

1.

Introdução

A escolha do presente tema surgiu através de minha experiência clínica psicanalítica, diante da percepção de uma frequência significativa de doenças psicossomáticas, concomitantemente com a dificuldade do entendimento destes sintomas. Um dos questionamentos levantados é justamente a utilização deste tipo de técnica nestes casos, já que não se trata de um conflito simbólico, como na histeria clássica. Além disso, outro obstáculo visível neste manejo se faz na forma de organização psíquica deste tipo de paciente. O sujeito, frequentemente, se apresenta tomado por um esvaziamento afetivo e dificuldade aparente de falar da sua história, em detrimento da doença, que toma lugar de destaque no discurso, ainda assim muito raso. Desta forma, o corpo biológico aparece em destaque logo em um primeiro contato, onde aos poucos o corpo pulsional consegue se mostrar.

As formas de sofrimento variam de acordo com o contato do sujeito e com as condições de vida que lhe são oferecidas. Além de facilitar o excesso que, por si só, é traumático, determinados ambientes instáveis ainda minimizam a capacidade de lidar com traumas em função do desamparo acentuado. Podemos supor então, que um meio pouco acolhedor, já nos primeiros momentos infantis, pode dar origem a determinado tipo de mal-estar psíquico bastante específico: o sofrimento de um sujeito que é invadido por um excesso de energia que não pode ser elaborada e que tem sua capacidade de simbolização comprometida. Esta experiência invasiva é sentida como traumática, deixando marcas significativas que se desdobram muitas vezes no surgimento de sintomas corporais, típico das doenças psicossomáticas.

Diante do destaque atribuído ao conceito de *trauma* no contexto contemporâneo, tendo-o como base de nosso trabalho, é importante um aprofundamento nesse tema para, então, se pensar as doenças psicossomáticas como possíveis desdobramentos. O trauma surge diante da

impossibilidade de dar sentido, na esfera do vazio. Podemos ver então um sujeito desavisado, pouco vinculado e portanto, a mercê do excesso de excitação que frequentemente o atingem, caracterizando uma vivência traumática de desamparo

(Garcia & Coutinho, 2004). Não há preparação, sinalização de angústia, que possibilitaria a antecipação da situação traumática. Ao contrário, a incapacidade de agir diante do inesperado resulta no trauma. Torna-se cada vez mais freqüente na clínica, o aparecimento deste tipo de paciente que se mostra extremamente vulnerável aos traumas, como reflexo não apenas da intensidade que tem na experiência, mas também como falta de preparação para angústia (Freud, 1920). Porém, cada sujeito terá uma forma específica de lidar com o excesso, mediante seus instrumentos de defesa. A reação é portanto individual, dependendo da capacidade de cada sujeito em dar significado.

O valor traumático do acontecimento é relativo a um determinado psiquismo, e, portanto, regido não apenas pelas qualidades do fato, mas também pela história do sujeito. O que a história justifica é a impossibilidade de antecipar ou de integrar um evento, como algo dotado de uma significação que possa se articular às narrativas que o sujeito se dá de si mesmo e do mundo em que vive. (Rudge, 2003. p.17)

Considerando que as somatizações constituem uma das queixas mais frequentes na escuta clínica, a investigação sobre o tema ocupa lugar de destaque. O corpo aparece com importância na expressão do mal-estar, observado pelo aumento no aparecimento de doenças psicossomáticas. Deste modo, podemos pensar em um excesso pulsional, onde o sujeito como forma de amenizar o sofrimento, elimina este excesso de pulsão pelo corpo. Segundo Birman (2005) o que se pode ver é um enfraquecimento do campo do pensamento e da linguagem. No trabalho clínico nos deparamos com uma demanda significativa proveniente dos pacientes na adesão ao medicamento como forma rápida para alívio da dor. Isto se traduz na crença de que podem regular o seu mal-estar de forma imediata, ao passo que cada vez menos são procurados tratamentos de longa duração, baseados na palavra. Torna-se mais frequente a busca pelos médicos, com demandas corporais onde prevalece determinado sintoma de caráter psicossomático.

