

Psicossomática psicanalítica e infertilidade: os caminhos de uma concepção¹

Vanéli Karine Closs Ribas²

Resumo: A autora propõe explicar a Psicossomática Psicanalítica traçando um paralelo entre a Psicossomática Psicanalítica da Escola de Paris e a Teoria do Desvalimento do argentino David Maldavsky, encontrando seus pontos de convergência e destacando a importância de ambas para o entendimento de casos dos pacientes ditos atuais ou contemporâneos. Para tanto, busca contextualizar a Psicossomática Psicanalítica historicamente, desde seus primórdios até a atualidade, construindo, assim, um quadro amplo de sua teoria, aprofundando-se na explicação dos principais termos utilizados pela Escola de Paris e pela Teoria do Desvalimento e ressaltando, também, a relevância do entendimento da Teoria das pulsões proposta por Freud em ambos os casos. Ilustra o trabalho com uma breve discussão de um caso de infertilidade, traçando os caminhos e os descaminhos de uma concepção e buscando, através destes, construir um entendimento do que seria a Psicossomática Psicanalítica hoje, e expondo uma forma de intervenção terapêutica desses casos.

Palavras-chave: Desamparo inicial. Desvalimento. Infertilidade. Psicossomática psicanalítica. Pulsão. Representações.

1 Trabalho derivado da Monografia apresentada na SBPdePA em junho de 2017 sob o título: Um Caso de Infertilidade Observado Sob a Luz da Psicossomática Psicanalítica.

2 Psicanalista, Psicóloga, Psicoterapeuta de Orientação Psicanalítica, Especialista em Psicologia Clínica e Escolar. Membro do Grupo de Estudos sobre Psicossomática Psicanalítica do Instituto de Psicossomática Pierre Marty de Paris (SBPdeSP). Membro Associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre (SBPdePA).

Introdução

Os males do soma estão entre os acontecimentos de uma vida; mas, apesar de serem parte de nossos genes ou de nossa estrutura neuronal, os distúrbios ou prazeres do ser humano têm uma diversidade infinita e estão sujeitos a eventos aleatórios, precisamente porque estão submetidos a uma história que sempre é única (Aisenstein como citado em Levine, Reed & Scarfone, 2016, p. 243).

A dimensão psíquica da doença somática e seu contraponto, a dimensão somática da doença psíquica, são temas de extensos debates que, embora presentes desde os primórdios da medicina, continuam sendo sempre novos e atuais. O que é doença do corpo? O que é doença da mente? Existe uma inter-relação entre ambas? E onde encontrar o limite de cada uma? E ainda: existe um limite bem delineado?

Esses são pontos constantemente debatidos em artigos, revistas, livros, congressos e conferências, principalmente na área médica, mas que, no entanto, vêm ganhando amplitude também nos debates psicanalíticos. Isso porque as clínicas psicanalíticas têm recebido uma grande demanda dessa modalidade nova, ou diferente, de pacientes, que se enquadram nessas patologias ditas atuais, nas quais o corpo, de alguma forma, expressa aquilo que o psiquismo não pode simbolizar. São pacientes que chegam por questões de ordens somáticas, às vezes tóxicas, e que vêm, muitas vezes, encaminhados por algum médico ou outro profissional da saúde. Também pode se tratar de pacientes que chegam sem um sentimento próprio sobre a razão pela qual buscam um tratamento, às vezes encaminhados por um familiar ou amigo que sugere. A correspondência entre esses casos está no fato de que em ambos os pacientes chegam com uma ausência ou pouca capacidade de “dar sentido” ao que estão vivendo, com uma baixa competência de uso de seus recursos psíquicos, sejam eles neuróticos, sejam psicóticos. São pacientes que chegam ao consultório psicanalítico sem ter noção de qual é o seu sofrimento, este, muitas vezes, situado na esfera corporal ou do não representacional.

Diante desses quadros, tão atuais e tão frequentes, faz-se necessário buscar outra maneira de receber esses pacientes e abordar seu sofrimento, diversas vezes ainda não qualificado para eles. Para tanto, a Psicossomática Psicanalítica da Escola de Paris e a Teoria do Desvalimento de David Maldivsky se mostram de enorme auxílio, contribuindo para o entendimento e encaminhamento do tratamento desses casos.

O ser humano é um ser somático por natureza, assim, entender a dinâmica da conexão do psiquismo com os eventos somáticos, sejam eles de qualquer natureza, é essencial. Nessa perspectiva, este trabalho pretende compreender onde a vida psíquica dos indivíduos passa a desempenhar papel relevante sobre

os eventos somáticos, contribuindo, transformando ou até mesmo formando padrões comportamentais que seguirão com o sujeito ao longo da vida.

Busca-se esse entendimento através da concepção da metapsicologia freudiana, inserida dentro dos estudos sobre Psicossomática Psicanalítica da Escola de Paris e da Teoria do Desvalimento de Maldivsky, estabelecendo-se as conexões entre ambas as teorias e refletindo como a compreensão de ambas, incluindo suas singularidades e pluralidades, pode nortear o caminho a ser percorrido com esse tipo de paciente. Para tanto, apresenta-se como exemplo um caso de infertilidade, a fim de explicar esse evento somático sob a ótica da Psicossomática Psicanalítica.

Psicossomática psicanalítica

Historicamente, o termo *psicossomático* apareceu, nos escritos médicos, no início do século XIX, utilizado pelo psiquiatra alemão Heinroth que, em 1918, fez referência à interferência das paixões na tuberculose, na epilepsia e no cancro. No entanto, a ideia de que o homem seria constituído não apenas de uma parte material, o corpo, mas também de uma essência imaterial, a alma, ligada aos sentimentos e ao pensamento, surgiu com Sócrates nos anos 470 a 400 a.C. E, ainda, importância do termo psicossomático pode ser antecipada a Hipócrates (460-377 a.C.), como uma preocupação deste com as interferências entre o organismo e o psiquismo, ou entre o soma e a *psyché*. Para ele, o homem era uma unidade organizada, a qual poderia desorganizar-se e, conseqüentemente, facilitar o estabelecimento de uma doença. Tinha a noção de que o corpo humano era um todo cujas partes se inter-relacionavam.

No final do século XIX, um neurologista vienense, Sigmund Freud, descobriu a dinâmica do inconsciente a partir de seus trabalhos sobre afasias, paralisias e histeria, fundando a psicanálise. E foi através da revolução imposta pela nova ciência que os princípios genéticos que governam e organizam a unidade psicossomática do indivíduo estabeleceram-se. Em um de seus últimos trabalhos, *Esboço de psicanálise* (1940[1938]), Freud escreveu que foi o estudo do desenvolvimento individual dos seres humanos que permitiu o conhecimento do aparelho psíquico. Disse:

À mais antiga destas localidades ou áreas de ação psíquica damos o nome de *id*. Ele contém tudo o que é herdado, que se acha presente ao nascer, que está assente na constituição – acima de tudo, portanto, as pulsões, que se originam da organização somática e que aqui (no *id*) encontram uma primeira expressão psíquica, sob formas que nos são desconhecidas (p. 169).

