



PUC RIO

Ana Paula Gouvêa Margaritini

**CONSTRUINDO PONTES TERAPÊUTICAS
COM O PACIENTE SOMATIZANTE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, 25 de abril de 2002.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>

Ana Paula Gouvêa Margaritini

**CONSTRUINDO PONTES TERAPÊUTICAS
COM O PACIENTE SOMATIZANTE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2002.

Ana Paula Gouvêa Margaritini

**CONSTRUINDO PONTES TERAPÊUTICAS
COM O PACIENTE SOMATIZANTE**

Dissertação apresentada ao
Departamento de Psicologia da PUC/RJ
como parte dos requisitos para obtenção
do título de Mestre em Psicologia
Clínica.

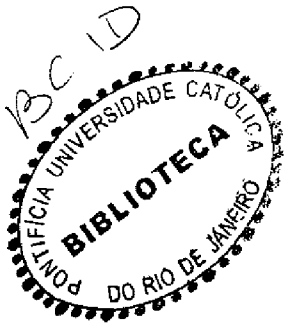
Orientadora: Angela Baraf
Podkameni

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2002.

122764



A meus pacientes.

AGRADECIMENTOS

A Angela Baraf Podkameni, minha orientadora, pelo respeito e incentivo à criatividade no decorrer dessa caminhada.

A Stella Cunha, por ter me apresentado à psicossomática e motivado meu aprendizado de maneira irreversível.

A meus pais, pela dedicação que compôs o alicerce de todo o início.

Ao Paulo, por ser tão presente em tudo, construindo comigo pontes de amor e companheirismo a cada dia.

A Norma Pace, por estar sempre pronta a compartilhar bons e maus momentos.

Ao Departamento de Psicologia da PUC-RJ e aos seus funcionários, em especial a Marise Lira de Souza, pela prestatividade e competência no trabalho desenvolvido.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela ajuda financeira recebida durante o curso.

RESUMO

A abordagem psicossomática psicanalítica, criada por Pierre Marty, foi utilizada como referência teórico técnica durante nosso percurso.

Para fundamentação do presente trabalho tomamos como base a questão do trauma e das identificações, evidenciando a importância das relações precoces, representadas pela díade mãe-bebê, na organização do funcionamento dos pacientes somatizantes. Visamos a partir desse desenvolvimento demonstrar uma forma possível de tratamento focada nesses pacientes, cujas peculiaridades psíquicas reportam a manifestação de corpos em sofrimento. A construção de pontes terapêuticas foi, portanto, enunciada como propiciadora de um encontro diferenciado com tais pacientes e deles consigo mesmos na busca da interação corpo e psiquismo.

Para ilustrar os pontos teóricos indicados, apresentamos o fragmento de um atendimento em consultório privado e um caso clínico, cujo acompanhamento foi realizado em hospital geral do Rio de Janeiro.

ABSTRACT

The psychosomatic psychoanalytic approach created by Pierre Marty was our theoretical and technical reference in the course of this study.

Trauma and identification were the issues on which the present study based itself, attesting both to the important role primitive relationships play, represented by the mother-baby pair, as well as its role in the organization of the way psychosomatic patients function. In view of this breakthrough, it was our intention to demonstrate a possible way of a specific treatment for such patients, whose psychic peculiarities are related to the expression (manifestations) of ailing bodies. A construction of therapeutic bridges was outlined as a way of facilitating a different encounter with such patients leading to an encounter with themselves and the search of a body/mind interaction.

To illustrate these theoretical points, we present a fragment of a consultation in a private office as well as a clinical case attended in a general hospital of Rio de Janeiro.

PALAVRAS-CHAVES

1 – Psicossomática;

2 – Trauma;

3 – Identificação;

4 – Tratamento.

SUMÁRIO

Introdução	01
Capítulo 1 – A questão do trauma e suas implicações	07
1.1 – Breve retomada do trauma em Freud	07
1.2 – O trauma em outros autores	09
Capítulo 2 – Aspectos peculiares do paciente somatizante ..	21
2.1 – Noções preliminares	21
2.2 – Idéias-chaves	23
Capítulo 3 – As identificações como ponto de partida.....	38
3.1 – O caminho freudiano	38
3.2 – Falhas identificatórias como precursoras de desorganização	43
Capítulo 4 – Um trabalho possível com o paciente somatizante.....	54
4.1 – Preâmbulo	54
4.2 – Percurso para a criação de elos de ligação	56
4.3 – Possíveis pontes terapêuticas	73
Capítulo 5 – Uma forma de vida que nos faz pensar.....	79
5.1 – Caso clínico	80
5.2 – Observações <i>a posteriori</i>	88
Considerações finais	95
Bibliografia	101

Bion: "segundo a minha experiência, muitos analistas não fazem a mínima idéia do tipo de artistas que são."

Resnik: "mas o que se pode fazer se eles não são artistas?"

Bion: "se não são artistas, então escolheram a profissão errada."

(Citado por Luigi Pagliarani, 1997)

INTRODUÇÃO

Na década de 30, com a formação da Escola de Chicago foram feitas as primeiras pesquisas sistemáticas no domínio da psicossomática. Os psicanalistas da época, ainda com o clássico dualismo psique-soma, que mantinha o corpo e a mente como objetos de estudo separados, tentavam estabelecer algumas ligações entre perfis psicoafetivos idênticos e a presença de determinadas afecções. Tais patologias eram então agrupadas sob o nome de "doenças psicossomáticas". Pesquisaram também situações familiares ou sociais que se apresentavam de forma semelhante na vida desses pacientes, tentando elucidar um conjunto de circunstâncias que poderia tender a caracterização de prováveis "pacientes psicossomáticos".

A partir de 1947, estudos de psicanalistas parisienses começaram a dar um outro rumo à questão da psicossomática. A evolução teórica e técnica foi ganhando espaço com a instauração de grupos de estudo e de pesquisa, até a criação da Escola de Psicossomática de Paris, tendo a frente Pierre Marty.

A nova escola evidenciava, desde o início, a visão monista, (em contra partida ao dualismo do passado) responsável pela definição do homem como um ser uno e, portanto, psicossomático por natureza. Os indivíduos são "psicossomáticos", as doenças não são. Essas últimas constituem uma ampla categoria "fora da psique" e seguem uma lógica diferente da lógica descrita pela metapsicologia freudiana. A psicossomática é uma abordagem de estudo e tratamento das expressões (manifestações) somáticas, regulando-as através da reanimação psíquica (Debray, 1983).

Derivada da psicanálise, segundo o próprio Marty, recebeu o nome de psicossomática psicanalítica, apesar de que a ela não se reduzisse. Enfocou primordialmente a primeira tópica freudiana, privilegiando o papel do pré-consciente no funcionamento do ego e nas origens somáticas, embora não deixasse de reconhecer à psicanálise um lugar de referência permanente e essencial como ponto de partida. Não só pelos conhecimentos implicados, como também para instrumentalização do diagnóstico diferencial entre, por exemplo, um neurótico que eventualmente somatizasse, e um indivíduo que apresentasse uma patologia crônica com evolução progressiva. Respeitando, portanto, as devidas proporções das situações que se apresentavam, a abordagem psicossomática evoluiu no sentido de não privilegiar somente a patologia

propriamente dita, mas a pesquisar o ser humano em sua trajetória de vida como um todo. Seu interesse, apesar de voltar-se para as relações entre os movimentos psíquicos e somáticos nos pacientes somatizantes, enveredou concomitantemente para as relações dinâmicas e harmoniosas do psíquico e do somático nos sujeitos sadios.

Foi então a partir de Marty (1990) e de seus seguidores que a Escola de Psicossomática de Paris, através de suas ferramentas conceituais, como a noção de mentalização, de pensamento operatório, de depressão essencial, dos mecanismos das fixações e regressões, entre outras; além da introdução de novas técnicas de tratamento, alicerçadas na prevalência da relação de base sobre a transferência e na posição face a face com o paciente; conseguiu criar seu corpo teórico e técnico próprios, diferenciando-se, a partir daí, da psicanálise e, ao mesmo tempo, enriquecendo-a com suas contribuições.

Por toda a extensão que essa obra apresenta, pela busca em conhecê-la mais de perto e pela proximidade constante, tanto no consultório como no hospital, de pacientes que apresentam sintomas orgânicos, aliados a características psíquicas peculiares, vimos despertar nosso interesse em realizar essa dissertação. Pretendemos nas linhas que se seguirão, incluir

fatores que acreditamos poderem contribuir para a elucidação quanto a existência de falhas na formação do sujeito e sua organização somatizante, assim como os possíveis efeitos advindos dessas circunstâncias. Em seguida, tencionamos discutir modalidades de intervir nesse processo.

Para atingirmos nosso objetivo selecionamos determinados autores ligados ao tema em questão. Alguns textos freudianos foram escolhidos como pontos de partida à teoria de outros autores, seguindo a diretriz martyniiana.

Unidos aos postulados de Marty, muitos profissionais foram aderindo e incrementando com suas contribuições o desenvolvimento dos psicossomatistas. Autores como Rosine Debray, Pierre Fédida, Didier Anzieu e Catherine Parat, permeiam nosso trabalho, enriquecendo-o com suas idéias.

D. W. Winnicott, por sua vez, apesar de nunca ter freqüentado o Instituto de Paris, desenvolveu noções de psicossomática que convergem em muitos pontos com o raciocínio difundido por Marty.

Outros estudiosos foram citados na medida em que suas formulações incrementavam nossos conhecimentos. Uma menção especial atribuímos a Anne Alvarez por termos

extraído, de seu trabalho com crianças autistas, um interessante paralelismo como nosso objeto de estudo, o paciente somatizante.

Procuraremos, a partir das idéias dos autores estudados, percorrer um caminho que se iniciará com a questão do trauma, por acreditarmos tratar-se da origem do desencadeamento das somatizações. Faremos então, no primeiro capítulo, um rápido percurso pelos textos freudianos, até chegarmos aos efeitos oriundos das relações mais precoces, protagonizadas pela díade mãe-bebê.

O próximo passo, após alcançarmos essas primeiras noções, será o desenvolvimento, no segundo capítulo, de uma apreciação sobre o indivíduo somatizante, tentando resgatar suas peculiaridades de funcionamento à luz da economia psicossomática.

Posteriormente nos dedicaremos, a partir dos textos de Freud e de outros autores, ao estudo dos processos identificatórios como base de sustentação à formação do sujeito. Apontaremos a relação existente entre o aparato representacional e as conseqüências advindas dos percalços da maternagem.

Finalmente, no quarto capítulo, procuraremos discutir formas de intervenção com esses pacientes através da formação de elos de transição e de vida, constituindo pontes terapêuticas.

No capítulo final apresentaremos um caso clínico a título de elucidação e de possíveis interlocuções em relação aos pontos levantados.

A QUESTÃO DO TRAUMA E SUAS IMPLICAÇÕES

1.1 – BREVE RETOMADA DO TRAUMA EM FREUD

De acordo com Rosine Debray (1983) a noção de trauma estaria ligada a origem de grande número ou até mesmo de todas as afecções somáticas, reversíveis ou não.

Marty (1990) já havia transitado nesse terreno e levantado, inclusive, a possibilidade do trauma se constituir de reativações mnêmicas, a partir de um acontecimento atual. Ressaltou, no entanto, que a importância do traumatismo estaria na quantidade de desorganização produzida e não na qualidade do acontecimento ou situação que o produziu.

Entretanto, é preciso entender o que é o trauma, como se constitui como tal e as variações de seus efeitos. A intensidade com que se apresenta, o tempo de exposição do sujeito a um determinado acontecimento, os recursos internos para lidar com a situação e em que momento da vida o episódio com efeito traumático ocorre.

No plano econômico, segundo Freud (1910), o trauma dar-se-ia por um excesso de excitação que estaria além da tolerância do indivíduo, sobretudo, de sua capacidade de dominar e elaborar psiquicamente essas excitações. Haveria, portanto, uma dificuldade de "digerir" esse excesso pelas vias normais, acarretando distorções na utilização dessa energia. Ele ressalta, contudo, a natureza relativa do trauma psíquico (Freud, 1919) e suas contínuas observações confirmaram que nenhum acontecimento, seja ele marcado por acidentes, adoecimentos, lutos ou mudanças bruscas na rotina diária, são por si sós, traumáticos. No entanto, tais fatos criam alterações que podem ser mais suscetíveis de se constituírem como traumáticas. O que, na verdade, está em jogo é a forma como cada circunstância se dá e a maneira pela qual cada indivíduo se posiciona diante dela. O conhecido ditado "cada caso é um caso", se aplica aqui com muita propriedade, pois trata-se da singularidade do sujeito e não de um rótulo patológico "a priori" designado.

Note-se ainda, que na evolução de suas pesquisas, Freud (1926) atribuiu ao estado de desamparo o protótipo da situação traumática, verificando que o ego experimenta a sensação de desamparo toda vez que se confronta com uma exigência instintual crescente, o que o remete a situação análoga ao nascimento – o determinante mais antigo e original da angústia.

Preservou, contudo, a importância do aspecto de suportabilidade que difere de indivíduo para indivíduo, no tocante ao aumento progressivo da tensão interna. Diante da invasão abrupta de excitação, uns seriam capazes de executar sua supressão, assimilação ou elaboração, enquanto outros submergiriam a tal afluxo, impossibilitados de dominá-lo.

1.2 – O TRAUMA EM OUTROS AUTORES

Ao tomarmos as idéias de Winnicott (1988), Anzieu (1985) e Debray (1983) encontramos semelhanças de pontos de vista para pensarmos o porquê da divergência, na qual indivíduos estariam melhor organizados para lidar com inesperadas avalanches de estímulos do que outros. O começo da reflexão remonta ao início da natureza humana. Os autores perfazem cuidadosamente o primeiro elo de vida, a ligação mãe-bebê, evidenciando as diferentes etapas desse desenvolvimento.

O acontecimento do nascer ratifica, num primeiro momento, a "inclusão recíproca" (Anzieu, 1985), mãe e bebê funcionando ainda como se estivessem unidos num só corpo, numa espécie de fusão ou simbiose na qual ambos negariam de certa forma o nascimento. O bebê exprimindo o desejo próprio ao narcisismo primário de retorno ao seio materno e a mãe vivenciando ao mesmo tempo esse processo, através de sua fantasia de

esvaziamento, como se experimentasse a sensação de estar oca após o parto.

Neste ponto fazemos um assinalamento para incluir uma outra possibilidade de se pensar este momento, que seria a de uma experiência de continuidade tanto para a mãe quanto para o bebê com o cenário sentido e captado profundamente pela dupla mãe-bebê durante os nove meses gestacionais. A fantasia de continuidade (Winnicott, 1987) expressaria uma diferença com relação às fantasias de retorno ao seio materno e a de esvaziamento. Tratar-se-ia, como o próprio nome aponta, de uma continuidade de ser para o bebê, proporcionado pela mãe num estado de "preocupação materna primária", estado este que se estenderia do período anterior ao nascimento do bebê até semanas após o parto, como Winnicott bem observou (1958; 1987). Durante esse período, mãe e criança permaneceriam fusionados numa ligação ímpar de interação e de comunicação, cuja sutileza da vivência estaria restrita primordialmente a esta díade.

