

Este exemplar corresponde à  
versão final da Dissertação de  
Mestrado, apresentada à Facul-  
dade de Ciências Médicas da  
Unicamp, para obtenção do ti-  
tulo de mestre em Saúde men-  
tal, pela médica Sueli Cabral.  
Campinas, 13 de Dezembro de 1991

*M. Knobel*  
Prof. Dr. Mauricio Knobel  
Orientador

# Os Processos de Somatização Na Adolescência

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.

# Os Processos de Somatização Na Adolescência

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas .

Orientador :  
Prof. Dr. Maurício [Knobel, t

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

C112p

Cabral, Sueli

Processos de somatização na adolescência /Sueli  
Cabral. --Campinas, SP : [s.n.], 1991

Orientador : Maurício Knobel.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual  
de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Distúrbios psicofisiológicos. 2. Psiquiatria  
do adolescente. I. Knobel, Maurício. II. Universi-  
dade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências  
Médicas. III. Título.

20. CDD- 616.89022  
616.8524

Índices para catálogo sistemático:

1. Distúrbios psicofisiológicos - 616.8524
2. Psiquiatria do adolescente - 616.89022

Ao meu querido mestre e amigo de  
sempre Maurício Knobel .

## **Agradecimento**

Agradeço ao meu orientador, Professor Dr. Mauricio Knobel, cujos valiosos ensinamentos, conselhos e orientações muito me têm ajudado não só na execução deste trabalho, como também em meu desenvolvimento pessoal.

### **Agradecimento**

Aos meus filhos, Isabel e Gabriel, fonte de inspiração às minhas melhores obras. De seus olhinhos vivazes, de seus sorrisos alegres e de suas mãozinhas carinhosas recolho, constantemente, renovação de minhas forças nos momentos de cansaço e abatimento.

## **Agradecimento**

Agradeço aos meus pais a chance desta existência e seus extraordinários esforços, para que eu pudesse explorar todo meu potencial.

### **Agradecimento**

Meu profundo reconhecimento às contribuições valiosas dos Professores Doutores Roosevelt M.S. Cassorla, Mara Ap. Alves Cabral, José Martins Filho. Minha sincera gratidão a outros docentes do Departamento de Psiquiatria e psicologia Médica da F.C.M. Unicamp que, em meu exame de qualificação e em outras oportunidades, levantaram pontos importantes de reflexão, para o aprofundamento do conteúdo deste trabalho



### **Agradecimento**

Aos meus colegas da Fundação Campineira de Saúde Mental, Prof. Mauricio Knobel, Ana Maria Vecchia, Clara Freud Knobel, Maria Dolores Alvarez, Mariângela G. de Lima, Maria Tereza Dalgalarrodo, Shirley Teixeira Pinto, Tabajara D. de Andrade, que Compartilham comigo a jornada diária e, em todas as etapas deste trabalho, brindaram-me com incentivo e amizade.

### **Agradecimento**

Ágradeço aos meus alunos, supervisionandos e sobretudo aos meus pacientes, com quem aprendo dia a dia, de cujas dificuldades e sofrimentos tenho reafirmado mesu propósitos de aprofundar meus conhecimentos, com a intenção de me aperfeiçoar como terapeuta e melhorar, cada vez mais, a qualidade do que possa transmitir.

### **Agradecimento**

Meu sincero reconhecimento à dedicação e eficiência de minhas colaboradoras do dia - a - dia: Rita de Cássia, Lara, Viviane, Helena e Alessandra, as quais me têm sido indispensáveis.

Não poderia nomear todos os que colaboraram comigo na elaboração desta obra. Deixo aqui, ainda, minha gratidão ao meu tio Tenato Fussi Filho, que gentilmente me permitiu o uso dos computadores de sua empresa, e também aos seus funcionários Eduardo Fortes e João Vanderlei.

## **Agradecimento**

Acima de tudo, agradeço a Deus por me conceder oportunidades iguais e a Sua proteção, que me assegura poder aproveitá-las.

## SUMÁRIO GERAL

RESUMO.....	001
ABSTRACT.....	003
INTRODUÇÃO.....	005
I - SOBRE A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE PSICOSSOMÁTICO.....	008
A. CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS.....	009
B. ALGUNS CONCEITOS INTERMEDIÁRIOS.....	013
1. O estresse e a psicofisiologia.....	013
2. O estresse e a vida atual.....	014
C. CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS.....	016
1. A escolha do órgão.....	016
2. Outros conceitos psicodinâmicos auxiliares.....	018
II- APROXIMAÇÃO PSICANALÍTICA DA ORIGEM DOS	
PROCESSOS DE SOMATIZAÇÃO.....	023
A. CONFIGURAÇÕES DE VÍNCULOS PATOLÓGICOS	
CONCEITUADOS COMO PONTOS DE FIXAÇÃO.....	024
B. ALTERAÇÃO NO PROCESSO DE SIMBOLIZAÇÃO.....	029
1. Representação do corpo.....	034
2. Representação do espaço.....	037
3. Representação do tempo.....	038

### III - OS COMPONENTES PSICOSSOMÁTICOS NA PSICOPATOLOGIA

DA ADOLESCÊNCIA.....	042
A.COMENTÁRIOS SOBRE AS CLASSIFICAÇÕES OFICIAIS.....	045
B.O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA PERSONALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	049
1.Processos regressivos normais.....	051
2.Processos regressivos reativos.....	052
3.Processos regressivos desestruturantes.....	053
4.Processos regressivos reestruturantes.....	054
A Síndrome da Adolescência Normal.....	060
C A PSICOPATOLOGIA NA ADOLESCÊNCIA E OS COMPONENTES SOMÁTICOS.....	064
1.Síndrome da Adolescência Normal como resposta sã.....	065
2.Adolescência retardada.....	066
3.Traços infantis de personalidade.....	066
4.Isolamento e dificuldades nas relações interpessoais.....	067
5.Traços fóbicos e obsessivos predominantes.....	068
6.Neurose fóbica.....	068
7.Neurose obsessiva.....	069
8.Confusão ou difusão de identidade.....	070
9.Masturbação compulsiva.....	070
10.Homossexualidade e outras perversões.....	071
11.Transtornos de personalidade.....	072
12.Delinquência juvenil.....	074
13.Adicção à drogas.....	076

14. Mania.....	077
15. Depressão.....	078
16. Processos patorrítmicos.....	079
17. Histeria.....	080
18. Quadros de angústia.....	081
19. Psicoses.....	081
20. Transtornos psicossomáticos propriamente ditos....	083
21. Transtornos do esquema corporal.....	083
22. Adolescência precoce.....	084
23. Adolescência persistente ou deferida.....	085
24. Síndrome de atemporalidade.....	085
25. Transtornos orgânicos com vivências de crises manifesta da adolescência.....	086
26. O adolescente borderline.....	086
27. Personalidade "como se".....	087
28. Reação de adaptação patológica na adolescência....	087
29. Sintomas de predominância ou de cristalização predominante na Síndrome da Adolescência normal....	088
30. Adolescência difícil.....	088
31. Dificuldades de aprendizagem.....	089
D. CONCLUSÃO.....	091

#### IV - AS HIPÓTESES DOS PROCESSOS DE SOMATIZAÇÃO NA

ADOLESCÊNCIA.....	094
A. O CORPO NO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA IDENTIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	095
B. UMA TEORIA SOBRE OS PROCESSOS DE SOMATIZAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	111

V - METODOLOGIA : DISCUSSÃO DO MÉTODO CLÍNICO.....	119
A.A NATUREZA ESPECÍFICA DO OBJETO E A ESCOLHA DO MÉTODO.....	120
B.O ITINERÁRIO METAPSICOLÓGICO DO MÉTODO CLÍNICO.....	125
VI- ILUSTRAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS SOBRE OS PROCESSOS DE SOMATIZAÇÃO.....	137
A.CASO 1. : MANEJO DO TIPO HISTÉRICO.....	140
B.CASO 2. : MANEJO DO TIPO HIPOCONDRIACO.....	149
C.CASO 3. : MANEJO DO TIPO PSICÓTICO.....	157
VII-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	165
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	172



## Resumo

Não se pode admitir haver doenças "psicogênicas" e "somatogênicas", do mesmo modo que não se pode falar em doenças psicossomáticas e outras que não o são, já que, sendo o homem um ser bio-psico-social, todas as doenças são psicossomáticas.

De uma perspectiva metapsicológica da estruturação psíquica especial, determinada pelas **séries complementares** de cada sujeito, em interação dialética com o mundo objetal interno e externo, surge uma modalidade de se reestruturar para "ser-no-mundo".

A prática da clínica com adolescentes tem revelado que, nesta fase evolutiva onde "lutas" próprias desta etapa precisam ser elaboradas, no processo de dessimbiotização e de discriminação, são reativadas as configurações vinculares patogênicas infantis e suas conseqüências no processo de simbolização. Numa sociedade conflitiva e desumanizante como a contemporânea e com as dificuldades decorrentes da família em crise, pela situação atual e pela adolescência do filho(a) que desperta os conflitos não resolvidos dos pais, o(a) adolescente, não encontrando condições e figuras adequadas continentas para a conquista de sua identidade, desenvolve toda uma série de estruturações patológicas que sempre implica num compromisso corporal, mental e social.

Faz-se uma revisão da Síndrome da Adolescência Normal e da Psicopatologia da Adolescência, com ênfase nas manifestações somáticas concomitantes. Segue-se um referencial teórico sobre a

formação dos processos de somatização, onde esquematicamente são descritos como do tipo histérico, hipocondríaco e psicótico, sendo estes conceitos esclarecidos e ilustrados com apresentação de casos clínicos.

A metodologia utilizada nesta apresentação é a que se denomina como "método clínico", já considerado como método cientificamente válido em geral e, especialmente, em estudos desta natureza e em nosso meio universitário.

Conclui-se que o corpo é utilizado como elemento primário de discriminação, podendo, então, adquirir os matizes do tipo erótico, com características incestuosas no manejo histérico; aspectos pré-genitais, em parte, indiscriminados e, em parte, confusos no manejo hipocondríaco e aspectos totalmente indiscriminados e clivados no corpo, no manejo psicótico.

## ABSTRACT

It cannot be said there are "psychogenic" and "somatogenic" illnesses, that some illnesses are psychosomatic and some are not. As man is a bio-psycho-social it follows that all illnesses are psychosomatic.

From a metapsychological perspective of special psychic structure, determined by the complementary series of each individual, in dialectic interaction with the internal and external world, a self-restructuring modality of "being in the world" emerges.

Adolescent clinical practice has revealed that during this evolutionary phase, "mourning" characteristic of the stage, needs to be elaborated. In the process of individualisation of discrimination, child pathogenic linked configurations, and their consequences in the symbolisation process, are reactivated.

In today's dehumanising society of disharmony with difficulties deriving from families in crisis and by child adolescence which rouses unresolved parent conflicts, the adolescent cannot find conditions or appropriate contingent symbols to come to terms with his identity. From this he develops a whole series of pathological structures which always involve a corporal, mental and social compromise.

Normal adolescence syndrome and adolescence psychopathology with emphasis on concomitant somatic manifestations is reviewed.

What follows is a theoretical reference for the formation of somatic processes which are described schematically as hysterical, hypochondriac and psychotic. These concepts are

clarified and illustrated with the presentation of clinical cases.

The methodology utilised in this presentation is the so-called "clinical method" which is considered a scientifically valid method in general and especially in studies of this type and in our university environment.

It can be concluded that the body is used as a primary element of discrimination, able therefore to acquire erotic-type nuances with incestuous characteristics in hysterical type; pre-genital aspects, partly indiscriminate and partly confused (oral-anal-precocious genital-foetal) in the hypochondriac type; and, finally, totally indiscriminate aspects bound to the body in the psychosomatic illnesses itself, which would then have the characteristics of the psychotic type.

## Introdução

Este trabalho de dissertação com finalidade de cumprir o objetivo para obtenção do grau de Mestre, logicamente sem pretensões a esgotar o assunto nem fazer minuciosa revisão do tema, contém as seguintes características :

O primeiro capítulo tem por meta introduzir o leitor envolvido na prática médica, psicoterapêutica e psicanalítica, na evolução do pensamento que gerou as bases do conhecimento da natureza humana e que esteve, em muitas épocas históricas, separado em dois campos: em um, na visão do corpo ocultando o psiquismo; em outro, na visão do psiquismo ocultando o corpo, e, muitas vezes, perdendo assim o contexto holístico do homem como ser bio-psico-social.

No segundo capítulo, proponho-me montar um enquadramento teórico que levante a trama vincular de relações objetais inconscientes, com as concomitantes ansiedades e defesas, que organizam a estrutura da vida psíquica.

Para tanto, utilizo-me da aproximação psicanalítica, nos aspectos da metapsicologia freudiana: o ponto de vista econômico, dinâmico e estrutural, assim como o genético-evolutivo. Faço uso também das formulações de Melanie Klein e das de alguns de seus continuadores (H.Segal, Winnicott, Bion), especialmente nas contribuições sobre o vínculo emocional precoce e suas vicissitudes no processo de simbolização, além das idéias de M.Mahler, para a compreensão das dificuldades na relação com

seus objetos primários, sobre a simbiose evolutiva normal e o processo de individualização.

O capítulo III dedico à descrição da psicopatologia na adolescência, valendo-me do conhecimento de vários autores, (Outeiral, Soifer, Cassorla, entre outros), sobretudo da descrição (não-sistematização) de Knobel, que tenho confirmado na clínica, com uma aproximação psicodinâmica, incluindo os processos somáticos mais significativos de cada quadro descrito.

Para a validação do trabalho, procuro dar base à minha escolha pelo método clínico, partindo da experiência comprovada por autores de valor indiscutível, como o próprio Freud, Ferenczi e os da atualidade como Etchegoyen, Bleger e das conclusões de vários colegas, em seus trabalhos de pós-graduação, (bem mais contemporâneos), os quais objeto de estudo do Capítulo IV.

Já no capítulo V ocupo-me de trazer todo o processo da aquisição da adolescência dentro dos conceitos de Aberastury, Knobel, Bleger, Grinberg e outros, como substratos teóricos que deram fundamentos às idéias de Knobel sobre os processos de somatização.

O capítulo VI reservo para a descrição de casos clínicos que ilustrem, ainda que de forma resumida, as hipóteses as quais me proporcionaram o universo teórico, intencionalmente escolhido como pressuposto teórico, para fundamentar minha interpretação sobre os processos de somatização na adolescência.

No capítulo VII, teço idéias, demonstrando o caráter

dedutivo de minhas conclusões do estudo que venho promovendo e do raciocínio indutivo, que me tem levado à observação da prática clínica.

Penso que o interjogo entre predição e correção de um modelo seja característica fundamental de toda teorização em ciência, o que é indispensável para a comunicação. Desejo enfatizar que os modelos transmitidos aqui são vivências, cotidianos e pretendo tratá-los o mais fielmente possível.

## **I-SOBRE A EVOLUÇÃO DO CONCEITO PSICOSSOMÁTICO**

### **A-CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS**

### **B-ALGUNS CONCEITOS INTERMEDIÁRIOS**

1.0 estresse e a psicofisiologia

2.0 estresse e a vida atual

### **C-AS CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS**

1.A escolha do órgão

2.Outros conceitos psicodinâmicos auxiliares



## A. CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS

A pessoa experimenta o mundo, fundamentalmente por meio do seu corpo. O meio externo provoca impressões, porque se manifesta sobre o corpo e afeta os sentidos. Em troca, a pessoa reage à estimulação, agindo sobre o meio, sobretudo com o corpo.

O corpo, como dimensão vital da realidade humana, como dado global e irredutível, como aquilo sobre o qual se apoiam todas as funções psíquicas é, hoje, "o grande ausente", relegado e negado nos ensinamentos, na vida cotidiana e no psicologismo de muitos terapeutas, "adverte ANZIEU (8).

Embora não existam trabalhos específicos sobre a evolução do pensamento psicossomático, ao longo de nossa história, podemos encontrar referências a este tema nos tratados de história da Psiquiatria e da Psicologia Médica -- pelas naturais conexões que apresentam -- comenta MELLO FILHO (93) e aponta várias consultas bibliográficas, que nos permitem remeter a esse conceituoso autor brasileiro, e não repeti-las neste trabalho.

Todavia penso que seria útil uma revisão resumida, incluindo as contribuições específicas mais atuais.

Sabe-se que a Medicina pré-helênica, na Grécia, era dominada pelas concepções mágico-animistas sobre a influência dos elementos da natureza agindo sobre o homem.

Ao mesmo tempo, os filósofos pré-socráticos iniciavam uma corrente de pensamento que iria contribuir, séculos depois, para o arcabouço da Psicanálise. ZILBOORG (119) nos diz que Hipócrates, com seu senso crítico apurado nos brindou com uma sentença crucial "nada ao acaso, nada a ser visto por alto",

caracterizando o sentido global do seu interesse médico". Explicava a doença como fruto de um desequilíbrio nos humores corporais em consequência das disposições naturais do paciente ou de seu temperamento, das suas ações e influências do meio ambiental. Também se preocupou com as doenças físicas e com as mentais, desmistificando a epilepsia como doença sagrada.

Como herança da invasão romana, encontramos poucos médicos e pensadores, mas vimos Cícero que chamou atenção para o tratamento das doenças da alma. Galeno surge com sua contribuição taxonômica, e assinalando que o alcoolismo, a adolescência, as perturbações da menstruação, os fracassos econômicos e amorosos poderiam ser causas de doenças mentais.

A Idade Média manteve, na Medicina, o mesmo obscurantismo da decadência de outras áreas. Todavia alguns pensadores vinham, corajosamente, contradizer as sentenças dadas pela Igreja, quando afirmavam que muitos dos torturados e queimados eram doentes mentais.

As relações explicativo-causais de Galileu, o dualismo cartesiano e Linneu incluindo o homem no conjunto da natureza, são exemplos do sopro da liberdade que veio com o Renascimento. Estes autores são citados por PERESTRELLO (100), que bem resume o pensamento da época, e, considerando o mesmo critério em relação à natureza, diz: 1m09

"O que provoca desequilíbrios é, necessariamente, estranho e se enxerta no indivíduo, ser passivo, a partir de fora. A Medicina e com ela a Psiquiatria, na ordem das Ciências Físicas, era materialista e exigia o estudo das doenças, isoladamente.

Ainda, seguindo PERESTRELLO (100), este nos lembra que a humanização no tratamento das doenças mentais viria com Pinel e também ressalta Dilthey, introduzindo a diferenciação para as Ciências Físicas e Naturais, regidas pelas leis de causa-efeito, e as Ciências do homem, pelas relações de sentido e de significação. Assim, os fenômenos psicológicos adquiriram uma nova dimensão podendo ser compreendidos e não apenas descritos.

Como os opostos estão sempre presentes, por outro lado, as concepções materialistas adquiriram força com as descobertas da Microbiologia, da Anatomia Patológica e com o conhecimento mais estrutural das doenças.

As descobertas do inconsciente dinâmico com FREUD (45) permitiram decodificar não só a bizarria dos sonhos, certos sintomas mentais estranhos, como também as fobias, bem como muitas das razões do adoecer somático. E, entre seus seguidores, que se interessavam pelo estudo das relações mente-corpo e pela importância das raízes emocionais de doenças orgânicas estão Ferenczi, Jelyfe e Grodeck por SAPIR (107).

Aproveito a revisão bastante atualizada de TURATO (117) e trago aqui alguns dos autores que enriqueceram em muito a literatura médica na conquista de uma visão mais holística do homem. Assim, por exemplo, LAIN ENTRALGO (31), numa introdução histórica ao estudo de Psicossomática, diz que "a Medicina tem sido sempre, de uma forma ou de outra, "psicossomática", mas a patologia, não".

No meio deste século, ALEXANDER e FRENCH (4), em Chicago,

iniciavam importante estudo para o campo da Psicossomática, já com uma visão psicodinâmica.

De acordo com os pontos de vista de Alexander pode-se falar das seguintes entidades psicossomáticas:

1) História de conversão que inclui todos os sintomas com expressão orgânica dessa neurose e também dos órgãos encarregados de expressão.

2) Neuroses vegetativas de causa psicogênica, sem significado psicológico específico, mas relacionadas com afetos específicos, tais como a hipertensão, urticária, neuroses gástricas, etc.

3) Doenças orgânicas, de origem psicogênica por reflexo de uma neurose vegetativa anterior.

Admitem-se tipos mistos entre a primeira e segunda categorias de afecções, submetidos a duplo controle.

## B. ALGUNS CONCEITOS INTERMEDIÁRIOS :

### 1.0 estresse e a psicofisiologia

Paralelamente ao avanço das contribuições psicanalíticas, o progresso da tecnologia médica permitiu descobertas sobre os concomitantes fisiológicos das emoções e sobre os mecanismos neuro-humorais que elas desencadearam.

Em sua tese de doutoramento, MARA CABRAL (18) faz uma crítica visando que a muitos pesquisadores valorizem o estresse apenas como um fator causal e/ ou agravante nas enfermidades. Em seu trabalho reforça a necessidade de se desfazer da noção simplista do estresse nesse modelo estreito e linear de causador. Antes disso, ele é, de fato, um dos elementos que participam de uma complexa rede de causalidades, que compreende também a estrutura biológica do indivíduo, sua esfera psíquica, e ainda seu suporte social, entendido como "um conjunto de recursos que ajudam o indivíduo a se sentir amado, respeitado e membro psicossomático de seu meio social".

Diante de excitação do sistema nervoso, há respostas afetivas nos sistemas endócrino, imunológico, cardio-vascular, renal, ósteo-muscular, etc. Estas respostas visam, sobretudo, mobilizar todas as capacidades orgânicas de defesa, principalmente as de movimentação e fuga, face aos agentes agressores, tentando preservar, assim, as espécies mais evoluídas. Não obstante, todas estas modificações fisiológicas alteram a "homeostose"; logo, visando defender-se desta desorganização, o organismo lança mão de defesas eficazes após exposições repetidas aos mesmos agentes

nocivos.

Quando há falhas ou, quando as reações dessa Síndrome Geral de Adaptação são exageradas ou por demais prolongadas, e quando há susceptibilidade individual, podemos ter o que se chama de "Síndrome de má-adaptação", com desenvolvimento de distúrbios funcionais significativos, ou mesmo com a instalação de lesões pela alteração persistente do ritmo bem coordenador, que tem cada sistema (cronobiologia).

## **2. O estresse e a vida atual :**

Tudo aquilo que ameaça a vida provoca estresse em respostas adaptativas, das quais participa o indivíduo como um todo.

Nas palavras de KNOBEL ( 77 ), " falar de fatores estressantes é, na atualidade, um eufemismo, pois a sociedade inteira é estressante, o dia-a-dia, uma "caixa de Pandora", da qual escapam toda sorte de possibilidades e impossibilidades, deixando-nos como relato mitológico, como único bem, a esperança". Ele define fator estressante como : "um fenômeno externo, econômico, social, político, psicológico, ecológico ou familiar que produz uma desestruturação mental, a qual pode ir desde a desadaptação social ao surto psicótico, sendo o acontecimento externo brusco ou gradual, até permanente, e a perturbação mental resultante, aguda, subcrônica ou crônica. A gravidade maior ou menor da alteração mental depende do indivíduo, da estruturação de seu aparelho psíquico, de sua história vital e do momento pessoal, no qual o fator estressante conseguiu se manifestar".(77)

Assinala o mesmo autor que, com o conhecimento que temos até

aqui considerado, a simples título de agrupar e reconhecer, não lamentavelmente de sistematizar, cita como fatores estressantes:

- 1.os da vida mesmo, na atualidade, o dia a dia de qualquer habitante do planeta, dados pelo próprio fato de se viver em sociedade;
- 2.inseguranças;
- 3.contradições de ações e valores;
- 4.subdesenvolvimento;
- 5.trabalho;
- 6.problema ecológico;
- 7.violência;
- 8.temor e suas diversas manifestações;
- 9.sistemas sócio-político-econômicos e seus impactos permanentes e circunstanciais;
- 10.reavaliação da vida e da família.

Neste mesmo trabalho, Knobel (77) traz a importância da determinação policausal e plurifenomênica de seu enfoque nosológico, no qual define que qualquer situação na vida pode ser um verdadeiro "acontecimento vital", dependendo de como esse indivíduo chegou a se estruturar desde a gestação.

### **C.As Contribuições Psicanalíticas:**

A expressão psicossomática foi de início, usada para se referir apenas a certas doenças, como úlcera, asma brônquica nas quais certas correlações psicofísicas eram nitidas. Todavia, observando pacientes com as mais diversas enfermidades, tal conceituação é potencialmente válida para toda e qualquer doença e na minha experiência, compartilho dessa tendência atual.

Freud por sua formação médica foi sempre eminentemente "psicossomático", se estivermos atentos para seus intensos esforços em explorar a passagem do psíquico para o somático. Diga-se, ainda, que seus trabalhos foram basicamente clínicos; a teoria foi sendo formulada a partir dos fatos observados no lida diária com os pacientes. A partir dele, a doença é mais um evento significativo na vida do sujeito, enquanto a Psicanálise tenha demonstrado que todos os fenômenos humanos têm sempre uma intencionalidade, com motivações e significados, compreensíveis através da lógica simbólica.

#### **1. A escolha do órgão**

FENICHEL (38) resume, da seguinte maneira os fatores que determinam a escolha do órgão:

- 1)-a importância do órgão dependendo da fixação libidinal durante o processo evolutivo;
- 2)-a debilidade constitucional ou adquirida, que vai constituir o "locus minoris resistentiae";
- 3)-"a superestrutura histórica das doenças somáticas" --- um problema psicológico sem solução pode aproveitar a doença somática para deter satisfação histórica através



dela;

4)-o momento em que ocorreu uma determinada repressão pode produzir depois a localização do sintoma;

5)-capacidade do órgão de expor, simbolicamente, uma determinada tendência.

Outra tentativa de ordenação terminológica e nosográfica das afecções psicossomáticas foi realizada por LAURENCE KUBIE (104) (citado por Pichon-Rivière), e fala de dois grandes tipos :

I-Suscetibilidade ou predisposição de tipos específicos para determinadas doenças.

II-Somatização como o processo pelo qual se descarrega parcial ou totalmente, sob forma de perturbações, os impulsos reprimidos. Esse processo de somatização, cujo surgimento é o resultado de dissociação e anarquização de reações parciais, é o elemento básico que configura os tipos a seguir:

1)-Somatização que toma os órgãos de relação externa (histeria de conversão).

2)-Somatização que toma os órgãos de economia interna (neuroses: gástrica, cardíaca).

3)-Somatização que afeta funções instintivas (orifícios corporais, aparelho de deglutição, etc.), provocando dispnéia, vaginismo, impotência.

4)-Somatização que pode se expressar na totalidade do corpo.

Admite Kubie que, na maioria dos casos, há interligação de mecanismos, sendo os sistemas de descarga mistos.

PICHON-RIVIERE ( 104 ) considera que o problema desemboca no

diagnóstico diferencial das estruturas das afecções psicossomáticas, levando a averiguar o problema de grande interesse e, como o ser humano não é um sistema fechado, todo o seu ser se comunica com o ambiente, com o mundo, e, mesmo quando, aparentemente, não exista comunicação verbal, isto já é uma forma de comunicação, como o silêncio é, às vezes, mais eloquente do que a palavra — aspectos também enfocados por KNOBEL (79).

Neste sentido, é útil trazer o conceito de modalidades relacionais de KNOBEL (65) a partir da teoria das relações objetais de FAIRBAIRN (36). Seriam basicamente: histérica, fóbica, obsessiva e paranóica, incluindo, este mesmo autor, KNOBEL (79) a melancólica, a psicopática, a ambígua e a autista. No início, essas modalidades se estabelecem na relação terapêutica de forma não verbal, e a sua constatação dará uma riqueza extraordinária para a avaliação, incluindo, para enriquecimento, esse tipo comunicacional, incluindo o fenômeno contra-transferencial vivido pelo terapeuta psicanalítico. E mais : o estudo dos fenômenos de conversão, os conflitos patogênicos, as entidades clínicas, a escolha do órgão e sua especificidade, colocando-me de frente para o problema psicológico do paciente psicossomático.

## **2. Outros conceitos psicodinâmicos auxiliares**

Dentro do quadro de ruptura das defesas psicológicas, abrindo caminho à expressão somática, na esfera dos processos identificativos, está a chamada "reação de aniversário", de ENGEL (30). Trata-se da ocorrência de uma enfermidade no período que

corresponde ao "aniversário" do evento traumático que afetou uma pessoa importante para o paciente. Aí, a vivência inconsciente do tempo -- muito mais poderosa do que imaginamos -- joga um papel importante, já que o paciente não percebe a inter-relação dos fatos.

CASSORLA (24) se refere às reações de aniversário, dizendo que podem ocorrer através de sintomas leves (sensação de mal-estar, depressão) até sintomas mais graves, nas esferas psicossomática, mental e social. Descreve desde alterações oftálmicas até suicídio e atos anti-sociais passando por abortamentos, psicoses -- situações onde o paciente somente sob a investigação psicanalítica do inconsciente, poderia descobrir a associação analógica através do tempo. FERENCZI (39) em seu itinerário metapsicológico, se introduziu na pesquisa fundada nos efeitos psíquicos, produzidos em consequência de uma enfermidade orgânica, ou de uma ferida corpórea, denominando-os inicialmente, de **patoneurose**. O mesmo se desenvolveu com Grodeck as bases da Medicina Psicossomática, introduzindo, de forma frontal, conceitos importantes sobre os efeitos patológicos da ameaça de morte, na economia psíquica do narcisismo do sujeito. Tais autores são traduzidos nas palavras de JOEL BIRMAN (39): "entre as ordens somática e psíquica não existe uma relação linear e mecânica de causalidade, pois, se estas ordens se interpenetram e interagem de forma permanente, elas mantêm, contudo, uma relativa autonomia de seus efeitos específicos no seu campo próprio de determinação".

Há, portanto, toda uma área da personalidade que se expressa com o código visceral. O órgão enfermo, no qual se colocam

relações objetais inconscientes, altera suas funções e sua estrutura em distintos graus de patologia, que implicam toda uma gama de riscos vitais. No órgão enfermo está contido um vínculo tiranizante com os objetos parciais, os quais o ego nunca chegou a simbolizar (à diferença da repressão). Seria, então, o emergente de um vínculo sadomasoquista entre o objeto tirano e os aspectos perturbados do ego, que foram precocemente cindidos do aparelho psíquico.

No conceito de "fantasias específicas" ligadas aos órgãos corporais, enunciado por CHIOZZA (27), vamos também encontrar um ponto de articulação entre corpo e mente, entre orgânico e psíquico que nos fala de uma visão mais abrangente desta realidade humana. Resumindo a concepção de Chiozza, sobre a qual se vinculam as idéias desse trabalho, elas se referem "às aquelas fantasias inconscientes preferentemente simbolizadas por determinado órgão, cuja fonte somática se acha construída também, predominantemente por, tal órgão". Isto é válido, ainda, para os órgãos internos e para os processos orgânicos, pois, segundo Freud (47), "todo órgão ou processo de alguma importância traz algum componente à excitação geral do instinto sexual".

