

## 2

### O Binômio Saúde-Doença

Este capítulo apresenta o termo binômio<sup>1</sup> com o propósito de apontar os principais sentidos que norteiam a relação. Pressupõe-se que essa relação convoca uma maneira de pensar o sujeito com base na relativização, na interação e na interdependência de vários fatores. São apresentados os elementos subjetivos dessa ligação, priorizando o contexto da relação do sujeito com o outro, mais precisamente entre os membros de uma família.

A maneira de viver e de ser do sujeito, o seu modo de interação com o meio e com os outros influenciam na relação que pode ser estabelecida entre “estar saudável” e “ser doente”. O sentido de relativização e de interação desses estados se deve ao fato de que ambos, de maneira interdependente, exercem uma ação sobre o outro, da qual se possa subtrair um conjunto de informações determinantes e condicionantes interligados para o entendimento, por exemplo, de um processo de adoecimento num grupo familiar.

Além da relativização, tanto a saúde quanto a doença possuem um sentido paradoxal dado à maneira de interpretação dos fatos derivativos da relação. Isso quer dizer que um sujeito pode ter uma doença e ser saudável, como pode não ser saudável e não ter qualquer tipo de patologia comprovada clinicamente (Winnicott, [1967]1999)). Na verdade, o paradoxo em torno do binômio mostra que “fechar” uma concepção de saúde e de doença está longe de ser um produto exato, visto que as idéias circundantes a elas apresentam controvérsias, cujos modos de subjetivação, de interposição cultural e de intersubjetivação marcam as diferenças, as peculiaridades e os fatores desencadeadores.

Relevantes trabalhos (Castiel, 1994a, b, 2010; Fortes; Baptista, 2004; Helman, 2003; Mello Filho; Burd, 2004; Mello Filho, 1992, 2002) apontam uma variedade de reflexões sobre as somatizações e fomentam novas abordagens culturais e sociais como fatores condicionantes de adoecimento. Mesmo com

---

<sup>1</sup> Estabelecemos um paralelo com o conceito de binômio da álgebra, que corresponde à relação de dois termos associados a uma infinidade de processos abstratos.

vastos trabalhos publicados sobre doença e saúde, o caminho trilhado pelos estudiosos mostra cruzamentos não tão simples de serem compreendidos em consequência dos hiatos existentes entre o contexto, o subjetivo e o intersubjetivo da relação saúde-doença. Por esse caminho, propomos um retorno a uma questão de base que vai ao encontro do objetivo desta tese. Afinal, o que é uma família com sujeitos saudáveis?

Na história do homem muito se discute acerca da condição de saúde e de doença, mas nem sempre são encontrados fatores condicionantes, que estejam fora da relação sujeito-biológico, sujeito-psicológico e sujeito-social, principalmente aqueles que revelem dados trans-subjetivos em relação à história de vida e à convivência do indivíduo com as outras pessoas. Pouco ainda se credita na compreensão do processo condicionante de outro campo, o do contexto familiar do sujeito. Intuindo que a família constitui um lugar de fomento desta relação, podemos dizer que um indivíduo saudável vem de uma família saudável, tal qual um sujeito doente é fruto de uma família doente. Por isso, consideramos a história e a psicodinâmica da família como fatores condicionantes de doença do sujeito com particularidades culturais, que endossam representações próprias de saúde. Dessa forma, ampliamos a nossa capacidade de resposta sobre os fatores coadjuvantes no processo de adoecimento do sujeito da família.

## 2.1

### **As Concepções de Saúde e de Doença: breve revisão**

A saúde e a doença colocam o sujeito em duas posições diante da vida: a comum e a compartilhada. A primeira posição diz respeito à situação de destino do corpo biológico comum a todos, da qual não se pode escapar. Mesmo diante de diversos tipos de doenças desenvolvidos pelos sujeitos ao longo da vida, um dia elas a levarão à morte. A segunda posição aponta a saúde e a doença, numa perspectiva compartilhada, quando as mesmas fazem parte de uma história de vida e de uma relação com o outro sob condições adversas. Isto quer dizer que, do ponto de vista intersubjetivo, ainda que seja vislumbrada a morte do corpo, o percurso até esse momento é marcado pelo discurso do outro, pois o sujeito está

amalgamado com o outro na constituição de sua saúde e no processo de seu adoecimento. É de grande ousadia, por conseguinte, dizer que a saúde tanto quanto a doença representam as vicissitudes do corpo do sujeito em meio a ele mesmo e ao outro. Além dos aspectos subjetivos e intersubjetivos, o sujeito e o seu ambiente, no caso a família, devem ser inseridos nos três sentidos dados ao binômio, para a compreensão de elementos que os condicionam.

Ao longo da história da humanidade, várias foram as metáforas forjadas pelo sujeito e pelas diferentes culturas para o entendimento do estado de saúde e de doença. Na procura de uma explicação para a enfermidade, o homem lança mão de crenças, de paradigmas, de mitos a fim de encontrar um sentido para o sofrimento e o estado de corpo fragilizado. A princípio, ter como destino a morte faz o homem adoecer para que a vida seja possível. Isso não quer dizer, entretanto, que toda doença mate o sujeito.

O sentido figurado da doença é assunto do livro da escritora Sontag (1984), “A doença como metáfora”, no qual mostra como a doença pode ser representada de maneira irreal e, muitas vezes, primitiva pela sociedade. Segundo a interpretação da autora, a verdade da doença não está no tipo que ela apresenta, mas na maneira de o homem enfrentá-la. Isto significa que, embora o indivíduo crie subterfúgios para responder à sua condição de doente, ele esquece que o verdadeiro modo de encarar a doença é vivê-la de maneira mais saudável.

O estudo desta autora aponta uma visão um tanto quanto paradoxal e antagônica às concepções atuais, uma vez que alguns trabalhos ainda apresentam uma visão dicotômica da relação saúde e doença. Na mesma direção da autora, está Almeida Filho (2000), relatando sobre as diversas faces da doença reveladas na prática clínica de forma, também, paradoxal. Tanto o paradigma social, quanto clínico, os autores revelam um modo de entender o binômio fora da posição cartesiana e biológica. O autor justifica essa afirmativa, revelando que muitos portadores de doenças com agravos e sequelas são reconhecidos como pessoas com vida produtiva tanto social como profissionalmente. Esses sujeitos não demonstram sinais de comprometimento ou sofrimento nos laços construídos e, tampouco, são afetados em suas funções cotidianas. Ao contrário desses acometidos, há aqueles que se apresentam incapacitados e limitados sem, todavia, possuir qualquer evidência de agravamento clínico da doença. As observações obtidas por Almeida Filho influenciam, hoje, a construção de novos olhares para a

elaboração de práticas clínicas e sociais de saúde, visando a ampliar o entendimento do processo de adoecimento.

Outro modo de conceber a saúde e a doença é o do médico e especialista em Saúde Pública, Scliar (2007), ao defender que estas concepções terão diferentes representações tanto quanto forem as relações delas com a época, o lugar, a classe social e os valores sociais de um grupo. Somados a esses fatores, a influência de concepções científicas, religiosas e filosóficas também lograrão um lugar de especulação.

Ao observarmos as representações sobre saúde e doença na história, veremos a trajetória marcada pela dualidade entre corpo e alma, mente e corpo, doenças físicas e doenças mentais e por uma visão individualizada da doença. É desde o mundo antigo que a doença compreende também uma concepção mágico-religiosa, resultante de forças alheias ao organismo submetido ao pecado ou à maldição. Trazemos conosco essa concepção ao considerarmos, ainda hoje, o desequilíbrio endógeno como parte de um adoecimento, cujos fatores da constituição física e de hábitos de vida dependem da harmonia entre eles. Mesmo que sejam lançados novos olhares sobre a doença do sujeito, ainda sentimos dificuldade de integrar essas concepções em seu processo de adoecimento. No entanto, consideramos que a visão clínica e os pressupostos subjetivos do doente sejam norteadores de inúmeros processos de adoecimentos, como foram estudados por Hipócrates, na Grécia antiga, que iniciou ainda a prática de conversação com os parentes dos enfermos, ampliando o campo de compreensão das enfermidades (Mello Filho, 2002).

