

NORMOPATIA, PSICOSE LATENTE E SOMATIZAÇÃO

Flávio Carvalho Ferraz

Membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae

“É possível a uma pessoa esquizóide ou esquizofrênica levar uma vida satisfatória e mesmo realizar um trabalho de valor excepcional. Pode ser doente, do ponto de vista psiquiátrico, devido a um sentido debilitado de realidade. Como a equilibrar isso, pode-se afirmar que existem pessoas tão firmemente ancoradas na realidade objetivamente percebida que estão doentes no sentido oposto, dada a sua perda do contato com o mundo subjetivo e com a abordagem criativa dos fatos”.

(D.W. Winnicott, *O brincar e a realidade*).

RESUMO: O termo *normopatía* foi criado por J. McDougall para retratar um certo quadro psicopatológico caracterizado por uma normalidade aparente, isto é, pela ausência de um conflito psíquico ruidoso, por uma sobre-adaptação, pela precariedade do contato com o mundo interno e pela difícil analisabilidade. Outros autores prosseguiram na investigação desta temática, como C. Bollas, que falou da existência de uma doença normótica muito semelhante ao que propôs McDougall.

O termo *normopatía*, para dizer o mínimo, soa inicialmente estranho. Carrega, em sua própria formação, dois elementos contraditórios: *normo* + *patia*. O resultado dessa combinação peculiar é uma palavra que quer dizer algo como *doença da normalidade*. Mas como isto é possível, se normalidade é exatamente ausência de doença, patologia ou desvio? A fim de lançar alguma luz sobre esse termo e o significado que ele adquiriu no vocabulário psicanalítico, é recomendável fazer, inicialmente, um pequeno giro através de sua etimologia.

Antes de tudo, apenas para situar muito brevemente a história do termo *normopatía* - que é a um só tempo estranho e elucidativo - cabe dizer que a

¹ Este artigo originou-se de um trabalho apresentado no III Simpósio de Psicossomática Psicanalítica, promovido pelo Curso de Psicossomática do Instituto Sedes Sapientiae (São Paulo, 9 e 10 de novembro de 2001); algumas de suas partes foram incorporadas ao livro *Normopatía: sobre adaptação e pseudonormalidade*, integrante da coleção “Clínica Psicanalítica” (São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002).

psicanálise deve a sua existência – não apenas enquanto termo, mas também enquanto conceito - ao talento inventivo de Joyce McDougall (1978b), que o batizou, em 1978, em seu trabalho *Em defesa de uma certa anormalidade*. A palavra *normopatia*, na acepção que sua criadora lhe deu, foi inventada para tentar retratar um certo tipo de paciente aparentemente *normal*, isto é, sem um conflito psíquico ruidoso, seja neurótico, seja psicótico, cujo trabalho analítico chegava sempre a um impasse, dada a sua imensa dificuldade - quando não a total impossibilidade - de fazer um mergulho profundo em seu mundo interno, exigência básica para o sucesso de uma análise. Tal configuração psíquica se trata de *normopatia*, e não de *normalidade*, porque é uma normalidade falsa ou apenas aparente; melhor dizendo, é uma normalidade estereotipada ou uma hiper-normalidade reativa, decorrente de um processo de sobre-adaptação defensiva.

Joyce McDougall, em seus trabalhos clínicos, priorizou a abordagem de pacientes *difíceis*, para usar aqui um adjetivo corrente no vocabulário dos psicanalistas. Somatizadores, desviantes sexuais, drogadictos e outros pacientes refratários à abordagem psicanalítica tradicional – aí incluídos os *normopatas* - compõem o conjunto dos seres humanos que povoam seus escritos, motivados quase sempre exatamente pelas dificuldades e pelos impasses que ela sentia diante desses pacientes na condição de analista.

A curiosa composição do termo *normopatia* resulta da justaposição do radical *normo*, que vem do latim *norma*, com o sufixo *patia*, proveniente do grego *pathos*. LALANDE (1999), no *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*, afirma que o latim *norma* designa “o que não pende nem para a direita nem para a esquerda” e que, por conseguinte, mantém-se “num justo meio”; disso derivam dois sentidos para o adjetivo *normal*, que pode então significar aquilo que:

1. “é tal como deve ser”;
2. “encontra-se na maioria dos casos de uma determinada espécie” ou “constitui seja a média seja o módulo de um aspecto mensurável” (p.737).

De acordo com o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (HOUAISS E VILLAR, 2001), *norma*, em latim, significa “esquadro, regra, norma, modelo, padrão”. Trata-se daquilo que “regula procedimentos ou atos”. O adjetivo *normal*, derivado de *norma*, é empregado com três sentidos semelhantes, mas não idênticos. Ele pode qualificar aquilo que é:

1. “conforme a norma”;
2. “usual, comum”;
3. “sem defeitos ou problemas físicos e mentais”.

