

Testemunho:

Dois momentos de uma psicanalista – duas pacientes com desejos e necessidades distintas

Anna Lucia Melgaço Leal Silva¹

RESUMO O trabalho apresenta duas situações clínicas experienciadas pela analista com pacientes com sintomatologias diferenciadas, mas entrelaçadas em seu histórico, a partir de um curioso tipo de encaminhamento. A autora relata um relacionamento analítico em sua duração de oito anos, de frequência semanal de quatro sessões por semana, com uma paciente profissional da área de psicologia que, ao final dessa relação, curiosamente indica outra paciente para dar início a um tratamento. A intensidade e contundência das questões psicossomáticas da segunda paciente nos levaram a pensar na importância da investigação dos fatores pré e perinatal como relevantes no tratamento do ser psicossomático, com doenças somáticas ou não. Igualmente, o encontro psicanalítico demonstra que esta relação pode promover o surgimento de um envelope afetivo onde parecia existir anteriormente somente um corpo biológico, dissociado da psique, levando à atenuação dos sofrimentos físicos. As duas pacientes chegaram à análise com muito sofrimento, cada uma ao seu jeito. As duas pacientes saem do tratamento com vivências e reconhecimentos importantes. A analista, por sua vez, chegou ao final de cada tratamento com a certeza de que havia sofrido modificações significantes, não só emocionalmente, como também em sua maneira de abordar seus encontros terapêuticos.

PALAVRAS-CHAVE: psicossoma; manejo; setting.

1. Membro Efetivo da SBPRJ, *full member* IPA, membro da FEPAL, membro de enlace COWAP, membro do Board Latino-americano de Winnicott, pós-graduada em Psicologia Médica e Psicossomática, organizadora dos livros: *Winnicott - Seminários Cariocas*, editora Thieme Revinter, Rio de Janeiro, 2008, e *Winnicott: Integração e Diversidade*, editora Prospectiva, Rio de Janeiro, 2018.

Introdução

*“Há muito mais continuidade entre a vida intrauterina e a primeira infância do que a impressionante cesura do ato de nascimento nos teria feito acreditar”
(Freud, 1926[1925]/1976b, p.162)*

“[...] nada há a ganhar discutindo-se a data em que começa a pediatria psicossomática, ou a própria natureza humana. A única data segura é aquela da concepção” (Winnicott, 1990, s.p.)

Apoiada em autores estudiosos das questões da vida pré e perinatal, como em minha própria observação da relação mãe-bebê durante dois anos²; no acompanhamento como supervisora de grupos de observação da relação do par; em minha experiência clínica e no caso clínico aqui descrito, conjecturei o início das vicissitudes do ser psicossomático ainda no ventre materno, destacando o “psiquismo” pré e perinatal.

O presente trabalho se propõe a dar validade a essa conjectura através de uma reflexão sobre a relevância das experiências “vivenciadas” no meio ambiente pré e perinatal no desenvolvimento do ser psicossomático, seu comportamento e escolhas afetivas, e suas doenças somáticas. Procura demonstrar que a relação analítica pode promover o surgimento de um afeto onde antes existia somente um corpo biológico, levando à atenuação dos sofrimentos físicos e limitando a prática da cura dos sintomas pela medicalização.

O trabalho terapêutico com o ser psicossomático Ada foi escolhido para sustentação dessas ideias porque o material analítico e biográfico da paciente foi bastante oportuno para aprofundar essas questões. Baseada nesta

2. A observação da relação mãe-bebê é um dos cursos curriculares fundamentais que integram o programa no Instituto de Formação Psicanalítica da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (SBPRJ).

experiência, indicarei a técnica do manejo³ e do *setting* modificado⁴ como as mais adequadas para acompanhar esse tipo de paciente, que se encontra geralmente em estado mais regredido, necessitando de uma escuta mais sensibilizada por parte do terapeuta, aliada a uma postura mais flexível adaptada às necessidades do paciente, que reage com a formação de sintomas somáticos às exigências pulsionais e do ambiente externo, para as quais não encontra uma saída pelo “corpo simbólico”.

A relevância das questões suscitadas por este trabalho é que esta terapêutica se torna menos agressiva ao corpo orgânico, já tão combalido pela própria doença, trazendo, ainda, possibilidades de o doente poder expressar psiquicamente seus sofrimentos, passando a se utilizar menos da comunicação – (ato) corporal.

Estarei acompanhada nesse percurso por alguns mestres da literatura psicossomática, como J. McDougall (1983), que alertava os psicanalistas a prestarem atenção ao tipo de escuta com que “ouviam” o corpo dos seus pacientes e as mensagens mudas emitidas pelo soma; assim como Pierre Marty (1993), que entendeu que a função materna⁵ deve prevalecer no início de inúmeras terapias, assim como por muito tempo, com os pacientes desorganizados e quase sempre com aqueles que são mal organizados mentalmente.

