

A clínica dos transtornos psicossomáticos

Cynara Cezar Kopittke¹

Resumo: O artigo aborda alguns aspectos teórico-clínicos dos transtornos psicossomáticos, com ênfase no pensamento de David Maldivsky, autor que desenvolveu uma teoria acerca das patologias do desvalimento, entre as quais inclui a psicossomática. A hipótese desse autor é a de que esses quadros decorrem de falhas na constituição do ego-realidade inicial, ao nível da consciência neuronal (Freud, 1950/2004), única forma de consciência presente nesse ego corporal primitivo que ainda não se diferenciou do id. A falha primária se daria no registro do matiz do afeto, o primeiro componente da pulsão a aportar ao psíquico; o registro do matiz afetivo pela consciência originária é o que confere significatividade às vivências, imprimindo-lhes marcas que sustentam a construção da subjetividade. As defesas predominantes nesses processos são a desestimação do afeto e a introjeção orgânica.

Palavras-chave: Desestimação do afeto. Desvalimento. Introjeção orgânica. Libido intrassomática. Transtorno psicossomático.

Introdução

A clínica do paciente psicossomático é um desafio aos psicanalistas, tradicionalmente treinados para lidar com as neuroses organizadas em torno dos desejos e das fantasias em conflito com as exigências da realidade. O paciente psicossomático, diversamente do neurótico, tem pouca ou nenhuma atividade fantasmática e se comunica através de um discurso descritivo, operatório, frequentemente numérico, que não expressa subjetividade. Geralmente, não procura psicoterapia por demanda própria, mas encaminhado por um clínico ou pela família, sem uma motivação para o tratamento e, não raro, sem saber a que

¹ Membro Titular e Didata da SBPdePA.

veio. As queixas costumam ser orgânicas e sem ressonância psíquica, devido a falhas na representação-corpo que afetam a organização de uma unidade corpórea harmoniosa, resultando num corpo biológico, não simbólico, diferente do corpo erógeno do neurótico. Por isso, não é raro o paciente psicossomático falar “do corpo” em vez de “meu corpo” ou “a pele” e não “minha pele”.

Considerações teóricas

Desde a teoria do desvalimento proposta por David Maldivsky, os transtornos psicossomáticos decorrem de processos tóxicos e traumáticos que produzem fixações de libido intrassomática ao nível do ego-realidade inicial. Esse ego, presente nos primeiros tempos de vida, foi descrito por Freud (1923/2004, p. 27) como um ego corporal ainda indiscriminado do id. Quanto à libido intrassomática, ela foi proposta por Maldivsky (2017) como uma erogeneidade anterior à fase O1 do autoerotismo, esse apoiado na ideia de Freud (1926/2004) de que com o nascimento surge um investimento narcisista de órgãos internos, sobretudo coração e pulmões, que logo irá se transpondo em investimento de outros objetos.

A economia do ego-realidade inicial está voltada para o aprendizado das regras biológicas e para a harmonização das funções orgânicas. Ainda existem poucos recursos para tramitar os estímulos, sendo fundamental para a constituição psíquica do bebê um ambiente empático que atue como filtro contra os estímulos excessivos dos quais ele ainda não se protege, nem pode fugir. Da função de filtro depende a qualificação das percepções registradas pela consciência sensorial, única forma de consciência presente no ego-realidade inicial.

A consciência sensorial, segundo Freud (1950/2004), representa o aspecto subjetivo de todo acontecer psíquico. Essa consciência originária resulta da captação e registro do afeto, que é a primeira manifestação da vida pulsional a aportar ao psiquismo, antes mesmo da representação. O registro do matiz afetivo depende, porém, de que o aparelho psíquico não seja assolado por estímulos demasiado intensos, pois a consciência só capta diferenças e qualidades. Portanto, a função de filtro promovida pelo ambiente cuidador é fundamental para que o bebê registre seus estados afetivos, o que confere significatividade às suas impressões sensoriais (Neves & Hasson, 1994).

Se o interjogo pulsional entre a mãe e o bebê for bem sucedido, mais do que saciar a fome, aliviar a dor ou conciliar o sono, a criança poderá qualificar essas vivências, o que significa tornar conscientes seus processos pulsionais, ao mesmo tempo em que estabelece um nexos com a vitalidade dos processos pulsionais

daqueles que o cuidam. Esse nível primário de consciência é fonte do sentimento de si e fundamento da subjetividade (Maldavsky, 2007). Para Maldavsky (1996), uma das condições para que um sentimento chegue à consciência como expressão subjetiva consiste em sentir-se sentido pelo outro.

