

Doenças do corpo e doenças da alma: uma apresentação*

Lazslo A. Ávila**

O presente trabalho faz a apresentação do estudo de mesmo título defendido, como tese de doutoramento, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em dezembro de 1995. Discute a possibilidade de se investigar psicanaliticamente os fenômenos complexos que o corpo apresenta e que transcendem a objetivação que a Medicina lhe assignou. Busca caracterizar duas posturas fundamentais no acesso e descrição desses fenômenos: a Medicina Psicossomática e a Psicossomática Psicanalítica. A primeira apóia-se nos pressupostos, métodos e finalidades da Medicina, enquanto a segunda quer aproximar a teoria, o método e a prática psicanalíticas das manifestações corporais do sujeito humano. Retraçando a história das práticas curativas, desde a Medicina ancestral, tentamos demonstrar que a Psicossomática esteve na origem dessas práticas, mas foi abandonada pela Medicina cientificista, e não encontrou também legitimidade na Psicanálise, tornando-se com isso um “território de ninguém”, uma região de ambigüidades e incertezas, e que demanda, hoje, um esforço de conceituação e de caracterização por inúmeros profissionais, das diversas áreas que participam de suas fronteiras. Apresentamos três exemplos da prática psicanalítica com pacientes psicossomáticos, utilizando contribuições de Georg Groddeck, a quem apresentamos brevemente, e concluimos com a proposta da adoção da Banda de Moebius, como instrumento conceitual para uma descrição não-dualista da interação corpo-mente.

Palavras-chave: Interação corpo-mente, psicossomática-psicanalítica, medicina psicossomática.

Abstract

Disease of body and disease of soul: one aresentation

This work presents the study with the same title defended as a doctoral thesis at the Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, in December, 1995. It discusses the possibility of a psychoanalytic investigation of the complex phenomena that the body presents and wich go beyond the objectification that Medicine had assigned it. We try to characterize two ways in the access and description of these phenomena: the Psychosomatic Medicine and the Psychoanalytic Psychosomatics. The first one is supported on the postulation, methods and finalities of Medicine, while the second wants to aproximate the theory, method and practice of the Psychoanalysis to the corporal manifestation in the human being. Going throug the history of the healing practices, since the ancestral Medicine, we try to demonstrate that Psychosomatics was in the origin of these practices, but it was abandoned by scientific Medicine, and did not find legitimation in the Psychoanalysis either, becoming a “territory of nobody”, a region of ambiguities and uncertainty, and that demands, today, an effort of conception and characterization by several professionals, from the different areas that participate in its frontiers. We present three examples of the psychoanalytical practice with psychosomatic patients, using contributions of Georg Groddeck, who is briefly presented, and we conclude with the proposal of the adoption of the Moebius Band, as a conceptual instrument for a non-dualistic description of the body-mind interaction.

Key words: Body-mind relationship, psychanalitic-psychossomatic, health psychossomatic.

Estar doente é estar do avesso. A doença suspende todas as questões do cotidiano e nos põe em contato com um nível da realidade, que por mais íntima e permanentemente contínua, nem por isso deixa de ocultar-se mais completamente: nosso corpo, essa base material de nosso ser, eterno companheiro desconhecido. A Psicanálise, que a ele tanto

deve, continua em grande medida a ignorá-lo, por vezes ocultando-o no mesmo movimento em que o investiga. A Medicina reduziu-o: para ela, somos apenas cadáveres animados.

Repartimos, com a racionalidade cartesiana, as funções corporais das anímicas e continuamos, há tantos séculos, a ver o homem despedaçado nas

* “Doenças do corpo e doenças da alma — Investigação Psicossomática Psicanalítica.” Tese de Doutoramento. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1995.

** Psicólogo, professor da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP.

Endereço para correspondência: Rua Saldanha Marinho, 3564, CEP 15014-300, São José do Rio Preto, SP.

disciplinas científicas. O progresso das ciências obriga, exige, que a definição de cada objeto específico se faça sempre com maior rigor, separando-o e distinguindo-o dos objetos das outras ciências. Nessas árduas ciências que chamamos de humanas o Homem é objeto múltiplo. Apesar de toda a Ecologia e dos apelos pelo Holismo, ou pela inter, multi ou trans-disciplinariedade, o fato é que ainda engatinhamos na possibilidade de articular os conhecimentos produzidos pelas diferentes áreas, e mal conseguimos esboçar modelos que integrem as complexidades que cada saber específico conseguiu trazer à luz. Sabemos muito sobre muito pouco.

No campo próprio das representações que podemos fazer sobre as doenças, os padecimentos e a finitude do Homem, ou seja, suas dores de corpo e de alma, suas questões e seus motivos, suas buscas e demandas, seus enigmas e suas quimeras, suas significações e seus “não-sentidos” — podemos observar que a Medicina, apenas, é incapaz de responder a tudo que aí se expressa.

Cabe à Medicina, historicamente, o auxílio para o alívio da dor, e para a busca de resolução daqueles sofrimentos que afligem o homem, causando-lhe desconforto, angústia, dores, medos etc. Apóia-se ela, principalmente, na Biologia, na Química, na Biofísica e Bioquímica. Em seu desenvolvimento recente, compreendeu que inúmeras doenças tinham como principal fator causas ambientais, e assim, abrangeu estudos de outras disciplinas, como Geografia, Demografia, Economia, Antropologia, Sociologia etc.. Mas permaneceu atada a seus paradigmas quanto ao que se refere às chamadas “causas internas” das doenças, deixando inexplorado um imenso campo, que foi parcialmente ocupado pela Filosofia, pela Psicologia, pela Literatura, e outras formas do pensar e do fazer humanos. Privilegiando a investigação objetivista, dissociando *res extensa* de *res cogitans*, o pensamento médico tem seguido um curso positivizante, que exclui as questões subjetivas de seu campo, e por isso chega ao final do século sem conseguir manejar com todas aquelas problemáticas em que o “doente” mostra-se maior do que seu órgão doente, ou então, mostra-se mais complexo do que aquela parte ou função específica que é tratada por uma especialidade

médica. Impotente diante dessas situações, a Medicina é particularmente confrontada com dois grandes enigmas: a **Histeria** e a **Psicossomática**, questões do Sujeito humano, quando este se mostra habitante não passivo (não-paciente) de seu corpo.