Na primeira acepção, o que define a qualidade de ser normal é a conformidade à norma, ou seja, a observância a uma regra que foi elevada à condição de padrão a ser seguido. Esse sentido do termo *normal* encontra-se, assim, umbilicalmente ligado a um padrão cultural e/ou moral. Portanto, essa normalidade só pode ser considerada quando pensada em relação ao espaço e ao tempo nos quais é vigente, como já postulava DURKHEIM (1895). Essa relativização cultural do valor de um comportamento, que tem participação decisiva na fundação do método antropológico, influenciou a psicologia americana no que toca à concepção de *loucura* em oposição a *normalidade*. RUTH BENEDICT (1934), no livro *Patterns of culture*, aplica essa relativização cultural à análise antropológica de tribos americanas, mostrando como certas condutas são valorizadas em uma certa cultura e desconsideradas ou condenadas em outra (FERRAZ, 2000). Do ponto de vista moral, *anormal* é o sujeito cuja conduta se insurge contra o *status quo*. Nesse caso, a anormalidade pode resultar na estigmatização ou na segregação de seu portador.

Na segunda acepção, é a frequência estatística que determina a qualidade de normal. Quételet (*apud* DAYAN, 1994) publicou na Bélgica, em 1871, o trabalho *Anthropométrie ou mesure des différentes facultés de l'homme*, no qual expôs os resultados de seus estudos sobre as variações do tamanho de homem. A *normalidade*, nesse caso, era definida pela situação da variável verificada dentro da curva normal de Gauss, “curva binomial a que tende todo polígono de frequência” e que “apresenta um cume na ordenada máxima e uma simetria com relação a esta ordenada” (p.85). Essa concepção estatística de normalidade teve – e continua tendo – um peso muito grande na medicina, desempenhando um papel determinante na definição do que é patologia e do que é saúde. No entanto, cada vez mais, o que se entende como saúde vem deixando de obedecer unicamente ao critério da frequência estatística, critério que, afinal de contas, é extrínseco ao sujeito de quem se fala. Péquiot (*apud* DAYAN, 1994), por exemplo, fala em *pluralismo das saúdes*. Assim, a designação de saúde passa a ser relativo

“às condições de sobrevivência do indivíduo em seus meios e às doenças que afetam mais ou menos a todos, num momento ou em outro de sua evolução até a morte” (p.85)².

Na terceira acepção, aplicada especificamente à saúde física ou mental, a normalidade pressupõe *perfeição*, que pode ser compreendida como ausência de doença física ou mental. Não temos, nesse caso, uma referência dependente da frequência estatística, mas de outro valor que se sobrepõe a ela: a *perfeição*, ideal composto por imperativos funcionais (anátomo-fisiológicos), bem como éticos e estéticos. O que é normal, no sentido de *perfeito*, pode, inclusive, não ser normal no sentido estatístico. Talvez, na noção grega de *orthos* possamos encontrar uma parte de sua determinação.

O equivalente grego do termo latino *norma* é *orthos*, que significa “reto, direito, correto, normal, justo, levantado, teso, direto” (HOUAISS E VILLAR, 2001). Trata-se do radical que encontramos em vários termos compostos de uso corrente, como ortodoxia, ortografia, ortopedia, ortodontia, etc., todos eles normativos, isto é, veiculadores de uma idéia de *correção*. Na Grécia Antiga, especialmente em Atenas, *orthos* designava a própria postura corporal irrepreensível que um homem deveria manter: ereto, hábil e decidido, isto é, ciente de onde quer chegar. Segundo BERLINCK (2000), “o processo de aprendizado da posição irrepreensível – *orthos* – prolongava-se na convivência com os filósofos e, mais tarde, quando esses decidiram se organizar territorialmente passou a ser praticado nas Academias, onde se aprendia a caminhar, lutar, manter relações homoeróticas com honra e, principalmente, a argumentar”. *Orthos*, portanto, “regia o comportamento dos corpos humanos na ágora” (p.13).

CANGUILHEM (1966), médico e filósofo francês que investigou o conceito de normalidade, apontou a existência de dois tipos profundamente diferentes do sentido do termo *normal*: o primeiro, como vimos, define-se pela média aritmética, visando à homogeneidade dos fenômenos; o segundo define-se como um *princípio de organização* ou *razão inerente a um grupo de fenômenos*. Pela segunda concepção exposta por Canguilhem, portanto, o *normal* e o *patológico* não estariam em oposição radical, “pois seriam ambos fenômenos legítimos de um só processo” (SILVA JR. & FERRAZ, 2001, p.186). Essas diferentes visões da essência da normalidade inauguram tradições diferentes na psicopatologia e nos métodos de investigação psicodiagnóstica. De um lado, temos as técnicas psicométricas e quantitativas e, de outro, as entrevistas clínicas de inspiração psicanalítica, nas quais “a preocupação com a normalidade do sujeito seria, em princípio, essencialmente

² A Organização Mundial de Saúde, que tem entre suas funções definir o que é doença e quais são elas, evoluiu de uma posição que definia a saúde como “ausência de doença” para uma outra que a entende como “perfeito bem-estar bio-psico-social”. Apesar da evolução, a nova concepção continua problemática, pois, como objetam Segre & Ferraz (1997), “perfeição” não é algo facilmente definível: “Se se trabalhar com um referencial “objetivista”, isto é, com uma avaliação do grau de perfeição, bem-estar ou felicidade de um sujeito externa a ele próprio, estar-se-á automaticamente elevando os termos perfeição, bem-estar ou felicidade a categorias que existem por si mesmas e não estão sujeitas a uma descrição dentro de um contexto que lhes empreste sentido, a partir da linguagem e da experiência íntima do sujeito. Só poder-se-ia, assim, falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, desse sentido a tal uso semântico e, portanto, o legitimasse” (p.539). Por esta razão, os autores propõem que a saúde seja definida simplesmente como “um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade” (p.542), o que parece estar de acordo com a idéia de “pluralismo das saúdes” de Péquinat.

incompatível com os elementos que o investigador deve inferir, que se referem a funções do discurso e fantasias inconscientes” (p.194).