Subjaz, em todos os casos, uma prévia sobrecarga narcísica destas zonas corporais: as lesões se assentariam, então, em zonas ou órgãos com intensas catexias narcisistas. São pacientes que buscam soluções cirúrgicas e conseguem pressionar aos profissionais que buscam. Nestes casos, não é o corpo que enferma, mas se trata de um transtorno mais profundo, como descreverei no capítulo dedicado às teorias de KNOBEL(73) dos

processos de somatização. Incluindo algumas considerações pessoais, diria que, com suas constantes trocas com o mundo externo, a imagem corporal pode encolher ou se expandir, pode ceder partes suas ao mundo externo ou se apoderar de partes dele. Desse modo, a imagem corporal ultrapassa os limites do corpo. Os adornos, as roupas e acessórios podem formar parte da imagem corporal e constituí-la-ão, tanto quanto mais rígida for a ligação do corpo com o objeto. Da mesma maneira, os produtos corporais que estiveram, em algum momento, ligados ao corpo, como as fezes, a urina, a respiração, etc, retêm sempre algo de qualidade da imagem corporal e podem, a qualquer momento e por qualquer circunstância, voltar a ser recatexizados. A abordagem explicativo-causal da Medicina oficial tem que ser considerada igualmente, para que se avalie o indivíduo de maneira o mais abrangente possível.

A Psicanálise veio, então, esclarecer esses mecanismos, especificando a natureza e sobretudo, o conteúdo psicológico da emoção que acarretou o sintoma.

Assim, conceitos de psicogênico e somatogênico se apresentam obsoletos, pois, considerando o homem como um todo, no mundo, todas as doenças são psicossomáticas.

É CAPRA (20), tecendo seu paralelo entre a Física Moderna e o Misticismo Oriental, quem nos adverte da herança cartesiana sobre o pensamento ocidental. A famosa frase "Cogito ergo sum" (Penso, logo existo) tem levado o homem ocidental a igualar sua identidade apenas à sua mente, em vez de igualá-la a todo o seu organismo. Em consequência, indivíduos, na sua maioria, têm consciência de si mesmos como egos isolados, existindo "dentro"

de seus corpos. Diz Capra que essa tendência é fruto de uma ilusão da mentalidade voltada para a mensuração e a categorização. É denominada **avidya** (ignorância, na filosofia budista), sendo considerada como o estado de uma mente perturbada que necessita ser superado: -- até em autores não psicanalíticos, mas grandes mestres, como J.J. Lopez-IBOR (91), da Psiquiatria, tornam-se muito expressivas e concludentes para mim as suas palavras: "As enfermidades orgânicas são crises na história individual, e não podemos considerá-las somente do ponto de vista de um fato material, mas encaixadas na sua biografia".

**II-APROXIMAÇÃO PSICANALÍTICA DA ORIGEM DOS  
PROCESSOS DE SOMATIZAÇÃO.**

A. AS CONFIGURAÇÕES DE VINCULOS  
PATOLÓGICOS CONCEITUADOS COMO PONTOS DE  
FIXAÇÃO

B. AS ALTERAÇÕES NO PROCESSO DE  
SIMBOLIZAÇÃO

1. representação do corpo
2. representação do espaço
3. representação do tempo

## A. CONFIGURAÇÕES DE VÍNCULOS PATOLÓGICOS CONCEITUADOS COMO PONTO DE FIXAÇÃO

Neste capítulo vou considerar duas constelações vinculares patógenas, que se constituem como pontos de fixação complementares no estabelecimento dos processos psicossomáticos.

O primeiro corresponde a um fracasso no estabelecimento da simbiose evolutiva normal (92) que surge como patologia durante o terceiro mês de vida, ante a emergência das ansiedades melancólicas primárias. O fracasso simbiótico deriva da interação entre mães incapazes de conter, aceitar, detectar e pôr nome às emoções do bebê, com crianças muito sensíveis que paralizariam, muito precocemente, sua atenção no estado do objeto. No momento da emergência das ansiedades melancólicas evolutivas, bloquearam a descarga das mesmas, substituindo suas necessidades pelas do objeto, estabelecendo uma dissociação precoce corpo/mente.

A precoce patologia vincular alterou o desenvolvimento dos processos de identificação projetiva e introjetiva, e deu lugar a alterações na diferenciação, tanto entre o ego e o objeto como entre as qualidades boas e más deste. O registro das necessidades maternas e seu cuidado deslocou a percepção e a busca de satisfação próprias. A reversão do papel produz alívio através da execução projetiva de intoleráveis estados de necessidade, mas deu lugar a um tipo de pseudo-reparação precoce, incondicional e altamente drenante para o "self".

Na adolescência, intensifica-se a demanda de descargas das manifestações hostis, que, mais do nunca, são bloqueadas pela



falta de continência das figuras parentais (sobretudo da mãe) as quais por características narcisistas, não dão conta das identificações projetivas que vinculam hostilidade.

A cisão das partes do **self**, continente do vínculo hostil com a mãe persecutória, agora então favorecida pelo próprio processo dos lutos (60) (64) (68), dirigem-se ao interior do corpo, em especial, a algum órgão, que ficará prejudicado, pela homologação entre objeto mau e função orgânica com a qual realizar-se-ia o ataque ao objeto.

No capítulo onde faço a descrição dos casos clínicos, illustrei com o que venho tirando da experiência com adolescentes, em seus processos de somatização, onde os aspectos patógenos mais regressivos, associando-se paralelamente a um **self** ambiental hiperdesenvolvido, e tendo que satisfazer o pacto narcisista implícito com os pais, muitas vezes, não encontram outra saída, senão resolver seus conflitos e frustrações.

O segundo ponto de fixação corresponde ao momento da personificação-individualização, que, se estende dos 12(doze) aos 18(dezoito) meses. A conquista da bipedestação, da deambulação e a possibilidade de registro do bebê dos primeiros índices de delimitação ânus-fezes, tanto quanto a posição em pé, oferecem à criança sensações claras da matéria fecal como algo que pesa na fralda e que é, portanto, exterior ao corpo.

Este momento corresponde à consolidação das condições para o processo de individualização-personificação de que fala M. MAHLER (92). Instalam-se exigências paternas altas de controle das emoções de musculatura em geral e de controle esfinteriano em particular. Deste ponto de vista emocional, a conduta familiar,

sobreexistente em distintas áreas simultâneas, conota uma experiência de perda de sustentação, frente a que estes bebês se ajustam, correspondendo sempre às expectativas. Esta interação vincular coloca-o evolutivamente na fase anal retentiva reforça com os mecanismos defensivos de controle e isolamento externo, a dissociação das emoções e das necessidades que já apresentavam.

As duas modalidades vinculares isoladas e referidas a duas etapas evolutivas correspondem, do ponto de vista dinâmico, a duas modalidades paternas introjetadas no superego: uma modalidade esquizóide, desconectada do corporal e do emocional, e outra, que promove a atividade no mundo externo, leva à adaptação possível à realidade e à instauração precoce da lógica formal adulta. Este par vincular corresponde tanto aos papéis duplos da mãe como aos papéis repartidos entre os pais. O comum é a presença de pais desconectados esquizoidemente do mundo interno dos filhos, mas sumamente exigentes quanto às conquistas externas destes últimos.

Na adolescência, a internalização de ambos os papéis (de homem e de mulher) dá lugar a uma constante desconexão mental, que se manifesta no descuido da própria vida emocional e do próprio corpo. Espressam-se os adolescentes com uma atitude à vida, que se rege pelo lema "deve ser", e com uma necessidade de se sobrepor, com "a força de vontade", às dificuldades. Dentro desse processo, o corpo será o portador de experiências frustrantes, que privilegiam o código visceral como meio falido de expressão de emoções não registradas.

No processo da adolescência, há incrementação da hostilidade

e da desorganização interna, herança de uma estrutura de funcionamento comprometida na infância, quando o adolescente já não consegue manter mais a função adquirida prematuramente, de contenção rígida, para manter a ansiedade nas fronteiras do corpo. Em reação de "espelho" à ansiedade materna patológica internalizada, tenho observado que ele vai exibir estados de inquietação com desenvolvimento de fobias, até o verdadeiro pânico.

Por outras vezes, os adolescentes conseguem manter seus processos de identificação projetiva "realista", potencialmente mobilizantes de respostas com sentido: "O falso **self**, nesse caso, é caracterizado pelo gesto complacente, submisso e servil".  
(48) (49)

Arranjos encontrados, freqüentemente, no adolescentes, são aqueles derivados das estruturações obsessivas, nos quais os distúrbios somáticos funcionariam desde uma função de barreira com a postura rígida, e, nesta contenção, ficariam impedidos tanto o registro como a descarga, com o alto custo da destruição do corpo.

A dor psíquica insustentável, com risco de desorganização catastrófica, mobiliza uma entrada precoce em posição depressiva, onde a dissociação mente-corpo é parte das defesas maníacas primárias, com negação da realidade e um controle obsessivo das identificações projetivas (59).

Outras das manifestações, na adolescência, de dissociação mente-corpo seriam as atuações psicopáticas que envolvem outros aspectos próprios dessa fase, com respeito à perda do sentimento de onipotência, à aceitação da finitude biológica, quando o

adolescente se expõe ao risco de vida (uso de veículos motorizados em alta velocidade, p.ex.).

## B. ALTERAÇÕES NO PROCESSO DE SIMBOLIZAÇÃO

A fim de se conseguir uma categorização precisa e peculiar da patologia dos processos de somatização, quero diferenciar, dentro do amplo tema da simbolização, os seguintes aspectos:

- a)-as pré-condições para a conquista de funções egóicas simbolizantes;
- b)-o desenvolvimento do processo de simbolização que poderá sofrer distintas alterações no futuro;
- c)-as qualidades dos símbolos emergentes. As funções simbolizantes tem seu sucesso, na dependência da interação entre:

- 1-um aparelho psíquico devidamente equipado, maduro emocionalmente, para desenvolver movimentos projetivos de contato, expressão e ligação significativa;

- 2-um agente materno presente, a partir de sua própria capacidade simbólica, possa que, assim, dar sentido aos movimentos projetivos do bebê e oferecer-se como objeto de sustentação afetiva a ele, para ser explorado por ele, mediante a aprendizagem da realidade humana e material.

H.SEGAL (108) tece considerações elucidativas quando fala que "a renúncia a um fim instintivo ou a um objeto é uma repetição e uma revivência da renúncia ao peito. Considerada deste modo, a formação de símbolos, resulta ser a consequência de uma perda, é um trabalho criativo que implica a dor e todo o trabalho de luto".

Desde esse mundo interno simbólico e simbolizante, o ego estabelece relações metafóricas com o corpo e com o mundo externo, mantendo as diferenciações, podendo dar-lhes significados emocionais, derivados de sua história vincular, que são os que outorgarão sentido e incrementam a necessidade de manter e estabelecer novas ligações. WINNICOTT (122) nos fala de um terceiro espaço, o da *ilusão*, "onde não há objeto de desafio, porque não se apresenta exigência, salvo a de que exista como lugar de descanso para um indivíduo dedicado à perpétua tarefa humana de manter separadas e ao mesmo tempo, interrelacionadas a realidade interior e a exterior... área de continuação direta da zona de jogo da criança pequena. Nos processos de somatização, observa-se, na relação simbólica com a realidade, uma carência de capacidade para estabelecer vinculações metafóricas, tanto com o mundo externo como com o próprio corpo". LIBERMAN et alii (90) postulam que os processos de somatização teriam, como base, uma fixação precoce de uma representação corporal estática da superfície do corpo, que não integra, em sua construção, os registros das variações do interior corporal. Tal conceito corresponde a uma noção de espacialidade erguida sobre reiterados processos de cópia e exercitação mimética dos movimentos dos outros. São noções formais do espaço euclidiano aprendidos como forma memorísticas, recortes de elementos parciais do espaço exterior, que têm, como correlatos, amplas zonas sem representação. Por sua vez, a relação com a temporalidade se adere ao tempo do relógio, cronometrado de fora, distônico, muitas vezes, do registro do tempo biológico e

psicológico, isto é, humano.

Estas constantes do funcionamento mental nos adolescentes me permite falar sobre essa particular patologia simbólica, considerando-os como aqueles que contaram no início de suas vidas, com capacidades potenciais, para desenvolverem funções simbolizantes, sobre a base de um adequado funcionamento da identificação projetiva, tanto em sua função expressiva de estados emocionais como em sua função exploratória do objeto, mas fracassaram, porque não tiveram condições de estabelecer ligações de contato, por falta de continente empático, processo que também vem associado, por assim dizer, a fatores de inveja constitucional excessiva, para falar em termos Kleinianos. Assim, nesta etapa evolutiva, reativam-se estas perturbações pelo próprio processo da aquisição da identidade adolescente, novamente prejudicados, por condições mais desfavoráveis ainda. O fracasso nas primeiras relações objetivas, deixou como herança uma patologia intrapsíquica, num processo falido de simbolização, ante a emergência das ansiedades melancólicas, que podem estar por trás dos processos de somatização do tipo hipocondríaco.

A inibição da mobilidade das identificações projetivas terá a expressão clínica em inibições progressivas da experimentação sensório-motora e, conseqüentemente, na discriminação autêntica entre fantasia e realidade.

Encontrei em BETTELHEIM (11), um conceito muito esclarecedor na relação mãe-filho, sobre a "mutualidade", que por um psicologismo confuso pode estar sendo incrementado. Refere-se à experiência de mutualidade como uma oportunidade de atuar dentro da mãe, aliviando, durante as mamadas, a tensão dos seios dela e

oferecendo-lhe prazer emocional, enquanto ela acalma sua necessidade e também lhe oferece prazer. É esta experiência de mutualidade que dará confiança na capacidade de ser suficientemente ativo como para modelar a experiência, ainda que pese o estado de dependência, do bebê constituindo deste modo, a base central para o desenvolvimento da autonomia como emergente genuíno. Isto se aplica à relação humana, em geral e em todas as idades.

Nossa sociedade, por suas características desumanizantes tende gravemente a exigir que o adolescente se independentize precocemente e assim o empurra a "fazer coisas", principalmente aquelas que os pais querem que eles façam. Isto é seriamente comprometedor para o desenvolvimento da autêntica autonomia que advém pela conquista do saber: "é importante fazer isto para mim e por isso eu faço, mas não porque me disseram que devo ou tenho ou, ainda, por que seja importante para alguém". Este fato foi amplamente e metodologicamente bem explorado no trabalho de ANDRADE(7), sobre fatores que determinam e influenciam a escolha profissional na adolescência.

O desenvolvimento dos processos de juízo e sentido de realidade são produtos destas experiências retificadoras diretas de um **self** continente de vividas experiências emocionais, que irá realizando progressivos **insights**, os quais poderão ser representados e assimilados, tanto quanto possam se assentar na base corporal afetiva que lhes dá origem. É na adolescência que se vê a maior crise de atemporalidade, em todo processo evolutivo humano. Assim, se o indivíduo chega a esta etapa, com distúrbios



no desenvolvimento dos processos de juízo e sentido de realidade, ele certamente também será carente de capacidade para desenvolver relações metafóricas, tanto com o mundo exterior como com o próprio corpo, por uma demarcação defensiva restrita entre o pensamento realista e a atividade da fantasia. Esta demarcação lhe impede desenvolver a "área de ilusão" na qual possam conjugarse a apreciação objetiva dos fatos com as apreciações subjetivas, derivadas das repercussões emocionais que evocam. (120)

Tanto desenvolve um tipo de pensamento rígido, sobre a base de mecanismos de cisão da vida de fantasia, que não chega a ter acesso às conotações emocionais que subjacem às condutas e ao pensamento abstrato como sucede, em troca, quando a vida mental se organiza sobre mecanismos adequados de repressão. Como diz S. ISAACS (54), "o fato de que pensar com realidades (processo secundário) e pensar com fantasias (processo primário) tenham um caráter distinto, não implica que pensar com realidades atue independentemente da fantasia inconsciente". As metáforas conscientes representam realidades psíquicas inconscientes. Nos processos de somatização, longe de registrar-se e alcançar uma transformação em palavras condensadoras de imagens, elas se derivam por via somática, expressando o nível de comprometimento da estrutura da personalidade.

A necessidade de manutenção da identificação mimética e a dissociação afetiva levam o adolescente a apoderar-se de dados superficiais, buscando sempre uma informação normatizada do mundo exterior, inibindo o aspecto expressivo da linguagem, do tônus, e das modulações, das pausas, limitando, deste modo, sua capacidade

para despertar ressonâncias afetivas no interlocutor ou partindo na busca de referências grupais. (72) (33)

Acho útil colocar alguns aspectos sobre a representação do corpo, do espaço e do tempo, sobretudo em que pese este trabalho sobre a adolescência, fase evolutiva em que o indivíduo deve justamente conquistar esses conceitos sobre seu corpo, o espaço e o tempo.

### **1-A representação do corpo**

A representação do corpo é um símbolo que integra, organicamente, as múltiplas vivências do mesmo em funcionamento e em intercâmbio objetal, sucedidos ao longo de toda a vida.

A partir das distintas vicissitudes pelas quais passou o corpo, durante o transcorrer temporal, abstraem-se configurações constantes e únicas, sobre a base de sensações diferenciais do funcionamento interno -- relações privilegiadas com órgãos e funções, em conexão com traços da superfície corporal, acessíveis através da visão. Refiro-me à "representação do corpo" como o "esquema corporal", termos que podem ser utilizados como equivalentes.

1.a imagem do corpo está conformada por:

- a) síntese de imagens da superfície do corpo, sua mobilidade e seu funcionamento, acessíveis a partir da informação visual;
- b) construções analógicas acerca do estado e funcionamento do interior corporal, que são dados pela sensibilidade cenestésica;

2.o esquema do corpo é uma inscrição da ordem dada pela informação acerca do corpo em distintas posturas e movimentos, incluindo o espaço externo e em relação aos objetos. Integra informação derivada da sensibilidade cinestésica -- conestésica, dos órgãos do equilíbrio e dolorosa.(109)

A construção do representante simbólico do corpo sofrerá distintas configurações ao longo da evolução, às quais corresponderão variações correlativas da concepção dos espaços e dos tempos. À medida que se torna mais complexa a representação do corpo, vai se constituindo a espacialidade e a temporalidade. A espacialidade como dimensão exterior ao corpo, é só acessível, enquanto tem acesso à concepção tridimensional do corpo, como volume, com espessura e espacialidade interna, e à concepção tridimensional da mente, como espaço virtual, que alberga objetos, símbolos, em permanente intercâmbio vincular. Da possibilidade de registro e representação de estados corporais e emocionais, em processo constante de transformação e mudanças, dependerá a inscrição do tempo como nova dimensão que abre passagem à tetradimensionalidade. Esta concepção do representante simbólico do corpo, como configuração móvel e plástica que integra as experiências de um corpo, o qual se modifica nas dimensões de tempo e espaço na adolescência, onde, pelas características das alterações corporais, associados aos "lutos" correspondentes desta fase evolutiva, os processos dissociativos são facilitados e, não encontrando continentes adequados no mundo exterior, resta a via somática para continência e exteriorização

dos conflitos.

O fracasso na representação do esquema corporal se expressa clinicamente na torpeza que apresentam certos adolescentes, para incluir, no espaço, o seu corpo em movimento. Sofrem verdadeiras crises de deslocamento corporal, quando atravessam situações, nas quais se mudam rapidamente as condições de espaço imediato. Outra variante mais patológica, seriam os acidentes, sobretudo com veículos, frequentemente fatais, situações onde as falhas na integração do esquema e a indiferenciação do próprio corpo se evidenciam com o máximo de dramatismo. Por outras, submeter-se a programas de vida, que os forçam a ir além de suas possibilidades, com o risco de cortar o seu ciclo vital.

Aqui, o instinto de conservação e o de morte parecem trabalhar juntos. Ironicamente, para sobreviver numa sociedade como esta, é preciso silenciar determinadas necessidades emocionais, ainda que numa vida curta -- única saída a qual se dirigem, para se autopreservarem da revivência do trauma do desmane catastrófico e da perda da unidade simbiótica ocorrida no primeiro trimestre da vida. O que em outras personalidades, faria uma melancolia, estes adolescentes vão estabelecer um "programa de vida" que vai desembocar num infarto ou numa úlcera. Na idade adulta, não teriam, como destino final, a marginalização psiquiátrica dos psicóticos, tampouco as instituições carcerárias, como nos psicopatas, nem o manejo do ganho secundário, como na histeria ou nas fobias, mas na morte prematura.

A patologia, nestes casos, vai expressar o desajuste com respeito à realidade; não é o resultado de registros simbólicos

que se foram gradualmente inseridos como consequência da sucessiva elaboração de ansiedades paranóides e depressivas. Estes desenvolvem respostas imitativas, alcançadas unicamente no aspecto formal, mediante identificações adesivas, sob as quais subjacem sérios fracassos da simbolização pseudo-aprendizagem e pseudo-adaptação, sem chegarem a apresentar o pensamento concreto do psicótico.

## **2-A representação do espaço**

O próprio corpo é o criador e ponto de articulação do local donde partem tanto as experiências de movimento e exploração para atingir os significados, permitindo que a inscrição do próprio self vá se delineando, recortada no espaço e inserida na temporalidade.

O primeiro espaço do bebê é um espaço bucal, o mundo é para ele uma realidade essencialmente oral. É um espaço que existe só em tempo presente. Recupera-se de acordo com a necessidade, através do sentimento de onipotência (121), através da presença real ou alucinada do objeto e pode se perder por efeito da experiência de frustração.

A pele, por sua vez, marca o limite da discriminação com o outro, levando a momentos de união-separação sucessivos e necessários na evolução-lugar de fusão que tende a se diluir. (12)

A maturação neurológica, permitindo ampliação das fontes perceptivo-sensórias vão, pouco a pouco, constituir novas noções

que incluem a possibilidade da existência do objeto e do espaço, não só mais além do limite da pele, mas também do limite do registro de outros conceitos do **sentido**, sobretudo do **não**, que vai situar o objeto, fora do indivíduo.

A veiculação das identificações projetivas, transmissoras de violentas emoções, visão e linguagem, desenvolvimento da motricidade, começam a se estruturar como **espaço de ação**, ao qual a criança recorre com um crescente grau de autonomia, como nos fala LIBERMAN (96). Este autor, em trabalho desenvolvido com seus colaboradores, destacam que :

" Um momento importante é aquele em que se flagra a noção de perspectivas, ligando também à reversibilidade, que lhe permitirá reconhecer a si mesmo, recorte espacial visto desde distintas perspectivas observacionais e desde distintas distâncias, processo no qual é fundamental a presença da mãe como objeto-guia".

O acesso à noção de espaço tetradimensional abstrato supõe a incorporação da dimensão temporal.

Nos processos de somatização teriam ocorrido passagens perturbadoras de uma concepção espacial evolutiva a outra. Uma prematura vinculação visual e auditiva, quando ainda não haviam conquistado a discriminação a partir das experiências próximas. Isto deu lugar a um pseudodesenvolvimento que conserva congeladas concepções primárias, as quais mantêm a qualidade do espaço proximal e do espaço de ação.

### **3-Representação do tempo**

A conquista da representação do tempo supõe um largo processo

que atravessa todas as etapas da infância e da adolescência, dificultado pela inacessibilidade da temporalidade.

Cristaliza-se como categoria simbólica, na adolescência, o conceito de tempo que passa a ser concebido numa dimensão humana, como um autêntico **continuum** desde o nascimento até a morte. Isto é que permite ao sujeito a captação de sua própria evolução como um processo individual inscrito em outro geral, que o contém e que o transcende. O recente, o passado, o presente e o futuro se reconhecem em sua continuidade; as noções de duração, as etapas da vida, os intervalos, as crises vitais, os projetos e, finalmente, a história cobram um verdadeiro sentido.

Suas bases se assentam, igualmente na relação mãe-bebê, no momento inicial, dentro do grau máximo de fusão e simbiose com o objeto, quando não se registra a vivência de um autêntico transcorrer.

A representação do tempo começa por ser assim um "tempo do corpo", conformado desde a urgência, em função da necessidade e aumento de tensão. Em troca, o desencontro e a não -- coincidência entre os requerimentos do bebê e a presença do objeto provedor conseguirá se instalar nesse vazio, que é a demora, através da espera. É, então, quando o tempo corporal passa a ser um **tempo psicológico**. Demora, frustração e espera se constituem elementos estruturantes da temporalidade. Surge um vago sentido de continuidade, entre um **agora** e um **antes**; entre um **antes** e um **depois**.

Isto não constitui uma conquista definitiva e linear. Por momentos, o vazio volta a se preencher com a gratificação alucinatória, impondo-se o **não-tempo** do sempre presente

imobilizado e rígido, que não concebe a postergação. Deverá, todavia, enriquecer-se em intercâmbios vinculares que existem para sua realização, por um lado, a disponibilidade real e concreta do objeto e, por outro, a capacidade corporal, que brinda a maturação biológica.

Simultaneamente, a entrada do pai no cenário vital, triangularizando a situação, condiciona vivências cruciais para a evolução emocional e a estruturação temporal. A imposição de normas, a postergação e a renúncia implicam o recorte no tempo do prazer.

Com a emergência e elaboração das ansiedades depressivas, a criança tem acesso à noção da constância do objeto, que plasma a confiança básica, a qual constitui a revelação da dolorosa realidade, reativada na adolescência, de forma ostensiva — a existência deste objeto e da realidade de suas mudanças, independentes de seu próprio ego, e a evidência do tempo que transcorre, prescindindo de sua intervenção e desejo, inclusive no próprio corpo.

Os processos de somatização expressam a pseudo-adaptação no espaço euclidiano, e correspondem ao aparente reconhecimento do tempo cronológico.

A patologia da estruturação de temporalidade tem, como característica fundamental, a versão do tempo ao qual se há despojado sua notas essenciais.

Esses indivíduos tiveram um crescimento acelerado que os transformou em "adultos-miniaturas", e os privou de serem crianças e adolescentes. Saltando etapas, cristalizam uma



perspectiva de "eterna juventude".

Não conseguem estabelecer contato com sua **vulnerabilidade**, derivada não só do sofrimento, senão que da condição de seres humanos, com um limite vital; negam o efeito do tempo sobre o corpo, que perde naturalmente suas funções; não concebem a possibilidade da própria morte e forçam seus corpos, imersos na concepção latente de imortalidade.

Passado, presente e futuro cobram sentido, transcorrem na aceitação de perdas e trocas, de renúncia e aquisições, isto é, na elaboração permanente de "lutos". São as notas essenciais que distinguem o tempo cronometrado do tempo humano. (81)

**III-OS COMPONENTES PSICOSSOMÁTICOS NA  
PSICOPATOLOGIA DA ADOLESCÊNCIA**

**A.COMENTÁRIOS SOBRE AS CLASSIFICAÇÕES OFICIAIS**

**B.O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA PERSONALIDADE NA  
ADOLESCÊNCIA**

- 1.Processos regressivos normais
- 2.Processos regressivos reativos
- 3.Processos regressivos desestruturantes
- 4.Processos regressivos reestruturantes
- 5.A Síndrome da Adolescência Normal

**C.A PSICOPATOLOGIA NA ADOLESCÊNCIA E OS  
COMPONENTES SOMÁTICOS**

- 1.Síndrome da Adolescência Normal-resposta  
sã
- 2.Adolescência retardada
- 3.Traços infantis de personalidade
- 4.Isolamento e dificuldades nas relações  
interpessoais
- 5.Traços fóbicos e obsessivos predominantes

6. Neurose fóbica
7. Neurose obsessiva
8. Confusão ou difusão de identidade
9. Masturbação compulsiva
10. Homossexualidade e outras perversões
11. Transtornos de personalidade
12. Delinquência juvenil
13. Adição às drogas
14. Mania
15. Depressão
16. Processos patorrítmicos
17. Histeria
18. Quadros de angústia
19. Psicoses
20. Transtornos psicossomáticos propriamente ditos
21. Transtornos do esquema corporal
22. Adolescência precoce
23. Adolescência persistente ou deferida
24. Síndrome de atemporalidade
25. Transtornos orgânicos com vivências de crises manifesta da adolescência
26. O adolescente borderline
27. Personalidade "como se"
28. Reação da adaptação patológica na adolescência
29. Sintomas de predominância ou de cristalização predominante na Síndrome da

Adolescência Normal

30. Adolescência difícil

31. Dificuldades de aprendizagem

D. CONCLUSÃO

## A. COMENTÁRIOS SOBRE AS CLASSIFICAÇÕES OFICIAIS

O que tenho podido observar, sobretudo entre os profissionais dedicados à infância e à adolescência, é uma relutância em fazer diagnóstico, numa demonstração da confusão entre o desconhecimento de psicologia evolutiva e os "sintomas" normais do desenvolvimento e a psicopatologia.

Assim uma boa classificação deveria fornecer um referencial diagnóstico que incluísse, além do quadro clínico, outros fatores intervenientes da etapa evolutiva, condições clínicas gerais e aspectos sociais. Por outro lado, deveria ser facilmente manejável, para que o profissional pudesse realmente fornecer dados fidedignos a os estudos epidemiológicos, além de incluir o diagnóstico de "São" (sadio).

Todavia, o que se tem à disposição são classificações unidimensionais, como CID 8, CID 9, e espera-se que o CID 10, conforme informações colhidas no XII Congresso do ABENEPI, em setembro de 1991, CUMPRA A PROPOSTA de ser multiaxial incluindo os seguintes aspectos :

- 1 - sintomas psiquiátricos;
- 2 - desordens específicas da psicologia do desenvolvimento;
- 3 - nível intelectual;
- 4 - condições clínicas gerais;
- 5 - sintomas associados de desenvolvimento psicológico anormal;
- 6 - adaptação social.

Como outra fonte de referência disponível temos o capítulo terceiro do DSM-III (6), que se dedica à classificação de

desordens usualmente evidenciadas na infância e na adolescência. A classificação causa perplexidade, uma vez que foi feita indiscriminando as características próprias destas etapas tão distintas: "Não há idade limite aqui que defina infância e adolescência, e nesta seção se incluem algumas características de adolescentes mais velhos, como *Desordem de Identidade*, a qual pode aparecer melhor no adulto jovem. Diagnosticando um bebê, uma criança ou um adolescente, o clínico deve primeiro considerar os diagnósticos incluídos nesta seção. Se um diagnóstico apropriado não for possível ser encontrado, desordens descritas em outras seções deverão ser buscadas"(6). Acrescentam *Desordens Afetivas* e a *Esquizofrenia*, sem categorização especial de distinção desses quadros para infância e para adolescência.

As classes das desordens descritas foram separadas em cinco grandes grupos, baseada na área de maior predominância do distúrbio. Os subgrupos foram dados com propósitos mais heurísticos, e reconhecem que a designação da área de predominância é a melhor aproximação dos processos em estudo:

#### I. Intelectual

- . Retardado mental.

#### II. Comportamental

- . Desordem com deficit de atenção

- . Desordem de conduta

#### III. Emocional

- . Desordens ansiosas da infância e da adolescência

- . Outras desordens da infância, e da adolescência

#### IV. Físico

- . Desordens alimentares

.Desordem com movimentos estereotipados

.Outras desordens com manifestações físicas

#### V. Desenvolvimento

.Desordens do desenvolvimento

.Desordens específicas do desenvolvimento

O CID-9 (95) também não leva em consideração tratar-se de duas etapas evolutivas bem distintas.

-Distúrbios de emoções especificamente da infância e da adolescência. 313

.Com ansiedade e medo (Reação superansiosa na infância ou adolescência) 313.0

.Com penúria e desgraça 313.1

.Com sensibilidade, timidez e afastamento social (Reação de afastamento na infância e adolescência) 313.2

.Problemas de relacionamento 313.3

.Outros e mistos 313.8

.Não especificados 313.9

A chamada "CLASSIFICAÇÃO AMERICANA" (29) do Comitê para o Progresso da Psiquiatria, dos distúrbios psicopatológicos da infância inclui um item de "respostas sãs" das crianças, entre as quais considera as crises de desenvolvimento e as crises situacionais. Isto é, aceita-se que muitas crianças sejam trazidas à consulta, não porque apresentem um processo verdadeiramente patológico, senão porque a ansiedade dos pais ou de seu meio não tolera algumas condutas que, apesar de ter em seu sentido lógico, são consideradas como "anormais". O choque de

gerações, fenômeno que foi estudado por UCHOA (118), tem contribuído como um dos geradores da problemática da adolescência e tem sua raiz na visão distorcida, dos adultos, os quais julgam que muitas manifestações dos adolescentes sejam patológicas. Tema também desenvolvido nos trabalhos sobre a adolescência, no contexto da família atual, por KNOBEL, PERESTRELO e UCHOA (75).

