RBPsicoterapia
Revista Brasileira de Psicoterapia
Volume 17, número 1, Abril de 2015
www.rbp.celg.org.br

RELATO DE CASO

Quando o corpo se faz presente como meio de existência do sujeito: um caso de psicossomática

Silvia Nogueira Cordeiro [a]
Natalia Delatim Ortiz [b]

[a] Doutorado. Professor adjunto A. Londrina, PR, Brasil.

[b] Psicóloga da Prefeitura de São Paulo.

Instituição: Universidade Estadual de Londrina

Resumo

Os fenômenos psicossomáticos constituem uma queixa frequente na clínica psicanalítica contemporânea, indicando serem essas manifestações um dos novos modos de subjetivação da atualidade. Este estudo tem como objetivo apresentar algumas considerações teóricas a partir das concepções da psicanálise e das possíveis práticas de intervenção psicodinâmica com uma paciente que apresenta diferentes queixas somáticas. A análise teórico-prática sobre a forma como a psicoterapeuta conduziu os atendimentos em psicoterapia psicanalítica permitiu melhor compreender o reposicionamento do sujeito em relação ao próprio corpo, retranscrevendo as inscrições no corpo para o campo simbólico.

Palavras-chave: Medicina psicossomática; Psicanálise; Psicoterapia.

Abstract

Psychosomatic symptoms are frequent complaints in contemporary psychoanalytic practice, indicating they are manifestations of today's new modes of subjectivation. This study aims at presenting some theoretical considerations from psychoanalytic concepts and possible psychodynamic intervention practices with a patient presenting different somatic complaints. The theoretical and practical analysis on how the therapist conducted the sessions in psychoanalytic psychotherapy allowed for better understanding the repositioning of the subject in relation to his own body, re-transcribing the inscriptions from the body to the symbolic field.

Keywords: Psychosomatic medicine; Psychoanalysis; Psychotherapy.

Introdução

Os fenômenos psicossomáticos constituem uma queixa frequente na clínica psicanalítica contemporânea, indicando serem eles manifestações dos novos modos de subjetivação da atualidade. Os destinos das emergências do corpo tornam-se um meio de expressão do sofrimento psíquico, deixando-se falar por meio das queixas somáticas[1,2].

Nas últimas décadas, diversos psicanalistas[3] têm se mostrado atentos ao aumento significativo de pacientes que possuem alguma patologia que se liga diretamente ao corpo. Assim sendo, tornam-se fundamentais os relatos e a consequente discussão sobre a maneira como os pacientes lidam com esse sofrimento, que privilegia o sofrimento do corpo biológico em detrimento do sofrimento psíquico, muitas vezes indizível. Entre os diferentes fatores que contribuem para o surgimento de doenças, sabemos que os aspectos emocionais são elementos importantes que influenciam tanto no surgimento de doenças como no seu agravamento.

Quando a inter-relação psique-soma não se realiza satisfatoriamente, há um distanciamento entre psique e corpo, persistindo uma dissociação na organização do ego. Neste sentido, ao adoecer, o paciente tem a possibilidade de restabelecer o vínculo mente-corpo numa tentativa de retomar a consciência corporal[1,3].

Neste sentido, o paciente que somatiza não se caracteriza pela deficiência de vivenciar as emoções, mas pela deficiência de suportar a contenção do excesso da experiência afetiva. E mesmo as enfermidades que ameaçam a vida biológica podem indicar, paradoxalmente, uma batalha pela sobrevivência psíquica. Entretanto, na maioria das vezes, os episódios psicossomáticos são tratados pelas especialidades médicas, que terminam por não apreender as múltiplas determinações com seus diferentes e complexos sentidos, uma vez que partem do olhar biomédico centrado na noção de organismo e de patologias[8,4].