A distinção com relação às fantasias anteriores, estaria no caráter contínuo da ligação mãe-bebê, que não se perderia com o nascimento e iria gradativa e naturalmente se diluindo após as primeiras semanas iniciais de vida do bebê. Em contrapartida, as fantasias de retorno e de esvaziamento já

teriam em si as noções de regresso ou de preenchimento de algo que teria ficado para trás. Estariam portanto, expressando uma tentativa de recuperação diante de uma perda fusional.

Se o vínculo entre mãe e bebê prossegue naturalmente, a próxima etapa será a fantasia de um revestimento único para os dois, uma pele comum. Embora tal composição possa sugerir uma mistura na díade, não é o que de fato se apresenta. A pele comum os mantém ligados, mas com uma simetria que esboça sua separação futura. A interface criada é, então, da possibilidade de existência de dois lados da mesma pele, de um lado o filho, de outro a mãe. Essa trama é que vai permitir a comunicação sem intermediários, a empatia recíproca e a permanência, no tempo adequado, de uma identificação que preserve a ressonância de sensações e sentimentos para que as necessidades de ambos sejam atendidas.

Abrimos aqui um parêntese para mostrarmos a semelhança entre este *constructo* de Anzieu (1985) e o conceito de preocupação materna primária enunciado por Winnicott (1958). Este estado refere-se à experiência de comunicação única partilhada entre mãe e bebê não somente algumas semanas após o parto, como também nas últimas semanas prévias ao nascimento. As próprias alterações anatômicas e hormonais, aliadas ao componente psíquico, fornecem o alicerce para que o

enredo maternante se instale. A mãe se garante de uma receptividade especial que garante a ela a tradução singular das necessidades de seu filho.

Winnicott (1988) também já havia reconhecido a importância da pele como elemento fundamental para propiciar uma vida saudável dentro do corpo. O manuseio da pele no cuidado do bebê, da mesma forma que os modos de segurar a criança, auxiliam no alcance da integração, conferindo inclusive, um marco no processo de localização da psique *no* e dentro do corpo.

Conclui o autor, dessa forma, que a identidade entre corpo e psique não é algo natural, mas uma condição conquistada gradativamente para que se possa falar em saúde. Assim, a psique deve chegar a um acordo com o corpo, de tal modo que se configure um estado no qual as fronteiras sejam similares.

Toda essa engrenagem de funcionamento exige uma sucessão de acontecimentos progressivos que vão desde a solicitação mútua entre mãe e bebê até a aquisição da diferenciação e a apropriação da palavra.

Nesse complexo percurso muitas variantes irão ocorrer, podendo gerar conseqüências satisfatórias ou não. Tudo vai

dependem da relatividade dos fatores apontados anteriormente, bem como de alguns impedimentos fisiológicos que não podem ser descartados, tais como: uma deficiência do sistema nervoso que prive o bebê de iniciativas sensório-motoras ou de responder a sinais, um traumatismo intra-uterino ou uma falha no código genético, enfim, circunstâncias que acarretariam "déficits" de várias ordens.

Entretanto, em que pesem todas as nuances que poderiam ser aventadas, interessa-nos, sobretudo, a delicadeza do círculo materno. O que de fato pode ser traumático ou não, levando-se em consideração duas situações: a existência de reciprocidade de resposta, no caso do par mãe-bebê ativo, dinâmico e competente para se suprir e se afastar de uma maneira "suficientemente boa"; e a noção inversa, o par que não alimenta o duplo *feedback*¹ adequadamente, gerando reações de retraimento ou de cólera no bebê, que poderão ser efêmeras ou patologicamente duráveis, dependendo do quanto a não-resposta da maternagem persista.

O que é relevante é o grau em que a mãe se faz receptora do que acontece com seu filho. Nas palavras de Fédida (1988):

¹ Conceito de Didier Anzieu (1985) no qual mãe e bebê formam um sistema fechado, cujas informações são trocadas em duplo sentido, da mãe para o bebê e vice-versa.

“...a mãe experimenta uma angústia que a desperta para o perigo, que aumenta a acuidade da percepção de si mesma e do filho, restitui a este, através de palavras e de gestos adequados a significação distinta do que ele experimenta, portanto, sem confusão com a sua própria... uma mãe capaz de ressonância com o estado da criança, de continência das energias desta angústia, de metabolização e de metaforização dos afetos confundidos que tendem a transbordar na criança.” (p. 74)

Este brilhante relato é corroborado com as idéias de Winnicott (1971) que além de atribuir importância ao *holding*² e ao *handling*³ para a formação da criança, evidencia um terceiro aspecto que se instala como ponto crucial no estabelecimento da relação com a realidade externa: a apresentação dos objetos à criança pela mãe. Este processo influi nas relações objetais posteriores, estabelecendo os princípios para que se possa criar a confiança necessária, diante dos objetos que a cercam e a possibilidade de evolução da capacidade criativa, permeada pela livre circulação das fantasias.

² Referente ao continente dado ao bebê pela mãe, sendo representado pela maneira como ele é carregado.

³ Em consonância com o *holding*, remete ao manejo da criança, ao modo como ela é cuidada, manipulada.

Para Winnicott (1979) o caos resulta de uma maternagem que não foi "suficientemente boa" gerando, entre outras coisas, distúrbios precoces na relação de objeto. Nesse sentido, é o olhar materno em sua função especular para criança que irá nortear, num primeiro momento, se essa apresentação de objeto será vivificante ou atrofiante para o psiquismo em formação.

No caso de uma mãe que não consegue transpor os limites dela própria, expressando um tipo de rejeição, depressão ou até mesmo um hiperinvestimento protetor, não se colocará como uma facilitadora para a criança, principalmente no que diz respeito à diferenciação entre um dentro e um fora, conquistada a partir da percepção das sensações corporais. Assim, se o rosto da mãe não funciona como um espelho, no qual a criança possa reconhecer-se, Winnicott observou que a percepção tomará o lugar da apercepção. Ou seja, a não-disponibilidade do olhar materno poderá implicar no não-reconhecimento de si mesmo por parte do pequeno ser em desenvolvimento, originando a ameaça do caos pela falta de confiança suscitada pelos objetos vivos, fato que incorrerá num apego à percepção da realidade concreta, constituindo-se então um aparato defensivo. Esta seria então a hipótese de Debray (1983) para explicar porque o sujeito, mediante uma defesa muito precocemente efetuada, estaria de alguma forma prejudicado no uso dos processos de interiorização e em particular no uso de

mecanismos de projeção e introjeção. O superinvestimento da realidade externa (como o da atividade do corpo enquanto possibilidade de descarga) viria impor um curto-circuito, tornando o sujeito inapto para deprimir-se mentalmente e ao mesmo tempo desprovido de recursos psíquicos para fazer frente a uma situação de perda.

Sem o apoio das sensações corporais verdadeiras, o eu-corporal tomaria a dianteira sobre o eu-psíquico, na medida em que corresponderia a uma defesa contra a ameaça de caos. Sua árdua tarefa seria executada por meio do preenchimento de suas lacunas com objetos externos, pessoas e coisas. O privilégio do atual e do factual estaria literalmente exemplificado na vida operatória⁴.

Dessa forma, a defesa erigida e a tentativa de preenchimento pela concretude enuncia a distinção não clara entre os limites do dentro e do fora, pois o que deve ser evitado é o "experimentado interiormente" como vazio ou falta, que remete à vivência de caos. A saída parece ser então a evacuação contínua desse experimentado através do hiperinvestimento do percebido. De fato, esse circuito se repete sucessivamente por não haver se constituído na criança a noção de desejo que se originaria pela capacidade de suportar a vivência da falta. Tal

sistema marcado pela fragilidade da díade mãe-bebê danifica o acesso aos processos de pensamento.

Ao retomarmos, portanto, a noção de "eu-pele" proposta por Anzieu (1985), enquanto representação do próprio eu pela criança, a partir da experiência da superfície do seu corpo, encontramos um elo importante no entendimento da delimitação entre um dentro e um fora. Debray (1983) acrescenta então o conceito de arrombamento traumático, representado pelo estilhaçamento do ego ou de uma espécie de esgarçamento do "eu-pele", devido à sua inconsistência protetora. A idéia remonta a debilidade do sujeito ligada a uma falha precocemente instituída, a falha narcísica, cujas particularidades constitutivas poderiam talvez se aclarar nos possíveis vínculos existentes entre o eu-corporal e o eu-psíquico.

A questão parece incidir no conceito de narcisismo primário, fonte das forças de vida, fixador da energia libidinal e precursor dos fundamentos da libido narcísica do sujeito. A constituição do eu-corporal dar-se-á então a partir do narcisismo primário e da qualidade dos cuidados maternos, como uma etapa prévia e essencial para o desenvolvimento pleno do eu-psíquico.

⁴ Conceito amplo desenvolvido por P. Marty e M. de M'Uzan para dar conta da redução do pensamento face à importância dos comportamentos. Cf. "Pensamento Operatório" P. Marty,

Ocorre que, como visto anteriormente, se esse interjogo de compensações recíprocas tiver sido falho, haverá um eu-psíquico frágil e um narcisismo secundário deficiente em contribuir com a preservação do ego e, portanto, inconsistente em inibir as forças "antivida"⁵, segundo o termo winnicottiano.

São justamente esses desequilíbrios que serão responsáveis pelos "déficits" na organização mental e na economia psicossomática geral, originando possivelmente, as eventuais desorganizações somáticas transitórias, crônicas ou até mesmo letais.

Baseados em toda a linha de raciocínio dos autores citados, talvez possamos inferir que o trauma não se constitui somente "a posteriori", sendo despertado ou creditado mediante um segundo acontecimento que associativamente resignificaria o primeiro. Sua constituição parece estar ligada a um conjunto de circunstâncias que na medida em que vão ocorrendo, ou por outra, deixando de ocorrer, através das falhas excessivas para aquele organismo em formação ou por meio de sua repetição cumulativa, vão suscitando gradualmente registros reversíveis ou não. Tais registros poderiam ser atribuídos a pontos traumáticos, levando-se em consideração não só a persistência

1990, p. 17.

⁵ Termo utilizado por Winnicott em lugar de instinto de morte.

do fato e a posterior permanência dos efeitos como o excesso de excitação e o momento em que o trauma sucedeu. Portanto, o trauma estaria ligado ao efeito do ato infligido, o que não significa que seja irreparável.

E é isso que Debray (1983) habilmente nos lembra ao se referir à plasticidade do sujeito em realizar modificações individuais. Por plasticidade entendemos a capacidade de retomada do impulso vital no ponto em que a evolução psíquica tivesse sido interrompida. Segundo a autora, essa retomada só seria possível por meio de um reinvestimento relacional (“reanimação” da relação), o que poderia conduzir a modificações econômicas e até estruturais, em função da reinserção no processo de desenvolvimento.

Para finalizar, queremos assinalar que ao configurarmos a situação traumática ressaltando o impacto das primeiras relações do indivíduo não estamos pura e simplesmente resgatando os primeiros trabalhos de Freud, nos quais havia o destaque da exterioridade onde não só o acidente provocava o sintoma, como também paralisava qualquer reação por seu caráter súbito (Freud, 1895). Estamos, na verdade, interessados, como tão bem demonstra Uchitel (1997), em algo que escapa ao psiquismo, o qual não é possível dar conta. A fonte do trauma sendo externa ou interna implica num evento

que o psiquismo não consegue absorver, permanecendo numa suposta exterioridade, impedido de entrar em conexões por não poder ser "diluído" por deslocamento e associações.

ASPECTOS PECULIARES DO PACIENTE SOMATIZANTE

2.1 – NOÇÕES PRELIMINARES

Tomamos como ponto de partida para chegarmos a proposição da intervenção clínica, alguns pontos que consideramos fundamentais sobre a noção do trauma, para tentarmos entender agora quem é nosso paciente.

Detivemo-nos na questão ligada às marcas muito precocemente estabelecidas e consideradas em si traumáticas para abordarmos quais as características principais do paciente que privilegia involuntariamente a descarga de excitações através do corpo.

De início sabemos que o organismo conta com três vias de escoamento para descarregar seus estímulos, sendo elas: a orgânica, a ação e o pensamento, que, nessa ordem, representam progressivamente o grau evolutivo dos recursos do indivíduo para fazer frente ao afluxo de excitações que o atingem regularmente. Assim, diante de um problema e da solução apresentada pelo sujeito conseguiríamos distinguir se o

pensamento foi utilizado ou se este teria sido suplantado por acessos mais rápidos. Nesse sentido, a via a ser usada pelo sujeito dependerá da qualidade dos recursos internos disponíveis, considerando-se a flexibilidade das operações mentais face aos comportamentos reflexos ou automáticos.

Logo observamos que a importância de todo o processo está ligada às funções do aparelho psíquico e portanto das novas perspectivas conceituais que fizeram com que Marty ampliasse tais funções para além do arcabouço teórico freudiano, referente ao campo das psiconeuroses (Freud, 1915). Marty (1990) observou que a permanência acentuada de respostas automáticas oriundas de pobreza associativa e discursiva, aliadas a deficiências oníricas, fantasiosas e simbólicas faziam parte do funcionamento de alguns indivíduos que justamente por apresentarem essas peculiares manifestações necessitavam ser entendidos dentro de suas singularidades e inseridos numa outra forma de intervenção clínica.

Assim, uma nova fonte de conhecimentos começou a ser criada, a partir do contato com pacientes que pareciam alienados de seu sofrimento, mantendo sintomas orgânicos, por vezes extremamente graves, completamente à parte de qualquer ressonância emocional.

Nascem então noções fundamentais que tentaremos elucidar nesse capítulo.

2.2 – IDÉIAS-CHAVES

De acordo com Marty (1990) para que o sujeito se coloque como regulador de sua economia psicossomática, ele necessita de um bom nível de mentalização que consiste em operações de representação e simbolização por meio das quais o aparelho psíquico busca “trabalhar” e escoar o excesso de energias pulsionais e instintivas. Entretanto, em clínica, às vezes, as representações parecem ausentes ou empobrecidas, esvaziadas de conteúdo, como se só reproduzissem a realidade vivenciada concretamente. Diante deste terreno árido uma questão se impõe sobre a origem dessa escassez representacional, responsável pela limitação da vida mental. Marty, apoiado na primeira tópica da teoria psicanalítica freudiana, propõe o pré-consciente como instância que responderia a essa questão, já que, durante o desenvolvimento, teria se organizado como sistema de ligação entre as representações mentais. O pré-consciente teria então se constituído como reservatório das representações e das associações entre elas, perfazendo as ligações entre as representações de coisas e as representações de palavras.

Ambas já haviam sido categorizadas pela psicanálise e foram retomadas pela teoria martyniana dentro do novo modelo empreendido. Segundo a própria descrição de Marty (1990):

"As representações de coisas lembram interiormente realidades vivenciadas, sem grande variação em relação às coisas percebidas no original e se revelam pouco mobilizáveis mentalmente. Provocam associações sensoriais e perceptivas, assim como associações de comportamentos de diversas ordens.