A segunda parte do termo *normopatía*, *patía*, vem do grego *pathos*, que designa o que se experimenta, aplicado às paixões da alma ou às doenças; remete a sofrimento ou sensação. Esse sufixo *patía*, bastante usado na formação de palavras que definem as mais variadas doenças (cardiopatia, osteopatía, neuropatia, psicopatía, etc.), significa “estado passivo, sofrimento, mal, doença, dor, aflição, suportação” (HOUISS E VILLAR, 2001).

De acordo com BERLINCK (2000), as tragédias que eram representadas em Atenas, ao suscitar pensamentos no espectador, proporcionavam-lhe um enriquecimento: “a posição do teatro se opõe, assim, à do *orthos* porque aquele não pretende convencer o interlocutor da irrepreensibilidade de sua posição e, sim, apresentar um discurso mito-poético epopéico que produza *experiência*” (grifo meu) (p.17). Ora, *experiência* é justamente *pathos*, oposto de *orthos*. *Pathos* só existe quando o mundo subjetivo é privilegiado, ao contrário de *orthos*, em que a posição a ser mantida tem um referente normativo externo. Se *orthos* pressupõe a perfeição (irrepreensibilidade) e a racionalidade, *pathos* pressupõe a imperfeição e a mobilidade, regendo a ação humana *passional*. No funcionamento mental do normopata, supõe-se que haja alguma falha exatamente no *pathos*.

A psicanálise, campo do conhecimento que se volta para os afetos e suas manifestações, bem como para a correlação que estes mantêm com a formação do sintoma, apenas recentemente passou a reconhecer a *normalidade sintomática* como uma problemática a ser examinada. Tenho a impressão de que entre os casos descritos pelos kleinianos sob a denominação de *paciente de difícil acesso*, uma noção pouco precisa que abrange um amplo espectro de pessoas, contavam-se também alguns normopatas. BETTY JOSEPH (1975), descrevendo esse tipo de paciente, ressalta a dificuldade que tem o analista de atingi-lo com interpretações e, portanto, de oferecer-lhe *compreensão emocional verdadeira*. Ela percebe que há, por parte do paciente, uma *pseudo-colaboração* para com o analista. Tal paciente é incapaz, segundo ela, de fazer associações livres.

Uma contribuição decisiva para a elucidação do funcionamento mental do normopata foi dada pela psicossomática, particularmente por Pierre Marty e seus colaboradores do Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO). A noção de *pensamento operatório*, detectado por MARTY E M'UZAN (1962) nos pacientes somatizadores, foi de importância capital para o desenvolvimento da noção contemporânea de *normopatía*. Observando os doentes psicossomáticos, es-

ses autores neles perceberam a carência da atividade fantasmática e onírica, que aparecia junto com uma forma peculiar de pensamento (o chamado *pensamento operatório*) que apenas reproduz e ilustra a ação, não tendo vínculo com uma atividade fantasmática considerável. Trata-se de um pensamento preso a coisas, nunca a produtos da imaginação ou a expressões simbólicas. Marty verificou, nesses pacientes, uma pobreza de representações pré-conscientes e inconscientes, classificando-os como *mal-mentalizados*. Outros investigadores do campo da psicossomática psicanalítica descreveram, em sujeitos que tendem a somatizar, modos de funcionamento psíquico bastante semelhantes ao que foi verificado por Marty. Podemos mencionar, por exemplo, as noções de *alexitimia*, de SIFNOES (1974), de *desafetação*, de JOYCE MCDUGALL (1989b e 1989c), de *recalcamento do imaginário*, de SAMI-ALI (1995) e de *sobreadaptação*, de LIBERMAN E COLABORADORES (1986).

Joyce McDougall, autora que, como vimos, foi a primeira dentro da psicanálise a nomear essa problemática psicopatológica, cunhando o termo e conceito que é nosso objeto de exame, sofreu a influência decisiva das idéias de Pierre Marty, muito embora tenha discordado dele em diversos aspectos. A noção de *pensamento operatório*, no entanto, foi de fundamental importância para que ela pudesse definir o funcionamento mental do normopata, ainda que este não se confunda com o somatizador descrito por Marty e seus colaboradores, visto que não apresenta, necessariamente, somatizações³. No livro *Em defesa de uma certa anormalidade*, MCDUGALL (1978a) dedicou um capítulo, intitulado *O anti-analisando em análise*, para tratar do que, com licença poética, chamou de *analisando-robô*, protótipo do normopata. Esse analisando, a despeito de aceitar o protocolo analítico e comparecer regularmente às sessões, não exprime, segundo ela, nenhum afeto transferencial. Prefere sempre falar de acontecimentos atuais. Não porque não tenha recordações, ele as tem. No entanto, elas parecem desprovidas de afeto.