Com isso, a abordagem dos fenômenos psicossomáticos torna-se complexa, sendo necessários múltiplos olhares sobre o sofrimento e as possibilidades de encaminhamento terapêutico. Reconhecemos a importância do contato multiprofissional para construir o sentido, que inclui o subjetivo no fenômeno do adoecer. Este trabalho teve como objetivo discutir um caso de uma paciente adulta a partir da fundamentação teórico-clínica da psicanálise, que faz referência aos conceitos de pensamento operatório[9,5], mentalização[6] e desafetação[4]. Tal propósito justifica-se tendo em vista que os autores apresentam importantes contribuições à psicossomática psicanalítica que ainda não foram devidamente incorporados à literatura científica da área.

Portanto, para situar e contextualizar o desenvolvimento teórico, serão utilizados alguns recortes de situações clínicas advindas da experiência de supervisão do atendimento em psicoterapia de uma paciente que relatava muitos problemas orgânicos, apresentando dificuldades para entrar em contato com seu sofrimento psíquico, mostrando um tipo peculiar de funcionamento em terapia. No final serão abordados alguns aspectos da intervenção psicodinâmica que permitiram a possibilidade de reposicionamento do sujeito na relação com seu próprio corpo, retranscrevendo as inscrições enraizadas no corpo para o campo simbólico.

Apresentação do caso clínico

Joana tem 32 anos de idade e, por 3 anos, fez psicoterapia em uma clínica-escola. A paciente procurou terapia logo que se divorciou, pois após a separação ficou com *"depressão"*: chorava muito, não queria trabalhar ou fazer qualquer outra atividade. Simultaneamente à terapia, começou a ser acompanhada por um psiquiatra, que a medicou com ansiolítico e antidepressivo.

Na primeira sessão, a paciente iniciou sua fala justificando seu atraso devido a seus problemas de saúde: "*acabei de fazer uma biópsia, porque estou com suspeita de lúpus. Além disso, tenho depressão, bronquite, pressão alta e um problema na coluna. Estou afastada do trabalho há quase um ano por causa da coluna".*

Joana toma muitos remédios em função dos seus problemas de saúde e expressa que, por causa deles, engordou muito e se sente "*inchada"*. Por estar com licença temporária do trabalho, dispõe de muito tempo livre e seus compromissos diários resumem-se a consultas médicas e exames laboratoriais. Demonstra ter pouco contato social, com exceção do contato com a família e de frequentar a igreja.

No decorrer das sessões, a paciente demonstrou possuir um funcionamento psíquico precário. Falava muito de seus problemas de saúde e apresentava dificuldades em descrever seu estado subjetivo em relação ao que passava em sua vida. Assim, sua fala voltava-se essencialmente aos acontecimentos concretos: parecia haver pouca capacidade para simbolização.

Discussão do caso

Psicanalistas da Escola Psicossomática de Paris cunharam o conceito de "pensamento operatório"[13] para definir pacientes que somatizam e que apresentam pensamentos superficiais, desprovidos de valor libidinal, orientados predominantemente para a realidade externa e estritamente vinculados à materialidade dos fatos, com comprometimento da capacidade de simbolização. Esse comprometimento tende a se desdobrar em uma considerável restrição da atividade fantasmática, ou seja, um significante apagamento da expressividade da ordem mental, o que caracteriza a existência de uma carência funcional do psiquismo[10,7]. Nesses casos, o adoecimento orgânico pode ser entendido como expressão corporal de afetos não elaborados psiquicamente.

As diferentes queixas somáticas trazidas por essa paciente nos fizeram refletir sobre esse tipo de funcionamento psíquico, constituindo-se como sujeitos pouco investidos libidinalmente, com pensamentos superficiais voltados eminentemente para a realidade externa[8].

Joana apresentava essa precariedade simbólica descrita pelos autores, fato que pôde ser percebido já numa das primeiras sessões. Ao ser perguntada como ela se sentia em relação à suspeita de possuir lúpus, respondeu: *"Como assim? Ah, não sinto nada, não sei ainda se tenho... Tem que esperar o resultado pra ver. O duro é que vai ser mais remédio. Só não queria tomar mais remédio".* É importante ressaltar que o lúpus eritematoso sistêmico é uma doença autoimune, definida como doença de "autoagressão", que desenvolve reações imunes às células e tecidos do corpo, levando a lesões localizadas ou sistêmicas[9]. Tendo em vista a gravidade da doença e a possibilidade de um diagnóstico positivo, a fala descritiva e concreta, em que aparentemente a angústia não estava presente, demonstra uma clara dificuldade da paciente em descrever seu estado subjetivo.

O conceito de "desafetação"[4] também é utilizado para explicar este funcionamento chamado de psicossomático. De acordo com a autora, esses indivíduos mostram-se como que "separados" psiquicamente de suas emoções e com grande dificuldade de entrar em contato com suas realidades psíquicas. Entretanto, a desafetação é considerada pela autora como um processo de defesa, e não como uma desorganização psíquica.

Joana mostrava-se "desafetada" ou desconectada do afeto, quando, por exemplo, falava de seus problemas emocionais. Quando tocava no assunto, dizia ser *"coisa de seu sistema emocional",* descrevendo-o tal como outros sistemas orgânicos. Em relação à sua depressão, essa era descrita pela paciente como uma doença comum, por meio de um discurso superficial, voltado basicamente aos seus sintomas: *"Quando 'peguei' depressão, sentia tonturas, enjoo, e chorava bastante, não sei dizer o porquê".* Utilizava, assim, a expressão *"peguei depressão"* como se a depressão viesse de alguma instância exterior a ela, excluindo a relação com seu funcionamento psíquico. Havia pouca descrição de sentimentos como tristeza, alegria, medo ou angústia em seu discurso, ou mesmo do fato que poderia ter relação com a doença, como se, realmente, ela estivesse "separada" de seus afetos.

O próprio ato de chorar, que, neste caso, poderia ser considerado uma forma de simbolizar seu sentimento, nunca foi demonstrado por Joana em sessão, sendo que ela mesma afirmava nunca chorar, com exceção do período em que teve depressão. Assim, dizia: *"Eu não choro, guardo tudo pra mim. Mas daí me dá dor de cabeça e na nuca"*.

É possível inferir que esta paciente apresenta uma depressão cuja característica principal é a falta de um matiz afetivo para a vida, ou seja, sem expressar tristeza, num estado de desvalimento, como descrito por Freud[10] no quadro de melancolia, que se configura como um estado depressivo com pouca energia de reserva necessária para a ação. Nesse caso, o princípio de inércia impõe-se à vida pulsional, que aspira o caminho da constância. Esses pacientes costumam expressar seu estado depressivo como algo que se apresenta no físico, como exemplificam os relatos da paciente[7].

Em relação às representações psíquicas de sujeitos que apresentam fenômenos psicossomáticos, o conceito de "mentalização"[5] é utilizado para concernir à quantidade e à qualidade dessas representações dos indivíduos, sendo que um grau pobre de mentalização deixa o corpo biológico desprotegido, entregue à linguagem somática. Esse detrimento da mentalização, que se refere à baixa capacidade de simbolizar, é uma das características principais de pacientes psicossomáticos, de acordo com o autor. Ocorre neles uma substituição da simbolização pela reação biológica, como no caso de Joana.

Por outro lado, para pesquisadores do Centro Anna Freud, em Londres, o conceito de mentalização seria "a capacidade para compreender e interpretar o comportamento humano levando em conta os seus estados mentais subjacentes"[11]. Essa capacidade se desenvolve quando um indivíduo experimentou a si mesmo na mente de um outro durante a infância, num contexto de apego seguro, contexto que, segundo os autores, seria condição para seu amadurecimento[12].

Nessa perspectiva, a mentalização envolve a capacidade de transformar impulsos em sentimentos e representar, simbolizar, sublimar, abstrair, refletir e extrair significados deles[11]. E é essa capacidade que a paciente não apresentou.

Outra característica desse tipo de funcionamento é que a energia psíquica desses sujeitos se encontra livre e fomenta a utilização de caminhos mais rápidos de seu escoamento, o que provoca também uma propensão à ação em detrimento da simbolização, tornando o aparelho sensório-motor como a via principal de exteriorização das demandas pulsionais. Pacientes com essas características apresentam, portanto, condutas pouco elaboradas psiquicamente e utilizam palavras desvinculadas de elementos simbólicos como via de descarga de tensão[10,13].

Quanto a esse agir impulsivo, sem vinculação simbólica, Joana descrevia situações em que atuava dessa maneira: *"Às vezes eu sou muito impulsiva, sabe? Quando eu vejo já fiz. Uma vez minha irmã e o namorado estavam discutindo e eu fiquei tão nervosa com a situação que dei um tapa na cara dele! Nem pensei, sabe?".* É um agir descrito pela própria paciente como impulsivo, sem planejamento prévio.

O mecanismo de desafetação[4] também é regido por esse mecanismo de descarga na ação, visto que esses pacientes encontram no próprio ato o caminho de escoamento de suas tensões, tal como descrito na situação relatada acima, diferenciando-se, portanto, dos neuróticos, que o fazem através do trabalho mental. Os pacientes que utilizam o mecanismo de desafetação são pacientes que procuram compensar a falta de simbolização por um agir compulsivo e se distinguem como indivíduos voltados essencialmente para o "fazer", e não para o "ser"[4,14].

A paciente também se utilizava da palavra como meio de descarga de tensão, atuando na mesma ordem do agir impulsivo. Descrevia, em sessão, situações em que andava *"estressada"*, dando *"patadas"* nas pessoas de sua convivência, afirmando ter dito essas palavras sem pensar ou sem querer. McDougall[4] também assinala essa característica, pontuando que esses pacientes são marcados por palavras desafetadas, que não apresentam sua função de ligação pulsional, de significação; são palavras desprovidas de afeto.

Como explicação para o funcionamento psicossomático que percebemos na paciente, pode-se dizer que o indivíduo desafetado[4] tende a "ejetar" brutalmente do campo consciente as representações carregadas de afeto, levando-o a agir como se nunca tivesse realmente tido acesso ao material repudiado. Esse afeto "ejetado" se perde sem nenhum tipo de compensação psíquica, reduzindo-se à expressão somática, única via possível de escoamento dessa energia "solta", ocorrendo, assim, a ressomatização do afeto, tal como ocorre na primeira infância.

O desenvolvimento de uma organização psicossomática, como descrita acima, se dá ainda na infância de acordo com o processo de organização pulsional que a criança desenvolve nesse momento fundamental de constituição do sujeito. Desde o momento do nascimento, a criança, através do suprimento materno, experimenta não só a satisfação fisiológica, mas também algo a mais produzido pela sensação de prazer. Essas duas experimentações, as satisfações de suas necessidades e o prazer de ser desejada pela mãe, juntamente com os gestos, palavras e fantasias, promovem a erogenização do corpo infantil. Nesse momento, o sujeito tentará superar a ordem fisiológica pela ordem psíquica através do surgimento do "corpo erógeno"[3].

O surgimento do corpo erógeno implica transformações importantes para o desenvolvimento do sujeito, tais como a passagem do instinto para a pulsão, da necessidade para o desejo, da excitação para a experiência de angústia, do sono fisiológico para o sonho. Portanto, o desenvolvimento dessa dimensão é essencial para o estabelecimento de um equilíbrio psicossomático[15,16].

A estruturação do corpo além do fisiológico depende de como se caracterizam as primeiras relações objetais do sujeito. Dessa forma, perturbações nesse desenvolvimento podem comprometer os recursos erógenos do bebê, que se manterá preso na fisiologia de seu corpo, não encontrando, assim, outras vias de expressão e satisfação de suas necessidades[15,17].

No início da vida do bebê, a importância da mãe é fundamental. Sua função é a de apresentar o mundo à criança e é sobre esse alicerce que se constrói a subjetividade dela. Portanto, é a mãe quem

garantirá a vida desse bebê, suprindo suas necessidades biológicas, mas também atuando como uma "película" de proteção contra estímulos que o bebê ainda não pode assimilar de maneira adequada[4,8].

Essa função de "película" ou *para-excitação*[19,10] serve como uma barreira de contato, sendo ela muito importante para um desenvolvimento adequado do aparelho psíquico do bebê. O corpo materno "circunda" o bebê com um envelope externo feito de mensagens e que se ajusta com flexibilidade para deixar espaço ao envelope interno, à superfície do corpo do bebê, lugar e instrumento de emissão de mensagens: "ser um Eu é sentir a capacidade de emitir sinais ouvidos pelos outros"[18]. Dessa forma, a mãe assume o papel de intérprete das reações de seu filho, que ainda não tem a capacidade de simbolizar. Através dessa gerência materna, a criança tem a possibilidade de adquirir competências específicas e desenvolver-se de maneira autônoma aos níveis mais evoluídos de funcionamento.

Outros autores falam sobre a função reflexiva dos pais como um importante suporte ao estado mental da criança. A função reflexiva e a capacidade de mentalização parecem ser fatores importantes para a organização do *self* (personalidade) e a regulação do afeto. Essas capacidades são adquiridas no contexto dos relacionamentos sociais primitivos da criança[19].

Apesar de discordâncias[4,13] entre os autores em relação ao tema da psicossomática, eles estão em consonância no que diz respeito à importância da relação mãe-bebê e de sua função na formação psíquica da criança. Observam[14] que:

> [...] nos casos em que a figura materna não cumpre de forma apropriada a função de para-excitação, os sinais pré-verbais que o bebê emite não são inseridos em um código linguístico. As experiências que a criança vive não serão, portanto, devidamente simbolizadas, e seu corpo se apresentará como a via privilegiada de exteriorização de seus conflitos, engendrando o desenvolvimento de somatizações.

Trazendo essas considerações para o caso de Joana, ela sempre relatava sobre sua mãe, demonstrando manter uma ligação intensa com ela, contando tudo o que acontecia em sua vida para a mãe, demonstrando uma forte dependência em relação a esta e às opiniões dela sobre sua vida.

Joana narrou um episódio muito marcante de sua infância, quando ela tinha aproximadamente 8 anos de idade. Seu pai viajava muito a trabalho e Joana contou ser muito apegada a ele naquela época. Durante uma viagem mais duradoura do que o usual, Joana ficou doente sem explicações médicas – disse ter ficado *"doente de saudade"*. No dia do retorno do pai, ela conta: "*Quando eu vi ele pela janela, saí correndo pra debaixo da cama. Meu pai chegou e me chamou, mas eu não queria sair não. Daí quando eu saí, eu comecei a gaguejar, acredita? Gaguejei por mais ou menos um ano, e fui melhorando com a fonoaudióloga".*

Sobre esse episódio marcante em sua vida, estamos de acordo que indivíduos com funcionamento psicossomático vivenciaram, muito precocemente, emoções intensas, como, por exemplo, essa vivida por Joana, que ameaçam seus sentimentos de integridade e de identidade[4].

A partir dos relatos trazidos em sessão pela paciente, podemos supor que a figura materna presente em sua infância apresentava fragilidade emocional que dificultou estabelecer uma maternagem que pudesse lhe dar continência. Nesse episódio, Joana contou sobre a reação de sua mãe: *"Minha mãe disse que foi lombriga, algum bicho que atacou e que deu a gagueira"*. Assim, a mãe já introduz no corpo uma situação que claramente foi resultado de um conflito psíquico mal resolvido, mostrando dificuldades para exercer sua função materna de ajudar a criança a simbolizar o seu sofrimento psíquico.

Alguns autores[11,12] salientam que a função reflexiva efetiva por parte do cuidador possibilita representações do *self* coerentes e integradas, e que elas serão internalizadas. Para que a função reflexiva seja efetiva é necessário que o cuidador seja contingente, ou seja, a resposta acurada dele deve combinar com o estado interno da criança. O cuidador também deve ser capaz de expressar, em suas respostas, os sentimentos da criança, e não os seus próprios.

Ainda no que diz respeito à relação mãe-bebê desses indivíduos, podemos inferir que ela se encontra marcada por uma desarmonia afetiva, seja no sentido da carência ou no sentido do excesso[3]. No caso de Joana, podemos pensar que houve, portanto, um excesso de proteção e cuidado materno, visto que sua mãe é uma figura altamente presente em sua vida, da qual Joana não conseguiu ainda obter uma independência. Há duas manifestações maternas relacionadas ao excesso que podem causar distúrbios na relação mãe-criança: uma severa proibição da mãe a toda tentativa de autoerotismo do bebê (que substitui a relação com a própria mãe), dificultando a formação de objetos e fantasias; e a autointitulação da mãe como único objeto possível de satisfação e de viabilidade psíquica[15].

Assim, mães que apresentam essas características não proporcionam ao filho uma experiência de satisfação, apresentando, portanto, uma falha no papel de para-excitação. Essas mães mandam mensagens ambivalentes de aceitação-rejeição à criança e são incapazes de organizar seus instintos maternos. Consequentemente, seus bebês também não conseguem desenvolver um papel de para-excitações autônomo.

Contudo, é possível inferir que, no caso de Joana, o precário funcionamento da função materna, apresentando-se excessivamente presente, mas ao mesmo tempo falho na função de "película" e de ser contingente para poder introduzi-la num processo de simbolização satisfatório, foi fator determinante para os mecanismos de formação de seus sintomas psicossomáticos. Esses sintomas são possíveis de ser decifrados em suas manifestações e estabilização, se forem observados e pontuados na medida em que aparecem no discurso da paciente durante o tratamento.

A função terapêutica e a evolução do atendimento

Para falarmos da função terapêutica e dos progressos no caso de Joana, deve-se levar em consideração que seu atendimento se caracterizou como um tratamento psicológico numa clínica-escola. Dessa forma, o próprio funcionamento da instituição impossibilitou um tratamento mais longo e um trabalho mais consistente com a paciente, visto que o tratamento teve duração de oito meses, sendo realizado apenas um atendimento por semana.

Nem sempre a psicanálise é indicada como tratamento nos casos em que o paciente tem dificuldades para refletir sobre os fatores associados ao próprio adoecimento, além do que as mobilizações afetivas despertadas no processo terapêutico são capazes de desempenhar um papel desorganizador[4].

Segundo a mesma autora, para um indivíduo se beneficiar da psicanálise, ou mesmo das psicoterapias de orientação psicanalítica, deve ser capaz de reconhecer a existência do próprio sofrimento psíquico e se mostrar implicado em querer compreender seus determinantes inconscientes. Além desses fatores, é necessário que haja uma estrutura egoica minimamente capaz de suportar as angústias inerentes à situação analítica. E, por último, o sujeito deve estar pronto para se colocar numa situação de dependência, sem medo da frustração inerente a qualquer relação interpessoal.

No caso de Joana, durante boa parte do tratamento não havia movimento por parte da paciente quando era esperado que algum material mais significativo surgisse, visto que ela pouco falava de suas emoções e não entendia as pontuações realizadas pela psicóloga. Por um tempo, o tratamento aparentava estar estático, sem grandes progressos. Como exemplificado ao longo do trabalho, as características do seu discurso giravam em torno de falas descritivas e concretas em que aparentemente a angústia não estava presente, como se fosse tomada por um “desafetamento”. Não apresentava sinais de abertura à transferência, não formulava uma questão que pudesse possibilitar a psicoterapia. Por um tempo dos atendimentos, a psicóloga era colocada como expectadora da descrição de seus tratamentos.

Com o decorrer dos atendimentos foi possível perceber que um trabalho analítico seria executável a partir da criação de vias de simbolização, através das quais essa energia “solta” teria possibilidade de ser elaborada e o corpo biológico deixaria de ser o alvo da dor e do sofrimento. Em última instância, deve-se desempenhar a função materna, sobretudo mediante decodificação de uma modalidade de comunicação cuja impregnação afetiva é escassa. Esse procedimento é necessário, pois a desafetação tem como principal fator etiológico perturbações precoces na díade mãe-bebe[4].

Assim, a postura da psicóloga dentro da sessão foi se modificando com o passar dos atendimentos. Frases mais completas eram utilizadas para tentar colocar em palavras o que Joana não conseguia dizer, ou seja, não conseguia simbolizar, como vemos no seguinte trecho de um diálogo entre a psicóloga e a paciente, quando esta contava do aparecimento recente de manchas, que ela dizia ser por causa do lúpus, mas os exames mostravam que a doença estava inativa:

Psicóloga: Você acha que o aparecimento dessas manchas justamente agora pode ter alguma relação com algo que você está passando na sua vida? Como já discutimos antes, você apresentou muitos problemas orgânicos em momentos em que você teve que lidar com alguma separação significativa, tal como na sua infância, na separação com seu pai, ou ainda no seu divórcio.

Joana: Hum... eu entendi o que você está falando. Eu não sei, mas quando você falou, lembrei que minha irmã vai se casar. Eu posso não aparentar, mas está bem complicado pra mim, minha vida vai mudar bastante...

Como vemos, por meio desse tipo de intervenção Joana conseguiu colocar em palavras o que a incomodava e o que poderia estar relacionado com o aparecimento das manchas. Assim, o fato de Joana ter começado a dar expressão ao seu sofrimento, em relação aos processos de separação que vivenciava, pode ter proporcionado um início de simbolização dessas separações, inscrevendo-as no seu psíquico e possivelmente aliviando o soma. Nesse caso, suas manchas começaram a diminuir.

Diferentemente da condução de análise de um neurótico, o paciente psicossomático necessita da mentalização do pensamento e dos afetos como elemento regulador essencial para uma adequada condução do tratamento. Constitui-se como início de um processo de construir junto com o paciente um acesso ao mundo simbólico. Neste sentido, a mentalização é um recurso que pode ser oferecido aos pacientes[15,20].

Nos fenômenos psicossomáticos, o corpo é sede de uma erotização do órgão e de uma escrita particular. O sintoma é muitas vezes direcionado ao outro e se desenvolve no âmbito de uma relação, tal como uma formação intersubjetiva. Neste sentido, é importante trabalhar o sintoma por meio da "escuta" desse sujeito em transferência[3].

Portanto, a função terapêutica se dá no sentido de proporcionar um enriquecimento da reserva simbólica desse paciente, buscando uma reestruturação do pré-consciente do sujeito e evitando a interpretação, ao menos no início, dos conteúdos inconscientes, visto que esses já são rarefeitos[3,8].

Nesse caminho, a psicóloga deu prosseguimento ao atendimento e Joana começou a se mostrar mais, falando mais de sua história e de seus sofrimentos, conseguindo em alguns momentos relacioná-los com o que se passava também com o seu corpo.

Conclusão

O atendimento do caso de Joana e o estudo da psicossomática nos possibilitou pensar sobre a forma de movimento psíquico de pacientes que utilizam o corpo como via de expressão dos afetos. Como apontado pelos autores, essa forma de organização reflete uma estrutura familiar precária, principalmente no que diz respeito à função materna, que mostrou dificuldades para exercer sua função nas relações mais primitivas e essenciais para a formação do sujeito.

Observa-se que pacientes psicossomáticos apresentam uma necessidade de relação humana mais próxima, que possa minimizar a intensidade das angústias e das ameaças de desintegração.

O desenvolvimento das intervenções psicodinâmicas dos fenômenos psicossomáticos deve estar intrinsecamente ligado aos estudos, que remetem à compreensão dos vínculos objetais primitivos da infância.

A condução do tratamento não pode acontecer na mesma direção do tratamento de pacientes neuróticos. Se, nesses casos, a interpretação simbólica produz efeito sutil de trazer à tona um sentido oculto, desconhecido para o paciente, nos pacientes psicossomáticos esse tipo de interpretação não produz o mesmo efeito.

As psicoterapias para esses pacientes acabam por exigir muito mais do psicoterapeuta, que deve ter uma disponibilidade interior de ofertar uma relação de suporte e construção para o psiquismo do paciente.

Entretanto, não se pode deixar de notar um aumento, na atualidade, do aparecimento desses casos na clínica, como se uma espécie de mal-estar vivido pela civilização contemporânea se manifestasse, entre outras formas, através de sintomas somáticos, e não só psíquicos.

Para subsidiar a superação de mais esse desafio inerente à clínica psicanalítica com pacientes somáticos, é necessário promover uma reconstituição de situações de perda anteriores, incluindo-as em uma cadeia simbólica de modo a criar uma possibilidade de expressão para as emoções que não foram vivenciadas adequadamente quando da experiência original.

Portanto, o trabalho realizado em supervisão, somado à insistência de ter uma escuta do inconsciente, sustentado a partir da instalação da relação transferencial, viabilizou o reposicionamento do sujeito em relação ao próprio corpo, possibilitando a passagem do fenômeno psicossomático enraizado no corpo para o campo simbólico.

Evidentemente as discussões trazidas aqui não esgotaram a complexidade dos fenômenos psicossomáticos. Considera-se, portanto, a necessidade e importância de aprofundar os estudos desse fenômeno cada vez mais comum nos consultórios de psicólogos e/ou psicanalistas.

Referências

1. Ávila AL. Doenças do corpo e doenças da alma. São Paulo: Escuta; 2002.
2. Silva Junior N, Lirio DR. As destruições intencionais do corpo: sobre a lógica do traumático na contemporaneidade. In: França CP. Perversão: variações clínicas em torno de uma nota só. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p. 131-44.
3. Ferraz FC. A tortuosa trajetória do corpo em psicanálise. Rev Bras Psicanal. 2007;41(4):66-76.
4. McDougall J. Teatros do corpo. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
5. Marty P. Mentalização e psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998

6. Fonagy P. The mentalization-focused approach to social development. In: Allen J, Fonagy P, editors. Handbook of mentalization-based treatment. Chichester: John Wiley & Sons; 2006. p. 53-100

7. Horn A, Almeida MCP. Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses atuais. Rev Bras Psicanal. 2003;37(1):69-84.

8. Casetto SJ. Sobre a importância do adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. Revista Psiquê. 2006;10(17):121-42.

9. Rinaldi D, Nicolau RF, Pitanga CEGA. Do fenômeno psicossomático ao sintoma: a aderência do sujeito ao diagnóstico médico e do trabalho analítico. Ágora (Rio de Janeiro). 2013;16(n esp):95-108.

10. Freud S. Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada "neurose de angústia", 1895. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996.

11. Bateman AW, Fonagy P. The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. Bull Menninger Clin. 2003;67(3):187-211.

12. Verheugt-Pleiter AJE. Treatment strategy. In: Verheugt-Pleiter AJE, Zevalkink J, Schmeets MGC, editors. Mentalizing in children therapy. London: Karnac; 2008. p. 41-68.

13. Marty P, M'Uzan M. O pensamento operatório. Rev Bras Psicanal. 1994;28(1):165-74.

14. Peres RS. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierry Marty e Joyce McDougall. Psicol Clin. 2006;18(1):165-77.

15. Volich RM. Psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

16. Leo A, Vilhena J. A dimensão corporal da experiência psíquica. Tempo Psicanal. 2010;42(1):151-70.

17. Jorge HZ, Müller MC, Ferreira VRT, Cassal C. Pacientes portadores de dermatoses: relações iniciais e autoagressividade. PSIC Rev Psicol Vetor Ed. 2004;5(2):22-5.

18. Anzieu D. O Eu-Pele. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1989.

19. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press; 2002.

20. Fonagy P, Bateman A. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. J Clin Psychol. 2006;6(4)2:411-30.

Correspondência

Silvia Nogueira Cordeiro

Rua Jerusalém, 99, ap. 503, bl. 3, Gleba Palhano

86050-520 – Londrina, PR

silvianc2000@hotmail.com

Submetido em: 23/10/2014

Aceito em: 14/01/2015