A problemática mais primitiva na organização dos quadros psicossomáticos situa-se, para Maldavsky, no registro do matiz afetivo e das impressões sensoriais. Falhas na constituição da consciência originária comprometem a transmutação da pulsão em sensorialidade (o encontro com as vivências) e o enlace da pulsão com a representação. Esse desfecho pode ocorrer se a mãe, em vez de acolher e processar os estímulos excessivos para o bebê, usa-o como couraça ou lugar de descarga para seus próprios processos tóxicos. Sob essa condição, o matiz afetivo acaba substituído por estados de pânico, entorpecimento ou por crises de fúria, por ausência de um sujeito para sentir.

A economia psíquica do bebê, quando submetida a um estado de desvalimento tóxico e traumático, em lugar de encontrar uma harmonização da libido intrassomática em acordo com o Princípio de Constância, que busca um nível mínimo de tensão para a manutenção da vida, tenderá à descarga de energia psíquica, buscando esvaziar-se até chegar a zero. Isso se deve a um desequilíbrio na luta de Eros contra a pulsão de morte, resultando numa imposição do Princípio de Nirvana.

Outro resultado do fracasso da função materna primária recai sobre um atributo essencial do ego-realidade inicial, que é discriminar entre um dentro e um fora. Essa primeira orientação no mundo ocorre desde a perspectiva de que o ego, ante um estímulo proveniente do exterior, possa colocar em ação o primitivo mecanismo de fuga, que quando exitosa define o reconhecimento do estímulo como exógeno. Já dos estímulos que vêm do interior é impossível fugir, sendo necessária uma 'ação específica' para cessarem. Assim, gera-se um interior de onde surgem estímulos que exigem satisfação, que é o que importa para o sistema nervoso, e um exterior indiferente, desinvestido. Essa discriminação entre um interior e um exterior é um passo fundamental no suceder psíquico, e falhas nesse processo resultam numa indiferenciação entre o próprio e o alheio, fator desencadeante de graves patologias, por exemplo, as doenças autoimunes.

A defesa predominante nesses estados é a desestimação do afeto, defesa frente ao sentir que suprime o sentimento de si. A sufocação ou desestimação do matiz afetivo resulta em percepções carentes de significação, resultado que se estende também às correspondentes marcas mnêmicas (marcas borradas, vazios que não sustentarão memória, monotonia, inércia). Tais efeitos recaem sobre as percepções da realidade do próprio corpo, e também dos corpos alheios. O

retorno do afeto desestimado aparece como um ataque de dor e fúria, que se expressa de maneira catártica. Se houver uma fixação ao trauma, ocorrerá uma imbricação entre o estancamento das pulsões de autoconservação e uma dor que não cessa.

Liberman (1982, p. 66) sugere duas modalidades de vínculo primário nas afeções psicossomáticas:

- a mãe que rebota: quando o bebê vai em busca da decodificação de suas necessidades, o estímulo retorna sobre a criança porque a mãe não está empatizada com o bebê, seja por desvitalização ou por retração;
- a mãe mete-bombas: intrusiva, que descarrega seus próprios estímulos no bebê.

Em ambas condições, além de não se realizar a ação específica geradora de vivência de satisfação, marca instauradora do desejo, também não se estabelece a simbiose evolutiva e necessária para o desenvolvimento psíquico normal do bebê. Um dos resultados possíveis está no que Liberman (1982, p.12) chamou de sobreadaptação, uma forma de funcionamento em que o indivíduo procura se ajustar às demandas alheias, sem levar em consideração suas necessidades e capacidades, tanto emocionais quanto físicas. Em lugar do universo simbólico das palavras, prevalece um mundo numérico e quantitativo que favorece as somatizações. Dessa perspectiva, as doenças psicossomáticas podem ser encaradas como um fracasso da sobreadaptação, ao mesmo tempo que um sinal de alerta de um corpo sem inscrições psíquicas, envolto em sentimento de vazio e em busca de sentidos para dores não representadas.

Quando um vínculo no qual um paciente psicossomático esteja se sustentando é rompido, se houver o fracasso da defesa principal, que é a desestimação do afeto, o indivíduo fica em condições de produzir uma lesão orgânica devido à regressão libidinal e egoica a um ponto de fixação intrassomático. Como defesa auxiliar nesse processo, Maldavsky refere a introjeção orgânica, mecanismo pensado como um caminho inverso à projeção referida por Freud (1905/2004, p. 187) como responsável pela migração da energia investida nos órgãos para a periferia do corpo, promovendo a abertura das zonas erógenas. Freud (1905/2004, p. 187) sustenta que esse mesmo caminho pulsional dos órgãos à periferia, ante perturbações no encontro com o objeto (ação específica), pode ser percorrido no sentido inverso, num movimento de retorno da periferia aos órgãos que pode desencadear somatizações.

Quanto à relação do indivíduo psicossomático com números e cálculos, faz parte do que a Escola de Psicossomática de Paris denomina de funcionamento 'operatório' (Smadja, 2005), evidenciado em manifestações clínicas como a

depressão essencial, o pensamento operatório e as condutas operatórias. A vida anímica operatória, ao invés de se nutrir do universo das representações, sustenta-se numa forma mais elementar de organização da percepção, que capta apenas números e frequências. O status dos números nos pacientes psicossomáticos denuncia uma regressão do universo representacional ao meramente quantitativo, carente de qualidades, onde funciona um tipo de sensorialidade que só registra quantidades (Maldavsky, 1992).

O funcionamento operatório denuncia uma especificidade da organização do pré-consciente (Maldavsky, 1992; Smadja, 2009) que se expressa em pouca espessura, reduzida circulação de energia e precariedade nas defesas ante as excitações. O resultado é que o pensamento operatório, segundo Marty e M'Uzam (como citados em Smadja, 2005, p. 147), aproxima-se de um não-pensamento devido à pobreza ou à ausência de mentalização e à expressão em ato.

Desde essa condição representacional, Maldavsky (1992, p. 56) ressalta três discursos característicos do psicossomático, todos não representativos da subjetividade por falta de sustentação identificatória: o discurso catártico, mediante o qual o indivíduo busca somente descarregar tensões, sem considerar o interlocutor e suas possíveis intervenções; o discurso inconsistente, caracterizado pela banalização, por uma fachada não crível, geralmente sobreadaptado ao que o paciente supõe que o interlocutor quer ouvir; e o discurso especulador, com ênfase nas contas, no dinheiro e nos números, por predominância da quantidade sobre a qualidade e a significatividade. Muitas vezes é necessário interromper uma fala vazia e pedir que o paciente pense sobre o que está dizendo. Porque com o psicossomático não faz sentido o terapeuta se manter em atenção flutuante ante um discurso operatório. A escuta desse discurso deve ser crítica, para que não nos inunde nem confunda, bem como para que possamos questionar quando fala desde outro lugar que não de si mesmo. Trata-se de um cuidado em apontar para certos funcionamentos percebidos pelo analista e dos quais o paciente não tem consciência.

Quanto ao aspecto identificatório, Maldavsky (1996, p. 46) sugere traços de caráter predominantes nas patologias do desvalimento, que são os traços cínico, viscoso e abúlico, todos organizados em torno de fixações traumáticas e identificação a objetos decepcionantes. O traço de caráter cínico tende a dissolver todo e qualquer projeto vital genuíno, seja próprio ou alheio, manifestando-se sobretudo através de uma crítica desqualificadora. Quanto ao traço viscoso, aparece numa tendência a se colocar na dependência de um déspota louco e imprevisível que pode desinvesti-lo a qualquer momento. O traço abúlico expressa um estado inercial decorrente dos outros dois, refletindo uma condição

em que o ego se defronta com situações de abandono que suplantam sua capacidade de elaboração e que, não podendo fugir, deixa-se morrer num estado de passividade letárgica. O ‘deixar-se morrer’, efeito de um trauma, corresponde a um desinvestimento do ego pelo narcisismo e pela autoconservação, pondo à mostra a eficácia da pulsão de morte.

Conclusões

O vínculo com o paciente psicossomático implica um compromisso da subjetividade do terapeuta em disponibilizar sua capacidade de fantasiar e de sentir com o próprio corpo e mente aquilo que o paciente não é capaz de sentir. A mente do terapeuta deve dar figurabilidade a elementos que a mente do paciente não alcança dar, cumprindo a função de rêverie: captar, transformar e devolver elementos ao paciente, como faz a mãe com seu bebê. Trata-se do que Bion propôs como função alfa, “por meio da qual impressões sensoriais se transformam em elementos capazes de serem armazenados para utilização em sonhos e em outros pensamentos” (Bion, 2004, p. 20).

O trabalho de construção é particularmente solicitado na contratransferência, necessitando que se criem condições para que o paciente estabeleça um vínculo, o qual precisa ser sustentado pela capacidade de empatia com esse paciente. Se não existir algum sentimento empático, o prognóstico do tratamento não é bom, sendo melhor o encaminhamento a outro terapeuta. André Green (como citado por Horn, 2008, p. 57) fala de uma construção silenciosa cujo objetivo é preencher lacunas de um tecido psíquico, com uma palavra que surge a posteriori para reconstruí-lo e revelar traços ou cicatrizes de suas primeiras experiências.

The clinic of psychosomatic disorders

Abstract: This paper brings some theoretical and clinical aspects of psychosomatic disorders with emphasis on David Maldivsky theory about pathologies of helplessness. His hypothesis claims that these conditions come from failures on the original reality-Ego, especially at the level of neuronal conscience (Freud, 1950/2004), the only present conscience in this primitive Ego that hasn't yet differentiated from the Id. The failure occurs on the affective tone register. The affect is the first drive content to arrive in the psyche, and the register of it's tone by the originary conscience leaves mnemonics marks that sustain the construction of subjectivity. The predominant defenses on this process are the foreclosure of the affect, disavowal and organic introjection.

Keywords: Disavowal. Forclosure of the affect. Helplessness. Intrassomatic libido. Organic introjection. Psychossomatic disorder.

Referências

- Bion, W. (2004). *Elementos de psicanálise*. Rio de Janeiro, Imago.
- Freud, S. (2003). Tres ensayos de teoría sexual. In *Obras completas* (Vol. 7). Buenos Aires: Amorrortu. (Publicado originalmente em 1905)
- Freud, S. (2004). El yo y el ello. In *Obras completas* (Vol. 19). Buenos Aires: Amorrortu. (Publicado originalmente em 1923)
- Freud, S. (2004). Más allá del principio del placer. In *Obras completas* (Vol. 18). Buenos Aires: Amorrortu. (Publicado originalmente em 1920)
- Freud, S. (2004). Proyecto de psicología. In *Obras completas* (Vol. 1). Buenos Aires: Amorrortu. (Publicado originalmente em 1950)
- Freud, S. (2004). Inhibición, sintoma y angustia. In *Obras completas* (Vol. 20). Buenos Aires: Amorrortu. (Publicado originalmente em 1926)
- Horn, A. (2008). Construções em psicossomática psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(3), 55-58.
- Kopittke, C. (2008). Vinculos tóxicos y traumáticos y la paradoja de la subjetividad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 12, 30-45.
- Kopittke, C. (2018). Por que ler Claude Smadja. *Psicanálise - Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 20(1), 201-208.
- Lieberman, D. (1982). *Del cuerpo al símbolo*. Buenos Aires: E. Kargieman.
- Maldavsky, D. (1992). *Teoria y clínica de los procesos tóxicos*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1996). *Linages abúlicos*. Buenos Aires: Paidós.
- Maldavsky, D. (2007). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Maldavsky, D. (2008). Yo-realidad inicial: Conceptos y investigaciones sistemáticas. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 11, 77-98.
- Maldavsky, D. (2017). Libido intrasomática: Conceptos, instrumentos para evaluarla, aportes del equipo de investigación. *Revista Desvalimiento Psicosocial*, 4.
- Neves, N.; & Hasson, A. (1994). *Del suceder psíquico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Smadja, C. (2005). *La vida operatoria*. Madri: Biblioteca Nueva.

Smadja, C. (2009). *Los modelos psicoanalíticos de la psicoanálisis*. Madri: Biblioteca Nueva.

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

Recebido em: 14/08/2019

Aceito em: 26/08/2019

Cynara Cezar Kopittke
Rua Mariante, 288/1304
91340-480 – Porto Alegre – RS – Brasil
E-mail: cynarack@gmail.com