Apesar de não aparentar possuir um interesse particular na psicossomática, Freud foi um grande instigador dessa área e seus primeiros trabalhos sobre a

histeria, antes até de descobrir o sentido simbólico dos sintomas, já tinham uma explicação econômica destes. Ele explicava os sintomas histéricos como resultado de uma transformação ou de uma conversão de uma excitação endógena em inervação somática. De acordo com a teoria freudiana, na histeria, as palavras iriam para o corpo, portanto, o campo da representação-palavra já estaria mais desenvolvido, sendo as representações as afetadas. Assim, a partir dos trabalhos sobre a histeria, começaram a surgir os problemas do *psicossomatismo*. Freud, então, passou a descrever os sintomas das neuroses de angústia num contexto de perturbações funcionais como manifestações somáticas de angústias não representadas. Seria o estudo mais aprofundado sobre as neuroses de angústia, ou neuroses atuais, que serviriam de base para todas as psiconeuroses. Apesar de instigar a psicossomática, no entanto, seu interesse na época estava no desenvolvimento psíquico, de modo que ele abriu as portas para as questões psicossomáticas, porém não entrou profundamente no tema, deixando o caminho livre para quem se propusesse a se aprofundar posteriormente.

Assim, como era de se esperar, na psicanálise, a psicossomática foi sempre marcada pelas descobertas de Freud, uma vez que, em toda sua obra, ele refletiu sobre o psíquico e o somático. O modelo da histeria (1896) e o modelo das neuroses atuais (1917) abriram caminho para pensar a relação entre os aspectos psíquicos e as doenças orgânicas, assim, todos os precursores da psicossomática tiveram contato com as formulações freudianas, reconhecendo-as dentro de suas teorias.

Mais tarde, na década de 1930, ocorreram os primeiros estudos sistemáticos sobre a psicossomática nos EUA, onde o húngaro Franz Alexander, dedicando-se ao estudo da úlcera gastroduodenal, fundou a Escola de Medicina Psicossomática de Chicago. Para ele, as manifestações mais primitivas do psiquismo estariam escritas na fisiologia das funções viscerais correspondentes às necessidades vitais. A partir do estudo da neurose do órgão, termo muito usado no período, chegou à noção de constelações psicodinâmicas, características de certas afecções somáticas. Alexander, na sua teoria, buscava a relação entre emoções reprimidas e sua repercussão no âmbito físico, o que levava aos sintomas clínicos. Assim, para a Escola de Chicago, os transtornos psicossomáticos seriam a “consequência de estados de tensão crônica, relativa à expressão inadequada de determinadas vivências, que seriam derivadas do corpo” (Cardoso, 1995, p. 10).

Posteriormente, na França, na década de 60, foi fundada a Escola de Psicossomática de Paris, por Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Christian David e Michel Fain, a partir de estudos iniciados no meio hospitalar com pacientes que apresentavam diversas patologias somáticas. Tais pacientes constituíam-se de pessoas que chegavam aos médicos por seus sintomas físicos, sendo normalmente

bem adaptados ao mundo à sua volta e sem alterações comportamentais. Não eram conversivos, tampouco hipocondríacos, mas buscavam ajuda para um sofrimento físico, de ordem orgânica, funcional ou lesional. Marty e M'Uzan observavam que os sintomas somáticos desses pacientes apareciam de forma silenciosa, diferentemente das históricas de Freud, nas quais os sintomas eram sempre barulhentos, ampliados, teatrais. Apresentavam pouco ou nenhum sintoma neurótico, tinham uma boa adaptação social e, como principal ponto em comum, uma incapacidade de fantasiar livremente. Notava-se nesses pacientes um desapego na relação com o analista, assim, como diz Rocha (1988, p. 27), eles iam “respondendo quase mecanicamente às questões, não demonstrando sinal de processo associativo”.

Os psicossomatólogos franceses tiveram o mérito de continuar as investigações para além do caminho já conhecido, com a hipótese de que o aparelho psíquico dos enfermos somáticos teria uma construção diferente de funcionamento do que a vista no aparelho psíquico dos neuróticos. Estariam os psicossomáticos inseridos no campo das neuroses atuais por não haver, nesses casos, retorno do reprimido, apenas algo de ordem econômica. Concebiam, dessa forma, a sintomatologia somática a partir de uma ótica metapsicológica e, essencialmente, econômica. Viam a patologia somática não conversiva como o resultado de uma grande dificuldade ou impossibilidade de elaboração econômica da excitação através dos recursos psíquicos do sujeito, ou seja, a decorrência de uma deficiência no âmbito representativo emocional do aparelho psíquico.

Para Marty e seu grupo, na maioria dos pacientes que apresentavam transtornos somáticos de ordem não conversiva, podia-se constatar um grande empobrecimento da capacidade de simbolização das demandas pulsionais e de sua elaboração através da fantasia. Para esses estudiosos, destacava-se a ideia de que um menor grau de atividade mental corresponderia a uma maior vulnerabilidade somática. Assim, diante de um traumatismo, uma pessoa com um menor desenvolvimento de sua atividade mental (psíquica) não teria recursos mentais (psíquicos) suficientes para lidar com o excesso de estimulação e essa desorganização passaria a atingir as funções somáticas, menos evoluídas.

Com a Escola de Paris surgiu o conceito de *pensamento operatório*, posteriormente ampliado pela noção de *vida operatória*. O termo pensamento operatório foi usado por Marty (1993) para designar pessoas que têm dificuldades em fantasiar, de modo que o ego não consegue processar, elaborar, representar e integrar as tensões pulsionais que, em última instância, protegem a saúde física individual. Pessoas que funcionam através do pensamento operatório demonstram pensamentos sem ligação com a vida de fantasia, são racionais e factuais, pobres em referências afetivas e imagens verbais, utilizando menos a

fala para significar suas experiências afetivas e mais como um alívio de tensões. O pensamento operatório assemelha-se mais a um não pensamento do que a um pensamento, em que palavras são ditas, mas sem as coisas.

No pensamento operatório, há uma negatificação do processo de pensar. Em suma, a vida operatória diz respeito a uma vida afetiva empobrecida, levando a um prejuízo na representação e na elaboração das vivências traumáticas. Na vida operatória, o inconsciente recebe, porém não emite, e a capacidade de sonhar fica diminuída e, por vezes, excluída. O paciente somatizador, de acordo com essa teoria, mostra, na relação com o analista, uma afetividade esvaziada ou negatificada, parecendo ligar-se apenas aos aspectos concretos. A vida operatória estaria intimamente relacionada à depressão essencial, constituindo uma etapa de relativa cronicidade, um arranjo frágil, um estado instável que se instala no decorrer de uma desorganização progressiva lenta. “É repleta de incidentes ou de acidentes somáticos” (Marty, 1998, p. 17).

Assim, central para Marty e seus companheiros, nesses casos, é o papel da *depressão essencial*, a qual é uma depressão que pouco se expressa, sem objeto. Na mesma, existe uma ausência de expressão sintomática, com uma ampla perda pulsional, tanto objetual quanto narcisista, que se desenvolve paralelamente aos movimentos de morte do indivíduo. Tal falta de expressão se parece com uma melancolia, porém, diferentemente desta, que se expressa muito, a depressão essencial é expressivamente silenciosa. Há um rebaixamento do tônus libidinal sem uma contrapartida econômica positiva. Como diz Smadja (2005), “La depression essentielle, frequente compagna de misérias de la vida operatória” (p. 31).