Um período sombrio retarda o avanço das concepções de saúde e de doença, no que diz respeito às formas clínicas de tratamento. É na Idade Média que a religião responde pela subjetividade do doente. A influência, senão imposição da religião sobre a origem da doença, revelava a relação desta com o pecado. O sujeito era condenado duplamente quando adoecia por ser pecador e por estar condenado. A salvação, ou melhor, a cura dependia do poder da fé.

Mesmo que tenhamos atravessado os séculos, ainda essa influência pode ser observada em relatos contemporâneos como os da Família Soares, estudados por nós na pesquisa de mestrado (Lisboa, 2005). Para eles, a doença compreendia desígnios de Deus, e lhes caberiam as atitudes de fé e de resignação como passes para a cura. Da mesma forma que a doença está relacionada com o sagrado, o

adoecimento está representado pela dualidade mente e corpo, próprio do período cartesiano. Nesta família, a representação da doença era compreendida como uma limitação do “corpo-máquina”, cujas partes eram vistas como peças de engrenagem, e a saúde reconhecida como o “silêncio destes órgãos” (Scliar, 2007). As representações da família Soares demonstraram que a concepção dicotômica mente e corpo não está distante do presente e escondida em algum lugar do passado.

No decorrer da Idade Média e início da Era Moderna, as representações acerca dos aspectos psíquicos da saúde e da doença ganharam outro sentido, que aproximou mais a relação entre “estar doente” e “ser doente”. A doença passou a ser associada à paixão (sofrimento) em consequência de alguma decepção. A doença relacionada à alma ganha fôlego, mas é apagada novamente a partir do século XVII com o pensamento cartesiano. A racionalidade do tratamento da natureza e da ordem das coisas ou da saúde e da doença delimita a doença como verdade. Para a Medicina da época, segundo Foucault (2006), a verdade dos sintomas revelava conteúdos vitais da doença e não elementos psíquicos atados ao corpo em sofrimento. Até os dias de hoje, ainda observamos a influência do pensamento cartesiano sobre a dicotomia entre mente e corpo, que expõe o sujeito à condição de saúde e de doença de maneira isolada e independente. A supremacia biológica procura ditar os pressupostos de um corpo saudável, embora já tenhamos avanços na integralização dos aspectos psíquicos, sociais e culturais da saúde.

Como foi dito por Scliar (2007) tanto quanto a saúde, a doença terá representações variadas e, além disso, ao longo dos séculos, tem sido vista como um processo transmissível comum e próprio da espécie humana. Sendo assim, partindo do pressuposto individual e transmissível, a doença revelará, incondicionalmente, o que há de melhor e de pior no ser humano (Almeida Filho, 2000; Sontag, 1984). Ela abre caminho para uma introspecção de todos os acontecimentos mais significativos das relações intersubjetivas, revelando o lado desconhecido de uma trajetória de vida do sujeito e de sua família.

Mais adiante, durante o século XIX, a prática médica passou a ser ligada à cultura e ao social na Europa, porém sem nunca romper com a superstição religiosa. Mesmo assim, neste contexto, segundo o antropólogo francês Laplantine (1986), o primado da doença compreendia uma situação negativa, mas não

totalmente, uma vez que a experiência da doença possuía compensações positivas. Para o autor a doença traz tanto malefícios quanto benefícios ao homem. Os malefícios da doença expõem o indivíduo à resignação, submissão, sofrimento, humilhação e horror absoluto, pois estão associados ao primitivismo, ao pecado arcaico e revelam o que há de mais verdadeiro nele. Por outro lado, as doenças benéficas convocavam o sujeito à gratificação, recompensa, cura e prazer, à medida que o surgimento delas o libertavam para o encontro com o sagrado, religando-o a Deus.

Depois desse momento, já no final do século XIX, há um retorno às considerações biológicas, pois se acreditava que fatores etiológicos desconhecidos, como os microorganismos, pudessem ser causadores de doenças e que elas aconteciam de acordo com o caráter do paciente. Dessa forma, as doenças poderiam ser prevenidas e curadas, uma vez que a origem biológica foi conhecida e os sintomas clínicos do sujeito foram identificados (Scliar, 2007; Sontag, 1984).

De certo, nessa época, privilegiar os malefícios e os benefícios da doença e a dualidade causa-doença reduzem as possibilidades de sua contextualização em relação ao ambiente, às condições psíquicas do sujeito e ao lugar da doença na sociedade e na família. O olhar absoluto da Medicina contribuiu para o domínio dessa dualidade e deixou de lado as “estruturas invisíveis” da doença que, para Foucault (2006), necessitariam de um olhar mais plurissensorial, um olhar que deveria tocar e ouvir o sujeito em toda sua plenitude.

Essa ideia de Foucault não está longe do entendimento da saúde nos dias atuais, apesar de ela representar a difícil arte de conjugar todas as demandas do indivíduo, da família, da cultura e do social ao mesmo tempo, a fim de buscar um caminho para um tratamento e a cura da enfermidade. Em tempos pós-modernos, definir alguém como doente implica observar as experiências subjetivas diante da doença orgânica. Assim, por exemplo, o sujeito com diabetes não teria somente os sintomas listados pelos tratados da Endocrinologia, mas apresentaria mudanças, estados, percepções que podem escapar de um quadro nosográfico comum. Os sintomas incomuns do diabetes estariam no seu processo de desenvolvimento que é anterior ao estado da doença em si e, portanto, conta com toda uma vida de interações do sujeito, a começar com a família, com as pessoas que passam por ele e com o meio externo a ele. Desse modo, a doença se apresenta de forma individual e parece ser um modo egoísta de ser, como disseram Foucault (2006) e

Laplantine (1986). Na verdade, porém, a doença, segundo Helman (2003), compreende também um processo social que envolve experiências subjetivas das mudanças físicas ou emocionais e está forçosamente atrelada a outras pessoas.

A queda da supremacia biológica de um “passado-presente” proporciona uma visão social da saúde e da doença. O pressuposto de Almeida Filho (2000) reforça essa afirmativa, uma vez que a condição de saúde advém de um suporte social, cujas interação interpessoal, participação social e modos de vida dos sujeitos influenciam no processo de adoecimento. Assim, de acordo com esse autor, para cada doença observa-se um modo de adoecer e para cada modo de adoecer haverá infinitos modos de vida com saúde, tanto quantos os seres sadios.

Na mesma direção caminha a posição de Winnicott ([1967]1999) ao conceber o sujeito saudável, aquele cuja modalidade de relação com a vida e com os outros sujeitos está nas posições “positivas” diante dela e não nas condições patológicas recorrentes. Cabe ao sujeito conviver tanto com os medos, os conflitos, as dúvidas quanto com as atitudes benéficas, sem que, contudo, os primeiros fiquem atrelados à condição de doenças. Nesta tese, portanto, considera-se que as concepções de saúde e de doença na família são resultados de um processo marcado por uma história e por um funcionamento psicodinâmico peculiar. Por isso acrescentamos à nossa hipótese a afirmativa de Winnicott mostrando que uma grande parte da vida saudável do sujeito tem a ver com os vários modos de relacionamento com o objeto e com um processo de “vaivém”, ou movimento pulsional entre o relacionamento com os objetos internalizados e entre os membros de uma família.

Apesar de o processo saúde-doença possuir historicidade e representações, considerando todas as influências culturais, sociais e econômicas de uma época e ainda, todos os avanços da tecnologia e do conhecimento, é preciso sinalizar que não seria possível ter saúde se o sujeito não possuísse condições básicas de sobrevivência psíquica e afetiva durante um período significativo com a família.

Para finalizarmos as ideias acerca da saúde e da doença ao longo da história da humanidade, chegamos ao século XX reconhecendo as mudanças e as repetições destas para o século XXI. Em meados do século XX, o conceito de saúde é reconhecido como um estado mais completo de bem-estar físico, mental e social. A nova definição dada pela Organização Mundial da Saúde em 1948 aponta um novo paradigma, regido pela condição de bem-estar geral para a saúde

do sujeito. A partir desse modelo, a doença não é somente a ausência de enfermidade, mas a incompatibilidade de vários processos atuando no sujeito ao mesmo tempo, e com certa durabilidade. Nessa perspectiva, o processo de saúde e de doença compreende um modo de ser biopsicossocial do indivíduo, ressaltando os aspectos psíquicos presentes em toda e qualquer doença. O sujeito doente é observado pelo dinamismo e pelos movimentos da vida e não pela sua estabilidade (Fortes; Baptista, 2004; Sarriera et al, 2003).