As representações de palavras se constituem a partir das percepções mais primárias e elementarmente verbais. Participam ainda nesses momentos das representações de coisas cujo status abandonam progressivamente, durante o desenvolvimento. Oriundas das comunicações inter-humanas (com a mãe em primeiro lugar), as representações de palavras mantêm e organizam essas comunicações, permitindo simultaneamente comunicações internas, refletidas consigo mesmo. Facilmente mobilizáveis pelos afetos, atraentes e enriquecidas por novos afetos e também por valores simbólicos, à medida da multiplicação das trocas verbais, as representações de palavras constituem o essencial das associações de idéias."
(p. 25)

Desde já, nos fica claro que entre as representações de coisas e de palavras deverá ocorrer uma associação para que o

pensamento ganhe condições de evolução. Assim sendo, é o corpo revestido pela pele exposta às sensações corporais com funções estruturantes, como vimos anteriormente, que funciona como a origem do desdobramento e frutificação dos componentes afetivos e simbólicos. Sabemos que só há frutos em terrenos férteis e Marty nos tece essa ligação, paralelamente aos autores já citados, ao apontar a figura materna nesse enredo de intersecções. Portanto, ligações falhas e esparsas nessa intermediação mãe-bebê podem confluir em conseqüentes falhas nas ligações representacionais, acarretando uma espécie de esgarçamento nos elos constituintes do pré-consciente. Dito de outra forma, estaríamos diante de uma estruturação deficitária em relação à construção de uma boa mentalização.

Insuficientemente protegido por recursos quantitativa e qualitativamente superiores de expressão, o indivíduo estaria propenso a desorganizações mais ou menos duradouras de seu aparelho psíquico, todas as vezes que se confrontasse com um excesso de excitação. O resultado tenderia a ser através de descargas pelo comportamento ou ainda eclodir em francas somatizações. Tudo dependeria, portanto, do quanto o sujeito teria sido atingido por "experiências traumáticas" e de sua capacidade de se sobrepor às circunstâncias desfavoráveis. Na verdade, o grande salto estaria na possibilidade de manter em

curso a quantidade e a qualidade de representações pré-conscientes, assegurando, assim, um distanciamento de respostas de ordens rudimentares.

De acordo com Marty (1996) a quantidade de representações seria definida pelo acúmulo de representações sedimentadas no decorrer do desenvolvimento e a qualidade seria determinada por sua disponibilidade evocativa, pela duração de suas representações ao longo do tempo e por suas possibilidades associativas.

Caso haja uma desarticulação entre a quantidade e a qualidade das representações pré-conscientes, estaremos mais próximos de assistir a um contexto patologicamente danificado, marcado por uma realidade pouco mobilizável e/ou pouco comunicável das coisas.

O que se ressalta nesses pacientes é a presença de um empobrecimento de sua capacidade de simbolizar e de fantasiar. Sua criatividade normalmente encontra-se rebaixada e a vida onírica se não ausente, apresenta apenas um teor reprodutivo do cotidiano ou pesadelos com conteúdo muito arcaico, primitivo. Não parecem fazer relação entre sofrimento físico e dor psíquica, como se conexões internas ficassem em branco, em prol da supervalorização do palpável. O discurso do

paciente freqüentemente é claro, embora sua objetividade pareça funcionar como um blindado cuja invisibilidade para os outros não o torna menos eficaz. Quase não há eco associativo diante de palavras carregadas afetivamente, esvaziando com isso qualquer intenção interpretativa. A natureza das condutas sugere um afastamento do indivíduo de sua própria história, algo da ordem da não-implicação, da alienação ou da defesa. O apego ao factual, nos comportamentos automáticos e adaptativos, poderá ser considerado como uma defesa erigida pela percepção contra vivências há muito abolidas ou desistidas.

Curiosamente, como nos assinala Debray (1983) esse investimento defensivo da percepção, pelo apego aos objetos concretos, (reportando a própria realidade externa), viria impedir a passagem das moções pulsionais surgidas do inconsciente (afetando a condição de representação) sem, no entanto, incorrer num aparato intelectual de qualidade medíocre. A hipótese da autora é a de que o domínio do pensamento racional ficaria preservado por estar clivado do mundo pulsional, irracional e vivo do inconsciente.

Essa idéia já havia sido levantada por Marty e M'Uzan (1963) num artigo dedicado à explanação de um tipo peculiar de pensamento consciente, sem vínculo com uma atividade

fantasmática apreciável. A denominação para esse tipo de manifestação foi a de pensamento operatório, no sentido de que existe a prevalência da operatividade de conduta e do pensamento preso essencialmente às coisas, deficiente em se deixar permear pelos produtos da imaginação e da expressão simbólica. O paciente adere à materialidade dos fatos e à utilidade dos objetos, utilizando a palavra como um artifício de repetição do real vivido. O que se perde é a condição de se circular livremente entre os significantes e os significados, o que remonta à observação de Debray com relação à possibilidade do pensamento operatório não ser exatamente de má qualidade, mas apenas faltante com relação a uma referência a um objeto interno realmente vivo. A garantia de existência parece se dar na reprodução mental dos fatos, apontando para uma relação objetal bastante original marcada por deficiência no processo de identificação. Em outras palavras, o sujeito parece ser capaz, no máximo, de identificações superficiais ligadas a regras prescritas ou a pessoas, sem inclusão da capacidade de empatia. A condução dos fatos não é inspirada na troca, porquanto o indivíduo apresenta-se refratário às condições de entendimento e elaboração de idéias, pois no pensamento operatório não há distanciamento entre sujeito e objeto, o que se ocorresse permitiria o valor afetivo do encontro ao invés de seu

esvaziamento. Falta o afeto que interligue as coisas. Sem este mediador, as coisas se reduzem simplesmente a elas mesmas.

Aliás, esse aspecto particular da dinâmica afetiva favoreceu a criação, mais uma vez por parte de Marty (1966), do conceito de depressão essencial, cujos sintomas aparecem freqüentemente como prelúdio do estado operatório. Diferentemente da depressão neurótica, do luto ou da melancolia, este tipo de depressão sem objeto ou auto-acusação, relaciona-se à precariedade do trabalho mental. O termo essencial refere-se à própria natureza da depressão com rebaixamento do tônus libidinal e a presença de profundo desamparo, freqüentemente desconhecido do próprio sujeito. Geralmente é precedida por angústias difusas que reproduzem um estado arcaico de transbordamento, levando o aparelho psíquico a deflagrar a desorganização e a fragmentação que já existiam como esteio de fragilidade, embora por vezes de forma camuflada. O desequilíbrio se orienta então para a esfera somática, via mais rápida num psiquismo mais rudimentar.

Tal quadro, na verdade, sugere-nos um caráter bastante mesclado com o pensamento operatório, a ponto de dificultar a distinção entre um e outro. Talvez esteja justamente aí, a configuração do que levou Marty a incluir todas essas manifestações específicas numa denominação mais abrangente,

sob o nome de vida operatória. Dentro desse esquema de funcionamento, a avalanche de movimentos instintuais e pulsionais não dominados remete a uma espécie de morte silenciosa em relação a apelos conscientes de ajuda, embora haja freqüentemente o sofrimento físico.

O contexto traduz um ego desorganizado ou fragilizado em encontrar vias mentais para lidar com o afluxo de excitações. Dessa maneira, a vida operatória seria uma tentativa tênue de dar conta da angústia, sustentando o indivíduo através da vivência empírica da realidade, embora esse mecanismo tenda a tornar o sujeito mais vulnerável às afecções somáticas.

Diante então do aparecimento de adoecimentos, segundo Marty (1976), o organismo buscará salvaguardar sua integridade utilizando-se dos recursos de que dispõe, visando a conseguir uma situação de equilíbrio. Sua resposta procurará mediar a economia psicossomática, de acordo com dois movimentos básicos, a fixação e a regressão. Ambas estão ligadas ao desenvolvimento do indivíduo, concernente às marcas que compuseram e que continuarão a ser somadas no decorrer de seu percurso. Sabemos que no crescimento individual vão sendo impressas experiências de prazer e de desprazer que constituem os pontos de fixação libidinal, que por sua vez, servirão de pontos de contenção toda vez que um "quantum" de

energia exceder a capacidade de contenção do aparelho psíquico provocando um movimento regressivo. Este aspecto merece um assinalamento maior na teoria de Marty, devido ao seu grau de importância.

Marty vai explicitar, neste ponto, um viés diferencial no conhecimento clássico psicanalítico. Sigamos, então, sua trajetória que se inicia num movimento evolutivo que vai da função mais simples à mais complexa, envolvendo um processo de organização feito de associações e hierarquizações. Para que esse processo se dê de forma satisfatória, ele deve contar com a intermediação da função materna que dará ao bebê, progressivamente, a condição de apropriação dessas funções num plano crescente de organização, compondo sistemas sucessivos cada vez mais numerosos e mais ordenados.

Se inicialmente, o bebê dispunha apenas de funções independentes, associadas em mosaico⁶ sem se encontrarem organizadas em um sistema comum, os novos sistemas que vão tomando lugar reúnem as funções anteriores, emprestando-lhes um formato diferente, a partir do acréscimo de aquisições inéditas. Dessa maneira, prossegue o movimento essencial de organização evolutiva, que por sua vez necessita que os elementos funcionais em fase de organização estejam de um

certo modo prontos no momento desejado para que a nova organização funcional se instale adequadamente. Caso contrário, poderá haver algum dano na continuidade evolutiva. Quando ocorre essa discrepância, em geral, é por influência de traumatismos passados ou atuais que acabam por desencadear um movimento contra-evolutivo de desorganização. O fato é que a partir dessa desorganização vai haver uma regressão na tentativa de refazer o movimento inicial e deslançar a eventual organização mais evoluída. Dá-se uma regressão na busca de reorganização. Entretanto, se mesmo com a regressão a nova organização fracassar, os reiterados retornos regressivos acabarão por fomentar a criação de uma marca que se fixará progressivamente. O fenômeno da fixação eclodirá tendo por origem a regressão, configurando, então, uma das grandes hipóteses de Marty (1990), segundo observamos no trecho a seguir:

“ A incorporação de uma regressão secundária a uma fixação inicial constitui um conhecimento clássico da psicanálise. Em sentido inverso, a presença necessária de uma regressão para constituir uma fixação levanta uma nova hipótese...” (Op. cit., p. 24)

⁶ A imagem do “mosaico primordial” é uma referência de Marty que evoca a justaposição de funções vitais desde a fase embrionária até após o nascimento. Essas funções carecem de

Como vimos, são esses pontos de fixação que servirão como referências para que o funcionamento regressivo tenha possibilidade de encontrar equilíbrio. Em face da emergência e intensificação das excitações, o indivíduo sofrerá desorganização do nível mais evoluído para o mais arcaico. Apenas em situação de falha do pré-consciente e insuficiência do par fixação - regressão, poderá o indivíduo ser acometido à desorganização progressiva, processo gradual de desmoronamento, indo do aparato mental, passando pelo fracasso na descarga pelo comportamento até atingir o orgânico. Nesse estágio instalam-se facilmente as somatizações de evolução variável, chegando, inclusive, às doenças graves.

Na mesma linha de raciocínio encontramos Debray (1983) que não só ratificou o esquema evolucionista no sentido da organização de funções cada vez mais diferenciadas e complexas, como ampliou seus estudos na direção desse desenvolvimento, especialmente no nível da estrutura mental, visando a constituição de instâncias que caracterizam a segunda tópica, acrescentando assim à teoria de Marty que repôs, primordialmente, sobre a primeira tópica freudiana.

Voltemos nossa atenção, portanto, para o percurso da autora que nos parece fundamental, primeiro pela conexão com o que viemos traçando até aqui e, depois, pela ligação que faz para

alargar os horizontes de conhecimentos. Vejamos, então, o ego que aparece e se diferencia progressivamente no curso do desenvolvimento, posicionando-se como uma espécie de mediador diante das exigências do id, do superego e da realidade externa. No plano econômico, é o ego que vai funcionar como fator de ligação entre os processos psíquicos, principalmente no que tange à passagem através do pré-consciente de elementos caracterizados pelo processo primário e que por meio de um trabalho reiterado de pensamento, receberão a tradução compatível com a organização do processo secundário, assegurando assim o acesso ao pensamento racional.

Esse ponto de vista mostra-se oportuno se lembrarmos que vínhamos tratando da insuficiência do pré-consciente e que esse prisma não foi alterado, se levarmos em consideração que o ego o engloba em sua maior parte. (Freud, 1923)

Para Freud (1940) o desenvolvimento do ego ocorre em dois eixos que podem ser vistos como complementares. Um estaria na diferenciação do id a partir do contato com a realidade e o outro seria constituído pelo resultado das identificações sucessivas do sujeito que, em última instância, configuraria o palco para o jogo entre as libidos narcísica e objetal.

Fato, inclusive, precedentemente realçado por Freud (1923) ao pressupor o ego como um grande reservatório de libido, pronto a enviá-la aos objetos e absorvê-la dos mesmos. Dessa forma, libido narcísica e libido objetal em estado de equilíbrio, formariam o esteio das trocas relacionais pertinentes a todo indivíduo.

Justamente neste ponto repousa a hipótese de Debray, quanto a um ego mal constituído, levando-o a um recrudescimento da percepção dos objetos concretos em detrimento dos processos de interiorização e, em particular, o uso de mecanismos de projeção e introjeção. A própria teoria freudiana fornece sustentação a esse aspecto ao atribuir à formação egóica mais um acréscimo, além dos eixos acima citados. Na verdade, um eixo aglutinador dos dois anteriores, em nosso entender, por instituir inicialmente ao ego a projeção da própria superfície do corpo, focando as sensações corporais como derivadoras dessa instância. Assim, *“o ego pode ser considerado uma projeção mental da superfície do corpo ao lado do fato (...) de que representa a superfície do aparelho mental”*. (Freud apud Laplanche e Pontalis, 1968)

Ao tomarmos, então, esse dado referente a importância das vivências corporais em relação à fluidez dos mecanismos de projeção e introjeção, verificamos que parece haver uma via

direta com a díade mãe-bebê. Em decorrência da relação insuficientemente proporcionadora de segurança entre a mãe e seu bebê, poderá ocorrer uma redução no potencial de tais mecanismos, em proveito da aderência à percepção como defesa e da atividade motora como descarga.

Dessa forma, o indivíduo que deveria estar inserido na linhagem evolutiva, encontra entraves originados por falhas no processo identificatório e conseqüentes deficiências nas necessárias projeções e introjeções, permanecendo, de certo modo, no âmbito do eu-corporal, que o impossibilita a processos mais diferenciados (diferença entre o dentro e o fora). Em função dessa alteração no processo de desenvolvimento, há uma perda de autonomia camuflada, onde o sujeito despercebidamente se submete à atividade do corpo, desprovido de alicerces psíquicos que proporcionem nuances diferenciais de respostas, mantendo-o assim mais vulnerável a uma súbita desorganização.

Em clínica, a melhor imagem que talvez possamos trazer de nossos pacientes, é a de uma comparação com um curto-circuito. Um fio em curto-circuito não passa energia elétrica, torna-se desfuncional e sujeito, se não visto a tempo, a propagação de incêndio. Assim nos parece se colocar a situação do somatizante que apresenta, de forma muito

semelhante, uma deficiência em ligar adequadamente as representações, causando falência associativa e eventual possibilidade de adoecimento.

Talvez nossa tarefa terapêutica incida justamente nesses espaços lacunares, na tentativa de formar elos de ligação entre as representações para que possam fluir numa corrente afetiva e simbólica contínua. Entretanto, para que possamos captar melhor essa construção, iremos nos remeter a busca de maior discernimento sobre o processo de identificação, entendido como um dos pilares do desenvolvimento individual e de especial importância para nós. A isso nos dedicaremos a partir de agora.