Os filhos da Esfinge

Ernest Jones¹ relata que, ainda em 1880, quando Freud iniciava suas observações sobre a Histeria, esta ainda era tratada com o método bárbaro da ablação do clitóris, ou com a utilização, que data de mais de 2000 anos, da planta *valeriana*, cujo odor fétido faria com que o útero cessasse seus pretensos movimentos desordenados, e se fixasse em seu local anatômico. A Histeria desafia o saber e as técnicas médicas desde a mais remota Antiguidade. Já os egípcios, conforme Lopes (1970),² descreveram-na com os mesmos traços básicos com que os médicos do século passado, 4000 anos depois. Os seus sintomas característicos desafiam, intrigam e potencialmente questionam e subvertem a atitude médica usual.

O paciente histérico demanda, sua queixa nunca se resume ao pedido de alívio, vai além, perquire o saber do outro, esvazia suas certezas, avança e desaparece ao sabor de acontecimentos que estão além do controle e das medidas de quem dele trata. O histérico se faz ouvir, mas é preciso ter ouvidos capazes de ouvir.

Toda a revolução psicanalítica nasceu da disposição de Freud em ouvir suas pacientes. Instado por Elisabeth von R., Freud compreende que não deve interrompê-la, e é preciso respeitar seu desejo de falar de si; recordando o que ouviu de Breuer, percebe que a direção da investigação que ele empreende será dada por seu “paciente”. Capaz de superar a atitude médica com a qual foi formado, Freud se torna capaz de seguir seus interesses, suas falas, a lenta emergência de suas verdades. Ao invés de julgar-se possuidor do conhecimento sobre os sofrimentos do outro, Freud pôs-se ignorante, portanto capaz de aprender. A Psicanálise nasce como um produto de sujeitos: a escuta psicanalítica permite que o indivíduo, que só poderia ser “paciente” perante o médico que “sabe” sobre a sua doença, torne-

1. JONES, E. Vida e Obra de Sigmund Freud, p.239.

2. LOPES, O. **A Medicina no Tempo**.

se um sujeito, responsável, a partir daí, pelo processo de seu adoecimento e de sua cura.

O próprio Freud previu que sua obra despertaria continuamente resistências. Hoje, 100 anos após, vemos inúmeros sinais do desprezo olímpico e da raiva mal-disfarçada que trazer à tona o Inconsciente continua a produzir. Porém, independentemente de seus efeitos culturais, o fato é que Psicanálise e Histeria combinaram-se de tal maneira que a Psicanálise praticamente tornou-se a Histeria, como assinalou Etienne Trillat.³ Para isso paga-se um preço: a Psicanálise será tão estigmatizada quanto.

Quanto à Medicina assiste-se hoje à definitiva disjunção de seu interesse por esse enigma milenar. A mais recente edição do Código Internacional de Doenças (C.I.D. 10) simplesmente eliminou a categoria Histeria, substituindo-a pelos itens transtornos conversivos, transtornos somatoformes, ou transtornos dissociativos, isso tudo em nome da “univocidade” e porque os “múltiplos significados” da expressão tornavam-na de “difícil uso”.⁴ Não desaparece apenas uma categoria: é toda uma maneira de apreender um aspecto fundamental da experiência humana que perde sua legitimidade, e não mais pode ser dito, assim como antes não podia ser ouvido.

A Histeria não apenas “desapareceu”, foi suplantada. Uma nova entidade tomou seu lugar: chama-se Doença Psicossomática.

Morre uma rainha (a Histeria). Viva a rainha! (a Psicossomática)

O surgimento da expressão data de princípios do século passado, cunhada pelo psiquiatra Heinroth, mas seu uso corrente vem da década de 1920. A Primeira Guerra Mundial (1914-1918) trouxe inúmeros casos de neuroses de guerra, ou *neuroses traumáticas*, e entre os inúmeros autores que consagraram seus estudos e esforços a elas destacaram-se alguns psicanalistas. Freud e Ferenczi foram os pioneiros, mas inúmeros médicos viram na Psi-

canálise um recurso e um método para o manejo dessas neuroses. Utilizaram-na posteriormente para outras situações hospitalares e nos Estados Unidos surgiram, quase simultaneamente, duas escolas de Psicossomática médica, uma em Chicago, em torno de Franz Alexander, e outra em Nova York, com base nos trabalhos de Helen Flanders Dunbar. Estes trabalhos deram origem ao que se conhece como **Medicina Psicossomática**. Durante os próximos 40 anos essa área desenvolveu-se enormemente. Assumiu-se como uma área de Medicina, adotando dessa os modelos, os métodos e os critérios. Tomou a Psicanálise como uma ferramenta terapêutica, e como um método de investigação para a etiologia daquelas enfermidades que se mostravam obscuras ou incoercíveis aos tratamentos prescritos. O Inconsciente, para a Medicina Psicossomática, é uma das causas etiológicas possíveis para as doenças, junto com os vírus, as bactérias etc., pois, como diz Trillat, para a Medicina Psicossomática “o conflito não é específico”. Aos fatores inconscientes devem ser acrescentados os fatores sociais, demográficos, genéticos etc. Embora tendo partido da Psicanálise, e embora não seja simples esta distinção, pode-se dizer que a Medicina Psicossomática seja, sobretudo, uma tentativa de resgate da Medicina daqueles aspectos que se perderam com a fragmentação excessiva das especialidades médicas. Por isso, Lewis e Lewis declaram:

*A Medicina só poderá desenvolver-se completamente no dia em que a profissão médica levar em consideração a natureza integrada do ser humano, aprendendo a tratar a psique e o soma como fenômenos inseparáveis, como realmente o são.*⁵

Rumo muito diferente teve outro ramo, que podemos denominar **Psicossomática Psicanalítica**. Estimulada de início pelo próprio Freud, que declarava⁶ que em breve se descobriria o terreno

3. TRILLAT, E. *História da Histeria*.

4. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (Classificação Internacional de Doenças - C.I.D. 10)*, da Organização Mundial de Saúde, 1993, p.14.

5. LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. *Fenômenos psicossomáticos*, p.10.

6. FREUD, S. *Conferencias Introdutórias al Psicoanálisis (1916-1917)*.

comum das afecções somáticas e anímicas, teve, no entanto, um corte abrupto. Ferenczi produziu sua *Thalassa*, mas um importante autor que surgiu com inovação e ousadia não teve acolhida nos meios psicanalíticos. Esse autor era Georg Groddeck. Sua obra recebeu o beneplácito de Freud, mas não do movimento psicanalítico. Marginalizando Groddeck, a Psicanálise afastou-se da questão das doenças psicossomáticas, e da questão mais global e mais complexa do corpo, por 30 anos. Essa questão, no entanto, ressurgiu e uma das questões-chave hoje, para a Psicanálise, diz respeito ao “lugar e ao estatuto do corpo” e de suas vicissitudes em relação à teoria e à técnica da Psicanálise.

Os dois registros: a mente e o corpo

É preciso remontar até os primórdios da história da civilização para apreender alguns dos traços fundamentais que criaram essa dissociação e tornam hoje tão problemática a investigação dos fenômenos psicossomáticos.

Para o homem do Neolítico, há 50 mil anos atrás, as doenças eram acontecimentos sobrenaturais, provavelmente devidos a demônios que se apoderavam da saúde e da vitalidade dos doentes, e aos quais era preciso expulsar, utilizando-se técnicas mágicas e determinadas intervenções. Os registros fósseis comprovam a existência de sofisticadas operações cranianas, as trepanações, que Lopes (1970) considera como medidas de afugentamento de maus espíritos. Os antigos babilônios, há cinco mil anos, consideravam a doença como um castigo aos pecados e os relacionavam assim:

*Excitar o pai contra o filho e o filho contra o pai; excitar o amigo contra o amigo; entrar na casa do próximo; conquistar a mulher do amigo, dividir uma família unida; desatender ao superior, e assim por diante.*⁷

Como se pode observar, são fatos culturais, essencialmente, os que definem o ajustamento ou desajustamento do indivíduo, traduzido na forma de

adoecimento, o qual será concebido como castigo divino. Os médicos-sacerdotes cumprirão o papel normalizador e de retorno à ordem, que equivale à saúde, e esse é um estado que se sustenta na ordem cosmológica.

Na antiga Pérsia, consideravam-se cinco meios principais através dos quais uma pessoa poderia curar-se: 1 - através da santidade; 2 - com a lei; 3 - com a faca; 4 - com ervas; e 5 - com a palavra sagrada. O espírito religioso mistura-se ao espírito cívico, ao mesmo tempo que técnicas cirúrgicas e medicamentosas já compõem como tratamento. Os registros social, sobrenatural, ético, moral e biológico apresentam-se unificados.

Pode-se constatar nesses poucos exemplos como a Medicina ancestral não dissociava a doença, tomando-a como uma unidade à parte, isolável do conjunto de fenômenos que compõem a vida do homem, e muito menos ainda, como um acontecimento desvestido de significação cultural. A doença era vista como um aspecto da vida, tomada em seu sentido global. Nos primórdios da História, tratar e curar parecem ter sido íntimos coadjuvantes do compreender. Podemos mesmo dizer que, no início, toda terapêutica foi psicossomática.

Em seu importante trabalho sobre as curas xamânicas,⁸ Claude Lévi-Strauss assinala que tanto para o processo do adoecimento, como para a cura, é o universo dos signos e mitos culturais compartilhados que é responsável pelo transcurso dos acontecimentos. Quando o feiticeiro aponta um osso para um infeliz, este “sabe” que isso significa a morte, e nada poderá ser feito para interromper (médicos ocidentais o comprovam) o processo irreversível de enfraquecimento até a morte. Por outro lado, as representações compartilhadas entre o xamã e o paciente permitem que os ritos de cura, realizados com plena participação da coletividade, alcancem máxima eficácia curativa. Lévi-Strauss relata o caso das índias do Panamá cujos partos, muito complicados, eram realizados pelo xamã, em estado de transe, invocando as entidades espirituais que favoreciam ou que obstaculizavam aquele nascimento.

Toda a história da evolução das práticas curativas, principalmente até o século XVI, é uma longa e diversificada exemplificação de que corpo e alma formavam um contínuo, e de que doença e cura

7. LOPES, O. - Op. cit., p.38.

8. “O feiticeiro e sua magia”, In: *Antropologia Estrutural*, 1975.

eram processos que afetavam o indivíduo em sua integridade dentro do contexto geral de sua cultura. Por isso as dimensões políticas conviviam com as explicações religiosas, a ética misturava-se às normalizações e a doença era uma expressão do todo: corpo e espírito.

Durante toda a Idade Média esse panorama não mudou. Michel Foucault (1972) demonstrará⁹ que corpo e alma, embora separados, recebem no século XVII ainda um tratamento conjunto, pois são vistos ambos como emanações de uma mesma substância divina e, portanto, feitos de uma matéria comum. Cita um autor (Ettmüller) que, em 1691, enumerava da seguinte forma as causas das convulsões:

*a cólica nefrítica, os humores ácidos da melancolia, o nascimento durante um eclipse da Lua, a vizinhança das minas de metal, a cólera das amas-de-leite, os frutos de outono, a constipação, os caroços de nêspera no reto e, de modo mais imediato, as paixões, sobretudo as do amor.*¹⁰

Essa divertida descrição demonstra o quanto o corpo e a alma comunicam-se ainda em seus valores simbólicos e em suas qualidades comuns, enquanto a Medicina não possui senão a Teoria de Humores, remanescente de Hipócrates, e muito poucas inovações. Porém, logo virá a revolução científica que convulsionará os saberes e as técnicas. A partir de Descartes, no século XVI, e logo com a adoção dos parâmetros positivistas da filosofia comtiana, instaura-se, a par de todas as modificações de método, uma profunda cisão entre corpo e alma, que aliás, desde então, já não mais será assim chamada.

Derivada da Botânica, surge a Taxonomia, implantada com entusiasmo na Medicina. O empenho classificatório e normatizante passa a categorizar as entidades nosológicas, enquanto a experimentação, que já vinha desde Galeno, no século I, recebe imenso incentivo. A Anatomia e a

Fisiologia darão saltos enormes, e em todas as áreas médicas novos artefatos e novas definições surgirão. Aquela unidade, porém, o homem visto como totalidade biopsicossocial, só será retomada 200 anos depois, mesmo assim, apenas como um desejo de integração presente, por exemplo, nas declarações da Organização Mundial de Saúde. Na prática, a partir do século XIX, o que se observa é a ruptura da perspectiva totalizadora do homem e, fundamentalmente, a adoção de paradigmas médicos que convertem a doença em coisa, fato objetivo, alheio e exterior ao homem — processo físico e químico que o homem sofre, mas do qual não participa, a não ser como vítima, ou portador. O homem é, a partir daí, como afirma Clavreul,¹¹ “desposuído” de sua doença. É então que se torna “paciente”. E é exatamente pelo mesmo motivo que surge a necessidade de seu resgate, como subjetividade, pela Psicanálise.