D.W. Winnicott foi um autor cuja obra também contribuiu sobremaneira para a compreensão da psicopatologia do normopata, pois ele chamou a atenção para a existência de formações psíquicas nas quais a normalidade aparente era apenas a fachada de uma problemática psíquica grave, próxima mesmo da psicose (*psicose latente*, em suas palavras). O *falso self*, conceito de sua lavra, é uma chave teórica de enorme valia para a compreensão de muitos dos casos de normalidade sintomática. WINNICOTT (1971), com muita

³ JOYCE MCDUGALL (1978a) reconhece que o normopata que ela descreve revela todas as características do pensamento operatório presente no somatizador de Marty e M'Uzan: pobreza da linguagem, asfixia afetiva e ausência de atividade fantasmática consciente. No entanto, ele não somatiza. Sua hipótese para a explicação desta diferença é a de que "o fator de inércia é contrabalançado nestes indivíduos pela agressividade dirigida a certas pessoas ou a determinados aspectos da vida, suscitando-lhes uma irritação considerável e contínua", enquanto que "a expressão da agressividade parece inexistir em doentes psicossomáticos" (p.92).

argúcia, já afirmara a existência de “pessoas tão firmemente ancoradas na realidade objetivamente percebida que estão doentes no sentido oposto (*ao do psicótico*), dada a sua perda do contato com o mundo subjetivo e com a abordagem criativa dos fatos” (p.97).

Foi exatamente um dos mais importantes seguidores de Winnicott, Christopher Bollas (1992), que deu continuidade à investigação da noção de *normopatía* proposta por Joyce McDougall. A partir de um referencial winnicottiano, ele propôs a idéia de *doença normótica*, expressão que preferiu utilizar, mas que coincide com a essência do quadro psicopatológico definido por McDougall. Bollas descreveu um tipo de paciente que apresenta um distúrbio da personalidade caracterizado por supressões parciais do fator subjetivo e pelo prejuízo da capacidade de introspecção. Tal paciente costuma fazer um grande esforço para *livrar-se* da vida intrapsíquica, demonstrando aversão em alimentar o elemento subjetivo da vida.

Um marco histórico para o reconhecimento da noção de *normopatía* pelo meio psicanalítico foi à realização em Paris, em março de 1992, do simpósio intitulado. *A normalidade como sintoma*, promovido pela *Fondation Européenne pour la Psychanalyse*⁴. Contando com a participação de diversos analistas que reconheciam a possibilidade que tem a normalidade de estruturar-se, na verdade, como um sintoma, esse encontro deu a público um importante material que foi, posteriormente, publicado em livro.

Dentre os capítulos dessa obra, ressalto um, em especial, que representa um grande avanço para a caracterização da normalidade sintomática como uma problemática teórico-clínica que se coloca para a psicopatologia psicanalítica. Trata-se do artigo *Normalidade, normatividade, idiopatia*, de Maurice Dayan.

Nesse trabalho, DAYAN (1994) introduz a noção de *singularidade idiopática*, expressão com a qual procura falar da experiência psicanalítica de um sujeito como uma espécie de experiência que não se parece com nenhuma outra: “numa relação analítica, toda formação sintomática, para a qual se abriu acesso à palavra, revela-se profundamente idiopática e exige ser tratada como tal” (p.101). Com isto, ele pretende mostrar que, sob o referencial psicanalítico, torna-se impossível, no limite, *normalizar* qualquer forma de expressão de sintomática. Na escuta clínica, existem apenas singularidades, ou seja, arranjos sintomáticos idiopáticos.

⁴ Entidade surgida sob a iniciativa de Claude Dumézil, Charles Melman, Gérard Pommier e Moustapha Saphouan.

Isto não quer dizer, todavia, que as exigências culturais – cujo protótipo são o complexo de Édipo e a barreira contra o incesto – não sejam modeladoras de uma *normalidade* comum entre as pessoas. Essas exigências acabam por construir um sintoma universal, ou sintoma da própria cultura, erigido a partir da repressão às pulsões. Contudo, essa expressão sintomática comum a todos os membros de uma dada cultura não impede que cada indivíduo, assaltado pelas exigências civilizadoras, passe a processá-las idiopaticamente, construindo sua síndrome neurótica particular: “à medida que o compromisso comum não pode ser suportado pelo indivíduo, este se afasta dele, mais ou menos, adicionando suas próprias formações àquelas que a sociedade recebe, vítima do mal-estar, sem ver nelas nenhuma doença” (p.94).

Sem rejeitar esse postulado freudiano, no entanto, Dayan procura mostrar que, do lado da clínica psicanalítica, encontramos diferentes *figuras da suposição sintomática da normalidade*. O autor enumera quatro delas, dentre as quais uma é de particular interesse para nosso estudo, por tratar-se exatamente daquele do indivíduo *doente* de sua própria normalidade.

A primeira delas é a *reivindicação da normalidade pelos psicóticos*, particularmente na vigência dos episódios delirantes e alucinatórios, quando afirmam peremptoriamente serem normais. A segunda é a *aspiração à normalidade pelos neuróticos*, quando há uma ambigüidade entre o desejo de cura e o desejo de perpetuar o sintoma, transformado em forma substitutiva de obtenção de prazer. A terceira figura é a do *temor a ser anormal*, presente na neurose e nos processos limites, que se expressa, por exemplo, pelo temor de ser homossexual ou perverso, ou então de nisso transformar-se em virtude da experiência analítica.