A Classificação Americana inclui, além das respostas sãs, os seguintes quadros psicopatológicos: desordens reativas, desvios do desenvolvimento, distúrbios psiconeuróticos, distúrbios da personalidade, distúrbios psicóticos, distúrbios psicofisiológicos, síndromes cerebrais e retardo mental.



## B-O PROCESSO ELEBORAÇÃO DA PERSONALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

É importante ter em conta que desde o nascimento há uma interação indivíduo-sociedade, que pode ser enfermiga. As situações sociais atuais, as quai repercutem diretamente na família, fazem com que o processo evolutivo normal seja cada vez menos frequente, tornando-se cada vez mais tórpido e irregular.

A medida que o indivíduo progride em seu desenvolvimento, maturação e aprendizagem, vai adquirindo possibilidades de relação com o mundo externo, através de partes do seu próprio corpo, que adquire uma hierarquia individualizante. As clássicas etapas oral, anal, fálica, edipiana ou genital, de latência, pré-puberal, puberal e adulta (representando, as três últimas, como modalidades crescentes da chamada fase genital), os quais descreve ABRAHAM (3), seguindo a FREUD (43), não são, senão, configurações do indivíduo que lhe permitem definir características de desenvolvimento individual e de contato com o mundo externo. Já o mesmo ABRAHAM (3), que, em realidade, só se referiu às clássicas etapas (oral primária e secundária; anal primária e secundária; fálica ou edipiana e genital), pode relacionar cada uma destas etapas com certas patologias do adulto, notando que, enquanto predominavam as características dos períodos mais iniciais do desenvolvimento, mais desorganizado mentalmente estava o indivíduo. Assim pode traçar uma linha divisória entre as neuroses e as psicoses a nível de passagem da fase anal primária (expulsiva) e anal secundária (retentiva).

Alguns aspectos da patologia não ficavam claramente explicados apenas com esta correlação, e isto levou ARMINDA ABERASTURY (1) e JOSÉ BLEGER (15), seguindo a escola psicanalítica de Melanie Klein, a postularem a existência de uma "fase genital prévia" (ao redor do sexto mês de vida) e uma "posição gliscocárica (praticamente, no nascimento). Assim já existiria pontos de referência no processo evolutivo que permitem afirmar que este "não é mais que um contínuo e crescente processo discriminativo" (2), ou seja, que a evolução não somente discrimina, estruturando de modo diverso e crescente o indivíduo, mas também permite a esse indivíduo ir discriminando o mundo que o rodeia e reconhecendo sua capacidade frente ao mesmo.

Este critério evolutivo é o que permite compreender o fenômeno regressivo, frente às dificuldades que possam surgir das próprias limitações do indivíduo, ou as que aparecem no meio externo. A evolução não só pode deter-se, mas também, freqüentemente, o que ocorre é que, defensivamente, retorna a etapas anteriores. Assim, a "patologia" não é, muitas vezes, mais que uma experiência de volta a etapas mais primitivas do desenvolvimento, nas quais o indivíduo se conduzia com menos dificuldades.

É claro que isto obriga a viver uma **regressão** não somente como uma desestruturação e reestruturação a níveis anteriores, mas também o estado afetivo se modifica. É por isso que tenho visto muitas vezes, que a regressão se acompanha de um "estado depressivo", mais ou menos acentuado. Às vezes, como a depressão pode fazer-se intolerável, o que se observa, mais superficialmente, é uma "compensação maníaca", o que explica a

euforia e o aparente bom estado de ânimo ou, inclusive, de excitação em muitos adolescentes que sofrem de processos regressivos.

É assim que KNOBEL (70) considera fenômenos regressivos da infância e adolescência como: 1) **processos regressivos normais**, 2) **processos regressivos reativos**, 3) **processos regressivos desestruturantes** e 4) **processos regressivos reestruturantes**.

1) - **Processos regressivos normais**: são os que ocorrem durante o desenvolvimento, e que podem aparecer como "anormais" aos olhos dos pais. Assim, por exemplo, o choro do bebê na sexta semana de vida, com raiva e, aparentemente, com dor, se deve à hipogalactia natural e transitória da mãe. O mesmo ocorre com as crises de angústia, transtornos do sono aos oito meses, quando a criança chora mais, pois já "sente" a separação temporária da mãe.

As reações normais de medo, frente a separação crescente dos pais, as quais psicologicamente se relacionam com as etapas fálica e edipiana, que provocam fantasias agressivas, genitais e sentimentos de culpa, são erroneamente, classificadas como "fobias", mas que desaparecem se os pais forem firmes e coerentes frente a tais manifestações.

Durante a latência (período escolar), a pré-puberdade e a puberdade, a masturbação é freqüente e, como tem, apenas, finalidade preparatória e exploratória para a sexualidade adulta, não deve ser considerada patológica, a não ser que se converta em masturbação compulsiva. Deve-se lembrar que, segundo os conhecimentos atuais, a masturbação se inicia já ao redor do

sexto mês de vida. Os fenômenos de despersonalização e de infantilismo do adolescente -- fugazes e transitórios -- são também normais, e permitem aceitar a idéia de que está deixando a infância, para entrar em outra etapa da vida.

Todos estes "fenômenos normais" são também regressivos, uma vez que, nesses momentos, o indivíduo volta a etapas anteriores, fugindo do desamparo extremo e da angústia primitiva. Permitem que a personalidade faça uma espécie de "volta em espiral" para, em seguida, estruturar-se melhor, em níveis superiores.

2) - **Processos regressivos reativos:** são os que produzem a criança ou o adolescente, que, evoluindo normalmente, seja por fatores constitucionais debilitantes ou pelo impacto excessivo do meio exterior, com o objetivo de mobilizarem os pais -- ou adultos responsáveis - a cuidar mais dele e a atender à suas solicitações. Assim, é comum a ocorrência da enurese ou encoprese após o nascimento de um irmão. Esta regressão às etapas anal ou fálica (uretral), devida ao sentimento de abandono ou de desamparo, pode ocorrer, também, na adolescência, sobretudo, quando o adolescente era o filho mais novo, e nasce um irmãozinho "temporão". Estes episódios enuréticos, surgem uma vez que a via de comunicação está agora facilitada pelas práticas masturbatórias.

A anorexia reativa também pode aparecer nestas circunstâncias, mas é muito fugaz e cede quando os pais dispõem mais atenção ao filho maior que "adoeceu". Insônia, crises de raiva, agressividade, certas fobias, podem ocorrer como fenômenos regressivos muito cedo em crianças com relação à escola, devido

ao impacto do novo meio social, e em adolescentes quando necessitam frequentar uma escola maior em outra cidade. É importante lembrar que muitas doenças "somáticas" que ocorrem na idade escolar e na adolescência, são verdadeiras doenças "psicossomáticas", produto de regressões, por reação a um meio hostil ou por temor à reação dos pais, frente a um rendimento escolar não satisfatório. Amigdalites, resfriados, colites, febre de origem inespecífica, têm sua origem nestas situações, as quais um bom interrogatório permite descobrir, sobretudo, se se leva em conta o quadro "depressivo" (às vezes de temor) que acompanha as referidas doenças.

3) - **Processos regressivos desestruturantes:** são aqueles nos quais a patologia mental é mais grave. Nestes casos, deve-se levar em conta a estrutura constitucional e o impacto do meio ambiente. O afastamento da mãe ou do pai pode induzir a um fenômeno regressivo reativo ou - mais frequentemente - a um processo regressivo desestruturante, no qual aparecem verdadeiros quadros neuróticos e, não raro, psicóticos.

Fobias de intensidade acentuada, crises histéricas com conversões somáticas, dificuldades de aprendizagem da infância e da adolescência, masturbação compulsiva, certas perversões, agressividade excessiva, hipercinesias, atos anti-sociais e até fenômenos de despersonalização podem assim, surgir em tais ocasiões.

Existe uma desestruturação da personalidade que até o momento (perda de pai ou mãe, castigos severos, processos

somáticos graves, situações de "stress" familiar etc) vinha se desenvolvendo normalmente. Estas trocas de personalidade são passivas de tratamento e recuperação.

4) - **Processos reestruturantes:** são aqueles em que o adolescente ou a criança sofrem um processo regressivo muito grave que lhes obriga não somente a desorganizar o processo evolutivo até aquele momento, mas também a se reestruturar em uma modalidade que não corresponde nem a sua idade nem a seu nível psicológico. Os quadros neuróticos muito graves (fobias persistentes depois dos oito ou nove anos, encoprese incontrolável em idade escolar e pré-pubere, quadros histéricos persistentes) ou psicóticos são os colaboradores nesta categoria. O autismo infantil, a "esquizofrenia" do adolescente, quadros maniaco-depressivos, acarretam verdadeiras reestruturações da personalidade, que permitem a sobrevivência num mundo que, para esta criança ou adolescente - seja por causas endógenas ou exógenas muito graves - converteu-se em intolerável e ameaçador, de uma desintegração total.

Considerados os fenômenos regressivos dessa maneira, pode-se compreender que, na maioria das vezes, a regressão **constituiu** um mecanismo defensivo, como assinala KNOBEL (69), que serve, em certas **ocasiões**, para evoluir (**processos normais**) e, em outras, para pedir ajuda direta, a fim de continuar a evolução (**reativos**). Em outras ocasiões, constitui uma saída penosa e transitória, da qual poder-se-á recuperar ou não, de acordo com o que dita a interação de suas "séries complementares" e a intervenção que se faça (**processos desestruturantes**), o que, em

alguns casos, é a única possibilidade de sobreviver dentro do que possa representar a desorganização total da personalidade (processos reestruturantes), do ponto de vista do indivíduo ou do mundo que o cerca.

São numerosos os trabalhos e as investigações que mostram o adolescente interagando permanentemente com a sociedade, a cultura, a família, etc. Seria tautológico insistir neste aspecto, cujo estudo não se deve abandonar. Pelo contrário, deve-se ampliar, para explicá-lo não somente aos grandes fatores sociais mencionados, mas também estendê-los aos microgrupos subculturais e aos setores parcializados de **atuação** adolescente (colégio, clube, grupo social, religioso, etc...) como ressalta KNOBEL (80).

Contudo, quero assinalar que, no afã de integrar os estudos psicodinâmicos, possivelmente, incorre-se numa acentuação exagerada de certos aspectos, descuidando-se do básico, que é o adolescente como indivíduo.

A partir do estudo de ERICKSON (34) sobre os processos de identificação que levam à identidade, a maioria dos trabalhos psicanalíticos tem acentuado e aprofundado esses conceitos. Insisto que é preciso um retorno ao indivíduo, para se reavaliar o conceito de identidade, que não pode ser estático e definitivo; ao contrário, deve ter implícita a noção do processo de evolução e modificação.

Ao se lidar com os princípios de projeção e introjeção pode-se admitir que a identidade e as identificações que os constituem, são o resultado concomitante desses processos

psíquicos desde o começo da vida. Daí, pode-se afirmar que existe identidade em cada etapa evolutiva .(76) Penso que, ainda que o adolescente tenha, como tarefa, o estabelecimento da idade adulta, deve-se considerar que ele possui, desde já, sua identidade com características próprias.

A base psicodinâmica discriminativa do adolescente emerge através da elaboração de lutos pelas perdas. Ao enlutar-se pela perda da bissexualidade infantil, pelo papel e pela identidade infantil, pelo corpo infantil, pelos pais da infância, com o desenvolvimento dos processos puberais e com a reativação da fantasia da "possibilidade" endogâmica perdida, o adolescente vai fazendo discriminações que lhe permitem romper os vínculos com a infância e viver plenamente sua adolescência. Este tema foi tratado e mais aprofundado, nestes aspectos singulares por KNOBEL (67) e, como destaca BLEGER (14), se dá de acordo com L. e R. GRINBERG (53) em um processo de contínua interação dos seguintes vínculos de integração: o espacial, o temporal e o social, que passamos a descrever.

O primeiro, que compreende a relação entre as distintas partes do **self** entre si -- sobretudo do **self corporal**, mantendo sua coesão, permitindo a comparação e o contraste com os objetos, tendo a diferenciação **self-não-self** -- é o **vínculo de integração espacial**, correspondente ao sentimento de individuação.

O segundo vai assinalar um vínculo entre as distintas representações do **self** no tempo, estabelecendo a continuidade entre elas, outorgando o sentimento da igualdade -- é o **vínculo da integração temporal**.

O terceiro vínculo é o que se refere à conotação social da



identidade. Está determinad, a meu ver, pela relação entre aspectos do **self** e dos objetos, mediante mecanismos de identificação projetiva e introjetiva - seria o **vínculo da integração social**.

O chamado "**vínculo de integração espacial**" corresponde ao estruturalmente básico da personalidade, o essencial e sincrético, porém em processo de discriminação. Desta maneira se configura a denominada "identidade em si mesma" que M. KNOBEL (64) prefere chamar "identidade ereismática", e vai constituir o alicerce ou base da identidade. Esta identidade ereismática é única e singular, genética e constitucionalmente determinada, fruto da interação das duas primeiras séries complementares. Sobre ela, modelam-se a **identidade relacional** e a **potencial**, abertas a todas as possibilidades do futuro (interação indivíduo-sociedade) com as quais se depara o indivíduo e à qual se pode denominar "**vínculo de integração social**", indissolúvelmente ligado ao "**vínculo de integração temporal**".

A **identidade relacional** permite observar a ambiguidade do adolescente, suas atuações, suas posições, sua confusão, sua **atemporalidade** (crises confusionais de curta duração). Esses comportamentos permitem o conhecimento de uma pseudopatologia, que pode facilmente confundir-se com quadros nosológicos, se não fosse pela sua fugacidade, instabilidade e variabilidade com os fenômenos do adolescente normal. (2) (85)

A patologia nunca é estritamente individual. Está, sempre de alguma maneira, vinculada ao ambiente. É resultado de uma equação dialética, sendo um dos termos o próprio indivíduo em

crise, e o outro, polifacético e multideterminado pela cultura, pela sociedade com seus componentes políticos, econômicos, éticos e estéticos.

Desse modo, pode-se vincular a difusão da identidade, a personalidade "como se", os fronteirios, muitos quadros psiconeuróticos e psicopáticos à patologia do "núcleo ambíguo" de BLEGER (15), ou como preferem L. e R. GRINBERG (53).

Por outro lado, a patologia envolve, também, a todos os vínculos ao mesmo tempo, ainda que possam predominar os transtornos de um deles, e os outros permaneçam mais preservados.

Assim, por exemplo, nos estados esquizóides, na despersonalização, na confusão, a patologia mais importante se apresenta com respeito ao **vínculo espacial**. Em certas formas de esquizofrenia, nos estados senis, nas lesões cerebrais, o transtorno maior se manifesta no **vínculo temporal**. Na simbose, no "acting-out", nas psicopatias, nas paranóias, o vínculo mais afetado é o **social**.

Pode-se dizer que a adolescência é superada somente quando se atinge a **temporalidade conceitual**, ou seja, assim que se pode reconhecer e admitir a noção de passado, presente e futuro. Isto implica, primeiramente, na aceitação da morte dos pais e, logo, a possibilidade da própria morte (71)

A aquisição da identidade sexual se dá através de elaboração, que pode levar a diversas condutas: a) mediante **mecanismos maníacos e psicopáticos**, através dos quais se nega, onipotentemente, o conflito, experimentando verdadeiras vivências pseudogenitais que dão a aparência de uma clara definição sexual; b) através de **organizações fóbicas e obsessivas**, nas quais se

reprime a genitalidade, hierarquizando-se os clássicos mecanismos de "intelectualização" e "ascetismo"; c) mediante **organizações psicóticas** que se expressam somaticamente através da puberdade retardada, que implica em clivagem da parte indiscriminada da personalidade, colocada totalmente no corpo; d) com **mecanismos histéricos de somatização**, nos quais a ambiguidade se erotiza no corpo, que cresce com alternâncias de diversos sofrimentos somáticos e que, em última instância, permitem deslocar a genitalidade; e) mediante uma **organização melancólica** que obriga a vivenciar a definição sexual como algo perigoso e destrutivo, permitindo a saída, às vezes, somente através da homossexualidade. f) através da **elaboração depressiva** dos processos de luto pelo corpo e bissexualidade infantis perdidos, o que permite a masturbação, a exploração heterossexual paulatinamente crescente e discriminada, até a aceitação do próprio corpo unissexual e do corpo do outro, também unissexual, que pode constituir o par complementar.

Dou continuidade a esta revisão, tratando de combinar, dentro de uma mesma nomenclatura, os critérios psicodinâmicos, que considero pertinentes com a nosologia classicamente aceita, com o estudo psicossomático, pelo menos, a nível da **terminologia** utilizada.

Sou partidária de se ter um critério nosológico que não implique numa simples descrição nosográfica, mas que possa abranger dentro de um esquema referencial coerente, os critérios descritivos, psicopatogênicos e diretamente etiológicos, quando isso seja possível, para poder assim seguir, utilizando o velho

conceito clínico do **diagnóstico**, que segue sendo essencial, para definir uma terapêutica e formular um prognóstico, o que recomenda Knobel e o mesmo tenho confirmado, em minha experiência. Decidi, por assim dizer, acompanhar a descrição de KNOBEL (71), que considero muito rica, falando clinicamente, por se basear em suas idéias e nas de outros autores (24) (37) (15), numa formulação bastante completa da psicopatologia na adolescência, o que permite uma compreensão mais dinâmica das manifestações somáticas.

Depois do diagnóstico, o prognóstico e a terapia, no estado atual de meus conhecimentos, já não são conseqüências inalteráveis de uma rigidez diagnóstica, mas, pelo contrário, representam as formas de se aproximar dos problemas com utilidade tanto para o indivíduo como para a sociedade. Acompanhando a posição do COMITÉ PARA O PROGRESSO DA PSIQUIATRIA (29), considerando o diagnóstico de **adolescente são**, proponho como item básico:

#### **Síndrome da Adolescência Normal: (6) (85)**

Segundo a experiência clínica, esta conceituação surge da compreensão de que a adolescência é um período de crise e que, portanto, não existe, aos olhos dos adultos, o que se poderia denominar uma adolescência normal. Como ANNA FREUD, (42) **anormal** o adolescente que for visto como uma "pessoa normal" por um adulto.

É assim também que se faz necessário consignar que muitas vezes, por introjeção de pautas culturais, estereótipos

ambientais e fundamentalmente do que , em Psicanálise, se denomina configuração superegógica, é o próprio adolescente quem se julga atuando mal ou, talvez, como uma pessoa "desligada". Respeitando esse aspecto, tipicamente adolescente, é que KNOBEL (62) (65) elaborou uma entrevista própria, para que fosse aplicada nesta faixa etária, com características específicas para a adolescência.

Na da Síndrome da Adolescência Normal, que Knobel vem trabalhando e atualizando desde 1958, está descrito, basicamente, os seguintes itens que considero devam ser avaliados adequadamente, em cada circunstância. Esta "sintomatologia" seria a seguinte:

I) Uma busca de si mesmo e de sua identidade (referindo-se à identidade adolescente como tal, que é a que prepara o adolescente para que ele possa aceitar a identidade adulta);

II) A tendência grupal, que é a que obriga formar grupos de semelhantes;

III) A necessidade de intelectualizar e de fantasiar, como compensação por uma única quantidade de situações que, irreversivelmente, estão conhecendo no corpo e que, portanto, permanecem como alienadas, alheias ao próprio ego do adolescente, ainda que estejam integradas a ele mesmo;

IV) As crises religiosas podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso, e são o resultado de uma interação indivíduo-cultura através da família, onde as oposições favorecem processos de definição de identidade;

V) O deslocamento temporal, onde o pensamento adquire as

características de pensamento atemporal, se faz muito vivo e atuante o presente, como uma tentativa de negação do passado, que pode às vezes, estar supervalorizado e sobretudo uma reação do tipo quase fóbico frente ao futuro. Este também é negado, porque significa, primeiramente, enfrentar a morte dos pais e, depois, a própria morte, e, ainda, assumir os papéis adultos, para os quais o adolescente não se sente preparado;

VI) Uma evolução sexual manifesta que vai do auto-erotismo até a heterossexualidade genital adulta e que implica todo o processo ativo do luto, por uma bissexualidade que se perdeu e também pelas fantasias incestuosas que até esse momento estavam contidas;

VII) Uma atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversa intensidade e que pode chegar a configurar traços psicopáticos, mas que, implicitamente, também são atitudes discriminatórias do mundo externo, pelo qual o indivíduo possa passar da endogamia para a exogamia;

VIII) As contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, que aparece como dominada pela ação, constituem a forma de expressão conceitual mais típica deste período evolutivo;

IX) Uma separação progressiva dos pais (como eram vistos na infância ) , fruto do interjogo edípico-especular, sumamente significativo: o modo pelo qual os adolescentes vêem a relação dos pais, tanto afetiva quanto fisicamente e como estes aceitam o desprendimento e os conflitos dos filhos.

X) As constantes flutuações de humor e do estado de ânimo, que são manifestações muito típicas e que não devem alarmar, para precipitar diagnósticos errôneos já que estas manifestações do

tipo afetivo devem ser interpretadas como adaptações defensivas às incessantes mudanças do adolescente o qual, assim, passa por micro-estados maníacos e micro-episódios melancólicos.

É importante destacar que este critério de KNOBEL (6)(71)(85), aparece já entre os conceitos clássicos e básicos do estudo da adolescência. Tenho podido comprovar que, em muitos casos, os adolescentes **são trazidos** à consulta por apresentar diversos, quando não todos estes itens, que logo alarmam os pais, às vezes, aos próprios adolescentes itens e a alguns familiares, quando não, ao meio social ou escolar onde o adolescente se desenvolve.

Todavia, insisto, segundo minha experiência, em confirmar que a apresentação variada destes, assim chamados "sintomas", são normais em todo o processo da adolescência.

## C.A PSICOPATOLOGIA DA ADOLESCÊNCIA E OS COMPONENTES SOMÁTICOS

O que considero como patológico pode acontecer pelo que possam chamar uma **FIXAÇÃO**, uma **REGRESSÃO** ou uma **DESORGANIZAÇÃO PARCIAL OU TOTAL** da personalidade.

Falo de fixação, quando existe uma preponderância marcada de um ou vários itens assinalados sobre os demais. Isto indicaria uma cristalização de conduta que coloca o adolescente fora do "normal". Um exemplo poderia ser visto no adolescente que só se interessa pelo grupo, sempre fora de casa e não pode estar só em nenhum momento; não pensa, não raciocina, não podendo ter flutuações de humor, trocando constantemente de grupos, quando a estrutura grupal o rejeita. Não é um adolescente normal que tem seu grupo, senão que toda sua vida está sobreditada pela necessidade de "ter amigos". Não há momentos de reflexão, nem de dúvida, nem de questionamentos. Aqui, predomina um dos itens da Síndrome da Adolescência Normal, e poder-se-ia dizer que o indivíduo tenha feito, praticamente uma relação simbiótica com o grupo do qual não consegue se desprender. A modalidade tem, assim, caracteres que estão vinculados à "conduta psicótica", ainda que não necessariamente constituam, por si, uma psicose clínica. (15)

Ou, ainda, na interpretação de MELTZER (94), o qual considera que o grupo, neste caso, seria o único continente a lhe permitir espalhar, disseminar e resgatar partes do ego nos diversos membros do grupo; só por identificação com os membros do



grupo, o indivíduo teria uma idéia concreta de seu esquema corporal.

É KALINA (57) que enfatiza que o estudo da adolescência nos conduz à observação de um processo complexo, o qual se desenvolve por um longo período, caracterizado por fenômenos progressivos e regressivos, os quais atuam alternada ou simultaneamente, abordando todas as áreas da personalidade: corpo, mente e mundo externo.

Contribuições atuais sobre psicopatologia da adolescência foram desenvolvidas por CASSORLA (25), com muita originalidade, tendo por base o conceito da simbiose, de BLEGER (15).

Postula que muitos jovens evitam o desprendimento, a dessimbolização, procurando mais ou menos desesperadamente ligados, de uma forma infantilizada, aos pais e aos outros adultos. No entanto essa simbiose está fadada ao fracasso, e um dos motivos principais será o emergir da sexualidade genital. Não será possível ao adolescente manter-se **grudado** ao genitor, principalmente do sexo oposto, sem o perigo dos desejos e fantasias edípicas e sua angústia subsequente. Alguns genitores podem estimular essa simbiose, por má resolução de seus próprios conflitos. A negação da sexualidade, por parte do jovem, poderá ser uma saída, parcial ou insatisfatória, que, em pouco tempo, tornar-se-á inadequada. O incesto consumado, ato muito mais comum do que se imagina, poderá ser outra saída, com todas as conseqüências deletérias que daí advirão.

Tendo descrito o item (1), **Síndrome da Adolescência Normal**, para o adolescente em processo evolutivo normal, passo a

descrever quadros que, tenho observado, expressam a psicopatologia na adolescência e todo o corolário somático que a acompanha.

## (2) A adolescência retardada

Aqui encontramos, fundamentalmente, o infantilismo na adolescência, com todas as características que abarcam o notadamente psicológico ao conjunto psicossomático. Isto é, toda a dificuldade para poder sair da infância, mostrando-se o adolescente como dependente, incapaz de formar grupos, com traços físicos infantis marcados, sem que isto represente uma endocrinopatia (às vezes, até presente, de origem, psicogênica). Tenho ainda observado no adolescente, como ilustração, as roupas que não mostram uma clara diferenciação sexual ("unissex"). Estas podem encobrir os conflitos relacionados com as dificuldades de aceitar a perda da bissexualidade, e a uniformidade no vestuário pode ser uma busca de integração na identidade grupal.

OSÓRIO (97) comenta que as roupas velhas e, muitas vezes, sujas que os adolescentes relutam em substituir por outras, revelam dificuldades de enfrentar as mudanças corporais (e no vestir) e de se desfazer de partes do corpo e da identidade infantis.

## (3) Traços infantis de personalidade

Neste caso encontra-se um adolescente com um desenvolvimento físico bem evoluído, mas que se acompanha de uma atitude de extrema dependência de seus pais ou superiores, não faz nada por si mesmo, sem iniciativa, com o nível de fantasia também limitado a aspectos infantis. Procuram companheiros de idade inferior, ou

participam apenas do grupo familiar e tem como distinto o que denominamos "identidade familiar predominante".

Somaticamente apresentam fantasias de doenças físicas, que favorecem esta atitude de dependência; apresentam-se desajeitados ou em desalinho, escondendo o corpo, o que reflete também uma defesa contra os impulsos heterossexuais, mais evoluídos, na medida em que eventuais parceiros mais maduros são mantidos à distância.

**(4) Isolamento e dificuldades nas relações interpessoais (sem ser autistas)**

Destaca-se o não ser autista porque o autismo configura um quadro especial, do qual desde logo se faz o diagnóstico diferencial. Falo aqui de adolescentes que se mantêm mais solitários, sem características fóbicas nem psicóticas. Fisicamente se observa atitude rígida que já impede um contato mais próximo.

Trata-se de aspectos parciais de deficit por situações edípicas não resolvidas que impedem a resolução da relação endogâmica e de dependência infantil.

As dificuldades nas relações interpessoais podem se manifestar em áreas isoladas: desportiva, no estudo, família ou com a vizinhança mais próxima e, em áreas preservadas a outras situações.

Deve-se aí ficar atento para os traços autistas da esquizofrenia incipiente. Do ponto de vista físico, podem apresentar queixas vagas e indefinidas de mal-estar, astenia, fadiga, "falta de força".

#### **(5) Traços fóbicos e obsessivos predominantes**

Há manifestação de certo isolamento no qual predomina manutenção de distância, sem que isso implique uma verdadeira dificuldade nas relações interpessoais manifestadas, mas que nos leva a reconhecer um tipo relacional no qual a distância e a espacialidade jogam um papel importante.

Ou ainda, aqueles que respondem aos requerimentos paternos mediante uma conduta que se poderia incluir nas características obsessivas. Por exemplo, aquele que sempre faz seus deveres, cumpre os horários e estuda mais, está mais de acordo com as exigências familiares do que com os seus próprios interesses. O resto de sua personalidade se manifesta com as características habituais de qualquer adolescente.

Há distúrbios bulímicos ou anoréticos, dois quadros que representam, muitas vezes, tentativas onipotentes de controle do processo puberal. Desenvolvem dietas extravagantes, com super--valorização de produtos naturais ou dietas super--restritivas, pondo até em risco o equilíbrio psicofisiológico do organismo. Ou ainda, preocupação excessiva com higiene corporal. Poder-se-iam configurar quadros próximos de uma neurose em estruturação

#### **(6) Neurose fóbica**

Aqui já se encontra uma estrutura de personalidade alterada, com um predomínio de determinadas ansiedades básicas e de determinados mecanismos de defesa que conseguem mantê-las a um nível neurótico, clivando os aspectos psicóticos dos mesmos e estabelecendo um típico manejo predominante das relações de

objeto. Este tipo de adolescente pode ter sido uma criança fóbica ou com traços fóbicos (pré-neurótico).

Esse temor, ademais, se acompanha de intensa ansiedade cujo mecanismo evidente é o da evitação. Pode haver atitudes contra-fóbicas e fenômenos de "acompanhantes fóbicos".

Poder-se-ia associar a estes fenômenos as chamadas "crises de pânico" em geral e da adolescência em particular, com seus **componentes somáticos e neurovegetativos**, o que merece um estudo psicodinâmico mais profundo e não só um descritivo sintomático, com finalidade fenomenológica.

O mecanismo psicodinâmico das fobias é o clássico já assinalado por FREUD (44) e seus continuadores, que se explica pela reativação edípica desta idade. As situações edípicas são, indubitavelmente fóbigenas em alto grau na adolescência, e é importante discriminar um traço fóbico, mecanismo de defesa, modalidade relacional ou fobia, propriamente dita. Lembro aqui a dissertação de CERQUEIRA LEITE (89), em seu estudo sobre os fatores emocionais e os distúrbios menstruais, na adolescência, onde, com muita propriedade, descreve os sintomas dismenorreicos como deslocamentos da libido de forma conflitiva, por não enfrentar todo o processo de definição sexual.

#### (7) Neurose obsessiva

Aqui o clínico se defronta com uma estruturação que permite a clivagem entre o neurótico e o psicótico e se exterioriza em "pautas sintomáticas" da série obsessiva. Os pensamentos obsessivos são, em geral, de caráter sexual ou agressivo. Pode haver condutas compulsivas ou rituais compulsivos, por exemplo, a

ingestão compulsiva de alimentos, um componente bulímico de caráter obsessivo que pode estar por trás de muitos quadros de obesidade. Sintomatologia variada, desde idéias obsessivas, atos do tipo ritualista reiterativo, religiosidade intensa. Tendo verificado que alguns quadros de anorexia nervosa ou de obesidade surgem já como expressão dos extremos dos controles onipotentes, onde, através dos rituais alimentícios, se busca anular a vivência terrorífica projetada sobre a comida.