A narrativa da evolução deste trabalho se iniciará com a apresentação de uma situação original, que chamarei de “psiquismo pré-natal psicanalítico”, onde relato a origem do nosso contato, repleto de coincidências, entrelaçamentos e familiaridades, e que é a espinha dorsal desta discussão.

3. Técnica do manejo: conceito formulado por Donald Winnicott (1955[1954]/2000) e desenvolvido em toda sua obra como aquilo que, na clínica psicanalítica, se refere a uma conduta mais adaptativa por parte do analista às necessidades do paciente, que se encontra momentaneamente regredido à fase primitiva do seu desenvolvimento, chamada dependência absoluta. O analista oferece uma provisão ambiental que faltou ao paciente na sua evolução, que se assemelha aos cuidados maternos (*handling*).

4. *Setting* modificado: conceito formulado por Donald Winnicott (1955[1954]/2000), e desenvolvido em toda sua obra que compreende o *setting* analítico como um espaço de segurança e confiabilidade, promovendo uma adaptação ambiental nova e fidedigna, que possa ser usada pelo paciente para corrigir o fracasso adaptativo ambiental. O *setting* winnicottiano é um ambiente facilitador com um analista suficientemente bom, capaz e disponível para se adaptar às necessidades do paciente, oferecendo uma nova chance de desenvolvimento.

5. Função materna: segundo P. Marty (1993), são as possibilidades maternas do terapeuta, que consiste em um acompanhamento que margeia, segue ou precede de perto os estados e os movimentos do sujeito.

1. Relato da história clínica de Dorita

“O objetivo do setting analítico não é curar o paciente, e sim favorecer seu desenvolvimento pessoal. A cura, nós a encontramos na vida, nas transferências com os textos e suas relações” (Melgaço Silva, 1994)

1.1 A vida pré-natal psicanalítica de Ada inicia a partir do tratamento psicanalítico de Dorita

Há alguns anos, fui procurada por Dorita, paciente que me indicou para tratar a segunda paciente, por mim denominada Ada. Fui escolhida por Dorita após ministrar três seminários sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo de Donald Winnicott, na instituição psicanalítica em que D. estudava. D. também admirava muito a maneira criativa de uma amiga experimentar a vida. A amiga era minha paciente muito antiga.

Na entrevista inicial, D., visivelmente adoentada, conta-me sobre suas análises, dizendo que uma havia sido especial. Infelizmente, esse analista morreu de câncer, tendo D. participado de seu processo degenerativo, conseguindo se separar um pouco antes de sua morte. Seus sentimentos eram, neste momento, ambivalentes – sentia pena e saudade e raiva, pelo fato dele não a ter preservado de seu processo de finitude. Após a sua morte, D. fez mais algumas tentativas de análise, percebidas como fracassadas, pois não conseguiu estabelecer vínculos afetivos. Na época, assustei-me com a imensa responsabilidade de me manter viva para D., dentre outras questões.

Alguns dados da entrevista: Dorita chega pontualmente. É uma mulher elegante, magra e aparenta desconforto com um resfriado forte. Percebo que, para ela, torna-se muito importante falar das experiências com os três analistas anteriores, o que escuto atentamente. Para mim, isso significou que estava me dando um fio condutor, ou seja, como desejaria ser tratada por mim. A primeira analista costumava atrasar e muitas vezes isso se dava porque estava ao telefone. Quando D. esboçava alguma reclamação, a analista interpretava que *ela queria estar naquela cadeira*. O segundo analista, que a ouvia e com quem fez uma boa transferência, era um analista que havia morrido e que, ao final da análise, já bastante doente, era ela quem o ouvia. Trocaram de lugar. Passei a chamá-lo, para meus apontamentos, como também para algumas intervenções, de analista-morto. Fala, chorando, com tristeza, que percebeu na relação com ele que

ela não era tão difícil, que podia ser uma pessoa mais fácil, *quase normal*. Já o terceiro, *bateu de frente* e repetiu a primeira analista. Conseguiu sair da análise porque alegou não ter mais dinheiro para pagar. Os dois últimos analistas eram didatas de uma sociedade de psicanálise. E a primeira dizia pertencer a uma sociedade que ela descobriu mais tarde não ser verdade (conta o fato somente no final da entrevista).

Na família, com os pais, não podia ser ela mesma, tinha que mentir. Aprendeu que quando mentia as coisas eram permitidas. Sente a mãe como *obsessiva*, as prateleiras tinham que ficar arrumadas e de vez em quando jogava as coisas do armário de seu quarto no chão para ela arrumar novamente. Sentia muita raiva. Mas, no fundo, fazia o que queria, porque não contava para eles os seus segredos.