A saúde associada ao bem-estar biopsicossocial remete ao conceito de bem-estar que abrange uma dimensão positiva da saúde. Para falar desse conceito os autores Galinha & Pais Ribeiro (2005) mostram que, além dele ser um tema complexo, bem-estar integra não só uma dimensão cognitiva, como uma afetiva. Isso quer dizer que o bem-estar não está somente associado aos recursos materiais do indivíduo, mas à qualidade de vida ou ao modo de vida em relação à saúde, trabalho, família e liberdade de expressão.

A partir dessa postulação da OMS, a saúde apresenta-se de duas maneiras no mundo. Na década de 60, a saúde passou a ser associada ao grau de satisfação ou felicidade do sujeito em relação às suas perspectivas e conquistas. O desenvolvimento pessoal e a felicidade tiveram valor central nessa época. Por conseguinte, o desenvolvimento pessoal foi considerado como um fator condicionante para a saúde. Se somado ao desenvolvimento, entretanto, estiver a condição de felicidade/bem-estar, esta poderá produzir uma busca incessante nem sempre saudável e alcançável. A procura da saúde plena leva a um propósito inatingível, pois se acredita que ela está amalgamada ao outro, e não depende somente do sujeito. Isso pode ser pensado com o que Freud ([1930]1978) esclarece a respeito do surgimento da civilização. Para ele, a sociedade passou a existir quando os homens estabeleceram um acordo entre si e renunciaram a uma parcela de sua liberdade pulsional em prol de segurança que proporcionada pelo grupo cobra o seu preço e compreende um motor gerador de mal-estar. Desse modo, a saúde do sujeito está sempre ligada, dependente e situada numa zona de tensão existente entre ele e o meio. Ao trocar o prazer individual pela convivência social, para obter maior segurança, o indivíduo se sujeita e pode ser “depositário” de uma convivência conflituosa e perder a saúde e, até mesmo, a própria segurança barganhada inicialmente.

Ainda o pressuposto de Freud ([1930]1978) caminha ao encontro da definição da OMS, uma vez que na busca do ideal de saúde, pode-se esperar o surgimento de outra face da mesma, a da doença, na medida em que o homem perde o limite de seu bem-estar e se encontra quase permanentemente na zona de tensão entre ele mesmo e o meio. Se pensarmos ainda nesta direção, a procura pelo ideal de saúde reforça a individualização, pois aprisiona o sujeito à sua liberdade pulsional e interdita o outro na constituição do processo de subjetivação do adoecimento.

Segundo Galinha & Paz Ribeiro (2005), a década de 70 é marcada por uma revolução na saúde do ponto de vista do comportamento. O marco nesse período se dá pelas intensas preocupações com relação aos comportamentos precipitados ou causadores de mortalidade na população, como o hábito de fumar, o consumo de álcool e de drogas e as atitudes de risco de um modo geral. A partir dessas preocupações, surgem os conceitos de promoção de saúde e de estilo de vida quando, então, são reforçadas as condições de saúde ao invés das de doença. Em consequência disso, o conceito de saúde se expande em 1986. A OMS concretiza essa expansão, dizendo que a saúde tanto compreende uma extensão daquilo que o indivíduo ou o grupo é capaz de alcançar com relação às suas aspirações e à satisfação das necessidades, quanto uma capacidade de o sujeito modificar ou lidar com o meio que o envolve (OMS, 1986).

Diante dessa retrospectiva, resta-nos refletir sobre as diversas faces das concepções de saúde e de doença e suas reais influências no comportamento do sujeito no início deste século. Acredita-se que a ampliação do conceito pela OMS na década de 80 permitiu avançar na pergunta lançada no início deste capítulo acerca da família do sujeito saudável. Afinal, a família é parte do processo de adoecimento do sujeito e deve ser pensada como meio que o envolve e o coloca em uma condição plural de doenças. Essa condição plural aponta fatores condicionantes e determinantes do binômio, imbricados com o movimento da família na forma de transmissão, de mudança e de transformação de tais fatores, através da história e do ciclo de vida do grupo.

Para este século, será que a compreensão da saúde e da doença exigirá necessariamente um retorno às condições de base do sujeito na família? Será preciso pensar num novo paradigma para nortear as condições de saúde e de doença?

## 2.2

### **A Herança Psíquica na Transmissão do Adoecimento Somático**

Os fatores determinantes de doenças como os aspectos biológicos e genéticos apresentam um campo previsível de ações no combate ao desenvolvimento da enfermidade. Ao estabelecermos neste trabalho uma proposta de entendimento do adoecimento do ponto de vista psíquico, queremos mostrar que a questão da herança psíquica de uma família representa um peso significativo na saúde dos sujeitos do grupo. Estudamos na pesquisa de mestrado (Lisboa, 2005) que a transmissão psíquica de uma herança compreende um meio de adoecimento, a partir do momento em que haja não só um conteúdo traumático, mas um herdeiro que se inscreva nessa cadeia de identificações repetidas através das gerações.

Do ponto de vista das representações subjetivas e culturais, há um caminho a percorrer no que diz respeito às formas de intersubjetivação de uma família, assim como às de um sujeito com sua família. Por outro lado, do ponto de vista biológico, o aparecimento de uma doença provavelmente tem a ver não só com a predisposição genética, mas com as inúmeras alterações que estão implicadas com a gênese de qualquer tipo de doença (Bitelman, 1997). Agora, o que pode estar psicologicamente conectado a essas alterações, e como elas estão interligadas ao outro sujeito pode configurar fatores antecessores da própria doença. Acreditamos que um desses fatores, ou melhor, precipitadores, pode ser observado através da herança psíquica de um sujeito que ora foge do destino marcado pelos membros de sua família, ora se posiciona como herdeiro escravo do legado.

Justificamos esta afirmativa a partir de observações de casos clínicos de câncer de mama, durante oito anos, no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora. A predisposição para um câncer não envolve, necessariamente, a predisposição genética do sujeito. O que ocorre também é o desenvolvimento de uma predisposição a partir de alterações e de mutações que o organismo sofre mediante interação com o outro sujeito e com o meio. Em certos casos de câncer de mama sem predisposição genética na família,

a história do grupo evidenciava a perpetuação de fatos traumáticos e conflituosos de geração em geração. A convivência desses membros com sujeitos ditos “difíceis” promovia um desgaste do relacionamento. O esgarçamento da convivência esvaziava os investimentos libidinais entre os membros ao longo do tempo. Isso afetava a saúde mental em alguns, e quadros depressivos eram constantes na vida dos sujeitos adoecidos (Lisboa; Féres-Carneiro, 2005).

No processo de adoecimento, julgamos que a genética auxilia no condicionamento das predisposições às doenças, tal como são pensadas as influências do psiquismo e do meio ambiente acerca do desencadeamento da enfermidade. Em nossa pesquisa de mestrado, realizamos uma investigação com a família Soares com sujeitos diabéticos, com pressão alta e com câncer de mama. Na ocasião da pesquisa, apontamos alguns dados intersubjetivos relevantes que puderam ser considerados como fatores significativos ao desenvolvimento das doenças. Apresentamos uma forma de pensar sobre o adoecimento para além do determinismo genético, envolvendo o processo de transmissão psíquica e alguns mecanismos de defesa como elementos influenciadores e até precipitadores de doenças (Lisboa, 2005).

Destacamos, então, a herança psíquica como material presente na transmissão de um adoecimento. Nesse sentido, supomos que a predisposição para um adoecimento pode estar vinculada a uma herança psíquica com material traumático, recebida de outras gerações, a qual encontrou um campo favorável na subjetividade e na intersubjetividade fragilizadas por acontecimentos significativos na história do sujeito e de sua família.

A transmissão do adoecimento é alicerçada por uma herança genealógica afetiva, que se processa em nível inconsciente e transita livremente no espaço do grupo familiar. Em nível inconsciente, os elementos presentes na transmissão psíquica se referem aos objetos psíquicos constituídos pelos diversos modos de identificação ao longo das gerações. Do ponto de vista intersubjetivo, a repetição das identificações organiza o grupo familiar com base nas representações de objetos psíquicos herdados e, conforme a dinâmica familiar, estes objetos introjetados podem influenciar na saúde e na doença dos membros (Benghozi, 2000; Kaës et al, 2001; Ruiz Correa, 2000a, b).