O psiquismo entra em falência por não conseguir dar conta do excesso que lhe é depositado, ao mesmo tempo em que faltam instrumentos simbólicos, fazendo com que o único meio possível de descarga seja através do corpo. Isto acontece como se fizesse uma passagem ao ato no corpo, a qual explicaria as diversas doenças psicossomáticas, na medida em que não se consegue descarregar

pela ação. Esse excesso, leva ao sentimento de perda de controle de si, bem como o empobrecimento da linguagem. (Birman, 2005).

Para muitos autores, Freud foi o grande inspirador da Psicossomática, e apesar de nunca ter se dedicado à pesquisa desse campo, pode-se dizer que a abordagem psicanalítica dessa disciplina não deixa de ser herança de seus estudos sobre as neuroses atuais (neurose de angústia, neurastenia e hipocondria). Para ele, em ambas manifestações, ocorre o “acúmulo de excitação no corpo” que se sobrecarrega pela falta de descarga.

É importante destacar, que embora afirmemos que aquilo que se passa no corpo na patologia psicossomática encontra íntima relação com o psiquismo, consideramos ser fundamental distinguir esta forma de manifestação corporal daquela que ocorre na conversão histérica, já que, neste caso, o padecimento do corpo é também fruto de um conflito fundamentalmente psíquico.

Freud desde o início de seus estudos, com a introdução do conceito de pulsão, alertou para a estreita ligação entre o somático e o psíquico, interrogando as convicções dualistas soma-psique. Nessa perspectiva, pensamos que desde muito cedo existe para a psicanálise a exigência de refletir sobre o corpo. A Histeria revelou uma corporeidade eminentemente simbólica, promovendo verdadeira reformulação das relações entre o somático e o psíquico. O padecimento histérico não encontra qualquer explicação em uma realidade orgânica; ele diz respeito a um corpo imaginado, investido pelas determinações e pelos conflitos inconscientes. Mas a doença psicossomática, ao contrário, ataca o órgão em sua materialidade, apontando para uma problemática fora do campo da representação.

No final do século XIX, Freud observou que nas histéricas, desejos de origem sexual recalcados eram refletidos no corpo. Desta forma, revelou que “[...] na histeria, a representação incompatível é tornada inócua pela transformação de sua soma de excitação em alguma coisa somática. Para isso eu gostaria de propor o nome de conversão” (Freud, [1894a] 1996. p.56). Nesta época, o autor observa uma estreita relação entre o corpo biológico e o funcionamento psíquico. Seguindo este pensamento, Volich (1998), entende que as reflexões acerca do funcionamento histérico, atravessado por sintomas físicos com origem na representação recalcada, levaram Freud a questionar sua prática enquanto médico restrito ao campo biológico. De fato, a partir do entendimento do processo de

conversão, Freud alertou para a importância do olhar do médico ser direcionado para o doente, muito mais do que para a patologia em si. Assim, nestes pacientes, o sintoma expresso no corpo um conteúdo que foi impedido, pelo recalque, de chegar à linguagem. Somente através da tradução em palavras, será possível o acesso ao valor simbólico e com ele o alívio do mal-estar. Freud ilustrou esta idéia ao afirmar que as manifestações históricas.

nada mais são do que fantasias inconscientes exteriorizadas por meio da conversão: quando os sintomas são somáticos, com frequência são retirados do círculo das mesmas sensações sexuais e inervações motoras que originalmente acompanhavam as fantasias quando estas ainda eram inconscientes (Freud, [1908] 1996. p.151).

Desta maneira, a teoria Freudiana critica o reducionismo biológico e com isso, provocou um rompimento no paradigma cartesiano. Diferentemente do que ocorre na histeria, não encontramos formulações psicanalíticas claramente definidas que expliquem esta forma de convocação do corpo. Desse modo, perguntamos o que a psicanálise tem a dizer acerca destas manifestações psicossomáticas, e qual é a especificidade de sua relação com a vida psíquica. Assim, iniciaremos nossa reflexão buscando, no próprio texto freudiano, os instrumentos para iluminar esta questão.

A impossibilidade da elaboração psíquica deixaria livre o acesso da excitação não representável para o plano somático. Freud já apontara, para o caso das neuroses atuais, um mecanismo em ação divergente do recalque, isto é, da existência de uma área de formação do sintoma não abrangida pela simbolização. A elaboração psíquica – processo através do qual a simbolização se exerceria, segundo Laplanche & Pontalis (1967), “o trabalho realizado pelo aparelho psíquico com o fim de dominar as excitações que chegam até ele e cuja acumulação ameaça ser patogênica. Este trabalho consiste em integrar as excitações no psiquismo e em estabelecer entre elas conexões associativas” (p.196).