Iniciou um namoro com o atual marido sem contar aos pais que ele era desquitado. Os pais só passaram a falar com ele depois que *se casaram no papel*. Conta, chorando muito, que até hoje tem mágoa e que é muito ruim *a pessoa não ser aceita pelo que é*. Percebe no filho muitos aspectos que a incomodavam no irmão que mudou muito (pessoa complicada, pouco confiável). Tenta *pegar leve e não ficar aflita, porque acha que o filho vai dar certo*. Os filhos têm ciúmes entre si (tem uma menina mais nova) e isso a deixa infeliz.

Tocada pelo grande sofrimento que a paciente esparramou durante a entrevista, coloco que ela também me parecia muito identificada com essa parte abafada, que antes era tão forte, do irmão. Até que ponto o filho está identificado com ela e por isso a incomoda tanto? E questionei se ela não estaria buscando justamente na análise manter contato com esse *self* abafado, para fazê-lo aparecer e encontrar, assim, o *self* verdadeiro.

Quando, ao final, conta-me sobre a falsidade (mentira) da primeira analista, aponto que a analista funcionou da mesma forma que ela, falseando para ser aceita, para poder ficar com ela.

A entrevista durou em torno de uma hora e meia e, para finalizar, marquei o próximo encontro, quando acertaríamos os outros horários e o pagamento, explicando que as sessões teriam duração de 50 minutos e que eu sugeria um atendimento com frequência de quatro vezes por semana.

Dorita necessitou muito tempo de análise para falar do relacionamento com o analista-morto. Dava-me a impressão de precisar resguardá-lo, de mim e de seu próprio ódio, já que seus sentimentos de ambivalência eram muito claros para mim.

Como sempre, D. está vestida de uma forma clássica em tons neutros. Dá preferência aos tons de bege. É magra, estatura média para alta e elegante.

Deita-se desde a primeira consulta, após termos finalizado os itens contratuais. Costumo dizer aos pacientes que essa me parece a posição mais confortável para o tratamento. Tempos depois, D. me disse que agiu assim para *economizar interpretações*.

Conta-me que conversou com A. (colega de instituição que havia sido minha paciente) e lembrou que, com a primeira analista, saía da sessão com a sensação de que ela não era “nenhuma Brastemp”. Acrescenta que o analista falecido era uma Brastemp. Falo que aqui também poderia não ser nenhuma Brastemp, mas que nós duas juntas poderíamos criar um fogão Continental (lembrei do fogão que na época eu tinha em casa) e fazer um alimento bom, quentinho e gostoso. Perguntei por que teria que ser para ela sempre o melhor? Em seguida, entendemos juntas de maneira relaxada que o melhor fogão podia ser mesmo o Continental.

D.- Tá vendo como você é diferente? Você não tem medo do fantasma do fulano. Na outra análise, eu só ouvia que ele não está aqui, que ele já morreu e eu não podia falar das minhas coisas com ele, e eu precisava falar. Com você não, ele pode ficar aqui presente.

A.- Ele está presente porque está dentro de você, e talvez você ainda precise falar muito dessa relação.

D.- No início ele me deu colo e depois tive que dar colo pra ele. Ele me contava tudo sobre a doença dele e então, eu saí porque não aguentava mais.

A.- Sentiu-se má, cruel, por ter saído.

D.- Eu preciso falar, não me deixaram falar. Não me senti má não, eu me senti fracassada, frágil. (Silêncio.) Conversei com B. [analista amigo] e ele me disse que se o X. fazia isso comigo é porque eu era forte para ouvir. Não sou forte merda nenhuma, eu estava muito mal e não tinha ninguém. Tinha muito medo de recomeçar e percebi que estava entrando nessa novamente. (Chora muito, bastante tempo)

A.- (Fico muito incomodada, sem saber o que dizer, com receio de machucá-la mais ainda.) Depois de algum tempo, digo que ela mostra bastante coragem, após três tratamentos que ela própria considera desastrosos, estar novamente tentando se tratar. Já que até o que foi bom, no final ficou ruim.

D.- É, ficou ruim, eu fiquei com muita raiva dele fazer aquilo comigo, eu tinha só dois anos de tratamento, não podia suportar.

A.- Daí cuidar de pai, de mãe... (D. precisava cuidar dos pais que moravam em outra cidade e a mãe apresentava sinais de demência.)

(Saiu três minutos antes. Não estava aguentando. Diz que fica muito cansada.)

Antes disso, diz que lembra sempre do meu cuidado em vir atendê-la na entrevista, mesmo ela estando muito gripada. Sente-se precisando de muitos cuidados. Aponto que necessita de cuidados porque está se sentindo muito frágil e/ou porque experimentou situações difíceis.

Algum tempo se passou e D. pôde falar de suas mágoas com o analista-morto, de como se sentiu usada quando, ao chegar para sua sessão, ele lhe pedia para levá-lo ao tratamento de quimioterapia e cobrava a sessão dela. De início, resistia a dar crédito, mas, com o tempo, conhecendo melhor D., acreditei. Essas descrenças e crenças foram dificultando muito meu trabalho com D. Muitas vezes me calava, impedida de dar uma interpretação mais clássica, e oferecia somente minha escuta e meu acolhimento.

