

# Somatizar é preciso

Rosa Beatriz Santoro Squeff<sup>1</sup>

**Resumo:** O presente artigo visa a explorar algumas ideias contemporâneas sobre o estudo da psicossomática, enfocando as atualizações da técnica psicanalítica e algumas noções sobre o masoquismo erógeno primário que pode levar à continuidade da vida.

**Palavras-chave:** Masoquismo erógeno primário. Psicossomática. Pulsão de morte. Técnica psicanalítica.

Antes de mencionar as ideias mais atuais sobre a psicossomática, vou fazer um breve percorrido na história sobre o tema, para contextualizar a sua evolução.

A luta entre a vida e a morte iniciou com a humanidade, uma vez que desde sempre convivemos com angústias, medos, depressões e doenças físicas, o que nos leva a crer no pensamento de Joyce McDougall, em 1996, de que o homem é por natureza psicossomático.

Nos primórdios do mundo, a doença somática era entendida como manifestações sobrenaturais, sendo buscada sua cura através de rituais religiosos, magias e outras crenças similares. Com o progresso da civilização, na Grécia, sob a visão de Hipócrates (460 A.C.), pai da medicina científica, o homem já era considerado como uma unidade organizada que poderia se desorganizar. Assim, foi se desenvolvendo o conhecimento médico, chegando a uma dimensão mais ética e cultural dos povos. O ser humano passou a ser visto num contexto mais amplo, não só familiar, mas também social e profissional, sob um olhar humanista e científico (Volich, 2010).

É atribuída a Georg Groddeck a paternidade da psicossomática. Groddeck era médico de vários psicanalistas de Viena, correspondente de Freud e autor de um livro publicado em 1923 (*O livro d'Issa*). Foi considerado como o primeiro a dar

---

<sup>1</sup> Membro da SBPdePA. Sócia Fundadora e Diretora de Ensino do Gaepsi – Associação de Psicoterapia Psicanalítica.

ênfase a uma visão unificada do ser humano, escrevendo que a doença orgânica poderia ser tratada pela psicanálise.

No percurso desse contexto histórico, surge Franz Alexander, na década de 50, da Escola de Psicossomática de Chicago, que ficou conhecido por estabelecer correlações entre as manifestações somáticas e certas características de personalidade, tendo vários seguidores, inclusive Angel Garma, conhecido psicanalista da Argentina. As doenças que mais caracterizavam a psicossomática, naquela época, eram: dermatite, artrite, úlcera, gastrite, asma, retocolite e hipertensão arterial.

O período que abrange as décadas de 50 e 60 foi o momento da história da psicanálise em que passou a ser mais enfatizada, entre os psicanalistas, a concepção de que, numa perspectiva evolutiva genética, o desenvolvimento psicoafetivo é inseparável do biológico.

Em 1962, Pierre Marty, Michel de M'uzan e Cristian David romperam com a Escola de Chicago e criaram a Escola de Paris de Psicossomática. A ideia que desenvolveram é a de que a afecção somática é pré-psíquica, não simbólica e que possuímos células com capacidade de desencadear a autodestruição, podendo ocorrer uma morte prematura, antes que algo do exterior venha destruir. Estudos científicos descobriram que o organismo humano possui um mecanismo chamado de “apoptose”, que é capaz de desencadear sua autodestruição. Nos tecidos de um ser humano saudável, a cada hora, bilhões de células ativam um programa de morte intracelular, por mecanismos celulares desconhecidos, para garantir a continuidade da vida.

A Escola de Paris de Psicossomática introduziu um pensamento de organização somática, descrevendo funcionamentos mentais que predispõem à produção de sintomas somáticos. Não são os mecanismos psíquicos que causam as somatizações, mas sim o funcionamento mental desses indivíduos. Esse é o modelo da mentalização no qual se observa que existe uma destrutividade contra a própria atividade psíquica, com uma falta de simbolização e com ausência aparente de vida fantasmática (Smadja, 2005).

Os psicossomaticistas de Paris dizem que os traumas são originados de uma excitação excessiva que a organização psicossomática não conseguiu dar conta, definindo-se pela quantidade de desorganização e não pela qualidade do evento.