Finalmente, a quarta figura é o *sofrimento específico dos indivíduos doentes de sua própria normalidade*, exatamente os normopatas de Joyce McDougall. Segundo Dayan, “estes não pedem ajuda para eles mesmos porque *está tudo bem ou normal*, mas o que sucede é que a pedem para terceiros: filhos, pais ou cônjuges, já que as queixas ou o humor tornam sua vida penosa”. “Ao agir de tal forma”, prossegue Dayan, “por certo não dizem *do que* sofrem, mas designam *aqueles* a quem imputam a origem de seu tormento ou de sua preocupação lancinante. Assim, fica denunciada a falha enorme de um sistema defensivo que logra, por outro lado, ser ignorado pela organização que o edificou” (p.96).

Se Joyce McDougall foi uma pioneira na designação de uma normalidade sintomática, como vimos, isso não quer dizer que essa figura clínica não tenha feito aparição antes de ser abordada por ela. É claro que, em McDougall, o

conceito aparece elaborado, com uma proposta de compreensão teórica acompanhada de considerações clínicas dela decorrentes. Entretanto, a própria autora confessa que foi a partir de impasses na clínica que ela pôde isolar a problemática da normopatía enquanto objeto de reflexão. Diga-se de passagem, esta sempre foi a via régia para todas as descobertas psicanalíticas, desde o impasse que representava a histeria para a medicina, que foi enfrentado por Freud e acabou dando origem à psicanálise...

Pois bem, é no livro autobiográfico de JUNG (1961) "Memórias, sonhos, reflexões", que encontramos um relato contundente e impressionante da normalidade sintomática⁵. A partir da dificuldade sentida por Jung no contanto analítico com o paciente que descreve, podemos ter uma medida do impasse que esta forma estereotipada de *normalidade* pode representar para a técnica psicanalítica clássica.

Trata-se de uma experiência de tal importância e de tal interesse para nossa reflexão sobre a normopatía que vale a pena transcrever todo o trecho em que Jung dela se ocupa:

"Compreende-se que um neurótico seja submetido a uma análise; mas se é "normal" não tem necessidade disso. Posso, entretanto, afirmar que me ocorreram experiências surpreendentes com a assim chamada "normalidade". Certa vez, por exemplo, tive um aluno completamente "normal". Era médico e me procurou com as melhores recomendações de um velho colega. Fora assistente dele e ficara com a sua clientela. Seu sucesso e clientes eram normais. Com mulher e filhos normais, ele morava numa casinha normal, numa cidadezinha normal, tinha um ordenado normal e provavelmente se alimentava normalmente. Queria tornar-se analista! "O senhor sabe – disse eu – o que isso significa? Significa que deverá conhecer-se primeiro a si mesmo para tornar-se um instrumento; se não estiver em ordem, como reagirá o doente? Se não estiver convencido, como persuadirá o doente? O senhor mesmo deverá ser a matéria a ser trabalhada. Se não, que Deus o ajude! Conduzirá os doentes por caminhos falsos. Será preciso, inicialmente, que o senhor mesmo assuma a sua análise." O homem concordou comigo, mas declarou: "Nada tenho a lhe dizer que seja problemático." Eu devia ter desconfiado disso. "Pois bem, acrescentei, examinaremos seus sonhos. – "Eu não tenho sonhos", disse ele. E eu: "Mas logo o senhor os terá". Um outro teria, provavelmente, sonhado na noite seguinte; mas ele não poderia se lembrar de

⁵ Agradeço a Tales Ab'Saber por ter me chamado a atenção para esta passagem de Jung.

sonho algum. Isso durou cerca de quinze dias e minha surpresa foi se transformando em inquietação.

Enfim, ele teve um sonho impressionante: sonhou que estava viajando por uma estrada de ferro. O trem deveria parar duas horas numa certa cidade. Como ele nunca tivesse visto esta cidade e desejasse conhecê-la, pôs-se a caminho até chegar ao centro. Encontrou aí um castelo medieval, provavelmente uma prefeitura. Caminhou através de longos corredores, entrou em belas salas, onde nas paredes estavam pendurados velhos quadros e lindos tapetes de gobeleim. Em torno, havia velhos objetos preciosos. De repente, viu que começava a escurecer e que o sol se punha. Pensou: "Preciso voltar à estação". Nesse momento, percebeu que se perdera, não sabendo mais onde estava a saída; teve medo e, ao mesmo tempo, percebeu que ninguém morava na casa. Angustiado, apressou-se na esperança de encontrar alguém. Deparou, então, com uma porta grande e pensou, aliviado: "É a saída!" Abriu-a e se viu numa sala gigantesca; a escuridão era tão completa que não podia distinguir nitidamente a parede à sua frente. Assustado, pôs-se a correr no amplo espaço vazio, esperando achar a saída do outro lado da sala. Então bem no meio do quarto apareceu alguma coisa branca no chão. Aproximando-se, reconheceu uma criança idiota de cerca de dois anos, sentada num urinol, toda suja de fezes. Nesse momento acordou dando um grito de pânico.

Era o bastante! Tratava-se de uma psicose latente! Eu estava suando quando procurei tirá-lo de seu sonho. Falei sobre o sonho da maneira mais anódina possível. Não me detive em detalhe algum.

Eis, mais ou menos, o que traduzia o sonho: a viagem é a viagem a Zurique. Mas aí permanece pouco tempo. A criança no centro do quarto é a imagem dele mesmo, com a idade de dois anos. Entre as criancinhas esses maus modos não são comuns, mas possíveis! As fezes atraem o interesse por causa do cheiro e da cor. Quando uma criança cresce numa cidade e, principalmente, pertence a uma família severa, tal coisa pode acontecer uma vez ou outra.