AS IDENTIFICAÇÕES COMO PONTO DE PARTIDA

3.1 – O CAMINHO FREUDIANO

No capítulo IV de *A Interpretação dos Sonhos* (1900) Freud faz a primeira apreciação da identificação, embora a ela tivesse feito referência anteriormente, em sua correspondência com Fliess (Carta 58⁷, Manuscrito L e rascunho N, escritos respectivamente em 08 de fevereiro, 02 de maio e 31 de maio de 1897). Mesmo que ele tocasse no assunto aqui e ali em publicações posteriores, sua primeira consideração mais extensa sobre o tema, deu-se mais de 20 anos depois em *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (1921). Nesse primeiro estudo apontado no livro sobre os sonhos, Freud associou a identificação à assimilação por semelhança, ou seja, o inconsciente de um indivíduo assimilaria, por exemplo, um sintoma de outrem por aproximação com algum elemento comum que teria permanecido no inconsciente, expressando então um sintoma similar.

⁷ Essa carta não foi incluída no volume I das obras completas de Freud, mas a ela é feita uma menção no rodapé da p. 336. Vol. I.

Freud estendeu também o tópico sobre a identificação ao trabalho onírico, conferindo à relação de similaridade um importante mecanismo formador do sonho e capaz de ser representado por diferentes formas. Segundo ele, a representação de um elemento comum entre duas pessoas num sonho, geralmente sugeriria a presença de um outro elemento comum, porém oculto, devido à censura. Em conseqüência, a identificação serviria a várias finalidades nos sonhos: representação de um elemento comum a duas pessoas, como já vimos, além da representação deste mesmo elemento deslocado, e por último, a expressão do elemento comum impregnado de desejo.

Nessa ocasião, Freud esteve mais voltado à questão do sintoma e do seu surgimento, focando, portanto, seus estudos na identificação histórica, sem que com isso deixasse de esmiuçar esse mesmo tema no decorrer de toda a sua obra. É sabido por todos nós que Freud sempre empreendeu modificações e acréscimos ao longo dos seus trabalhos. Por isso, retornos, construções e reconstruções foram constantemente permitidos. Dessa forma, continuando no percurso freudiano nos deparamos com outro aspecto referente à natureza da identificação. Freud pareceu inclinado, de início, a considerá-la associada a fase oral ou canibalista do desenvolvimento libidinal. Assim, encontramos nos Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade

(1905) uma aproximação entre o elemento agressivo do instinto sexual e os vestígios canibalísticos. Em 1915, nesse mesmo artigo, houve o acréscimo de um trecho no qual descreveu a fase oral como organização sexual pré-genital canibal, na qual a atividade sexual estaria ainda ligada a ingestão de alimentos, mantendo o ojetivo sexual atrelado a incorporação do objeto, o protótipo de um processo que, sob a forma de identificação, deveria desempenhar um importante papel psicológico na organização da sexualidade.

Fato é que, já em 1912-13, em Totem e Tabu, Freud já havia escrito sobre a identificação dentro desse mesmo embasamento. Ao devorarem o pai, os filhos da horda primeva assumiriam ou incorporariam o poder paterno invejado como modelo.

Essa idéia prevaleceu ainda em Luto e Melancolia (1917), onde as raízes pregressas aparecem corroborando a incorporação objetal pautada na fase canibalista, cabendo portanto à identificação uma etapa preliminar na escolha do objeto.

O esteio narcisista até aqui é identificado como a base para a escolha objetal, de modo que o caminho de retorno mais certo para a catexia objetal que se defrontou com obstáculos seria o próprio ego. Nesse caso, a libido serviria para estabelecer uma

identificação do ego com o objeto perdido, configurando uma alteração de parte desse ego que, pelo processo em questão, se "confundiria" com o objeto, perdendo-se a si mesmo.

Quanto a esse ponto, Freud voltou a enfatizá-lo no capítulo VII de Psicologia de Grupo e a Análise do Ego (1921) com a ressalva de que utilizou o termo introjeção, referindo-se à dinâmica de incorporação do objeto ao ego. Este termo já havia sido empregado, embora de forma diferente, no primeiro dos artigos metapsicológicos⁸.

Ainda em Psicologia de Grupo e Análise do Ego, Freud apresentou uma novidade, modificando um pouco o tema em questão. Atribuiu à identificação a precedência sobre a catexia objetal, apesar de ter conservado a noção de sua derivação atrelada à fase oral.

Esse conceito de identificação foi reiteradamente ressaltado nos escritos freudianos posteriores, como, por exemplo, no capítulo III de O Ego e o Id (1923), no qual confirmou a natureza primeira da identificação, conforme dito anteriormente. Neste artigo, argumentou que a substituição da catexia objetal pela identificação, não se restringe somente a melancolia, mas ocorre de forma mais ampla nas neuroses. Enfatizou os efeitos das primeiras identificações efetuadas na mais primitiva

infância e chegou a vincular a formação do caráter a essas identificações regressivas, sendo que as derivadas da dissolução do complexo de Édipo são as propiciadoras da eclosão do núcleo do superego.

Sobre esse ponto não pretendemos nos alongar muito, porém talvez seja oportuna a lembrança de que, para Freud, o surgimento do superego é conseqüência de uma mudança mais tardiamente conquistada, referindo-se num trecho final do Esboço de Psicanálise (1940) ao aspecto de inclusão de uma parte do mundo externo ao ego por identificação.

Esse fato intrigante nos permite navegar um pouco nas idas e vindas freudianas, no sentido do que estávamos abordando anteriormente, referente a primeira inserção da identificação. Entendemos que as raízes do superego estariam presentes desde o princípio, num trabalho inicialmente realizado pelo ego em sua divisão (*split*). Freud já havia tocado nesse assunto em A Divisão do Ego no Processo de Defesa, datado do mesmo ano, no qual apontou a saída do ego entre a exigência instintual e a proibição por parte da realidade, ao preço de uma fenda em si próprio.

Esses dois textos complementares confluem na exposição da divisão do ego e sua aplicação para as neuroses em geral.

⁸ ESB, volume XIV, 1915, P. 157.

Sustentado pelas defesas, o ego irá livrar-se das exigências instintivas indesejáveis através das repressões e das exigências aflitivas do mundo externo pela negação das percepções. Como observaremos a seguir:

“Seja o que for que o ego faça em seus esforços de defesa, procure ele negar uma parte do mundo externo real ou busque rejeitar uma exigência instintiva oriunda do mundo interno, o seu sucesso nunca é completo e irrestrito. O resultado sempre reside em duas atitudes contrárias, das quais a derrotada, a mais fraca, não menos que a outra, conduz a complicações psíquicas.” (Freud, 1940 [1938], p. 234)

3.2 – FALHAS IDENTIFICATÓRIAS COMO PRECURSORAS DE DESORGANIZAÇÃO

Se, então, por recursos defensivos, o ego consegue evitar situações desfavoráveis, o que ocorreria se ele se encontrasse mais fragilizado, levando em consideração a própria organização do ego, suas defesas e identificações. Talvez, pudéssemos mesmo, aproximar mais a lente e focar as particularidades do ego corporal.

Repetidamente, Freud (1938-40) insistiu em que o ego devia sua origem, bem como a mais importante de suas características adquiridas, à sua relação com o mundo real. É nesse ambiente externo, criado inicialmente no contato com a

mãe, que os alicerces do ego irão se formar. Sobre esse ponto podemos nos remeter à Winnicott (1988), ressaltando que da falha no manejo do bebê pode estar a raiz da insegurança nos relacionamentos ao longo da vida, chegando mesmo a desistência do contato com o outro. A questão parece estar inteiramente voltada para o dano na relação de objeto. Winnicott (1971), distinguiu, além do *"holding"* e do *"handling"*, o *"object presenting"* que decorreria da apresentação do seio à criança e as possíveis influências que essa dinâmica traria para as relações objetais posteriores. Ao amamentar, a mãe poussa seu olhar sobre o bebê, permitindo que este tenha uma visão diferenciada e diferenciadora como reflexo. Se a mãe apresenta-se disponível em atenção e reconhecimento de seu filho, a criança vai nutrir-se afetivamente e se preparar gradativamente para as trocas com o meio, através da descoberta confiante do significado das coisas.

Contudo, é importante que tenhamos em mente que estamos tratando não tanto da experiência real como um acontecimento singular, mas principalmente da construção do evento a partir da memória. De acordo com Winnicott (1988) a ilusão deveria surgir em primeiro lugar, após o que o bebê passaria a ter possibilidades de aceitar e, até mesmo, de utilizar a desilusão, vivida em momentos de separação e de frustração. É no interjogo de relações recíprocas e enriquecedoras que serão

vjabilizadas ao pequeno ser a profundão para a capacidade de

com a realidade externa, pesando sobre eles uma ameaça de perda da capacidade de se relacionar. A "confusão" instalada poderia acarretar uma espécie de superinvestimento da realidade, pois somente dessa maneira, o ser em formação se asseguraria, embora fugazmente, da existência do contexto. Não haveria ainda, ao que parece, o recurso alucinatório que permitiria o encontro com o objeto criado nos momentos de ausência do outro. Momentos estes vivenciados como totalizantes, por carecerem da intermediação fantasiosa como fator de atenuação.

A melhor configuração para uma saída psicossomática satisfatória estaria, portanto, num certo equilíbrio entre a maternagem e as experiências instintivas. Caso contrário, ou seja, quando a combinação não resultasse em estabilidade, a integração em sua composição de um estado de unidade não se daria por inteiro, reproduzindo talvez essa vivência fragmentada numa organização estereotipada e defendida. Nestes termos, poderíamos, então, falar em desintegração, como um processo de defesa ativa, contra essa organização deficitária e/ou alternativa. De acordo com Winnicott (1988) esse tipo de desintegração poderia ser verificada, mesmo em crises severas (no caso de somatizações graves) ou surtos psicóticos, mantendo sob um certo equilíbrio essas desorganizações, pois a psique não atingiria o estado de personalização, do qual

Winnicott nos fala. Na falta da elaboração subjetiva do soma, a psique partiria a desenvolver a mente de forma prematura, levando à cisão da unidade psicossoma em vez de seu desenvolvimento.

Seria importante que nos detivéssemos um pouco nesse ponto para tentarmos traçar algumas aproximações com o que vimos até então. Em primeiro lugar, nos chama a atenção o paradoxo que parece existir em algo que se *des-integra* (idéia de quebra de um todo – o psicossoma) e ainda se mantém de modo organizado de modo a desenvolver a mente para preencher as lacunas da mãe não boa o bastante. Porém, se pensarmos no que vínhamos abordando, retornaremos a linhagem evolutiva martyniana a caminho de conjuntos psíquicos mais complexamente organizados. Portanto, se, por alguma circunstância, o padrão esperado sofrer abalos ou mesmo verdadeiras lacunas em sua construção, poderíamos supor que ao invés do caos interno em interrelação com os fatores externos, talvez tivéssemos uma organização adaptativa diferenciada, capaz de ajuste deficitário, com conseqüências mais ou menos sérias, mas ainda assim um ajuste. Um sujeito impedido de relaxar de suas defesas, mas um sobrevivente num mundo quase sem ligações intermediárias entre a sua mente e seu psicossoma.

Freud (1938-40) se referiu a defesa do ego, das pressões do ambiente pela negação das percepções e Debray (1983) enfatizando o discurso winnicottiano, indicou a supremacia defensiva da própria percepção, no sentido do superinvestimento da realidade concreta, privilegiando o fato em si. Curiosamente, por mais que esses postulados possam nos dar a noção de divergência, não é isso que de fato ocorre. Se pensarmos bem, na conceituação freudiana a negação surge para evitar o contato com a realidade que não pode ser reconhecida como tal, o que acaba vindo ao encontro da idéia endossada por Debray, na medida em que o apego a percepção se coloca também como uma forma de negação. Um recurso de evitação contra algo insuportável. Nesse caso, a percepção torna-se a própria defesa tomando o lugar da apercepção e impregnando de existência os objetos concretos. De acordo com Debray, a ausência da apercepção, enquanto assimilação e transformação do percebido, já seria a expressão do empobrecimento fantasioso e do dano à capacidade criativa que deveriam suprir o aparato psíquico.

Ao nos reportarmos a própria constituição do sujeito, seremos conduzidos pela questão da identificação, pois a mãe ao identificar-se com seu bebê, num processo de atenção e disponibilidade à ele, oferece-se intrinsecamente como precursora do espelho. Um olhar que reflete e permite reflexo,

num processo de auto-reconhecimento do ser em formação. Toques e palavras acrescentam-se a esse enredo, cultivando os alicerces dos primeiros estágios de vida.

Entretanto, nos casos que nos ocupam, os mecanismos de projeção e introjeção, baseados na tradução especular, serão deficientes em decorrência da relação insuficientemente proporcionadora de segurança que o bebê estabelece com a mãe. Pautado na instauração da percepção como defesa e da atividade motora como descarga, nosso sujeito estará fixado, de certa maneira, no âmbito do eu corporal, atendo-se a processos poucos diferenciados que porão em jogo a atividade do corpo e a necessária presença física das pessoas e das coisas, cujas perdas poderiam importar numa desorganização.

Para finalizar, o arremate recairia no papel das identificações que fundamentaram todo o nosso percurso. Como precursoras na inserção do ser na condição de indivíduo, são responsáveis, de certo modo, pela possibilidade de retomada da trilha evolutiva, no ponto em que havia ocorrido falha ou estagnação. Suas funções estão ligadas à tolerância, tal qual a disponibilidade necessária à identificação da mãe com seu bebê, e, sobretudo, à condição reparadora, se instrumentalizadas dentro de um tratamento. O objetivo seria buscar o distanciamento do sujeito de um mundo maciçamente

aflitivo, traduzido pela renegação do “experimentado” internamente, em favor da aderência à materialidade dos fatos.

Talvez pudéssemos, inclusive, associar esse raciocínio ao *constructo* de Marty referente às falhas no pré-consciente, originando danos na capacidade representacional. As dificuldades identificatórias parecem estar intrinsecamente ligadas às descompensações no aparato das representações e portanto articuladas a formação deficitária do pré-consciente.

Seria então nesse quebra-cabeça, onde cada peça é importante, que nos depararíamos, enquanto terapeutas, com jogos faltosos de uma grande composição psicossomática, manifestando particularmente uma *desintegração “organizada”*.

Para tal situação, a entrada de um terapeuta incidiria sobre essa desarticulação que, na verdade, dar-se-ia entre a mente e o corpo. Segundo Winnicott (1958) a morada da psique no soma não se iniciaria como uma unidade. No curso evolutivo, gradualmente, os aspectos da psique e do soma se envolveriam em um processo de inter-relação mútua, que culminaria na personalização, constituindo então a fase inicial do desenvolvimento do indivíduo. No desenvolvimento sadio, acompanhando uma linha de continuidade de existência, haveria um psique-soma sustentado por um meio ambiente bom, capaz

de se adaptar ativamente às necessidades do bebê e fazê-lo progressivamente compensar as deficiências encontradas através de uma atividade mental que, para este fim, começaria a ser posta em prática.