Na dissertação de mestrado, realizamos uma revisão do conceito de transmissão psíquica e julgamos ser necessária uma breve repetição nesta tese. O

conceito de transmissão psíquica tem sido estudado há mais de três décadas por teóricos franceses, argentinos e brasileiros que, com base em Freud, trazem um novo olhar aos trabalhos clínicos com sujeitos e com famílias. Inicialmente, Freud revelou apontamentos acerca da transmissão com outros sentidos, na ideia de herança, contágio, transferência, repetição e identificação. Mais tarde, na década de 60, os psicanalistas húngaros Nathan Abraham & Maria Torok enfatizaram a falha do processo de transmissão psíquica a partir do luto, incorporação, cripta e fantasma, como condições e atividades psíquicas muito presentes na dinâmica fantasmática do sujeito, em consequência do legado recebido das gerações anteriores (Abraham; Torok, 1995).

Ao partirmos da etiologia da palavra transmissão (do latim *transmittere*) concluímos que o significado de “mandar de um lugar para o outro, de uma pessoa para outra”, “deixar passar além”, “comunicar por contágio”, “propagar”, está presente em todo momento numa dinâmica familiar (Ferreira, 2000). Isso porque a transmissão psíquica apresenta-se no atravessamento de um objeto, de uma história particular, dos afetos que circunscrevem esta história e dos vínculos estabelecidos entre uma pessoa e outra, ou de uma geração à outra (Ruiz Correa, 1994). Além da história familiar, a cultura da família traz mitos, segredos, lendas como uma bagagem significativa para a continuação das representações e das tradições do grupo. Para o francês Kaës (1997), na transmissão psíquica vigoram os fatores psíquicos internos, cujos objetos constituem os vínculos estabelecidos a partir das identificações estabelecidas e da representação interna do grupo, ao se dirigir a respeito da articulação necessária entre palavras, coisas e ação.

A transmissão psíquica refere-se a um trabalho psíquico do sujeito e do grupo familiar e, conforme o material transmitido, os vínculos afetivos se constituirão e se tornarão motores propulsores da intersubjetividade grupal (Ruiz Correa, 2002; Magalhães; Féres-Carneiro, 2004). Em seu livro sobre transmissão psíquica Kaës et al (2001) a compreendem como um processo, geralmente, inconsciente e o modo de trabalho é fundamentalmente não verbal, com base no mecanismo da repetição que não só estaria na ordem da linguagem não verbal, como pertenceria à ordem da pulsão. A exemplo, o discurso parental e social sustenta a transmissão psíquica, permitindo a passagem de um legado aos sujeitos. Esse legado, entretanto, pode estar carregado de material perturbador e influenciar na configuração do tecido vincular dos membros.

Entre os autores citados é unânime a afirmação de que a transmissão psíquica é um processo na maior parte das vezes inconsciente, possuindo campo fértil na família e, por isso, possível condutor de elementos condicionantes de adoecimento. Ruiz Correa (2000a) explora este fato, evidenciando-o nas fases do ciclo de vida da família, por representar momentos por onde conteúdos geracionais são manifestados a fim de que sejam perpetuados os laços de contiguidade que fundamentam a identidade e a alteridade do sujeito. A subjetividade de cada membro é configurada pelas projeções dos discursos parentais e ancestrais, pelos quais conflitos e traumas são passados. Confirmamos juntamente com Ruiz Correa (2007) e em nossa pesquisa de mestrado (Lisboa, 2005) que, em certos casos de família, um legado não elaborado compromete a saúde dos membros, dificultando a expressão e a re-elaboração necessárias aos avatares da história simbólica do grupo.

Ao longo da obra freudiana, quatro termos importantes correspondem ao conceito de transmissão psíquica: a transferência, a herança dos pais (simbólica), a herança biológica e os sedimentos mnêmicos, que se tornam pressupostos de base em observações com família. Em situações clínicas com famílias, por exemplo, a transmissão psíquica pode ser observada através da análise dos relatos de acontecimentos previsíveis e imprevisíveis em relação às fases do ciclo vital, tais como casamentos, nascimentos e mortes (Freud, [1896]1969).

Dentre os trabalhos de Freud, os estudos sobre histeria ([1888]1996, [1892]1997, [1893]1969), mostram a existência de uma relação entre afecções somáticas e história de vida. Ele associa a histeria à hereditariedade psíquica, mostrando uma forma de transmissão psíquica das neuroses sem reconhecer este termo, através do contágio. Mais tarde, no trabalho sobre a Interpretação dos sonhos (Freud, [1900]1969), ele revela outra característica da transmissão psíquica, a da transmissão inconsciente por identificação com o objeto ou com a fantasia do desejo do outro. Kaës (2001a, b) acrescenta que, nos casos de histeria, o sonho tem a função de transmitir, através da imitação e do contágio, os elementos psíquicos de outros sujeitos. Nessa direção, o mesmo autor afirma que o sonho é compartilhado a partir do momento em que pode ser pensado como uma marca recalcada e um registro pré-verbal de aspectos psíquicos primários e acontecimentos significativos de um grupo, no caso, a família (Kaës, 2004).

Freud ([1912-1913]1969) e Lèvi-Strauss (1982) revelam uma mesma via de interpretação do processo de transmissão psíquica, ao situarem à interdição o incesto, o parricídio e o filicídio como condições básicas para a estruturação e continuidade de um grupo, principalmente de uma família. Para Freud, a transmissão da culpa e do tabu na história da humanidade garante a sua perpetuação. Além dessas heranças arcaicas, os acontecimentos traumáticos como violências, perdas, rupturas e separações, numa história familiar, marcam a vida do sujeito de maneira particular e geram angústias, impasses e até doenças. Muitos desses registros traumáticos aparecem no sonho que passa a ter uma função relevante, quando o material é trabalhado. Segundo Kaës (2004), a função do trabalho do sonho compartilhado (na família) compreende um dispositivo de resgate de elementos ancestrais, tornando possível a re-inscrição de marcas originárias faltantes e uma consequente restauração do pré-consciente.

Outros artigos de Freud como “A Psicologia das massas e análise do eu” ([1921]1969) e “O Eu e o Isso” ([1923]1997), relançaram o mecanismo da identificação com a função de ligação entre o sujeito e o outro. As instâncias psíquicas, como o Eu e o supereu, compreendem lugares por onde a transmissão acontece. Freud ([1923]1997) afirma que cada sujeito possui um ego com fragmentos de muitos outros egos, com os quais esse é também formado a partir de traços de outros egos passados de geração em geração pela identificação. Nessa direção, Abraham ([1975] 1995) ampliou este estudo, mostrando que os traços herdados podem ser de personagens póstumos. A constituição do ego é realizada, em parte, sob influência de uma composição por identificação de traços de egos anteriores que, por sua vez, podem estar comprometidos com fragmentos de objetos doentes que atravessaram as gerações pelo mecanismo da repetição.

Há dois tipos de transmissão psíquica que acontecem na família. De acordo com Benghozi (2000) e Ruiz Correa (2007), a transmissão psíquica pode ser analisada sob o ponto de vista intergeracional e transgeracional. O primeiro diz respeito ao material psíquico transmitido, passado pelas gerações mais próximas e que permanece operando em nível pré-consciente e não está totalmente inconsciente. Neste tipo de transmissão, o material psíquico é elaborado e transformado pelo grupo, quando ele dá sentido aos acontecimentos atuais, através do trabalho de elaboração, interpretação e representação.

Observamos este trabalho ocorrer na história da família Soares (Lisboa, 2005). Os membros relatavam os acontecimentos traumáticos ocorridos na história da família e, ao mesmo tempo, interpretavam as situações, recorrendo a algum recurso psíquico, como os mecanismos de defesa e à elaboração. As “lembranças ruins” eram revividas na ocasião do surgimento de doenças graves, como o câncer e os membros procuravam compreender o momento da doença e a elaborar as angústias e aflições com explicações culturais e religiosas.

O segundo tipo de transmissão psíquica, o transgeracional, refere-se a um modo tanto estruturante, quanto defeituoso de transmissão, pois há o atravessamento de um conteúdo inconsciente, transmitido por gerações mais distantes. Este conteúdo remete às lacunas e aos vazios não elaborados pelas gerações atuais. Isso ocorre em consequência da falta de uma via de expressão, como a linguagem. Assim, o não-dito, as reticências e o silêncio acerca de um assunto de família tomam conta do espaço da elaboração, imobilizando os membros em suas capacidades de representação. Geralmente, o material traumático se encontra na ordem do recalcado e aparece nos sonhos sob as diversas mensagens codificadas (Freud, 1900; Kaës, 2004).