#### **(8) Confusão ou difusão de identidade**

Adolescentes com ego débil, com pouca tolerância à frustração e história com alterações familiares antes dos 6 anos, são mais propensos a desenvolver estes quadros em época dos estudos ou início do curso universitário. Podem permanecer, neste estado desde 20 (vinte) minutos até horas ou dias, à espera da confirmação de um quadro psicótico mais severo. Devemos ser prudentes e não proceder com violência terapêutica (eletro-choque, impregnação medicamentosa), procurando a comunicação com o paciente. Não devemos confundí-lo com a teatralidade do histérico nem com conduta psicopática que tem mais historicidade e continuidade psicopatológica.

Estes quadros, de acordo com minha experiência, são às vezes, mal diagnosticados psiquiátrica e somaticamente, associados por suspeitas de quadros neurológicos, constituindo quadros típicos da Medicina Psicossomática da Adolescência.

#### **(9) Masturbação compulsiva**

Sendo um mecanismo normal da adolescência, mediante o qual se trata de negar maniacamente a perda da bissexualidade, sua ocorrência circunstancial não deve alarmar (38) (112).

Chama-se masturbação compulsiva aquela que se desenvolve sem nenhum controle do adolescente, levando-o a interromper atividades ou sua participação mesmo no grupo, para praticá-la.

Em casos severos, ela pode se tornar ativamente declarada ou dissimulada, chegando, às vezes, a assumir um caráter patológico, quando o adolescente é levado a praticá-la diante dos demais e em qualquer circunstância.

A masturbação compulsiva pode acompanhar quadros neuróticos obsessivos — compulsivos ou as psicoses, pois, nestes casos corresponde a mecanismos autistas, sendo sua causa essencial a angústia de castração. É determinada pela necessidade de se aliviar uma tensão dolorosa e uma vivência depressiva. No mesmo ato está a busca do prazer e a necessidade de castração. (112)

Pode sobrevir após situações de abandono, doença física grave da mãe (ou do pai), que pode envolver desde fantasias sádicas (o casal parental em coito) até fantasia de estar sendo amado e acompanhado, quando se utiliza elementos extra corporais.

#### **(10) Homossexualidade e outras perversões**

Certo tipo de conduta dessa natureza é freqüente, tanto na infância quanto na adolescência precoce (37). Há ainda, condutas de natureza homossexual (grupos de adolescentes do mesmo sexo, golpes e empurrões entre os rapazes, etc). (114)

Nesta fase em que toda situação edípica é fortemente reativada, as vivências internas (fantasias inconscientes) e sua interação com o mundo que os rodeia são determinantes. A conduta dos pais, figuras substitutas, mais os objetos do mundo externo que facilitam o mecanismo de identificação projetiva, podem levar

o adolescente a se refugiar dentro da homossexualidade ou outro tipo de perversão (voyerismo, exibicionismo, bestialismo). Isto ocorre como uma defesa à desestruturação psicótica.

Atualmente, a relação homossexualidade com a AIDS é motivo de preocupação geral e deveria levar a que se considerasse, psicodinamicamente, as doenças sexualmente transmissíveis, como já foi feito, faz anos, em relação à sífilis.

#### (11) Transtornos de personalidade

(Caracteropatias e psicopatias) Aqui, descreve KNOBEL (37) subtipos heterogêneos que estão basicamente vinculados à desestruturação da personalidade frente ao meio externo. Estes subtipos são expressões de modalidades relacionadas especiais, resultados de "séries complementares" deficientes com uma pobre clivagem entre a parte psicótica e a não-psicótica da personalidade e, em geral, nas elaborações dos vários lutos que se elaboram na adolescência.

Isto implica em certo compromisso com o conceito de "personalidade psicótica", sem que se fale em psicose clínica (14). A característica fundamental deste grupo é que atua, faz atuar e tem sua expressão numa conduta abertamente contraditória com o meio em que se desenvolve.

Descreverei aqui algumas variações clínicas:

a) **psicopatia**, com sua característica de atuação no plano social, com agressividade, "dor de pensamento", impulsividade, maltrato do objeto, falta aparente de afetividade e extremo submetimento superegótico, mas de forma masoquista. Distingue-se aí subtipos:

I-**psicopatia anti-social**: conduta de agressão,



violência, atuação contra os demais;

**II- psicopatologia dissocial:** desconformidade com o meio e deslocamento social que, às vezes, assume caráter de reivindicação, quando na realidade, trata-se de uma pseudo-ideologia com utilização psicopática.

b) **personalidade passivo-agressiva**, caracterizada por atitude agressiva, mas de protesto surdo; o engodo, a desobediência, a não aceitação de normas e regras, de forma passiva, provocando reações violentas nos demais.

c) **personalidade inadequada**, na qual observa-se, desde a infância, que estes adolescentes aqui descritos, manifestaram desmotivação para crescerem e atitude negativa para assumirem responsabilidades com tendências à atuação; facilmente descobertos, provocam mais uma relação de fastídio que de rejeição direta. Resultam inadequados em quase todas as áreas (intelectual, social, de trabalho, atividades físicas), sem serem deficientes físicos ou mentais. As "atuações" desta natureza podem levar a "acidentes", "traumatismos", grande causa das altas taxas de mortalidade na adolescência.

Aqui vemos a atuação motora, como outra expressão do mecanismo maniaco, onde os limites biológicos são negligenciados, e a própria morte é negada em corridas de automóvel, prática de esportes perigosos ("jet-ski", asa-delta) como extensão das travessuras infantis, carregadas de fantasias hostis e sádicas.

d) **personalidade esquizóide**, na qual se notam os antecedentes de isolamento social, falta de interesse, dificuldade de comunicação, mas com franco componente de falta de compromisso emocional. Surgem, então, os fracassos escolares por falta aparente de interesse, tom de queixa e protesto contra os pais e adultos e manifesta desafetividade.

e) **personalidade paranóide**, aquela que identifica o adolescente que suspeita de tudo, inquieto, com tendências a fantasiar com elementos persecutórios de distintas formas e, muitas vezes, imobilizado em sua tarefa por sentimentos de perfeição. Constitui uma modalidade relacional paranóide, na qual tudo é ameaçador, todos o perseguem ou podem vir a prejudicá-lo.

Se o "perseguidor" é colocado no corpo, temos um tipo de somatização, como, logo, assinalarei.

#### (12) **Delinqüência juvenil**

Caracteriza-se, fundamentalmente, pela ação dirigida contra os demais ou contra as normas da comunidade, da qual o indivíduo tem consciência, mas ainda encontra justificativa aparente para suas atitudes.

É preciso levar em conta os adolescentes tardios, fruto de uma conceitualização ideológica do mundo dos adultos, do mundo em que vivem e de seu mundo frente a essa hostilidade ambiental, a qual pode levá-lo a estruturar uma conduta delitativa, do ponto de vista social, mas não do ponto de vista do indivíduo. Aqui, refere-se à delinqüência somente e quando esta adquire

características reiterativas de organização de uma modalidade de vida e tenha franca ação de negação, ou de uma indiscriminação ego/não-ego, ou quando o conteúdo seja francamente narcísico ou totalmente invejoso, no qual se instrumentaliza uma ação de modalidade psicopática.

O adolescente psicopático procura racionalizar sua conduta sádica, pela qual não sente culpa; numa forma infantil tirânica de se relacionar com o meio, numa tendência típica adolescente de compulsão à repetição, em total desrespeito consigo e com os demais (físico e afetivamente). OSÓRIO (97), em seu trabalho de caracterização da Síndrome Delinquencial, postula a necessidade de se "considerar os sintomas em Psiquiatria Infato-juvenil, em seu contexto evolutivo, o que lhes dá características mais distintas da psicopatologia do adulto". Osório (97) nos dá alguns critérios para caracterização de psicopatologia na adolescência. Enfatiza a expressão do sintoma, em se tratando de crianças adolescentes, sendo utilizado nem sempre significando um "desvio" da normalidade, mas apenas caracterizando uma reação adaptativa "normal" para as circunstâncias e para o momento evolutivo considerado. Osório (97) introduz, ainda, critérios pelos quais um sintoma realmente expresse patologia subjacente, que chama de módulos ou variáveis. São eles:

- a) intensidade;
- b) persistência ou transitoriedade;
- c) significado regressivo;
- d) polimorfismo sintomático.

Acrescente-se a isso dois elementos circunstanciais: a

vigência de fatores desencadeados e, em se tratando de adolescentes, a ocorrência prévia de "símbolos sintomáticos" (ou seja, sintomas de significado dinâmico equivalente) na infância.

### (13) Adição às drogas

Capítulo da psicopatologia da adolescência que está crescendo em importância. É bem sabido que o problema pode referir-se tanto a uma regressão aos níveis orais mais primários como aos níveis do tipo psicótico, vinculando-se, à adição em geral, às drogas em especial, ao núcleo aglutinado, no conceito de Bleger (14) (15) com todo seu componente de uma participação da parte da personalidade. Distingue-se aqui o uso ocasional de drogas, o abuso e o hábito a elas.

No meu ponto de vista e no de muitos outros autores, qualquer droga que induza à adição ou à habituação, deve, sem dúvida alguma, ser considerada como aditógena (57)(37)

Por outro lado, com a droga, satisfazem-se todas as necessidades de dependência aos níveis mais regressivos possíveis. O problema é complexo e merece considerações muito especiais. Pelas conseqüências somáticas, pode ser considerado o seu uso como verdadeira expressão psicossomática na adolescência.

Nas fantasias inconscientes desses jovens aditos ou com personalidade aditógena, encontraremos, segundo CASSORLA (24), desejos de simbiose com figuras perdidas e mortas do passado e, às vezes, por suicídio, ou com figuras identificadas com Deus, ou com paraíso, ou simplesmente, com o "nada", que implica numa paz como se fosse uma vida intra-uterina.

Aí surgem dois aspectos importantes: a adição a pessoas,

grupos e o pedido de ajuda. Os outros seres humanos são vivenciados como objetos em que se projetam todos os aspectos idealizados e protetores. Isso pode ocorrer com namorados, pais ou grupos variados. A ameaça da perda desses vínculos torna o jovem desesperado, como o viciado em drogas, que passa a necessitar delas, submetendo-se ao traficante. Nestes casos, as substâncias químicas (álcool, maconha, cocaína) também servem como depositário a suas necessidades simbióticas, para uma busca de preenchimento do vácuo interno, ou ainda, como calmante da angústia e do desespero subjacente.

#### (14)A mania

Apresenta-se aqui um quadro que também acontece de forma atenuada na infância e que integra a fase maníaca da psicose maníaco-depressiva do adulto. O quadro de forma mais expressiva não é comum no adolescente, mas é importante distinguir algumas formas clínicas:

- a)hipomania;
- b)mania aguda;
- c)mania propriamente dita;
- d)furor maníaco.

Cumpra-se distinguí-las, claramente, de atos delitivos, de atuações psicopáticas ou de simples inadequação adolescente com características impulsivas, o que pode ser identificado como um quadro maníaco de desagregação psicótica.

A fantasia inconsciente é a busca contínua de objetos idealizados que rapidamente se tornam desvalorizados. Este sintoma recebe o nome de "fome de objetos".

Um caso típico de hipomania, oferecem os enuréticos, segundo

SOIFER(112).

### (15) Depressão

A depressão da qual se fala aqui, trata de um quadro sério que implica um predomínio do humor triste, a auto-reprovação, idéias suicidas e, às vezes, idéias de fim do mundo.

Neste ponto, é importante para os psiquiatras de orientação analítica discriminar a depressão da melancolia, no sentido de que a primeira, segundo a nomenclatura Kleiniana, implica num momento elaborativo do desenvolvimento, enquanto a segunda seria o protótipo da patologia do ego, como já dizia FREUD (46): "as sombras do objeto recaem sobre o ego".

Aderem-se aqui as definições psiquiátricas clássicas:

- a) depressão simples;
- b) depressão melancólica;
- c) depressão agitada.

No entanto, salvaguardando a importância da estruturação psicótica que adotam estes pacientes, cumpre diferenciar estes quadros das psicoses esquizofrênicas.

Lembro aqui os trabalhos de CASSORLA e KNOBEL (22) (25) sobre depressão onde o suicídio e outras expressões somáticas, como a gravidez, a atividade sexual descomprometida, situações em que subjaz o predomínio de mecanismos esquizóides e surgem, quando o ambiente familiar demonstra, de forma clara, sua impossibilidade de acompanhar o adolescente em seu sofrimento e ajudá-lo a superação do mesmo. Explica CASSORLA (22): a "carreira suicida" desses jovens, se inicia na infância perturbada, com famílias sem capacidade de continência ou "reverie". Esses termos de BION

(13) se aproximam que WINNICOTT (121) chamou de maternagem adequada, o que não permite a metabolização dos aspectos mais psicóticos. Assim, na adolescência, o despertar das fantasias edípicas, e a atividade sexual ligada a sentimentos de culpa, sobretudo na jovem, com a perda da virgindade, aumentam com o sentimento de auto-desvalorização e medo de abandono.

Muitos desses rapazes beiram à delinqüência e à criminalidade, e as jovens os acompanham nesses atos. A gravidez pode ser o próximo passo que pode se complicar com tentativas de suicídio. Quando se impõe um processo melancólico, as tentativas podem ser mais graves.

#### (14) Processos patorrítmicos

Aqui associa-se associa os processos de alterações de conduta às manifestações no ritmo motor, nas mais diferentes formas; como por exemplo, os tiques, as epilepsias -- as chamadas "rítmicas", inclusive as vinculadas ao sistema neurovegetativo. As crises viscerais de origem epilética, assim como os tiques demonstram, na estrutura, amplas zonas confusionais com detenção parcial do desenvolvimento, com incremento constitucional do sadismo muscular.

De acordo com SOIFER (112) e pela minha experiência, tais processos podem ser classificados como neurose grave ou em equivalentes psicóticos, como demonstrei na ilustração clínica desta dissertação.

Por suposto, pode-se incluir neste quadro, a hipercinesia da adolescência que, às vezes, é uma continuação da hipercinesia da infância. (115)

Já, para os quadros epiléticos em geral, com ou sem

convulsões que surgem, por primeira vez, nesta fase, deve-se pesquisar causa orgânica.

A patorritmose pode ser causa e efeito de uma fixação em alguns dos aspectos da Síndrome da Adolescência Normal e constitui uma verdadeira patologia psicossomática da adolescência.

#### (17) Histeria

São as mesmas personalidades imaturas com respeito à idade cronológica mesma, demonstrativas, com narcisismo intenso e hábil afetividade. São facilmente excitáveis, ainda que superficial e passageiramente. Seu traço mais característico é chamar a atenção, que pode chegar à mitomania ou a pseudo-ideologia fantástica.

Como na história do adulto, apresenta erotização da comunicação e do corpo em geral, especialmente no adolescente, e muitos dos processos somáticos deste, vinculam-se a quadros histéricos (8).

Sexualmente são fantasiosos, aparentemente hipermaduros, ainda que basicamente temerosos. Podem se expressar, também, através de sintomas conversivos que constituem o deslocamento simultâneo da fantasia sexual proibida, da defesa e da angústia concomitantes, para uma área da musculatura estriada. (112)

Do ponto de vista semiológico, apresentam membros afetados, que estão imobilizados em extensão ou flexão (paralisia flácida ou espástica). Ou, ainda, apresentam transtornos somato-viscerais, tais como, afonia, crises respiratórias (como demonstrarei no exemplo clínico do manejo histérico), taquicardia



e o chamado "bolo histérico" ou vômito em jato. Também podem instalar-se cegueiras transitórias (não orgânicas), desmaios e crises semelhantes a convulsões epilépticas, denominadas "histero-epilépticos" (112).

#### (18) Quadros de angústia

Deve diferenciar-se a clássica neurose de angústia ou ansiedade e fobia, da histeria de angústia.

O que se denomina aqui de angústia da adolescência, são quadros onde predomina o sintoma de opressão, de mal-estar predominantemente físico e de sensação indefinida de insatisfação, desagregado, de desprazer e de inquietude. Pode predominar o componente angustioso (mais somático) ou o componente ansioso (mais afetivo), segundo os casos.

Existe o que se chama nervosismo, que pode ser intenso e levar a uma reação de pânico com características psicóticas pela indiscriminação do juízo e da intensidade da ansiedade muito elevada. São sintomas neurovegetativos evidentes desta descarga ansiosa: lipotimias, palpitações, estados de náuseas e diarreia. Considera-se esta descrição como contribuição de KNOBEL (66) a esse estudo psicossomático.

Destacam-se distúrbios de condutas que denotam o componente de angústia: roer unhas, saltar de forma inquieta, auto-agressões não-intencionais.

#### (19) Psicoses

Na realidade, o adolescente pode apresentar qualquer dos quadros psicóticos conhecidos e perfeitamente descritos na psiquiatria clássica, embora a maioria dos textos se refira a esquizofrenia do tipo hebefrênico, como protótipo da psicose no

adolescente.

Todavia, aqui, KNOBEL (71) utiliza o termo no sentido de desorganização total da personalidade ou de desagregação da personalidade, como quadro inicial da psicose aguda, ou também com quadro denominado de síndrome de difusão de identidade ou com predomínio de personalidade esquizóide.

Também encontramos início com quadro depressivo, (idéias de auto--referência) que pode ser confundido com quadros melancólicos. Lembrar, igualmente, do diagnóstico diferencial com outras entidades, a saber, personalidades do tipo psicopático, personalidades passivo-agressivas, que, com sua aparente rebeldia, não são senão um verdadeiro retraimento do mundo que as rodeia.

Há também reações de adaptação da adolescência onde os sintomas de rebeldia, oposição, falta de comunicação, certo retraimento, podem levar à confusão com quadro esquizofrênico.

Os sintomas mais típicos são de conduta imotivada, tendência ao mutismo, verborréia desconexa acompanhados de afeto totalmente inadequado. Pode ocorrer ilusões somáticas de base paranóide, quando o quadro, já mais evoluído, também apresene alucinações de qualquer natureza senso-perceptiva, ideações delirantes, alterações psicomotoras próprias da esquizofrenia com movimentos bizarros e estereotípias. Há habitualmente mutismo que, apesar do aparente negativismo, pode expressar confusão do pensamento que pode chegar à deterioração.

Aqui, o perigo de suicídio é grande. O processo de auto-eliminação pode ser brusco, pois o indivíduo pode estar

fantasiando e, com suas partes dissociadas, eliminar um perseguidor interno (23).

A diferença com o melancólico é que este último anuncia praticamente seu suicídio, e o esquizofrênico não o faz nunca em forma direta e manifesta.

Pode ocorrer o quadro típico da psicose maníaco-depressiva. A paranóia estruturada é raríssima.

Devem ser incluídos os **quadros demenciais**, que são raramente do tipo orgânico, mas após um surto psicótico, observa-se uma progressiva deterioração e uma impossibilidade real de detê-la. Mister se faz que eu fale dos processos de somatização como expressão física de psicose, vivida a nível corporal, lembrando o trabalho de CASSORLA, KNOBEL e ADAMO (21).

#### (20) Transtornos psicossomáticos propriamente ditos

Para não ser repetitiva, preferi, tratá-los no capítulo que se refere à descrição especial a qual deu base às formulações das hipóteses desta dissertação, apontadas mais adiante e em outros trabalhos. (19)

#### (21) Transtornos do esquema corporal

Descreve-se, aqui, um grande número de problemas que apresenta o adolescente e que não são hierarquizados como entidades nosológicas, nem apreciados em seus psicodinamismos mais profundos.

**Anorexia nervosa** do adolescente pode chegar a ser um quadro psicótico verdadeiramente grave, numa combinação de autismo e melancolia com fortes traços paranóides que obrigam a auto-destruição. Sendo descritas também formas menos graves.

**Enfermidades de pele:** dá-se relevância à acne juvenil ou

reativações de enfermidades tipo eczema tópico como sinais de incapacidade de controlar as modificações do esquema corporal e de viver um novo corpo como um corpo ameaçador, exigente e às vezes mutilante.

Dentro desse grupo deve se incluir as dores musculares ou corporais, as chamadas **dores do crescimento**. São realmente vivências, onde o esquema corporal mesmo adquire caracterizações de realidade externa e confundem-se interno com externo; assim corpo e esquema corporal são uma mesma coisa.

A dor pode estar representando uma dor física, vivida pela dor das mudanças do corpo infantil a um corpo novo.

Mais vinculados aos aspectos psicóticos estão as **automutilações**, como **onicofagia**, **pequenos acidentes**, **mutilação** produzida pelos exercícios masturbatórios, etc.

Muitas endocrinopatias podem responder logicamente a somatizações psicóticas ou hipocondríacas, as quais são produto da alteração do esquema corporal que resiste a se modificar: uma caricatura corporal do que está acontecendo a nível mental.

#### **(22) Adolescência precoce**

Vê-se aqui o pré-púbere que dá um salto à adolescência e pode chegar a atuações graves sobretudo do ponto de vista sexual, com características psicopáticas do tipo sedutor e conseqüências graves para si e aos demais (25).

O mais significativo aparece na genitalização precoce e sua expressão na sexualidade ativa (o que merece um estudo separadamente). Pode ocorrer fuga para genitalidade com a procura de contatos sexuais com pessoas bem mais velhas, numa

acentuada erotização de conduta. Tal fuga surge como defesa contra a reativação das pulsões edípicas, próprias da pré-adolescência, com erotização do pensamento e da fantasia, predominando as fantasias sexuais.

**(23) Adolescência persistente ou deferida (não é a retardada dos adultos)**

Trata-se de indivíduos adultos que não elaboraram os lutos típicos da adolescência, as situações de trocas, nem saíram da síndrome da adolescência normal, sendo ainda adultos jovens. Observam-se neles condutas francamente adolescentes, o que aí já é patológico. Sua atividade incessante, para se assemelhar aos jovens, sua necessidade de fantasiar e sobretudo sua conduta psicopática e a própria aparência que infere idade cronológica inferior, tudo isto deve ser interpretado como aspecto patológico importante.

**(24) Síndrome de atemporalidade**

Embora certo grau de atemporalidade apareça nos vários quadros, anteriormente descritos, aqui tem uma característica especial, chamando atenção ao predomínio de uma falta de discriminação temporal.

O aqui e agora para eles não parece ter sentido. Sua dificuldade de cumprir horários, fazem-nos compensá-la com racionalizações e atuações psicopáticas.

Estão se manejando em outras áreas com relativa adequação, mas isso não ocorre com a temporalidade, embora dificuldades escolares possam ocorrer por conta das limitações nesta área, isto é, dificuldade de atingir a conceitualização na cronologia adequada.

Isto pode ser importante para se considerarem as indicações farmacológicas ou terapêuticas, em geral, na patologia da adolescência.

#### **(25) Transtornos orgânicos com vivências de crises manifestas da adolescência**

Referem-se ao que alguns psiquiatras (71) chamam somatosicomas. Enfermidades orgânicas cuja psicogênese ou estruturação psicodinâmica resulta, às vezes, muito difícil de estabelecer, mas que, realmente, aparece como patológica e patogênica, a qual culmina numa explosão da Síndrome da Adolescência Normal.

Fala-se de adolescentes que, após alguma enfermidade orgânica ou intervenção, reagem diferentemente do que já foi descrito anteriormente, mas desenvolvem uma crise forte de raiva, transtorno do humor, fantasias delirantes, isto é, uma intensificação da Síndrome da Adolescência Normal, chamando atenção para sua dificuldade de elaborá-la.

Nestes transtornos orgânicos, a adolescência em crise serve como mecanismo defensivo frente à ansiedade de destruição do tipo melancólico, que pode produzir a alteração neurológica orgânica.

#### **(26) O adolescente "borderline"**

É um tipo muito encontrado na clínica, mas pouco diagnosticado, até que, mais recentemente, as contribuições psicanalíticas ajudaram a considerar mais este importante quadro psicopatológico em geral e, muito aplicável na adolescência(112).

Trata-se basicamente de uma patologia do núcleo aglutinado de BLEGER (15), enquanto existam uma falta de discriminação entre

ego-não ego e muitos traços psicóticos da personalidade.

É KERNBERG (58) quem nos adverte que a maior parte dos pacientes com fraqueza de ego e grave comprometimento de caráter, ou seja, com condições borderline, têm um grau pequeno de tolerância à experiência intrapsíquica, transformando-a rapidamente em acting-out ou em somatização.

Podem-se expressar como crises de raiva, de aborrecimento, de culpa. Às vezes, a passividade e a sensação de vazio podem levá-los a reagir violentamente, ou, ainda a apresentar sintomas físicos, por transferência simbólica do conflito para o domínio do físico e do biológico.

#### **(27) Personalidade "como se"**

Também descrita como ligada ao núcleo aglutinado, ainda não tem clara definição (57), São os impostores de si mesmos.

Atuam como se fossem normais mas estão cheios de ansiedade, culpa, sentimentos de abandono. Seu nível de adaptação é maior que nos borderlines e o de atuação, menor. Os mecanismos de defesa atuam muito mais adequadamente e buscam mais imitar do que qualquer outra coisa. Há um franco déficit da identidade, porquanto as que adotam são de imitação. Negam os aspectos e esperam pacientemente pelos sinais externos para mimetizarem.

Podem impressionar como "normais" e induzir a grandes erros, ou parecer psicopatas severos, sem que isso corresponda a sua estrutura mais profunda. Esse mimetismo é muito atuado a nível corporal tema observado por vários autores (58) (71) (112), onde a expressão somática é que seria a fantasia.

#### **(28) Reação de adaptação patológica na adolescência**

Fala-se de "adaptação patológica", enquanto a franca

perturbação se restrinja a poucas áreas.

- **Reação de adaptação patológica da adolescência do tipo psicofisiológico** : manifesta-se fundamentalmente a nível neuro-vegetativo. Sobrepõe-se a quadros orgânicos com intensificação das mesmas crises asmátiformes, algumas cefaléias tensionais, colites, transtornos dos órgãos genitais.

- **Reação de adaptação patológica na adolescência do tipo interpessoal**: roubos esporádicos, arrebatamentos de ira, condutas rebeldes na escola, agressões físicas aos pais e irmãos, tendências a mentir, fuga, descontrole, impulsos. São quadros onde o reativo intervém como essencial.

#### **(29) Sintomas de predominância ou de cristalização predominante na Síndrome da Adolescência Normal**

Apresentam fixação em um dos pontos da síndrome descrito. Neste caso, o adolescente sofre por se sentir incompreendido pelo mundo adulto que não tolera certos tipos de manifestações.

O problema interacional que provoca a reação do adolescente e a fixação num dos sintomas de sua adolescência normal, deve ser buscado no seio familiar ou social e, logo, nos mecanismos das séries complementares e seu interjogo dinâmico. Uma compreensão exaustiva desta problemática encontra-se no trabalho de UCHÔA (118), onde o "conflito de gerações" externo e especialmente internalizado é amplamente estudado.

#### **(30) Adolescência difícil**

Este só pode ser um preconceito prejudicial, em grande parte, porquanto revele uma incapacidade do adulto de se relacionar com o adolescente.



Geralmente trata-se de uma Síndrome da Adolescência Normal que é incompreendida pelo adulto o qual, com condutas repressoras, leva o adolescente à desadaptação ou simplesmente a funcionar com modelos desgustados de relacionamento em um mundo difícil para eles. (32)

Assim ele é rejeitado em alguns ambientes e estimado e aceito em outros. Isto revela que existe momentos ou área de comportamento onde o adolescente está perfeitamente bem, ou seja, onde há capacidade de dissociação e clivagem útil.

### (31) Dificuldades de aprendizagem

Dispus este ítem adicional aos descritos por Knobel, para incluir as valiosas contribuições de OUTEIRAL (7) sobre os distúrbios de aprendizagem como resultado de inibição dos impulsos epistemofílicos, por bloqueios emocionais.

Diz este autor que: "o desejo (ansiedade) sádico da criança de conhecer o interior do ventre materno é o início da curiosidade intelectual, o que constitui uma das primeiras relações com o mundo externo. O crescimento intelectual se dá na medida em que a criança identifica os órgãos como objetos externos, através das equações simbólicas, constituindo isto a base da sublimação, por extensão da capacidade de aprender. Quando o ego da criança se vê avassalado por um desenvolvimento precoce e por uma repressão prematura dos impulsos de ver e conhecer (escoptofílicos e epistemofílicos), à mercê de seus ataques sádicos, ocorre a formação de sintomas. No desenvolvimento normal nova reação desse processo, ocorre na adolescência. Assim esses impulsos deverão sucumbir, finalmente, em parte, à repressão e, em parte, são sublimados, possibilitando

o desenvolvimento da curiosidade, a confirmação do gosto pelo conhecimento e a vontade de aprender”.

## D. CONCLUSÃO

Esta enunciação descrita, fundamentalmente, só tem uma finalidade de orientação nosográfica. Ainda que, com certa arbitrariedade, considero a descrição nosográfica e nosológica, feita por KNOBEL (71), importante por apresentar uma coerência interna, uma diretriz, sem se tratar de uma classificação. Apresenta maior número de casos observáveis, na prática, pois os "quadros puros" quase não aparecem em sua constelação delimitada, senão que a regra é mais, a combinação de quadros. Procurei completar a descrição de Knobel com uma revisão em diversos autores, numa tentativa de dar maior número de elementos sobre a psicopatologia e seus concomitantes somáticos, reunidos em quadros mais significativos, tenho observado na minha prática clínica com adolescentes.

Das diversas entidades nosológicas descritas me foi possível extrair alguns princípios comuns.

Concluo, por assim dizer, que a psicopatologia na adolescência pode aparecer sob a forma de diversas entidades nosológicas, sendo que em todas elas, possível observar:

1. A presença, por déficit, fixação ou regressão de um ou mais, itens da "Síndrome da Adolescência Normal";
2. A elaboração defeituosa dos lutos pela identidade e pelo papel infantil perdidos, pelo corpo infantil e pelos pais da infância desaparecidos, pela renúncia à relação endogâmica e

pelas vivências de renascimento que se perdem;

3. Os mecanismos defensivos concomitantes à má elaboração dos lutos, fundamentalmente psicopáticos. Estes podendo ser acompanhados de traços melancólicos, maníacos ou esquizóides;

4. Os processos discriminativos de individuação (dessimbiotização) com o aparecimento da patologia da ambiguidade, onde os traços psicóticos são freqüentes;

5. A problemática sócio-político-econômica que incide terminantemente sobre esta intrincada constelação psicodinâmica, com suas características estruturantes, desestruturantes e com sua indução reativa de adaptação crítica ou de submetimentos super-egóicos segundo as circunstâncias.

O grau de normalidade de um adolescente pode ser detectado através de sua atitude frente ao corpo. Poder senti-lo como totalmente próprio ou, em casos de má elaboração do luto pelo corpo infantil, como pertencente ao outro.

Tais mudanças corporais e os vínculos com seus pais que vão se modificando no processo da adolescência, levam a graves transtornos na relação do adolescente com seu corpo, sentido-o como algo invasivo, estranho e até persecutório, podendo chegar até a atacá-lo ou a expô-lo a perigos, sem senti-lo como próprio.

Assim, neste processo autodestrutivo, potencialmente carregado de culpa, é que se realizam suicídios conscientes ou

não. O ataque ao corpo é vivido como ataque a algo externo. Horrificar significa matar somente o corpo-perseguidor, porém não, necessariamente, a morte da mente.

Para mim, fica estabelecido que o grau de integridade egóica e o de superação adequada dos lutos da adolescência podem ser medidos através da relação do adolescente com seu corpo.