Ser ou estar doente¹²

“A doença caracteriza-se fundamentalmente por um estado negativo, de ausência de saúde. Do ponto de vista da Medicina, pode-se caracterizar o indivíduo doente abstraindo completamente as categorias que este próprio indivíduo considera como definidoras do seu bem-estar. Há inclusive um chiste médico que define o sadio como um doente que se ignora, ao mesmo tempo que em Medicina se reconhece que nas pesquisas epidemiológicas feitas em massa, são detectados inúmeros problemas de saúde totalmente desconhecidos tanto por parte de seus portadores, como dos serviços de saúde que os atendem”.

Por outro lado, é fato bastante conhecido que a doença começa fundamentalmente por um estado subjetivo de “sentir-se doente”. É ilustrativa a descrição do dr. Jean Barbé:

Para o médico, um indivíduo normal é aquele que não está doente, aquele que apresenta um ‘check up’ conforme a média; por exemplo: imagem torácica, trânsito, eletrocardiograma sem anomalia, ausência de B.K. no escarro,

9. *História da Loucura na idade clássica.*

10. FOUCAULT, M. Op. cit., p.222.

11. CLAVREUL, J. *A Ordem Médica. Poder e Impotência do discurso médico*, 1983, pp. 43-49.

12. Os próximos parágrafos, entre parênteses, encontram-se no trabalho original.

*ausência da albumina na urina, hemocultura negativa etc. Quer dizer que tal indivíduo biologicamente normal não está doente? Certamente que não, mais da metade dos doentes que atravancam as salas de espera dos médicos generalistas tem exames negativos, e no entanto ali estão eles, vindo consultar com suas dores, sua fadiga, seus problemas digestivos, suas palpitações etc.*¹³

São os doentes “que não apresentam nada”, mas que em observações empíricas (não se dispõe de estatísticas brasileiras sobre o assunto), os médicos reconhecem que perto de 50% de suas consultas poderiam ser classificadas como tais, recebendo designações variadas como: “distúrbio neurovegetativo”, “estresse” ou “doença psicossomática”. Segundo Jeammet *et al* (1990), “50 % a 75 % dos doentes que procuram o clínico geral não são portadores de doenças orgânicas”.¹⁴ Do ponto de vista clínico, após os exames, o médico consideraria tal situação como de “ausência de doença” e poderia sentir-se inclinado a dispensar tais pacientes. No entanto, é necessário fazer algo com eles, pois o indivíduo “se sente doente”, e demanda cuidados. Os autores acima citados afirmam que os médicos são compelidos a dar “explicações fisiopatológicas desses distúrbios, a fim de lhes conferir autenticidade médica.” E concluem:

Temos visto nascer numerosos vocábulos para designá-los — distonia neurovegetativa, distúrbios do simpático, neurose cardíaca, astenia circulatória... — cuja multiplicidade mostra seu pouco valor explicativo. Na verdade, tais nomes apresentam mais descrições de mecanismos efetores do que explicações causais.

*Esse gênero de denominações traz um risco para o doente, e mesmo para o médico, de adquirir um valor explicativo e ratificar o distúrbio.*¹⁵

A doença se faz preceder por um estado subjetivo que toma a forma de uma queixa, centrada em descrições somáticas, como dores ou fadigas, e psíquicas, como angústias. Na maioria das vezes, é ainda Barbé quem afirma, “o médico vem apenas para confirmar a doença, lhe dar um nome (diagnóstico) e combatê-la através de um tratamento”.¹⁶ Jaspers, citado por ele, teria afirmado: “O homem não vive seu corpo, mas não pensa nele, não lhe presta atenção”.¹⁷ É a doença quem vai chamar a atenção do indivíduo para suas funções corporais. São a dor e a incapacidade de dar conta de seus sofrimentos que levam o indivíduo a buscar um outro que possa auxiliá-lo.¹⁸

E o que é a doença, esta entidade mórbida, que a Medicina descreve e trata? Fundamentalmente trata-se de processos e mecanismos que afetam o corpo, perturbando suas funções e acarretando transformações que colocam em risco seja uma área ou função localizada do organismo, seja ele todo, quando pode estar comprometida a sua sobrevivência. O fato de o indivíduo aperceber-se ou não do quadro patológico não é o que caracteriza a doença. Para a Medicina a definição da doença é exterior aos processos subjetivos. Estes, no entanto, por vezes evidenciam-se, obrigando o médico a atentar para a sua incidência no processo da doença.

Embora a Doença seja definida como “entidade nosológica”, é preciso reconhecer que o indivíduo faz sua doença, pois “a doença é coisa pessoal”.¹⁹ independente do diagnóstico, da evolução conhecida da doença, do prognóstico e dos recursos terapêuticos empregados, o que se constata, diariamente, é que o indivíduo dá um curso pessoal

13. BARBÉ, J. *Émotion, Angoisse et Maladie*, 1970, pp. 79 e 80.

14. JEAMMET, P., REYNAUD, M. e CONSOLI, S. *Psicologia Médica*, 1990, p.7.

15. Idem, p.8.

16. BARBÉ, J. Op. cit., p.80.

17. Idem, p.82.

18. Conforme MALETTA (1988): “Do ponto de vista fisiológico, a saúde se concebe como estado de harmonia e equilíbrio funcional que se traduz por um *silêncio orgânico*”. p.3.

19. BARBÉ, J. Op. cit., p.90.

ao seu enfermar, atribuindo significados à sua doença, ao seu médico, ao tratamento e a toda a situação. Embora existam processos típicos e evoluções características dos quadros, e é isto aliás o que permite que a Medicina se constitua como saber objetivo, também existem incontáveis variações individuais, que não podem ser todas caracterizadas como exceções, e muito menos como novos quadros nosológicos. O indivíduo “faz” a sua doença, determina o sucesso ou o fracasso do tratamento que lhe é prescrito, “escolhe” a saúde ou a doença, e dentro de certos limites, a vida ou a morte.

E é aqui que se situa o nó, o campo inexplorado que vai caracterizar um limite para a Medicina, uma questão para a Psicanálise e o motor para o surgimento da Psicossomática.