Mas o médico – o sonhador – não era uma criança, era um adulto. Eis porque a imagem onírica da criança é um símbolo nefasto. Quando me contou o sonho, compreendi que a sua normalidade era uma compensação. Pude recuperá-lo *in extremis*, pois pouco faltou para que a psicose latente explodisse, e se tornasse manifesta. Era preciso impedir tal coisa. Finalmente, com a ajuda de um de seus sonhos, consegui encontrar um meio plausível para pôr fim à análise didática. Ficamos mutuamente reconhecidos por esta saída. Não

revelei o meu diagnóstico, mas ele observara que um pânico, que uma derrota catastrófica se preparavam: o sonho insinuara que um perigoso doente mental o perseguia. Pouco depois, o sonhador voltou à sua terra. Nunca mais tocou no inconsciente. A tendência a ser normal correspondia a uma personalidade que não se desenvolveria mas, pelo contrário, explodiria num confronto com o inconsciente. Essas “psicoses latentes” são as “*bêtes noires*” dos psicoterapeutas, porque frequentemente é muito difícil descobri-las. Nesses casos, é particularmente importante compreender os sonhos”. (p.123-125).

Como se vê, Jung deparou-se com um problema clínico bastante sério, que se coloca tanto para o diagnóstico como para a técnica psicanalítica. Ele próprio, fazendo uma espécie de auto-crítica, escreve que *deveria ter desconfiado* desde o contato inicial. Ter desconfiado do quê? Podemos pensar que a ausência de sonhos, associada ao pouco saber de si mesmo, sinalizava a presença de uma problemática psicopatológica diferente daquela verificada no neurótico que preenche todos os requisitos exigidos pela *análise-padrão*, se é que ainda hoje podemos pensar nisso.

A psicanálise contemporânea, certamente, dispõe de instrumentos teórico-clínicos mais eficazes para enfrentar este tipo de problema. O que estava em questão no caso do paciente de Jung, e que continua sendo um problema atual, parece-me, é a amplitude do potencial diagnóstico da entrevista analítica, preliminarmente, e o seu conseqüente papel na determinação de uma *elasticidade* da técnica, valendo-me de uma expressão de FERENCZI (1928). Os critérios de analisabilidade definidos por Freud nos *artigos sobre técnica*, sabemos, precederam a investigação clínica psicanalítica da psicose, da somatização e de quase todo o espectro das chamadas *patologias não-neuróticas*.

O paciente de Jung apresentava uma normalidade sintomática que disfarçava - apenas à primeira vista - a sua condição patológica. Seria um empreendimento fadado ao fracasso ou até mesmo arriscado submetê-lo à análise nos moldes da estrita técnica freudiana. Ele não apresentava os requisitos necessários para o desenvolvimento de uma análise clássica, que, segundo JOYCE MCDUGALL (1989a), seriam: a percepção do sofrimento psíquico, a busca do conhecimento de si mesmo, as condições para suportar a situação analítica e a possibilidade de depender do outro sem medo. A resistência que apresentava não era, em absoluto, a resistência do neurótico à análise, como a descreveu Freud, mas uma verdadeira impossibilidade de entrar em contato com o mundo interno em razão de sua fragilidade estrutu-

⁶DEJOURS (1988) diferencia o funcionamento dos sistemas Consciente e Pré-Consciente, atribuindo ao segundo o processo secundário, caracterizado primordialmente pelas associações. Já o Consciente se organiza pelo “pensamento lógico, feito de palavras, associadas não por analogias constitutivas da deriva metonímica, ou da metáfora, mas por um pensamento lógico, aprendido, isto é, o pensamento intelectual, derivado do desenvolvimento cognitivo. Trata-se, portanto, de um pensamento lógico, resultado de uma aprendizagem, e não de uma simples réplica da realidade. Certos paciente, ditos operatórios, servem-se de um pensamento operatório concreto, outros de um pensamento operatório abstrato, outros de um pensamento lógico conceitual, segundo a terminologia de Piaget, e seria um erro acreditar que o pensamento operatório seria uma simples fotografia da realidade. Trata-se de uma interpretação, mas lógica, fornecida do exterior, aprendida, e não uma interpretação fantasmática, inventada pelo sujeito” (p. 111).

ral: sua normalidade era uma defesa rígida contra a psicose, então diagnosticada por Jung como *psicose latente*, exatamente o termo também escolhido por WINNICOTT (1963) para designar este tipo de quadro. Quando Jung o incita a sonhar, atividade que estava até então bloqueada por uma estrutura de pensamento operatória, a psicose quase que irrompe!

A normalidade estereotipada do paciente de Jung assemelha-se muito à normalidade do paciente que tende a somatizar e, particularmente, daquele que está prestes a ter uma somatização grave. É curioso como psicose e somatização, fenômenos aparentemente distantes no espectro da psicopatologia, encontram-se tão próximos enquanto resultantes de processos defensivos que consistem em ataques ao pensar. CHRISTOPHE DEJOURS (1988) é um autor que enfatiza esta proximidade, mostrando como o discurso, na psicose paranóide compensada, busca um *recurso apaixonado* à lógica e à racionalidade, que, contudo, não caracteriza propriamente o processo secundário do pré-consciente, pois apóia-se quase que exclusivamente no consciente⁶. A fim de evitar a destruição de seu aparelho psíquico, o psicótico paranóide compensado tenta aplicar aos seus pensamentos o mesmo tratamento lógico que aplica a tudo o que o cerca: “o Consciente com seu processo racional apodera-se dos pensamentos que insistem à porta da Psiquê e o paranóico começa a interpretá-los para em seguida integrá-los ao seu sistema racional. *De lógico, seu pensamento torna-se paralógico*. Começa, então, o delírio interpretativo, por regra admiravelmente coeso e coerente” (p.121).