Para Winnicott a psique seria a elaboração imaginativa das sensações corporais, que, em condições normais, subsidiaria a formação da mente. A raiz da mente estaria, por sua vez, literalmente ligada a existência de um meio circundante suficientemente satisfatório. Nas palavras do autor:

“... o crescimento do psique-soma é universal e suas complexidades são inerentes, enquanto o desenvolvimento mental é um pouco dependente de fatores variáveis, tais como a qualidade dos fatores ambientais iniciais, o fenômeno imprevisto do nascimento e os cuidados dispensados ao bebê imediatamente depois do nascimento.” (Winnicott, 1958, p. 425)

Nestes termos, podemos ver que uma maternagem inconstante ou insuficiente, fatalmente poderia desencadear uma hiperatividade do funcionamento mental, acarretando empecilhos para o psique-soma ou para a continuidade da existência do ser humano. Teríamos então uma base bastante favorável para a instalação de uma cisão psicossomática.

Se voltarmos à questão da desintegração "organizada" perceberemos que essa idéia se insere no problema de desenvolvimento precoce da mente em virtude do fracasso materno em adaptar-se às necessidades do filho e com isso ao desenvolvimento da psique. Dessa forma, o próprio bebê teria que ocupar o lugar de substituto do cuidado e adaptação maternos. Assim, a inteligência do bebê explorada precocemente, serviria para ocultar esse tipo de privação, sobressaindo a racionalização como defesa contra a ameaça de um colapso mental sob risco de desintegração da personalidade.

Em resumo, o que observamos é que cedo demais a criança é obrigada a responder por um lugar para o qual ela não estaria pronta, utilizando uma função de entendimento que ainda não lhe competiria, mas que por uma questão de sobrevivência, o primitivo aparelho mental seria chamado a funcionar. Nesse caso, a necessidade premente seria responsável pela resposta rápida de um aparato psíquico que não teria tido tempo de se desenvolver devidamente para se instrumentalizar por meio da fantasia e da fruição imaginativa para as diversas experiências do dia a dia.

O desafio diante de tais quadros poderia, então, justamente estar no resgate identificatório, oferecendo-nos como

terapeutas na busca da inserção do sujeito no elenco da vida fantasiosa que ficou perdida no tempo.

Ressaltamos, contudo, que não estamos tratando de uma busca regressiva do tesouro perdido, mas de um momento de reparação, de construção, de aposta na criatividade que possa remediar as peças faltantes do quebra-cabeça. Dessa maneira, possibilitando o resgate de uma identidade.

UM TRABALHO POSSÍVEL COM O PACIENTE SOMATIZANTE

4.1 - PREÂMBULO

Na tentativa de nos dedicarmos a partir de agora à questão da proposta terapêutica, buscando, como nos diria Marty, auxiliar os sujeitos a estabelecerem ou a restabelecerem o melhor funcionamento possível de seus psiquismos, vamos retomar, sucintamente, o que vínhamos apontando até o momento.

Inicialmente fizemos uma inserção sobre os aspectos ligados ao trauma, visando a um maior discernimento de um suposto ponto de partida. Em seguida, nos preocupamos em definir nosso paciente, traçando algumas peculiaridades a seu respeito. Posteriormente, ingressamos em um levantamento sobre as identificações, ressaltando a pertinência de sua aplicação nesse estudo.

Pretendemos com esse encaminhamento teórico uma aproximação, ainda que modesta, com o sujeito que sofre. Talvez isso nos possibilite de alguma forma, entrar em contato ativamente com a falta que se presentifica em sintomas físicos,

num psiquismo carente de representações e de identificações, como já assinalamos. O termo "ativamente" foi utilizado por expressar dinamismo, que, por sua vez, engendra todo o percurso terapêutico que tencionamos abordar. Melhor dizendo, talvez estejamos tratando de uma adaptação ativa e, ao mesmo tempo, sutil que nos permita um engajamento com esse outro.

Fédida (1988) ao se referir à postura do analista, nos alerta, justamente sobre esse ponto. De acordo com o autor, caberia ao analista um instrumento de percepção mais criterioso e principalmente muito mais delicado. Fédida estava na ocasião atendo-se aos trabalhos que tratavam dos afetos experimentados pelo analista junto a qualquer tipo de paciente, focando, portanto, a contratransferência de forma mais abrangente. Para ele, a contratransferência teria como função intrínseca, dentro do aspecto econômico, a pára-excitação. O analista atento poderia então usufruir de uma forma de perceber e de pensar seu paciente, por outro ângulo, a partir de uma mobilidade adaptativa mais refinada.

Entretanto, a que seria devido esse refinamento? Entendemos que essa referência longe de recair numa pretensão de definição que suplantasse outras teorizações sobre a transferência do analista, estaria, na verdade, enfatizando a peculiaridade do trabalho com esse paciente. A própria pára-

excitação, mecanismo também citado por Christophe Dejours⁹ (1989) em um de seus trabalhos, emprestaria uma colaboração valiosa ao tratamento, protagonizando uma espécie de efeito calmante, administrado pelo analista, no face a face com seu paciente.

Se voltarmos um pouco às idéias de Marty nos lembraremos de que lidamos com um sujeito que sofre no corpo as marcas do excesso de excitações, que não conseguem encontrar escoamento mais adequado. Vimos que a precariedade de um filtro psíquico mais qualificado, compromete a condução e o próprio amortecimento do impacto de excitações internas e externas que chegam correntemente. Existiria, portanto, uma fragilidade que necessitaria compensação, que nesse caso se estabeleceria através do apego aos objetos concretos, como já assinalamos reiteradamente.

4.2 – PERCURSO PARA A CRIAÇÃO DE ELOS DE LIGAÇÃO

Façamos então um arremate em torno desses pontos. Se estamos falando de pessoas que não possuem outro recurso a não ser a defesa contra o que ficou esburacado ou esgarçado internamente, estamos nos remetendo então a pessoas que se tornaram aparentemente bem estruturadas, embora fincadas em alicerces não muito consistentes. Haja vista, casos nos quais os

⁹ Cf. Dejours, C. (1989) - Repressão e Subversão em Psicossomática, cap. 2.

indivíduos se mantiveram por muitos anos como seguidores fiéis de seus princípios de conduta, até que algo estremecesse o pilar de maior sustentação, causando desequilíbrio e a possível eclosão do adoecimento.

Ao nos referirmos, portanto, à questão do efeito pára-estimulante, tentamos formar enquanto terapeutas, um freio ao extravasamento mecânico de ações repetitivas, no sentido de possibilitar ao paciente algo que apaziguasse, mesmo que minimamente, o único ritmo até então conhecido. A proposta estaria próxima à oferta de acolhimento, através de um movimento receptivo que propiciasse um encontro. Talvez um primeiro encontro de fato.

Acrescentamos aqui, a importância da pára-estimulação não só para o paciente que se debate com seu sofrimento, sem imaginar sua fonte ou perceber sua forma de atuação, mas também a relevância de seu efeito para o *terapeuta-analista*¹⁰ ao se deparar com o incômodo acesso a seu paciente que se mostra, por sua vez, refratário às mais pretenciosas e argutas intenções interpretativas.

Reportando-nos ainda à opção de atendimento face a face, pedimos que, antes de mais nada, pensemos o que significa estar frente a frente com alguém. Agora, fechando um pouco

mais o foco da lente, imaginemos o que significa esse mesmo detalhe, numa situação terapêutica, onde o investimento no que advém pode ser mais cuidadosamente observado pelo terapeuta. Por último, e de forma bem direcionada avaliemos o que isso poderia representar para uma pessoa, cujo aparato identificatório estivesse desde o início prejudicado, causando danos às possibilidades projetivas-introjetivas e deformando a qualidade de qualquer relação.

Entendemos, como o próprio Marty já havia enfatizado, que no face a face haveria a instauração do olhar e do gestual como fontes de inserção do sujeito nessa primeira linguagem. Condição que, por diversas razões, como procuramos demonstrar previamente, nos casos por exemplo, de mães depressivas ou ansiosas demais, cujos olhares vagos, inexpressivos ou não vivificantes não se sustentaram como precursores no período em que sua função se faria mais necessária.

Oportuno lembrarmos aqui as contribuições de Debray (1983) e de Winnicott (1989) baseadas na noção de que o olhar e as expressões da mãe seriam como um espelho que facilitaria ao bebê reconhecer-se. Ao partirmos desse pressuposto, o dispositivo de tratamento face a face implicaria numa transferência em espelho, ou seja, na tentativa de

¹⁰ Termo utilizado por Pierre Marty.

reconstituição de uma dualidade, onde o rosto desempenharia um papel fundamental como complemento de identidade.

Ao adotarmos esse princípio terapêutico estaríamos, certamente, indo primeiramente ao encontro de uma tentativa de reparação criando inicialmente com o paciente uma possibilidade de interação, até então ausente. Sobre esse ponto, recorreremos às interessantes observações de Brazelton (1974) em sua descrição sobre a função materna reivindicadora. Para o autor, a mãe seria responsável pela reivindicação de seu bebê como dela, instigando sua atenção, chamando-o para a relação com ela e, de certa maneira, conferindo-lhe existência psicológica. Brazelton nos remete a sutileza do contato entre mãe e bebê, salientando que a parte do corpo do bebê que a mãe toca serviria ao duplo propósito de tranquilizar e de alertar. Acompanharemos esse desenvolvimento em suas próprias palavras:

"...Quando ele (bebê) se acalma ao ser acariciado por ela nas pernas e no abdômen, ela movimenta a mão até o peito do bebê e finalmente até o rosto dele, de modo a despertar a atenção dele e focalizá-la nela" (Brazelton e col., 1974, p. 65)

Acrescenta ainda:

"É interessante que surpresa, cumprimentos e admiração parecem compartilhar os elementos

comuns que mencionamos anteriormente; sobancelhas erguidas, olhos exageradamente abertos e uma boca levemente franzida... (as mães) insistem em compartilhar e em ampliar até mesmo os comportamentos menos interativos possíveis, através da imitação” (Op cit, p. 68)

Esses trechos sugerem como a mãe parece auxiliar o bebê, instrumentalizando-o a canalizar seu próprio comportamento para um sistema de comunicações. Ressaltamos aqui a formação do eu-pele enunciado por Anzieu (1985), cuja teorização aparece inteiramente ligada às idéias acima referidas.

Tais sensações que são apontadas e maximizadas no circuito de estimulação inicial de vida não poderiam ser menosprezadas no desenvolvimento da conjuntura terapêutica. Daí a ênfase, de acordo com a definição de Marty, de que o papel de organização progressiva da relação terapeuta-paciente estaria expresso numa fórmula que se iniciaria na função materna e progrediria em direção à aplicação da psicanálise.

Um percurso que poderia ser mais ou menos longo, dependendo de cada paciente e de cada terapeuta. Catherine Parat (1981) nos diz que na realidade totalmente particular de cada paciente,

caberia à atitude do terapeuta uma adaptação intuitiva. Parece-nos, então, que dessa função maternal do terapeuta poderíamos extrair a própria identificação, que se colocando de forma renovada, margearia a sustentação desse paciente. Uma espécie de acompanhamento, sobretudo, mas não exclusivamente, verbal, que seguiria de perto os estados e os movimentos do sujeito. Entrariam em questão aqui também, tendo em vista a situação face a face, mímicas, gestos, atitudes, que integrariam um cabedal de intervenções mínimas facilmente apreendidas pelo paciente, na maioria das vezes.

Nessas condições, seria na própria relação que recairia o foco do trabalho. Nesse ponto, seria interessante traçarmos um paralelo entre a transferência em espelho que vínhamos apontando na constituição de uma dualidade e o aspecto relacional como fundamentação de algo a ser criado.

Desde de 1912¹¹ Freud havia feito uma distinção entre dois tipos de transferência (positiva e negativa) e, dentro da primeira, uma separação em duas partes, derivadas da própria origem sexual: uma, de elementos eróticos recalçados, constituindo a transferência clássica, e outra que estaria pautada no desaparecimento dos objetivos sexuais, remontando a simpatia e principalmente à confiança, que forneceria a condição de vinculação entre paciente e terapeuta e a

conseqüente sustentação do trabalho psíquico. Em 1915¹² Freud confirma a existência de pulsões inibidas em seu objetivo, atribuindo a elas a origem da estima, da confiança e da ternura, apoiadas nas pulsões parciais sobre as pulsões de conservação.

Sob esse prisma, Catherine Parat (1981) nos trouxe importante contribuição ao atrelar o efeito terapêutico à presença da transferência e da relação, denominando, inclusive, a última, de transferência de base. Segundo o entendimento da autora, a transferência de base, como o próprio nome já apontaria, estaria fundamentada nas primeiras relações, enfatizando o laço inter-humano de caráter positivo e espontâneo.

De acordo com Parat (1981), a denominação da relação como transferência de base sublinharia o aspecto transferencial de todo relacionamento humano. Conclusão que instiga nossa atenção ao levarmos em consideração o paciente somatizante, cuja relação inicial, supostamente falha, não teria permitido maior integração da pessoa consigo mesma, nem interação satisfatória com o outro, a partir da dificuldade de diferenciação entre o dentro e o fora.

¹¹ Cf. - "A Dinâmica da Transferência"

¹² Cf. - "Os instintos e suas Vicissitudes"

Assim seriam os pacientes com afecções somáticas que figurariam no grupo onde o foco dirigido à relação que se estabeleceria em terapia ocuparia posição primordial. As palavras de C. Parat evidenciam bem essa condição:

“O terapeuta tende a assumir um papel de pára-excitação e reconstrutor ou enriquecedor dos mecanismos pré-conscientes (deficitários ou fragilizados), com o auxílio de laços associativos propostos em espelho, de simbolização e incitação prudente às representações. Assim, o objeto-terapeuta se encontra ofertado como objeto a introjetar. As transferências laterais não são interpretadas como tais, mas deixadas desenvolverem-se espontaneamente ... todo reinvestimento motor, sensorial, é benéfico, e qualquer laço afetivo vivo, é valorizado” (C. Parat, 1981, tradução)

Esse trecho nos remete ao que abordávamos anteriormente ao citarmos a contratransferência como um dispositivo de pára-excitações, que no entender de Fédida (1988), representaria um fino instrumento de percepção. Na verdade, um recurso que assumiria a função do pré-consciente. Um pré-consciente externo, receptivo e tradutor, para fazer frente ou dar suporte a um déficit interno de outrem.

O terapeuta ao se utilizar como uma espécie de ponte de ligação se inseriria numa busca de contato com outro ser

humano, investigando ativamente a vida de seu paciente, buscando o conhecimento de sua história, para chegar ao reconhecimento das lacunas ou falhas representacionais de um psiquismo adoecido. Ao terapeuta caberia, então, um investimento ativo feito através de perguntas direcionadas ao paciente, cuja forma de se expressar exigiria esse tipo de intervenção.

Sobre este ponto, o texto de Alvarez (1992) nos traz imensa contribuição, embora enfoque, mais particularmente, crianças autistas. Interessante observarmos que a forma de entendimento destinada a essas crianças e a maneira de abordá-las, nos aproxima do sujeito somatizante. Um bom exemplo disso seria a referência da autora, fazendo a ligação entre o início do autismo e a fuga defensiva contra o colapso e a dor mental. Nesse caso, o autismo seria um recurso de defesa, uma forma de encapsulamento protetora contra o sofrimento em demasia, provocado pela falta de condições da criança para fazer frente ao fracasso da relação maternante.