A Medicina optou pela objetivação da doença. Nela os fatores causais que se buscam são fatores exteriores ao sujeito enquanto tal. Os seus instrumentos diagnósticos permitem definir a doença como uma entidade própria, com contornos e características singulares e objetivas. O doente, na qualidade de “paciente”, é um informante do médico em relação a sintomas que o médico pode, de preferência, prescindir do sujeito para examinar.

Situação muito distinta enfrenta a Psicanálise, pois esta não pode, de forma alguma, prescindir do discurso do “paciente”. Se o objeto da Medicina é a doença, o da Psicanálise é o homem e seu discurso. Ao fazer a escolha pela “escuta”, o psicanalista instaura uma outra posição, não só muito diferente, como até mesmo oposta à do médico. O indivíduo diante do psicanalista apresentará um discurso que será levado em conta, não objetivamente, mas como questões subjetivas que se articulam, e que devem conduzir não aos “fatos”, mas às significações. A questão com a qual a Psicanálise se defronta é a de como situar as questões reais que o corpo apresenta, especialmente naquelas situações em que dores e doenças comparecem, e o processo da pessoa, como sujeito, importa.

A questão do corpo em Psicanálise

Procuraremos demonstrar que a Psicossomática, uma das formas atuais que revestiu a questão do corpo, ficou estabelecida como uma “terra de ninguém”, uma fronteira da Psicanálise, que embora receba incursões de determinados autores, não conseguiu “legitimidade territorial” nesta disci-

plina. No entanto, a caracterização da relação (e oposição) psique-soma é uma discussão fundamental para a clínica psicanalítica, à medida em que representa um aspecto essencial do próprio aparelho psíquico, além de um dos episódios fundamentais da constituição da Psicanálise.²⁰

Teoricamente, a questão que a Psicossomática coloca é a questão do corpo, sua especificidade, seus limites e suas expressões. Proponho o seguinte: O Homem é um ser total, corpo e mente indissolúveis. Basta observarmos um cadáver, para vermos, com toda a nitidez, qual a diferença que faz a presença ou a ausência da vida, daquele “sopro imaterial”, que os gregos chamavam de *Psychê*. Por vida, é claro que nos referimos à manutenção das funções vitais: respirar, alimentar-se, digerir, excretar, dormir, reproduzir-se etc., e também manter em exercício as funções mentais: pensar, lembrar, raciocinar, sentir etc.. Um indivíduo em coma é a expressão mais patente do que representa a vida quando apenas as funções vegetativas se mantêm. O homem integral é vida mental, plenamente em exercício.

Naquela condição que denominamos saúde, o corpo está “em silêncio”, e a mente evidencia suas atividades. Na doença, o corpo passa a demandar consideração, obrigando a mente a dirigir sua atenção para suas funções, às vezes até de forma exclusiva. A Medicina moderna quase chegou a acreditar que poderia ater-se unicamente aos aspectos biológicos e bioquímicos deste corpo, vendo-o fundamentalmente como organismo. A Psicanálise veio a demonstrar que este corpo era um corpo trabalhado pelas pulsões, um corpo sexual, que existe na mente como um corpo construído. A Psicossomática, filha bastarda da Medicina com a Psicanálise, veio demonstrar o quanto esta mente é capaz de produzir manifestações no corpo biológico. Sintomas nascem e desaparecem pela ação aparentemente exclusiva da mente. Psicossomática, para a Medicina, representa, provavelmente, a redescoberta de que o corpo é habitado. Para a Psicanálise, a Psicossomática representa a redescoberta de que a mente nasce e morre com o corpo, e de que este corpo é também, simultaneamente, produto da mente, tanto quanto esta é produto daquele.

20. GANTHERET (1982) o frisa: “o campo psicanalítico se estabelece definitivamente em oposição ao campo biológico; e mais, este corte o engendra”, p. 26.

O desafio específico é buscar uma base única para a consideração do corpo e da mente, com referência ao fenômeno psicossomático. Proponho que o sintoma psicossomático seja visto como um processo em que uma questão subjetiva segue um caminho adverso: ao invés de conseguir aceder à mente, como processo mental, ou seja, representação, esta situação se traduz corporalmente, ou seja, se apresenta como expressão do corpo. O processo somático ocupa o lugar do processo psíquico: no sintoma psicossomático uma questão subjetiva se apresenta, ao invés de se representar.

No nível da técnica psicoterapêutica, este trabalho discute se o sintoma psicossomático não configura um alvo próprio na investigação da constituição dos sintomas, particular em relação aos sintomas neurótico, caracteriológico ou psicótico. O psicossomático parece apresentar a seguinte especificidade: ao invés de se relacionar com o conjunto todo das representações do indivíduo, ligando-se, portanto, como parte indissolúvel à personalidade total, é algo mais localizado, uma configuração mais restrita de representações. Proponho que se tome o sintoma psicossomático como um capítulo da história do sujeito que não pôde ser escrito psiquicamente, e que tomou a forma de um hieróglifo inscrito no corpo. Visto desta forma, sua dissolução equivale a transcrevê-lo: dar-lhe linguagem verbal e representacional na esfera psíquica. Por isso, sua dissolução eventualmente é rápida, bastando um único “ato psicanalítico” para interromper sua expressão somática e iniciar seu registro como produto psíquico intercambiável, ou seja, representação ao invés de apresentação.

Uma clínica psicanalítica para as doenças psicossomáticas

Apropriar-se psicanaliticamente do corpo, submetendo seus interrogantes à investigação. Tomar a doença como sintoma, não com base na semiologia médica, mas em seu sentido dinâmico do sintoma como expressão deslocada, substitutiva do conflito inconsciente. Aplicar a psicanálise, criticamente, convocando os sujeitos que sofrem silenciosamente com seus sintomas corporais a tomar a palavra e enunciarem-se. Possibilitar a palavra ao doente, criando um campo de produção de signifi-

cações, palco do aparecimento do sujeito, mediante a interlocução analítica. Tais são, sinteticamente formulados, os propósitos da investigação psicossomática psicanalítica.

Proponho esse termo, não para diferenciar esta prática da psicanálise *stricto sensu* mas para marcar uma qualidade, uma tonalidade característica que ganha o trabalho psicoterapêutico quando seu objetivo é um sujeito que sofre, e põe seu corpo em cena, com toda a evidência, com toda a crueza do real.