Podemos pensar que Jung, quando incitou o paciente a sonhar, propôs-lhe uma atividade psíquica de alto potencial explosivo para seu aparelho psíquico, que sobrevivia sem fragmentar-se exatamente a expensas do pensamento criativo, preso à realidade como um náufrago em sua pequena tábua de salvação.

Com o somatizador algo semelhante se passa, com a diferença de que a *explosão* do aparelho psíquico não ocorre, como na descompensação psicótica. Este conserva a todo custo as aparências da normalidade, não revelando exteriormente a sua loucura. Sua atuação, sob a forma de descarga sobre o soma, mantém-no calmo e pacífico. No entanto, como observa DEJOURS (1988), a somatização nem sempre pode absorver a totalidade do impulso a ser descarregado, sendo possível aparecer construções delirantes e atuações violentas nos somatizadores, ainda que não *espetaculares*⁷.

A intervenção terapêutica, nos quadros claramente psicossomáticos, deve

⁷Tive a oportunidade de analisar uma moça que apresentava um quadro de colite bastante severo cujo discurso caracterizava-se por relatos factuais exaustivos, sempre presos ao exterior. Poderíamos classificar este discurso como “operatório”, na acepção de Marty e M’Uzan (1962). No entanto, ela costumava contar, sem alteração do tônus afetivo, sobre seus poderes paranormais: via a aura das pessoas, previa acontecimentos trágicos, sabia ler as mãos com perfeição, etc., coisas que me pareciam mais uma confabulação psicótica de aspecto delirante.

ser cautelosa a fim de não precipitar somatizações graves, colocando em risco, algumas vezes, a própria vida do paciente. PIERRE MARTY (1993) propõe, assim, que a intervenção terapêutica não se dê através de *interpretações psicanalíticas*, mas de *intervenções pouco interpretativas*: “Essas se dirigem, portanto, ou aos sujeitos insuficientemente mentalizados, inaptos a atingir uma posição transferencial, ou aos sujeitos no decorrer de reorganização mental, ou àqueles cuja organização mental permanece incerta e que não atingem senão fugidamente essa posição” (p.66). Marty recomenda, é certo, que o terapeuta lance mão de meios de interessar o paciente por sua atividade onírica, tal como Jung desejou fazer, mas alerta para o *caráter paulatino* que deve ter tal tentativa. É necessário dizer, por justiça, que Jung renunciou rapidamente à interpretação quando percebeu o desequilíbrio a que o sonho remeteu seu paciente e o grau de periculosidade a que este se expunha.

DEJOURS (1991), à sua maneira, também fala em *técnica do pára-excitação* nos casos de pacientes com alto risco de somatização. Ele propõe a renúncia, por parte do analista, a toda tendência à interpretação e a evitação de questionamentos. A cura se daria, assim, a remanejamentos econômicos que atingem a vida do paciente, tal como uma mudança de trabalho, por exemplo.

Nos casos favoráveis, a aplicação da técnica propriamente analítica deve esperar por algum tempo. Como aponta MARIA AUXILIADORA ARANTES (2000) em um trabalho sobre a clínica psicanalítica diante da somatização, o analista, seja qual for a sua orientação, tem o dever de esperar pela melhora das posições subjetivas e objetivas de seu paciente, sendo que a *cura*, por assim dizer, “é um algo *a mais* que o analista espera, mas nunca pode ter a certeza de que vai ‘saber’ o que ocorreu com paciente” (p.62). Particularmente nos casos de somatização, resta sempre espaço para algo de misterioso no processo de cura analítica, que escapa ao saber do analista, mas que, acreditamos, é propiciado pela sua escuta. A relação entre o corpo e a mente guarda enigmas que estão longe de ser decifrados inteiramente: “A cumplicidade entre o soma e o psíquico vai muito além do que um analista pode supor durante seu ofício, mesmo que já ‘exausto’ de teorizar sobre este pacto. O resultado vem mesmo, por acréscimo” (p.62).

Enfim, como vimos, a normopatía é uma característica decorrente de processos defensivos contra o risco de sérias desorganizações, sejam psíquicas, sejam somáticas, para as quais o analista deve ter especial atenção. Sua abordagem clínica requer cuidados especiais, especialmente a espera paciente de que o pensamento associativo seja conquistado paulatinamente, tendo como corolário os efeitos mutatórios sobre a

linguagem. Isto não deve ser encarado, de modo algum, como uma renúncia aos objetivos da psicanálise, mas, antes, como uma ampliação do seu próprio potencial. A psicanálise, parece-me, possui uma utopia que a unifica: posicionar-se teórica e clinicamente ao lado da concepção do homem como o *animal symbolicum* de Cassirer, um degrau acima do *animal rationale* aristotélico.