Lembremos aqui a teorização de Debray (1983) sobre o aparato defensivo manifestado pela criança em formação para dar conta do caráter insuportável da indisponibilidade afetiva materna. Para a autora a existência de distúrbios precoces na relação de objeto, preconizados pela mãe, seriam responsáveis pela

defesa erigida diante da falta de confiança suscitada pelos objetos vivos. Uma defesa marcada pelo apego a percepção, uma aderência à realidade concreta propriamente dita, seria a consequência. Em analogia a esse esquema, estaria o funcionamento do ego, onde o eu corporal tomaria a dianteira sobre o eu psíquico, sendo que a via somática é a via mais curta e mais rápida, enquanto a elaboração psíquica, o "*working through*", precisaria do tempo necessário ao trabalho do pensamento. A percepção tomaria o lugar da apercepção, o corpo, portanto, responderia primeiro, para o raciocínio poder depois, quando possível, assumir a direção. A descarga imediata do excesso de excitações, pela via somática, favorece, então, um tempo para a reorganização através do trabalho psíquico. Quando a via psíquica está bem desenvolvida, ela é que ocupa a dianteira, relegando a expressão somática a um plano secundário. Caso contrário, o corpo servirá como defesa contra a ameaça de caos.

Alvarez (1992) ressalta a importância de se atingir, no tratamento dos pacientes autistas, prioritariamente a cronicidade dos sintomas, muito antes que questões sofisticadas, como as motivações originais que promoveram esses sintomas, possam ser tratadas. Assim a estratégia de atuação expressada pelo indivíduo teria uma urgência de atendimento sobre os conteúdos que estivessem por trás. A

forma de tratamento se assemelharia ao que vínhamos demonstrando, em relação ao paciente somatizante, se pensarmos que a instrumentalização do face a face com o paciente nos traria não só a relevância da expressividade, como a própria precedência da relação, alimentada pelo enriquecimento de elementos identificatórios.

Na verdade, o ápice da teoria de Alvarez e o que mais nos suscitou a atenção foi a forma como ela acreditou e se dedicou a procurar pela existência de um psiquismo que parecia tão próximo à morte. Alvarez começou a notar que no trabalho com crianças psicóticas gravemente acometidas, o atendimento psicanalítico parecia não ser o suficiente ou o mais adequado. Nessa condição, a necessidade de ampliação do modelo com o qual a analista estava familiarizada entrou em questionamento, em favor de uma conduta mais ativa, como veremos no trecho a seguir:

*“Não sentia que Robbie estava projetando dentro de mim sua necessidade de ser encontrado, tampouco sentia que ele estava esperando ser encontrado. Acredito que ele tinha desistido. Comecei a sentir que eu, como mãe ou pai na transferência, tinha que ir ao seu encaixo, não porque ele estivesse se escondendo, mas porque ele estava profundamente perdido. Parecia-me que minha função era **reclamá-lo*** como membro da família humana, pois ele não sabia mais como*

fazer suas próprias reivindicações". (Alvarez, 1992, p.65)

*O grifo é meu

O verbo "reclamar" aparece no sentido de trazer de volta, representando o contato com uma parte psíquica do paciente através de uma espécie de mergulho do terapeuta para alcançar o sujeito onde quer que ele estivesse em seu perdido estado de estupor.

Parece-nos extremamente valiosa toda essa apreciação, principalmente ao nos reportarmos à função materna e ao seu grau de receptividade. Na transcrição acima, essa noção já é clara e perceberemos que, guardadas as devidas proporções, a função de reclamação se assemelharia a função reivindicadora enunciada por Brazelton, e que, no conjunto, ambas guardariam parentesco com a função materna propriamente dita. Sem dúvida, o que estaria na base dessa similaridade seria uma grande capacidade de sintonia, que variaria de acordo com a necessidade da "frequência psíquica"¹³ do paciente. Em última instância poderíamos até arriscar um palpite entre a peculiaridade da função de reclamação e a função reivindicadora, pois enquanto a primeira, para ser posta em prática, necessitaria estar relacionada a uma fina compreensão teórico-técnica associada a uma grande sensibilidade terapêutica; a segunda estaria espontaneamente presente

desde o início, representando o aspecto singular da própria maternagem.

Possivelmente uma função materna manifestada de modo suficientemente bom, funcionaria como uma espécie de prevenção contra a necessidade de outras funções altamente especializadas.

Uma questão adicional permanece: até que ponto a desistência psíquica apresentada pelas crianças estudadas, teria a ver com os indivíduos somatizantes?

Retornaremos mais uma vez à teoria de Alvarez para tentarmos articular esses dois pontos. Para a autora, lembrando os estudos sobre comunicação de Bateson (apud Alvarez, 1992) a respeito de signos e sinais, a comunicação só atingiria um estado mais evoluído quando o organismo superasse a condição de resposta automática aos signos de humor de outro organismo e se tornasse capaz de reconhecer os signos como sinais. Ou seja, quando o indivíduo estivesse apto a discriminar valorativamente a natureza dos atos. A partir dessa idéia, Alvarez lança uma questão teórica ao sugerir que parte da sintomatologia de pacientes psicóticos poderia estar operando no nível do signo. Um nível primitivo, referente a algo no paciente que teria sucumbido, estando portanto impedido de se

¹³ Analogia à sintonia de frequência que deve haver para captação do tipo de onda emitida.

comunicar pela troca de sinais. Nesse caso, só restaria ao terapeuta evocar dentro dele mesmo uma resposta emergencial, propiciada por um ato ativo de sua própria imaginação.

Nesse ponto não poderíamos nos furtar a recorrer a grande contribuição de Zusman (1994) que, como veremos, está atada aos postulados de Alvarez (1992), embora seus escritos estejam diretamente voltados às questões dos pacientes somatizantes.

O autor se dedicou à questão dos signos e dos símbolos, explicitando que o processo simbólico não estaria ao alcance de todos, sendo sua aquisição dependente da qualidade da vivência e de sua intensidade. De acordo com ele, os signos estariam ligados ao objeto referido, enquanto os símbolos remeteriam a uma concepção dele. Os primeiros estariam mais próximos à ação, os outros fomentariam a constituição do pensamento.

Desde o início nos detivemos a uma categoria de pacientes marcada pela própria dificuldade ou mesmo incapacidade de fazerem a leitura de seus próprios sentimentos e emoções; propensos fortemente ao raciocínio concreto, em contrapartida ao empobrecimento da vida fantasiosa; preocupados com seu

ritmo habitual e até mesmo prolixos no tocante a exposição de seus sintomas corporais.

Nesses pacientes denominados de "operatórios" ou com maior tendência à somatização haveria, no entender de Zusman, uma dominância do "pensamento sígnico", sem que com isso houvesse exclusão do pensamento simbólico, que por sua vez se manifestaria de forma empobrecida. O pensamento sígnico seria um "pensamento do corpo" que sobreviria como ação motora, desprovido da transformação simbólica.

No entender do autor, as perturbações sígnicas se relacionariam a uma forma de desistência mais radical, que na essência do termo expressaria um deixar de existir. De certa maneira, talvez pudéssemos observar esse tipo de desistência em enfermidades de evolução grave, em franco processo de desorganização progressiva. Pacientes assim se colocariam mais difíceis a um resgate e nos fariam acreditar que uma parte psíquica deles estivesse, de fato, inoperante ou inexistente.

Essa hipótese nos aproxima da teoria de Alvarez, embora saibamos que nossos pacientes mantêm um contato com a realidade bastante diferente do que as enfermidades psicóticas permitem. Baseados nesse critério e tendo em mente as

limitações que se impõem, é que teremos que ir ao enalço deles, da forma como tentaremos abordar a partir de agora.

A primeira idéia que nos invade, sem dúvida, é a noção de que para esses pacientes, aparentemente, a presença de um psicoterapeuta pode ser pensada como desnecessária, na medida em que acreditam que padeçam apenas da enfermidade do corpo. Normalmente, são enviados aos consultórios psicológicos por um médico que teria percebido algo a mais implicado no processo de adoecimento ou seriam encontrados em ambiente hospitalar para tratamento de seus infortúnios físicos.

Assim, a entrada de um terapeuta, desde o início ocorreria como uma manifestação ativa do profissional, ao menos no que se referisse a uma aproximação mais qualificada, com vistas à constituição de uma relação.

Paula Heimann em 1949 (apud Fédida, 1988) já havia alertado que embora a situação analítica fosse sempre alvo de diversas explorações e explicações, o aspecto referente à importância da relação foi deixado um pouco para trás em seu arcabouço teórico. Circunstância que a autora não tardou a contestar e a enfocar como um dado da maior relevância, como no trecho a seguir:

“A situação analítica (analytic situation) foi estudada e descrita sob diversos ângulos... Mas minha impressão é que não se sublinhou suficientemente que esta é uma relação (relationship) entre duas pessoas. O que distingue esta relação das outras não é a presença dos sentimentos (feelings) num parceiro e sua ausência no outro, o analista, mas, sobretudo, que destes é feito um uso diferente e que esses dois fatores estão numa relação de interdependência. A finalidade da própria análise do analista, deste ponto de vista é... torná-lo capaz de admitir (sustain) os sentimentos que nele emergem, sem descarregá-los (como faz o paciente), a fim de submetê-los (subordinate) ao trabalho analítico no qual funciona como reflexo em espelho (as the patient's mirrorreflection) do paciente.”. (p.72)

Marty (1990) foi categórico ao situar a relação na base de todo tratamento que pretendesse atingir as afecções somáticas.

4.3 – POSSÍVEIS PONTES TERAPÊUTICAS

Diante desse contexto é que chamamos como o momento inicial do tratamento dispensado ao paciente somatizante a **identificação** deste sujeito. O tratar pelo nome, observando como ele gosta de ser chamado e o olhar atento toda a vez que ao paciente se dirigir, incumbe o analista de fazer uma espécie de pinçamento daquele indivíduo que até o momento, teria

funcionado como mais um objeto entre tantos outros existentes apenas em sua concreta materialidade.

“...o atrair para o contato, o ser visto de modo ativo, mas sensível, e o chamar pelo nome, deve preceder qualquer reclamação, ocorre no próprio início da vida, quando as mães conhecem seus novos bebês e os reivindicam como seus”.

(Alvarez, 1982, p.80)

A disponibilidade para o contato, pode se manifestar aqui de modo singular, marcando um primeiro olhar diferenciador e uma possível semente de abertura às necessárias identificações futuras do paciente. Baseado no protótipo da relação mãe-bebê, a instrumentalização da palavra e a expressão facial do analista, fornece o substrato para deslanchar o processo identificatório, que, de acordo com Winnicott (1958), após suficiente incorporação e introjeção de representações mentais, contribui com a tentativa de elaboração de uma realidade psíquica interna viva, processo este que possibilita estabelecer ou restabelecer a conexão do psicossoma, culminando na personalização, onde a psique encontra sua morada no soma.

As habituais apresentações podem ser menos formais e mais interessantes. A propósito disso e a título de exemplo, podemos

mencionar a situação vivida em consultório com uma paciente que chegava para uma primeira entrevista. Havia sido encaminhada por seu médico, devido a crises constantes de gastrite, chegando, inclusive, a desenvolver uma úlcera. Ao ser recebida na porta, entra apressadamente e se põe a relatar seu diagnóstico clínico e as várias visitas ao médico. Após ouvir atentamente todo o discurso, a terapeuta faz um breve comentário no sentido de assegurar a paciente de que havia compreendido seu relato, porém antes de dar prosseguimento ao vasto relatório que se apresentava, começou a instigar nela uma apresentação diferente da sua pessoa, cuja forma, até esse ponto, parecia se fazer somente através dos sintomas.

A partir daí, foi possível saber que havia um apelido pelo qual todos a conheciam, embora ela tivesse horror àquela forma de ser chamada, como foi visto em seguida. E foi pelo nome inteiro, sem o corte que o apelido legitimava, que talvez tenhamos começado a inserir o sujeito num discurso até então também cortado pelo fala do corpo e no corpo.

Entendemos que a relevância dessa intervenção inicial, subsidiada pela função maternal, colabore com uma "identificação renovada"¹⁴ com o paciente, auxiliando-o a

¹⁴ Termo utilizado por Marty. (1990), referente a capacidade de empatia do terapeuta com o paciente, em seu exercício da função maternal terapêutica.

assegurar as primeiras bases de uma relação previamente deficitária.

Nessas condições aproveitamos para introduzir o segundo ponto de nossa linha de trabalho, que aliado ao primeiro, induz à criação ou ao fortalecimento da segurança na relação com o ambiente. Trata-se da **receptividade** como um ato de acolhimento.

O dinamismo empregado nesse investimento vem ao encontro de toda a defesa muito precocemente erigida contra a ameaça de caos que o intercâmbio com o mundo circundante teria propiciado, seguindo o que Debray (1983) nos expôs com muita propriedade.

Nesse sentido, a receptividade traz em seu bojo, principalmente, uma atitude de máxima atenção e respeito por aquele sujeito que, na grande maioria das vezes, categoricamente, se afirma pela lei da concretude. Dessa maneira, evidenciamos que a preocupação maior está em aceitarmos a crueza do discurso do paciente para tentarmos, com o estabelecimento de um fio de confiança, tecermos algo de novo. Quem sabe, algo que possa, ainda que de forma tardia, ser investido como bom, inaugurando uma linha intermediária entre os habituais hiatos de pensamento. Um

“espaço macio” que assegure um tempo para criação de uma transição, uma passagem, uma possibilidade de instauração de um verdadeiro espaço transicional.

No trecho do caso citado anteriormente, podemos nos referir ao primeiro acolhimento dado a paciente no instante em que procuramos atendê-la em sua mais urgente necessidade, que era a de recitar um discurso que, de certa maneira, a mantinha segura. Parecia ser a forma que ela tinha de se adaptar ao que ocorria ao seu redor.

Lembramos aqui, a própria maternagem, cujo aspecto saudável está justamente em que a mãe possa sustentar as tensões excessivas de seu bebê, para com ele vir a estabelecer trocas, que apoiadas nas sensações corporais chegarão a um funcionamento cada vez mais diferenciado.

Entendemos que é desse lugar de acolhimento que poderemos construir algum elo de ligação, utilizando-nos a nós mesmos como instrumentos de trabalho, daí o termo função. Uma função implica em uma ação, a execução de um papel. Se um aparelho carece de um funcionamento natural, então torna-se necessário substituí-lo ou criar nele a capacidade de consecução de suas necessidades.

No caso dos sujeitos somatizantes, onde o sistema pré-consciente é deficiente, o terapeuta pode estar funcionando como parte inoperante do paciente. O terapeuta empreende uma espécie de empréstimo de seu aparato psíquico, auxiliando o paciente na composição de ligações de espaços mentais intocados.

Esse é, portanto, o terceiro aspecto de interesse em nossa busca terapêutica, isto é, a **revitalização** de vinculações na tentativa de redimensionar o campo psíquico, preparando-o para canalizar as excitações por outras vias de escoamento; uma forma de estimulação ao desenvolvimento do pensamento em suas reais potencialidades imaginativas, ilusórias e, especialmente, fantasiosas.