Alguns anos mais tarde, transferi-me de consultório e D., já em processo de alta, conta-me que meu consultório anterior era claro, com flores e que chamava atenção não ter quadros na parede e o ambiente ser agradável. Já o consultório do analista-morto tinha muitos quadros, era sombrio, com o ambiente pesado. Mais tarde, com o agravamento da doença, o analista foi trabalhar em sua residência, que também tinha muitos quadros e o ambiente também era pesado.

“Agora, quando você avisou que iria mudar de consultório, fiquei com receio que a estória se repetisse. Mas a surpresa foi boa. Aqui ainda é mais bonito e agradável e você jogou muito bem com as cores”. Na ocasião, aponte para D. a importância da analista-viva: “Um analista-vivo para se identificar pode fazer você se sentir mais forte e verdadeira. Dessa forma, você fica mais esperançosa e confiante na nossa relação”.

Poucos meses depois, apressamos o término do tratamento, porque o marido de D. fora transferido a trabalho para outra cidade. Em uma das últimas sessões, D. fala: “Encontrei com M. [uma conhecida] e ela me disse que achou você muito bem e eu concordei. Acho bom eu estar deixando você bem bonita. Mas houve uma época que você não andava nada bem” (Eu havia sofrido contínuas perdas dolorosas). Disse: “Parece que agora está mais claro para você que as pessoas podem sofrer, até porque são humanas, e se recuperarem dessas perdas. Percebe agora que os lutos têm um prazo. Aos poucos, vamos nos voltando para o vivo, para experienciar criativamente nossa vida. Nós duas juntas criamos um caminho mais florido”.

Chegamos à última sessão (oito anos após) e eu estava viva e especialmente bem, tendo cumprido meu dever de sobrevivência, e Dorita, em sua

alegria e seu luto, parecia carregar seu duplo analista: o morto e o vivo. Despediu-se de mim com a mesma elegância e neutralidade de sempre. O pavor do analista-morto me pareceu não ter sido elaborado, mas D. deixou-me a impressão de alguém que já se aceitava, poderia ser ela mesma. A mim, estaria reservado o lugar de estar viva, à distância. De toda forma, demonstrava alegria por se separar de uma analista-bonitona, que ela não havia estragado. Tema recorrente em muitas sessões.

Alguns dias depois, recebo um telefonema de D. perguntando-me se aceitava tratar uma pessoa com distrofia simpático-reflexa. Desconhecia essa patologia, mas resolvi aceitar a paciente para satisfazer o desejo de D. e poder entender um pouco mais desses oito anos de relacionamento terapêutico. A seguir, falarei dessa nova relação.

1.2 Os primeiros encontros com Ada ou/e Ada

Recebo uma pessoa aparentemente frágil, bem cuidada e polida, pele clara e cabelos tingidos num tom louro light. A paciente – magra e delicada, com menos de 40 anos – tem aparência de boneca e me causa certa estranheza. O braço direito está imobilizado numa tipoia e a mão semicoberta por uma espécie de luva. Ada conta-me que porta um “neutralizador” de choques por cima da cicatriz de uma cirurgia no túnel do carpo, feita há cerca de um ano. A história de Ada é trágica e provoca sentimentos de pena e indignação.

Ada se submeteu à cirurgia para se livrar de dores e sequelas de tendinites causadas pelo uso frequente de microcomputadores, devido à sua atividade profissional. Uma grave falha cirúrgica ocasionou seu quadro atual, em que dores e choques se alternam, limitando seus movimentos e condenando-a a viver com restrições. A paciente, que complementava seu orçamento como instrumentadora cirúrgica, não pôde mais trabalhar. Ada se orgulha de ter sido hipereficaz nessas tarefas.

Curiosamente, Ada foi casada com um médico – neurocirurgião infantil, que é pai de suas duas filhas. A separação conflitante teve episódios policiais e o ex-marido mantém uma relação distanciada com a paciente e as filhas, recusando-se a colaborar.

Deprimida, conta uma “encenada” tentativa de suicídio, na qual a paciente tomava um coquetel de medicamentos receitados pelo ortopedista que a operou, por um fisiatra, por ela mesma e um cardiologista, pois também sofre de hipertensão arterial desde a separação do marido há oito anos. Ainda

no nosso primeiro encontro, expressei que só poderia tratá-la se procurasse um colega psiquiatra de minha confiança, o que prontamente aceitou.

A presença de Ada me provoca os mais diversos sentimentos, permeados por uma forte sensação de impotência. Não há reversão na distrofia simpático-reflexa e todos os recursos para minimização do sofrimento estavam sendo utilizados. Ada só tem uma saída – um procedimento cirúrgico que aplaca suas dores e elimina os choques, mas, em contrapartida, “adormece” seu braço. Sinto que veio pedir emprestado forças para se decidir e isto me faz sentir uma enorme responsabilidade.