Nossa prática psicossomática emergiu de três fontes: a) a contínua referência na obra de Freud; b) os desafios trazidos por um Ambulatório do SUS (Sistema Único de Saúde), repleto de pacientes; c) o encontro com o fecundo pensamento de Georg Groddeck.

Detalhemos. Freud não é apenas o “pai da psicanálise”. Freud forneceu a maioria dos conceitos constitutivos dessa esfera epistemológica que se chama Psicanálise. É do freudismo, ou seja, do aparato técnico, metodológico e metapsicológico introduzido por Sigmund Freud, que retiramos um arsenal terapêutico e um quadro de referências que permitem delimitar a ação sobre, a inteligibilidade dos processos que emergem em situações intersubjetivas. Para além de Freud está o campo que ele fundou, e neste campo inúmeros autores fizeram suas contribuições, e alargaram e enriqueceram, bem como trouxeram novas questões e contradições para a teoria e a técnica psicanalíticas.

Quanto ao plano da prática psicossomática que desenvolvermos, é preciso descrever brevemente seu território e suas condições. O Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (autarquia estadual) é um gigante inchado, uma das provas vivas de como a concentração de serviços médicos em alguns poucos pólos urbanos desenvolvidos, à custa do empobrecimento e desaparecimento das unidades de saúde dos pequenos municípios, leva a distorções na atenção à saúde da população mais necessitada. Para uma cidade de 300 mil habitantes, o Hospital de Base ostenta uma média de 100 mil consultas/mês em seu Ambulatório, além de mais de 1000 internações. Dentre os serviços que presta na área de Saúde Mental, conta com um

Ambulatório de Psicossomática que atende principalmente três categorias de pacientes: a) pessoas em psicoterapia, com indicação específica; b) pacientes diagnosticados por clínicos como portadores de afecções psicossomáticas e c) pacientes crônicos, ou com etiologia desconhecida de seus sintomas.

Estes pacientes são, em geral, pobres, residem em locais distantes, podendo vir a poucas consultas e apresentam uma grande urgência por “cura”, necessitando muita resolutividade para seus padecimentos. Frequentemente apresentam uma marcada “transferência institucional”, suas representações sobre o tratamento e o terapeuta sendo calcadas nos modelos médicos. O enquadramento de trabalho é o que é possível nas circunstâncias: sessões semanais de 30 minutos de duração. O tempo de tratamento varia entre uma única entrevista a até quatro anos. Apesar de todas as limitações, a proposta é a da “escuta analítica” do sintoma e da história do sujeito. Um pouco mais diretiva do que o habitual, e mais centrada sobre a queixa e o sintoma (no caso, visto como sintoma psicanaliticamente considerado), mas com o mesmo sentido da investigação analítica: propiciar que o indivíduo que ali está possa falar, articular um discurso sobre si, sobre sua doença, que permita o desvelamento das determinações inconscientes que sustentam suas produções sintomáticas. Permitir a emergência da verdade, possibilitar que as questões subjetivas que se enunciam disfarçadamente ganhem lugar e reconhecimento. Promover a liberdade do sujeito no processo de reconhecimento do seu produzir-se como sujeito.

Para conseguir articular a prática da psicanálise com as complexas questões institucionais do Ambulatório e ainda aplicá-la à especificidade do sintoma psicossomático foi fundamental o encontro com a obra de Groddeck.

O “analista selvagem”

Groddeck é um importantíssimo e quase desconhecido autor psicanalítico. Médico de formação descobriu, independentemente, mas simultaneamente, com Freud, o significado simbólico dos sintomas. Mas, enquanto Freud fazia sua descoberta e revolucionava o campo da Saúde Mental desvendando a Histeria e a Neurose Obsessiva, Groddeck fazia suas descobertas tratando de doenças orgânicas.

Groddeck acreditava-se como o verdadeiro descobridor da Psicanálise. Demorou anos para finalmente reconhecer e eleger Freud como mestre. Mas, desde o início, em 1917, firmou-se em sua independência e originalidade. Sua principal obra, *O Livro d'Isso*, é uma provocadora coleção de cartas que Groddeck escreve para uma “amiga”, na verdade, Freud. Nas 33 cartas ele explicita suas idéias e detalha a sua “análise selvagem”: relata que o Isso é uma força viva tão poderosa que não apenas modela o nariz, o braço ou o cérebro, mas cria as funções como as disfunções nas doenças. Com a mesma liberdade produz uma histeria ou uma tuberculose. O câncer é uma produção do Inconsciente tão analisável quanto qualquer sintoma neurótico. Portanto, para Groddeck, a Psicanálise pode e deve atuar sobre as doenças orgânicas e psicossomáticas, pois, para ele, esses termos equivalem-se.

Tomando Groddeck como horizonte e Freud como norte, iniciei uma prática de investigação psicossomática psicanalítica no Hospital de Base, da qual apresentarei aqui, resumidamente, três dos onze exemplos que constam do trabalho original.²¹

O prisioneiro do leito

Augusto tem 60 anos e está acamado há 35. Seu quadro inicial foi provocado por um acidente traumático que lhe ofendeu a coluna. Medicamente seu quadro estabilizou-se, mas o paciente queixava-se de dores e iniciou um longo trajeto de consultas aos mais diversos especialistas, incluindo quatro psiquiatras. Assemelhava-se a um paciente hipocondríaco, um armário cheio de remédios, exames de todos os tipos, e um esquema doméstico construído em torno de sua “doença”. Porém, devido ao longo período acamado, uma série de graves seqüelas orgânicas se produziu: acúmulo de água nos pulmões, disfunções renais, hepáticas, distúrbios circulatórios, desvios na coluna etc. Atendi-o durante três meses, em sua casa. Ao longo do trabalho, a emergência de suas questões subjetivas: o motivo de sua incapacidade.