**IV--SOBRE AS HIPÓTESES DOS PROCESSOS DE  
SOMATIZAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA**

**A--O CORPO NO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA  
IDENTIDADE NA ADOLESCÊNCIA**

**B--UMA TEORIA SOBRE OS PROCESSOS DE SOMATIZAÇÃO  
NA ADOLESCÊNCIA**

## A. O CORPO NO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA IDENTIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Ao se tratar dos transtornos psicossomáticos é necessário adotar uma determinada posição, tanto frente ao ser humano e a seu desenvolvimento como com respeito ao conceito de enfermidade. O critério que toda enfermidade afeta o indivíduo em sua totalidade, está já generalizado. Há um padecer da pessoa e não de um órgão ou sistema. Estes são os "porta-vozes" (sintomas, sinais) que permitem identificar, aparentemente, uma "entidade nosológica" que, em cada etapa da vida, possui peculiaridades próprias. As primeiras discriminações do indivíduo são corporais e, do ponto de vista psicodinâmico, poderia ser dito que são essencial e necessariamente narcisistas. O ego corporal se estrutura em uma identidade precoce ereísmática (de base) que permitirá, com o crescimento e a evolução, o logro de identidades relacionais potenciais. Os sucessivos momentos correspondem às diferenciações ego/não-ego, eu/outro, mundo interno / mundo externo e discriminações mais precisas, relativas aos conteúdos do mundo interno e do mundo externo.

O estudo da Psicanálise, maravilhosamente, oferece problemas que realmente nunca se esgotam e sempre abrem algumas possibilidades de estudo e reflexão, por sua intrínseca natureza científica, essencialmente aberto e permanentemente questionável.

Surgem, assim, modismos e linhas de trabalho analítico, que, de pronto, se transformam em "escolas" e até em dogmas. A comunicação do paciente se transforma em "discurso", com metáforas, significados e significantes, desejos, onde, poucas

vezes, são percebidos que as resistências e as contra-resistências que o impedem a entrar no difícil caminho dos afetos, hierarquizando, aparente e eminentemente o linguístico.

Vivemos dentro de preconceitos narcisistas que nos obrigam a aderirmos a uma escola, e o que agora poderia ter parecido uma modesta cisão entre os "freudianos clássicos", "Klenianos", passamos a ter "fairbairnianos", "hartmanianos". Não ficando ainda excluídos nossos mestres nacionais e importados. Nenhum desses eminentes analistas pretendeu fechar o sistema de pensamento e de trabalho clínico psicanalítico com suas idéias. Mas muitos de seus seguidores integram estas figuras até uma fusão narcísica com eles, encontrando, em suas criativas contribuições, uma verdade inquestionável. ( 78 )

Achei que deveria tecer estas considerações antes de expor que me orientei nas formulações descritivas baseadas em observações psicodinâmicas de M.Knobel, sobre os processos de somatização, específicos aqui na adolescência como embasamento para desenvolver alguns aspectos deste item na extensa e complexa psicopatologia desta fase evolutiva.

A proximidade de minha prática clínica com as suas idéias, levaram-me a conhecê-las mais profundamente e a julgá-las de grande interesse no conhecimento do manejo que o adolescente faz em virtude da evolução a qual se dá com base em "lutos" e frustrações, fundamentalmente no corpo e no esquema corporal. Em consequência da conquista dessa compreensão, a técnica psicoterapêutica pode adquirir maior domínio, uma vez que também



o trabalho com adolescentes tem suas características próprias, dadas pelo conhecimento do processo da adolescência.

Não pretendo aqui criar uma pseudo-ideologia em torno das idéias de Knobel nem entrelaçar o seu nome com o de Freud, para mantê-lo eternamente vivo e adorado, como se vê em muitos alunos, cujo superego analítico exige-lhes transformar seus mestres em mitos psicanalíticos. Uma identificação projetiva que leva a imortalidade, ainda que, na prática psicanalítica, se traduza em expressões narcisistas patológicas e em um bloqueio contra-transferencial, que pode levar o aluno a não se desenvolver e a deixar de produzir, para não criticar seu mestre e até poder ultrapassá-lo.

Todo indivíduo tem já sua identidade ao nascer, que irá se desenrolando de acordo com suas necessidades básicas e com as possibilidades de satisfazê-lo. Deste modo, será peculiar e única sua maneira de estar são ou enfermo.

A biografia do ser humano se inicia antes da gestação e começa a se estruturar com ela. Suas aquisições, seus fracassos, suas frustrações e seus sucessos se dão em continuidade, o que nos mostra a específica unicidade do ser, **mesmice** que captamos através de suas manifestações e do modo de se comunicar. Faz-se insustentável o critério do determinismo biológico, segundo o qual se consideram órgãos e sistemas isolados. Qualquer enfermidade é, então, uma crise na biografia do sujeito como já foi assinalado nas palavras de KNOBEL (77).

A humanização já está dada na vida intra-uterina e, muito mais ainda, na gestação pós-natal, e vai se consolidando na interação permanente, que permite ao ser humano transitar por

esse processo evolutivo, discriminadamente.

Desta maneira, entendo que a patologia nunca deve ser considerada estritamente individual, pois está sempre, de alguma maneira, vinculada ao ambiental. É o resultado de uma equação dialética, onde um dos termos é o próprio indivíduo em crise, o outro é polifacético e multideterminado pela família, pela cultura e pela sociedade, com seus componentes político-econômicos, valores éticos e estéticos.

Na infância, já se constata, com maior clareza, a unidade indivíduo-meio, onde se observa como a patologia ajuda a discriminar e a criar determinada maneira, ou a aniquilar o processo de crescimento. As taxas de mortalidade infantil são diretamente proporcionais à miséria, à fome e à carência afetiva, as quais a sociedade impõe. O mais freqüente é que o indivíduo sucumba, esgote sua incipiente biografia por impossibilidade de meios para desenvolvê-la. Às vezes, sobrevive, e nos perguntamos como e por quê. Aqui aparece o essencialmente humano e diferencial. Pode-se falar de melhor estrutura genética, de maior resistência e imunidade, de mais ou melhor afeto materno, ou até de mais "instinto de vida".

Por isso, aceitando que toda enfermidade é psicossomática ou seja, holística, é possível pensar que também existe uma **patologia reativa** que redunde em modalidades relacionais rapidamente aprendidas e executadas. Isto poderia ser interpretado, no sentido de que um certo masoquismo fosse necessário, para satisfazer, de diversas maneiras, o natural e normal narcisismo humano.

Estudando o processo adolescente, pode-se compreender o que KNOBEL (85) tem denominado a Síndrome da Adolescência Normal e os chamados processos de "lutos" que fazem com que o adolescente, nesta passagem reestruturante de sua personalidade, abandone seu corpo e seu papel infantil, seus pais da infância, a bissexualidade e a identidade infantil com dependência absoluta. Tudo isso tem sua expressão mental e fundamentalmente corporal--social. Outra característica de difícil manejo é a grande variabilidade física e psíquica apresentada de um adolescente para outro, ou em um mesmo adolescente em diferentes espaços de tempo. Lembro ainda que há diferenças de entrada na puberdade, entre um indivíduo e outro, inclusive a florescência no sexo feminino mais cedo que no sexo masculino. Também é variável a velocidade, sem prejuízo para o resultado final, embora possa ser fonte de tensão. É SOUZA(113) quem adverte que, apesar de, hoje em dia, não haver grande distinção entre os sexos, os sentimentos e desejos costumam ter características distintas diz ele: "Para os rapazes, os impulsos sexuais são, inicialmente, bastante separados da noção de amor, e suas fantasias fixam-se em atributos físicos específicos como seios, pernas e genitais. Para as moças, o amor tem prioridade sobre a genitalidade."

No mundo atual, tão conflitivo, onde o adolescente se expressa basicamente com o corpo por sua característica própria da adolescência, na qual o biológico é eixo de estruturação fundamental, dentro de uma sociedade que, por sua própria crise, atua, de uma maneira contraditória, no indivíduo. ERIKSON(33)

Poder-se-ia até dizer que a situação confusional em que

vivemos nos leva a uma ambigüidade -- conceito de BLEGER (15) frente à problemática psicossomática, em um verdadeiro processo de contra-identificação, que devemos esclarecer, para podermos adentrar, com maior eficácia compreensiva e terapêutica, no problema.

"Se a adolescência é em si uma verdadeira "crise de ambigüidade", onde o temporal começa a se discriminar e conceitualizar, fenômeno que, basicamente, se dá a nível corporal, mas ocorrendo num marco social, que, por sua vez, é também ambíguo e conflitante, os resultados não podem ser menos que caóticos. CASTELNUOVO (26) confirma que "enquanto, em nossa cultura, uma parte da personalidade segue o caminho da discriminação graças as experiências de completude-incompletude, outra permanece sem emergir da estrutura sincrético-narcisista. Lembra que estas duas modalidades evolutivas, diametralmente diferentes, estão presentes, em diversas proporções, em todo ser humano, e que se desequilibram em momentos de crise".

A desintegração total das estruturas sociais até agora vigentes obrigam a processos de adequação de tipo psicopático ou maniaco, logicamente, nem sempre bem sucedidos. Pelo contrário, o indivíduo pode se ver obrigado a recorrer a comportamentos autistas que lhe impedem confrontar a realidade.

É aí que devemos encontrar os "conformistas", que, muitas vezes, são, apenas, incapazes de lutar. Os aspectos psicóticos da personalidade do adolescente devem diminuir em virtude dos processos discriminativos se estes, não encontram um marco adequado na sociedade e em suas instituições básicas, tal como a

família, para serem os depositários dos mesmos, os conflitos da ambiguidade adquirem as características da simbiose patológica, de acordo com a concepção que os estudos de BLEGER (14) nos ensinam.

O adolescente se confunde, então, com a sociedade e entra em uma não diferenciação ego/não-ego. Supõe-se que, de acordo com as primeiras relações de objeto, com as séries complementares e com as vigências básicas primárias, irá estruturando-se a possibilidade de que ele possa se manejar dentro do caos interno e externo, estabelecendo as clivagens adequadas que lhe permitam sair desta encruzilhada sinistra. É CASSORLA (25) quem nos alerta desse fenômeno que "se encontra dentro de uma faixa que vai da normalidade à anormalidade e, como todo o processo adolescente, deverá ser observado com cuidado e dentro de uma dimensão temporal, onde o comportamento tanto poderá se constituir como um aspecto normal da "normal anormalidade da adolescência", como uma tentativa de elaboração de aspectos mais conflitantes, ou, ainda, como um sinal de fixação em traços patológicos, ou numa síndrome francamente doentia. A rotulação em patologia somente poderá ser feita, com após uma observação longitudinal cuidadosa."

Os aspectos depressivos que se observam no adolescente normal e que se acentuam no adolescente enfermo, podem ser entendidos em virtude das intensivas modificações biológicas, as quais o leva a perda de seu corpo infantil, com uma mente ainda infantil e com um corpo que vai se fazendo inexoravelmente adulto, que ele teme, desconhece, deseja e, provavelmente, que ele percebe progressivamente diferente do que idealizava ter, quando se tornasse adulto. Assim, querendo ou não, o adolescente é levado a

habitar um novo corpo e a experimentar uma nova mente. Frente a esta transformação, vinda como uma inovação, o adolescente busca um refúgio regressivo em seu mundo interno, ocorrendo, inclusive, momentos de concretização defensiva do pensamento.

OUTEIRAL (99) reafirma que essa situação a qual vive o adolescente, obrigado a assistir e a sofrer passivamente a toda uma série de transformações que se operam em seu corpo e, por conseguinte, em seu ego, criando um sentimento de impotência frente a esta realidade, poderá expressar-se das seguintes formas: persecutória (com o corpo e/ou seus órgãos, transformando-se em um depositário de intensas ansiedades paranóides e confusionais); maníaca (com a negação onipotente de toda a dor psíquica que, inevitavelmente acompanha o processo) ou fóbica (com uma evitação que coloca as transformações corporais tão distantes, que nem o próprio adolescente ou seus familiares devem mencioná-las).

Paulatinamente, ele vai logrando uma discriminação evolutiva que permite romper com os vínculos da latência, aceitando a adolescência, suas mudanças e, assim, seu esquema corporal vai se reestruturando. "Só ao final da adolescência se integram corpo e esquema corporal, e o indivíduo pode entrar na idade adulta."

Não se devem, pois, estranhar as queixas somáticas normais da adolescência, como as dores erráticas do crescimento, as cefaléias ocasionais, a dismetria, a atividade motora brusca e inadequada (que evidenciam a dissociação entre as mudanças corporais não acompanhadas ainda pelas correspondentes modificações no esquema corporal), os problemas da memória e das

primeiras ejaculações, a sexualidade desejada e vivida fobicamente, etc., mais detalhadamente descritos no capítulo sobre a Psicopatologia na adolescência e seus concomitantes somáticos .

O adolescente, como indivíduo, vive uma identidade em crise, provavelmente, a fase mais crítica da identidade biológica do sujeito. Esta crise é estruturalmente experimentada como um intenso e rápido processo de discriminação, o qual se faz fundamentalmente em níveis corporais percebidos, paranoicamente, como alheios ao próprio ego.

Tal discriminação se encontra dificultada pelo meio ambiente, que procura manter uma simbolização com o adolescente. Em nosso meio cultural e, sem maiores diferenças, segundo as classes sociais, a relação de dependência com o meio familiar é intensa e prolonga, cronologicamente, a adolescência. O grupo deve ser, então, neste momento, o depósito alternativo para o adolescente. ERIKSON (32) escreve que, na adolescência, o jovem tenta encontrar-se não apenas a si próprio como busca encontrar seu lugar no grupo social em que vive. MELTZER (94) considera o papel do grupo importante para o adolescente, pois lhe permite espalhar, discriminar partes do ego nos diversos membros do grupo. O corpo, neste momento, assume também um papel na aceitação ou rejeição, por parte do grupo de iguais. O adolescente começa a perceber que seu corpo não corresponde à idealização que havia feito de como seria quando adulto. Via de regra, é, através da identificação e comparação com os outros adolescentes, que ele começa a ter uma idéia concreta de sua imagem corporal. Isso determina, ocasionalmente, situações ou

momentos de afastamento ou de isolamento social.

Mais de uma vez, nos processos de somatização do adolescente percebe-se um jogo duplo, no qual, por um lado, há uma tentativa para alcançar a separação do meio, rompendo vínculos que têm características verdadeiramente somáticas com a família e o ambiente; e se por outro lado, há uma forma tal de estrutura que, para o adolescente e para o clínico que observa o processo, apresenta-se mais patológica pelos esforços de se manterem os referidos vínculos. (83)

Convém destacar que, além das enfermidades específicas da adolescência, há aquelas que se iniciam na infância e seguem manifestando-se na adolescência; as que prevalecem na comunidade em geral e são frequentes neste período da vida; aquelas que permanecem ocultas e começam a se manifestar durante a adolescência (com repercussões em fase posteriores) e aquelas que aumentam ou diminuem marcadamente neste período evolutivo.

Como outras formas de expressão dos processos de somatização da adolescência, não posso deixar de mencionar o alto índice de acidentes, doenças sexualmente transmissíveis, acentuação do hábito de fumar com suas consequências cardiorespiratórias; a drogadição e o alcoolismo com suas consequências gastro-hepáticas. E, ainda, muitas enfermidades de diversos tipos que ficam mascaradas por afecções "somáticas" e que serão constatadas tardiamente, do ponto de vista das possibilidades terapêuticas. Por último, o fracasso total do adolescentes, levando-os ao suicídio, cuja incidência entre eles aumenta dia a dia.



O adolescente não tem como "tarefa" única a de alcançar uma identidade adulta, posto que já possui uma identidade com suas próprias características. Esta se configura como **crítica**, em virtude de que neste período da vida, rompe-se uma relação simbiótica fortemente estabelecida entre os aspectos mais primitivos e indiscriminados da personalidade e o meio. No dizer de BLEGER (14) "um severo e forte enrijecimento e uma imobilização dos níveis da sociedade sincrética com o estabelecimento paralelo e concordante de uma forte clivagem (ou separação) entre ambos os níveis da personalidade e, por conseguinte da identidade". Na eclosão puberal, rompe-se esta clivagem e mobilizam-se as partes sincréticas da personalidade, produzindo-se essa exteriorização proteiforme da conduta que se caracteriza não só por **ambiguidade**, senão também por **atuação** ("acting-out") e pela **insatisfação** permanente a qual o obriga à busca que se aquieta só com a discriminação.

De acordo com o que sustenta KNOBEL (81), pode-se dizer que "só se supera a adolescência quando se chega à **temporalidade conceitual** ou seja, quando se pode reconhecer e admitir a noção de passado, presente e futuro. Isto implica poder aceitar, primeiro, a morte dos pais e logo a possibilidade da própria morte" -- a finitude biológica do corpo.

Para o adolescente o ego e o mundo externo, o ego e o outro, o ego e a inter-subjetividade, são básicos para uma concepção real da vida.

A conquista da temporalidade conceitual, significa, ainda, aceitar o contingente e o circunstancial do mundo que o rodeia. A sexualidade, também é, objeto de discriminações básicas mediante

as quais, durante a adolescência, se adquire o poder do exercício de uma genitalidade significativa, até que, frente a crises conflituais intrapsíquicas reflexo das confrontações castratóficas com o meio ambiente, a patologia psicossomática seja quase o campo expressivo preferido durante a adolescência.(74)

Tudo isto obriga a integrar conceitos, já que falar de discriminação implica poder chegar a ser **um** em um mundo existente e povoado de **outros**. Todos têm corporeidade ou representação corporal, a qual pode ser ilusória, ainda que seja concreta e, estruturalmente, em sua realidade, castratória.

Para LACAN (87), a formação do Ego se faz com um desenvolvimento no qual se introduz o que ele denominou "estágio do espelho". A "apercepção situacional" que já se havia observado no chimpanzé, o qual reconhece sua imagem no espelho, marcando um "tempo essencial do ato de inteligência", não se esgota no ser humano, já que este, conceito "uma vez adquirido da inanidade da imagem, rebota em seguida na criança, numa série de gestos nos quais experimenta ludicamente a relação dos movimentos assumidos da imagem com seu meio ambiente refletido". Deste complexo virtual, a realidade do próprio corpo reproduzida no espelho é vivenciada como reflexo da própria criança, em função da distinção entre ela mesma, o outro e os objetos que a rodeiam.

Diz LACAN (87) que esta "atividade conserva para nós, até a idade de dezoito meses, o sentido que lhe damos e que não é mero revelador de um mecanismo libidinal, até então, problemático, que de uma estrutura ontológica do mundo humano, que se insere em

nossas reflexões sobre o conhecimento paranóico". Vê-se como esse reconhecimento de si mesmo se faz primeira e fundamentalmente, através de uma imagem ativa, pelos movimentos que faz de tal modo, diferenciar "ele mesmo" do "outro", do ponto de vista psicobiológico-estrutural, no sentido de complexos estruturais, como postula o autor que acabo de mencionar.

O esquema corporal se estrutura assim num interjogo dialético entre ele mesmo e o mundo que o rodeia, especialmente, no nível das pessoas, o que permite um desenvolvimento do sujeito, em função do meio.

Desta maneira, todo tipo de atividade implica uma conceitualização fundamental para a compreensão de que o ser humano não pode existir sem uma comunidade vincular interpessoal, que tem axiomas diferentes na evolução do ser, com um máximo de estruturação do ego e de seus aspectos sociais na adolescência.

A teoria sobre representação corporal e têmporo-espacial que sustenta este trabalho, conjuga as conceitualizações sobre a estrutura dinâmica da imagem corporal enunciadas por SCHILDER (109) e as idéias de SCOTT, em KNOBEL (56) (84), que incluem, no esquema corporal, as sensações, as percepções, as concepções, os afetos, as recordações, as imagens do corpo, conscientes e inconscientes, desde a superfície até a profundidade, com os limites de espaço e tempo.

Como se vê, este problema envolve aspectos que são fundamentais para a personalidade, no sentido de significarem toda a ação do sujeito no mundo em que vive, sendo portanto, essenciais, para poderem estabelecer as relações do indivíduo consigo e com o mundo que o rodeia.

Destaco, aqui, as contribuições de GARCIA REINOSO (50), que nos fala da existência de "dois esquemas corporais" que estariam um dentro do outro e que corresponderiam a um esquema corporal do corpo, o externo, e a um esquema corporal do Ego, o interno, os quais seriam "esquemas separados e ao mesmo tempo inseparáveis". Considera o referido autor que "a dissociação mente-corpo, antes do todo (como já havia sido assinalado por KNOBEL (69)), é uma finalidade defensiva e corresponde a um primitivo mecanismo de defesa que se equipara com a mais primitiva dissociação do objeto no sentido Kleiniano. A mente é boa, ainda quando tenha pensamentos "maus", sempre que seja possível mantê-la separada do corpo, e este aparece como mau, por ser ele, o reservatório (a memória) dos desejos do ID e das mais primitivas frustrações". Agrega, ainda, que "a manutenção e a administração desta dissociação corpo-mente, permite certa diferenciação através de um limite rígido, cumprindo desta maneira duas finalidades: a primeira é entrar em confusão que aparece tão pronto como se produz a união dos aspectos dissociados do objeto, e a segunda é assegurar-se contra uma regressão mais profunda onde o ego seria aniquilado".

Essa concepção pode ser debatida, mas penso também que outros elementos devam ser levados em consideração, como a integração destes dois esquemas corporais num só, que permita não só a interrelação ego/não-ego, mundo interno/mundo externo, mas também maior discriminação.

Isto se alcança através da atividade muscular que, indubitavelmente pode se complementar se o objeto puder

estabelecer um critério realmente próprio de sua atividade, enquanto diferente da atividade do outro. Com esta idéia KNOBEL retoma o conceito da "mesmice" inserida na corporeidade, com um sentido social inter-relacional. É assim que o citado autor admite o esquema corporal que muda constantemente, e conclui: "O esquema corporal é mais que uma representação mental : é uma integração de vivências relacionadas com as funções vitais do sujeito em inter-relação com o mundo e que vai se modificando com o processo evolutivo". (68)

Tal esquema corporal surge de um início sincrético e indiscriminado da personalidade, o que enfatiza que a tarefa mais importante de todo o processo do desenvolvimento é a discriminação. Esta pode ser feita, a partir de simbiose, o que faz com que o indivíduo comece rapidamente a discriminar seus objetos internos indiferenciados apesar de não ter ainda a capacidade de estabelecer sua verdadeira colocação espacial. A conduta da fase simbiótica se expressa, fundamentalmente, na **ambiguidade**, que logo será detectada na conduta normal e na patológica, especialmente na adolescência.(74)(81) Postula ainda Knobel que a discriminação começa a nível corporal que é, também, a base de toda ulterior conduta normal e patológica. A regressão é o momento retrógrado da libido, podendo produzir sintoma, sonho ou comprometer toda a personalidade. A regressão é causada por fatores externos tais como situações frustrantes, e por fatores internos, destacando-se fixação, inibição e incrementos biológicos da libido na puberdade e na menopausa, de acordo com conceitos de FREUD ( 43 ), M.KLEIN (59) e SUSAN ISAACS (54).

Quando o impacto da frustração interna ou externa ocorre,

produzindo conflitos que impedem a evolução do indivíduo, o corpo se converte, então, em depositário da patologia, donde se conclui que toda patologia somática tem um componente de indiscriminação no processo evolutivo corporal, seja por fixação ou por regressão. Também os processos de frustração são estruturantes, produzindo uma pseudopatologia corporal, precisamente pela resolução estruturante das situações conflitivas normais.

Dai resulta que um dos mais importantes caminhos para determinar a formação de sintomas, é mediante a observação de como o sujeito maneja as relações objetais dentro de seu próprio corpo. "Isto se faz notório na infância e se faz total e absolutamente evidente na adolescência."

É por isso que considera KNOBEL (74) (81) (82) (84), basicamente deste ponto de vista essencialmente psicodinâmico, que é possível distinguir uma somatização histérica, uma hipocondríaca e outra psicótica, além da somatização normal.

## B. UMA TEORIA SOBRE OS PROCESSOS DE SOMATIZAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

As somatizações que fazem parte do processo evolutivo normal, foram descritas como fenômenos regressivos normais e reativos, tais quais aquelas que comentei como transtornos do esquema corporal, no capítulo III desta dissertação.

Tanto a somatização histérica como a hipocondríaca e a psicótica podem vincular-se com os aspectos mais primitivos, indiscriminados ou psicóticos da personalidade a qual utiliza, então, o corpo, enquanto elemento primário de discriminação, podendo assim então adquirir os matizes de tipo erótico com características incestuosas nas somatizações históricas; os aspectos pré-genitais, em parte indiscriminados e em parte confusos (oral-anal-genital precoce-fetal), que se dão na hipocondria, e por último, os aspectos totalmente indiscriminados, mas clivados no corpo, teriam, então, características de somatização psicótica (nesta última hipótese, estariam as enfermidades classicamente chamadas psicossomáticas).

A **conversão histérica**(43) (38) foi a primeira e a mais estudada de todas as somatizações. Significa a colocação, no corpo, do objeto perseguidor, mas com características edípicas e francas fantasias incestuosas, o que leva a uma grande erotização da afecção.

Os objetos maus e proibidos da fantasia edípica, seja ela positiva ou negativa, são maniacamente encobertos por seus aspectos eróticos, que se manifestam nos chamados benefícios secundários da enfermidade. A sintomatologia é variada,

pluridimensional e proteiforme, ainda que, em algumas ocasiões, apareça, como monossintomática (afonia, broncoespasmo). As características da pessoa demonstrativa se denunciam no quadro que se exhibe, dramatiza e evidentemente protege-se ostensivamente.

O nível evolutivo -- como assinala KNOBEL (78)(81) -- é edípico, e o Ego está relativamente integrado. Aqui, o adolescente busca a relação erótica e incestuosa na enfermidade, no corpo e com o médico como objeto transferencial das fantasias, assim como em seu vínculo familiar e social, tratando de mantê-lo nos níveis edípicos, inclusive, às vezes, nos mais precoces.

A diferença do que ocorre neste tipo de somatização, com características históricas a semelhança do que ocorre nas conversões, está centrada na repressão e na volta do reprimido, que o sintoma condensa de modo plástico e disfarçado. A trama emocional colocada no corpo, corresponde sempre a situações triangulares edípicas e contém, portanto, sentimentos, tais como crimes, exclusão e rivalidade.

A eleição da área corporal onde se assentará o sintoma, corresponde a zonas que tenham sido relevantes na fantasia de vinculação genital proibida com o objeto. FINCH (41), numa revisão conceitual do tema, adianta postulações em termos de projecção--introjecção que permitem compreender esta erotização a nível edípico de órgãos sem sistemas afetados, a que já me referi. O histórico constitui o que LIBERMAN (90) chama a "pessoa demonstrativa", caracterizada por sua elevada capacidade de simbolização, ingenuidade, expressividade em termos de ação ou de manifestações psicossomáticas, na linguagem prática, e, por haver



alcançado o desenvolvimento psicosexual, é que, realmente, atingiu o nível edípico.

A **somatização hipocondríaca** é mais complexa. Acredita KNOBEL (61) (62) que a vinculação com a melancolia é aqui sumamente importante e significa, psicodinamicamente um aspecto patológico de maior gravidade que o anteriormente descrito. A dissociação hipocondríaca teria as características de uma dissociação patológica por meio da qual só foi deslocada para o corpo parte do núcleo melancólico do indivíduo, que consegue assim se livrar de uma ansiedade confusional de características psicóticas. Por isso é que o hipocondríaco encontra dentro de si mesmo, em seu corpo, as situações satisfatórias e persecutórias das quais pretende fugir. Os objetos externos que pode introjetar são sadicamente destruídos, e ele não pode experimentar alívio, repetindo-se e incrementando-se suas queixas, as quais sempre têm um tom melancólico.

Neste tipo de enfermar-se, o nível anal-sádico ou oral-sádico é o que deve predominar. A evolução pode ser crônica e a resolução temida e rejeitada, o que torna difícil o tratamento médico destes adolescentes que provocam ainda uma franca rejeição nos médicos, em geral, e uma rejeição contratransferencial no processo analítico.

Também as "defesas-maniacas", ao lado de um "super-ego exigente enganador", de que fala GARMA (51), mantêm a hiperatividade que encobre os momentos depressivos -- mecanismo reforçado pelos próprios mecanismos adolescentes.

Frente a tal questão, fala ROSENFELD (106). "Os estados

hipocondríacos são comuns na adolescência e na meia-idade. As ansiedades hipocondríacas temporárias, por exemplo, surgem, quando se estimulam as ansiedades infantis precoces, principalmente as paranóides, as quais têm que ser de novo elaboradas pelo indivíduo. Isto viria explicar por que as ansiedades hipocondríacas se manifestam, com frequência, nas fases de readaptação, como na adolescência e na meia-idade. O significado dessas fases hipocondríacas poderia assemelhar-se à função que KNOBEL (64) atribui à neurose infantil -- que se vincula à reelaboração das ansiedades psicóticas primitivas.

M.KLEIN (59) chama a atenção para a relação mais íntima das sensações físicas com as fantasias inconscientes. A seu ver, a criança pode atribuir as sensações produzidas pela fome à mãe má interna ou ao seio mau interno. Ela pensa que experiências similares também contribuem para o caráter concreto com que a criança experimenta suas fantasias internas. Isto implicaria que a criança, amiúde, experimente ansiedades mentais, dentro do corpo, as quais são reativadas, sobretudo na adolescência. Acentua ainda a mesma autora que a ansiedade dos pais, quanto à saúde e ao corpo da criança, pode estimular o desenvolvimento de ansiedades hipocondríacas.

FENICHEL (38) descreve a hipocondria como uma organoneurose cujo fator fisiológico era antes desconhecido. Ele acha, inclusive que o órgão hipocondriacamente atingido representa não só o pênis ameaçador, mas também simultaneamente, o objeto que, junto com sua catexia ambivalente, é introjetado a partir do mundo externo, para dentro do corpo do indivíduo.

Nestes casos de somatização hipocondríaca, existe uma

personalidade básica mais regressiva que, nas palavras de LIBERMAN (90), poderia se qualificar como "personalidade infantil", na qual se incluem aquelas pessoas "com uma fissura estabelecida entre o pensamento autônomo e o pensamento realista, entre o princípio do prazer e o princípio da realidade, entre o processo primário e o processo secundário, entre o consciente e o inconsciente".

KNOBEL (69) (72) adverte para um problema mais complexo nesta somatização: a vinculação com a melancolia, o que significa, psicodinamicamente, uma gravidade maior do que o quadro descrito anteriormente. Cita ROSENFELD (106) que, na hipocondria crônica, haveria uma fusão defensiva dirigida contra um estado confusional de natureza frequentemente esquizofrênica. Mas, nas palavras dele, se produziriam processos anormais de dissociação de objetos e liberação de angústias confusionais. "Estes processos normais de dissociação parecem ser responsáveis pelas tentativas de separar as angústias confusionais e convertê-las em neuroses do tipo "acting-out", tais como as perversões sadomasoquistas e a delinquência e em transtornos físicos, como as desordens psicossomáticas e a hipocondria. Desta forma, conclui KNOBEL (63), frente aos adolescentes que manifestam enfermidades de diferentes tipos com estas características psicodinâmicas, que é importante que o médico tenha em conta suas vivências contratransferenciais de rechaço e de desgosto, de franco sentimento de fracasso. Também é necessário ter em conta que, em tais enfermos, inclusive a ação medicamentosa pode ser neutralizada, se cabe o termo, pela ação autodestrutiva do

paciente, que necessita viver o fracasso biopsicossocial em seu corpo, permanentemente.