Acompanhando a depressão essencial, Marty traz outro conceito essencial para sua teoria, o da *negatividade*, que trabalha sobre a polaridade das pulsões dando conta do caráter pouco ruidoso da depressão essencial. A negatividade suprime ou desgasta o trabalho do afeto, da angústia ou da dor, e o sofrimento psíquico faz-se ausente em sua expressão ou representação. Na negatividade dá-se a falta, no discurso do paciente, da dor psíquica ou da angústia, uma falta sentida contratransferencialmente, de forma ampla, pelo analista.

Outro termo importante trazido por Marty foi o conceito de *mentalização* que, embora não faça parte da metapsicologia freudiana, teve seu embasamento dela retirado, a partir do modelo de funcionamento mental proposto por Freud:

Sem as descobertas e elaborações de Freud relativas ao funcionamento mental e suas instâncias, a partir de 1915 – bem como sua formulação da primeira tópica que situa o pré-consciente como local onde se manifestam, justamente, as representações – sem dúvida a noção de mentalização não teria surgido (Marty, 1998, p. 14).

Por *mentalização*, Marty entende a quantidade e a qualidade de representações de um indivíduo, ou seja, um recurso psíquico que atuaria como protetor do corpo das descargas de excitação enquanto regulador da quantidade e qualidade de energias instintivas e pulsionais, libidinais e agressivas.

De acordo com esse autor, nem as doenças e nem os doentes seriam considerados psicossomáticos: o ser humano é psicossomático por definição, sendo o conceito da pulsão o próprio paradigma disso. Psicossomática seria a abordagem de um psicanalista formado nessa clínica. Aisenstein (2013) vai mais longe e diz que uma doença, tanto grave quanto benigna, é o resultado de um sem número de fatores, tanto hereditários, genéticos, biológicos, ambientais e psíquicos, e que irão ocorrer em um momento específico da vida do indivíduo (p. 175). Assim, de acordo com a Escola de Psicossomática de Paris, a psicossomática diz respeito à doença e à saúde, bem como à inter-relação que se estabelece entre ambas, seus pontos de equilíbrio e desequilíbrio.

Seguindo os passos da Escola Francesa, tivemos e ainda temos, na América Latina, a importante contribuição do psicanalista argentino David Maldavsky que, indo mais longe, ampliou e nomeou aspectos que acabaram por facilitar o trabalho clínico com esse tipo de paciente. Maldavsky (2000) sugere uma leitura do quadro psicossomático como um quadro tóxico, agregando-o ao mecanismo de defesa específico denominado *desestimação do afeto*, o qual produziria um desaparecimento do afeto sentido, relacionando-se com a forma originária do desenvolvimento da consciência, no sentido de qualificação (ou não) dos estados pulsionais.

Foi na sua Teoria do Desvalimento que inseriu a psicossomática dentro dos quadros tóxicos, propondo um método de abordagem para patologias onde a subjetividade não está construída e em que, economicamente, a dor não cessa. Os quadros tóxicos, para Maldavsky (2000), relacionam-se com o modelo das neuroses traumáticas, considerando-as como introdutoras potenciais da tendência à inércia pulsional. Dentro dessa concepção, o trauma, vindo ele de dentro ou de fora do sujeito, tem lugar privilegiado enquanto desencadeador de uma desordem somática, sendo estimado pela quantidade de desorganização que o estímulo é capaz de originar. Dessa forma, novamente trazendo o problema econômico, de quantidade de descarga emitida.

Assim como os franceses, Maldavsky buscou na obra de Freud embasamento para sua teoria e teve em trabalhos como o *Projeto para uma psicologia científica* (1895) e *Além do princípio de prazer* (1920), entre outros, o alicerce para seu ADL (Algoritmo David Liberman), método composto por tabelas que reúnem várias possibilidades de discursos divididos em palavras, frases e relatos e relacionadas com as fases psicosexuais freudianas, ou melhor, com as pulsões. Nomeou, então,

uma outra fase àquelas propostas por Freud: a da Libido Intrassomática (LI). Esta veio agregada à Teoria do Desvalimento, dessa forma, atrelada a pacientes com comprometimentos que remetem ao corporal e a quadros tóxicos, como os adictos e psicossomáticos.

A Teoria da Libido é um dos pilares da teoria freudiana, considerada o eixo evolutivo da personalidade do indivíduo, em torno do qual sua erogeneidade se organiza e se expressa ao longo do seu desenvolvimento. Portanto, juntando essa teoria com o conceito de Libido Intrassomática (LI), que diz respeito a um período precoce do desenvolvimento da libido no qual quadros tão regressivos estariam fixados, Maldavsky veio a provocar uma revolução na clínica psicanalítica em relação a esse tipo de paciente.

Freud, como o primeiro e grande idealizador e construtor teórico da psicanálise, que iniciou e implantou a base sobre a qual todos os demais estudiosos da mesma iriam partir, nunca deixou de dar importância ao corpo durante as formulações de suas teorias, mesmo que em vários momentos tenha concentrado sua atenção mais nos aspectos psíquicos. Para ele, o ego, no início de sua existência, seria um ego corporal que “deriva das sensações corporais” (Freud, 1923, p. 40), sendo que a primeira fonte de angústia (ou trauma) vivida pelo ser humano é a experiência do nascimento, uma vez que há uma enorme carga de excitações que surgem e que são incontroláveis ao aparelho psíquico ainda tão imaturo do bebê.

Em *Inibições, sintomas e ansiedades* (Freud, 1926), o autor sugere que a angústia surge, no nascimento, ao ser rompido o envoltório que protege o bebê dos estímulos. Conforme Freud traz no *Projeto para uma psicologia científica* (1895), enquanto a cápsula protetora do útero materno cumpre a sua função, os estímulos, *a priori*, chegam filtrados, com uma barreira de proteção. Com o nascimento, no entanto, a mesma se rompe e, no ato inaugural da vida, a barreira antiestímulos é rompida. Voltando a *Inibições, sintoma e ansiedade* (1926), no início da vida, no entanto, marcado pela precária condição do bebê em dar conta do montante de estímulos e excitações num ego totalmente imaturo e sem autonomia, a ameaça é de total desamparo psíquico.

Baseada nesses pressupostos surge a ideia de que há uma fase inicial da vida na qual a libido estaria solta no soma, estaria intrassomática (LI). Desse modo, a barreira de contato seria muito tênue e frágil, capaz de se romper facilmente, tanto por estímulos internos quanto externos, os traumas sugeridos por Maldavsky (2000). Seria uma fase pré-psíquica (correspondente ao período denominado por Freud de ego real primitivo), na qual tudo se dá ainda pela via corporal e a mente não tem representantes para aquilo que sente, em que os estímulos chegam em quantidades e não com qualidade. É mais ou menos prazer, ou mais ou menos

dor ou desconforto. É um período pulsante, no qual o corpo pulsa num ritmo de tensão/alívio de descargas, sendo a fuga dos estímulos externos extremamente investida. É um período de primitividade, em que faltam as inscrições psíquicas e a subjetividade, as quais serão formadas a partir da interação e da relação com a mãe.