Nessas condições, Marty (1990) nos propõe que o terapeuta aja não como modelo, mas sobretudo, oferecendo seus próprios sistemas elementares de sensibilidade, de comportamentos e de representações (eventualmente de defesas rudimentares), na tentativa de desempenhar o papel das funções fragilizadas ou ausentes no sujeito.

Entendemos ainda que diante da pretendida conquista de um encontro com tais pacientes e deles consigo mesmos, o que se coloca como tarefa árdua é a possibilidade de que eles sejam

alcançados na intimidade de seus estados para que consigamos de forma mais ou menos progressiva estar de fato juntos e diferenciados.

Na verdade, todo o empenho do trabalho, recai na incitação de uma germinação, na expectativa de que da estimulação da relação pudesse se formar uma semente de vitalização que crescesse e frutificasse simbolicamente.

A título de elucidação do que tentamos transmitir e da fomentação de comentários sobre a questão, acompanhem conosco a exposição do caso clínico a seguir.

UMA FORMA DE VIDA QUE NOS FAZ PENSAR

O texto a seguir objetiva estabelecer a relação entre o adoecer e o comprometimento psíquico do paciente somatizante em franco processo de desorganização progressiva.

A referência teórica utilizada é enriquecida com o relato e a discussão desse caso clínico, exemplificando a contribuição que o vínculo paciente-terapeuta pode trazer e as conseqüências desse atendimento.

O acompanhamento foi realizado em um hospital universitário da rede pública.

Com referência aos processos de somatização, sabemos que a representação psíquica da mãe, tal como se esboça para a criança, está intimamente ligada à capacidade materna de aliviar o sofrimento físico ou psicológico de seu lactente. Entretanto, por razões inconscientes, uma mãe que não

consegue proteger seu bebê da superestimulação traumática ou o expõe a subestimulação igualmente traumática, pode levá-lo a uma incapacidade de distinguir a representação de si mesmo da representação do outro. Isto pode produzir uma representação corporal deficitária, onde permanece difuso o contorno do corpo, tornando insuportável o processo de separação e individuação, constituinte do desenvolvimento psíquico.

Segundo Anzieu (1985), a mãe propicia ao "infans" a percepção da pele como superfície através das experiências de contato de seu corpo com o dele, dentro de uma relação de apego tranqüilizadora com ela. Os gestos maternos, inicialmente estimulantes, transformam-se em comunicação, proporcionando uma "pele de palavras", base para o pensamento verbal, rico em equivalentes simbólicos.

O caso relatado a seguir ilustra os efeitos lesivos oriundos de uma função materna desvitalizante, gerando defeitos na configuração do Eu e, conseqüentemente, do processo de identificação, de diferenciação entre o dentro e o fora e do aparato representacional.

5.1 – CASO CLÍNICO

Aos 33 anos, Tamara era casada e tinha 2 filhos, um menino de 10 anos e uma menina de 8 meses. À primeira vista, notava-se uma moça magra, de aparência desgastada, sem um dos dentes da frente. Deitada no leito, com as pernas atrofiadas expostas e com um sorriso meio sem jeito, recebeu-me no quarto onde estava em nosso encontro inicial em março de 1997.

Pode-se dizer que o hospital passou a ser a casa de Tamara nos últimos 10 anos. A primeira internação tinha sido aos 19 anos para uma cirurgia cardíaca de correção na válvula mitral, mas foi a partir de 1987, após o nascimento do filho mais velho, que as hospitalizações se mantiveram quase continuamente. No total, foram três endocardites, duas cirurgias cardíacas, infecção pulmonar, enteropatia crônica, insuficiência renal, coma, trombose venosa profunda com perspectiva de amputação de ambas as pernas (que acabou gerando a retirada das panturrilhas por necrose), escaras diversas e fratura de tibia com colocação de fixador externo por 6 meses. Nesse ínterim, a perna infeccionou, causando uma úlcera no tornozelo. Houve outra possibilidade de amputação, mas segundo Tamara, suas orações a salvaram novamente. Chegou ao hospital sem poder andar, devido à não consolidação do osso fraturado e com abscesso na válvula aórtica.

Mais tarde, fiquei sabendo que, em nenhum dos centros de saúde pelos quais passou, ela deixava que psicólogos se aproximassem. Entretanto, naquela oportunidade, minha presença não foi rechaçada, o que me permitiu entrar em contato com seu mundo, um mundo onde a dor parecia ser encoberta. A princípio, Tamara expunha com riqueza de detalhes os inúmeros adoecimentos, confirmando suas narrativas com a exposição das chagas físicas. Parecia não ter dificuldades em lidar com tudo aquilo. Expressava suas partes desvitalizadas, repetindo como um robô as intermináveis situações de doenças. No decorrer dos atendimentos configurou-se a necessidade de se retirar o "tecido morto" de sua história, numa tentativa de se resgatar sinais de vida que pudessem ter ainda efeito cicatrizante.

Foi então que comecei a conhecer a dolorida história dessa "jovem-velha" mulher. Filha caçula de 5 irmãos, nunca recebeu o sobrenome do pai, em virtude da desconfiança dele de que ela fosse realmente sua filha, fato que gerou, inclusive, a separação de seus pais. Mais tarde, ela teve conhecimento de que o pai finalmente a havia reconhecido como filha, mas esse documento nunca lhe chegou às mãos.

Desde cedo, Tamara foi deixada em casas de parentes, para sua mãe poder trabalhar, embora soubesse que os outros

irmãos permaneciam sob a guarda materna. Lembrou-se que, às vezes, fugia da escola para sentar perto da casa da mãe e imaginar que morava lá, junto à família (nesse momento chorou muito).

Recebeu maus tratos de várias pessoas, tais como tias, primos, vizinhas, irmã e, curiosamente, seu rosto era o alvo mais freqüente das agressões. Aos 11 anos sofreu assédio sexual de um dos primos e, embora tivesse tentado buscar socorro em sua mãe, foi obrigada a se calar, diante da omissão da mesma.

Tamara guardou com ressentimento a lembrança de que, mesmo após a mãe ter se ligado a outro homem, nunca a levou para junto dela.

Aos 14 anos, foi trabalhar em casa de família, chegando, contudo, a concluir o 1º grau nos estudos. Aos 15 anos, envolveu-se com um homem casado que lhe ofereceu uma casa para que pudessem se encontrar. Nessas condições, viveu com ele até quase os 18 anos, quando então, uma traição, flagrada por Tamara, provocou a separação entre eles. Logo depois, conheceu seu atual marido, e tudo parecia ir bem, até que começassem as doenças. No início, ele estava sempre por perto, mesmo nos hospitais, mas quando o defeito ficou aparente, com a parcial mutilação das pernas, ele passou a

evitá-la. O jeito debochado e a rejeição patente do marido levaram Tamara à experiência de extrema dor, revivida em seu relato por um choro ininterrupto.

Em meio às lágrimas, aproximei-me de seu leito, toquei seu ombro e depois seu rosto, um rosto magro, pálido, inúmeras vezes esbofeteado. Nesse instante, ela me fez um convite: gostaria que eu a ajudasse a escrever um livro, o livro de sua história. Concordamos então em escrevê-lo juntas.

Foi assim, que as primeiras páginas dessa lembrança começaram a ser inscritas. Dessa forma, Tamara "cigana", como foi apelidada pelos familiares, por nunca ter parado em parte alguma, iniciou seu aninhamento dentro do único ponto de referência reconhecido, até então, o hospital. Local que concebera como moradia e onde a palavra "alta" adquiriu um teor apavorante, originando, muitas vezes, um agravamento de suas condições clínicas.

Durante o mês que Tamara permaneceu internada, visitei-a diariamente, às vezes eram até dois encontros no mesmo dia. No decorrer das semanas, seu estado melhorou muito, a ponto de serem suspensas as propostas de cirurgias cardíaca e ortopédica. Chegou o dia da alta e Tamara teve que aceitá-la, demonstrando, inclusive, aparente serenidade. Infelizmente,

não pudemos nos despedir pessoalmente e por isso recebi uma carta deixada por ela com uma das enfermeiras. Falava do desafio de sair do casulo em que vivia e de poder transformar-se numa borboleta. Referia-se à sobrevida que pode haver num encontro entre duas pessoas, onde algo se diferencia, algo que só pode ser sentido, mas não pode ser tocado, e que acaba preenchendo vazios. Despedia-se dizendo: "beijos daquela que te aluga e se deixa trabalhar com satisfação, apesar do sofrimento".

Devido à impossibilidade de acesso por parte da paciente e de seus familiares, não soube mais nada a seu respeito, até fevereiro de 1998, quando ela voltou a ser internada no hospital, com o corpo todo edemaciado por perda de albumina (uma classe de proteínas). Na ocasião fui chamada para revê-la. Finalmente sua história poderia ser retomada.

Contou-me, então, sobre os fatos ocorridos após sua alta no ano anterior. Havia sido internada, mais uma vez, por curto tempo nestes dez meses, pelo mesmo motivo que a trazia ao hospital agora. O restante do período conseguiu permanecer na casa da mãe. O marido estava na Bahia, na companhia de uma irmã, e Tamara passou a ter que conviver com os filhos diretamente. Montou uma barraca de caldo-de-cana, mas as vendas tiveram que ser interrompidas com sua nova

hospitalização. Lamentava o descaso da mãe em prosseguir com o negócio, enquanto ela própria fazia um reconhecimento de que as coisas nunca perduravam por muito tempo consigo.

A análise retrospectiva da vida de Tamara demonstrava que ela não conseguia terminar o que começava, como se a cada início houvesse uma expectativa implícita de que os outros dessem continuidade ao que era deixado sempre pela metade. Foi assim com o seu casamento, com a criação dos filhos, com seu trabalho, com suas doenças, repetindo constantemente um ritual de passagem de responsabilidades, que nem sempre eram acolhidas com a convência alheia esperada.

Tamara talvez rogasse, sem perceber, pela cumplicidade do outro num processo de reparação de um corpo e de objetos internos inacabados.

Lastimava correntemente sua solidão, dizendo não ter mais nada a oferecer a ninguém, queixava-se de uma dor que vinha do fundo. Curiosamente, no decorrer dessa internação, já não falava de Deus como o único "Sujeito" capaz de prover seu corpo reduzido à sujeição e, sobretudo, começava a se horrorizar com sua aparência, anteriormente exibida como um troféu.

Aos poucos, iniciava um questionamento sobre sua mãe, revivendo sua ausência, a vida prostituída que ela levou durante uma época, enquanto as filhas aguardavam no quarto ao lado. Lembrava, também, da conduta da mãe, dizendo que os filhos iriam matá-la, toda vez que era contestada em suas verdades e de como , sempre cheia de si e vaidosa, não suportava que as pessoas ao redor pudessem ir além do que ela própria não tivesse conseguido ultrapassar. Tudo que fosse diferente dela ou do que era estabelecido por ela, deveria perecer. Dessa maneira, Tamara recordou-se de uma frase rotineiramente dirigida à ela pela mãe: "você é minha filha doente, precisa de mim para tudo, pois não tem mais ninguém com quem contar".

Falar dessa mãe mortífera que só se colocava ao lado na aniquilação do outro, impunha a esse outro a ameaça da culpa de ser ele o causador da destruição materna, todas as vezes que tentasse se constituir como pessoa. Tamara sentiu-se mal ao dar forma a seus pensamentos, ensaiando a voz que nunca antes pôde ser ouvida, proveniente de um corpo em sofrimento.

Um mês após sua internação, Tamara recebeu alta, deixando-me mais uma vez um bilhete contendo seu endereço e a explicação do percurso que deveria fazer para chegar até ela. Havia, portanto, um endereçamento e uma via de acesso aberta

e firmada, que poderia ser percorrida, se houvesse tempo... Tempo que se esvaiu rapidamente, não permitindo que a história fosse jamais continuada. Ela faleceu nove dias após ter saído do hospital, por perda de albumina. No leito de uma clínica, onde teve que ser internada às pressas, suas últimas palavras foram dirigidas à mãe, pedindo que a deixasse sozinha, pois estava muito cansada e precisava repousar.

Sobreveio, então, o fim de um longo trajeto que, até aquela data, nunca havia podido ser nem concreta, nem simbolicamente, concluído.

5.2 – OBSERVAÇÕES A POSTERIORI

Se me detivesse diante do horror que as chagas me despertavam eu me paralisaria. E talvez não fosse essa mesma a intenção de Tamara?

Afinal, ela não se aproximava de psicólogos ou quando havia algum contato, desfilava indefinidamente seu roteiro hospitalar, juntamente com suas graves doenças em seus detalhados aspectos, sem o menor desespero.

A morte, o sofrimento, a dor não pareciam ser sinônimos de medo ou tensão. Essas circunstâncias não eram temidas,

porque talvez o único temor fosse de perder o único referencial de identificação que possuía até então, ou seja, a doença. Quem era Tamara? Mulher, esposa, mãe, filha, irmã, conceitos inteiramente destituídos de significado. Entretanto, havia um, apenas um, que parecia lhe caber: o de ser doente. Tamara "doente" não podia cuidar dos filhos, não podia ser esposa, não podia se aliar à família, não podia ter contato. Ou será que era o inverso? Por não poder assumir nenhum desses papéis teve que estar constantemente doente?

O contato com as pessoas foi por demais desastroso, foi cruel, amargo, esvaziado de afeto, de esperança, de vida. Então, só existiam duas saídas: a loucura ou a doença. Não falei da morte, mas nessas duas possibilidades ela não está presente? Restava apenas um coração mortificado, amortecido, maculado. A saída de Tamara parecia ser a corda bamba. Ela era boa equilibrista e provava isso. A morte estava sempre tão próxima que um passo em falso a faria alcançá-la. Mas havia ainda a possibilidade de retroceder. Talvez estes retrocessos me tenham feito acreditar no "quantum" de vida presente. Comecei a ouvir o discurso mecanicamente programado, onde contava-me e recontava-me seus terríveis adoecimentos em seus quase 11 anos de hospitalização. Eu ouvia e não me eximia em perguntar sobre fatos e em demonstrar espanto com algumas

cenar horríveis contadas por ela. Afinal, alguém tinha que refletir algum tipo de emoção naquela história.

Sem pressa, escutava seus percalços, narrados implicitamente como troféus. Aguardava o momento em que falaríamos de partes não tão necrosadas, falaríamos de algo que estivesse vivo.

Foi assim que escalamos, aos poucos, até a beirada do poço no qual Tamara se encontrava. Havia ainda muitas coisas a serem feitas no trilhar dessa nova caminhada, embora o tempo restante fosse inteiramente desconhecido por nós.

Gostaria, no entanto, de tecer alguns comentários sobre a vida dessa paciente, tomando como referencial as idéias de Anzieu (1985). O autor enfatiza a dor como algo que não se partilha. "Cada um está só perante a dor. Ela ocupa todos os lugares e eu não existo mais como Eu: a dor é." (p.233). Neste sentido, a dor promove a condição de existência, viabilizando, no entender de Piera Aulagnier (apud Anzieu, p. 235), o acesso à relação entre corpo e objeto real via sofrimento.