A somatização psicótica (21) propriamente dita é a que, na realidade, podemos chamar a típica enfermidade psicossomática. Aqui, as partes perdidas do Ego se colocam no corpo, mediante uma dissociação total, uma clivagem absoluta, que logo é maniacamente negada, isolando e reprimindo a parte enferma. Os aspectos psicodinâmicos mais profundos foram revistos no capítulo II, na aproximação psicanalítica dos processos de somatização, onde explorei melhor as idéias de diversos autores sobre o assunto.

A enfermidade é negada nestes casos e pode chegar a efetuar um processo regressivo deletério para o indivíduo. Este não reconhece, nem sua integridade, nem sua unidade como pessoa. Está verdadeiramente cindido entre uma parte enferma onde colocou sua psicose ou núcleos psicóticos, e uma parte relativamente livre de conflitos úteis, para se relacionar com o mundo objetal externo e, então, poder se submeter a todo tipo de tratamento médico e cirúrgico que não fazem mais que favorecer a dissociação.

Tais pacientes ocultam a sintomatologia e, geralmente, podem adotar atitudes paranóides frente aos médicos e familiares. É muito importante que o médico tenha presente este tipo de patologia e que não minimize as atitudes de um enfermo, que por sua vez, e valha aqui a redundância, como ênfase, minimize sua enfermidade, que pode ser obviamente séria. O médico, neste caso interpretará, erroneamente como positiva, a atitude negadora e otimista destes enfermos, os quais podem aparentar não necessitar da medicação ou do tratamento prescritos. Em tal caso, a negação não é otimismo, senão que está a serviço do mais psicótico dos

indivíduos.

Tal fato é freqüente, especialmente em muitos aspectos das enfermidades somáticas dos adolescentes, o que constitui real gravidade, devendo ser esclarecido cuidadosamente.

Desta maneira, fala KNOBEL (90): "podemos compreender que o adolescente que deve viver mudando" e lutando permanentemente, num mundo que exige reestruturações rápidas e para o qual, então, muitas vezes, não está preparado, pode sucumbir na enfermidade somática como defesa à desintegração psicótica total. A somatização, neste caso, é a que permite este tipo de "defesa que pode ser destrutiva ou reestruturante".

É destrutiva, enquanto persiste na mesma, e a ajuda médica não é, então, nem bem manejada, nem aceita pelo paciente, que até pode induzir o médico a atuar iatrogênicamente por omissão ou tolerância; é reestruturante, quando se satisfazem as demandas psicodinâmicas subjacentes à patologia manifesta, e o médico pode entrar a atuar com uma função reparadora compensatória das carências afetivas que o adolescente sofre.

Nos casos de somatização psicótica, a patologia somática, real e quase sempre grave, vai se desenrolando com um alto grau de negação e onipotência.

O adolescente, apesar de que, às vezes, os pais percebiam a persistência excessiva de um cansaço incomum, um ligeiro decaimento, um ou mais sintomas vagos, diz sentir-se muito bem e continua seus jogos ou tarefas escolares, até que a enfermidade orgânica se impõe. Uma modalidade psicótica de vida leva a uma forte negação do que ocorre, a dissociação mente-corpo predomina.

Podem ser afecções sérias, algumas vezes, malignas ou infecciosas, que cronificam com a negação. O tratamento médico correspondente é primordial, mas o componente psicótico não deve ser deixado de lado.

O significativo é que predomine uma ou outra das modalidades de somatização. Não se deve cair num psicologismo ou psiquiatrismo iatrogênico, contribuindo assim para a compreensão do adolescente e do processo intrínseco da sua identidade em tal etapa evolutiva, a fim de que a ação médica ou psicológica seja efetiva e terapêutica.

Com este embasamento, é que me proponho a investigar, utilizando o método da evidência clínica, a trama vincular dos processos inconscientes, com as concomitantes ansiedades e defesas, dentro do processo de elaboração da crise da adolescência — a organização e estruturação da personalidade, a psicopatologia, cujo manejo, no corpo, possa ser identificado de acordo com as hipóteses de Knobel, de manéjos histérico, hipocondríaco e psicótico.

**V-METODOLOGIA : DISCUSSÃO DO MÉTODO CLÍNICO**

**A - A NATUREZA ESPECÍFICA DO OBJETO E A ESCOLHA  
DO MÉTODO**

**B - O ITINERÁRIO METAPSICOLÓGICO DO MÉTODO  
CLÍNICO**

## A. A NATUREZA ESPECÍFICA DO OBJETO E A ESCOLHA DO MÉTODO CLÍNICO

Toda forma de conhecimento exige um quadro teórico para permitir a sistematização. A teoria serve de guia, de ponto de referência para as investigações empíricas. Ao mesmo tempo, as hipóteses teóricas deverão ser passíveis de verificação empírica.

Baseando-se nos aprovados e bem elaborados conceitos sobre o chamado "método clínico" de (16) (43) (116) e em minhas próprias considerações, proponho e justifico este método como científico.

Em sua contínua interação com o meio, o homem capta de uma maneira seletiva os estímulos que lhe são externos ou internos. Já ocorre seleção ao nível da simples sensação, que, inicialmente, é puramente fisiológica. E é, a partir do processo perceptual do qual participam todas as funções subjetivas e, principalmente, as cognitivas, que esta seleção toma um sentido psicológico. A teoria das imagens, elaborada por COMTE E LAFFITE (110), comprovada experimentalmente pelas investigações neuro-fisiológicas e psiquiátricas de ANÍBAL SILVEIRA (110), parte da correlação entre o processo perceptual em seus diferentes níveis de efetivação e as "imagens" que os acompanham. As imagens têm, então, um componente intelectual e outro, "acessório" e inconsciente, que corresponde à reação puramente afetiva. Os sinais linguísticos são meios indispensáveis para "fixar" nossas idéias com "precisão" e constância, a fim de permitir a comunicação inter-subjetiva de nossos conhecimentos e sentimentos.

São os sinais que permitem a atribuição de significados aos



dados da experiência. E é, através dos sinais, que se organiza a concepção do objeto científico.

Recorremos a esses grandes pensadores para justificar, a partir daí, a dificuldade de encontrar um método que registre fidedignamente os fenômenos os quais possam ser diferenciados do registro perceptual das experiências, conferindo um nível de elaboração e grau de contração abstrata que o categorize cientificamente, sobretudo na área da Psicologia.

O objeto de estudo da Psicologia não é o "indivíduo" em si, mas o agente social que exerce sua "vontade" nos limites de sua "necessidade" de ordem biológica e histórica.

O indivíduo definido como "agente" e, portanto, "ativo", assume um novo status ontológico num quadro sistemático de organização formal. Não pode ser atingido senão por seu comportamento, por suas obras e pelas opções que faz durante sua existência.

No entanto, a meu ver esta coincidência específica do estudo psicológico entre o objeto e o sujeito apresenta uma problemática: Como discernir regularidade em um objeto que, por definição, é um ser singular que não cessa de se complementar no curso de um processo de evolução contínua de suas experiências ? Com efeito, cada indivíduo possui uma constituição genética que lhe é particular, elabora a seu modo as normas e os valores coletivos, estabelece com o meio relações específicas concretas que diferem daquelas vividas pelos demais. Seria pois, legítimo tentar, pela redução de suas experiências, inseri-lo numa forma vazia de significações ? Seria inadequado, uma vez que a

epistemologia psicológica não se reduz ao estudo experimental do comportamento.

É JULIO ARAY (9) quem nos fala que "todo paciente traz modelos e teorias conscientes e inconscientes tanto de sua enfermidade como de sua cura", circunstância que se encontra também nos trabalhos com crianças e adolescentes. "Tais modelos pertencem a tempos próximos das etapas evolutivas desse indivíduo, ou a tempos imersos no arcaico, na vasta extensão do inconsciente, e é necessário um paciente trabalho de muitas horas para desvelar a transcendência, a operatividade, a atividade de tais modelos, na personalidade total. A fabricação de modelos é uma resposta instintiva e profunda do homem para captar o mundo."

Ainda que investigássemos exaustivamente as características peculiares de seu comportamento objetivo e subjetivo, estaríamos realizando um trabalho descritivo. Além disso, a descrição "clínica" concerne "à linguagem da ação" e não resolve o problema de atribuição de significados precisos dos fenômenos, como bem observa LÚCIA COELHO (28). Para esta autora, a Psicologia Aplicada é uma arte que, como a Medicina, depende da experiência prática e da intuição do especialista e que tem como objeto de estudo o indivíduo. Mas o sujeito concreto da Psicologia Aplicada não se confunde com o sujeito epistêmico, objeto da Psicologia Geral.

E, para se constituir o objeto epistêmico da Psicologia, é necessário encontrar, no interior desta multiplicidade de reações, desta riqueza de conteúdo do vivido, desta aparente desordem, um dinamismo coerente capaz de permitir a sistematização estrutural.

"O objeto humano não se revela como objeto senão aquele que é capaz de perceber, através deste sentido imediato, uma desordem aparente que recobre a unidade de uma significação que se dá em um outro plano; o plano do fenômeno estruturado pela ciência".  
(28)

A existência composta do ser humano é necessariamente contingente. Resulta da ação combinada de uma pluralidade de fatores agindo continuamente. No entanto, é possível observar, por técnicas e processos adequados, a ação predominante de um grupo de fatores sobre os demais. Nesta perspectiva, não há lugar para a dualidade metafísica entre o corpo e mente. A integridade do processo social da ação humana decorre desta simultaneidade psicológico-somática.

Então, no domínio do psicológico, seria irracional pensar seu objeto em dois tempos: como um corpo orgânico e como uma instância social. A unidade do agente social é resultada de sua experiência ativa no convívio interpessoal. Somente, a partir da dinâmica, será possível efetuar uma "exclusão parentética" capaz de manter a originalidade do fenômeno. E o "agente social" é o objeto deduzido a partir de conhecimentos da história cultural e biológica da espécie humana, sob o prisma especial da dinâmica interpessoal. Ele não se define, apenas como o resultado de um acúmulo indutivo de "estudos-de-casos".

Uma vez estabelecida a natureza específica do objeto estudado pela Psicologia, resta-me descrever o procedimento racional que decidi adotar para a execução desta dissertação, e justifico-me, tecendo considerações de alguns autores e das revisões realizadas

por outros pesquisadores do nosso meio universitário, os quais se utilizaram do método clínico.

## E.O ITINERÁRIO METAPSICOLÓGICO DO MÉTODO CLÍNICO

A sistematização utilizada pela Psicologia propriamente dita, derivou-se, assim como ela mesma, das Ciências Naturais.

A Ciência, em termos clássicos, tem como finalidade: descrição, explicação, predição e controle dos fenômenos naturais.

O reino do conhecimento racional é, naturalmente, o reino da ciência que mede e quantifica, classifica e analisa. As limitações de qualquer conhecimento assim obtido têm-se mostrado, cada vez mais evidentes, na Ciência Moderna e, em particular, na Física Moderna, a qual nos ensina, nas palavras de Werner Heisenberg, citado por CAPRA (20): "cada palavra ou conceito, por mais nítidos que pareçam, só possuem uma faixa de aplicabilidade".

BOTEGA (17), justificando o método clínico, mostra o caminho percorrido desde o final do Século XX, a partir de uma metodologia que tinha como base a observação, a qual levasse o estudioso à coleta de dados objetivos abstendo-se do cenário.

Nesta época, a Psiquiatria e a Psicologia buscavam essa objetividade, até que o Século XX abriu as portas para um estudo mais compreensivo, buscando a descrição e a classificação de fenômenos perceptíveis ao observador, dentro de um modelo explicativo-causal.

JASPERS (56) defendeu a Psicologia Compreensiva e se opôs-se ao preconceito das Ciências Exatas de que as constatações

qualitativas fossem arbitrárias e subjetivas..." Exceto na expressão, nunca se pode percebê-lo de maneira diretamente sensível. Isto é evidente. Essa evidência traz como consequência que toda psicopatologia, desejosa de ater-se exclusivamente ao que é acessível aos sentidos, será necessariamente uma psicologia sem o psíquico". Para este autor, a alma não pode ser considerada objeto e só pode ser observada, percebida, através dos fenômenos somáticos, dos comportamentos, das ações, na linguagem, nos dias, nas vivências.

LAGACHE (68) nos diz que o estudo da conduta humana requer "um método não estatístico, senão qualitativo, intuitivo e artístico."

Com o advento da Psicanálise, FREUD (43) vem enriquecer o método da observação clínica através da interpretação das manifestações indiretas que dominam o inconsciente: atos falhos, sonhos, sintomas. Assim, além da observação, descrição e explicação, passou-se ao aprofundamento da compreensão do significado dos fenômenos manifestos.

A Psicanálise constituiu-se assim, não num ramo da literatura, mas numa parte da Ciência. É fundamentalmente uma disciplina científica, partilha da visão do mundo da Ciência e deve ser avaliada pelos critérios da cientificidade.

Assim, ao lado do positivismo reinante e do imenso desejo de Freud de que a Psicologia viesse a se tornar cientificamente aceita, é que o gênio e criador da Psicanálise enveredou por suas raízes biológicas, negando-se a ser considerado um filósofo. Esta tentativa de separação entre a Filosofia e a Psicologia,

embora se tivesse apresentado benignamente àquela época, não deixa de representar um grande prejuízo à Psicologia Contemporânea. O grande esforço de Freud, como bem adjetiva FURTADO REGO (102) pode ser percebido desde 1900 (quatro anos após o nascimento da Psicanálise) quando, de sua obra "A interpretação dos sonhos", deixa transparecer sua mágoa em relação à Ciência Exata daquela época, ao manifestar que ela negava o significado ou significância dos sonhos, apesar de quase nada ter feito para elucidação dos mesmos.

A Psicologia tradicional ignorava-os como aos lapsos, comportamentos neuróticos e psicóticos, como destituídos de significação. "Por isso suas redes, propositalmente, deixavam que eles passassem..." na interpretação de RUBEM ALVES (5) comentando POPPER (101). Freud elaborou uma nova teoria, isto é, uma nova rede. Assim "os peixes antes rejeitados passaram a ser procurados com empenho".

A propósito da descoberta de FERENCZI (39) e sua "técnica ativa", diz ele que "a Psicanálise dispõe, além da observação e da dedução lógica (interpretação), do método experimental. Da mesma forma que, na experimentação animal, é possível, com ligaduras entre as grandes redes arteriais, aumentar a pressão sanguínea em regiões afastadas, podemos e devemos, em certos casos, barrar as vias inconscientes de escoamento para a extinção psíquica, para obrigá-la, por "aumento da pressão", assim obtido, a vencer a resistência oposta pela censura e a estabelecer um "investimento estável" por meio dos sistemas superiores". Este tipo de "psicologia experimental" está, mais que qualquer outro meio, apto a nos convencer da exatidão da teoria psicanalítica

das neuroses, de Freud, como da validade da psicologia fundada sobre ela e sobre a interpretação dos sonhos".

A orientação de Freud ao encarar os fenômenos psicológicos, foi a que ele aprendeu como médico, no laboratório: observa cuidadosamente os problemas da personalidade, para comunicar meticulosamente suas descobertas aos outros. Freud foi um pensador, interessado pelo homem e sua relação com o mundo e com a sociedade; porém a Ciência Natural exerceu muita influência sobre ele (sic), que continuou, acima de tudo, um humanista. Procurando obedecer os critérios explicativo-causais das Ciências Naturais, trouxe com a Psicanálise um método novo, para se compreender o comportamento humano. Não se trata mais de descrever e classificar sinais e sintomas tão - somente, mas descrevê-los, sem tendenciosidade, sem julgamentos "a priori", contudo adequadamente compreendidos por uma perspectiva qualitativa.

Esta ênfase dada aos aspectos qualitativos é vista como mais um ponto convergente em relação ao método clínico, onde a Psicologia Científica-Humana não seja empiricista ou positivista. Ela é empírica (baseada na experiência) e positivista (afirma a realidade)... "praticada dentro do contexto da descoberta mais do que da verificação".

Dentro do enfoque fenomenológico, o privilegiado não é a metodologia e conseqüentemente o método, mas, sim, o fenômeno tal como é percebido ( 88 )

SDARES (111) explica que o método clínico caracteriza-se pela obtenção de conhecimento sobre as pessoas, a partir do exame de



"até mesmo de um único indivíduo". Este método foi criado por FREUD (43)(45) e representa uma mudança em relação à metodologia tradicionalmente aplicada à Psicologia considerada científica, uma vez que se pode, a partir dele, fazer generalizações baseadas em "amostras menores", destacando, inclusive, que "nesse método as exceções podem ter primazias, as regras, ser secundárias".

Exatamente neste sentido recorri à lembrança oportuna de FURTADO REGO (102) na sua justificativa da escolha do método clínico, quando cita Faria que nos diz: "Há uma sólida convergência entre método clínico psicanalítico e a fenomenologia, tendo em vista que o enfoque fenomenológico **não** se norteia através de parâmetros estatísticos, em que o número de sujeitos é uma das condições "sine qua non" para garantia da representatividade e, conseqüentemente, da validade da pesquisa e de generalizações que digam respeito a determinado fenômeno. Mas ele necessita, para ter sua fidedignidade garantida, a simples repetitividade ou presença da natureza desse mesmo fenômeno em mais de um sujeito pesquisado, desde que fosse extraído nas mesmas condições de enquadramento. Assim a fenomenologia e a psicanálise não são distintas mas complementares".

TRINCA (116), em sua discussão geral sobre a validade de uma análise estatística, nos traz dados dos conteúdos dinâmicos da personalidade, conclui que "a qualificação e a estatística devem ser usadas, sempre que se tornem úteis, mas o próprio clínico é mantido como um dos principais instrumentos de informações, tão seguro e válido quanto possível; é ele quem processa a organização final dos dados, a fim de apresentar um conjunto de predições a cada caso individual".

Meehl, citado por Trinca (116), afirmou que "não há escala de percentis (representação gráfica dos componentes da personalidade e parágrafos da descrição da discussão caracterológica) que possa conter toda a riqueza de nossa experiência imediata". Em outra passagem, Meehl foi mais incisivo em relação à quantificação, afirmando: "dois indivíduos não são exatamente iguais, e a caracterização não verbal ou matemática podem não fazer inteira justiça à sua individualidade", e "o ser humano é mais do que exatamente uma disposição de números".

PERESTRELLO, (100) recorrendo a Dilthey, nas suas expressivas conclusões..." quando se estuda o homem como ser biológico, sob o ângulo naturalista, explicamo-lo e quando sob o ângulo das ciências culturais, compreendemo-lo. As relações de significado são relações compreensíveis, sem explicações causais; e, em Psicologia, para se compreender, há de existir uma relação de empatia, uma relação humana, na qual haja ressonância das vivências do outro. Assim, para que se estabeleça o encontro eficaz, é preciso haver uma convivência e, até certo ponto, simpatia, empregada esta palavra em seu sentido etmológico (sofrer com). O homem não será, então, estudado como uma coisa, um objeto. Não é ao **ser-objeto** que desejamos chegar, mas ao **ser-sujeito**", preocupação de Arruda (10) em seus estudos.

Refletindo sobre as idéias de Ladrière, ARRUDA (10) transcreve: "Existe diferença entre o círculo metodológico das Ciências Humanas e o círculo metodológico das Ciências Empírico-Formais? Parece que sim. Com efeito, a compreensão hermenêutica não visa tão - somente a um esquema operatório, como no caso das Ciências

Empírico-Formais, mas visa à subjetividade, suas intencionalidades, um dinamismo intencional". Estas questões são retomadas e representadas por REZENDE (13) : "As Ciências Humanas se diversificam pela maneira mais ou menos objetiva como falam do sujeito." Este último autor, ao analisar as Ciências Humanas e as Ciências Empírico--Formais, coloca, respectivamente, na racionalidade, e na realidade os seus critérios de cientificidade. E, então, pergunta: "Qual seria o critério de cientificidade das Ciências Humanas?" Sua resposta: "A criticidade", posto que estas ciências lidam com o fenômeno humano que, como tal, é **polissêmico**. A garantia de cientificidade nas Ciências Humanas não está no real, nem no racional, mas no confronto das interpretações, na busca do consenso, na possibilidade de exercer a crítica de se provar, testar ou mesmo concluir algo em um trabalho científico, conclui ARRUDA (10).

Com efeito, aquilo pelo que se interessa a epistemologia da Psicologia, aquilo de que ela se ocupa, em conformidade com aquilo a que ela visa, "consiste em procurar saber como se formam, como se desenvolvem, como se articulam ou funcionam os conhecimentos: a) tais como eles são elaborados pelos especialistas (psicólogos), enquanto estes são ao mesmo tempo sujeitos e objetos de conhecimento, inseridos num determinado contexto sócio-cultural; b) e na medida em que a Psicologia deve se distinguir das Ciências Naturais por um modo próprio de atingir a objetividade científica" como define JAPIASSU (55). Diz este: "o que precisamos é de um novo conceito de homem", objeto da Psicologia que, assim não se constitui como Ciência pela falta

de um objeto bem definido, mas, pela sua contribuição ao reconhecimento, se reconhece como tal.

Entendo que a prática clínica é a que deve nos nortear em nossa tarefa de entendermos esse homem. Assim é que concordo com ROMEIRA (105), que, baseado em observações e vivências, chega a comentar: "O método de investigação clínica, realizado com estudos de caso, tem se tornado mais viável como "método", na compreensão de fenômenos, de sintomas, enfim, de comportamentos humanos".

É com TRINCA (116) que abro as minhas considerações a respeito do método psicanalítico como base teórica e prática, para "uma série de recursos que visam a objetivos diagnósticos e à produção de conhecimentos científicos: anamnese, observação, aplicação de testes psicológicos, entrevista com o paciente, sendo esta última um instrumento fundamental do método".

Seguindo BLEGER (16), reconhece-se que "a entrevista é um instrumento fundamental do método clínico e é, portanto, uma técnica de investigação científica em psicologia". Aqui, entendida como aquela na qual se buscam objetivos psicológicos (investigação, diagnóstico, terapia, etc.), cujo aspecto fundamental consiste em "uma relação humana na qual um dos integrantes deve procurar saber o que está acontecendo e deve atuar segundo esse conhecimento, sem se esquecer de que o observador é parte desse campo dinâmico, quer dizer, que, em certa medida, condiciona os fenômenos que ele mesmo vai registrar". Por conseguinte, a máxima objetividade só se alcança quando se considera o sujeito observador como uma das variáveis.

Do meu ponto de vista, as objeções sobre a validade da observação feita nestas condições e já discutidas anteriormente, derivam de uma concepção metafísica do mundo: a suposição de cada objeto tem qualidades que dependem de sua natureza interna própria que determinadas relações modificam ou subvertem essa pureza ontológica ou essas qualidades naturais. O certo é que as qualidades de todo objeto são sempre relacionais.

Cada situação humana é sempre original e única, portanto o encontro clínico entre o observador e o paciente também o é, porém isto não rege somente os fenômenos humanos como também os fenômenos da natureza, cuja originalidade não impede o estabelecimento de constantes gerais, quer dizer, das condições que se repetem com mais frequência.

Conclui BLEGER (16) sobre o trabalho profissional na área da saúde mental, dizendo que: "O trabalho profissional do psicólogo, do psiquiatra e do médico somente adquire sua real envergadura e transcendência, quando coincidem a investigação e a tarefa profissional, porque estas são as unidades de uma práxis que se resguarda da desumanização na tarefa mais humana: compreender e ajudar outros seres humanos. Indagação e atuação, teoria e prática, devem ser manejadas como momentos inseparáveis, formando parte de um só processo."

Pensando em enriquecer este capítulo sobre a escolha do método, concordo com ARRUDA (10), quando diz que tivemos que vencer a nossa educação e formação médica segundo o referencial das ditas Ciências Naturais ou Empírico-Formais, acreditando que a cientificidade de um trabalho de pesquisa depende do emprego de uma abordagem segundo uma lógica positivista.

A "Ciência Normal", atividade na qual os cientistas gastam todo tempo, é baseada no suposto de que a comunidade científica sabe como é o mundo. Porém as revoluções científicas são complementos desintegradores da tradição à qual a atividade da ciência normal está ligada. Uma nova visão das coisas requer a reconstrução da teoria precedente e a reavaliação dos fatos anteriores", KUHN(86).

Por isso é que foi difícil abandonar os procedimentos racionais, indutivos, ajuntando informações num crescente estoque de técnicas e conhecimentos científicos -- método a que vinha habituada desde a escola tradicional. Mas, nas palavras de RUBEM ALVES (5): "As mudanças virão contra a vontade". Assim, após estes poucos anos de trabalho, com muito estudo e busca de apoio na revisão do trabalho de muitos autores, vencida essa barreira preconceituosa, delineei um projeto onde pudesse, seguindo a definição de AURELIO (40) para dissertação, ligar, unir, amarrar aos conhecimentos teóricos, descrições de casos ilustrativos, incluindo trechos de sessões de psicoterapia.

Com os instrumentos conceituais que temos desenvolvido, podemos tentar agora estabelecer uma relação entre o insight e o conhecimento científico. Enquanto investigação do inconsciente, o método psicanalítico é uma parte do método científico. Quando o analista trabalha, se o faz cabalmente, não faz outra coisa que aplicar o método científico: nisso consiste a busca de **insight** - afirma ETCHEGOYEN (35).

A investigação científica consiste em aplicar e contrastar teorias. A essência do método científico, diz POPPER (101),

reside em que as teorias vão sendo testadas e refutadas. Não pode haver uma teoria irrefutável, porque, se assim fosse, deixaria de ser científica.

Recorri às considerações de BION (13) sobre a questão do registro de sessão. É comum pensar que um registro feito logo após os eventos tenha especial validade e superioridade "intrínsecas" em relação a ser feito muito tempo depois. Porém o psicanalista carece de uma definição mais precisa dessas realidades ocultas, pois o transfundo emocional de onde provém o relato em apreço, necessariamente, inclui minhas idéias sobre o que me disse o paciente, as interpretações fornecidas e as interpretações que fiz do resultado desse encontro.

BION (13) todavia adverte que para se tirar proveito da demonstração do inconsciente, é mister seguir o método científico com cautela, colocando-se bem radical quanto ao exercício psicanalítico que deve ser realizado, sem a intenção de que o relato da experiência "comprove" ou "valide" seja lá o que for. Conclui que : "O método -- seja ele qual for -- nada mais traduz que um caminho pelo qual se instrumentaliza a experiência do cientista como fonte de segurança na neutralização da insegurança que a descoberta de novas perspectivas dos problemas, deixou à mostra".

"As premissas da Ciência determinam os métodos segundo os quais ela é praticada e vice-versa". Encarada sob uma certa perspectiva, a "metodologia" parece uma questão puramente técnica, sem nenhuma relação com a ideologia; pressupõe-se que ela tinha a ver apenas com métodos para extrair informações as mais fidedignas possíveis. Entretanto, ela é sempre muito mais do

que isto, pois comumente está carregada de pressuposições que todos aceitam..." (13)

"Não será verdade que cada ciência, no fim, se reduz a um tipo de método?" De uma carta de Freud a Einstein, 1932.

Um indivíduo é um ser único. Assim as Ciências do Homem tem seu problema não nas teorias nem nos métodos, mas na própria natureza do objeto. A despeito disso, quando se pensa em fazer Ciência, busca-se uma ordem unida, a regularidade na questão da liberdade e das manifestações humanas, tão variáveis, que tornam as coisas fantásticas. Desta forma a metodologia do trabalho não pode ser algo técnico, mas guarda relação estreita com a ideologia.

Pela minha experiência é que tenho confirmado a validade do método clínico como o caminho para se obter as informações necessárias, respeitando as variabilidades decorrentes da complexidade do ser humano.

Tenho de admitir que essa escolha está ligada à necessidade de coerência com meu procedimento terapêutico e com as teorias que suportam essa técnica. Não pretendo promover aqui uma revolução científica, apenas tentar, com o máximo rigor, trazer algumas contribuições para o enriquecimento do mesmo processo que venho justificar -- o método clínico.

Para cumprir meu objetivo, busquei, na investigação psicanalítica da interação com meus adolescentes, em tratamento em distintos períodos do processo, a compreensão de suas expressões do processo evolutivo normal, sua psicopatologia e os concomitantes processos de somatização.



VI-ILUSTRAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS SOBRE OS  
PROCESSOS DE SOMATIZAÇÃO

- A.CASO 1 : MANEJO DO TIPO HISTÉRICO
- B.CASO 2 : MANEJO DO TIPO HIPOCONDRIACO
- C.CASO 3 : MANEJO DO TIPO PSICÓTICO

Com as hipóteses teóricas sobre os processos de somatização, na adolescência, as quais me propus investigar classifiquei os casos estudados em três categorias: quadros com distintos graus de compromisso somático e suas conseqüentes limitações funcionais, aqueles com transtornos em áreas corporais, cuja alteração traz benefícios secundários com grande poder sobre os outros, e aqueles onde há sério risco de vida.

Passo, então, à ilustração com casos clínicos das configurações evolutivas comuns, nos adolescentes com processos psicossomáticos, aderindo às hipóteses teóricas de Knobel, as quais expus e sustentei no capítulo anterior, com contribuições de diversos autores de grande utilidade clínica, o que constitui a base desta dissertação.

A OMS (96), em sua delimitação da adolescência como o período de transição entre a infância e a idade adulta, considera que ele se estenda dos 10 aos 19 anos, fazendo observar que esta faixa etária, a qual engloba, geralmente, o tempo que se desenvolve entre o início da puberdade e a maioridade legal, coincide com certas características demográficas. O início marcado desta fase é sempre pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários, mas seu término, pelo contrário, é sempre mais discutível.

Ao fim do Ano Internacional da Juventude, as Nações Unidas, numa tentativa de solução prática, definiram a adolescência como correspondente ao grupo de idade que vai dos 10 aos 24 anos, no interior do qual, acrescentam três subdivisões de cinco anos cada, a saber: 10 aos 14 anos, 15 aos 19 anos, 20 aos 24 anos. E,

ainda, propuseram a expressão "jovem", aplicada, de uma maneira geral, ao grupo composto dos 10 aos 24 anos, ainda que, na prática, se admita a utilização indiscriminada dos termos: "adolescente", "jovem" e "juventude".

Decidi usar este parênteses, a fim de justificar a faixa etária da qual escolhi os casos para ilustração clínica, não dando destaque ao sexo.

Assim procurei pacientes que tivessem sido atendidos no período dos 15 aos 19 anos, por considerá-lo mais expressivo e menos polêmico, quanto às características mais peculiares da adolescência, selecionando pacientes em acompanhamento, nos últimos quatro ou cinco anos, tempo que favoreceu o estudo mais aprofundado dos casos.

No material utilizado para descrição, inclui **trechos resumidos** dos seguintes procedimentos: anamnese inicial com o paciente; entrevista inicial com os pais, com fins de diagnóstico e de contrato (em se tratando de adolescentes) e considerações colhidas durante o processo psicoterapêutico.

Caso nº 1- Somatização do tipo histérico

G . D . P.

Sexo : Feminino

Data de Nascimento : 31.Jan.70

Início do tratamento: 14.Ago.86

Pai - 55 anos - Médico Cirurgião

Mãe - 53 anos - Comerciante

Trata-se de uma jovem de 16 anos, que, no primeiro contato, admite ter cedido aos pedidos da irmã, que é psicóloga, para procurar a psicoterapia, após ter reconhecido suas angústias frente às mudanças corporais, tendo sofrido episódios de emagrecimento, que se tornaram, segundo ela, "o prato do dia" nas discussões familiares.

Mora só com os pais, mas é filha mais nova, "temporária", tendo mais três irmãs, já casadas, e vários sobrinhos.

Traz como questionamento preocupante a sua capacidade de acompanhar um colégio mais forte, uma vez que está tendo dificuldades, mas quer seguir a carreira médica.