Por outro lado, não me senti suficientemente empática com a paciente, que aparenta certa pobreza de vida fantasmática e afetiva, numa personalidade infantil e sedutora. Falo da necessidade de vê-la outras vezes, quando discutiríamos a questão dos honorários. Ada mostra-se muito grata e sedutoramente diz que me achou bonita. Persistia em mim uma sensação intrigante de futilidade e vazio.

Nos encontros subsequentes, soube que as duas filhas de Ada nasceram de cesárea e que já por duas vezes havia retirado cisto dos ovários. Problemas de aderência em outra cirurgia – uma histerectomia parcial – fizeram com que voltasse mais uma vez à sala de cirurgia. Era a primeira vez que eu via ao vivo uma “barriga de batalha”, nomenclatura de um quadro histérico. Soube mais tarde que, ainda solteira, submetera-se a uma cirurgia de apêndice de emergência.

Ada usa termos médicos acadêmicos quando conta com minuciosidade de detalhes seu “supermercado cirúrgico”, dando-me a estranha impressão de sentir um misto de dor e prazer. Tanto faz ser tratada ou destrutada pelos médicos, o que parece importar é o fato de estar nas mãos deles.

A cada novo encontro, a lista de tragédias de Ada engrossava, sempre permeando sua fala com a precariedade financeira e os malabarismos que fazia para contrabalançar seu orçamento. Parecia muito importante que eu soubesse que Ada sofria toda sorte de privações.

Era viúva de um casamento anterior com seu primeiro namorado, por quem foi bastante apaixonada. Dessa relação, nasceu um bebê masculino prematuro de seis meses e meio, que veio a falecer um mês depois, por ter aspirado leite que recebeu de uma enfermeira através de sonda, segundo seu relato. Ada estava sozinha com o bebê no quarto no momento em que este morreu. A vida de Ada era pontilhada de fatalidades e, no entanto, eu continuava com uma sensação de irrealidade, de bailarina namorada do soldadinho de chumbo.

1.3 As vicissitudes da vida pré e perinatal de Ada

“Eu sinto de longe o cheiro do pum dos meus cachorros. Eu sou muito limpinha e cheirosa, doutora. A senhora acredita que eu passo perfume para dormir? Eu tenho uma colônia que eu só uso para dormir”.

Ada contava que foi gêmea idêntica de um feto feminino morto aos quatro meses de gestação. Depois precisou esclarecer que não era bem assim e que sua mãe havia mentido para ela. Nasceu prematura de seis meses com peso de 1kg. Após o parto, sua mãe teve uma doença chamada “barriga d’água” e ficou em coma. Ada ficou na incubadora e sua mãe conta que tomava leite de conta-gotas e cabia numa caixa de papelão forrada de algodão. Ada teve uma mãe cheia de dores, enlutada e adormecida, e, como *holding*, uma caixa de papelão.

Ao longo do tratamento, percebo que Ada quase sempre traz uma sacola de papel onde costuma colocar as receitas, recibos ou prontuários médicos ou até mesmo um casaco. A paciente diz que não ficaria bem apresentar aos médicos os documentos amassados. A caixa de papelão com função de mãe suficientemente boa se continuou como objeto transicional, para auxiliá-la a administrar seus traços obsessivos.

As pesquisas de Piontelli (1995) sobre a vida pré-natal indicam que o feto com 28 semanas já reconhece odores e sabores. A partir de 16 semanas, Ada conviveu num meio ambiente uterino de toxinas, sangue e odores desprendidos do feto morto que mumificou. Permito-me livremente pensar as suas preocupações com odores, limpeza e organização como reativas ao registro da vida pré-natal, apoiando-me na hipótese de Piontelli da continuidade do comportamento na vida pós-natal de experiências ocorridas antes do nascimento – especialmente se esses acontecimentos são reforçados pelas experiências pós-natais.

1.4 Ada e seus duplos – os selves de Ada

“Eu fui muito levada. Quebrei braço e perna, mais de uma vez. Minha mãe dizia que tudo comigo era em dobro, que dei trabalho por duas. Agora, ela diz que sabe que vou me casar pela 4ª vez, que faço por mim e pela irmã gêmea morta”. Ada teve um terceiro relacionamento após separar-se do pai de suas filhas.

Aponto o ressentimento que permeia sua fala e Ada concorda: “Fico chateada mesmo, a minha mãe fala até que as minhas cirurgias são em dupla, como se eu buscasse isso”.

A compulsão à repetição de Ada parece uma tentativa de reparar seu duplo morto, dando-lhe vida através de seu corpo e de suas relações amorosas. Certa vez, a paciente me presenteou com um broche que retratava uma cabeça de boneca de cabelos louros com um chapéu de plumas e renda negra. Era um símile de Ada, enlutada.