Com base nestes pressupostos, este estudo destaca, mas não aprofunda a influência do trabalho da transmissão psíquica na condição do adoecimento somático na família pelo mecanismo da identificação e da repetição de conteúdos conflituosos entre gerações. Sustentamos a hipótese de que um conhecimento ou uma compreensão, passada de geração em geração, interfere na qualidade do funcionamento psíquico do grupo familiar e nas diversas formas de representação sobre as coisas e sobre os sujeitos. Podemos dizer que um legado pode compreender não só um mito ou um segredo como a maneira de o grupo compreender um acontecimento significativo, pois nesses acontecimentos podem ser observados materiais recalcados ou censurados pelo grupo.

Desse modo, presume-se que a transmissão psíquica pode reforçar a história de violências na família, predispondo o grupo ao adoecimento. Do ponto de vista geracional, supomos que a doença seria o elo entre família e herança, funcionando como um palco onde os mitos e as fantasias sustentariam um material comprometido com traços de objetos adoecidos.

### 2.3

#### **Do Individual ao Familiar: fatores de risco psíquico para o adoecimento somático**

No processo de transmissão psíquica, observa-se que um legado traumático é considerado um fator desencadeante de doença no sujeito. A partir desse processo, elencar algumas atividades psíquicas do sujeito comprometedoras de saúde não é uma tarefa fácil, quiçá observar este processo na psicodinâmica familiar. A exemplo, se considerarmos dois mecanismos, a identificação e a introjeção geralmente presente na transmissão psíquica, veremos que os mesmos podem atuar tanto na constituição da subjetividade, como na passagem de traços de objetos doentes (Abraham; Torok, 1995).

Pensamos que mecanismos psíquicos de defesa e outras atividades psíquicas como a fantasia, o sonho, o imaginário, a interpretação etc. podem atuar como fator de risco para as diversas formas de adoecimento a partir da maneira pela qual o sujeito as utiliza. A questão do risco se torna mais difícil ainda quando observamos essas atividades na clínica, devido ao contexto do trabalho de análise com sujeitos e com famílias. Além da dimensão de cada trabalho psíquico, determinar o momento exato em que um mecanismo ou atividade tenha operado para o desenvolvimento de doenças compreende uma missão quase impossível. Por outro lado, acreditamos que seja possível observar um mecanismo ou atividade que tenha colaborado para o desenvolvimento de doenças através das representações simbolizantes dos sujeitos sobre suas doenças (Déjours, 1989).

Antes de prosseguir com a questão de fatores de risco psíquico, é preciso esclarecer como compreendemos risco psíquico. Na literatura, tivemos certa dificuldade de encontrar uma justificativa plausível para o conceito de risco psíquico que não estivesse fundamentado na Medicina, na Epidemiologia e na Genética. Segundo Almeida Filho (1989), o risco de adoecer tem sido interpretado como a possibilidade de predisposição de um sujeito a um determinado tipo de doença, conforme um conjunto de fatores epidemiológicos e genéticos e de acordo com padrões médicos de interpretação. O julgamento da doença pela Medicina ainda tem peso na opinião da população e entre os profissionais da saúde, pois a interpretação de fatores de predisposição de doenças está ligada a uma causalidade

biológica, colocando em segundo plano ainda o contexto social, cultural e psicológico. Acreditamos que não só esses contextos devem ser respeitados de maneira integralizada em um diagnóstico como os ambientes físico e o psicológico devem ser incluídos num roteiro de avaliação de doenças.

O conceito de risco é passível de discussão, pois está associado à questão de probabilidade. Como a probabilidade é considerada uma maneira indefinida de prever um acontecimento, Castiel (1994a) comenta que a precisão dos resultados de uma pesquisa deve ser considerada uma probabilidade de risco, pois o mesmo apresenta uma relação entre o possível e o previsível, e os resultados como fator modificável. Para ele, sempre encontraremos nos resultados de pesquisa sobre saúde e doença, dados que compreenderão risco à saúde. Isso nos levaria a pensar que, em casos de doenças, a complexidade de fatores de risco compreenderia a mais ampla variabilidade de elementos condicionantes e determinantes. Se posicionarmos esta afirmativa no universo familiar, veremos que variabilidade de elementos de risco no grupo abrangeria desde fatores empíricos até os temporais e espaciais da história e da dinâmica. Desse modo, com base na concepção de Almeida Filho (1989), consideramos que uma situação de risco psíquico na família consiste em um conjunto de situações que predis põem a um adoecimento, à medida que todo e qualquer evento na família seja compreendido como traumático. Assim, percebemos estreita ligação entre doença e história familiar, quando esta está associada às situações de crise, de catástrofes e de traumas intensos no grupo. Se analisarmos o contexto de qualquer enfermidade, observaremos acontecimentos significativos que a antecederam e que mobilizaram todo o grupo, favorecendo uma baixa ou um empobrecimento das atividades psíquicas de defesa.

Outra questão acerca do risco está no período de tempo ao qual o sujeito é exposto. Almeida Filho (1989) define esta questão, relacionando a probabilidade de um sujeito desenvolver uma doença com o período de tempo exposto a fatores comprometedores de sua saúde. Se posicionarmos esta definição no universo familiar, observaremos que uma história de vida tumultuada e conflituosa, do ponto de vista relacional, serviria como apoio condicionante de elementos para o adoecimento (Lisboa, 2005; Mello Filho; Burd, 2004). Para que este condicionamento aconteça, postulamos que o processo de adoecimento pode ocorrer em virtude de um conjunto de condições psíquicas de risco existentes na

psicodinâmica familiar. Isso se deve ao fato de que, ao longo do tempo, a família perde a capacidade de operar suas defesas de maneira a protegê-la diante das demandas internas e externas. Os mecanismos de defesa começam a atuar como uma contradefesa, em virtude de uma baixa capacidade ou de um empobrecimento da relação afetiva e da comunicação estabelecida entre os membros.

Em nosso trabalho de pesquisa de mestrado (Lisboa, 2005), tivemos a oportunidade de compreender que certas representações de alguma doença levavam o grupo à re-atualizarem certos acontecimentos significativos, que tenham enfraquecido em um determinado momento as possibilidades de elaboração e de expressão de alguns membros da família. As formas do adoecer devem ser observadas, portanto, através de certas particularidades do funcionamento psíquico familiar. Existem certas atividades psíquicas que tanto operam como defesa quanto se apresentam como condição vulnerável, devido ao sentido paradoxal existente na função exercida por elas em determinado contexto entendido como traumático. O risco psíquico observado num funcionamento familiar está associado à história de vida e à herança psíquica que podem comprometer a saúde da família, fragilizando a constituição dos laços afetivos e as relações vinculares e objetais durante as fases do ciclo de vida.

A fim de fundamentar a nossa idéia, a contribuição de Berlinck (1997) acrescenta que a *insuficiência imunológica psíquica do sujeito e de um grupo* representa o estado de desamparo e de fragilidade diante de situações patológicas e violentas oriundas do meio externo. A família deve sobreviver a todo e qualquer “ataque” proveniente não só de outros grupos, mas dos próprios membros entre si, ao se deparar com as mudanças internas exigidas pelo ciclo vital, das mudanças geográficas necessárias e dos altos e baixos financeiros possíveis de serem vivenciados. Esses “ataques”, nomeados pelo autor como fatores de risco antecessores ao estado de doença, expõem a família a uma baixa imunidade psicológica.