CASSIRER (1944) escreveu:

“A despeito de todos os esforços do irracionalismo, essa definição do homem como *animal rationale* não perdeu sua força. A racionalidade é de fato um traço inerente a todas as atividades humanas. (...) A linguagem foi com frequência identificada à razão, ou à própria fonte da razão. Mas é fácil perceber que essa definição não consegue cobrir todo o campo. É uma *pars pro toto*; oferece-nos uma parte pelo todo. Isso porque, lado a lado com a linguagem conceitual, existe uma linguagem emocional; lado a lado com a linguagem científica ou lógica, existe uma linguagem da imaginação poética. Primariamente, a linguagem não exprime pensamentos ou idéias, mas sentimentos e afetos” (p.49).

A normopatía é uma das formas de adoecimento desta potência humana para a expressão afetiva⁸. Neste sentido, é uma patologia do pensamento e da linguagem, que perdem parte de seu potencial pático, deixando de funcionar no que possuem de melhor e de mais humano.

ABSTRACT: *The term normopathy was created by Joyce McDougall to portray a certain psychopathological picture characterized by an apparent normality, which means, by the absence of a noisy conflict (neurotic or psychotic), by an over-adaptation to environment, by a precarious contact with his internal world and by being specially hard to psychoanalyze. The concept of operatory thought detected by Pierre Marty was very important to the development of the idea of “normopathy”. Other authors have continued these investigations, specially Christopher Bollas, who told about the existence of a normotic disease, very alike to that described by McDougall.*

Palavras-chave: *Normopatía, normalidade, psicose latente e somatização.*

Key-words: *Normopathy, normality, latent psychosis, somatization.*

⁸É imperioso, aqui, lembrar da noção de alexitimia, de Sifnoes (1973). Esta palavra, de origem grega, designa a impossibilidade de colocar a emoção em palavras, isto é, dar nomes aos estados afetivos vividos.

BIBLIOGRAFIA

- ARANTES, M.A.A.C. "Flores brancas para Efigênia". *Percurso*, 13 (24):57-62, 2000.
- BENEDICT, R. "Patterns of culture". Boston: Riverside, 1934.
- BERLINCK, M.T. "O que é psicopatologia fundamental". In *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.
- BOLLAS, C. "Doença normótica". In *A sombra do objeto*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- CANGUILHEM, G. (1966) "Le normal et le pathologique". Paris: PUF, 1984.
- CASSIRER (1944) "Ensaio sobre o homem: introdução a uma filosofia da cultura humana". São Paulo, Martins Fontes, 1994.
- DAYAN, M. "Normalidad, normatividad, idiopatía". In: *Fundación europea para el psicoanálisis, La normalidad como síntoma*. Buenos Aires: Kliné, 1994.
- DEJOURS, C. "O corpo entre a biologia e a psicanálise". Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- _____. "Repressão e subversão em psicossomática: pesquisas psicanalíticas sobre o corpo". Rio de Janeiro: Zahar, 1991.
- DURKHEIM, E. (1895) "As regras do método sociológico". *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1973.
- FERENCZI, S. (1928) "Elasticidade da técnica psicanalítica". In *Obras Completas: Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- FERRAZ, F.C. "Andarilhos da imaginação: um estudo sobre os loucos de rua". São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- HOUAISS, A. & VILLAR, M.S. "Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa". Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

- JOSEPH, B. (1975) "O paciente de difícil acesso". In FELDMAN, M. & SPILLIUS. E.B. (orgs.) *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica: artigos selecionados de Betty Joseph*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- JUNG, C.G. (1961) "Memórias, sonhos, reflexões". Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.
- LALANDE, A. "Vocabulário técnico e crítico da filosofia". São Paulo, Martins Fontes, 1999.
- LIBERMAN, D. et al. "Del cuerpo al simbolo: sobreadaptación y enfermedad psicossomática". Buenos Aires: Trieb, 1986.
- McDOUGALL, J. (1978a) "O anti-analisando em análise". In *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- _____ (1978b) "Em defesa de uma certa anormalidade". *Op. cit.*
- _____ (1989a) "Introdução: o psicossoma e a viagem psicanalítica". In *Teatros do corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- _____ (1989b) "Afetos: dispersão e desafetação". *Op. cit.*
- _____ (1989c) "A desafetação em ação". *Op. cit.*
- MARTY, P. "A psicossomática do adulto". Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MARTY, P. & M'UZAN, M. (1962) "O pensamento operatório". *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28 (1):165-74, 1994.
- SAMI-ALI, M. "Pensar o somático". São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.
- SEGRE, M. & FERRAZ, F.C. "O conceito de saúde". *Revista de Saúde Pública*, 31(5):538-42, 1997.
- SIFNOES, E. "The prevalence of 'alexithimic' characteristics in psychosomatics patients". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 1973.

SILVA Jr., N. & FERRAZ, F.C. "O psicodiagnóstico entre as incompatibilidades de seus instrumentos e as promessas de uma metodologia psicopatológica". *Psicologia USP*, 12(1):179-202, 2001.

WINNICOTT, D.W. (1963) "O medo do colapso (*breakdown*)". In WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. & DAVIS, M. (orgs.) *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____ (1971) "A criatividade e suas origens". In *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Rua João Moura, 647 - conj. 121 05412-911 São Paulo - SP.
Tel: (11) 3088-9606
e-mail: ferrazfc@uolcom.br