A descarga só pode se dar mediante o *ato*. Esta idéia, aliás, parece já presente em Freud (1913), que, embora tratando de uma situação diferente da que tratamos aqui, finalizou seu livro *Totem e tabu* fazendo uma comparação entre os povos primitivos e os neuróticos, para concluir que, nos neuróticos, “o pensamento constitui um substituto completo do ato”. E dá um fecho solene a seu trabalho proclamando que “no princípio foi o ato” (p.191).

O ato do somatizador recai sobre o soma. Ao contrário da conversão histérica, quando o corpo afetado é o corpo erógeno, ou seja, corpo simbólico, na somatização o corpo é mesmo o corpo biológico; daí a existência de uma lesão orgânica, muitas vezes extremamente grave. Freud já dizia que o aparelho psíquico tem por função receber e processar os estímulos externos e as manifestações pulsionais, fazendo, para tal, uso de suas vias associativas. Quando isto não é completamente possível, outras defesas, que não o recalçamento, entram em cena.

Apesar desta patologia não ter sido diretamente abordada por Freud, suas formulações, principalmente a partir de 1920, com seus estudos sobre o trauma e a conceituação de uma pulsão sem representação, permitiram pensar exatamente aquelas situações clínicas que não podem ser entendidas dentro de uma lógica puramente simbólica. Nesta perspectiva, refletimos sobre como a noção de trauma pode nos ajudar a compreender esta forma de adoecimento.

Desta forma, é no campo da psicossomática que encontramos as maiores contribuições acerca do papel do trauma no processo de adoecimento. De fato, torna-se fundamental realizar um aprofundamento das contribuições trazidas por essa área do conhecimento. Vale ressaltar, no entanto, que este campo é bastante amplo, composto por diferentes abordagens que não se restringem apenas à psicanálise, como é caso da medicina psicossomática ou das teorias psicossomáticas cognitivistas e comportamentais.

O próprio entendimento daquilo que caracteriza uma patologia psicossomática se modifica em cada uma dessas abordagens. É possível encontrar algumas concepções bastante genéricas, que defendem a idéia de que toda doença orgânica poderia ser considerada psicossomática. Segundo este ponto de vista, o adoecimento sempre repercutiria em alguma vivência subjetiva, independentemente de esta ter participado do processo de constituição da doença. Neste sentido, pela grande variação encontrada, consideramos importante destacar que não tratamos dessas diferentes teorias. Nossa abordagem se situa no campo da psicossomática psicanalítica e nas contribuições de autores para os quais a patologia psicossomática implica uma forma de funcionamento psíquico particular, sendo este um elemento fundamental no próprio desencadeamento do quadro.

Assim, para o entendimento desta manifestação somática, que apresenta o corpo como protagonista e escapa à representação, privilegiamos o caminho traçado por Freud em relação ao conceito de pulsão que, remete ao limite entre o psíquico e o somático. Neste contexto, no início deste trabalho, achamos por bem investigar ao longo da teoria deste autor a relação do fenômeno traumático com aspectos específicos do funcionamento corporal e psíquico, enfatizando aqueles que contribuem para a formação da patologia psicossomática. Percorremos com Freud a noção do acúmulo de excitação que deixa um traço permanente no psiquismo e, ao ser tocado em um momento posterior por associação, desestabiliza o aparelho psíquico e é traumático. Assim, abordamos a importância da fixação de um traço, da repetição e da temporalidade na gênese deste conceito. Posteriormente Freud vai trazer as idéias de susto e despreparo do aparelho psíquico diante do acúmulo de excitação e vai compará-lo, a partir da Embriologia, a uma “vesícula viva”.

O destaque do trauma no entendimento do fenômeno psicossomático será defendido por alguns autores pós-freudianos que se dedicaram particularmente a pesquisar estas patologias. Desta maneira, consideramos ser indispensável não apenas elaborarmos um estudo desta idéia com base na teoria freudiana, como também nos utilizar das contribuições destes autores que investiram de forma mais direta à psicossomática.