Ao aprofundar o conceito de Berlinck, é necessário voltar a Freud, pois a insuficiência imunológica psíquica está relacionada ao estado de abandono e de desamparo do sujeito e do grupo diante dos ataques catastróficos, traumáticos, violentos e patológicos. De acordo com Freud em o “Mal estar na civilização” ([1930]1969), o psiquismo do sujeito é configurado a partir de imagos internalizadas do meio familiar, principalmente das figuras parentais. Os

primeiros momentos da vida do sujeito no grupo são fundamentais para que o estado de desamparo, marcado desde o momento do nascimento, seja amparado e driblado com a evolução das relações afetivas internas da família. Há casos, porém, em que a evolução dessas relações se perde, e tanto o sujeito quanto o grupo ficam expostos a um imaginário ameaçador. Nessa situação, geralmente, eles se veem sem condições ou insuficientemente incapazes de proteger uns aos outros. Combater os ataques violentos ou patológicos do meio conduz os familiares à procura de recursos psíquicos, formando uma barreira protetora a fim de que a imunidade seja reforçada contra os fatores agressores. Por outro lado, embora a família lance mão de recursos psíquicos como os mecanismos de defesa, as atividades oníricas e o uso da linguagem, eles não isentam totalmente o grupo da influência de uma herança, muitas vezes, marcada por um velamento de situações violentas, de catástrofes, de perdas e de abandono, antes nunca expressados. Ao situarmos, por conseguinte, a evolução do adoecimento numa linha de tempo e em um determinado contexto da história da família, verificaremos que a própria enfermidade pode se tornar uma barreira de proteção contra as situações traumáticas anteriores.

Atualmente, apesar de o conceito de risco ser muito explorado como recurso para prevenção de doenças, através do controle de fatores inerentes ao indivíduo e aos grupos, os modelos de risco nos estudos do processo de saúde e de doença são limitados ainda ao biológico devido a relevância dada pelas pesquisas epidemiológicas, como dissemos anteriormente. Devemos, por conseguinte, avançar nos estudos sobre a dimensão histórica determinante do processo de doença e sobre os fatores subjetivos envolvidos na relação do sujeito doente e o seu meio.

Castiel (1994a) e Castiel et al (2010) afirmam que estas pesquisas desconsideram a dimensão histórica determinante desse processo e os fatores subjetivos envolvidos. Isso ocorreu à medida que a Epidemiologia incorporou as noções de risco, os grupos de risco e os fatores de risco, sem que as relações entre sujeito e seu meio, no caso a família, fossem enquadradas como possíveis colaboradoras de doenças.

Esta tese permite, portanto, visualizar a doença como um ponto em uma teia de condicionantes subjetivos que se entrecruzam e que pertencem a um contexto cultural particular. Por isso, destacamos a história de vida da família

incluindo as suas fases de vida, como pontos nodais dessa teia. Nessa direção, o adoecimento poderá ser explicado por alguns fatores de riscos intersubjetivos e por algumas particularidades psíquicas do funcionamento do grupo ao viver a própria história e superar as próprias demandas.

Nesse sentido, pensamos que a doença não compreende a falta de saúde, mas uma desarticulação do trabalho psíquico da família. Acreditamos num descompasso entre as respostas do ambiente familiar e dos sujeitos da família diante das demandas exigidas interna e externamente ao grupo. O trabalho psíquico do grupo, mais particularmente do pré-consciente familiar, fica comprometido e engessado. Algumas atividades psíquicas, principalmente certos mecanismos de defesa operam contra a defesa do grupo, principalmente a negação. Observamos um aumento de excitações psíquicas sem representação, acarretando um acúmulo das tensões psíquicas sem elaboração.

Partindo de uma posição mais política e epidemiológica sobre o risco, Susser (1973) ressalta que as causas de doenças, visualizadas pelos cientistas médicos, são limitadas pelo conceito de doença postulados por eles, não sendo, desse modo, incluídos os aspectos psicológicos e as ações de prevenção. Hodiernamente, a Medicina, respaldada na concepção moderna da Epidemiologia, passa a prevenir as doenças combatendo os fatores de risco subjetivos a elas associados, mas de maneira restrita ao biológico, sem incluir os aspectos intersubjetivos ao trabalho de prevenção de risco de doenças.

Ao privilegiarmos a história familiar e alguns aspectos da psicodinâmica como fatores condicionantes de doenças nesta pesquisa, ressaltamos ao mesmo tempo duas concepções imprescindíveis à compreensão da origem do estado de doenças do ponto de vista psicológico. Segundo nossas hipóteses, a concepção ontológica e a dinâmica são fatores condicionantes de doenças, sabendo que a primeira está relacionada a uma herança psíquica individual e a segunda ao funcionamento psíquico familiar. O fato é que a doença está presente na história e nas relações vividas pelo homem e a sua condição de saúde somatopsíquica dependerá da harmonia e do equilíbrio vivenciados ao longo do tempo. Desse modo, diante de uma história conflituosa e de uma vida desequilibrada, a doença seria uma reação generalizada do sujeito, cujo objetivo é resgatar não só o bom funcionamento das relações da família, como o de transformar uma herança psíquica. Estas duas concepções têm, no entanto, um ponto em comum: encaram a

doença, ou melhor, a experiência de estar doente na família como uma maneira de lutar contra os elementos subjetivos e estranhos ao grupo. O grupo lança mão de recursos intersubjetivos, como alguns mecanismos de defesa, a censura, a linguagem, por exemplo, ao se confrontar com as ameaças de doença e de outros elementos precipitadores dela.

Além dos fatores psicológicos de risco para o desencadeamento de doenças, outros fatores sociais e biológicos devem ser lembrados e fazem parte do cotidiano de muitas famílias. Segundo pesquisa da Universidade de Porto em Portugal, as causas ambientais, hábitos alimentares, qualidade de vida e predisposição genética representam fatores de risco, conforme referimo-nos inicialmente. As pesquisas de Paúl & Fonseca (2001) reforçam a idéia de que os fatores biológicos, quando não considerados, são grandes vilões da saúde e do bem-estar. Os autores referem esta situação à falta de exercícios físicos, de alimentação equilibrada, de lazer, de doenças não tratadas devidamente, da exposição aos produtos químicos tóxicos e da poluição. Eles mostram que, além dessas condições, os fatores sociais de risco compreendem o grau de solidão, o de pobreza e o de violência vivenciado pelos sujeitos ao longo do tempo, acrescentando ainda que os sujeitos adoecidos não somente podem representar um sintoma da família como podem apontar, antes de tudo, uma relação intersubjetiva fragilizada. A partir disso, reafirmamos a nossa postulação sobre o adoecimento como produto de um campo intersubjetivo familiar comprometido com conteúdos biológicos e ambientais que associados a um baixo potencial psíquico do grupo o impede de lidar com as diversas demandas advindas do meio interno e externo.

Dois importantes fatores, do ponto de vista psíquico, são enfatizados aqui como potenciais de risco e, ao mesmo tempo, de proteção para a família. Destacamos o mecanismo da identificação (Freud, [1912-13]1969, [1914]2004, [1917], [1921]1969) como relevante atividade psíquica presente na transmissão e na intersubjetividade familiares, que tanto pode servir como um recurso a favor da saúde subjetiva quanto pode fragilizar os membros, a partir do momento que algum dos membros se perca em meio aos traços doentios dos outros, internalizando mais traços doentes que aqueles toleráveis pela sua capacidade de sustentação, de elaboração e de configuração de sua própria subjetividade.

Outro ponto de risco está nas dificuldades de elaboração da família para responder às demandas e aos acontecimentos significativos durante a trajetória de

vida. A elaboração tanto quanto a identificação circulam no pré-consciente da família e compreendem pontos na rede vincular para a constituição psíquica. Para que a elaboração aconteça, devem ser consideradas duas atividades psíquicas primárias, presentes constantemente na psique dos sujeitos do grupo. As atividades de associação e de dissociação podem ser pensadas como fatores de risco psíquico, uma vez que a função não cumprida por elas prejudica o objetivo final da operação de elaboração. Quem explica melhor esse processo anterior à elaboração é o psicanalista francês René Kaës (1997) que descreve o ato de associar o material psíquico ao grupo como uma combinação de elementos, cujo objetivo é diferenciá-los, transformá-los e organizá-los em vários outros conjuntos. A dissociação, por sua vez, refere-se ao ato de reduzir o material psíquico ao que ele chama de massa compacta e indiferenciada, aglomerando em várias formações compostas e heterogêneas aquilo que ficou à deriva do grupo e não pode ser elaborado. Estas atividades são produzidas sob o efeito da dinâmica pulsional e da clivagem psíquica respectivamente. Assim, a atividade de dissociação corresponderia a um fator de risco para o funcionamento psíquico familiar à medida que, em certas ocasiões, o grupo não conseguisse responder de maneira saudável às excitações internas e externas.