Voltando à teoria proposta pela Escola Francesa de Marty, o aspecto econômico, em concordância com a Teoria do Desvalimento, tem valor especial e o Pensamento Operatório está presente em uma organização psíquica na qual “os delegados pulsionais, que são as representações efetivamente investidas, parecem estar ausentes” (Aisenstein, Smadja, 2003, p. 410). Assim, estudar psicossomática psicanalítica, tanto pela ótica da Escola Francesa como inserida nos quadros tóxicos propostos pela Teoria do Desvalimento, sem estudar as teorias das pulsões propostas por Freud seria um estudo incompleto, dado que o próprio conceito do termo pulsão o coloca entre o psíquico e o somático, um conceito-limite, sendo a pulsão a representante das excitações endossomáticas.

Aisentein (Levine, Scarfone e Reed, 2013, p. 176), citando Green, explica que uma das exigências da conversão do aparelho psíquico em um aparelho de linguagem envolve a transformação da pulsão em representação, uma vez que a psique é constituída de pulsões e o trabalho psíquico pertence à pulsão, ao passo que o trabalho da linguagem envolve colocar representações em palavras. Para entrar em cena o psiquismo, a pulsão precisa encontrar delegados que possam nele representá-la (que, em última instância, irão representar os estímulos endossomáticos no psiquismo).

La delegación del soma em la psique o la *traducción* de las excitaciones somáticas em lenguaje psíquica es un caminho *intrasubjetivo*, que se articula com outro caminho, *intersubjetivo*, que passa por la relación *infans*-madre u objeto que sostiene en el desamparo inicial (Aisemberg, 1999, p. 199).

A relação mãe-bebê sustenta o desamparo inicial e, nessa medida, a pulsão de autoconservação acaba por movimentar um circuito entre percepção e fonte de satisfação, que serão os fundadores do prazer e da sexualidade e se inscreverão como uma marca mnêmica. Ou seja, a pulsão de autoconservação movimenta esse ciclo de transformação das excitações somáticas em linguagem psíquica, articulando o intrasubjetivo com o intersubjetivo da relação mãe-bebê. Essa onda de transformação resultará que as excitações endossomáticas serão investidas por um representante psíquico, que dará lugar à representação-coisa.

Seguindo as ideias de Aisemberg (1999), são as representações-coisa o nódulo do inconsciente, as imagens, as recordações, os sonhos e as fantasias que se articulam, por um lado, com as pulsões e, por outro, com a linguagem, cedendo

espaço às representações-palavra correspondentes. De acordo com Reed, Scarfone e Levine (2013), o valor dessas representações-palavra não está na semântica, mas na experiência perceptual (audição), a qual tem um acesso direto ao consciente. Assim, o campo das representações faz-se possível quando a representação-coisa e a representação-palavra se juntam no inconsciente, o qual vai, então, conter o início do consciente, possibilitando o processo de representação deste.

Os delegados da pulsão, portanto, são seus representantes ideativos, pois representam o objeto sem ser o objeto. O primeiro representante de objeto é o peito e a primeira meta é a busca de satisfação/alimentação, agradando a pulsão de autoconservação. Uma vez plenamente satisfeita a pulsão de autoconservação, a pulsão erótica irá revesti-la.

Para haver um representante da pulsão, é necessário que haja percepção dos sentidos, uma sensorialidade que deriva de vivências. Essa percepção irá formar as imagens e as memórias mnêmicas, que por sua vez irão originar os representantes ideativos das pulsões. A qualidade afetiva com que a mãe irá transmitir e/ou filtrar tais percepções é que formará a base qualitativa, o matiz afetivo da pulsão.

No encontro afetivo entre a mãe e seu bebê, há uma descarga endógena que inclui uma intervenção do sistema nervoso, o qual, por sua vez, libera outras substâncias químicas que serão descarregadas no corpo, ou seja, há uma descarga químico/afetiva. Para o bebê recém-nascido, no entanto, as percepções não estão ainda privilegiadas e é preciso tempo para que possa dar-se conta dessas percepções. Enquanto isso não acontece, a mãe empresta seu próprio psiquismo ao bebê, que assim fica deveras protegido de algo que não pode ainda dar conta. A regressão das mulheres no período que antecede e, principalmente, que sucede o parto de seu filho está a serviço dessa função.

No início, não há nada entre a pulsão de vida e a pulsão de morte e tudo o que vai acontecendo durante aproximadamente os primeiros 40 dias do bebê, no decorrer do período correspondente ao ego real primitivo proposto por Freud, é que vai preenchendo esse vazio, esse nada, e se transformando em memórias mnêmicas. O mundo exterior fica localizado na mãe, que qualifica cada coisa para seu bebê, nomeando através da sua própria regressão funcional, que se dá em torno desses primeiros 40 dias em função de uma alteração hormonal que ocorre com ela. O que sai do bebê é uma tensão negativa (fome, por exemplo), que é projetada na mãe, a qual tem que devolver como algo prazeroso. Assim, a mãe qualifica algo que, para o bebê, é apenas quantitativo. É a empatia materna que dá a oportunidade para que todos os matizes afetivos se instalem. O matiz afetivo vai se produzindo por causa dessa empatia materna, a qual vai auxiliando na construção de um aparato para sentir os sentimentos.

Dentro dessas teorias, a pulsão de vida e a pulsão de morte estão amalgamadas de modo a não serem separadas, e as pulsões libidinais e de autoconservação precisam estar bem cerzidas, formando uma teia que não possa ser rompida pela pulsão de morte. De acordo com Tabacof (2016), para a psicossomática psicanalítica da Escola de Paris, o problema maior seria quando falta a pulsão de vida, ou quando ela está enfraquecida e o princípio do prazer está menos forte. Como consequência dessa não força, dessa insuficiência ou perda de libido, ocorreria uma desintrincação pulsional que liberaria a destrutividade interna, rompendo o equilíbrio da unidade psicossomática.

Certo é que, a partir do entendimento dessas teorias, iniciando pelos valiosos trabalhos relacionados aos movimentos das pulsões de vida e de morte da Psicossomática Psicanalítica da Escola de Paris, seguidos, nesse aspecto, pelos estudos de Maldavsky na sua Teoria do Desvalimento e ampliados pelos estudos dos quadros tóxicos cuja fixação dá-se num período precoce da vida, em que a libido estaria ainda no soma (Libido Intrassomática), é que passamos a uma escuta diferente do sofrimento do paciente, sentimento muitas vezes ainda não sentido por ele. Se antes a escuta principal dava-se sob a ótica dos aspectos neuróticos do paciente, hoje apenas isso não dá mais conta, e não escutá-lo sob a ótica do desvalimento, muitas vezes, faz com que não atinjamos sua dor. Citando novamente Aisenstein, o trabalho com esses pacientes nos exige “uma contratransferência ‘no limite’, onde o analista é obrigado a ouvir o inaudível, a construir e inventar, onde o afeto está envolvido” (Levine, Reed e Scarfone, 2013, p. 178).