Na França, a partir de 1947, psicanalistas parisienses interessados em psicossomática publicavam artigos sobre o tema. Um grupo da Sociedade Psicanalítica de Paris, sob a orientação de Marty, criou a Escola de Psicossomática de Paris, buscando transformar a psicossomática em uma disciplina científica. Para eles, a investigação psicossomática do adulto remete, em parte, a dificuldades de diversas ordens em sua infância. Pierre Marty é considerado um dos mais expressivos autores no campo da psicossomática psicanalítica atual e foi quem mais deu relevo aos aspectos traumáticos na base do fenômeno psicossomático. No livro *A Psicossomática do Adulto*, de 1993, o autor faz um apanhado geral das pesquisas de seu grupo e afirma que o grande mérito desses especialistas em psicossomática foi “prosseguir suas pesquisas fora dos caminhos usuais, na hipótese de uma construção incompleta ou de um funcionamento atípico do aparelho psíquico dos pacientes somáticos” (Marty, 1993, p.16). Segundo ele, essa construção incompleta seria o que interfere em sua

função de regulador do funcionamento psicossomático, e dos destinos da excitação no organismo.

O modelo formulado por Marty e seus colaboradores é apontado pela literatura científica especializada como uma das vertentes psicossomáticas mais consistentes, pois possibilita o esclarecimento de alguns dos complexos processos referentes à interação mente-corpo. Porém, é necessário esclarecer que a psicossomática psicanalítica não se reduz a esse modelo. Uma série de autores se dedicou em repensar o papel do psíquico como dimensão constitutiva do processo saúde-doença.

Apesar de considerarmos relevante a importância dada por Marty à dimensão traumática, nos preocupamos em promover uma discussão crítica acerca desta concepção, levando em conta outros elementos pouco trabalhados por ele. Neste sentido, em seguida, trouxemos a colaboração de autores que se dedicaram a pensar de que maneira o encontro com o outro poderia estar na base do fator traumático identificado nestas doenças. Procuramos entender o processo em que este excesso se apresenta tão invasivo, marcando de tal maneira o corpo e o psiquismo do sujeito que o deixaria suscetível à formação de uma doença psicossomática. Nesta perspectiva, trauma e alteridade estariam intimamente articulados.

Partindo dessa discussão mais ampla, procuramos investigar as diferentes teorias suscitadas por seus contemporâneos, não pretendendo nos deter em apenas uma delas. Refletimos em como as contribuições freudianas sobre este tema vieram a inspirar as teorizações de autores mais recentes, como Joyce McDougall. Demos maior atenção às proposições desta autora, por ter enfatizado a importância das experiências primárias vividas na superfície do corpo como fundamentais na própria estruturação psíquica. Desta forma, ela alerta para a necessidade do ambiente acolhedor na manutenção da vida saudável. O outro assume papel de destaque, desde o primeiro contato estabelecido com a figura materna.

A partir do estudo sobre esta linha de pesquisa, sentimos a necessidade de introduzir as contribuições de Donald Winnicott, já que seus conceitos foram bastante citados por McDougall, que se utiliza bastante deste autor na formação de sua teorização. Isto ocorre principalmente no que se refere às reflexões acerca do desenvolvimento infantil, para o entendimento deste tipo de patologia.

Assim, em um segundo momento de nosso estudo, procuramos desenvolver a idéia de que, nesta forma de adoecimento do corpo, a problemática da relação com o outro é fundamental, não somente após o aparecimento da doença, mas em sua constituição. De fato, procuramos entender não apenas a importância da dimensão de alteridade para a formação desse tipo de patologia, mas também nos interrogamos sobre o lugar que esta dimensão ocupa após a instalação da doença, entendendo a influência da relação com o outro em sua formação. Interessa-nos compreender como as mudanças provenientes da doença podem trazer transformações na forma como o sujeito passa a lidar consigo mesmo e com aqueles que estão à sua volta, bem como a função que estas alterações podem assumir para a dinâmica subjetiva. Para tal, nos debruçamos sobre a teoria de Christophe Dejours e outros autores contemporâneos que corroboram com esta linha de pensamento.

Incentivados a estudar este tema através da prática clínica, temos a esperança de poder contribuir para uma maior compreensão das particularidades da doença Psicossomática, sem no entanto, ter a pretensão de esgotar um tema tão amplamente estudado por diferentes vertentes.