

Enfermidade psicossomática e relacionamento conjugal

Gley Silva de Pacheco Costa¹

Resumo: O autor destaca que nos relacionamentos conjugais em que um dos membros apresenta manifestações psicossomáticas, predomina um funcionamento narcisista fundamental que gera interações fusionais e adesivas, nas quais as individualidades se tornam indefinidas e, no lugar de uma intersubjetividade, observa-se uma transubjetividade. O enfoque teórico dessas patologias é o das neuroses atuais e traumáticas nas quais predomina uma condição tóxica, cuja manifestação clínica é a angústia automática. Para dar conta dessas patologias, impõe-se a necessidade de um referencial que permita ampliar a psicanálise para uma mente cuja lógica não é a do prazer-desprazer de uma erogeneidade representada, mas a da tensão-alívio de descargas, obviamente, muito mais primitiva.

Palavras-chave: Angústia automática. Apego desconectado. Desvalimento. Enfermidade psicossomática. Falhas subjetivas. Relacionamento conjugal. Sentimento de identidade. Transubjetividade.

Para abordar psicanaliticamente a enfermidade psicossomática no âmbito do relacionamento conjugal, faz-se necessário estabelecer de início uma diferença muito importante entre os conceitos de intersubjetividade e transubjetividade.

A *intersubjetividade* faz referência à transcrição subjetiva do que se intercambia entre os sujeitos. Implica um espaço de transformação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento de uma barreira que sustenta a diferença entre os indivíduos.

Em troca, no caso da *transubjetividade*, o que se produz é uma abertura máxima das subjetividades, de modo tal que ficam parcialmente abolidos os limites que as diferenciam. Assim sucede, por exemplo, nos casos de pânico ou de histeria cole-

¹ Membro fundador, Titular e Didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre (SBPdePA).

tiva, quando se produz um atravessamento que borra os limites do *self* e do objeto.

A transsubjetividade corresponde a um funcionamento narcisista fundamental que gera relacionamentos fusionais e adesivos, nos quais as individualidades se tornam indefinidas. Esses relacionamentos se caracterizam por um verdadeiro aferramento ao outro, sendo esse outro aquele do qual não se pode separar, porque permite sustentar uma frágil ilusão de existência.

Essa situação denuncia um sentimento de identidade falho e opera como uma tentativa de substituição do sentimento de si, anterior ao sentimento de ter. Trata-se de uma forma de aderência a um corpo alheio, no qual são captados seus ritmos pulsionais, entre os quais a respiração e os batimentos cardíacos, configurando um vínculo visceral.

Nos casos mais regressivos, o indivíduo se liga ao outro como se fosse uma *ventosa* (de acordo com o modelo orgânico respiratório) ou como uma *sanguessuga* (de acordo com modelo orgânico cardiocirculatório), representando um apego mediante o qual o indivíduo procura apropriar-se da vitalidade do outro.

Deve-se chamar a atenção para o fato de que esse modelo de vinculação se relaciona com uma forma da percepção que não discrimina traços qualitativos diferenciais, constituindo, de acordo com Freud (1895), uma percepção sem consciência.

Quando essa forma de apego se desestrutura, é frequente aparecer um estado hemorrágico libidinal extremo que mergulha o anímico do indivíduo em uma situação de dor não qualificável, sem fim, que pode se evidenciar como um estado de apatia duradoura. Esse quadro se afigura muito tipicamente nos casais em que um dos membros apresenta manifestações psicossomáticas.

Por meio das histórias que esses casais nos contam, tomamos conhecimento de que o membro que apresenta um componente psicossomático mantém em relação ao outro condutas servis, de quase ou verdadeira submissão, mas caracteristicamente sem o registro subjetivo dessas ações. Simultaneamente, o outro é descrito como uma pessoa egoísta e voltada integralmente para as suas necessidades e para os seus desejos.

Esse padrão de relacionamento costuma gerar no psicossomático uma mistura de cansaço, impotência, sensação de se encontrar sem saída e profundo incômodo. No entanto, não se observam juízos críticos sobre esses fatos, apenas a descrição de realidades cotidianas, nas quais a parte do indivíduo que sente parece ter desaparecido. Isso ocorre porque o apego, nesses casos, encontra-se acompanhado de uma falta de registro daquilo que remete ao subjetivo: o mundo dos afetos.

Não obstante, essas cenas carentes de afeto podem repercutir no registro transferencial, produzindo no analista respostas anímicas que os pacientes não registram em si mesmos, como raiva, sentimento de humilhação, angústia, etc.

Quando nos questionamos sobre quem é o outro para o paciente psicossomático, nos damos conta de que se trata de um personagem idealizado, com características tirânicas e irracionais que Maldavsky (1995), que estuda as enfermidades psicossomáticas no marco das patologias do desvalimento, denomina de *déspota louco*. Enquanto isso, o lugar que ocupa no vínculo aquele que sofre a patologia orgânica é o de quem carece em seu mundo interno de um objeto empático. Parece ser a partir dessa posição que ele mesmo se sustenta e sustenta o lugar do outro, a quem nos apresenta como um objeto que, não obstante, não o satisfaz.

A pergunta que, então, se impõe é a seguinte: Por que o psicossomático segue mantendo a relação com o seu cônjuge, se parece não haver possibilidade de obter uma satisfação nesse vínculo?

Devemos levar em conta que são casais que procuram estabelecer um nível de equilíbrio mediante o qual buscam restaurar as falhas subjetivas de cada um dos integrantes. No caso do psicossomático, a manutenção desse equilíbrio implica que tais vínculos estejam marcados por um apego *desafetivado* – que Maldavsky (1995) chama de *apego desconectado*, ou seja, uma relação em que os afetos não são tolerados porque ultrapassam as capacidades de integração do ego, tornando-se, por conta disso, traumáticos.

Aquele a quem o psicossomático se adere encontra-se colocado no lugar de um duplo, com o qual ele consegue manter uma imagem ilusória de onipotência na medida em que sustenta o vínculo com ele.

Na clínica, é indispensável reconhecer esse aspecto, pois ele representa um ponto de risco a ser levado em consideração, uma vez que, afirmados nesse estado, os pacientes psicossomáticos podem ultrapassar seus limites orgânicos, tendo em vista se adequar a uma posição passiva, na qual o ego, aferrado a uma dor não sentida, oferece-se às descargas pulsionais do outro.

Complementarmente, o cônjuge do psicossomático é alguém que não pôde se constituir como sujeito para a sua própria vida pulsional e, portanto, tem comprometidos a sua própria subjetividade e o lugar do outro como objeto.

O enfoque teórico dessas patologias é o das neuroses atuais e traumáticas, nas quais predomina uma condição tóxica, cujo indício clínico é a angústia automática, diferente da angústia sinal, típica das neuroses e psicoses.

Como resultado, a abordagem clínica desses pacientes não deve se centrar na interpretação dos derivados dos desejos reprimidos e também não deve ser coincidente com a análise das patologias narcísicas, como a depressão e as psicoses, embora se aproxime mais dessas últimas.

Em outras palavras, precisamos modificar a técnica analítica no que diz respeito à associação livre por parte do paciente e à atenção flutuante por parte do

analista. Quem sabe caiba aqui o conceito de *atenção flutuante perceptiva*, de Botella (1997).

Esses pacientes carecem de vida simbólica e nos chamam a atenção pela ausência de afeto em seus relacionamentos e pelo apego a um mundo no qual as frequências e quantidades encontram-se no lugar das qualidades afetivas diferenciais. Nas palavras de De M'Uzan (1994), são verdadeiros *escravos da quantidade*. Como decorrência disso, apresentam-se com um pensamento desprovido de valor libidinal e que não permite a exteriorização da agressividade. Podemos considerar tal pensamento uma modalidade do processo secundário em virtude de sua orientação para a realidade objetiva e do afã da casualidade, da lógica e da continuidade.

No entanto, essa forma de pensamento secundário, que se aferra a coisas e não a conceitos abstratos nem a produtos da imaginação, sugere a precariedade da conexão com as palavras desses pacientes em função do isolamento do inconsciente, assim como a existência de fixações em níveis arcaicos de desenvolvimento. Nossa hipótese é que o problema remonta às primeiras semanas de vida do indivíduo, durante as quais não pode contar com a ajuda de um contexto empático para dar conta dos estímulos internos e externos, correspondendo a uma falha da função materna propiciadora de trocas libidinizantes que dão vida a um corpo erótico a partir do corpo biológico do recém-nascido.

O que desejamos enfatizar é que, do ponto de vista teórico, as patologias psicossomáticas diferem das neuroses, psicoses e perversões, e, para dar conta delas, impõe-se a necessidade de um referencial que permita ampliar a psicanálise para uma mente cuja lógica não é a do prazer-desprazer de uma erogeneidade representada, mas da tensão-alívio de descargas, destituída de subjetividade, configurando uma *clínica da excitação*, nas palavras de Tabacof (2014).

Por esse motivo, interpretações que procuram conferir um sentido simbólico ao material apresentado na sessão não surtem qualquer efeito ou até mesmo soam como algo estranho ao paciente. Diante disso, seria necessário complexizar a questão da técnica a ser empregada, uma vez que tais pacientes não se beneficiam com o modelo tradicional, baseado no eixo transferencial-contratransferencial.

De fato, nesses casos não há o que interpretar, porque não se tratam de representações que sucumbiram à repressão, mas de representações rompidas, destruídas, sem qualquer compensação ou simplesmente ausentes. Em vez de interpretar, pedimos ao paciente que dê nome ao que experimenta em relação ao seu corpo e à sua relação com os outros, que descreva reiteradamente o evento tóxico ou traumático, além de elementos da sua história, da atividade profissional, e assim por diante. Como propôs Marty (1990), é preciso desenvolver a *arte da conversa*.

Com isso, busca-se servir de complemento para aquilo que o paciente não dispõe: um aparelho para sentir os sentimentos ou, dito de outra forma, dar sentido às suas percepções e, dessa forma, fazer circular a libido, origem da representação e da subjetividade. Isso significa que o indivíduo dominado pela pulsão de morte necessita de alguém que o auxilie empaticamente a processar o excesso de energia que arrasou a sua subjetividade e a quebrar o ciclo de tensão-alívio.

O objetivo, portanto, é modificar a situação econômica, a fim de restaurar o predomínio de Eros e da pulsão de autoconservação, para que o paciente acumule energia de reserva para realizar ações específicas, e a libido, a vida, possa tramitar em seu interior.

Freud (1933[1932]) deu o nome a uma manifestação de Eros de *pulsão de cura*, a qual funciona como o principal aliado dos esforços do analista durante o tratamento de qualquer paciente. Ele consignou que a pulsão de curar pode ser complementada pelas intervenções oportunas do analista dirigidas ao consciente do paciente, a fim de favorecer o desenvolvimento desse processo que ocorre no domínio da repetição. Isso será possível nos quadros que estamos enfocando, porque tanto as patologias somáticas como as traumáticas não estão constituídas apenas de um elemento, mas de um conjunto deles, como são exemplos o complexo traumático, nas patologias traumáticas, e o excesso de investidura nos órgãos resultantes da falta de um contexto acolhedor nas primeiras semanas de vida que, nas patologias tóxicas, leva à desvitalização.

O trabalho analítico nessas patologias consiste, portanto, na substituição de alguns desses elementos por outras modalidades de intercâmbio cujo modelo é a própria relação terapêutica que estabelece. O que muitas vezes surpreende o analista é descobrir que suas intervenções, de alguma maneira, são do conhecimento do paciente, mas se encontram desarticuladas. Por isso, a meta não é fazer consciente o inconsciente, mas valorizar os pensamentos conscientes e pré-conscientes existentes. Esse incremento do pensamento constitui parte da pulsão de curar do paciente, aliada ao trabalho do analista.

Desse modo, pelo caminho do pensamento, o paciente pode dispor de recursos para destinar a atenção para aquelas situações nas quais não leva em conta suas manifestações corporais ou para determinados eventos que desencadeiam uma vivência traumática, que determinam comportamentos repetitivos a serviço da pulsão de morte, os quais Szwek (1998) denominou de *procedimentos autocalmantes*. Um desses recursos é a antecipação de problemas futuros, que o levarão, por exemplo, a uma crise hipertensiva ou a um ataque de pânico.

O corpo, a vida somática e o trauma interessam à análise, particularmente na medida em que são capazes de se fazerem representar enquanto objeto psíquico.

Um mundo que se pode explicar, ainda que com maus argumentos, diz Camus, pelo menos é um mundo familiar. Pode ser que o analista reaja ao inexplicável soma dos pacientes psicossomáticos como uma afronta à sua onipotência interpretativa, o que o expõe ao perigo de subestimar o psicossoma quando o soma se comporta de maneira a colocar-se fora da influência do processo analítico, ou do seu domínio, dando a impressão de que é inacessível a métodos tão bem-sucedidos em relações a outras patologias de características neuróticas, psicóticas ou perversas. Resulta dessa situação, o perigo de o analista apresentar uma surdez empática.

Pois, como pergunta McDougall (1978), “por que procurar no escuro um gato que não está aí?” É ela mesma que responde:

Se o analista mantiver a função clássica de superfície refletora diante das dimensões falhas ou ausentes da experiência psíquica e das vivências somáticas e traumáticas de seus pacientes – isto é, se ele se obstinar em manter o espelho sempre no mesmo lugar e ângulo –, não poderá refletir senão o nada constituído pela representação ausente e pelo afeto sufocado (p. 142).

Convém, portanto, distinguirmos a falta capaz de significação, que induz ao desejo e à criatividade desse nada irrepresentável, indizível, metáfora da morte, terreno do limite do analisável, para o qual De M'Uzan propõe um cuidado de *beira do abismo* e Marty a prudência de um *desarmador de minas*, como lembrou Tabacof.

Como ponto final, queremos alertar que essas características vinculares observadas nas patologias psicossomáticas não se restringem ao paciente e ao seu cônjuge; elas incluem as relações familiares e profissionais, além, obviamente, a relação com o analista. Como resultado, no atendimento desses pacientes, podemos observar em nós mesmos uma série de manifestações, tais como sonolência durante a sessão, insônia noturna, taquicardia, manifestações alérgicas, estados de esgotamento, tonturas e sentimentos de fúria contra o paciente ou, opostamente, indiferença incrédula quando ele descreve situações penosas, o que corresponde a deixar o paciente à sua própria sorte.

Psychosomatic disease and couple relationship

Abstract: The author points out that in marital relationships in which one member has psychosomatic manifestations, dominates a fundamental narcissistic operation that generates fusional and adhesive interactions, in which the individuality become undefined and in place of a intersubjectivity, there has been a transubjectivity. The theoretical fo-

cus of these pathologies is the current and traumatic neuroses, in which predominates a toxic condition, whose clinical manifestation is automatic anxiety. To account for these diseases, it must be the need for a reference so as to increase psychoanalysis for a mind whose logic is not the pleasure-displeasure of a represented erogeneity, but the tension-relief discharges, obviously, much more primitive .

Keywords: Attachment disconnected. Automatic anxiety. Helplessness. Identity feeling. Marital relationship. Psychosomatic illness. Subjective failures. Transsubjectivity.

Referências

BOTELLA, C.; BOTELLA S. **Más allá de la representación**. Valencia: Promolibro, 1997.

FREUD, S. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: **Obras completas**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

_____. (1933[1932]). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. In: **Obras completas**. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Originalmente publicado em 1990.

MCDUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. Originalmente publicado em 1978.

MALDAVSKY, D. **Pesadillas en vigília: sobre neuroses tóxicas y traumáticas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

M'UZAN, M. **La bouche de l'inconscient: essais sur l'interprétation**. Paris: Gallimand, 1994.

SZWEC, G. **Les galeries volontaires: essais sur les procedes autocalmants**. Paris: Presses Universitaires de France, 1998.

TABACOF, D. **Psicossomática psicanalítica hoje: o modelo pulsional da Escola de Paris**. Palestra apresentada I Jornada de Psicossomática Psicanalítica da SBPSP. São Paulo, 2014.

GLEY SILVA DE PACHECO COSTA
Rua Mariante, 288 1308
90430-180 Porto Alegre - RS - Brasil
e-mail: gley@terra.com.br