Conta também que, desde muito pequena, sofre de crises asmáticas, que já não são tão graves mas ainda frequentes.

Da relação com os pais, diz que a mãe é muito preocupada com ela, e com o pai, tem apenas discussões a respeito de questões

econômicas.

Dá-se bem com as irmãs, "melhor à distância", segundo ela, sobretudo com a irmã médica, a qual sentia ser a preferida do pai e que, por ocasião do início da terapia, residia no exterior.

A mãe confirma as queixas da filha, demonstrando grande preocupação com o retraimento da mesma e sua dificuldade de "se desligar" dela; conta, às vezes, desperta durante a madrugada, e G. está no quarto dos pais.

Justifica-se por estar sem sono. Outras vezes, mais ansiosa, está chorando, preocupada em não ser boa filha e temerosa pela morte da mãe.

Acredita que, das quatro filhas mulheres, G., sendo a mais nova, foi a que "pegou" o casal na pior fase, quando a mãe pensava em não ter mais filhos.

Sobre a infância, o casal concorda que G. sempre foi bem e desenvolveu-se com bastante independência, o que contrasta com sua atitude agora, na adolescência.

Nos últimos anos, foi cursar o 1.º Ano do II Grau em S.P., mas teve que retornar ao interior por dificuldade de adaptação.

Exibe grande rivalidade com as irmãs e nenhuma com a mãe, da qual é muito dependente. A mãe de G. mostra-se dominante, de caráter fálico. O pai obeso, aparentemente desligado, reforça os aspectos infantis da filha, contradiz a esposa sobre a capacidade intelectual de G. e mostra-se preocupado com os episódios anoréticos da mesma, embora explique que não chegam a prejudicar-lhe organicamente. Quanto às crises asmáticas, lembra que a filha médica sofre da mesma enfermidade, cuja intimidade

tem sido menor em G. e cada vez mais associadas a situações emocionais, onde é frustrada.

### CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

Do trabalho analítico com G. concluí que sua estrutura é uma resposta, primeiramente, à falta de continência materna da mãe que todavia desenvolve uma atitude protetora compensatória da sua hostilidade e rejeição, o que leva G. a um desenvolvimento acelerado, escondendo uma dependência extrema com essa mãe. Vê-se, na conduta de G., a expressão do conflito, através do qual mediante esforços constantes, tenta conseguir uma independência manifesta e até para uma conduta aparentemente sedutora, revelando-se porém, infantil, no contato terapêutico.

Essa mãe, seguindo as fantasias de G, teria desenvolvido tal atitude super-protetora por sua frustração conjugal. G, na tentativa de se libertar da mãe, busca, na figura do pai, o substituto, que se torna compensador, apenas enquanto a valoriza na atividade intelectual, o que ela vivencia como um caminho - exigência para chegar até ele.

Na infância, o caminho até o pai foi conquistado pelas "crises asmáticas", quando então traz em suas lembranças que o casal se unia em torno dela, e aí o pai é quem a examinava e a segurava no colo para as inalações.

A chegada da puberdade e do processo da adolescência, reativando as ansiedades edípicas, levam-na ao enfrentamento dos pais, que "caem do pedestal da sua infância", como diz e já explode em crises de asma em episódios de emagrecimento diante da percepção cada vez mais consciente da hostilidade da mãe. Porém seu sentimento de culpa, também pelo reconhecimento da dedicação da mesma e da visão menos idealizada do pai ( sempre o achava "um coitado nas mãos da mãe"), fica sem saída e, sem ter onde se "nutrir" (sem as figuras boas para se identificar), sente-se sufocada.

Em outros momentos, diante das discussões dos pais, ansiedade pelos exames escolares, teme ser "descoberta" em sua fragilidade, e tem crises asmáticas, na tentativa de reprimir o conteúdo angustioso desencadeante de tal reação neurótica. Toda emoção trivial ou intensa se traduz no corpo, com alterações respiratórias e a não - ingestão do alimento, como equivalentes da repressão de sua agressividade para proteger a figura dos pais e manter os aspectos de dependência, na aparente fragilidade, o que contribui a reforçar sua estrutura histérica.

Como, em todo neurótico, as fantasias tem o valor de realidade, assim, se durante o dia as fantasias estão mais reprimidas, porque a vida a obriga a atuar na realidade, durante a noite, o ego mais relaxado, afasta-se da realidade, e com menos energia, G. rechaça menos os desejos insatisfeitos e as fantasias angustiantes relacionadas com ele; assim ela desperta, vai constatar os pais vivos-adormecidos (em coito).

Desta forma conquista G. maior atenção sobre si, sobretudo do pai com quem a mãe, pelas constantes críticas ao marido e pela

atitude dominadora, não deixa a filha aproximar-se dela de maneira mais afetiva. Neste caso, ela fica "autorizada" pela doença, o que é reforçado pela profissão do pai-médico, e torna-se a "queridinha" dele, com as irmãs mais velhas já fora da casa dos pais.

Toda essa reflexão psicodinâmica vem sendo base de trabalho interpretativo, para o qual encontro muita resistência de G., cujo esforço em corresponder às expectativas, lhe dá a impressão de ser segura de si e firme em sua atuação social, enquanto na sua cidade natal. Contudo suas angústias não derivam de situações atuais, mas infantis, nas quais subjaz seu conflito entre a independização precoce e a submissão à mãe.

A aliança terapêutica também guarda as semelhanças dos processos inconscientes. Inicialmente G. se vinculou de forma "submissa e obediente", como "boa filha analítica". Já, após alguns meses, começa a transgredir o enquadramento, o que interpretei, partindo da análise da contratransferência, que não se constituía um ataque ao vínculo, senão um modo de expressar sua confiança, de experimentar um contato mais permissivo.

Traz, então, que, nas crises de asma, mobilizam-se fantasias de conteúdo francamente sexuais com aspectos agressivos do coito dos pais e percebe como os períodos de emagrecimento expressam também sua forma de negar o corpo feminino e enfrentar a sexualidade, no contacto com o sexo oposto, ainda as pulsões edípicas de amor e raiva que vê frustradas em seus fins.

Começa a desenvolver um contacto com o sexo oposto, dando preferência a rapazes mais jovens, justificando-se ser mais fácil



se relacionar melhor com homens do que com mulheres. Diz que os "meninos" a procuram por amizade, embora se observe uma conduta, da parte de G. mais exibicionista no seu vestuário.

Exibe igualmente, de forma mais aberta, sua rivalidade com as irmãs e sobrinhos e persiste o conflito frente à escolha profissional: seguir a carreira médica, sair-se bem, equivale a "trair" a mãe, ficar adulta, enfrentar a sexualidade.

Além do que, seu superego vem representado pela mãe interna, a qual assume "categoricamente" que a vida sexual foi abolida com o marido, por representar os "aspectos primitivos e sujos, do ser humano", o que transforma as vivências de seus impulsos sexuais (de G.) em culpógenos e angustiantes. Vê-se, então, mantendo grupo de amigos, só de rapazes mais jovens que ela, portanto mais imaturos, entre os quais assume o papel de mãe, tendo-os como filhos, em defesa às fantasias edípicas.

No curso de terapia, assume um modelo relacional histórico, apresenta-se mais alegre, consegue monopolizar atenção, não se queixa abertamente das exigências, as quais já aceita assume como projetos e programações suas mesmas. Começa a namorar um dos rapazes de sua idade e chega a manter contato mais íntimo com ele, mas sem valorizar muito o acontecimento, pois se acha muito jovem para "isso", o que interpretamos como tentativa de corresponder à "mãe-pai-terapeuta" que esperaria sua "atuação sexual".

Teme pela morte da mãe, como formação reativa à sua ambivalência no relacionamento com ela, e manifesta grande rivalidade com a irmã mais velha, que é médica; todavia, do ponto de vista manifesto, nega seu afeto pelo pai, afirmando

ostensivamente seu rechaço por ele, cuja aparência física "não dá para encarar", segundo os critérios dela.

O vínculo edípico com os pais desenvolve uma fantasia onipotente, onde qualquer desenvolvimento do autêntico "self" é promotor de angústia, pela idealização da figura paterna.

Após dois anos de psicoterapia, encontramos G. mais leve, aproveitando a volta da irmã médica do exterior. Tendo esta fixado residência em S.P., G. vai morar com ela para fazer o cursinho. Sua melhoria de relação com o pai, aparece na valorização que G. passa a fazer do dinheiro (que vem dele) e definindo-se pela carreira médica. Nos fins de semana, assiste a algumas cirurgias com ele.

Observa-se que as manifestações somáticas de manejo histérico ainda se apresentam porém com uma sintomatologia menos comprometedora: cefaléias em ocasiões sociais, mas que enfrenta assim mesmo.

Queixa-se de estar com o peso acima do desejado, "um pouco obesa" na sua opinião mas o que se observa é um corpo com formas femininas mais definidas.

A identificação com os aspectos mais positivos do pai, dessexualizando o vínculo, melhora o contato também com a mãe, que passa a respeitar a liberdade e o crescimento da filha, não mais duvidando de sua capacidade intelectual para seguir a carreira escolhida. Desidealizando a figura paterna, troca a idealização edípica pela identificação com os aspectos positivos da figura do pai (decide-se pela carreira de Medicina). Na transferência, surge também a rivalidade com a irmã, o que

permite que se superem os aspectos distorcidos e reforcem-se os positivos, resultando a identificação com a irmã-terapeuta-médica.

Há uma remissão das crises asmáticas. Consegue manter seu corpo mais feminino, o qual passa a valorizar e não mais o critica, o que sugere uma elaboração do manejo somático, apresentando peso estável e uma aparência física mais própria à sua idade.

É evidente que este caso diz respeito a uma adolescente que apresenta transtornos transitórios em áreas corporais, sem lesões permanentes, como comumente se espera, neste tipo de manejo. As alterações funcionais trazem benefícios secundários no meio familiar, dado que se produzia numa personalidade com poder de provocar repercussão nos demais, até circunstâncias de filha mais jovem e já "fora de tempo". Conseguia G., com seu estilo dramático, comprometer efetivamente os pais, preocupá-los e fazê-los atuar.

A trama emocional, colocada no corpo correspondia sempre a situações triangulares edípicas e continuam, portanto, sentimentos de ciúmes, de exclusão e de rivalidade.

As somatizações com manejo histérico, como nas conversões, podiam conceber-se como sonhos que, no lugar de serem sonhados eram dramatizados no corpo.

No processo psicoterapêutico, os motivos desencadeantes dos sintomas e a ligação de nexos entre a representação plástica e a representação verbal que puderam ser inferidas (muitas situações podiam ser claras até para o observador não analítico) expressam bem as organizações neuróticas, que, neste caso, é de manejo,

tipicamente, histórico.

## Caso nº 2-Somatização do tipo hipocondríaco

S. R.

Sexo : Feminino

Data de Nascimento : 11 Ago 70

Início do tratamento : 12 Abr 87

Pai - 57 A : Empresário

Mãe - 52 A : Professora Aposentada

S. nasceu prematura de 30 semanas (7 meses) de gestação, sendo foi necessário passar 15 dias em incubadora. Desta forma, houve uma certa privação do contato primário materno, ainda que a mãe tenha levado seu leite no hospital, diariamente.

Por ocasião da consulta, S. veio a seu pedido para realizar "orientação vocacional". Queixava-se de **obesidade** e de um temperamento que classificava com "altos e baixos", com características sazonais( em determinadas fases do ano).

Retratava a família como "unidos, mas sempre brigando como gato e cachorro". Como nascera após seis filhas mulheres, era muito desejado, que nascesse do sexo masculino.

S. sempre foi uma criança tranquila, **fez uma série de quadros somáticos graves** na infância: **tuberculose** aos 5 anos, o que a levou a tomar medicamentos que a fizeram engordar para "ficar forte", fato ao qual atribui a causa de sua obesidade. "Comia sem parar, e até hoje, quando não estou bem, como o que vem pela

frente", segundo suas palavras. "Quando fico triste, parece que eu sinto fraqueza".

Traz ainda um quadro de **amebíase crônica** com diarréias frequentes, que se regulariza de tempos em tempos, com tratamento clínico.

Segundo a mãe, S. é uma ótima menina, prestativa, muito quieta, sempre foi boa aluna. Para surpresa de todos, aos 13 anos, os pais foram chamados à escola, porque S. se envolvera com um grupo de colegas, em cabulações das aulas. Estava sendo seriamente punida com a expulsão, por ter respondido de forma malcriada à freira-diretora da escola.

O pai muito ausente e fraco, apenas de aparente atitude de dominação. Percebe-se, contudo, na dinâmica da entrevista, sua dependência à esposa. A mãe revela, num tom, entre o heroísmo e o masoquismo, um sem número de doenças e cirurgias pelas quais ela, mãe, passou, ressaltando sua resistência.

### **Considerações Clínicas**

S., fazendo uso de defesas maníacas, não se declara enferma, porque mantém uma relação de pouca empatia e de pouco cuidado efetivo na busca de solução, através de um tratamento clínico rígido, para manter o núcleo melancólico, controlado no corpo e que se acompanha de um sério temor à perda desta espécie de "cieto" ou "núcleo" hipocondríaco.

S. nega, igualmente suas tendenciosas preocupações com o

corpo e replica falando do quanto precisa se olhar no espelho e muitas vezes surpreendendo-se com o que vê ("às vezes, pensei estar mais gorda... às vezes, pensei que meu cabelo estava mais claro"), "o que me causa estranheza como se eu procurasse alguém e achasse outra pessoa". Analisando sua preocupação excessiva com o corpo, vimos que essa vigilância teria o papel de manter separados os impulsos e as ansiedades de observar sua irrefreável mudança corporal, e assim poder estabelecer as diferenças entre os objetos bons e maus e as partes de dentro do corpo, onde eles se encontram num estado de permanente ameaça, que ela procura controlar. Se **emagrece**, exhibe seu crescimento que a compele a assumir seu papel feminino, contra o qual luta, pelos conflitos com a figura materna, e o esgotamento que lhe causa o conflito, deixa-a **fraca**.

Então, mantém a gordura e, em seus acessos bulímicos, vai **englobando** tudo o que encontra, ficando **entupida**. De tempos em tempos, sobrevêm as crises de amebíase com cólicas e diarréia, o que a deixa triste e preocupada num manejo patológico, de características tipicamente hipocondríacas, no próprio corpo.

O estado confusional parece originário do fracasso de divisão normal entre objetos bons e maus, partes boas e más do **self** o que resulta, amiúde, na confusão entre as ansiedades persecutórias e depressivas. Fica, assim também comprometido o desejo de reparação que requer a prévia divisão e discriminação do objeto persecutório, neste caso, claramente deslocado e mantido no corpo.

S. apresenta um temperamento cada vez mais **ciclotímico**, manifestações exageradas de tristeza, rebeldia excessiva,

superestimação das próprias atitudes, hiperatividade, mudanças rápidas e frequentes de humor. Também não consegue estudar, quer abandonar tudo, come muito o que vê, o que diminui a ansiedade, mas aumenta a depressão de características melancólicas.

O trabalho analítico tem nos ajudado em que esses momentos sejam menos comprometedores e a confusão mental tem se elaborado em clivagens sucessivas de discriminação. É de salientar, no entanto, que aos momentos depressivos tem se seguido fases aparentemente mais produtivas, no estudo e no relacionamento afetivo. Esses estados devem-se ao mecanismo anormal de divisão que se estabelece precocemente para eliminar as ansiedades confusionais insuportáveis e melancólicas. Estas ansiedades são expressas com o código visceral, como na tenra infância por defeito na formação do vínculo materno que representa a parte psicótica da personalidade e assenta-se sobre uma fantasia onipotente de invulnerabilidade e imortalidade, que se reforça nas fases de crise como na adolescência.

Como ocorre nesta configuração psicodinâmica, a mãe é quem ocupa o lugar central nas relações entre os membros do grupo familiar, controlando as interações e impedindo, quase sempre o encontro pai-filha. Na trama familiar, o excluído foi sempre o pai, desqualificado através das próprias pautas culturais e da família. Foi um pai passivo, sem força para ajudar a fazer as clivagens necessárias no processo evolutivo.

Em seu relato, traz a mãe sempre se queixando do marido, sem nunca se efetivar a separação conjugal. Porém, se pairar tal ameaça sobre a estabilidade familiar, aí surge outro ponto



importante da aliança manifesta mãe-filha que encobre outra, não visível e secreta, em que a mãe e o pai estão unidos em cumplicidade, e os filhos, marginalizados. Esta situação é percebida por S., o que lhe agrava os sintomas depressivos, por sentir nova decepção diante do pai inoperante, carente de peso e força, que fracassa em incluir-se dentro do grupo familiar, como um outro diferenciado, capaz de tomar decisões sobre problemas evolutivos ou conflitos emocionais. Intensificam-se os impulsos onipotentes sádico-orais excessivos, sobretudo a inveja ante o fracasso de seu controle sobre a situação.

Seu sadismo oral e seus produtos finais são projetados nos objetos externos não continentais e tudo é imediatamente re-introjetado no corpo e órgãos do corpo.

Quanto à sexualidade, iniciou-se com um namorado, bastante comprometido, com uso de drogas, o que confirma uma dependência de S. e uma indiscriminação nos papéis, numa repetição do manejo hipocondríaco, pelas características do objeto eleito.

Pela relação de dependência mútua, ela assumia o papel messiânico frente à carência extremamente regressiva do namorado adito às drogas, o qual passou a ser "adito à ela". Tal relacionamento se manteve por um ano, e a ruptura não ficou bem elaborada.

A identificação sexual neste caso está comprometida, porque não existe uma procura edípica do pai e, sim, uma negação desta figura, que fica excluída; há uma identificação maciça com a figura da mãe aparentemente "boa", a qual é introjetada em seus aspectos mentais hipocondríacos e orgânicos patológicos.

O pai, segundo as palavras de S., é o "típico observador

não-participante", mobiliza angústia nela, pois reconhece que o pai percebe suas necessidades, chegando a ter empatia com ela, mas não consegue se impor ativamente para ajudá-la; não podendo ser fonte nem de amor nem de autoridade.

No vínculo transferencial, na fase em que tratávamos desses aspectos, ela assumiu uma posição querelante, certo manejo obsessivo, em que passava a questionar sobre a validade disto ou daquilo. Mostrava-lhe que essas dificuldades de diferenciar o bom do mau, advinha do sentimento invejoso com relação a mim, o que a levava a desvalorizar minhas interpretações, permanecendo no estado confusional. Assim, eu me transformava no pai impotente.

No vínculo transferencial, comprovou-se no início, a indução que S. exercia sobre a terapeuta, para reforçar suas exigências, numa projecção da figura da mãe-exigente, e, por uma distorção semântica, introjetava as interpretações como ordens a serem executadas, para lhe garantirem o afeto, como fonte renovadora de sua auto-estima -- um tipo de formação reativa com características hipocondríacas.

Já, mais no terceiro ano de psicoterapia, aproximou-se da irmã mais velha, inicialmente idealizando-a como modelo substituto de identificação, movimento que permitiu o trabalho mais eficiente através da análise do processo transferencial, quando se conseguiu abrir campo também para a discriminação sobre sua ansiedade de castração. Esta estória primeiramente, ligada a sua inveja oral excessiva, por desenvolvimento precoce das sensações genitais, às quais, não tendo conseguido satisfazer-se ao seio, buscou na repetição com o pênis, do pai, para depois

recuperá-lo nos processos sucessivos de elaboração da neurose transferencial.

Aqui, é importante comunicar que houve várias tentativas de interrupções do processo terapêutico, período que coincidia com férias escolares e favoreciam suas condutas, nas quais ficava evidente o mecanismo psicopático e o conseqüente "acting-out".

Vê-se que sua organização genital é bastante precária e sua sexualidade de natureza sádica, onde os impulsos genitais, anais e orais se confundem.

Tendo conseguido maior discriminação, nos últimos meses, uma melhor estruturação egóica, superou aquela fantasia de obesidade persecutória do início, modificando seus hábitos alimentares, o que veio revelar uma jovem mais agradável esteticamente. Teve outros relacionamentos afetivos mais estáveis, com escolhas objetais um pouco mais adequadas, guardando ainda características de relações dependentes. Sua área de somatização se deslocou para os genitais. Tem tido frequentes cistites ora infecciosas ora assépticas mesmo, mudando os órgãos-alvos, porém predominando o manejo hipocondríaco das somatizações.

Tem enfrentado a relação com a mãe de forma mais realística, reconhecendo, inclusive, a atitude agressiva da mesma, sob seu intento de superproteção; ao mesmo tempo, revela carinho pelo pai, desenvolvendo uma afinidade com ele, na área de ideologia política, área onde desloca sua atitude contestatória; tem frequentado com o pai o diretório do partido e vem apresentando um movimento criativo mais constante, indicando maior capacidade de sublimação.

A adolescência reativou em S. suas ansiedades psicóticas

infantis precoces, que têm que ser de novo elaboradas, explicando seu manejo hipocondríaco neste período de readaptação ao processo da adolescência. Os órgãos atingidos os quais eram, ao mesmo tempo, genitalizados, serviam-lhe para se livrar dos aspectos confusos e melancólicos, que a ameaçavam.

A simultaneidade das condutas psicopáticas de defesa despertadas pelo complexo processo de "lutos" desta fase evolutiva e do manejo hipocondríaco das somatizações e do funcionamento psíquico resultaram as dificuldades diagnósticas e psicoterapêuticas deste caso. É facilmente compreendível, quão poucas vezes, uma paciente com esta estrutura, tem condições para entrar num processo depressivo, afetivamente elaborativo.

Caso nº 3-Somatização do tipo psicótico

R.T.C .

Sexo : Masculino  
Data de Nascimento : 21 Dez 72  
Início do Tratamento : 27 Abr 90

Pai - 42 A : Engenheiro de Pesquisas

Mãe - 40 A : Pedagoga

A mãe de R. procurou ajuda para o filho e os pais vieram à entrevista, em busca de ajuda, no sentido de mobilizá-lo a vir para o tratamento.

O contato com os pais de R., revelou um casal, até do ponto de vista de indumentária, como "adolescentes em férias": esportivos e despreocupadamente sorridentes.

Contraditoriamente à mobilização de conseguir a consulta, a mãe resume no primeiro minuto, como que já limitando o tempo de contato, os problemas de R.: **Enfermidade pulmonar grave** (descoberta "por acaso"), que colocou em risco a vida de R. e sua dificuldade para "crescer". Na definição da mãe, R. é aparentemente independente, mas no fundo imaturo e até muito infantil. Mostra-se até preocupada por um rebaixamento

intelectual do filho.

Reconhece que sempre cobrou muito dele, demonstrando certa coerência com essa admissão pelo menos racional, mas revela, sua predileção e maior afinidade com o filho mais novo. Confessa que mesmo sabendo das limitações de R., sempre lhe exigiu o máximo, fazendo comparações com o irmão que cursa Medicina e sempre se saiu melhor intelectualmente.

Ilustra sua relação com ele, "confessando" que em 1986, quando R tinha 14 anos, levou-o para um psicodiagnóstico por ter baixo rendimento escolar. Naquela oportunidade, a avaliação já evidenciava dificuldades no trabalho mental, com deficit na avaliação global da realidade objetiva, o que prejudicava o convívio social : envolvimento mais afetivo que emocional, evidenciando uso constante do mecanismo de identificação projetiva e introjetiva, com manifestações de afeto do tipo egocêntrico e imaturo.

O pai traz elementos significativos na compreensão da psicodinâmica familiar, quando relembra que a mãe de R. sempre "pegou muito no pé dele" e deflagrou mudanças importantes na atitude de R. em relação ao pai.

Por ocasião de uma das viagens do pai para o exterior, a mãe deduziu que o marido tivera uma relação extraconjugal. A partir desse momento, R., que se sentiu muito assustado com a ameaça grave de separação dos pais, passou a se "devotar" à mãe, hostilizando o pai mais frontalmente. Desenvolveu ciúmes intensos em relação à ela e "está sempre pendurado em mim", diz a mãe. Um comportamento aparentemente edípico que vai se revelar mais tarde

como um comportamento mais regressivo.

Outro dado que adquire relevância é a supervalorização do casal sobre as conquistas intelectuais, o que levou a família a se mudar várias vezes de cidade em função dos trabalhos do pai. Com 5 anos, R. foi viver em Londres com a mãe, o irmão de 4 anos, enquanto o pai fazia suas pesquisas lá. Segundo a mãe foi a melhor época de sua relação com R. e com a família, no geral, pela maior aproximação que a própria situação compelia, embora acentua que R. sempre brigava com o irmão, desde aquele tempo. Tal comportamento é manifesto e superficial e não correspondendo a realidade interna do paciente, pois sente inveja e culpa pelos "ataques" que faz ao irmão, procurando reparar com uma superproteção, logo após as discussões com ele.

Aí, em janeiro de 1990, por ocasião de uma viagem do pai ao exterior, R desenvolveu um quadro grave de soluços intensos que a levou a internação em Hospital Geral. O quadro que já perdurava por tres dias consecutivos, revelou-se ao exame clínico durante a internação, tratar de pleurisia tuberculosa assintomática.

O pai intervém e se justifica, como que se sentindo culpado, dizendo que havia observado certo emagrecimento e abatimento do filho e que chegou a pensar em uso de drogas, pelo comportamento sempre fugidio do mesmo, embora esse fosse o seu modo usual de relacionamento familiar e social( é de poucos amigos).

R. vem ao encontro psicoterapêutico, já aceitando, de forma inquestionável que deverá seguir a psicoterapia, como mais uma imposição dos pais.

Diz ser "desligado e confuso" e queixa-se da dificuldade de se relacionar com as pessoas. Agora, percebe isso mais

intensamente no contato com as garotas. Conta que se atrapalha com coisas simples do cotidiano e que também se assustou com a doença, pois sempre foi forte, são e não acreditava que pudesse ter qualquer problema orgânico.

Queixa-se de insatisfação com seu curso e está convicto de que poderia tentar um mais difícil, até mesmo Medicina Nuclear (o irmão cursa o 4o Ano de Medicina, e o pai faz pesquisa na área de Física Nuclear).

Está namorando há alguns meses, mas se percebe evitando o relacionamento sexual, pelo medo de doenças, com uma negação dos componentes afetivos. Conclui que tal barreira afetiva perturba tanto a mãe, que ela resolveu buscar ajuda psicológica para si e para o filho.

### **Considerações Clínicas**

No processo psicoterapêutico, observa-se que R. deveria satisfazer as aspirações narcísicas dos pais. Trata-se de um casal que esteve exposto a intensas exigências de adaptação, frente as quais fracassaram e vivendo estes fracassos como injúrias narcísicas, por um lado produziram um sentimento de intensa humilhação e por outro uma busca intensa de reivindicações pessoais. Ai também vê-se um casal passando por uma série de crises emocionais pessoais e de relacionamento conjugal.

Assim, conseqüentemente, surge o papel deformado de R., que



passa a ter a missão salvadora de "unir" o casal , constituindo-se em um depositário, ainda antes de nascer, das intensas expectativas, albergando exageradas ambições sobre rendimentos exitosos e precoces num nível claramente narcísico, que é o que ele introjeta e obriga-o a negar esse componente tão patológico e desligá-lo de sua perturbação somática.

R. percebe sua semelhança com a mãe e a decepção, pois ela, mãe, abomina a constatação, expressando bem frontalmente seu desejo e ao mesmo tempo suas dúvidas da capacidade do filho, naquelas áreas, em que ela mesma falhou como pessoa.

Na psicoterapia, aparece "insight" com relação à figura do pai que "abandona" R. no plano emocional, rejeita-o, totalmente desconectado e carente de empatia para decodificar as necessidades psicológicas do filho, suas possibilidades e limitações .

A mãe é quem assume ativamente o manejo e educação dos filhos, controlando as interações e impedindo quase sempre o encontro pai-filho. Na relação transferencial, todavia a elaboração dos aspectos conflitivos com a figura feminina não competitiva da terapeuta, permitiu uma maior aproximação com a mãe em quem deposita seus aspectos mais indiscriminados, em sua regressão para não enfrentá-la, no crescimento.

Percebe que seus, pais não atingiram o nível genital, onde o vínculo se organiza em função de características pre-genitais e narcísistas, o que impede R., como filho, de conceber os pais como adultos que cuidem dele como um terceiro, estereotipando relações diádicas: "Sente os pais muito confusos e egoístas".

Esta organização se expressa também na área da sexualidade, quando fala de suas preocupações pela AIDS, no contato íntimo, evitando até beijos, exibindo ansiedade persecutória intensa, referindo-se ao problema; confirmando a nível da sexualidade, uma clivagem mente-corpo, onde os aspectos psicóticos da personalidade, em sua totalidade, estão deslocados para o corpo, sem que ele, tenha sequer a capacidade de reconhecer que está sofrendo de uma "condição orgânica" a qual parece estar evoluindo por si mesma.

Durante a psicoterapia, que durou apenas um ano e quatro meses, R. repete sua desorganização temporo-espacial demonstrando a severa distorção que o levou a se reestruturar em função das pressões e expectativas externas segundo programas de tarefas e obrigações a cumprir em que fracassa constantemente, esquece o dia das sessões, quando não chega atrasado.

Chega a fazer conexão emocional com a situação na qual esteve ameaçado terrivelmente em sua função de unir o casal parental, o que para R. simbolizou ameaça de fracasso total ( a viagem do pai, quando a mãe suspeitou da traição do marido). No trabalho analítico, percebeu que a identificação deste fato de alta carga emocional com a revivência dos mesmos temores análogos de fracasso em seu papel redentor, (é o filho mais velho). Esta situação traumática teve como consequência, a fratura do sistema defensivo, que surge numa organização de personalidade severamente esquizóide, na qual o corpo, onde conseguiu bloquear o processo de desenvolvimento e a aquisição da identidade masculina.

A negação, a indiferença, as vivências autistas, a falta de

respostas mais afetivas, levou-me à confirmação de uma estrutura de personalidade com traços psicóticos marcantes, pois por momentos a despersonalização se fazia presente e era rapidamente negada pelo sentimento de "engano".

Chegou a manter relações sexuais com a namorada, o que o levava a períodos de ambiguidade e confusão, apresentada como abulia e as fantasias de desagregação da personalidade que se esboçavam, eram logo negadas.

Por ocasião do quadro de soluções, passou dois dias sofrendo do sintoma, primeiro negando-o, só dando conta da gravidade quando lhe foi indicado tratamento sob regime de internação.

Seu estado emocional de confusão e desorientação temporoespacial se agrava e desenvolve um quadro de características psicóticas (quadro de agitação psico-motora e delirante durante a internação hospitalar, quando após anestesia peridural, cessam bruscamente os soluços). Confirmando o manejo psicótico do sintoma: o que induziu à confusão foi a cura sintomática a qual pode mostrar uma desorganização maior dos códigos, que, então se alteram, dado que a supressão do sintoma implica uma nova exigência quando, "não dispondo o paciente de outro registro de sintoma, para suprir os anteriores, ocorre um quadro de desorganização psicótica".

O tratamento foi interrompido no final de 1 ano e 4 meses, com a comunicação brusca e inesperada, pela mãe, quando na oportunidade do pagamento de honorários, referiu dificuldades econômicas, e, por mais que se tentassem fazer concessões, estas eram rejeitadas, ao mesmo tempo em que afirmava peremptoriamente

de que R. voltaria, assim que tudo se normalizasse.

Considero que este tipo de somatização (ou esta forma de vivenciar a patologia somática) tem características psicóticas que, ao serem energicamente negadas e clivadas, levam da mesma forma à destruição da personalidade, o que pude observar que possa ser o futuro para R. Claro está que isso se dava no plano corporal, sem que ele o vivesse, conscientemente no plano psíquico.