É por esse caminho que reconhecemos a somatização como um processo e não como um estado. E reafirmamos o nosso credo na inexistência de um determinante ou condicionante único para a compreensão do processo de somatização.

## 2.4

### **A Psicossociossomática no Processo de Adoecimento: a construção de um novo campo de conhecimento**

Antes de avançarmos na fundamentação desse novo campo de conhecimento, precisamos esclarecer o que denominamos de processo de adoecimento somático e de somatização. Diante do que já foi exposto e do ponto de vista psíquico, compreendemos que tanto o adoecimento como a somatização implicam um processo, cujos parâmetros de causalidade estão imbricados em

elementos determinantes e condicionantes, atrelados ao tempo de exposição do sujeito às situações de risco, à sua capacidade psíquica de enfrentá-las e ao que ele vivenciou em sua história familiar. Também vale ressaltar que diferenciamos as somatizações breves, de crise, das crônicas agudas e graves, no que diz respeito aos diagnósticos, tratamentos e cura, pois acreditamos que estejam de acordo com o tempo de exposição do sujeito às situações de risco, com a história de vida e com fatores intersubjetivos na sua relação familiar.

Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento de Üstün et al (1998), a somatização é compreendida como transtorno apresentado pelo sujeito através de diferentes e variadas queixas, sem que elas tenham comprovação clínica de sua origem. Lipowski (1988) inclui que a somatização é uma tendência do sujeito de comunicar e de vivenciar suas angústias, apresentando múltiplos sintomas apontados para o corpo sem também a comprovação clínica dos sintomas.

Dada a complexidade de uma “queixa somática”, a avaliação do transtorno exige dos profissionais de saúde uma escuta para além da sua especialidade, onde possam exercer a integralidade de suas práticas. E ainda acreditamos que não exista uma única teoria para defini-la por completo. Com base em nossas observações clínicas e em algumas confusões geradas pela dúvida do diagnóstico entre hipocondria, conversão histérica e transtorno somatoforme, encontramos a falta de um consenso conceitual que aponte para novas classificações, e que não privilegie ora fatores psíquicos, ora biológicos e sociais (Coelho & Ávila, 2007). Acreditamos na importância da observação do funcionamento psíquico e da história de vida desses pacientes, durante o diagnóstico, com qualquer tipo de doença, pois acompanhados de diversos ou de um único sintoma, os sujeitos se apresentam não necessariamente com transtornos psicológicos graves, mas geralmente angustiados, ansiosos, e, em alguns casos, com tristeza e não depressão, demonstrando um sofrimento psíquico e uma resistência, às vezes, ao tratamento e ao uso de medicação.

Embora a discussão acerca da somatização esteja avançada, o conceito ainda apresenta diferentes e controversas opiniões científicas e abordagens teóricas no que diz respeito à identificação, à compreensão e ao tratamento desses pacientes. Do ponto de vista psíquico, percebemos que os sintomas somáticos estão sempre associados a um transtorno psicológico. Mas será que todos os

sujeitos somatizantes possuem uma patologia psíquica? Ou estão eles associados a um funcionamento cultural, psíquico e intersubjetivo próprio e interligado?

Diante desta complexidade e sem pretensão de chegar a algum único conceito, necessitamos recapitular o campo teórico da Psicossomática a fim de que seja justificada a introdução de uma abordagem psicossociossomática na tentativa de integrar as nossas perspectivas diagnósticas sobre os aspectos biopsicossociais da doença. Acreditamos que seria mais um passo a acrescentar na avaliação da somatização, mostrando o lugar da família nesse processo.

O sujeito somatizante tem sido reconhecido através dos séculos e está presente em todos os continentes. As discussões em relação ao sujeito com múltiplas queixas, no entanto, mostram que a somatização compreende um conceito complexo, longe de ser esgotado. Para alguns autores, dentre eles Mello Filho (1992, 2002), Helman (2003), Rio Neves (1998) e Fortes & Baptista (2004) o conceito de somatização deve ser entendido a partir de fundamentações teóricas tecidas ao longo do tempo e de particularidades do sujeito e do contexto social e cultural no qual está inserido.

Fortes & Baptista (2004) compreendem a somatização a partir dos aspectos culturais e do papel desempenhado pela família nas formas de subjetivação da expressão do sofrimento. A hipótese das autoras aponta este fenômeno como parte dos padrões de comunicação de determinados grupos sociais e não a um fenômeno psicológico e patológico únicos. A linguagem, a família e a cultura são elementos norteadores da somatização e por isso, do ponto de vista social, o ambiente familiar é o lugar de transmissão e de aprendizagem das formas de expressão do sofrimento, que fará diferença na função da somatização em cada sociedade. Além da família, a cultura exerce uma influência sobre as formas de subjetivação e, portanto, das formas de adoecimento. Assim, consideramos que a doença e a saúde do sujeito não pertencem somente à natureza, mas às possibilidades psicológicas e aos limites estabelecidos pela cultura. As perturbações do corpo serão sentidas e tratadas de acordo com as concepções dos diversos grupos sociais.

De maneira mais didática, Mello Filho (1992, 2002) apresenta três fases teóricas evolutivas no decorrer da teorização sobre a somatização. A Psicanálise compreendeu o ponto de partida para muitos desdobramentos teóricos que sustentam algumas das fundamentações citadas até hoje. Na fase intermediária,

chamada pelo autor de modelo behaviorista, a contribuição da teoria cognitivo-comportamental trouxe novas perspectivas em relação às ações de tratamento. A terceira fase é considerada mais relevante para os dias atuais aponta uma visão multidisciplinar das áreas do conhecimento na compreensão do conceito, valorizando o social, as relações e a interação entre os profissionais da área de saúde. A partir desta última perspectiva, atentamos que a nossa pesquisa abrange um amplo espectro sobre o processo de adoecimento, incluindo a relação do adoecer com o grupo familiar. Recorremos à abordagem psicossociossomática por contemplarmos como um campo de conhecimento possível para o entendimento das interações entre adoecimento somático e família, respeitando os aspectos psíquicos, sociais e culturais presentes neste grupo.

De acordo com as diferentes concepções de somatização ao longo dos séculos, esta teve quatro considerações psicológicas, sendo a última a mais referida pela comunidade científica nos dias atuais (Lipowski, 1988). A partir de revisões da literatura, como as de Cerchiari (2000) e Mello Filho (2002), percebe-se um crescente favorecimento das questões psicológicas no processo de avaliação dos sujeitos somatizantes sem que, no entanto, os estudos redirecionem o tratamento dos indivíduos, incluindo os seus aspectos culturais e sociais.

Sabe-se que, desde a Grécia antiga, a doença era percebida como algo subjetivo, relacionado à alma, às idéias e aos desejos. No século XVII, a somatização foi comparada a uma conversão e era vista como um mal histérico, um distúrbio ou uma inconsistência da mente em relação ao corpo. Mais adiante, no século XVIII, ela passou a ser diferenciada da histeria, da hipocondria e da melancolia, sendo considerada como uma “reação visceral” diante da mais angustiante experiência humana (Lipowski, 1988). No século XIX, em 1818 mais precisamente, a palavra psicossomática e a expressão somatopsíquica foram citadas por Heinroth pela primeira vez. Mais ao final desse período, Freud ([1888], [1892]1997, [1893]) e Breuer & Freud ([1893]1969), mesmo não tendo citado a palavra psicossomática, contribuíram com conceitos sobre o funcionamento psíquico que serviram de base para a compreensão de pacientes com sintomas somáticos, como vômitos, enjoos, paralisias, diarreia etc. Eles acreditavam que a enfermidade dos pacientes estava associada a um sofrimento psíquico, revelando a mais verdadeira manifestação inadequada da inibição, da sedução, do desejo e da punição em detrimento de algum conflito ou trauma não

elaborado. As ideias desses autores sobre a conversão de conflitos psíquicos no corpo representam um marco aos estudos da conexão entre o biológico e o psicológico da doença, consagrando o conceito de Freud de complacência somática como um dos mais estudados no início do século XX (Freud, [1892]1997).