Os demais aspectos estruturais, no entanto, não deixaram de existir. Apesar de não ser esse o tema central deste trabalho, Maldavsky (2000) fala, em concordância com Freud em *Fragmentos da análise de um caso de histeria* (1905 [1901]), em várias correntes que aparecem num mesmo paciente, numa mesma sessão. Ou seja, nas correntes neuróticas, psicóticas, perversas e tóxicas que podem e estarão presentes em cada paciente. Nosso trabalho, no entanto, é o de buscar aquilo que é mais regressivo, aquilo que não pode ser simbolizado e representado.

A partir da explanação teórica sobre a psicossomática psicanalítica e seus principais vértices, veremos um exemplo extraído de um trabalho psicanalítico de muitos anos com uma paciente que buscou tratamento por “estar chegando ao fim da sua idade fértil”.

A concepção de uma análise

“Quem é que tem um nome desses? Me diz? Não conheço ninguém! Meu pai queria Rose por causa de sua avó; minha mãe queria Anelise porque gostava muito.

Daí surgiu isto: Roseane! Isso lá é nome? Pra mim parece apenas uma junção de palavras!” (sic). Assim Roseane chegou ao tratamento, repetindo essa sentença muitas e muitas vezes. Embora falasse de um modo divertido, sempre lembrava o quanto detestava seu nome.

Sua busca por tratamento, no entanto, deu-se porque ela havia consultado um ginecologista que lhe alertou para o fato de que, se pretendesse ter filhos, deveria fazê-lo logo devido à sua idade. Embora Roseane nunca mais tenha voltado a esse médico, o tema da gravidez mobilizou-a profundamente, de modo que, apesar de nunca ter pensado em filhos antes, passou a se preocupar muito com a questão. Fez alguns exames pré-gestacionais e parou de prevenir-se. Passados dois anos assim, sem qualquer mudança física ou psíquica quanto à gestação, resolveu procurar por um “tratamento emocional”, segundo ela mesma explicou.

Roseane, na época da procura pelo tratamento, tinha 40 anos e morava com um companheiro há bastante tempo. Tinham um ótimo relacionamento e desfrutavam de uma situação financeira equilibrada que lhes dava condições de terem uma vida bastante agradável e tranquila.

Mesmo assim, Roseane sentia que algo lhe faltava, algo que não sabia dizer o que era, uma incompletude que acreditava não ser possível de ser completada com um filho. Ela tinha como característica muito marcante uma sensação de vazio que nunca se preenchia, junto com uma sensação de desconhecimento sobre o que seria esse vazio, que lhe “tirava as forças”, conforme dizia.

Sempre se apresentou bem cuidada, vestindo roupas da moda e que lhe conferiam um visual atraente, com um leve toque ousado. Caminhava rapidamente, com passos curtos, porém ligeiros, acompanhados sempre de muitos gestos. Sua linguagem também seguia esse ritmo.

Nasceu e se criou na zona rural de uma pequena cidade próxima à capital do Estado, de onde saiu para cursar a universidade e para onde retornou após sua conclusão. Era a filha mais velha, tendo uma irmã poucos anos mais moça. Seu pai, por ser caminhoneiro, pouco parava em casa, colecionando relacionamentos extraconjugais por onde passava. Já a mãe cuidava dos negócios oriundos das terras onde viviam, onde plantavam para a própria subsistência e para o comércio daquilo que sobrava. Era uma pessoa bastante frágil, que perdera a mãe cedo na vida e que, por ocasião do nascimento de Roseane, entrou numa profunda depressão. Roseane relata que, enquanto bebê, conforme contam, chorava muito e ninguém conseguia acalmá-la. Revezavam em quem iria embalar o improvisado bercinho onde ficava sob a sombra de alguma árvore enquanto os familiares trabalhavam na lavoura. Foi criada assim, “acompanhando a mãe à lavoura, tomando mamadeira quando dava tempo e se tivesse alguém para lhe dar”.

Da infância, lembra-se de alguns episódios que a marcaram: em um deles, o pai usou o dinheiro que Roseane havia recebido de herança de um padrinho que falecera sem deixar herdeiros, com a desculpa de que o faria duplicar, porém, com o passar do tempo, não falou mais desse dinheiro, deixando-o que caísse no esquecimento. Recorda também que o pai levava as filhas para tomarem banho de lagoa, na propriedade da família, no entanto, nesses momentos, chamava amigos e com ele se entretinha pescando, deixando as meninas entregues à própria sorte, uma vez que nenhuma sabia nadar. Recorda, ainda, com enorme nitidez, das viagens de caminhão que fazia com o pai, quando ele deixava ela e a irmã, durante alguns dias, na casa de parentes em outro Estado, esquecendo de buscá-las. Por vezes, tiveram que voltar com algum outro caminhoneiro, conhecido do pai, fazendo a viagem de volta submersas num grande medo.

A entrada na escola foi uma parte boa da sua infância, pois, com a aprendizagem da leitura, passou a se refugiar nos livros e nos estudos, tornando-se uma boa aluna, embora nunca a melhor, conforme conta. Nunca fez referência a amigos de infância.

Já no início da adolescência teve seu primeiro namorado, com quem ficou por 5 anos, até mudar-se para a Capital, porém sem nunca oficializarem um rompimento. Ao iniciar a faculdade de Arquitetura, começou a namorar um colega, mas relata que foi “mais para não ficar sozinha”. Ficaram juntos por vários anos, apesar de não gostar dele. No entanto, não pensava em romper o namoro, pois acreditava que iriam acabar se casando no final do curso. Imediatamente após o rompimento desse namoro, conheceu seu atual companheiro, indo morar com ele um mês depois.

Durante a primeira fase do tratamento, Roseane mostrava-se muito ligada ao corpo, colocando silicone nas mamas, fazendo consultas rotineiramente em diversos médicos e especialistas. Sempre foi adepta de massagens e ginástica. Sofreu inúmeros pequenos acidentes domésticos e até automobilísticos, sempre em risco, embora sem graves danos.

Apesar da busca por tratamento ter se dado em função de uma questão gestacional, esse assunto foi relegado a segundo ou terceiro plano, pois não havia um bebê na mente de Roseane, que nunca tivera contato com crianças e as poucas com que convivia não a cativavam nem chamavam sua atenção. Nunca havia segurado um bebê, pois achava que poderia deixar cair, que não saberia segurar. Achava os bebês recém-nascidos feios e todos iguais, demonstrando um total desconhecimento de tudo relacionado a bebês, bem como uma excessiva preocupação com seu corpo. Não conseguia ver-se grávida nem imaginar como um bebê caberia dentro dela. Mostrava também um medo muito grande de gerar bebês agressivos como acreditava ter sido, pois ela tinha uma imagem de si como

um “monstro” que chorou sem parar, algo que aparecia muito na transferência com a analista, sentia pavor ao pensar que não conseguiria acalmar uma criança. Muitas e muitas sessões iniciaram com ela dizendo que “estava brava, muito brava!”, expressando com isso um medo de que a analista, como sua mãe, se assustasse e não conseguisse acalmá-la ou, ainda, fosse destruída pela sua fúria.

Após uns dois anos de tratamento, apesar de Roseane ter tido muitos ganhos na esfera profissional e conjugal, trocando a arquitetura, profissão que não gostava pela economia, conquistado sua primeira Carteira de Habilitação, o tema gestação, motivo pelo qual buscara tratamento, seguia desinvestido. E a cada tentativa da analista de ligar suas partes, conectá-la com isso, Roseane dizia: “Pode ser, mas não consigo juntar o que tu me diz”. E continuava a descrever coisas, somando ideias que não se juntavam. Esse seu jeito causava uma grande sensação de impotência à analista, como se não fosse possível fecundá-la.

Com três anos de tratamento, resolveu fazer uma inseminação artificial. Marcou hora, junto com o marido, numa clínica especializada, sem conversarem com ninguém sobre isso, inclusive sem analisar tal ideia no seu tratamento. Dirigiram-se à clínica com a rígida ideia, acolhida pelo médico, de fazerem a inseminação sem nenhuma investigação, com a desculpa da idade de Roseane e de que “tinha pouca quantidade de óvulos”. O tratamento não deu certo. Após o implante, os óvulos não vingaram dentro de Roseane, que entrou numa depressão importante, tendo que fazer uso de medicação.

Foi um período muito difícil, porém marcante na análise de Roseane, que protegida por uma boa relação transferencial e contratransferencial foi, pouco a pouco, começando a relaxar e a se deixar cuidar no tratamento pela analista. O resultado dessa inseminação deixou-a destroçada, partida em muitos pedaços, porém confiando que a analista pudesse juntá-los e ligá-los de alguma forma. Apesar de ainda dizer que ela própria não conseguia ligar, acreditava que, se a analista estava dizendo, deveria ser assim.

Roseane e o parceiro, que até então não haviam se configurado como um casal, passaram, através de seu tratamento psicanalítico, a construir uma história conjunta, unindo-se como uma dupla, chegando até, no plano concreto, a montar uma pequena fábrica de artigos têxteis. A empresa foi crescendo e prosperando. Roseane e seu parceiro começaram a administrá-la e a imaginar, também, como seria ter um bebê, conversando sobre como o imaginavam, como o que desejavam, sobre como seria, enfim, ter um filho. Pensavam se criar um filho seria como criar e cuidar de uma empresa. Era a primeira vez que refletiam sobre o assunto, pois, apesar da fertilização, nunca haviam conversado sobre ter um filho, pensado ou planejado juntos esse bebê. Era um bebê que não existia na mente da dupla, apenas

um pouco na do parceiro, que tampouco dividia isso com ela. Roseane, por muito tempo, teve como preocupação o seu corpo, no sentido de como ficaria após a gestação, se teria estrias, quanto engordaria. Não conseguia imaginar-se grávida, muito menos como seria ter um bebê ou *como seria* um bebê!

Durante esse período, Roseane começou a notar os bebês e um dia chegou à sua sessão dizendo que havia visto a ecografia que sua irmã fizera uma vez que estava grávida e que, pela primeira vez, tinha conseguido identificar um bebê numa ecografia, o que a deixou exultante. Passado mais um longo tempo, disse: “Segurei um bebê recém-nascido e não é tão difícil! Eu nem deixei cair! Acho que já posso ter o meu”.

Esse processo analítico estendeu-se por um longo período, durante o qual o vínculo entre a paciente e a analista foi se intensificando, formando, no campo analítico, a imagem tridimensional de um bebê, enquanto Roseane começava a se preparar para uma nova tentativa. Buscaram, então, uma nova clínica de fertilização, reconhecida e, dessa vez, indicada por uma amiga que vivera uma experiência similar. Foram, assim, dispostos e mais preparados para investigar e buscar respostas para as perguntas que da primeira vez nem haviam sido formuladas. Roseane submeteu-se a todos os exames solicitados e a partir deles constatou-se que uma possível endometriose assintomática havia lhe causado uma distorção da anatomia com uma consequente infertilidade. Com isso, sua impossibilidade de engravidar pelas vias normais, sem uma intervenção externa, ficou explicada. Em função disso e levando em conta a sua idade, considerada avançada pelo médico, foi-lhe indicado uma nova tentativa de fertilização *in vitro* com uma implantação posterior.

Roseane tentou mais uma inseminação, a qual também não deu certo. Passou, então, um tempo considerável pensando na possibilidade de uma adoção, decidindo, por fim, junto com o parceiro, que não teriam filhos, pois o que Roseane mais desejava, naquele momento, era poder viver bem, aproveitando a vida que estavam podendo desfrutar. Roseane decidiu, assim, por ela própria, começar a viver.

Comentários

Pessoas com desorganizações psicossomáticas, que fazem do corpo uma via de expressão psíquica, normalmente, tiveram na sua história uma falha nas relações mais primitivas com a mãe, a qual não conseguiu conter e desintoxicar o excesso de estímulos provenientes de fontes internas e externas do mundo do bebê, não alcançando, dessa forma, sucesso em ajudar o filho a decodificar e simbolizar o seu universo pré-simbólico, deixando-lhe o legado de precisar do corpo para expressar-se. A empatia materna oferece oportunidade para a instalação dos

matizes afetivos, auxiliando seu bebê na construção de um aparato para sentir os sentimentos. É com o seu afeto que a mãe enlaça as representações-coisas de seu filho, transformando-as em representações-palavras e permitindo, dessa forma, que a pulsão se qualifique, nomeando aquilo que para o bebê não tem nome ou significado, ou seja, outorgando qualidade através da consciência afetiva construída com a mãe.

Roseane ao nascer deparou-se com uma mãe frágil, sem sua própria mãe desde muito cedo e que entrou numa importante depressão por ocasião do nascimento da filha, não podendo dar conta do desamparo inicial de seu bebê, conforme foi constatado no desenvolvimento de sua análise. Assim, o início da vida de Roseane, durante o período evolutivo inicial, nomeado por Maldavsky de libido intrassomática, foi amplamente perturbado, deixando-lhe marcas indeléveis que a mantiveram fixada num momento de exclusão da capacidade de simbolização e nomeação, permitindo que os estímulos ficassem soltos no soma.

Roseane chorava muito e ninguém a acalmava, conforme conta. Todos a volta tentavam, porém nada adiantava. Muitas e muitas vezes ficou sozinha, dentro de seu cestinho no chão do terreno que sua mãe lavrava, sendo alimentada quando sobrava tempo. O porquê do seu choro ninguém sabia, pois essa tradução da sua angústia, dor e desamparo não chegou a ser feita. Aquilo que a incomodava não chegou a ser processado pela mãe ou outro substituto a fim de se transformar em marcas mnêmicas, ou seja, em alguma coisa com sentido. Continuou, no entanto, numa quantidade de choro nunca qualificado que, por ocasião da análise de Roseane, é trazida como “um grande vazio” que não pode ser preenchido, muitas vezes demonstrado quando ela afirmava: “Entendo, mas não sinto”.

Esse desamparo inicial teve prosseguimento ao longo da infância de Roseane, tantas vezes descuidada também pelo pai, que deixava a filha brincar sozinha na lagoa da sua propriedade, mesmo não sabendo nadar, apesar do risco que isso significava; ou quando a esquecia na casa de familiares, longe de sua cidade, impondo a ela a presença de algum estranho que a acompanhasse no trajeto de volta para casa. Ou, até mesmo, quando usava os recursos financeiros da filha, iludindo-a sobre quem cuidava de quem, ou quem era ou não confiável. Assim, deparamo-nos com um pai que não exercia sua função de cuidador, muitas vezes delegadas à própria Roseane, que tinha que cuidar dela própria, independentemente se tinha ou não capacidade para isso.

Roseane foi crescendo e “enterrando-se nos livros”, somando informações e conhecimentos que faziam dela uma boa aluna, cujas notas boas vinham por conta da sua capacidade intelectual de somar e guardar conhecimentos, mais do que de entendê-los, processá-los e interpretá-los. As representações-coisas de Roseane não

foram transformadas em representações-palavras por sua mãe ou substituto desta. Assim como seu nome, que, para ela, nunca teve outro significado além da soma de outras duas palavras: era Rose mais Ane e pronto, sem uma compreensão subjetiva. Pode-se afirmar que Roseane ficou com um pré-consciente fino, pouco engrossado de representações-palavras outorgadas por sua mãe, o que a deixou frágil perante a vida. A paciente sempre se mostrou muito concreta no seu funcionamento, tanto nas suas verbalizações quanto nos seus entendimentos, criando um paradoxo entre aquela mulher tão eficaz em administrar negócios e a menina que, inúmeras vezes, olhava para a analista e dizia: “Não entendi”. Suas relações, de um modo geral, sempre foram muito mais da ordem de preenchimento de um vazio, de modo que nunca ficara sozinha, sem namorado, na juventude.

Sem o auxílio da mãe ou substituto no início da sua vida, sua pulsão de vida, vista aqui sob a ótica da pulsão de autoconservação, não foi investida e reforçada, dando espaço para o fortalecimento da pulsão de morte, claramente representada por Roseane, durante o tratamento, pelos inúmeros acidentes sofridos, que a colocavam em alto risco.

Durante o início do seu tratamento, inúmeras foram as vezes em que a analista perguntou-se se estaria diante de uma histérica, ou seja, uma menininha trancada nos seus aspectos triangulares e que não podia crescer e ter um filho de outro homem por estar ainda tão centrada na relação com seu próprio pai, pois, de fato, por vezes suas preocupações estéticas com o corpo externo, que poderia ficar feio, eram muito intensas. Também podia ser sintoma de histeria a relação com o corpo interno, que não se via podendo conter um bebê, pois parecia ver-se como uma menininha. Ao longo do tempo, no entanto, Roseane foi mostrando que a preocupação com o estético se dava porque era algo que via e que mensurava, algo que era concreto; e com o interno, não porque sentia-se uma menininha, mas sim porque não se sentia, numa clara desestimação do afeto. Precisava sentir-se alguém antes da menininha. Por isso foi tão importante o dia em que pôde ver um bebê configurado dentro da barriga de sua irmã, pois percebeu que bebês podiam existir dentro da barriga de suas mães, que uma configuração mãe-bebê poderia ocorrer. Naquele momento, porém, via isso apenas como uma configuração, e não ainda como uma relação, pois estava muito aquém das relações. Ela seguia dizendo: “Entendo, mas não sinto”. Roseane entendia que algo lhe faltava, algo que não sabia dizer o que era, mas sempre acreditou que não seria um filho que a preencheria. Essa sempre foi uma característica muito marcante sua, uma sensação de vazio que nunca se preenchia, junto com uma sensação de desconhecimento sobre o que seria esse vazio, que lhe “tirava as forças”, conforme dizia.

Roseane funcionava ao nível do pensamento operatório proposto por Marty, com muita dificuldade de fantasiar e de sonhar, sempre muito presa aos fatos concretos e com dificuldade em estabelecer ligações entre o pensamento e a fantasia, o que também justificava sua frase habitual: “Penso, mas não sinto”. Por um longo período, suas sessões foram longas e maçantes, cheias de conteúdos vazios, numa grande descarga sem entendimento, associações ou ligações. Assim, considerando que a procura por tratamento deu-se simplesmente porque a ginecologista teria dito que estava na hora de pensar em ter um filho, sem um posicionamento seu a respeito, não é de se estranhar que não tenha analisado a ideia ou se perguntando o porquê de fazer inseminação artificial, simplesmente marcando hora no médico e agindo.

As mudanças significativas em Roseane tornaram-se mais visíveis na medida em que os laços transferenciais e contratransferenciais foram se fortalecendo e uma dupla analítica passou a existir. Com isso Roseane, um bebê chorão que não conseguia se acalmar, sentiu-se acolhida, compreendida e acalmada dentro do campo analítico, e sua anatomia, até então deformada, passou a ter uma forma subjetivada. Assim, sua vida de fantasia começa a se fazer sentida e Roseane pode lembrar-se, pela primeira vez, de um sonho:

“Acordei suada e apreensiva [...]. Tive um pesadelo! Estava na minha casa da infância, preparando-me para meu casamento. Porém estava atrasada, sem tempo para tomar banho, pois já estava na hora de ir para a igreja. Eram 7 horas e meu cabelo estava sujo e seboso. Era o dia do meu casamento e eu teria que ir assim, sem nem banho tomar, sem nem mesmo ter tempo de me arrumar. Me apressavam, pois estava na hora e todos esperavam.

Cheguei à igreja e horas se passaram. Onde foram parar eu não sei. Sei que eram 9 horas, o casamento anterior atrasou e eu ali, suja. Pensei que podia ter tomado um banho, podiam ter me avisado do atraso.

Mas tive que entrar mesmo assim. Quando subi as escadarias e cheguei à entrada da igreja, minha mãe, que era quem iria entrar comigo (o porquê disso não sei), não estava me esperando. Ela foi caminhando pela lateral dos bancos com a minha irmã e se sentou lá na frente. Fiquei sozinha para entrar, sem ninguém para me acompanhar. Fui mesmo assim, caminhando devagar. Lembro-me de ver o meu pai à esquerda, mais na frente, parecendo um fantasma, sem me olhar, com os olhos vazios. Eu prossegui. Quando cheguei lá na frente, dei o braço para o Henrique (seu companheiro)”.

Nesse pesadelo/sonho, que por si só traz a construção psíquica de Roseane durante o processo de análise, ela revelou, com muita clareza, seu desamparo inicial. Conseguiu colocar na ordem representacional essa sensação antiga, o

vazio que a atingia. Foi para o casamento despreparada, assim como se sentiu indo para a vida desamparada, sem ter tido tempo com sua mãe para se preparar para a vida, sem engrossar seu pré-consciente com representações que viessem a protegê-la no futuro. Foi suja e sebosa, entrou sozinha, caminhou sem o amparo da mãe nem do pai ao longo da sua trajetória. Sua mãe não a acompanhou, e seu pai, posteriormente, não a olhou, pois estava entretido com suas amantes.

