

Perspectivas sobre processos de somatização

Cristiane Curi Abud
Juliana Carolina Blum da Silva
Bruno Espósito

Resumo Neste texto, apresentamos como o Programa de Atendimento e Estudos de Somatização do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/HSP vem se estruturando para atender aos pacientes que apresentam fenômenos de somatização, a partir da teoria e técnica psicossomática psicanalítica. Descrevemos, como ilustração clínica, o processo de um grupo psicoterápico de pacientes somatizadores.

Palavras-chave psicossomática psicanalítica; somatização; grupo psicoterápico.

Cristiane Curi Abud é psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, onde participa do Grupo de Trabalho e Pesquisa em Dinâmicas Grupais, mestre em Psicologia Clínica pela PUCSP, doutoranda em Administração de Empresas pela FGVSP, psicóloga e professora da UNIFESP-EPM.

Juliana Carolina Blum da Silva é bacharelanda em Psicologia na Universidade São Marcos e Estagiária de Psicologia no Programa de Atendimento e Estudos de Somatização do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/HSP.

Bruno Espósito é psicólogo pela PUCSP, estagiário do Programa de Atendimento e Estudos de Somatização do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/HSP até jul. 2008, acompanhante terapêutico formado no Instituto "A Casa".

1. Apresentação

Jean-Baptiste Pouguelin (1622-1673), filho de um tapeceiro, nasceu e cresceu em Paris. Com dez anos de idade perdeu sua mãe. Formou-se em direito, mas sua paixão era o teatro. Em 1643 criou o Ilustre Teatro e escolheu o pseudônimo Molière. Após anos de luta e dívidas, sua Tropa passou a ser reconhecida e protegida pelo rei. Em 1664, nasceu seu primeiro filho, que morreu com poucos meses. No ano seguinte nasceu sua filha, a única a sobreviver e que não deixaria descendência. Em 1666, uma gripe mal curada transformou-se em tuberculose. Em 1669, morreu seu pai. Em 1672, perdeu mais um filho recém-nascido e escreveu sua última obra-prima, *O doente imaginário*, apresentada em fevereiro de 1673 no teatro Comédie Française. Na quarta apresentação, Molière, que protagonizava o doente imaginário, agonizou no palco, enquanto os espectadores aplaudiam pensando que ele estava representando. Morreu em casa poucas horas depois.

* * *

O Programa de Atendimento e Estudos de Somatização do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/HSP (PAES) recebe pacientes de diversos ambulatórios do hospital geral com queixas somáticas sem substrato orgânico ou casos cuja patologia orgânica é insuficiente para justificar as queixas¹.

1 J. A. Bombana, "Somatização e conceitos limítrofes: delimitação de campos".



Freud elabora um modelo de tramitação mente-corpo supondo que existe uma tensão somática continuamente produzida

74

PERCURSO 43 : dezembro de 2009

Os pacientes não representam como Molière e, no entanto, muitas vezes são assistidos pelos profissionais de saúde como se representassem os sintomas que apresentam. Trata-se de pacientes que frequentam o Hospital visitando diversas especialidades clínicas, buscando alívio para gastrite; fibromialgia; cefaleia; hiperalgesia auditiva, olfativa e tátil; ansiedade; taquicardia; desânimo etc. Os pacientes visitam o hospital todos os dias, passam a conhecer os funcionários, os professores, conseguem driblar a burocracia da instituição para serem atendidos na hora e com quem escolherem. Pouco a pouco, os pacientes deixam de trabalhar, visitar parentes, amigos, frequentar cultos religiosos, restringindo-se apenas à condição de doente.

O tratamento oferecido pelo ambulatório consiste em atendimentos psiquiátricos clínicos, terapia de base psicanalítica individual, grupos de psicoterapia e grupos de conscientização corporal, realizados por uma equipe multidisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos, reumatologista, fisioterapeutas e psicanalistas.

Difícilmente os pacientes aceitam que suas dores possam relacionar-se a emoções, acreditam em sua natureza exclusivamente física e supõem que os médicos não conseguem detectar suas causas, o que acaba por dificultar a relação com o médico ou com o profissional de saúde mental que se sente, não raramente, frustrado e impotente.

II. Modelos teóricos de compreensão – o intrapsíquico

Autores contemporâneos como Pierre Marty, Joyce McDougall e Christophe Dejours partem de algumas ideias freudianas e, guardadas as diferenças principalmente no que concerne à etiologia das neuroses atuais, desenvolvem e ampliam a teorização referente às somatizações. A seguir, algumas das principais ideias desses autores, separadas por tópicos.

O destino da pulsão

Freud elabora um modelo de tramitação mente-corpo supondo que existe uma tensão somática continuamente produzida pelo simples fato de que sentimos fome, sede, frio, raiva ou amor. Essa tensão rompe o equilíbrio psicossomático, sendo que o indivíduo conta com três destinações possíveis para a tensão, segundo nos ensina Dejours²: a via psíquica, que produz fantasmas e representações mentais capazes, por si só, de dissipar a tensão; a via motora, que propicia, através da fuga, ação, uma descarga psicomotora; e a via visceral, acionada quando essas duas vias falham e a energia pulsional é descarregada pelo sistema nervoso autônomo e pelo desordenamento das funções somáticas.

Assim, um possível destino da tensão elaborado por Freud em 1900, na *Interpretação dos sonhos*³, seria transformar-se em pensamento e sonho. Para ilustrar, Freud cita o bebê com fome que grita e dá pontapés, tentando livrar-se, através da ação motora, do desconforto da fome; mas, apesar do escândalo, a fome permanece e a necessidade interna continua a gerar excitação no aparelho psíquico. Essa excitação só será aliviada quando o bebê mamar e satisfizer sua fome. A experiência de satisfação, no caso, a saciedade da fome, é registrada no psiquismo, permanecendo como um traço de memória. Cada vez que o bebê sentir fome e sua decorrente tensão, o psiquismo disporá de um impulso que irá investir o traço de memória. Desse modo, o bebê rever-

bera a experiência de satisfação, recriando a cena em sua mente, como que alucinando a mamada, com a lembrança de sua imagem visual, o rosto da mãe, a olfativa, o cheiro do ambiente, a auditiva, a voz da mãe, o sentimento de ternura e gratidão, ou de irritação pela demora, enfim, tenta restabelecer o estado de satisfação original. Graças à censura existente entre o pré-consciente e o inconsciente, é impedida a regressão do aparelho à percepção, o que produz o pensamento e a ação motora voluntária capaz de conduzir-nos à satisfação de necessidades.

A partir dessa proposição freudiana, Dejours² afirma que a angústia seria inicialmente somática, não mental, não representada. Através da satisfação alucinatória do desejo e da experiência de satisfação, cria-se uma ligação entre o corpo vivido e uma representação mental. A passagem do estado de aflição para a angústia psíquica seria, nesta acepção, uma aquisição. Separa-se então, na psicanálise, a angústia mental da somática, que aparece habitualmente nas neuroses atuais.

Marty (1998) também parte dessa conceitualização freudiana e afirma que “as representações consistem em uma evocação das percepções que foram inscritas, deixando traços mnêmicos. A inscrição das percepções e sua evocação posterior são, na maioria das vezes, acompanhadas de tonalidades afetivas agradáveis ou desagradáveis”³. As representações e suas associações alojam-se no pré-consciente e podem ser avaliadas quanto a sua quantidade e qualidade: se são muito próximas da realidade e da concretude ou apresentam simbolismos, metáforas, duplo sentido e encontram-se associadas a diversas ideias. Uma lembrança só constitui uma representação à medida que tem um sentido afetivo para a pessoa.

McDougall retoma o conceito de alexitimia, da escola de Boston, segundo o qual o in-

Segundo esses autores, estamos diante de psiquismos cujo arcabouço é insuficiente para conter as tensões e tramitá-las psiquicamente

divíduo não dispõe de palavras para nomear seu estado afetivo, não distingue raiva de medo, de irritação, de excitação, de cansaço, de fome etc. tal como um bebê não o consegue fazer devido à inacessibilidade às representações de palavra. A autora acrescenta, aos três destinos do afeto descritos por Freud, um quarto “no qual o afeto seria congelado e a representação verbal que o conota, pulverizada, como se nunca tivesse tido acesso ao indivíduo”⁴. São pacientes que não reconhecem a dor psíquica provocada por afetos dolorosos ou excitantes e, por consequência, o corpo enlouquece.

Segundo esses autores, estamos diante de psiquismos cujo arcabouço é insuficiente para conter as tensões e tramitá-las psiquicamente. Ocorre uma falha no funcionamento do Pré-consciente que, como nos lembra Kaës⁵, permitiria elaborar e ligar as excitações de origem interna ou externa a representações e imagens. Irrepresentável, o material arcaico circula livre no espaço psíquico, sendo fonte de angústia e dor, sobrecarga econômica de excitação.

Sem a possibilidade de uma destinação psíquica, o sujeito defende-se da tensão somática. Qual seria a defesa utilizada nas somatizações?

O mecanismo de defesa

McDougall propõe como defesa a desafetação, o que significa que a pessoa retira sua afeição de alguém ou de alguma coisa. A própria pessoa é

2 C. Dejours, *Psicodinâmica do trabalho*.

3 S. Freud, *Interpretação dos sonhos*.

4 C. Dejours, *O corpo entre biologia e psicanálise*.

5 P. Marty, *Mentalização e psicossomática*, p. 15.

6 J. McDougall, *Teatros do corpo*, p. 27.

7 R. Kaës, *A polifonia do sonho: a experiência onírica comum e compartilhada*.



Dejours propõe o nome caracterose para definir uma estrutura diferente da neurótica, perversa ou psicótica

76

PERCURSO 43 : dezembro de 2009

desafetada, afastada de sua realidade psíquica, suas palavras são desafetadas. Incapazes de conter a excitação afetiva e elaborá-la psiquicamente, os pacientes tendem a dispersá-la, o que leva à ressomatização do afeto.

Para Dejours, o caracteropata (que aqui chamamos de somatizador) defende-se do afeto recorrendo à repressão que age mais perto da consciência, opondo-se mais especificamente contra o desenvolvimento do afeto. Trata-se de uma estrutura diferente da neurótica, que coloca em latência a percepção e os pensamentos, recalçando-os; da psicótica, que opõe à percepção uma rejeição para fora do psiquismo; e da perversa, que ataca a realidade graças à atuação da violência.

Na estrutura da caractereopatia, esse afeto sem nome permanece sob a forma de angústia. Angústia atual, somática, angústia descarga não representada, não identificada por um Ego que falha, característica dos sujeitos que têm uma tendência de descompensar através de somatizações. Diferente desta, sabemos que a angústia neurótica é caracterizada pela ação de um afeto que evoca uma cadeia de representações que se ligam ao passado do sujeito e que asseguram a sua simbolização. Aqui, a angústia tem um conteúdo representativo que evoca uma alusão ao Édipo, à castração e à neurose infantil.

McDougall também propõe uma diferenciação na qual a angústia de castração aparece, nas somatizações, na sua forma prototípica,

angústia de separação, de morte. Muito aquém da questão da identidade sexual, trata-se mais da questão da identidade subjetiva do ser, cuja fantasia fundamental é de que o amor leva à morte e a desafetação defende o indivíduo da decorrente angústia de morte.

O diagnóstico

E assim, chegamos à questão diagnóstica proposta pelos autores. Marty⁸ diferencia nos pacientes quantidade e qualidade de representações. Os casos nos quais as representações parecem ausentes, ou reduzidas, Marty classifica como *neuróticos mal mentalizados*. Os sujeitos limitados no ato de pensar, que recorrem a atos de comportamento para exprimir as excitações provocadas pela vida, são classificados como neuróticos de comportamento. Indivíduos que possuem à disposição uma grande quantidade de representações, enriquecidas de afetos e símbolos, são os neuróticos clássicos, *bem mentalizados*. Entre os bem e mal mentalizados, surge um grupo numeroso de *neuróticos de mentalização incerta*.

Na opinião de Dejours, Freud atendia casos clínicos que permitem reconhecer “doentes caracteropatas”. O autor faz uma crítica à nosologia proposta por Marty, que distingue neurose de caráter de neurose de comportamento, sendo que a segunda implica o corte psíquico e a primeira refere-se a pacientes cujo funcionamento psíquico é considerado sólido, do ponto de vista representacional. Se, do ponto de vista de Marty, há um único termo – neurose – para tratar de coisas distintas, Dejours propõe diversificar a nomenclatura a fim de especificar as diferenças. Propõe o nome caracterose para definir uma estrutura diferente da neurótica, perversa ou psicótica. Nela, a angústia não é nem representada e nem simbolizada, diferentemente do psicótico, no qual a angústia é representada, mas não simbolizada, e do neurótico, no qual a angústia é representada e simbolizada. Define, ainda, um mecanismo de defesa próprio dessa estrutura, como dito acima: a repressão.

Neste quesito, os autores deste artigo concordam com a posição de Dejours, no sentido de que os pacientes somatizadores apresentam uma estrutura psíquica própria e distinta da neurose, o que tem implicações clínicas muito importantes. Do ponto de vista da técnica, devemos entrar no universo desses pacientes a partir dos recursos psíquicos que eles apresentam e de que dispõem, sem ter como ideal esperar que um dia eles se tornem neuróticos bem mentalizados. Retornaremos a essa posição adiante, quando apresentarmos o caso clínico.

Etiologia

No que diz respeito à etiologia das somatizações, distintamente de Freud – que considerava a etiologia proveniente de algum aspecto ou fato da vida atual do paciente –, os autores pesquisaram a infância dos pacientes e encontraram uma falha na função materna. A saber, a função materna consiste em escutar o bebê, ajudando-o a nomear seus afetos, promovendo assim um repertório psíquico capaz de enfrentar crises afetivas, além de propiciar uma diferenciação corporal e psíquica com o bebê, contrariando sua tendência de fusão narcísica.

Assim, a *insuficiência* de representações presente nos pacientes somatizadores provém, segundo os autores, de uma de uma carência ou desarmonia das respostas afetivas da mãe para com o bebê. Mães somaticamente doentes, deprimidas, excitadas, autoritárias podem promover falhas na aquisição de representação da palavra ligadas a valores afetivos e simbólicos. Além de não estabelecerem limites claros de separação com o bebê, alimentando o desejo de fusão com o objeto, tomando-o como algo já conhecido e familiar, um prolongamento narcísico.

Além da falha da função materna, ocorre uma falha também da função paterna. Resumidamente, segundo Dejours⁹, a mãe renuncia à

8 P. Marty, *op. cit.*

9 C. Dejours, *O corpo..., op. cit.*

»
Os desejos da criança, expressos por meio dos devaneios, assim como seu sofrimento, são violentamente abolidos pelos pais. Assim, a criança em frustração é super cuidada pela mãe, com excesso de comida, de colo e de remédios

própria sexualidade, com o que o pai é conivente e o corpo erótico não pode ser corretamente construído. O apoio da pulsão torna-se precário. Os desejos da criança, expressos por meio dos devaneios, assim como seu sofrimento, são violentamente abolidos pelos pais. Assim, a criança em frustração é supercuidada pela mãe, com excesso de comida, de colo e de remédios. A mãe toma a frustração como uma privação e a tranquiliza com cuidados no registro das percepções. O pai, violento, seria aquele que priva sem nada oferecer em troca; diferente do pai edípico que estabelece um pacto através do qual proíbe, mas, ao mesmo tempo, abre possibilidades.

Outra fonte etiológica detectada pelos autores é o traumatismo, comumente encontrado nesses pacientes, definido como um excesso de excitação face às capacidades de ligação do aparelho psíquico. O traumatismo depende da quantidade de excitação intrínseca ao evento estressor e da capacidade individual de ligação.

A partir da experiência de atendimento no PAES, observa-se que muitos dos pacientes somatizadores têm em sua história marcas traumáticas de extrema intensidade. Muitos deles foram vítimas de diferentes tipos de violência na infância ou, pelo menos, cresceram em contextos demasiadamente violentos, sofrendo inúmeras perdas. Pode-se mencionar, por exemplo, a história da paciente D., que entre outros fatos foi espectadora do assassinato de seu pai a facadas no sertão nordestino.



*encontramos na etiologia
das somatizações importantes
traumatismos provenientes tanto
do cuidado proporcionado pelos pais,
quanto de fatos da vida, por assim
dizer – perdas, acidentes, etc.*

Transferência e contratransferência

Finalmente, no que concerne às questões transferenciais e contratransferenciais, McDougall¹⁰ teoriza que esses indivíduos que pulverizam qualquer vestígio de sentimento profundo aniquilam grande parte de sua experiência emocional, e se queixam de que “não acontece nada” na análise. Contratransferencialmente o sentimento é de cansaço, impotência, paralisia interna e culpa, diante de uma ausência de progresso analítico. Tais pacientes atacam o analista incessantemente, defesa oriunda da pulsão de morte contra a mudança, vivenciada como um perigo mortal.

De maneira análoga, Dejours¹¹ afirma que o paciente manipula o pensamento do analista, petrificando-o. A transferência é, portanto, mortífera, o que dificulta o trabalho do analista, pois a pulsão de morte incide sobre ele. Nos pacientes somatizadores há uma prevalência do percebido sobre o representado, que pode ser notado por meio de um discurso sem associações ou duplos sentidos. Desse modo, o paciente controla o pensamento do analista, substituindo a atenção flutuante por uma falta de atenção.

E Marty¹² detecta um movimento em direção ao objeto brusco, ativo e maciço, estabelecendo uma relação que tenta transformar tudo numa só coisa, homogênea e indiferenciada, sendo a sensação contratransferencial, de paralisia.

III. Uma proposta de intervenção clínica: o intersíquico

Essa breve exposição teórica, que resume o pensamento de alguns dos principais autores da psicossomática psicanalítica, serve para fundamentar nosso propósito neste artigo, que é o de apresentar a gravidade do funcionamento intrapsíquico dos pacientes somatizadores, assim como propor e discutir alternativas de tratamento e seu respectivo manejo clínico-institucional.

Apesar de aparentemente tratar-se de pessoas socialmente adaptadas e inseridas, com um razoável funcionamento egoico, estamos diante de psiquismos bastante comprometidos, que nos impulsionam a recorrer a diferentes tipos e técnicas de atendimento.

Podemos incluir, como o faz Inglez-Mazzarella¹³ ao falar de transmissão psíquica transgeracional, tais pacientes nos chamados “casos difíceis” que apresentam luto patológico, traumatismos, sofrimentos narcisistas e expressões de perversão, enfim, casos do aquém da neurose, que vêm sendo estudados pela psicanálise.

Como dito acima, encontramos na etiologia das somatizações importantes traumatismos provenientes tanto do cuidado proporcionado pelos pais, quanto de fatos da vida, por assim dizer – perdas, acidentes etc. O que contribui para a constituição de um funcionamento psíquico caracterizado, de modo geral, por falha e redução de representações psíquicas, mundo interno pobre e carente de fantasias e imaginação, incapacidade de simbolização, pensamento concreto e operativo, sem utilização de metáforas. Enfim, trata-se de mecanismos que operam além do princípio do prazer, do irrepresentável e do inominável.

Do ponto de vista da técnica psicanalítica, a função do analista seria, como propõe Inglez-Mazzarella: “a construção de uma tessitura que venha cerzir o buraco do tecido, colocar palavras, criar mitos, fazer frente à força de atração de um buraco negro psíquico”¹⁴. Buraco muitas vezes transmitido ao longo de gerações, sendo o veículo da transmissão, o corpo.

Certa vez, na triagem, atendi a uma paciente que ilustra como o corpo pode servir de veículo do irrepresentável na história do grupo familiar. A paciente trabalhava como cozinheira numa escola pública, e parara de trabalhar havia um mês. Um dia, suas colegas saíram na hora do expediente, tendo ela ficado sozinha para adiantar o serviço do dia seguinte. Alguns rapazes na rua, armados com revólver, rodeavam a cozinha da escola e atiravam através de seus vidros. A paciente escondera-se dentro do forno do fogão industrial até que os rapazes foram embora. Desde então, com dores no corpo, não conseguiu mais trabalhar. Ao longo da conversa, lembrou que sua mãe nascera no interior do país, sendo que a avó da paciente morrera no parto de sua mãe. O avô criou a mãe da paciente sozinho e, quando ia para a roça, deixava sua mãe amarrada dentro do forno, embaixo do fogão a lenha, com um prato de comida. Sua mãe contava à paciente que ouvia o barulho das onças rondando a casa, e rezava para que seu pai (avô da paciente) retornasse logo da roça. Notamos assim a repetição, quase textual, do trauma vivenciado pela mãe da paciente, repetição transmitida de uma geração a outra em estado bruto. Na falta da lapidação das palavras pertinentes e necessárias à elaboração do trauma, a brutalidade ataca violentamente o corpo, tornando-o refém do vazio de sentido.

Diante da gravidade e complexidade dos casos, o Programa de Atendimento e Estudos de Somatização propõe, por vezes, a um mesmo paciente, a participação em atendimentos individuais (clínico-psiquiátrico e psicoterápico) e em grupo. Por vezes, ainda, em mais de um grupo. Além dos atendimentos familiares, o que não é, ainda, formalmente estruturado no Programa, ocorrendo ocasionalmente, conforme a demanda do caso.

10 J. McDougall, *op. cit.*

11 C. Dejours, *O corpo...*, *op. cit.*

12 P. Marty, "La relación de objeto alérgica", *op. cit.*

13 T. Inglez-Mazzarella, *Fazer-se herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações.*

14 T. Inglez-Mazzarella, *op. cit.*, p. 176.

»
como a carga transferencial é maciça e muito intensa, levando alguns pacientes a frequentar o hospital diariamente, nas suas várias enfermarias e ambulatórios, convocá-los para a participação em diversas atividades do programa implica atrair a transferência institucional

Esse volume de atividades terapêuticas tem sua razão de ser. Como a carga transferencial é maciça e muito intensa, levando alguns pacientes a frequentar o hospital diariamente, nas suas várias enfermarias e ambulatórios, convocá-los para a participação em diversas atividades do programa implica atrair a transferência institucional e concentrá-la no programa, que tende a não responder à queixa dos pacientes. Tendência essa presente no hospital geral, que os trata como possíveis doentes e empreende um vasto processo de investigação clínica, laboratorial e, por vezes, até cirúrgica.

Essa proposta do programa lembra tratamentos propostos a pacientes psicóticos, como um hospital-dia, por exemplo. Vale lembrar, entretanto, que o Programa de Atendimento e Estudos de Somatização não conta com tamanha estrutura.

Ilustro, a seguir, o trabalho realizado no Programa, a partir do relato de um grupo terapêutico, o grupo *TransformAdor*.

IV. Uma ilustração: o grupo *TransformAdor*

"Encostar na caixa" é uma expressão utilizada com muita frequência por pacientes atendidos no Programa de Atendimento e Estudos de Somatização.

As dores que acometem os corpos dos pacientes limitam seus movimentos e, pouco a



*vivemos em uma sociedade
que enfatiza a divisão entre trabalho
intelectual e manual, ideologicamente
favorecendo e privilegiando
o trabalho intelectual*

80

PERCURSO 43 : dezembro de 2009

pouco, estes deixam de sair para passear, para visitar amigos ou parentes, para fazer compras e, finalmente, deixam de trabalhar. Num movimento de retraimento narcísico, recolhem seus “pseudópodes”¹⁵ libidinais, antes ligados a relações pessoais e ao trabalho, para o próprio corpo, fechando-se para o mundo e desejando, por fim, “encostar na caixa”. Movimento mortífero de desligamento do mundo e investimento libidinal do corpo, que contribui para o aumento das dores e a preocupação com a suposta doença. Costumamos brincar com os pacientes dizendo que quem encosta na caixa é defunto!

O médico é então procurado pelo paciente para avaliar esse movimento de desligamento, o qual passa a ter uma justificativa dada por uma instituição socialmente legitimada. A sociedade, representada pela figura do médico inserido num hospital, libera oficialmente a pessoa de suas funções sociais. E assim, placidamente e sem culpa social, o paciente “encosta na caixa”.

Entretanto, tal solução, imediatista, leva a sociedade ao dano de perder a contribuição que essas pessoas ainda poderiam oferecer, assim como, para os pacientes, ajuda a cronificar seus sintomas e sofrimento. Terapêutico seria ajudar essas pessoas a sair de seu enclausuramento privado e restaurar sua capacidade para o trabalho e para o convívio social. O grupo *TransformAdor* tem esse objetivo, levando em conta o funcionamento psíquico dos pacientes, assim

como seus desejos e projetos de vida. Ou seja, ajudá-los a encontrar (ou reencontrar) um lugar social onde seja possível um equilíbrio psicossomático. Trata-se, portanto, de um grupo psicoterapêutico, que também se define psicanalítico.

O hospital acaba muitas vezes reafirmando esta primazia da dor nos pacientes, já que desloca o sintoma para o centro do tratamento e abafa as outras possibilidades do sujeito de se reconhecer. O grupo pretende explorar outros territórios diferentes do ambiente hospitalar, que possam estimulá-los a reencontrar sua história de vida, desejos e potencialidades, sem lugar desde que a dor se tornou soberana.

Tais evidências teóricas e a prática clínica com esses pacientes nos permitiram a criação de um grupo, ativo desde agosto de 2007, através do qual outras formas de expressão, além da verbal, podem ser utilizadas. É coordenado por uma dupla de coterapeutas, uma psicóloga e um(a) estagiário(a) de psicologia. Sua frequência é semanal, com sessões de uma hora e meia de duração. Suas atividades pretendem facilitar a expressão de sensações, sentimentos, tais como dor, angústia, fome, raiva, alegria etc., sem que precisem, necessariamente, valer-se da palavra. Nesse sentido, aproximamo-nos dos pacientes a partir da sua condição de comunicação e expressão, a partir de seus recursos psíquicos, sem exigir que se valham de representações ou recursos dos quais não dispõem, e que, talvez, não venham nunca a dispor. É justamente nesse ponto que concordamos com a noção de estrutura, proposta por Dejours. Argumentamos, ainda, que vivemos em uma sociedade que enfatiza a divisão entre trabalho intelectual e manual, ideologicamente favorecendo e privilegiando o trabalho intelectual. Tal ideologia pode atravessar a clínica com esses pacientes, ditos operatórios, e impor uma hierarquia entre estruturas psíquicas diferentes, hierarquia que é social e economicamente determinada.

O grupo visa cumprir, ou pelo menos tentar cumprir, essa função materna de tela protetora. Tela na qual os pacientes possam projetar

angústias e terrores internos referentes ao próprio corpo. Tela que irá conter tais projeções e nomear os afetos nelas contidos. Partindo do pressuposto de que esses pacientes apresentam déficits de simbolização, o grupo cria meios que facilitem outras formas de expressão diferentes desta que aparece através da somatização. À medida que o grupo propõe uma tarefa, oferece a possibilidade de socialização cooperativa, o que, a nosso ver, ajudaria o resgate de tais pacientes de seu recolhimento narcísico.

O local de realização do grupo é uma sala ampla e arejada do prédio da Associação Atlética da Universidade Federal de São Paulo, utilizada para ginástica e lutas marciais. Retiramos os pacientes do ambiente hospitalar, onde o que prevalece é a doença, para nos reunirmos num ambiente onde o corpo é visto e reconhecido como saudável, capaz de criar outras coisas que não apenas doença.

As atividades propostas são: discussão sobre fotografia, quadros, filmes, textos (poemas, crônicas,...), enfim, atividades através das quais os pacientes possam expressar-se, projetar-se na folha de papel, no papel da fotografia, no espelho, na tela do quadro. O objetivo da utilização dessa técnica é favorecer a continência e a nomeação, pelo grupo e pelo paciente, dos conteúdos projetados.

Não é possível eliminarmos a dor e o sofrimento, uma vez que são inerentes à vida. Mas podemos transformar a dor e o sofrimento em insumos para a vida, para o trabalho e para a criatividade. Esse é nosso objetivo com o grupo *TransformAdor*.

Fragmento de sessão

Neste encontro, que contou com a presença de C. e D., um grupo apenas de mulheres foi con-

»
Não é possível eliminarmos a dor e o sofrimento, uma vez que são inerentes à vida. Mas podemos transformar a dor e o sofrimento em insumos para a vida, para o trabalho e para a criatividade. Esse é nosso objetivo com o grupo TransformAdor.

figurado (o paciente do sexo masculino faltou a essa sessão). Iniciou-se uma discussão sobre o transporte público e suas péssimas condições. Discutiu-se também um pouco sobre a questão das eleições. Foi falado sobre o fato de que se o país fosse como os políticos pregam as coisas no Brasil andariam melhor, mas a realidade é outra.

Conversaram ainda sobre a história de D., que estava quase tendo alta do ambulatório, e de sua “saga” por hospitais e médicos, quando teve de voltar a essa rotina devido ao acidente que seu irmão, de 39 anos, sofreu. Há três anos, ele passou por uma tentativa de assalto e acabou levando um tiro na cabeça, que deixou várias sequelas: na visão, no labirinto, na continência urinária, na audição. E, desde então, quem cuida dele é D., que deixa sua vida de lado para levá-lo a médicos e ajudá-lo em casa. C. contou também, um pouco, sobre sua experiência como cuidadora da mãe desde quando esta adoeceu, até ela falecer. Apesar da dificuldade de cuidar da mãe, dos filhos e da casa, orgulhava-se por “tirar de letra”.

Quando encerrado o assunto, foi proposta a seleção de uma, entre três gravuras de Lasar Segall, para uma discussão. A gravura selecionada foi um quadro de 1931, chamado *A maternidade*. No quadro havia uma mulher com o filho no colo num cômodo de uma casa. O quadro foi pintado em tons pastéis do bege ao cinza azulado. Em algumas poucas partes havia cores mais escuras, chegando ao preto.

15 S. Freud, *Introdução ao narcisismo*.

16 Esse exercício de observação da gravura foi tirado do próprio Museu Lasar Segall, onde há uma proposta interativa de observação dos quadros; trata-se de um exercício instrutivo que ensina a “ler” um quadro.



Lasar Segall. *Maternidade*. Óleo sobre tela, 54 x 73cm, 1931. Acervo do Museu Lasar Segall – IBRAM/MinC

Foi proposto um exercício de observação¹⁶ a partir de algumas questões, como, por exemplo: onde está mais iluminado, contraste de cores, quantas figuras há na tela, visualização das linhas que definem as figuras, expressão das figuras. E logo após foi pedido para que C. e D. inventassem uma história daquela imagem, daquelas personagens.

C. iniciou associando sobre o local, que parecia tratar-se do interior devido aos móveis rústicos, e à indumentária da mãe. Fala com a qual D. não concordou, pois no interior, na roça, não há muitas pessoas que possuem sofás, local onde a mãe estava sentada com o bebê no colo. D. disse também que não se tratava de uma cidade grande, mas de uma cidade pequena.

C. prosseguiu falando sobre a mãe, que estava com um olhar que não era triste, nem preocupado, parecia mais perdido, talvez olhando

por uma janela, que possivelmente havia no cômodo na direção de onde vinha a luz. Falou também sobre a falta de divisão no quadro, em termos de delimitação de linha grossa, entre o ventre da mãe e filho, o que fazia parecer que os dois estavam muito juntos. Ainda sobre a mãe, C. fala que, apesar de não usar aliança, ela é casada, e que carrega no colo seu primeiro filho, envolvido por suas grandes mãos. Também repara na diferente iluminação do seio da figura da mãe, que acaba por delimitá-lo muito bem, fazendo-o sobressair-se.

D. fala pouco, mais ouve, observa e sorri. Ela concorda com C. Também imagina que essa figura feminina seja casada e acrescenta que poderia ser evangélica, pois sua roupa recatada lembra as vestimentas das pessoas que seguem essa religião. Nesse momento, D. fala sobre como isso a lembrava sua casa, sua mãe e seu

pai, que era muito rígido com as roupas e os acessórios de sua mãe.

Ao final, após uma observação feita pela estagiária sobre a posição da mão do bebê, que estava chupando o dedo, D. lembrou que sua filha chupou o dedo até os três anos, o que a prejudicou muito na dentição.

Para Kaës, “o grupo é a encenação e a construção de um aparelho psíquico grupal, pela razão de que o aparelho psíquico ‘individual’ é ele próprio construído como a interiorização de uma organização grupal”¹⁷, sendo as fantasias originárias dotadas de uma estrutura grupal. No grupo, a fantasia não é simplesmente um denominador comum, efeito de identificação por ressonância entre seus membros. A fantasia é construída e encenada no grupo; oferece uma estrutura grupal que permite organizar lugares subjetivos nos quais os sujeitos irão se colocar ou não, com o risco de “sacrificar temporariamente a realização de sua fantasia pessoal com a exigência de encontrar um lugar na cena fantasmática do grupo”¹⁸. Assim, através de um contrato narcísico e um pacto denegativo, o grupo garante a organização de uma fantasia comum partilhada.

As pacientes iniciaram a atividade discorrendo com relação ao local onde se encontravam as figuras da gravura, mas logo compactuaram com o olhar perdido da mãe e a falta de divisão entre parte de seu corpo e de seu filho, revelando assim uma fantasia de simbiose, descrita por McDougall: “a nostalgia de um retorno a essa fusão ilusória, o desejo de tornar-se mais uma vez parte desta mãe-universo onipotente do início da infância, sem nenhuma frustração, nenhuma responsabilidade, nenhum desejo, jaz profundamente enterrada no fundo de cada um de nós”¹⁹. Ambas partilham dessa fantasia grupal, estabelecendo rapidamente um contrato narcísico de fusão, ao mesmo tempo que estabelecem o seu

17 R. Kaës, “O grupo e o sujeito do grupo, elementos para uma teoria psicanalítica do grupo”, p. 179.

18 R. Kaës, *op. cit.*, p. 182.

19 J. McDougall, *op. cit.*, p. 33.

»
“o grupo é a encenação e a construção
de um aparelho psíquico grupal,
pela razão de que o aparelho psíquico
‘individual’ é ele próprio construído
como a interiorização de
uma organização grupal”

[René Kaës]

negativo, ou seja, aquilo que deve ser denegado pelo contrato inconsciente entre os sujeitos, no caso, o lugar e a função paterna. A personagem imaginada pelas pacientes é casada mas não usa aliança, ou seja, o lugar simbólico reservado ao marido/pai lhe é destituído. Entretanto, faz-se um movimento grupal nessa direção e aparece uma figura paterna, ainda que repressora e rígida, na forma daquele que repreende a mulher sexuada. Ou, ainda, na figura dos dentes que se vêm prejudicados por um excesso de dependência e um retardo da autonomia. Curiosamente, o paciente homem do grupo, W., faltou a essa sessão fazendo-se presente, na cena construída, pela sua ausência.

Do ponto de vista individual, algumas informações ajudam o leitor a compreender a montagem da cena grupal. A paciente C., que dizia tirar de letra o cuidado dos filhos e da mãe doente, procurou o serviço por causa de uma dor abdominal que sente desde que entregou seus quatro filhos à adoção. A paciente não consegue relacionar esse fato com suas dores, sendo que o ponto da gravura no qual ela percebe uma indistinção entre a mãe e o bebê encontra-se justamente no ventre da mãe. D. por sua vez compra essa ideia que remete tanto à sua relação com seu irmão, quanto à relação com sua filha, ambos, simbioticamente, dela dependentes. W., por sua vez, não conseguiu sair da casa da mãe e casar-se, pois seu pai os abandonou quando ele tinha 11 anos, momento a partir do qual passou



*a própria atividade imaginativa
sobre o objeto mediador pode ser
transformada sem que os pacientes
falem diretamente sobre sua história
ou experiências pessoais,
e sem que o analista faça
qualquer referência a isso*

a sentir-se responsável pela segurança e proventos de sua família.

Vacheret²⁰ aponta para a necessidade de utilizar dispositivos psicanalíticos alternativos quando se trata de patologias contemporâneas, os chamados casos difíceis. A autora também utiliza em seus grupos fotografia, pintura ou escultura, e os chama de objeto mediador. O objeto mediador oferece uma superfície de projeção de afetos que resiste aos ataques de inveja, raiva e violências. Cada membro do grupo deposita no objeto seu próprio imaginário, e a diversidade e a pluralidade dos imaginários facilitam o trabalho do pré-consciente de cada um, que assim pode associar os conteúdos que surgem no grupo à sua própria história. Para a autora, as três constantes de uma análise individual – associação livre, análise da transferência e interpretação – são dificilmente aplicáveis a esses pacientes, por conta das falhas no funcionamento do pré-consciente, conforme apresentamos no início do artigo. O dispositivo grupal favorece que se produza o que Kaës²¹ chamou de um espaço psíquico comum e compartilhado que estimula o trabalho do pré-consciente.

Baseando-se nas concepções de Freud sobre a transferência, Vacheret afirma que numa análise individual de um paciente neurótico a transferência se dá à medida que o paciente atualiza com a figura do analista vínculos e sentimentos de seu teatro interior. O analista é “como se fosse seu pai ou sua mãe”. Para os pacientes em grande

sofrimento mental esse tipo de jogo que metaforiza a ligação ao objeto transferencial não é possível. Como dito acima, a transferência é maciça e paralisante, não há “como se”, o que impede o analista de qualquer interpretação metafórica. Nesses casos, a transferência não funciona de maneira metafórica, por condensação e deslocamento de personagens internos na figura do analista, mas funciona por uma espécie de depósito da violência interna do paciente para dentro do analista. O dispositivo grupal ameniza essa carga transferencial na medida em que difrata²² a transferência sobre todos os membros do grupo e sobre o objeto mediador (no nosso exemplo a atividade de observação da gravura e construção de uma história sobre a mesma), aliviando a carga dirigida ao analista. Dessa maneira, os movimentos pulsionais violentos, agressivos e desestruturantes são mais bem suportados no grupo do que em atendimentos individuais.

Ainda segundo Vacheret, os pacientes que se utilizam da transferência por deposição não suportam a violência da interpretação do depositado, ora se são depositados, mesmo sem saber, justamente por não aguentarem essa carga. Já que não há como devolver a interpretação desse conteúdo violento, o analista não tem como reatualizar/ressignificar o afeto do paciente. A própria atividade imaginativa sobre o objeto mediador pode ser transformada sem que os pacientes falem diretamente sobre sua história ou experiências pessoais, e sem que o analista faça qualquer referência a isso, ainda que ele pense em alguma ligação desse tipo, como o fizemos no exemplo acima descrito. Assim, ocorre a transformação das sensações em representações e pensamento, no decorrer do cumprimento da tarefa e na própria organização do trabalho grupal, sem que nenhuma interpretação direta e pessoal precise ser dita.

Finalizando, alguns autores vêm problematizando a questão da subjetivação contemporânea na cultura atual. Por exemplo, Alonso²³ questiona a subjetividade moderna construída a partir da lógica do consumo, na qual a “fal-

ta de figura identificatória paterna” se faz sentir “em certas formas de patologias que se multiplicam na clínica”, o que remete ao excesso de individualismo, causa de ruptura com os próprios pares, e da onipresença do narcisismo. Birman aponta para o mal-estar na cultura contemporânea mostrando novas formas de subjetivação, que privilegiam – segundo a cultura do narcisismo proposto por Larsh e a sociedade do espetáculo proposta por Debord – o autocentramento e a exterioridade. Dessa forma, “os destinos do desejo assumem, pois, uma direção marcadamente exibicionista e autocentrada, na qual o horizonte intersubjetivo se encontra esvaziado e desinvestido das trocas inter-humanas. Esse é o trágico cenário para a implosão e a explosão da violência que marcam a atualidade”²⁴. E Gorer²⁵, que afirma que o tabu sexual vigente até o século xx foi deslocado para o tabu da morte.

Para ilustrar, lembramos aqui o filme japonês *A partida*. Apresenta-se a história de um homem que trabalha numa agência funerária, cumprindo um ritual de vestir e maquiar os cadáveres, ritual anteriormente realizado pelos familiares do morto. O filme representa com muita beleza o tabu da morte na cultura atual e como a sociedade deixa os cuidados funerários do ente querido perdido nas mãos de profissionais. Não podemos tocar a morte, a morte e seus equivalentes simbólicos: perdas, lutos, aposentadoria, desemprego, o paciente que abandona o

»
considerando a cultura atual e suas decorrentes formas de subjetivação – mundo mais de Narcisos, do que Édipos –, o dispositivo grupal funcionaria como uma espécie de antídoto frente ao narcisismo

processo analítico, o torpedo não respondido, o filho que não vai bem numa prova, um amor não correspondido, balada sem beijo. Não podemos tocar a morte numa cultura cujo ideal exigido é de felicidade permanente. Onde podemos concluir que a somatização, como patologia decorrente das formas de subjetivação atuais, narcísicas, está para o tabu da morte assim como as neuroses, edípicas, estavam para o tabu sexual na Viena do século XIX, no sentido da denúncia que esses pacientes realizam. Se, por um lado, eles entregam seus corpos aos cuidados médicos, por outro denunciam que mesmo a extensa e tecnológica medicalização da sociedade não é capaz de suprimir certos *males*. Os pacientes não esquecem e não deixam esquecer a morte.

Considerando a cultura atual e suas decorrentes formas de subjetivação – mundo mais de Narcisos, do que Édipos –, o dispositivo grupal funcionaria como uma espécie de antídoto frente ao narcisismo, uma vez que convoca o sujeito, retirando-o de seu enclausuramento narcísico e remetendo-o ao convívio intersubjetivo. O dispositivo grupal perde, então, sua conotação de *terapia para pobres em instituições públicas* e ganha uma indicação terapêutica, precisa, respaldada pela teoria psicanalítica e em consonância com a cultura contemporânea.

20 C. Vacheret, “Pathologies contemporaines, dispositif contemporains. Quelques réflexions théoriques pour penser les dispositifs groupaux: nouvelles pratiques et problématiques”.

21 R. Kaës, *A polifonia do sonho*, p. 91.

22 Difração é definida por Kaës como um modo de figuração no qual “diferentes membros de um grupo podem representar para um sujeito diferentes aspectos de seu universo interior. Tratar-se-ia... de uma projeção difratadora... uma descondensação que beneficia o deslocamento”, in: R. Kaës, *O grupo e o sujeito do grupo, elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*.

23 S. L. Alonso, *A função do pai e os ideais no mundo contemporâneo*, p. 119.

24 J. Birman, *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*, p. 24.

25 G. Gorer, *apud* P. Áries, *Western attitudes toward death, from the middle ages to the present*.

Referências bibliográficas

- Alonso S. L. (2007). A função do pai e os ideais no mundo contemporâneo, *Percurso* n. 39, São Paulo.
- Áries P. (1974). *Western Attitudes toward death, from the middle ages to the present*. John Hopkins University Press.
- Birman J. (2005). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Bombana J. A. (2000). Somatização e conceitos limítrofes: delimitação de campos. *Psiquiatria na Prática Médica*, Departamento de Psiquiatria – UNIFESP/ EPM. v. 33, n. 1, jan./mar.
- Freud S. (1894/1974) Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada Neurose de Angústia. In: *Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, vol. III.
- _____. (1900/1974) A interpretação dos sonhos. In: *Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, vol. IV, p.602-3.
- _____. (1914/1974) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, vol. XIV.
- _____. (1920/1974) Além do princípio do prazer. In: *Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, vol. XVIII.
- Dejours, C. (1993). *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas.
- 86 _____. (1988). *O corpo entre biologia e psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- Inglez-Mazzarella T. (2006). *Fazer-se herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações*. São Paulo: Escuta. 176 p.
- Kaës R. (1997). O grupo e o sujeito do grupo, elementos para uma teoria psicanalítica do grupo. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____. (2004). *A polifonia do sonho: a experiência onírica comum e compartilhada*. São Paulo: Idéias e Letras.
- Marty P. (1998). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____. (1998). La relación de objeto alérgica. In: *Pierre Marty y la psicossomática*, Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1985). *El orden psicossomático*. Buenos Aires: Amorrortu.
- McDougall J. (1991). *Teatros do corpo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vacheret C. (2008). Pathologies contemporaines, dispositif contemporains. Quelques réflexions théoriques pour penser les dispositifs groupaux: nouvelles pratiques et problématiques. *Conférence préalable au Congrès de psychanalyse de configurations de liens*, 14 Mai 2008 à Buenos Aires AAPPG.

Perspectives on somatization processes

Abstract In this paper we describe how the “Programa de Atendimento e Estudos de Somatização” from Psychiatric Department of the UNIFESP HSP has been structured to attend patients who suffer from somatization, using psychoanalytic theory and techniques. As a clinical illustration we present the psychotherapeutic process of a group of patients.

Keywords psychoanalytic psychosomatic; somatization; psychotherapeutic group.

Texto recebido: 1/2009

Aprovado: 8/2009