21. ÁVILA, L.A. “Doenças do Corpo e da Alma - Investigação Psicossomática Psicanalítica”. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1995. Publicada com o mesmo título pela Editora Escuta, São Paulo, 1996.

tação inicial ligava-se a seu temor de retornar ao trabalho, escolhendo antes a invalidez do que o desemprego. Posteriormente, os ganhos secundários prevaleceram: sua doença mantém sua família unida em torno de si. Sua vontade férrea dirige a família ao leito; toda a vida familiar é controlada por ele, especialmente para impedir que suas filhas se casem e deixem a família. O motivo atual, de início inconsciente, é exatamente a iminência de um fato dessa natureza. O paciente confessa sua vontade de morrer e seu desejo de manter, até o último momento, a família “unida”, na verdade, presa. Trata-se de um “paciente”, no sentido etimológico dessa palavra: aquele que sofre de uma paixão, e não é mais senhor de seu destino. A compreensão psicanalítica chegou tarde demais. Já não é possível, para ele, empreender a volta. Sua paixão virou destino: hoje já não pode mais trabalhar e nem influenciar os acontecimentos, mesmo os de sua casa que, mais e mais, vão ser sofridos por ele passivamente. O futuro que chega, a separação dos filhos, é a paixão de sua *via crucis*.

O prisioneiro da palavra

Fernando tem apenas 14 anos, mas compreendeu perfeitamente o que o médico e a enfermeira que conversavam ao pé do seu leito diziam: Aquele paciente estava perdido, não viveria mais do que 24 horas. A tragédia de seu caso é que a conversa não se referia a ele, mas a outro paciente. Ele, aliás, estava pronto para a “alta”, mas ao ouvir sua “sentença de morte”, preferiu mergulhar em sono profundo. Os médicos que o atendiam, desconhecendo a motivação daquele sono pouco natural, tentaram de várias formas sua reanimação e estavam prestes a adotar manobras mais radicais de “ressuscitação”. Chamado para atendê-lo, me vi completamente impotente dada à impossibilidade de uma consulta analítica com um paciente em estado de coma. Insisti, no entanto, com a frase “Não tenha medo, Fernando”, a partir de mínimos indícios, como o movimento de seus olhos por baixo das pálpebras. Quando o paciente iniciou uma conversação precária, em pouco tempo pôde relatar seu temor de morte e a frase entreouvida. Tão logo esclarecido o equívoco, o paciente reanimou-se prontamente, pondo-se a comer vorazmente a comida acumulada

ao lado de seu leito. No mesmo dia recebeu “alta”, e não mais retornou ao Ambulatório.

O prisioneiro da falta

João,²² 44 anos, casado, pai de seis filhos, veio encaminhado pela Dermatologia. Assim que entra na sala ergue a barra da calça e mostra uma grande ferida, em sua perna direita. É uma ferida impressionante, purulenta. Começa a falar, mostrando continuamente a ferida. Diz que está em tratamento há um ano, que melhora um pouco e logo volta a piorar, e conta os remédios que já tomou etc., até que eu o interrompo e lhe digo que gostaria que conversássemos um pouco. Peço-lhe que fale de si, de como é sua vida. O paciente começa vago, genérico, vai descrevendo aspectos de seu cotidiano. Nada parece adquirir maior significação, até que lhe pergunto sobre o que aconteceu de importante em sua vida há um ano atrás, antes de surgir sua ferida. Ele pára, hesita, diz não se lembrar de nada, até que: “Bem, aconteceu uma coisa muito dura, que eu até que nunca penso nela, me esqueci por completo. Eu morava num sítio, era do meu pai, mas eu morava nele há 17 anos. Meu pai comprou a terra, mas não tinha nada nela. Eu fiz tudo, fiz a casa, fiz a roça, pomar, barracão, tudo, tudo. Criei lá meus seis filhos. Eu adorava lá. Então um dia veio meu pai e falou: “Eu vendi o sítio.” Eu não acreditei, e era verdade. No dia em que veio o caminhão de mudanças buscar as coisas, eu não quis ir. Fui a pé, andei 17 quilômetros, chorando. Aí, quando cheguei lá parei e nunca mais chorei mais não.”

Eu: “Aí começou a chorar pela perna.” Ele, me olhando incrédulo: “Ah, mas não foi aí que começou não, foi antes... Péra aí (sic) eu lembro que naquela noite, acho que é porque eu tinha andado tanto, deu uma coceira na perna... Mas será que é por isto, então?”

Eu: “Não sei. O que o senhor falou para o seu pai?” Ele: “Eu nada, não briguei, não discuti. Depois foi passando a vida, e essa ferida aqui...” Interrompo a sessão, marcando retorno para a semana seguinte. Logo ao entrar, o paciente ergue a calça: sua ferida está quase cicatrizada. Ele relata: “Esta semana tive uma bruta briga com meu pai...”

22. Cf. ÁVILA, L.A. Op. cit., pp. 159-162.

O caso fala por si mesmo. Devemos, contudo, salientar alguns aspectos, que podem torná-lo emblemático para a análise de outras “configurações psicossomáticas”. Em primeiro lugar, chama a atenção que o paciente dedique tanto de sua atenção à ferida de sua perna. Não só ele viaja quase 100 quilômetros quinzenalmente para tratar-se, durante todo um ano, como toda a sua atenção psíquica mostra-se voltada para este sintoma. É como se ele realmente houvesse ocupado o lugar de todo um setor de sua vida mental. Na consulta psicossomática, de início foi muito difícil fazê-lo parar de falar do fato físico de sua ferida, sendo necessário insistir para que pudesse vir à baila o relato de sua história. Penso que neste caso o sintoma psicossomático realmente funcionou como um substituto para uma série de representações psíquicas. Os médicos que o trataram tinham como hipótese diagnóstica a de que se trataria de uma “dermatite factícia”, ou seja, um quadro de lesão da epiderme causada pelo próprio sujeito, através, por exemplo, de coçar-se com as unhas contaminadas de germes. O paciente conta que não fazia isso, “de jeito nenhum”, mas que não podia parar de pensar e de se preocupar com aquele ferimento. Assim é ele o causador de sua ferida, como na hipótese dos dermatologistas, mas não através de autocontaminação, e sim como sintoma conversivo.

Quero com isso dizer que este sintoma assume toda a conformação de uma substituição metafórica, que o caracteriza como uma formação de compromisso entre conteúdo reprimido e instância censora, no sentido em que se descreve, na Psicanálise, a gênese dos sintomas. Diante de uma problemática inconsciente impossibilitada de se traduzir, dado o processo de repressão que impede a tomada de consciência antepondo-lhe resistências, desse texto censurado, com o auxílio eventual de uma “complacência somática”, emerge uma forma substitutiva que é o sintoma. O fato de aqui se tratar de uma lesão orgânica não impede que essa lesão desempenhe o papel de sintoma psíquico, ou mais precisamente, de sintoma que simboliza um processo psíquico.