Seu pesadelo/sonho, que retrata o ritual de um casamento, parece também retratar outro ritual: o de um nascimento, onde se pode imaginá-la passando sozinha, suja e sebosa pelo canal vaginal de sua mãe, chegando ao mundo coberta de vérnix (espécie de gordura branca que hidrata e protege a pele dos bebês enquanto expostos ao líquido amniótico da placenta). No entanto, perdem-se horas nesse processo, período que pode corresponder à diferença de tempo entre seu nascimento biológico e o nascimento da sua subjetividade, que acontece nesse momento de sua análise. Roseane, através desse pesadelo que se transforma em sonho, descreve seu nascimento psíquico, o nascimento de uma consciência inicial, de uma subjetividade, pois, ao final da caminhada pela nave central da igreja, encontra o companheiro/mãe/analista.

A partir daquele momento, Roseane, que não conseguia sonhar, como dizia, passou a ter sonhos importantes, quase sempre com conteúdos em que se via sozinha e desamparada.

Sua solicitação à analista ao buscar um tratamento foi de um encontro afetivo entre um bebê e uma mãe que desse origem à construção de um aparato psíquico com mais capacidade de sentir os sentimentos que não puderam ser vividos ou diferenciados. Solicitava que seus óvulos fossem retirados de dentro dela, de um interior que ela ainda não sentia, para serem fecundados fora de si pelos espermatozoides do companheiro *in vitro*, num *setting* diferenciado, prudente, cauteloso, paciente e, principalmente, afetivo, em que o feto da analista ia sendo emprestado para que Roseane pudesse ir construindo sua própria vida afetiva. A ligação, assim como a fertilização, precisava ser feita fora, com o auxílio da analista.

Acima de qualquer coisa, Roseane pedia à analista que desse forma a um bebê. Chegara sem ideias de como seria ter um bebê, que foi se transformando numa ideia de *como seria um bebê*, mas que, no entanto, escondia a máxima de *que bebê seria ela? Qual a sua formã? Qual a sua configuração?* Quais os seus conteúdos? Apesar das suas questões iniciais quanto a estrias e celulites, na verdade, suas questões mais importantes eram em relação a como ficaria por dentro, tendo em vista seu total desconhecimento de si mesma, causado pela “distorção anatômica” que teve com a mãe, que não conseguiu acolhê-la nos momentos iniciais e nem depois. Assim, a ligação a ser feita era com a analista, que poderia *ligá-la à vida*

e torná-la fértil. A partir disso, Roseane, que já estava se conectando um pouco mais com seus sentimentos, optou por não ter filhos, pois sentia que “começava a viver e queria aproveitar a vida com o companheiro”. O resultado do tratamento não convergiu para um filho, mas para a concepção de um mundo psíquico que a levasse à vida e, partir daí, ela foi brincar de viver, começou a existir e a ter consciência de si. Sentiu-se, enfim, nascendo para a vida.

Para concluir o relato da concepção de Roseane, gostaria de trazer as palavras de Levine (2013) que, citando Aisenstein, lembra que, a partir dos pressupostos teóricos da Psicossomática Psicanalítica da Escola de Paris,

... that secondary to early trauma that has weakened the linking processes of the psyche, somatic symptoms are initially opaque, devoid of symbolism, and psychologically meaningless. However, these symptoms contain an unconscious, albeit mute, appeal to be given psychological organization and meaning through the work of another and have the potential to become psychologically meaningful in the context of an analytically meaningful and meaningcreating relationship (p. 54).

(... os sintomas somáticos, secundários ao trauma precoce que enfraqueceu os processos de vinculação da psique, são inicialmente opacos, desprovidos de simbolismo e de sentimento psicológico. No entanto, esses sintomas contêm um apelo inconsciente, embora mudo, para receber significado e uma organização psicológica através do trabalho de um outro, e têm o potencial para se tornarem psicologicamente significativos no contexto de uma relação analiticamente significativa e geradora de significado.)

Psychoanalytical psychosomatics and infertility: the ways of a conception

Abstract: The author proposes to explain Psychoanalytic Psychosomatics through parallels between the Paris Psychosomatic School and the Theory of Helplessness by the Argentinean David Maldavsky. She finds the points of convergence and highlights the importance of both theories to the understanding of contemporary patients' cases. Ribas aims to contextualize Psychoanalytic Psychosomatics historically from when it was first applied to the present day. She constructs a comprehensive explanation of it. In addition, she explains the main terminology used by the Paris Psychosomatic School and the Theory of Helplessness, highlighting the relevance of the understanding of the Theory of Drive proposed by Freud. Ribas briefly gives an example of an infertility case, showing the paths and problems of a natal conception, seeking to construct an understanding of what Psychoanalytic Psychosomatics would be nowadays and how it can present itself in clinical cases. Finally, she presents a possible therapeutic intervention for such cases.

Keywords: Drives. Infertility. Initial helplessness. Psychoanalytic psychosomatics. Representations.

Referências

- Aisemberg, E. R. (1999). Más allá de la representación: Los afectos. *Revista Internacional de Psicanálise*, 6.
- Aisenstein, M., Smadja, C. (2003). A psicossomática como corrente essencial da psicanálise contemporânea. In A. Green (Org.), *Psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago.
- Cardoso, N. M. P. (1995). *Doença oncológica e alexitimia, contributo pessoal* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Freud, S. (1976a). Projeto para uma psicologia científica, sessão 6. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (1976b). A etiologia da histeria. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1896)
- Freud, S. (1976c) Fragmentos da análise de um caso de histeria. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago, (Trabalho originalmente publicado em 1905[1901])
- Freud, S. (1976d). Conferências introdutórias à psicanálise. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 13). Rio de Janeiro: Imago, (Trabalho originalmente publicado em 1917).
- Freud, S. (1976e). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago, (Trabalho originalmente publicado em 1920)
- Freud, S. (1976f). O ego e o id. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago, (Trabalho originalmente publicado em 1923)
- Freud, S. (1976g). Inibições, sintoma e ansiedade. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago, (Trabalho originalmente publicado em 1926)
- Freud, S. (1976h). Esboço de psicanálise. In S. Freud, *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 23). Rio de Janeiro: Imago, (Trabalho originalmente publicado em 1940[1938])

- Levine, H., Reed, G., & Scarfone, D. (2013). Introduction: From a universe of presences to a universe of absences. *Unrepresented states and the construction of meaning: Clinical and theoretical contributions*. London: Karnac Books.
- Levine, H., Reed, G., & Scarfone, D. (2016). *Estados não representados e a construção de significado: Contribuições clínicas e teóricas*. São Paulo: Blucher.
- Maldavsky, D. (2000). Erogeneidades, defensas y lenguaje: aportes al desarrollo de una metodología psicoanalítica de investigación (ADL). *Psicoanálises APdeBA*, 22(3), 699-718.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rocha, F. J. B. (1988). A psicanálise e os pacientes somatizantes: Introdução às ideias de Joyce McDougall. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 22(1), 27-41.
- Smadja, C. (2005). *La vida operatória estudos psicanalíticos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Tabacof, D. (2016). Psicossomática psicanalítica hoje: O modelo pulsional da Escola de Paris. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 50(2), 94-107.

Copyright © Psicanálise – Revista da SBPdePA
Revisão de português: Mayara Lemos

Recebido em: 05/04/2018

Aceito em: 16/04/2018

Vanéli Karine Closs Ribas
Rua Mundo Novo, 650 / 10
93548-000 Novo Hamburgo - RS
E-mail: vaneli.ribas@gmail.com