Segundo Anzieu, a função da pele estaria irremediavelmente ligada ao desenvolvimento do psiquismo, como referência de base a todos os outros dados sensoriais. Isso dar-se-ia por três

razões: a pele é o único sentido que recobre todo o corpo; abarca várias sensações distintas (calor, dor, contato etc.), perfazendo a contiguidade do físico para o psíquico e, por fim, como Freud (1923) já assinalava, o tocar possui uma estrutura reflexiva. A criança, que toca partes de seu próprio corpo, experimenta duas sensações complementares, que é a de tocar e a de ser tocada. Sobre este modelo da reflexividade tátil se construiriam as outras reflexividades sensoriais (escutar-se ao emitir sons, se olhar no espelho, aspirar seu próprio odor), e a reflexividade do pensamento.

O bebê assimila a noção de limite entre o exterior e o interior, adquirindo a percepção da pele como superfície a partir das experiências de contato de seu corpo com o de sua mãe. Os cuidados maternos fornecem, primeiro, uma estimulação e depois, uma comunicação. A díade mãe-bebê funciona como um sistema interdependente de solicitação recíproca, na qual a fantasia da pele comum os mantém ligados com a simetria necessária para o esboço da separação futura. A etapa seguinte requer o desaparecimento dessa pele comum e o reconhecimento de que cada um tem a sua própria pele e seu próprio eu. Se as angústias ligadas a essas fantasias puderem ser superadas, a criança adquire um Eu-pele que assegura ao aparelho psíquico a constância de um bem-estar de base.

Em contrapartida, quando a mãe não assume a "função de pele", mantenedora e continente, seja por indiferença, depressão ou ignorância, deixa de promover a satisfação das necessidades do bebê. Dessa maneira, a dor pode ser o último recurso do qual a criança se utiliza para obter a atenção materna na busca de manifestações de seu amor. Tanto parece ser assim que a ameaça de caos para o bebê pode ser imediatamente ligada à ameaça de descompensação que pesa sobre a mãe e que, de certo modo, ele é encarregado de contrainvestir ativamente. Vimos que num sistema como esse, de acordo com os apontamentos de Debray (1983, p. 172), já fragilizado pela debilidade na díade mãe-criança, com um superinvestimento no plano da percepção corporal e da realidade externa, em defesa de um "experimentado" de vazio não elaborado pela mãe, as expressões pulsionais e, particularmente as ligadas à expressão da agressividade, encontram-se barradas de maneira especial.

O sofrimento masoquista, antes de ser secundariamente erotizado, decorre de mudanças bruscas, repetidas e/ou traumáticas, provenientes de superestimulações e de privações do contato físico com a mãe ou seus substitutos, e portanto de insatisfações e frustrações da necessidade de apego infantil.

A seqüência de desencontros entre mãe e bebê, enunciada pelo autor, liga-se diretamente a toda a história de Tamara, essa "menina de ninguém", precariamente cuidada, cujos atendimentos, talvez tenham permitido a primeira e única aproximação não-traumática com alguém. O diálogo que se estabelecia entre paciente e terapeuta propiciava, aos poucos, a condição de uma comunicação com o outro e consigo mesma. Como se a "pele de palavras" (Anzieu, 1985) e os toques nas cicatrizes, revelassem um corpo até então incapaz de sentir prazer, no qual o significado para o outro era, em si, enigmático. Daí a flutuação incessante de seus processos identificatórios; daí a utilização de singulares procedimentos de iniciação que nunca chegavam à termo e, finalmente, o sofrimento persistente evidenciado por acidentes, doenças graves, cirurgias com seqüelas deformantes e cicatrizes visíveis.

Ao trabalhar com Tamara fui percebendo o "esfolamento" de um corpo esquecido e um psiquismo empobrecido de representações. Tamara escorregava na corda bamba num jogo arriscado de morte sem, no entanto, conseguir desferir o golpe fatal. Não havia apropriação desse corpo, ao qual restava apenas se debater em sofrimento.

A possibilidade de alguma construção de vida na relação terapêutica, talvez tenha permitido a posse de um corpo em processo de integração com os afetos e mais distante da repetida vitimização provocada pelas doenças. A partir daí, ela pôde falar da sentença materna de morte, do incômodo que passou a sentir em exibir o corpo deformado aos outros, e do horror em ver no que tinha se transformado.

Infelizmente, não houve condição para que o olhar e a atenção continuassem a dar sustentação à vida interna que começava a ser esboçada com tamanha intensidade. Contudo, foi assim que Tamara irrompeu do aparente deserto de seu coração e de seu psiquismo, cortando finalmente o círculo vicioso com a morte. Ao aproximar-se de sua "inteireza" pôde viver e, pelo mesmo motivo, pôde, enfim, se deixar morrer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eis uma estória para pensarmos:

“Um dia uma pequena abertura apareceu em um casulo.

Um homem sentou-se diante do casulo e observou a borboleta por várias horas.

Ela se esforçava enormemente para que seu corpo passasse através daquela pequeníssima abertura. Parecia então que ela havia parado de fazer qualquer progresso e que havia ido o mais longe que podia e não conseguiria progredir.

O homem então, decidido a ajudar a borboleta abriu cuidadosamente o orifício do casulo e a borboleta pôde sair facilmente, mas o seu corpo estava murcho, era pequenino e suas asas estavam amassadas.

O homem continuou observando a borboleta, esperando que a qualquer momento suas asas abrissem e se esticassem para serem capazes de suportar seu corpo.

Mas nada aconteceu.

Na verdade a borboleta passou o resto da vida com seu corpo murcho e suas asas encolhidas. E nunca foi capaz de voar.

O homem, em sua gentileza e vontade de ajudar não compreendia que o casulo apertado tinha o espaço necessário para que a borboleta se aprontasse e conseguisse se libertar.”

Para a borboleta havia um tempo certo para nascer e para adquirir a leveza de se conduzir. O percurso para se chegar a um desenvolvimento exige tolerância para que os limites sejam respeitados e os excessos afastados. Caso contrário, fatalmente, haverá disfunções que, dependendo da natureza da estimulação e dos recursos disponíveis do ser em formação, poderão ser reversíveis ou não.

Na estória acima, o homem pensando estar auxiliando, estava na verdade transgredindo a lei da evolução natural com sua pressa em atingir o que ele considerava satisfatório.

No período inicial da vida, somos frágeis como a borboleta e sujeitos a qualquer tipo de invasão. Ainda não existem defesas que impeçam manipulações indevidas. O organismo está exposto aos excessos ou deficiências que por ventura advenham de um cuidador descuidado ou despreparado para

esperar e perceber o momento oportuno de se manifestar. Por vezes o silêncio de um olhar compreensivo – e ativo – pode ser a maior ajuda na constituição de uma integração, em contrapartida a uma atitude mais incisiva encaminhadora de estagnação.

A conduta terapêutica não pode ser precipitada, para não tomar a dianteira dos fatos e se tornar mais um excesso entre tantos outros não digeridos pelo paciente. O atendimento deve se dar na exata medida que o acompanhamento permita. Com isso queremos mostrar que é na relação que criamos e que buscamos a expansão em cada encontro, que estaria a base para qualquer outra conquista, considerando o alcance implicado em termos de identificação, acolhimento e estimulação do sujeito em sofrimento.

Na empreitada construtiva do circuito de ligações psíquicas do paciente somatizante, pretendemos a procura e a sedimentação de sua condição de sujeito. Às vezes, instrumentalizando-nos da função reclamante, buscando um sentido em meio à aridez psíquica, outras vezes reivindicando uma intermediação entre sensações e representações, mas sempre utilizando-nos como sujeitos inteiros no processo de interação *inter* e *intrapessoal*. Uma dinâmica que se constitui a partir do avivamento de sentimentos, que não almeja o estabelecimento de um modelo

de terapeuta a ser “decalcado” pelo paciente, mas um modelo constituído de corpo e mente, pronto a se emprestar como auxílio a uma nova inscrição e a sua decodificação diante de uma composição mal mentalizada.

O reflexo especular mantido entre terapeuta e paciente poderia então se manifestar como enunciador de traços e marcas desconhecidos, embora sua assimetria¹⁵ nos conduzisse ao ponto limite de retirada para a caracterização ímpar de uma identidade em formação.

Aí talvez esteja o nó de uma hábil função maternal terapêutica que obriga a um mergulho, mas que proíbe a mistura que provocaria um embaçamento à dimensão diferenciadora. O percurso é árduo e só possibilitado mediante à existência de algum grau de confiabilidade instaurado pelo contexto terapêutico frente ao contexto do paciente, defendido patologicamente por impregnação racional.

Portanto, o sucesso do estabelecimento da relação incide sobre o rebaixamento dessa defesa, cujo caráter promissor está ligado a instauração de verdadeiras pontes terapêuticas entre paciente e terapeuta. Uma parceria trabalhosa e trabalhada para a fomentação de casulos psíquicos que se transformem em

¹⁵ Termo utilizado por P. Fédida, (1998) para designar o papel da contratransferência na situação analítica, que dá ao analista a condição de funcionar como reflexo em espelho, sem

movimentos simbólicos ou deslocamentos de vida. A vivacidade desse andamento fornece a revitalização, por nós apontada, em favor da estruturação de novos processos de pensamento.

Vivacidade que nos parece estar, irremediavelmente, atada à atividade, no que se refere à função terapêutica que acolhe, tolera e acompanha, mas que também, por vezes, se mostra vigorosa nos gestos, na fala, no ato em si. Uma postura que se reveste de força, e que por sua intensidade, por sua convicção, mais do que pelo seu conteúdo, poderia sugerir ao paciente um caminho para novas inscrições ou representações.

Por analogia, a construção de pontes terapêuticas é então a busca de um encaixe sucessivo de contas, como se compuséssemos um colar, onde cada peça acrescentada fosse fundamental e indispensável para a continuidade da seqüência. Com atenção e disponibilidade, as brechas vão ficando para trás, dando lugar aos novos elos de ligação. Elos que estão fundamentados numa implicação mútua, entre paciente e terapeuta para a conquista de possíveis transformações.

Diante da instauração de uma relação desse tipo, as iniciativas tomadas pelo terapeuta que alcancem alguma resposta do paciente, podem inaugurar vivências inéditas, que permitirão

se misturar com os sentimentos nele depositados pelo paciente nem com os emergentes de si próprio.

então novas formas de inscrição da pulsão pelo caminho das identificações.

Esse é o teor do investimento terapêutico que traduz primordialmente a aposta no dinamismo da articulação corporeamente e na apropriação deste conjunto pelo sujeito em sofrimento. Temos a partir daí, a abertura à outras perspectivas para todos os envolvidos nesse cenário em prol do crescimento.

Nesse sentido, é que entendemos que o processo de desenvolvimento não cessa nunca e que aquilo que num determinado momento se encerra, na verdade, funciona como novo ponto de partida. Nossa pesquisa se conclui aqui apenas enquanto trabalho dedicado a um determinado fim, mas as sementes por ora atiradas já se põem a germinar brotos de curiosidade em direção a novas investigações.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ, A. (1992) Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.
- ANZIEU, D. (1985) O eu-pele. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- BRAZELTON, T. B., KOSLOWSKI, B., MAIN, J. (1974) The origins of reciprocity: the early mother-infant interaction. The effect of the infant on its caregivers, London: Wiley Interscience.
- CUNHA, M. S. R. (1996) Trauma e impasse nos três tempos do adoecer somático, Tese de doutorado, PUC-RJ.
- DEBRAY, R. (1983) O equilíbrio psicossomático e um estudo sobre diabéticos. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995.
- DEJOURS, C. (1989) Repressão e subversão em psicossomática: investigações psicanalíticas sobre o corpo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- FÉDIDA, P. (1988) Clínica psicanalítica: estudos. São Paulo: Escuta.
- FREUD, S. (1969 a 1977) Obras completas. Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago.

- , (1895[1894]) Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia. vol. III, 1976.
- , (1895) Projeto para uma psicologia científica. vol. I, 1977.
- , (1895) Rascunho G. vol. I, 1977.
- , (1897) Rascunho N. vol. I, 1977.
- , (1897) Rascunho L. vol. I, 1977.
- , (1900) Interpretação dos sonhos. vol. IV e V, 1972.
- , (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. vol. VII, 1972.
- , (1910) Concepção psicanalítica das perturbações psicogênicas da visão. vol. XI, 1970.
- , (1912) A dinâmica da transferência. vol. XII, 1969.
- , (1913[1912]) Totem e tabu. vol. XIII, 1974.
- , (1915) Os instintos e suas vicissitudes. vol. XIV, 1974.
- , (1917[1915]) Luto e melancolia. vol. XIV, 1974.

-----, (1919) Introdução à A psicanálise e as neuroses de guerra. vol. XVII, 1976.

-----, (1921) Psicologia de grupo e a análise do ego. vol. XVIII, 1976.

-----, (1923) O ego e o id. vol. XIX, 1976.

-----, (1926) Inibições sintomas e ansiedades. vol. XX, 1976.

-----, (1940[1938]) Esboço de psicanálise. vol. XXIII, 1975.

-----, (1940[1938]) A divisão do ego no processo de defesa. vol. XXIII, 1975.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. (1968) Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

MARTY, P. & M'UZAN, M. de (1963) La pensée opératoire. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 27, p. 345 - 356.

MARTY, P. (1966) La dépression essentielle. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 32 (3), p. 595 - 598.

MARTY, P. (1976) Les mouvements individuels de vie et de mort – essai d'économie psychosomatique. Paris: Payot.

MARTY, P. (1990) A psicossomática do adulto. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MARTY, P. (1996) Mentalização e psicossomática. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998.

OMER, H. (1994) Intervenções críticas em psicoterapia: do impasse ao início da mudança. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

PAGLIARANI, L. (1997) O desafio de Bion, hoje, mais do que ontem: análise psicossocial do poder e dos conflitos, Turim, Simpósio sobre Bion.

PARAT, C. (1981) Transfert et relation en analyse. Revue Française de Psychanalyse, Paris, 46 (1), p. 357 – 364.

UCHITEL, M. (1997) Além dos limites da interpretação: indagações sobre a técnica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C. (1997) Psicossoma: psicossomática psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. (orgs) (1998) Psicossoma II: psicossomática psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

VOLICH, R. M. (2000) Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo.

WINNICOTT, D. W. (1958) Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT, D. W. (1971) O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. (1979) O ambiente e os processos de maturação - estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

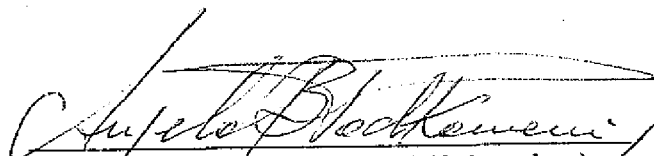
WINNICOTT, D. W. (1987) Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

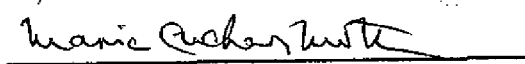
WINNICOTT, D. W. (1988) Natureza humana. Rio de Janeiro: Imago, 1990.


WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. & DAVIS, M. (orgs) (1989) Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

ZUSMAN, W. (1994) A opção sógnica e o processo simbólico. Revista Brasileira de Psicanálise. São Paulo, 28 (1), p. 153 - 163.


Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna, Ana Paula Gouvêa Margaritini intitulada "**Construindo pontes terapêuticas com o paciente somatizante**", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:


Prof. Angela Baraf Podkameni (Orientadora)
PUC-Rio


Prof. Maria Euchares Motta
PUC-Rio


Prof. Maria Stella Rodrigues da Cunha
UFJF

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, ..22.10..2002.


Prof. Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas