervoso central, que indica um determinado estado interno e que emerge na vida mental. Três caminhos distintos se abrem para este sinal: na primeira possibilidade, que é a mais freqüente e a que permite um melhor reconhecimento, este sinal atravessa cinco sucessivas etapas de “construção”, até poder ser externalizado na forma de um sintoma descritível e conceptualizável. Durante este caminho, em primeiro lugar há um acesso à consciência, seguido pelo mergulho em uma área de pré-conceptualização (“sopa primordial”), seguida pela elaboração da idéia (“conceito”), até a constituição do ato de fala, que possibilita a comunicação e a apreensão pelo clínico.

No segundo caminho, denominado “b”, o sinal cerebral virá a se descarregar diretamente enquanto sintoma, sem ter seguido as etapas normais de construção. Evitando a “barreira de consciência”, a “sopa primordial”, e os processos de conceituação, este sinal cerebral não alcança representação. Dessa forma, apesar de surgir enquanto sintoma, tem as características de um sintoma “mudo”, porque não possui um conceito que lhe permita inscrever-se no conjunto das representações compartilháveis.

Finalmente, na terceira via, o sinal passa pela “barreira de consciência”, ingressa na “sopa primordial”, mas não emerge desta, permanecendo então como uma percepção interna, difusa e sem representação, porém percebida enquanto vivência. Trata-se, freqüentemente, de uma sensação inominada.

O que o modelo apresenta como inédito é esta etapa denominada de “sopa primordial”: corresponde ela ao conjunto de experiências pessoais do sujeito, que se acumulam como moldes para suas experiências futuras, e aos quais se acrescentam os modelos sociais que cada cultura vem acumulando ao longo de sua história. Estes moldes culturais constituem o acervo para que cada membro da sociedade possua um conjunto comum de referências e de expressão para seus estados subjetivos. Corresponde, na minha opinião, a modos de subjetivação virtuais, potenciais, que cada sujeito tem à sua disposição para a elaboração de suas próprias vivências e para a participação na vida coletiva.

Compreendendo que este modelo teria alcance para outras aplicações, propus um estudo que o adaptasse para a análise da gênese dos sintomas psicossomáticos. Tal apropriação resultou na seguinte reapresentação para o modelo de Cambridge:

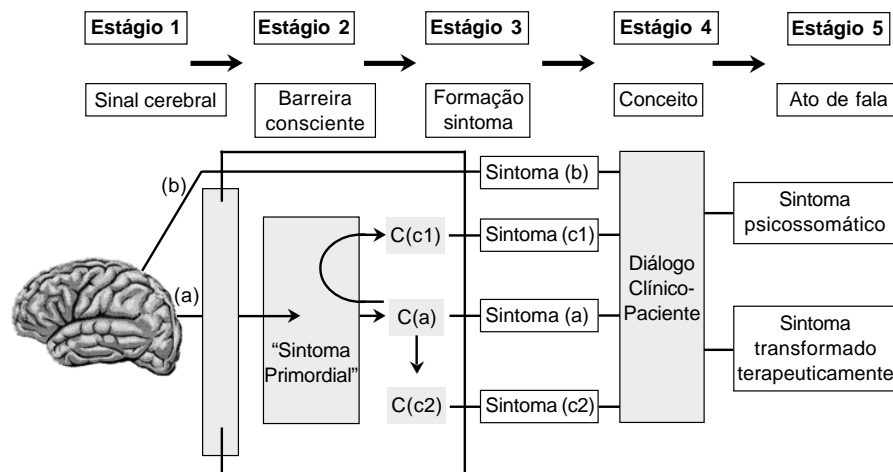


Figura 2 – O modelo de Cambridge adaptado para a análise do sintoma psicossomático (Ávila, 2004)

Através dessa descrição observamos o sintoma psicossomático expressando-se pela via “b” da construção sintomática, bem como podendo ser abordado terapêuticamente, o que possibilita, em determinados casos, a sua transformação. O diálogo clínico-paciente busca articular aquelas vivências, ou estados mentais, carentes de representação, para que eles possam seguir nova direção de construção. Dois caminhos são possíveis: o primeiro, representado como C(c1), busca um re-ingresso na “sopa primordial”, para que os elementos pessoais e culturais, que fazem parte do acervo de pré-concepções do sujeito, possam fornecer as condições para uma nova representação ideativa de sua vivência. Se tal re-construção não for possível, outra via, denominada C(c2) ainda é possível. Nesta forma, o clínico tenta fornecer um conceito auxiliar, de natureza secundária, para que o sujeito tente articular, em suas próprias cadeias de representação, uma representação nova para seus estados mentais inomeados. Tanto por uma via quanto pela outra, o que se está propondo é uma transformação sintomática. É preciso dotar de nome, ou seja, de representação verbal, as experiências subjetivas, ou elas permanecerão sujeitas à descarga no corpo, psicossomaticamente.

O conceito, ou concepção, é propriamente dito uma idéia, uma representação mental de caráter verbal, que visa permitir a expressão e comunicação dos estados subjetivos. Assim, ele é da ordem da linguagem simbólica e da abstração da experiência. O que o modelo de Cambridge denomina como “sopa primordial” é o trabalho mental necessário para viabilizar a elaboração da idéia (conceito). Em um trabalho que discute a memória, Berrios, Marková e Giralá (2000) descrevem:

Quando entram na consciência, os sinais cerebrais são acolhidos como experiências “sem forma” (denominadas “sopa primordial” ou SP). Este material primitivo e pré-cognitivo é rapidamente “formatado”, isto é, recebe significado em termos dos códigos pessoais e culturais. No estado de “consciência fenomênica normal” o permanentemente mutável conglomerado de SP irá também ocorrer em resposta aos sinais cerebrais relativos ao ambiente ou aos estímulos internos. A formação de tais experiências normalmente ocorre de uma forma automática, determinada pelos esquemas pessoais e sociais. No entanto, quando uma experiência gerada por um sinal cerebral disfuncional entra na consciência, o sistema formatador pode não encontrar moldes para a experiência, as quais podem então ser sentidas pelo sujeito como estranhas, provocadoras de ansiedade e de perplexidade. Tais “sopas primordiais” podem permanecer e resistir à integração... (p. 138)

Vemos que esta noção de sopa primordial define as condições da representabilidade para as idéias, mediante a conexão entre o estado interno, trazido pelo sinal cerebral, e os moldes para a experiência, que são provenientes tanto das experiências prévias do sujeito, quanto do contexto geral da cultura onde o mesmo se desenvolve. O processo de conceitualizar é, portanto, a interação da experiência

com o contexto pessoal e social, *background* cultural, influências ambientais, experiências passadas, e o conjunto das representações sociais disponíveis para cada sujeito. É na impossibilidade da representação que jaz a origem da constituição do sintoma psicossomático, exatamente devido ao fato de situar uma forma de manifestação onde o psíquico mostrou-se impotente, e o corporal toma a frente enquanto local de descarga, e também enquanto mensagem, expressão para as vivências de um sujeito. Assim o sintoma é um texto, ou um hieróglifo (Ávila, 2002), já que perdemos a gramática com o qual traduzi-lo.

Portanto, diferentemente de uma certa tradição psicanalítica e psicossomática que privilegia o corpo apenas enquanto local de descarga, e consistentemente com a proposta mais hermenêutica inaugurada por Georg Groddeck, vemos no sintoma corporal um processo simbólico, pleno de significação. A questão é como dar acesso a um processo de intercâmbio clínico, de modo a possibilitar dar voz a um processo caracteristicamente “mudo” e somatizado.

Implicações metapsicológicas

Pretendemos criar condições para um diálogo entre este modelo de representação para a gênese dos sintomas psicossomáticos (modelo de Cambridge) e o vértice original trazido por W. R. Bion para o entendimento da mente humana.

Maria Emília Lino da Silva é uma autora pioneira na apresentação das idéias bionianas para um público carente de vias de acesso ao complexo universo conceitual desse psicanalista. Em *Pensando o pensar com W.R. Bion* (1988), a autora descreve os primórdios da atividade de pensar:

A transmissão do pensar começa a acontecer muito cedo, com os primeiros cuidados requeridos pelo bebê. Na verdade, não se trata de algo isolado, especializado, mas de uma atividade complexa, com uma face ativa e uma contrapartida receptiva, englobando pensar, sentir, comunicar, integrar no/pelo grupo, humanizar. (p. 8)

Prosseguindo em sua descrição, verificamos o quanto, para Bion, o pensar se integra, desde sua origem mais arcaica, aos processos corporais, conectando as experiências físicas e psíquicas:

O amor entre a mãe e seu bebê. Como tal comunicação pode transmitir a capacidade para o pensamento? Bion analisa a questão por meio de um paralelo entre o biológico e o psíquico, o leite e o amor, estabelecendo um *sistema alimentar mental* de que fazem parte o *seio psicossomático* e o *conduto alimentar psicossomático infantil* que lhe corresponde. (Ibid., grifos da autora)

Bion, em *Experiências com grupos* (1970), introduziu a concepção do sistema protomental, e buscou retratar as suas manifestações intensas e primitivas na forma dos “supostos básicos”. Esta estrutura arcaica tanto faz parte dos indivíduos quanto dos grupos, e apresenta as características emocionais primitivas que estão na base das reações individuais e coletivas. Zimmerman (2004) comenta: “Isso ocorre numa época primitiva dos indivíduos e dos grupos, em que o físico e o psíquico ainda estão inseparados e indiferenciados, de sorte que, diz Bion, ‘quando a aflição originária dessa fonte se manifesta, ela pode manifestar-se tanto sob formas físicas quanto sob formas psíquicas’” (p. 97). Nessa matriz formam-se os elementos Beta, que para Bion caracterizam aqueles estados mentais, experiências emocionais ou impressões sensoriais que não podem ser transformadas, e necessitam ser expulsas e evacuadas. Três possibilidades distintas tomam estes processos expulsivos: a ação, o suposto básico nos grupos e a descarga no corpo. Os elementos beta se caracterizam como protopensamentos:

Protopensamento designa as primitivas impressões sensoriais e experiências emocionais que, como elementos β , não se prestam ainda para serem utilizadas como pensamentos propriamente ditos (conceitos e abstrações), mas sim para ser evacuadas fora (nos *actings* e nos supostos básicos dos grupos ou dentro do organismo (“estados psicossomáticos”). (Zimmerman, 2004, p. 97)

196

O mecanismo que Bion mais investigou para compreender estes processos de descarga dos elementos protomentais beta foi o mecanismo da identificação projetiva. Assim, sua investigação da dinâmica da sessão psicanalítica, bem como seus estudos sobre a psicose, levaram a minuciosas descrições da inter-relação entre os elementos alfa e beta, os processos de transformação dos segundos nos primeiros, a enorme importância da função alfa para a constituição da capacidade de pensar, o papel da *revêrie* no início do desenvolvimento do psiquismo do bebê, e outros processos em que a ação da identificação projetiva é decisiva. Mas igualmente importante é o processo psicossomático, que Bion também facultou entender.

Comparando-se ambas descrições, salta à vista que poderíamos comparar a denominada via “b” do modelo de Cambridge a protopensamentos. Funcionando como experiências que não acedem a uma conceituação, estes “sinais cerebrais” vêm à tona carentes de representação. Bion diria que falha a função alfa, que poderia torná-los pensáveis. A barreira de contato composta dos elementos alfa, e que se destina à separação do consciente e do inconsciente, não os filtra, mas, ao contrário, os reprime. Já no modelo de Cambridge se considera que a barreira da consciência é evitada e este processo se manifesta corporalmente. O elemento beta permanece infenso à representação enquanto não for processado pela função

alfa. O sintoma psicossomático permanece sem transformação enquanto não ocorrer uma transformação do mesmo, mediante um diálogo clínico, em que um conceito possa emergir para representar o estado mental inominado. Os modelos são bastante semelhantes, se entendemos a psicoterapia como esta transformação de elementos beta em elementos alfa. Trata-se de possibilitar a geração do pensamento: um pensamento se formando onde antes havia apenas impressão sensorial ou emoção primitiva (Bion) ou sinal cerebral e vivência subjetiva sem nome (modelo de Cambridge).

A noção da “sopa primordial” pode assim ser aproximada da noção de uma mente que antecede um pensador, que é uma das idéias mais originais e instigantes de Bion. A “sopa primordial” representa o local onde as impressões se pré-conceituam, e onde os moldes culturais são disponibilizados. Bion acreditava que as concepções se formavam antes e independentemente do pensador individual. No modelo de Cambridge, estes moldes culturais e também as experiências prévias do indivíduo e da coletividade corresponderiam a estes “pensamentos sem pensador”. Se pensarmos na sopa primordial não como um fato individual, mas sim trans-pessoal, poderíamos identificá-la a uma espécie de mente grupal, da qual a mente individual é apenas manifestação particularizada, ou, como poderíamos metaforizar, uma das cabeças da Hidra. Sendo o local onde as experiências são pré-formatadas, a sopa primordial é o recurso pessoal e coletivo para gerar a representação simbólica das experiências subjetivas. Cada sujeito, fruto e parte da cultura, necessita dos recursos simbólicos de sua cultura para poder “pensar” aquilo que pensa ou sente.

Outra maneira de discutir esta questão é através da concepção do “pensamento incorporado” (*embodied thought*), que foi introduzida pela antropóloga Michelle Rosaldo (1980, 1984), e que já discuti anteriormente, procurando demonstrar sua utilidade na psicanálise (Ávila, 2003). O “pensamento incorporado” é uma realidade onde pensamento e emoção não podem ser dissociados, pois nascem e se desenvolvem unificados. Rosaldo é uma ilustre representante da corrente antropológica conhecida como Antropologia do *self*, e em seus estudos procurou demonstrar como outras tradições culturais podem elaborar concepções distantes do cartesianismo ocidental que divorciou a mente e o corpo. Assim, pesquisando um povo aborígine das Filipinas, essa autora pôde descrever a forma como para os Ilongot o pensamento, a ação e a emoção se conectam enquanto experiência:

Para os Ilongots, o “coração” é ao mesmo tempo um órgão físico, uma fonte de ação e de consciência, e um *locus* de vitalidade e de vontade. Ele fornece o terreno que liga o pensamento, o sentimento e o bem-estar físico, e conecta os processos naturais e sociais com o desenvolvimento do *self*. Em diferentes contextos, o “coração” pode ser equacionado a palavras tais como “vida” (*byay*),

“sombra” ou “espírito” (*beteng*), “respiração” (*niyek*), “conhecimento” (*beya*), e “pensamento” (*nemnem*). (Rosaldo, 1980, p. 36-7)

Michelle Rosaldo demonstra que o significado atribuído por este povo tanto às ações, como às representações e aos afetos, tem uma necessária vinculação a seu “uso” social, ou seja, são categorias vinculadas às diferentes modalidades de vida, apreendidas de acordo com as formas culturais e a lógica derivada delas. Neste sentido, não há propriamente vivências pessoais, como no sentido que habitualmente consideramos no Ocidente.

Uma análise importante para a compreensão desse aspecto é realizada por Kurt Danziger:

Kurt Danziger, em seu *Naming the Mind – How Psychology Found its Language* (1997), procura traçar a forma como a teorização psicológica vem lentamente “construindo” suas noções de uma realidade psicológica individual, procurando pelos traços distintivos, particulares, que separam um indivíduo de sua coletividade. Ele afirma que as experiências são algo essencialmente compartilhado, mas que em uma cultura individualista, como a que nos caracteriza no Ocidente, a experiência é normalmente definida como um evento basicamente privado. Desta forma se perdem de vista os traços comuns, socialmente partilhados, que são gerados a partir dos contextos culturais e organizam a maneira como os indivíduos constituem a sua experiência como uma experiência própria, particularizada. Danziger afirma que os valores coletivos ou culturais não possuem existência isolada, à parte das reações e disposições dos indivíduos, e necessitam dos mesmos para se expressarem. Para este autor, os estudos psicológicos têm procurado caracterizar aspectos da vida mental, como as atitudes, a inteligência, a personalidade etc., como elementos da organização intra-psíquica, suprimindo suas conexões tanto com a vida social, como com a matriz cultural a partir da qual se estruturam estas dimensões. Evidentemente, esta visão que hipostasia o indivíduo e o individualismo, caracteriza uma apreensão ideológica e política da realidade, fruto de processos históricos e da hegemonia econômico-político-científica atual. (Ávila, 2003, p. 80)

Portanto, se assumirmos que as experiências individuais só são possibilitadas mediante sua comparação e confrontação com os modelos sociais e culturais disponíveis, podemos pensar que cada experiência que não encontra “tradução” nos moldes pessoais e culturais disponíveis, só poderá, como afirma Bion, ou ser projetada para fora, no próprio meio cultural (*acting* ou suposto básico), para que este tente lhe dar um formato compartilhável e compreensível, ou ser lançada “dentro” (sintoma psicossomático), para que o corpo dê conta dessa experiência incompreensível e não-simbolizada. É possível que esta experiência não se caracterize nem como impressão sensorial, nem como sentimento, e muito menos como pensamento. Mas se entendermos que ela é um “pensamento incorporado”,

poderemos dar-lhe um estatuto de reconhecimento, que a habilite a ser pensada e comunicada.