No artigo “*O estranho*” (1919/1976a), em que discorre sobre a questão do duplo, Freud cita a dificuldade de as crianças distinguirem nitidamente objetos vivos de objetos inanimados, tratando suas bonecas como pessoas vivas. De fato, Ada, como os bebês prematuros, parecia uma criança em vias de viver, experimentando uma confusão entre experiências dolorosas e prazerosas. Com certa artificialidade, conta suas adversidades como se fosse espectadora do funcionamento do seu corpo, uma fala que pode ser clara e precisa e, outras vezes, de conteúdo confuso. Numa dessas ocasiões, a própria paciente percebe sua contradição: “Mentir, não. Sempre digo às minhas filhas: a mentira tem perna curta”.

Freud descobriu a psicanálise ao perceber que suas pacientes fugiam da verdade (Andrade, 1998) e Winnicott (1962/1982a) dizem que quaisquer que sejam os fatores externos, a visão que o indivíduo tem do fator externo é o que conta. Acolhi a história de Ada e juntei-me a ela na ousada jornada a favor da integração de sua personalidade.

2. A enfermidade psicossomática: as teorias e a técnica orientada para Ada

“As minhas irmãs, quando brigavam comigo, diziam que eu era má, que eu queria tudo pra mim. Elas faziam chantagem comigo, doutora. Pra me botar culpa, elas diziam que eu tinha matado minha irmã”. Ada era a mais nova de três filhas.

Confusa, Ada parece oscilar entre ser o bebê com vida ou o feto morto, já que o bebê que sobreviveu (ela) tornou-se homicida. Repete frequentemente que é muito generosa e que sempre pensou mais nos outros do que nela própria e, no entanto, casou-se com um homem mais velho visando proteção financeira. Não parece casual o surgimento após a separação do quadro hipertensivo e da folia de cirurgia.

Em “*Natureza humana*” (1990), Winnicott descreve os distúrbios do psicossoma como alterações do corpo ou do funcionamento corporal associados a estados da psique, e McDougall (1996) nos ensina que todos somos capazes de somatizar nossas dores mentais, quando nossas defesas habituais falham. Ainda

Winnicott (1994), concebe a enfermidade no transtorno psicossomático como a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente ou de dissociações múltiplas, acarretando uma debilidade da vinculação entre psique e soma – processo de personalização. Entendo que a falha materna, no início do desenvolvimento emocional, influenciaria negativamente o processo de integração, provocando também a dissociação verdadeiro e falso *self*.

Para Winnicott, o verdadeiro *self* (*true self*) é o potencial herdado, que experimenta uma continuidade do ser, que está adquirindo a sua moda e no ritmo que lhe é possível, uma realidade psíquica e um esquema corporal pessoais (Khan, 1978). O sucesso do verdadeiro *self* depende de um ambiente inicial facilitador, onde uma “mãe suficientemente boa” (mãe boa comum) acolhe a expressão espontânea do seu bebê, evitando impor-se a si própria. Seu contraponto, o falso *self* (*false self*) (Winnicott, 1963/1982b), trata-se de um viver reativo a qualquer ameaça à continuidade da existência do ser humano, que originam defesas muito primitivas e eficazes a fracassos precoces dos cuidados maternos. A intelectualização se acha frequentemente associada ao falso *self*. O *self* social é uma aquisição saudável do crescimento pessoal, embora uma graduação do falso *self*.

Na visão da Escola de Psicossomática de Paris, onde a Psicossomática tem status de disciplina científica, o homem é psicossomático por definição e a psicossomática considera os movimentos psíquicos e somáticos, assim como as relações entre esses movimentos nos pacientes somáticos. Para os psicossomatistas franceses, o que existe é a doença somática – consequência de traumatismos que correspondem à dura perda de um objeto diretamente investido enquanto presença real (Marty, 1993).

No caso clínico que ilustra este trabalho, tão rico em patologias, também considerei o conceito de histeria arcaica de McDougall (1996), que dá ênfase ao conflito acerca do existir, mais do que acerca do direito às satisfações libidinais normais da vida adulta. Para ela, as ansiedades aqui estão ligadas ao temor de perder a identidade subjetiva ou até a vida.

Essas teorias me auxiliaram na compreensão do adoecer da paciente, mas o que determinou a estratégia clínica a ser adotada com Ada foi a iminente desorganização do seu aparelho psíquico em função dos choques e dores insuportáveis que acompanhavam sua disfunção somática. Ada estava totalmente impossibilitada de experimentar um viver criativo e prestes a sofrer um colapso mental. A interação analítica objetivaria a integração dos aspectos cindidos da personalidade da paciente e o surgimento do gesto espontâneo, permitindo

o sentido de realidade do *self* – na medida do possível, coeso, criador e vivo corporalmente. Sentir-se real é mais do que existir, é descobrir um modo de existir como si mesmo (Winnicott, 1975). Compreendi que, apesar da paciente apresentar algumas queixas de sintomatologia psiconeurótica, questões psicossomáticas e de doenças somáticas, seu quadro clínico atual era da ordem da existência e demandava uma intervenção ativa, rápida e firme.