Freud ([1893], [1896]1969) apontou os primeiros processos psíquicos envolvidos no adoecimento, como os mecanismos de defesa, o trabalho da fantasia e os elementos existentes no campo intrapsíquico. A contribuição do mesmo autor para a somatização é interpretada a partir da organização libidinal do sujeito, cujo limite ultrapassa as fronteiras do corpo. Essa ideia pode ser observada desde o artigo *Projeto para uma Psicologia científica* de 1895 até em *Eu e o Isso* de 1923. Estes e outros artigos se tornaram precursores das fundamentações teóricas de Pierre Marty e de Joyce McDougall da escola Psicossomática Psicanalítica de Paris sobre o funcionamento psíquico.

Com base nos postulados freudianos, as pesquisas do francês Pierre Marty (1980, 1983, 1988, 1998), passaram a apontar a dualidade orgânico/psíquico e a continuidade evolutiva, progressiva e funcional nas somatizações. Os conceitos de mentalização, pensamento operatório, angústia difusa, depressão essencial, desorganização progressiva evolutiva e desinvestimento libidinal gradativo compõem os principais fundamentos nas investigações psicossomáticas e são observados pela dinâmica intrapsíquica do sujeito. Outra psicanalista freudiana, McDougall (2000) compreende a doença somática grave como uma impossibilidade da mente em processar os conflitos psíquicos, produzindo uma regressão em que o indivíduo recai na indiferenciação somatopsíquica do bebê. A somatização é uma condição que remete o sujeito a um estado anterior ao Édipo, à expressão pré-verbal existente na relação entre mãe/cuidador e bebê. Os estudos da psicossomática dessa escola permitiram compreender o lugar do corpo na clínica e as dimensões da dinâmica psíquica do sujeito somatizante.

No outro lado do mundo, para Franz Alexander da escola americana de psicossomática, a contribuição freudiana sobre histeria conversiva permitiu que ele diferenciase a doença em si do sintoma conversivo. Segundo Alexander (1989), enquanto o sintoma conversivo é uma expressão simbólica de um conteúdo psicológico, emocionalmente definido, para expressar e aliviar tensões emocionais; na neurose vegetativa o adoecimento é a resposta fisiológica dos

órgãos vegetativos a estados psicológicos constantes ou não. O autor cria a noção de “neurose orgânica”, abrangendo todos os distúrbios funcionais dos órgãos vegetativos causados por impulsos nervosos e originados por processos emocionais como a ansiedade e o estresse.

De fato, percebemos nessas escolas psicossomáticas diferenças significativas sobre a causalidade do fenômeno. Mesmo assim, os autores procuram um fundamento psicológico, emocional e subjetivo para justificar a somatização. A diferença é que Alexander enfatiza a relação entre o emocional e a função dos órgãos, especificando que os distúrbios das funções vegetativas podem estar ligados a certos processos psicodinâmicos específicos e não aos aspectos da personalidade, como descritas por Dunbar na década de 50. Embora estas pesquisas de perfis de personalidade tenham sido criticadas por Alexander, elas são referidas até hoje pelo meio médico e acadêmico. Já Marty (1988) relaciona a somatização a certo tipo de funcionamento mental com baixo investimento libidinal, sem escolha de órgão. Esta visão mostra que o sujeito somatizante possui uma combinação própria de atividades psíquicas que coloca em xeque a capacidade do indivíduo em equilibrar as excitações intrapsíquicas e externas. Esta abordagem considera a qualidade do funcionamento do pré-consciente e a lógica do inconsciente do sujeito no processo de adoecimento, porém se limita à análise individual não observando a influência da intersubjetivação no desenvolvimento de doenças nas famílias.

Diante destes pressupostos e com base em nossos trabalhos de pesquisa e em observações clínicas, podemos dizer que somatização ou adoecimento somático ou doença circunscreve áreas específicas do conhecimento, visando uma ampliação do método de avaliação e do tratamento dos sujeitos. Não diferenciamos as doenças das somatizações, pois acreditamos que todas as doenças possuem um componente psicológico que não está necessariamente na origem da doença, mas envolvido também em momentos que antecedem ao adoecimento e que se estendem durante o seu desenvolvimento. Assim, do ponto de vista do funcionamento intersubjetivo, postulamos que, em determinadas circunstâncias, ao longo da história de uma família, por exemplo, os sujeitos podem vir a sofrer algum impacto em consequência de um acontecimento significativo que pode contribuir para uma descontínua, evolutiva e progressiva desarticulação de suas capacidades de subjetivação e de representação. No

ambiente familiar, isso pode ser especulado à medida que os membros do grupo se encontrem desarticulados com os meios e as maneiras de expressão do sofrimento e da angústia. A incapacidade momentânea ou contínua de representação e a maneira com que o indivíduo lida com situações traumáticas ou estressantes podem fazer diferença nas diversas maneiras de adoecer. E a doença em si se torna a expressão ou o produto final de um sujeito que se expõe, constantemente, às situações de risco, e representaria um ponto cego diante das excitações psíquicas familiares sem representação. As situações de risco compreenderiam o contexto cultural e todo o percurso histórico geracional do grupo.

Como citamos, inicialmente, as quatro concepções sobre somatização ao longo do tempo regem diferentes formas de compreensão do adoecer e do sujeito doente. Do século XX até os dias atuais, a quarta e atual concepção de somatização aguça ainda mais a perspectiva subjetiva no processo diagnóstico, pois de acordo com Lipowski (1988) a somatização é uma tendência do sujeito de comunicar e de vivenciar suas angústias, apresentando múltiplos sintomas apontados para o corpo sem que haja, a princípio, comprovação clínica desses sintomas. Assim, diríamos que a somatização não compreende a doença em si e, sim, a manifestação de um processo que abrange vários espectros circundantes da esfera biopsicossocial do sujeito. Além de comunicar sofrimento emocional, essa manifestação exige uma reflexão acerca dos tipos de somatizantes e de seus fatores de predisposição. Assim, embora Lipowski e outros autores afirmem que a somatização é um conjunto de queixas sem comprovação clínica, acreditamos que somatização pode ferir o corpo e potencializar as doenças já existentes.

É nessa esfera que a Psicossociossomática se põe, de maneira multidisciplinar, ao alcance de certos fenômenos físicos, psicológicos, sociais e culturais que compõem o contexto do sofrimento do sujeito (Helman, 2003). Apesar de as teorias psicossomáticas terem uma perspectiva monísta ou multicausal, fisiológica ou psicológica, sistêmica ou analítica, elas são insuficientes quando vistas isoladamente.

Atentamos para a ideia de que a Psicossociossomática do processo de adoecimento permite observar a somatização a partir de um contexto cultural em meio aos aspectos intrapsíquicos e intersubjetivos do sujeito. Além da relação entre o intrapsíquico, o intersubjetivo e a cultura, a somatização é um processo atrelado também à convivência e ao relacionamento do sujeito com a família

durante uma boa parte de sua vida. Assim, entendemos que a saúde e a doença estariam amalgamadas ao relacionamento intersubjetivo construído ao longo dos anos. Partimos do princípio de que, em cada família, há formas diferentes de adoecer e diferentes doenças associadas às vicissitudes do ciclo de vida, da história familiar, da herança psíquica, do ambiente físico e psicológico, da linguagem e das formas de expressão da cultura. Além desses pontos, enfatizamos que o endereçamento ao outro diante das circunstâncias vividas como traumáticas na história de vida pode corresponder a uma relação particular de cada membro com a saúde.

Nossa ideia se encontra respaldada em Déjours (1989), quando ele ressalta que o sentido da somatização se dá na atenção dada à escuta, à análise e à transferência entre o sujeito e o profissional. Desse modo, a investigação da condição somática estará mais próxima da verdade do sujeito quando este permite confrontar a sua realidade psíquica com a realidade dos fatos com o outro. Ainda Déjours (1998) adverte que o encontro do sujeito com o outro é perigoso, pois encontrar o outro verdadeiramente é expor todos a uma situação de amor ou desamor, em que a falha deste encontro pode contribuir para os acidentes psicopatológicos e somáticos. Para o autor, tudo é, portanto, a surpresa do momento com o outro que irá apontar novos rumos para a saúde do sujeito.

Na verdade, embora ainda estejamos longe de romper com o paradigma mente-corpo na conceituação de somatização, o sentido dado a ela deve também abarcar a escuta dos desejos, das demandas e das transformações intersubjetivas. Isto quer dizer que o interjogo dos relacionamentos familiares pode revelar movimentos de destruição, de violência como de transformação e de adaptação. Todo esse movimento incide na construção da saúde e da doença de sujeitos do grupo.