Há um ditado popular que afirma: “Quando a cabeça não funciona, o corpo padece!”. Este ditado é profundamente verdadeiro. Ele significa não apenas o fato de que na ausência de pensamentos haverá uma descarga no corpo na forma de sintomas psicossomáticos, quanto deixa entender que a falta de pensamentos pode levar a ações inadequadas, que impliquem acidentes, bloqueios, inibições, ou *acting outs*. Mas é interessante discutirmos também que por “cabeça”, talvez a sabedoria popular não esteja apenas se referindo ao pensar propriamente dito, mas a todo o funcionamento psíquico. Desta forma, o ditado significaria que os processos internos têm de caminhar adequadamente no interior do psiquismo, precisam encontrar as vias do mental, ou será o corpo a sofrer de uma manifestação sempre mais inadequada, sempre mais primitiva, e pior, uma manifestação que tenderá à repetição porque não se permite “aprender com a experiência”.

O modelo de Cambridge possibilita uma reflexão sobre a importância de pensar para o desenvolvimento psíquico, além de sua utilidade para compreender a gênese do sintoma psicossomático. Ao longo da evolução histórica do homem, sua capacidade de formular pensamentos revelou-se dramaticamente importante para sua adaptação ao meio e à sua sobrevivência enquanto espécie. Através de suas construções intelectuais e do controle de seus impulsos básicos, o ser humano modelou a civilização e aprendeu inúmeras formas de situar-se no meio ambiente e transformar o mundo. Criou a cultura, e com ela tornou-se provavelmente a única espécie capaz de transformar a si mesmo. A hipótese que desejamos aventar é a seguinte: pensar é a forma metapsicologicamente mais simples e mais útil para elaborar as vivências internas do ser humano.

Diferentemente do senso comum, que define o pensamento como algo trabalhoso e difícil, acreditamos que o pensar possibilita o melhor uso da energia psíquica, ou seja, pensar economiza e amplifica as capacidades do sujeito para dar conta do ambiente interno e do ambiente externo, promovendo os melhores resultados adaptativos.

Buscando significar uma experiência, um sujeito encontra-se com seu aparato mental inundado por sensações e/ou emoções, as quais o pressionam para modificá-las na forma de experiências conceitualizáveis. Podemos dizer que estas experiências são simbólicas e que sua característica mais marcante é o fato de elas poderem ser expressas em palavras, ou seja, são faláveis. Experiências faláveis têm uma tríplice vantagem: 1) podem ser comunicadas aos demais; 2) podem ser memorizadas e 3) podem ser elaboradas psiquicamente, através dos processos descritos por Freud, como os mecanismos da simbolização e da elaboração psíquica (principalmente, a sublimação).

Imagens visuais são adequadas para o funcionamento do processo primário, e também operam por mecanismos, tais como o deslocamento, a condensação e a substituição simbólica. Mas o processo primário tem a grande desvantagem de operar em um registro onde a ação está impossibilitada pela condição do sono, ou seja, o sujeito que está dormindo “realiza” a ação alucinatoriamente, mas não pode efetivamente modificar o meio, ou, se desperto, a ação conduzida pelo processo primário leva o sujeito ao *acting out*, e às descargas motoras, altamente desvantajosas em termos evolutivos, já que a vida social pede pelo controle impulsivo.

Desta forma, a ação que surge de uma condição interna mais desenvolvida, após o processamento do processo secundário, é uma ação regida pelo pensamento, e por isso mais adequada, mais ajustada e mais aberta aos vínculos sociais. Se o pensamento, o sentimento e a ação não conseguem ganhar uma condição de expressão verbal (social, por definição, já que a língua é o meio social por excelência), esta situação implica no isolamento do indivíduo, na sua solidão experiencial, e num montante de sofrimento mental, se estes estímulos internos não encontram derivação. Esta é a razão pela qual o psiquismo evoluiu para a condição de pensamento. Pensar representa o menor gasto energético, com o máximo de ganho operacional: acompanhada e regida por pensamento a ação é melhor dirigida e mais facilmente incorporada como uma condição socialmente aceitável, pois culturalmente prevista e regulamentada.

Esta é a junção possível entre o modelo de Cambridge e a noção antropológica do “pensamento incorporado”: na mente, as experiências buscam por um molde cultural já elaborado, o qual permita ao sujeito entender a si mesmo, “lendo” a sua experiência de acordo com a gramática de emoções que o contexto cultural lhe oferece. Quando é possível encontrar um molde razoavelmente ajustado àquilo que sente, o sujeito sente-se reconfortado, pois sua vivência é conceitualizável (falável, compartilhável, elaborável). É possível ser entendido pelos demais e por si mesmo. É possível buscar entre os recursos culturais quais são aqueles que podem “curar” esta vivência se ela se mostrar demasiadamente dolorosa para o sujeito. Assim, por exemplo, uma dor afetiva arrasadora, como um luto, encontra em cada contexto cultural (no sentido amplo da cultura abrangente, e também no sentido restrito da cultura própria a um subgrupo cultural) as formas mais plausíveis e bem-elaboradas para o manejo daquela vivência subjetiva.

Se o indivíduo for um membro da cultura Maori, por exemplo, ao perder um ente querido, ele chorará em altos brados, xingará, cantará, e, no auge de sua dor, passará a lacerar seu próprio corpo com uma pedra obsidiana, que é muito cortante. Seu corpo ficará transfigurado, e as pessoas de sua comunidade entenderão que ele está sofrendo demais com aquela perda, e que ele é uma pessoa muito respeitável e correta. Já no Ocidente, os métodos de vivenciar e expressar

um luto são muito diferentes, e talvez amparem de uma maneira muito menos efetiva a algumas pessoas, pois nossa cultura oferece menos possibilidades rituais de manifestação da dor psíquica intensa. É possível que a pessoa seja impedida de manifestar em voz muito alta por muito tempo aquilo que lhe dilacera. É possível que lhe administrem calmantes. Pode ser que ela seja instada a se conter e a ocultar seus sentimentos. Evidentemente, se ela pensar em se cortar, será prontamente impedida.

Mas não é só na expressão das vivências emocionais que este modelo nos serve. Afinal, estes fatos já são conhecidos há muito tempo e o relativismo cultural tem sido cada vez mais reconhecido em todos os âmbitos, inclusive na psiquiatria e na psicologia comparativa. O que aqui me interessa levantar são aquelas situações onde falha este mecanismo do “reconhecimento” das vivências e então elas não encontram nome e expressão reconhecível. Penso que estas situações são muito freqüentes, e que todos nós, em cada ambiente cultural de forma específica, somos levados a tentar ajustar as expressões sempre mutantes de nossas experiências a um número restrito de moldes culturais.

Essa é a razão da extrema importância das formas culturais concretas (Literatura, Artes, Folclore, Música, Artesanato etc.) para um povo. São através dessas autênticas explorações espirituais que os artistas desbravam novos territórios para a mente humana, abrindo trilhas de novos sentimentos, outras possibilidades de representar o mundo, de viver e pensar o amor, o medo, a angústia, a vergonha, a crueldade, o deslumbramento, e toda a gama infindável das emoções humanas. Cabe ao artista, “antena da raça” (T. S. Eliot) a invenção das novas formas do sentir. Com isso, todos nós ampliamos aquilo que podemos ser, pois uma criação cultural é como um novo modo para o ser, um novo molde para aquilo que só sentimos se formos capazes de saber que sentimos.

Penso que isso seja bastante semelhante à idéia de Bion de que não basta sentir uma dor, é preciso sofrê-la. Se o sujeito é incapaz de sofrer sua dor, ele é incapaz de transformá-la, ou seja, elaborá-la.

É preciso enriquecer continuamente a “sopa primordial”. É uma sopa rica que é capaz de nos nutrir em criatividade e em condições para sentir aquilo que sentimos, e com isso, cada vez mais, sermos aquilo que já somos. Mas é com a expansão do pensamento que realmente nos tornamos o que podemos ser.

Referências

ÁVILA, Lazslo Antonio. A doença na alma: Georg Groddeck e a psicossomática psicanalítica. *Percursos – Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano 10, n. 19, p. 43-8, 1997.