Nesse caso, por enquanto, de pouca valia seriam os recursos da técnica psicanalítica clássica, e precisei buscar reforços na técnica do manejo e do *setting* modificado, conforme descritos por Winnicott, como uma provisão ambiental adaptativa especial.

Começamos o tratamento com a paciente sentada em frente a mim (opção dela) e logo percebi a importância do meu olhar para auxiliar Ada a juntar seus pedaços, para melhor conter-se em seu envelope carnal – semelhante ao rosto da mãe que, tendo do seu bebê uma imagem unificada, o ajuda em seu penoso processo de personalização. Se ninguém está ali para ser a mãe, a tarefa desenvolvimental do bebê torna-se infinitamente complicada (Winnicott, 1975), e Ada, enquanto bebê prematura, parece ter sido privada dessa necessária provisão ambiental.

“Eu não escuto ninguém, doutora. Só escuto a senhora. Agora, só o que a senhora diz pra mim é que é importante...” Ada mostra-se uma criança sedutora em sua dependência e regressão ao me atribuir poderes quase que ilimitados na tentativa de se identificar comigo e se sentir mais protegida.

No *setting* especial, o analista só consegue atender às demandas do paciente na fase similar à dependência absoluta quando perde o medo de segurar (*to hold*) o paciente em condições mais regredidas – quem perde o medo primeiro é o analista. A fragilidade e a desorganização de Ada no início causaram-me certo receio, pois também depositou em mim a decisão de mais uma cirurgia. Com o tempo, houve um relaxamento dos “nervos” e pudemos reexperimentar a capacidade de ilusão tão necessária para encontrar o objeto analítico (Melgaço Silva, 1994).

Fortuitamente, tive algumas oportunidades de fazer interpretações na transferência – Ada só aceitava interpretações de transferência positiva – obtendo associações como respostas, algumas citadas nas vinhetas clínicas.

Até o momento em que este trabalho foi escrito, Ada já havia diminuído o uso de medicamentos e descartava a possibilidade de mais uma cirurgia. Parecia já se sentir um pouco mais acompanhada pela analista como um objeto vivo e protetor.

“Agora eu já aprendi, doutora, é impressionante como já mudei. Antes de fazer alguma besteira, lembro da senhora. É impressionante, eu vejo a sua carinha e é como se me tranquilizasse. Parece que, naquele momento, a senhora me diz: ‘Você já pensou bastante sobre isso?’”

Em certa data comemorativa (dia dos médicos), Ada deixou a seguinte mensagem na secretária eletrônica do consultório: “A senhora é médica da minha alma, do meu corpo e da minha mente, apesar da senhora dizer o tempo todo que não é médica”.

Ada continua sedutora, mas parece um pouco menos regredida, à medida que parece precisar de um menor número de profissionais para tratá-la. Ada está em vias de integração, está iniciando a sua existência psicossomática psicanalítica. Tempos mais tarde, passou a chamar-me de psico-mãe.

Conclusão

“E o que o ser humano mais aspira é tornar-se um ser humano”.
(Clarice Lispector)

Apresentamos inicialmente um caso clínico tratado na psicanálise clássica, com o paciente deitado, numa frequência semanal de quatro sessões semanais, com duração de oito anos. A paciente apresentava desapontamentos com tratamentos anteriores. Necessitou-se muito tempo, de parte do analista, para ser visto como alguém confiável para o paciente. Entendi desde o início que tinha uma enorme responsabilidade: manter-me viva, mesmo que isso não dependesse somente de meu desejo. Penso que conseguimos atingir, ao término de nossa relação, esse objetivo, que permitiu a continuidade e bom desenvolvimento da dupla. Dorita, quando nos despedimos, era uma pessoa mais bonita, que já ousava usar cores em suas roupas e um pouco de maquiagem. Seus pacientes passaram a perceber suas mudanças, fazendo elogios que a tornavam uma pessoa mais *bonitona*.

Para tratar o ser psicossomático com doenças somáticas ou não, os recentes resultados das investigações sobre psiquismo pré e perinatal são de grande valia. No caso de Ada, esses conhecimentos sobre seu desenvolvimento mais primitivo contribuíram muito para o entendimento do seu comportamento, das suas escolhas afetivas e das suas dores mentais e físicas. Para tratar dos pacientes com doenças psicossomáticas, que envolvem um estado regressivo de retorno à dependência absoluta, a técnica mais indicada é a do manejo, que oferece uma provisão ambiental adaptativa especial.

O estudo da constituição do *self* como formulado por Winnicott, em falso e verdadeiro, foi de grande valia na compreensão da sintomatologia da paciente, que parecia funcionar fantasmagoricamente com um duplo-morto ao seu lado. Pensamos ter conseguido demonstrar, na exposição do caso clínico, que há possibilidade de a terapêutica de base analítica ajudar o paciente a fazer brotar o afeto onde existe uma única chance de expressão, a somática. A atenuação dos sofrimentos físicos, por sua vez, possibilita menor uso de medicamentos e outros procedimentos físicos. A palavra, à medida que vai ocupando o lugar do ato, proporciona ao ser humano maior liberdade nas suas escolhas.

Por fim, o trabalho tenta deixar claro que entende o adoecer do ser humano compreendido no enfoque biopsicossocial, levando em conta os fatores da vida pré-natal. Pensamos termos abarcado, na relação analista-paciente, a importância da escuta, do afeto e do *holding* em nosso relato.

Para concluir, temos o mesmo analista trabalhando com técnicas diferentes, mas o mesmo analista. O mesmo ser humano, que evidentemente sofre transformações a cada encontro com seus pacientes e que permite ser inundado e sensibilizado pelas trocas com outrem.

Two moments of a psychoanalyst: two patients with distinct desires and needs

ABSTRACT: *The study presents two clinical situations exercised by the analyst with patients with differentiated symptoms but intertwined in their history from a curious type of referral. The author reports an analytical relationship in its duration of eight years, with weekly frequency of four sessions per week, with a professional patient in the area of psychology who, at the end of this relationship, curiously indicates another patient to start a treatment. The intensity and forcefulness of the psychosomatic questions of the second patient led us to think about the importance of the investigation of pre and perinatal factors as relevant in the treatment of psychosomatic being with somatic diseases, or not. Like the psychoanalytic encounter demonstrates that this relationship can promote the emergence of an affectionate envelope where there seemed to be previously only one biological body, dissociated from the psyche, leading to the attenuation of physical suffering. The two patients came to the analysis with great suffering, each in their own way. The two patients get out of treatment with important experiences and recognitions. The analyst, in turn, reached the end of each treatment with the certainty that she had undergone significant changes, not only emotionally but also in her way of approaching her therapeutic encounters.*

KEYWORDS: *psychosoma; management; setting.*

Dos momentos de un psicoanalista: dos pacientes con deseos y necesidades distintas

RESUMEN: El estudio presenta dos situaciones clínicas expuestas por el analista con pacientes con síntomas diferenciados, pero entrelazados en su historia a partir de un curioso tipo de derivación. El autor reporta una relación analítica en su duración de ocho años, con frecuencia semanal de cuatro sesiones semanales, con un paciente profesional en el área de la psicología que, al final de esta relación, curiosamente indica a otro paciente que inicie un tratamiento. La intensidad y energía de las cuestiones psicossomáticas del segundo paciente nos llevó a pensar en la importancia de la investigación de los factores pre y perinatales como relevantes en el tratamiento del ser psicossomático con enfermedades somáticas, o no. El encuentro psicoanalítico demuestra que esta relación puede promover la aparición de una envoltura afectiva donde antes parecía haber un solo cuerpo biológico, disociado de la psique, lo que lleva a la atenuación del sufrimiento físico. Las dos pacientes llegaron al análisis con gran sufrimiento, cada una a su manera. Los dos pacientes salen del tratamiento con importantes experiencias y reconocimientos. La analista, a su vez, ha llegado al final de cada tratamiento con la certeza de que había sufrido cambios significativos, no solo emocionales sino también en sus forma de abordar sus encuentros terapéuticos.

PALABRAS CLAVE: manejo; administración; psicossoma.

Referências

- Andrade, S. (1998). A violência da mentira. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 32(4): 921-929.
- Freud, S. (1976a). O estranho. In S. Freud, *História de uma neurose infantil e outros trabalhos* (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XVII, pp. 275-314. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Original publicado em 1919).
- Freud, S. (1976b). Inibições, sintomas e ansiedade. In Freud, S. *Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, A questão da análise leiga e outros trabalhos* (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XX, pp. 95-201. Rio de Janeiro: Imago. (Original escrito em 1925 e publicado em 1926).
- Khan, M. (1978). Introdução. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 7-61). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1983). *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Melgaço Silva, A. L. (1994). *Self em transicionalidade – Self total: um paradoxo?* III Encontro Latino-Americano sobre o Pensamento de Winnicott. Gramado, RS – Brasil.

Testemunho: Dois momentos de uma psicanalista – duas pacientes com desejos e necessidades distintas

- Piontelli, A. (1995). *Um estudo observacional e psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D.W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1982a). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 55-62). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1962).
- Winnicott D. W. (1982b). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 163-174). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1990). Introdução. In D. W. Winnicott, *Natureza humana* (pp. 25-29). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1994). Transtorno psicossomático. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 82-94). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 459-481). Rio de Janeiro: Imago. (Original escrito em 1954 e publicado em 1955).

Recebido: 19/03/2022

Aceito: 12/07/2022

Anna Lucia Melgaço Leal Silva
E-mail: melgacoanna@gmail.com