A ferida na perna de João é uma ferida psíquica, uma **ferida na relação** deste homem com seu pai, com o projeto de vida que ele havia feito, fiando-se em seu pai. Quando o pai realiza a venda, ele não pode rebelar-se, claro que devido à imagem interna que ele possui deste pai, à história que configura e estrutura os seus vínculos; e reprimindo as

intensas emoções desencadeadas, trata de “prosseguir seu caminho”, como se não houvesse uma discussão a ser feita. O conflito com o pai fica sem expressão, e busca a saída mais adequada: aquela que simultaneamente expressasse o que foi perdido e simbolizasse que um caminho foi mal percorrido. A perna é o melhor “locus” simbólico que ele vai encontrar, a perna cansada de andar, a perna que não pode mais sustentá-lo. Como este sítio que já não vai mais sustentar a ele e à sua família... É defrontando-se com o pai que ele vai poder livrar-se do conflito psíquico sintomatizado corporalmente, e livrando-se do papel de filho que tudo aceita, poder se pôr em condições de ocupar um lugar (sítio) de pai. Pode então recuperar-se de sua castração (ferida na perna), recuperando-se como sujeito, capaz de andar “com as suas próprias pernas”.

O corpo-mente e a Banda de Moebius

O que estes três relatos procuram demonstrar é, por um lado, a plena aplicabilidade da “leitura” psicanalítica para o fenômeno psicossomático e, por outro lado, a imediata apreensão da unidade corpo-mente por ocasião da clínica do paciente psicossomático.

Faz-se necessário, então, o enfrentamento teórico dessa questão. A secular dissociação do corpo-mente necessita de um novo modelo de representação, que dê conta, de um lado, da especificidade de cada área de manifestação, e de outro, da inegável junção que o corpo e a alma apresentam.

Encontramos um excelente apoio metafórico em um objeto matemático: a Banda de Moebius, cuja importação da Topologia para a Psicanálise deve-se a Jacques Lacan.

A Banda de Moebius é um objeto muito fácil de construir, mas de propriedades tão paradoxais que os matemáticos continuam a explorá-las há 135 anos. Tomando-se um aro, um paralelogramo de algum material flexível, cortando-se e voltando-se a colá-lo após a torção, ao longo de seu eixo longitudinal, forma-se a Banda. Temos então uma superfície unilátera, ou seja, uma superfície onde o interior se comunica com o exterior, não possuindo dentro ou fora, e sim uma superfície contínua onde dentro e fora se comunicam. Tal é o modelo para a representação do homem como totalidade psicossomática. O homem não é mero corpo biológico com uma mente dentro. O homem é um ser cultural, movido e

atravessado pela linguagem, cujo corpo é uma extensão contínua de sua mente, onde o processo anímico se produz, desloca-se em seu próprio campo e, subitamente, “acha uma saída” para o corporal. Uma vez expresso assim, o “fora” materializa-se como corpo, expressão do corpo mas, com uma torção, pode novamente, simultaneamente, fazer-se processo interno, “dentro”, psiquismo.

Com a Banda de Moebius e a ousadia criativa de Groddeck, e sob as coordenadas do campo psicanalítico, pode-se formular uma prática investigativa psicanalítica dos sintomas psicossomáticos que não dissocie o processo anímico das manifestações corporais.

A investigação psicossomática psicanalítica faz-se necessária porque é a criação de uma possibilidade. O sintoma psicossomático apresenta-se cego e mudo. Quando o indivíduo que o padece decide-se a procurar alguém disposto a ouvi-lo, isso é apenas para possibilitar que esse sintoma possa ser nomeado, possa fazer-se linguagem, possa articular-se com o restante da vida psíquica. Consideramos o sintoma psicossomático como um hieróglifo: linguagem desconhecida em que o significante e o significado ainda se encontram unificados, e que aguarda por uma tradução que lhe permita enunciar a sua história oculta.

Clarisse Lispector dizia que a sombra de sua alma era o corpo. Sob essa luz, o corpo também pode ter alma.

Referências

ÁVILA, L.A. - “Doenças do Corpo e Doenças da Alma - Investigação Psicossomática Psicanalítica”. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1995.

_____. - *Doenças do Corpo e Doenças da Alma - Investigação Psicossomática Psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1996.

BARBÉ, J. - *Émotion, Angoisse et Maladie*. Paris: Éditions E.S.F., 1970. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (Classificação Internacional de Doenças - C.I.D. 10)*, da Organização Mundial de Saúde. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CLAVREUL, J. - *A Ordem Médica. Poder e Impotência do discurso médico*. Trad. J.G. Nougaim, M.A.C.

Jorge, P.M. Silveira Jr. (Colégio Freudiano do Rio de Janeiro). São Paulo: Brasiliense, 1983.

FERENCZI, S. - *Thalassa - Ensaio sobre a teoria da genitalidade*. Trad. A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FOUCAULT, M. - *História da Loucura na idade clássica*. Trad. de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FREUD, S. - “Conferencias Introductorias al Psicoanálisis” (1917). In: *Obras Completas*, Trad. D. Luis Lopez-Ballesteros y de Torres. Tres Tomos, Madrid: Biblioteca Nueva, 1973, pp. 2123 - 2412.

GANTHERET, F. - “Lugar y estatuto del cuerpo en el Psicoanálisis”. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, nº 61: 23-32, 1982.

GRODDECK, G. - *O Livro d'Isso*. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1984. (Coleção Estudos, 83).

JEAMMET, P., REYNAUD, M. e CONSOLI, S. - *Manual de Psicologia Médica*. Trad. P.R. Monteiro e R.R. Josef. São Paulo: Masson e Atheneu, 1990.

JONES, E. - *Vida e Obra de Sigmund Freud*. Organização e resumo de Lionel Trilling e Steven Marcus. Rio de Janeiro: Zahar, 1979, 3a. ed.

LÉVY-STRAUSS, C. - “O feiticeiro e sua magia”. In: LÉVY-STRAUSS, C. - *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

LEWIS, H.R. e LEWIS, M.E. - *Fenômenos psicossomáticos*. Trad. S. A. Souza. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1974.

LOPES, O.C. - *A Medicina no Tempo*. São Paulo: Melhoramentos e EDUSP, 1970.

MALETTA, C.H.M. - *Epidemiologia e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

TRILLAT, E. - *História da histeria*. Trad. Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991.