____ *Doenças do corpo e doenças da alma* – Investigação psicossomática psicanalítica. 3. ed. São Paulo: Escuta, 2002.

____ Antropologia do self e psicanálise: um diálogo. *Percurso – Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano XVI, n. 30, p. 79-90, 2003.

____ *O eu e o corpo*. São Paulo: Escuta, 2004.

BERRIOS, German Elias; MARKOVÁ, Ivana & GIRALA, Nestor. Persistent Memory Complaints: Hypochondria and Disorganization. In: BERRIOS, German Elias & HODGES, John (eds.). *Memory Disorders in Psychiatric Practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

BIANCOLI, Ricardo. Georg Groddeck, The Psychoanalyst of Symbols. *International Forum of Psychoanalysis*, v. 6, n. 2, p. 117-25, 1997.

BION, Wilfred R. *Experiências com grupos* 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

DANZIGER, Kurt. *Naming the Mind – How Psychology Found its Language*. London: Sage, 1997.

GANTHERET, François. Lugar y estatuto del cuerpo en el psicoanálisis. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, n. 61, p. 23-32, 1982.

GRODDECK, Georg (1917). *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GROTJAHN, Martin. Georg Groddeck and his teachings about man's innate need for symbolisation: a contribution to the history of early psychosomatic medicine. *Psychoanalytic Review*, n. 32, p. 9-24, 1945.

LINO Silva, Maria Emília. *Pensando o pensar com W. R. Bion*. São Paulo: MG Editores, 1988.

MARKOVÁ, Ivana & BERRIOS, German Elias. Mental Symptoms: Are They Similar Phenomena? *Psychopathology*, n. 28, p. 147-57, 1995.

ROSALDO, Michelle. *Knowledge and Passion: Ilongot Notions of Self and Social Life*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

____ Towards an Anthropology of self and feeling. In: SHWEDER, Richard & LEVINE, Robert. *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*. U. K: Cambridge University Press, 1984.

ZIMMERMAN, David Epelbaum. *Bion – da teoria à prática, uma leitura didática*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

Resumos

Este artículo presenta un esquema conceptual (el modelo de Cambridge) que visa representar el proceso de “construcción” de los síntomas psicossomáticos. A través de este modelo, se propone un modo de comprensión de los estados subjetivos que no pueden ser traducidos como conceptos (representantes mentales) y, con sus propios medios, vienen a materializar a sí mismos como síntomas psicossomáticos. Eso permite la descripción y comprensión de las maneras a través de las cuales el proceso terapéutico alcanza su eficacia y puede transformar los estados mentales “irrepresentados”, que están en la base de la constitución de los fenómenos psicossomáticos. Buscaremos también articular esa comprensión con algunas de las concepciones de W. R. Bion, para que nuevas dimensiones de esa cuestión puedan ser alcanzadas.

Palabras claves: Psicossomática, modelo de Cambridge, síntomas, W.R. Bion

Le présent travail présente un schéma conceptuel (modèle de Cambridge) dont l'objectif est de représenter le processus de “construction” des symptômes psychosomatiques. A travers ce modèle, on propose un mode de compréhension des états subjectifs n'ayant pas de traduction en concepts (représentants mentaux) et qui, au travers de moyens propres, se matérialisent dans des symptômes corporels ou psychosomatiques. Il est ainsi possible de décrire et comprendre les chemins au travers desquels le processus thérapeutique atteint son efficacité et permet la transformation des états mentaux “non représentés”, qui sont à la base de la constitution des phénomènes psychosomatiques. Nous recherchons également à articuler cette compréhension avec certaines conceptions de W. R. Bion, afin que de nouvelles dimensions de ce problème puissent être envisagées.

Mots clés: Psychosomatique, modèle de Cambridge, symptômes, W.R. Bion

This work presents a conceptual sketch (the Cambridge model) aiming at characterizing the “construction” process of psychosomatic symptoms. With this model, we propose a way to comprehend the subjective states that can not be translated as concepts (mental representations) and, through its own paths, are materialised as corporal or psychosomatic symptoms. This allows a description and comprehension of the ways through which the therapeutic process achieves its efficacy and can transform the “unrepresented” mental states that are the basis of the constitution of psychosomatic phenomena. We also tried to link this understanding with some of W. R. Bion's conceptions, in order to reach new dimensions in this question.

Key words: Psychosomatic, Cambridge model, symptoms, W.R. Bion