Aqui a negação não é otimismo, senão que está a serviço do mais psicótico no indivíduo, o que não foi registrado.

Isto é especialmente frequente em muitos dos aspectos das enfermidades somáticas dos adolescentes, cuja real gravidade deve se elucidar cuidadosamente. A somatização neste caso, é a que permite este tipo de "defesa" que pode ser destrutiva ou reestruturante.

É destrutiva enquanto persista e a ajuda médica não é então nem bem manejada nem bem aceita pelo paciente, podendo até induzir o médico a atuar iatrogenicamente, por omissão ou tolerância; é reestruturante quando se satisfazem as demandas psicodinâmicas subjacentes à patologia manifesta e o médico pode entrar a atuar com uma função reparadora compensadora das carências afetivas e sociais que o adolescente padece.

VII-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das relações mente-corpo é um dos termos que vêm assumindo progressiva importância no contexto do estudo do ser humano e das questões da saúde, permitindo uma nova visão do fenômeno da doença. O termo psicossomático, sob o qual de forma genérica, têm sido estudadas estas relações, começou a ser utilizado só no século XX. Todavia esse conhecimento das interações dialéticas acompanha toda história da Medicina e está presente em significativas obras da literatura de todos os tempos, através das obras de grandes pensadores que se ocuparam da natureza humana.

De uma perspectiva de estruturação psíquica especial, determinada pelas "séries complementares" de cada sujeito, em interação dialética com o mundo objetal interno e externo, surge uma modalidade, dinamicamente econômica, de se reestruturar para "ser-no-mundo".

A relação entre o corpo e o psiquismo é feita através das zonas erógenas, realidades físicas, que possuem derivados somáticos e anímicos. Funcionam como zonas erógenas todos os nossos órgãos, que trazem também componentes de excitação geral do instinto sexual.

Assim o fenômeno da somatização não é um fato único, mas para melhor compreendê-lo é preciso falar de um verdadeiro **processo**, no qual jogam as suas configurações vinculares patógenas, conceitualizadas como pontos de fixação e suas conseqüências no processo de estruturação do ego mais as alterações no processo de simbolização. Todo este processo tem sua expressão na construção dos conceitos de representação do corpo, do espaço e do tempo,

determinando o interjogo das relações objetais.

A somatização não é uma simples "conversão" e sim um processo psicológico que pode ser melhor compreendido à medida que se possa ampliar o conhecimento psicanalítico e o de psicopatologia fenomenológica, de modo que os sintomas sejam interpretados como expressões, em linguagem somática, de afetos e pensamentos, de caráter único para cada indivíduo, como verdadeira crise em sua história vital.

Uma maneira de se comunicar, de viver, em determinado momento em que o "alter-ado", o "alienado" (entendendo que a idéia à qual se vincula o impulso reprimido, persiste como formação inconsciente), percebe-se melhor, ou mais claramente, no corpo.

É, com este sentido, que me tenho ocupado, neste e em outros trabalhos do problema de formação de sintomas, destacando que a anormalidade é, como diversos autores já tem colocado, "normal" em certas etapas do desenvolvimento, e além disso, vinculando, do ponto de vista psicodinâmico, todas as situações patológicas às etapas mais precoces do desenvolvimento infantil.

Estudando o processo adolescente, tenho podido compreender o que significa a "Síndrome da Adolescência Normal" e os "processos de luto" que fazem com que o indivíduo adolescente nesta passagem reestruturante de sua personalidade, abandone seu corpo e seu papel, infantil, seus pais da infância e sua bissexualidade e a identidade infantil e sua dependência absoluta. Também posso confirmar que tudo pode ter expressão mental e fundamentalmente corporal e social, nesta etapa evolutiva.

No mundo atual, tão conflitivo, onde o adolescente se expressa basicamente pelo corpo, este se torna agora o eixo de

estruturacões fundamentais, uma vez que, por estar em crise a sociedade, esta não proporciona parâmetros de referência para discriminação. Assim o adolescente se confunde com a sociedade, entra numa falta de diferenciação ego / não-ego, fechando as possibilidades de elaboração adequada. Estas dificuldades podem se expressar a nível mental ou corporal e geralmente em ambos.

Na minha prática clínica, tenho aprendido do trabalho psicoterapêutico com adolescentes que todo processo de conquista da identidade adolescente, a normalidade e a psicopatologia estão expressos em manifestações somáticas e mentais, como parte desse jogo progressivo e regressivo sempre presente em todas as fases do processo evolutivo.

Assim é que descrevi os quadros mais freqüentes na clínica, e seus concomitantes processos de somatização, dentro de um contexto que procurei apresentar, integrando conceitos, pontos de vista, marcos referenciais, que às vezes aparecem como contraditórios. Os quadros clínicos podem perder um pouco o seu aspecto apagado, para aparecerem mais nítidos e distintos, em seus aspectos psicopatológicos, os quais ficam mais claros numa classificação descritiva com fundamentos psicodinâmicos, que aqui apresentei.

O método clínico foi, então escolhido, baseado nos trabalhos já reconhecidos de diversos autores, numa tendência que inclui a fenomenologia moderna de compreender, dentro de uma perspectiva qualitativa, os fenômenos tal como são vividos e experimentados. Para que tais fenômenos sejam fidedignos que a simples repetitividade em mais de um sujeito, seja extraída nas mesmas



condições de enquadramento, de modo que a Fenomenologia e a Psicanálise se tornem complementares, pois a garantia de cientificidade nas ciências humanas não está no real, nem no racional, mas no confronto das interpretações na busca do consenso, na possibilidade de exercer a crítica, segundo as conclusões que confirmei.

Dentro desta convicção confirmada nos diversos autores pesquisadores e sobretudo pela experiência dada pela prática clínica, foi que eu trouxe a esta dissertação parte das considerações, que tenho desenvolvido, sobre os processos de somatização.

Entendo a somatização como forma de manejo objetal e que é possível descrever tres tipos básicos de projetar, no corpo os objetos ameaçadores, de maneira muito esquemática ( histérico, hipocondríaco e psicótico), os quais podem vincular-se com aspectos mais primitivos, indiscriminados ou psicóticos da personalidade, utilizando o corpo como um elemento primário de discriminação.

O manejo pode então adquirir os matizes de tipo erótico com características incestuosas nas somatizações históricas, os aspectos pré-genitais em parte indiscriminados e em parte confusos (oral-anal-genital e precoce-fetal), os quais se dão na hipocondria e por último, os aspectos totalmente indiscriminados, mas clivados no corpo, com características de somatização psicótica.

Desejo enfatizar que polarizei a ilustração clínica nos aspectos peculiares (os quais permitem a identificação do manejo preponderante nas relações objetais), de modo a favorecer maior

compreensão psicodinâmica de tais modalidades, com as quais se apresentam os problemas "somáticos" em cada caso.

Cabe, aqui, uma ressalva de que nem sempre ocorrem os casos "puros" e que a apresentação foi esquemática dado os objetivos desta dissertação.

O mais frequente é encontrar, num mesmo paciente, as diversas modalidades já apresentadas, porém com o "predomínio" -- às vezes circunstancial -- de uma dessas formas de adoecer.

Meu propósito é o de introduzir uma concepção teórica extraída e confirmada pela clínica, tão-somente como um ato de abrir caminho para outras idéias, em sentido amplo de conhecimentos. Nada de verdades monolíticas obstruindo o pensamento científico, o qual, de per si, impõe dúvidas, perguntas, reformas e reformulações.

A formação de sintomas fica assim concebida, como normal ou anormal, dependendo das circunstâncias, nas quais a estruturação primária do ego precoce depende da qualidade dos objetos primitivos que estão entrelaçados com o self e com a personalidade global, em seu contexto psíquico e social.

Das relações conflitivas primitivas como resultado final ocorrem tres tipos esquemáticos de somatização: o histérico, o hipocondríaco e o psicótico, que muitas vezes servem como defesas contra desintegrações psicóticas da personalidade, com base na clivagem que se faz entre o psíquico e o somático.

É que o objetivo ainda maior fica por conta de que este trabalho tenha levantado a necessidade de aprofundamento do conhecimento dos processos de "somatização" que permitirá

preencher o vazio abrindo campo às investigações médicas psicológicas, psiquiátricas e sociais, as quais evitarão iatrogenias (produto do desconhecimento psicodinâmico) e favorecerão uma melhor compreensão do ser humano em sua totalidade holística e evolutiva.

## BIBLIOGRAFIA

1. ABERASTURY, A : La fase genital prévia. Rev. de Psiconal. Buenos Aires XXI (3) 203, 1964
2. ABERASTURY, A ; KNOBEL, M. "ADOLESCÊNCIA NORMAL" : Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1986.
3. ABRAHAM, K : "Um breve estudio de la evolución de la libido considerada a la luz de los transtornos mentales" (1924) in (Abraham, K) PSICANÁLISIS CLÍNICO. Hirmé. Buenos Aires, 1959.
4. ALEXANDER, F; FRENCH, T.M. "STUDIES in PSYCSOMATIC MEDICINE", Ronald Press. New York, 1948.
5. ALVES, R. "EPILOGO DA CIÊNCIA = Introdução do Jogo e suas Regras". 12a Ed. Brasiliense, S.P., 1981.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - "DSM - III Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" 3a ed. American Psychiatric Association - Washington - D.C, 1980.
7. ANDRADE, T.D.de - "O Jovem diante da Síndrome da Adolescência Normal e da Oção Profissional". Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; Campinas, S.P., 1990.
8. ANZIEU, D. - Le moi Peau, Nouvelle Reivie de Psychanalyse. Le dehors et le dedans. 1974-9 / Vers.Cast. El yo piel , Ficha APDEBA, Buenos Aires, 1980.

9. ARAY, J. : "SENDEROS DEL ALBÓ = Imersiones Psicoanalíticas". Ed. Torino, Venezuela , 1985.
10. ARRUDA, S.L.S. - "Grupo de Encontro de Mães: Vivências Clínicas do Funcionamento em um Ambulatório de Saúde Mental Infantil". Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, S.P., 1989.
11. BETTLHEIM, B. - "UMA VIDA PARA SEU FILHO" Ed. Campus. São Paulo, 1987.
12. BICK, E. - La Experiência de La Piel en Los Relaciones de Objeto Tempranas. Rev. Psicoanal., Buenos Aires, XXVII (1), 111-115, 1970.
13. BION, W.R. - "ESIUDOS PSICANALITICOS REVISADOS" Imago Ed., R.J., 1988.
14. BLEGER, J. "PSICOLOGIA DE LA CONDUCCIA" - 6a ed. Ed. Pardo, Buenos Aires, 1986.
15. BLEGER, J. "SIMBIOSE E AMBIGUIDADE" -3a ed. Ed. Francisco Alves, R.J., 1988.
16. BLEGER, J. "TEMAS DE PSICOLOGIA: ENTREVISTA E GRUPOS" -5a ed. Ed. Martins Fontes, S.P., 1991.
17. BOTEGA, N.J. - " No Hospital Geral : Lidando com o Psíquico. Encaminhando ao Esiquiatra". Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de

Campinas. Campinas. S.P., 1989.

18. CABRAL, M.A.A. - "Estudo Descrito de Aspectos Psico-Sociais de Pacientes de Artrite Reumatóide, tratados na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP". Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas na Universidade Estadual de Campinas. Campinas, S.P., 1985.

19. CABRAL, S. - Distúrbios Psicossomáticos na Adolescência I in (Maakaraun, M. de F.; Souza, R. de F.; Cruz, A.R. - organizadores) **IBAIANO DE ADOLESCÊNCIA = Um Estudo Multidisciplinar**. Ed. Cultura Médica, R.J., 1991.

20. CAPRA, F. - "O IAQ EISICA = Um Paralelo entre a Física Moderna e o Misticismo Oriental" 2a ed. Ed. Cultrix, R.J., 1983.

21. CASSORLA, R.M.S.; ADAMO, F.A. y KNOBEL, M - Psicose e Somatização Psicótica: Um Caso de Anorexia. Rev. Ass. Méd. Bras. São Paulo. 25 (2): 73-74, S.P., 1979.

22. CASSORLA, R.M.S. - "Jovens que tentam o Suicídio". Tese de Doutorado apresentado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, S.P., 1981.

23. CASSORLA, R.M.S. y KNOBEL, M. - "La Depression y El suicidio en la Adolescência" in **LÁ SALUD DEL ADOLESCENTE y EL JOVEN EN LAS AMÉRICAS** - Washington D.C. Organizacion Panamericana de La salud - Ofic. Sanit Panom - Ofic. Reg. de La Organizacion Mundial de La Salud, 1985.

24. CASSORLA, R.M.S. "Comportamentos suicidas na infância e

adolescência in (Cassorla, R.M.S - organizados) - "DO SUICÍDIO = Estudos Brasileiros". Papyrus Ed.Campinas, S.P., 1991.

25.CASSORLA,R.M.S. - Simbiose na Adolescência: Implicações Clínicas in (Maakaroun, M.de F.; Souza, R.de.P.; Cruz, A.R. - Organizadores) "TRAIADO DE ADOLESCÊNCIA = Um Estudo Multidisciplinar. Ed. Cultura Médica, R.J., 1991.

26.CASTELNUOVO,A. - "REVISION DEL NARCISISMO = Hacia un Psicoanálisis Transcultural". Instituto Psicanalítico de Estudios Transculturales. Quito, (Equador), 1991.

27.CHIOZZA,L. - "IRAMA y FIGURA DEL ENEMIGO y DEL PSICOPATIZADO". Paidós. Ed. Buenos Aires, 1980.

28.COELHO,L.M.S. - "FUNDAMENTOS EPISIEMOLÓGICOS PARA UMA PSICOLOGIA POSITIVA". Ensaio 80 Ed. Atica, S.P. 1982.

29.COMITEE ON CHILD PSYCHIATRY - PSYCHOEMBIOLOGICAL DISORDERS IN CHILD HOOD : THEORETICAL CONSIDERATIONS AND A PROPOSED CLASSIFICATION. Group for the Advancement of Psychiatry. New York, 1966.

30.ENGEL,G.L. - Studies of Ulcerative Colitis III - The nature of psychologic process. A.M.J. Med. 19.231, New York, 1955.

31.LAIN-ENTRALGO, P. - La Relación Médico-Enfermo. Rev. de Ocidente. Madrid, 1964.

32.ERICKSON,E.H. - The Problem of Ego Identity - J.Amer. Psychoanal. Assn., EUA - 4(1) 56-121, 1956.

33. ERICKSON, E.H. - "Reflexiones acerca del disconformismo, en la Juventud Contemporánea". In: (ERICKSON, E.H.) - "ADOLESCENCIA, CULTURA e SOCIEDADE". Cuaderno de la Sappra, I. Kargieman, Buenos Aires, 1971.
34. ERICKSON, E.H. - "IDENTIDADE, JUVENTUDE E CRISE". Zahar Ed., Rio de Janeiro, 1976.
35. ETCHEGOYEN, R.H. - "FUNDAMENTOS DA TÉCNICA PSICANALÍTICA". Ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1987.
36. FAIRBAIR, W.R. - "ESTUDOS PSICANALÍTICOS DA PERSONALIDADE". Interamericana Ed., R.J., 1980.
37. FEINSTEIN, S.; KALINA, E; KNOBEL, H; SLAFF, B. - "PSICOPATOLOGIA e PSQUIQUIRIA DEL ADOLESCENTE" - Colecion Paidós - Asoppia, Buenos Aires, 1973.
38. FENICHEL, O. - "TEORIA PSICANALÍTICA DAS NEUROSES" - Livraria Atheneu, R.J.-S.P., 1981.
39. FERENCZI, S. - "ESTUDOS PSICANALÍTICOS = (1909 = 1933)". Livraria Laurus Ed. R.J., 1991.
40. FERREIRA, A.B. de S. - "NOVO DICIONÁRIO DA LINGUA PORTUGUESA". Ed. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1991.
41. FINCH, S. - "FUNDAMENTOS DE PSQUIQUIRIA INFANTIL". Psique ed. Buenos Aires, 1968.



42. FREUD, A. - "Adolescence". In (R. EISSLER y OTROS. Campinas).  
THE PSYCHOANALYTIC STUDY OF THE CHILD. International University  
Press XIII, New York, 1958.

43. FREUD, S. (1905) - "TRÊS ENSAIOS SOBRE SEXUALIDADE". Ed.  
Standard Bras. das Obras Psic. Completas. Vol. Imago Ed., R.J.,  
1976.

44. FREUD, S. (1909) - "OS CASOS DO PEQUENO HANS E DO HOMEM DOS  
BARRIOS". Ed. Standard Bras. das Obras Psic. Completas. Vol. X.  
Imago Ed. R.J., 1976.

45. FREUD, S. (1916-1917) - "CONSEQUÊNCIAS INTRODUZIDAS SOBRE  
PSICANÁLISE" (Parte III). Ed. Standard Bras. das Obras Psic.  
Completas. Vol. XVI. Imago Ed. R.J., 1976.

46. FREUD, S. (1923-25) - "O EGO E O ID". Ed. Standard Brasileira  
das Obras Psicológicas Completas. Vol. XIX. Imago Ed., R.J., 1976.

47. FREUD, S. (1937-39) - "MOISÉS E MONOTEÍSMO. ESBOÇO DE  
PSICANÁLISE E OUTROS TRABALHOS". Ed. Standard Brasileira das  
Obras Psicológicas Completas. Vol. XXIII, Imago Ed. R.J., 1976.

48. GADDINI, R. - "Los Orígenes Del Objeto Transicional y El  
Síntoma Psicossomático" - In (GADDINI, R.) ON THE GENESIS OF THE  
EPOCH, Roma, 1975.

49. GADDINI, R. - Sobre o Falso Self - In (GADDINI, R.). LA

ERUSIAZIONE COME FATTORE DI CRESCITA NORMALE E PATOLOGICA -  
Crescita. Ed. Genn, 1984.

50. GARCIA REINOSO, D. - Sobre El Esquema Corporal - Rev. Psic.  
Buenos Aires XIII (4): 536, 1956.

51. GARMA, A e GARMA, E - "Reacciones maniáticas: alegría masoquista  
del yo por El tiempo, mediante engaños, del superiyó" In  
(Rascovsky, A. y Liberman, D.). PSICOANÁLISIS DE LA MANIA y LA  
PSICOPATIA. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1965.

52. GRANGER, G. - "PENSÉE FORMELLE ET SCIENCES DE L'HOMME" - Aubier  
- Montaigne. Paris, 1967.

53. GRINBERG, L. e GRINBERG, R. - "IDENTIDAD y CAMBIO". - Kargieman  
Ed. Buenos Aires, 1971.

54. ISAACS, S. - Naturaleza y Función de la Fantasía. In  
(ISAACS, S.) - "DESARROLLOS EN PSICOANÁLISIS". Paidós Ed. Buenos  
Aires, 1964.

55. JAPIASSO, W - "PSICOANÁLISE = "CIÊNCIA" OU "CONTRA" =  
CIÊNCIA?". Imago Ed., Rio de Janeiro, 1989.

56. JASPERS, K - "PSICOPATOLOGIA GERAL". 2a Ed. Atheneu, Rio de  
Janeiro, 1979.

57. KALINA, E - "PSICOPATIA DE ARQUESCENIES". Livraria Francisco  
Alves. R.J., 1976.

58. KERNBERG, O.F.; SELZER, M.A.; KOENINGSBERG, H.W.; CARR, A.C.;

APPELBAUM, A.H. - PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA DE PACIENTES  
BORDEBLINES. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1991.

59. KLEIN, M.; HEIMANN, F.; MONEY-KYRLE, R.E. - INOVAS TENDÊNCIAS NA  
PSICANÁLISE - Zahar Ed. Rio de Janeiro, 1969.

60. KNOBEL, M. - Um Esquema de Personalidade. Jornada Méd. Buenos  
Aires, 14(304) : 219, 1956.

61. KNOBEL, M. - Psicologia de La Adolescência. Rev. Univ. Nac. de  
La Plata. La Plata 16:55, 1962

62. KNOBEL, M. - Medicina Psicossomática Nell'Adolescenza. Med.  
Psicossomática. Roma. 12(2): 141, 1967.

63. KNOBEL, M. - Relaciones entre Psiquiatria y Medicina  
Psicossomática. Rev. Med. Psicossom. Buenos Aires. 5(3) : 19,  
1968.

64. KNOBEL, M. - Psicofarmacologia y Esquema Corporal en la  
Infancia. Rev. Soc. Arg. de Psicofarmacologia. Buenos Aires. 3(4)  
: 13-21, 1970.

65. KNOBEL, M. - La Historia Vital. Med. Psicos. Buenos Aires.  
VIII (26) : 18-43, 1971.

66. KNOBEL, M. - Patologia Psicossomática em La Adolescência.  
Minerva Psiquiat. Argentina. 1:51-58, 1972.

67. KNOBEL, M. - Aspectos de Psicologia Evolutiva y  
Psicopatologia Infantil vinculados a La Fase Genital Previa. Rev.  
Psicoan. Buenos Aires. XXX (3/4): 731, 1973.

68.KNOBEL,M. - "INEÂNCIA. ADOLESCÊNCIA Y FAMÍLIA = Orientações sobre Salud Mental". 2a ed. Granica Ed. Buenos Aires, 1973.

69.KNOBEL,M. - Abnormality in Normal Development. A Concept of Symptom Formation. Childhood. Psychot. Psychosom. Basilea 23(1/6): 35,1974.

70.KNOBEL,M. - Fenômenos Regressivos na Infância e na Adolescência. Psiquiatria Atual. Suplemento da Rev. Atualidades Médicas. São Paulo X(6) : 16-20, 1974.

71.KNOBEL,M. - "PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DE LA ADOLESCENCIA". Soc. Psicol. Del Uruguay. Montevideo, 1974.

72.KNOBEL,M. - "PSIQUIAtria INEANTIL PSICODINÂMICA". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1977.

73.KNOBEL,M. - Research And Clinical practice in Psychosomatic Medicine. Procecolings of the 3rd Congress of the International College of Psychosomatic Medicine. Roma, Vol.I. Ed. Pozzi, 1977.

74.KNOBEL,M. - Perturbaciones Psicossomáticas en La Adolescência. Rev. Méd. Psicossom. Arg. Buenos Aires 15(35) : 10-19, 1978.

75.KNOBEL,M.; PERESTRELLO,D.; UCHOA,D.M. - "A ADOLESCENCIA NA FAMÍLIA ATUAL = Uma visão Psicanalítica". Livraria Atheneu. R.J.- S.P., 1981.

76.KNOBEL,M. - O Adolescente como Indivíduo: Normalidade e Psicopatologia. Notícias Psiquiátricas. R.J. 106: 1-10,1981.

77.KNOBEL,M. - Factores Estresantes Y Acontecimientos vitales en

Psiquiatria. Actas Huso-Esp. Neurol. Psiquiat. Barcelona 11(6): 469-487, 1983.

78.KNOBEL,M. - El narcisismo Contra - Transferencial en el Analisis de niños y Adolescentes. Federacion Psicoan. de América Latina y La Asociacion Psicoan. Argentina. Buenos Aires : 525-536, 1984.

79.KNOBEL,M. - Psicoterapia : Comunicação Verbal e não Verbal. Estudos de Psicologia. Campinas, S.P. 2: 54-63, 1984.

80.KNOBEL,M. - Rasgos Psicóticos: Exógenos o E'xogenos. Una Contribuición a La Influência de Los Factores Socio-Políticos en la Patologia de La Adolescência. Rev. de Psiquiatria y Psicologia Médica : Barcelona XVII (1) : 1-19, 1985.

81.KNOBEL,M. - Transtornos Psicossomáticos em Niños y Adolescentes. Psiquiatria Del Niño y Del Adolescente. Buenos Aires : 459-463, 1986.

82.KNOBEL,M. - Correlato al Tabajo del Sr. Luiz A. Chiozza. Psicoanálisis y Enfermedad Somática en la Prática Clínica - Buenos Aires. Eidon, 91-108, 1987.

83.KNOBEL,M.; SANTOS,M.G.P. - "O Adolescente e o Profissional da Saúde" - In (Maa Karoun,F.M. de; Souza,R.P.de; Cruz,R.A.). IRATADO DE ADOLESCÊNCIA = Num Estudo Multidisciplinar. Ed. Cultura Médica, R.J., 1991.

84.KNOBEL,M. - "O Processo de Somatização" In (KNOBEL,M. org.) - PSICOSSOMÁTICA - Ed. Núcleo de Estudos Psicológicos - UNICAMP.

Campinas, S.P., 1991.

85. KNOBEL, M. - "A Síndrome da Adolescência Normal" In (Maa Karaum, F.M. de; Souza, R.P. de; Cruz, R.A. Organizadores) - TRAIARD DE ADOLESCÊNCIA = Um Estudo Multidisciplinar. Ed. Cultura Médica. R.J., 1991.

86. KUHN, T.S. - "A ESTRUTURA DAS REVOLUÇÕES CIENTÍFICAS". - 3a Ed. Ed. Perspectiva, S.P., 1989.

87. LACAN, J. - "LEIURA ESTRUTURALISTA DE FREUD". Siglo XXI. Ed. S.A., México, 1971.

88. LAGACHE, D. - "LA UNIDAD DE LA PSICOLOGIA". Paidós - Ibérica. Barcelona, 1985.

89. LEITE, R.M. de C. - "Relação entre Distúrbios da Menstruação e Fatores Emocionais na Adolescência". Dissertação de mestrado apresentada à Pontífica Universidade Católica de Campinas. Campinas, S.P., 1982.

90. LIBERMAN, D.; PICCOLO, E.G.; DIMANT, S.N.; CORTINÁS, L.P.; WOSCOBOINIK, F.R. - "DEL CUERPO AL SIMBOLO = SOBRE ADORACION Y ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA". Ed. Kargieruan. Buenos Aires, 1982.

91. LOPEZ IBOR, J.J.Y; LOPES - IBOR ALIÑ, J.J. - "EL CUERPO Y LA COBERRALIDAD". Gredos, Madrid., 1974.

92. MAHLER, M. - "O PROCESSO DE SEPARAÇÃO = INDIVIDUAÇÃO". Artes Médicas - Porto Alegre, 1988.

- 93.HELLO Fq,J.de - "CONCEPÇÃO PSICOSSOMÁTICA A VISÃO ATUAL". 2a ed. Ed. Tempo Brasileiro. R.J., 1979.
- 94.MELTZER,D. - "ESTADOS SEXUAIS DA MENIE". Ed. Imago. Rio de Janeiro, 1979.
- 95.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - CID 9 = CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE TRANSTORNOS MENTAIS". - Organização Mundial de Saúde. Genebra, 1975.
- 96.ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTE - "LES JEUNES ET LA SANTE: DEFI POUR LA SOCIÉTÉ". - Série de rapports Techniques, 731 - Organization Mondiale de La Santé. Geneve, 1986.
- 97.OSÓRIO,L.C. E COL. - "MEDICINA DO ADOLESCENTE". Ed. Artes Médicas - Porto Alegre, 1982.
- 98.OUTEIRAL,J.O. e COL. - "INEÂNCIA E ADOLESCÊNCIA = PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO. PSICOPATOLOGIA E TRATAMENTO". Ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1982.
- 99.OUTEIRAL,J.O. - "Distúrbios Psicossomáticos na Adolescência II" In (Kaa Karoun, M.de F.; Souza,R.de P.; Cruz,A.R. - Organizadores) TRATADO DE ADOLESCÊNCIA = Um Estudo Multidisciplinar. Ed. Cultura Médica, R.J., 1991.
- 100.PERESTRELLO,D. - "A MEDICINA DA PESSOA". - 3a Ed. Livraria Atheneu, R.J. - S.P., 1982.

101. POPPER, K. - "THE LOGIC OF SCIENTIFIC DISCOVERY". - 2a Ed. Hutchinson, New York, 1959.
102. REGO, B.F.D.F. - "Motivos do Abandono Precoce da Psicoterapia em uma Clínica Universitária : Interpretação a partir do RELATO DE Ex-Pacientes Adultos". Dissertação de mestrado apresentada a Pontífica Universidade Católica de Campinas. Campinas.S.P., 1990.
103. REZENDE, A.M. - "Psicanálise e Filosofia das Ciências : A Questão da Verdade". In IDE. São Paulo. SBPSP.14:21-24, 1987.
104. RIVIERE - PICHON, E. - " Conceitos Básicos em Medicina Psicossomática". - In (RIVIERE - PICHON, E.) ESQUIZOFRENIA, UMA NOVA PROBLEMATICA. Ed. Martins Fontes. S.P., 1990.
105. ROMEIRA, M.L.C. - "Considerações Sobre Aspectos Psicológicos na Gravidez, Parto e Puerpério na Adolescência". Tese de mestrado apresentada na Pontífica Universidade Católica de Campinas. Campinas., 1987.
106. ROSENFELD, H.A. - "OS ESTADOS PSICOTICOS = UMA APROXIMAÇÃO PSICANALITICA". - Zahar. Ed. R.J., 1965.
107. SAPIR, M. - "LA FORMATION PSYCHOLOGIQUE DU MEDECIN". - Payot - Paris, 1972.
108. SEGAL, H. - "A OBRA DE HANNA SEGAL". Imago Ed. R.J., 1982.
109. SCHILDER, P. - "IMAGEN Y AGENCIA DEL CUERPO HUMANO". - 2a Ed. Ed. Paidós. México, 1989.
110. SILVEIRA, A. - Psicologia Fisiológica - Rev. Maternidade e



Infância. São Paulo 15910, 1966.

111. SOARES, C.A. - "Estudo das Repercussões em Filhos da Ausência Paterna e da Desarmonia Conjugal através da Comparação de Grupos". Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, S.P., 1986.

112. SOIFER, R. - "ESQUIZOFRENIA INFANTIL OPERATIVA - Psicologia Evolutiva e Psicopatologia". 3a Ed. Ed. Artes Médicas - Porto Alegre., 1991.

113. SOUZA, R.F. & OSÓRIO, L.C. - "A EDUCAÇÃO SEXUAL DE Nossos FILHOS". - 2a Ed. Ed. Globo, Porto Alegre/Rio de Janeiro., 1985.

114. STONE, L.J. y CHURCH, J. - "INFANCIA Y ADOLESCENCIA". - Hormé. Buenos Aires, 1959.

115. STRAUS, L. - "Síndrome Hipercinética Infantil : Constante ou Orgânica e Situacional ou Psicogênica". Tese de doutoramento apresentado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, S.P., 1985.

116. TRINCA, W. - "INVESTIGAÇÃO CLÍNICA DA PERSONALIDADE". - Interlivros . Belo Horizonte (M.G.), 1976.

117. TURATO, E.R. - "Infarto do Miocárdio : Histórias de Vida e Opiniões de Pacientes". Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, S.P., 1988.

118. UCHOA, D.M. - O Conflito de Gerações. Rev. Brasileira de Psicanálise VII (12) : 141-185, São Paulo, 1973.

119. ZILBOORG, G. e HENRY, G.W. - "A HISTORY OF MEDICAL PSYCHOLOGY". W.W.Norton & Company, New York, 1969.

120. WINNICOTT, D.W. - Objetos y Fenomenos Transicionales - Um Estudo sobre La primeira Posesión no Yo. - Trabalho apresentado en La Sociedad Psicoanalítica Britânica. London, Mayo de 1951.

121. WINNICOTT, D.W. - Breastfeeding as a Communication Maternal and Child Core. London, 5(53) : 147-150., 1969.

122. WINNICOTT, D.W. - O AMBIENTE E OS PROCESSOS DE MATURACÃO" 3a Ed. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1990.