Em relação a isso, Horn (2018) nos lembra que André Green, em 2007, diz que somente a existência de uma pulsão de destruição pode nos ajudar a compreender certas configurações que aparecem na clínica psicanalítica contemporânea, mais precisamente na clínica psicossomática.

Todos os autores que estudam sobre as patologias orgânicas graves precoces enfatizam que esses pacientes tiveram os primeiros vínculos familiares frios e vazios, sem apego, com carência de afeto que interferiram na constituição da identidade primária, dificultando os processos de simbolização. Como consequência de uma incapacidade afetiva da mãe ou substituto, em relação ao recém-nascido, surge um obstáculo para se instalar um sistema de representações acompanhado de afeto. Pode ser até uma mãe presente fisicamente, mas distante emocionalmente. Quando, mais tarde, ocorre uma exigência externa excessiva e o aparelho psíquico falha, é o somático que responde. Smadja (2005) salienta que quanto menos rica e evoluída é a atividade psíquica do sujeito, mais séria será sua alteração somática.

Winnicott, em *A mente e sua relação com o psicossoma* (1949/2000b), assinalou que é fundamental para o bebê recém-nascido que o ambiente onde se desenvolve adapte-se às suas necessidades. Quando esse ambiente não se mostra suficientemente organizado e com afeto, para possibilitar a continuidade do ser, pode se instalar a doença psicossomática. O mesmo autor criticava seus colegas médicos por não valorizar a interligação entre o soma e o emocional. Salientava a importância da mãe, ou substituto, como crucial nos primeiros momentos de vida de um bebê, propiciando a ele *holding*, *handling* e apresentação de objeto (1945/2000a).

A incipiência do psiquismo do bebê é compensada pela capacidade psíquica da mãe que procurará entender, traduzir e nomear as vivências angustiantes do pequeno ser, possibilitando a construção de representações. É essa ideia que Bion (1991) transmite sobre a capacidade de rêverie da mãe ao exercer sua função alfa.

Joyce McDougall (1996) nos alerta que todos nós temos tendência a somatizar sempre que as circunstâncias internas e externas da vida ultrapassam nossos modos psicológicos de defesas habituais. Na ausência do símbolo e da palavra é no corpo que o sofrimento aparece. É possível que certas tendências recorrentes de adoecimento físico desapareçam no decorrer de um tratamento psicanalítico, como efeito secundário, mesmo que não tenham sido trabalhadas diretamente. Lembra Joyce que antigamente muitos pacientes que apresentavam doença somática não tinham indicação para análise, pois não refletiam um sofrimento psíquico ou conflitos. Eles mostravam uma explosão somática no lugar de trazer um pensamento, um sonho ou uma fantasia. Nesse contexto, a mesma autora entende que a psicanálise contribui muito para o restabelecimento de pacientes graves fisicamente.

Alguns psicanalistas argentinos contemporâneos, encabeçados por Maldavsky, ressaltam que as doenças psicossomáticas fazem parte das Patologias

do Desvalimento, nas quais predominam as fixações do erotismo intrassomático presente nos primeiros 40 dias de vida, anterior à erogeneidade oral, por terem ocorrido falhas na organização do Ego Real Primitivo, resultante de uma má relação com a mãe. Maldavsky (1992) baseou-se em Freud quando explanou sobre as neuroses atuais, explicando que a psicossomática não é decorrente de conflitos edípicos infantis, mas expressam estados tóxicos da mente. Pela ausência de empatia dos progenitores, a decodificação dos afetos e a comunicação das emoções acabam ficando sem qualificação afetiva. Há uma carência primitiva da ação específica. Esse paciente vivenciou um desinvestimento amoroso (caracterizando-se como trauma), uma falta de apego nos primeiros dias de vida que causou falhas na identificação primária, comprometendo sua subjetividade.

Os estudiosos da Psicossomática de Paris, seguidores de Marty (1993), criaram termos específicos para descrever o funcionamento desses indivíduos que chegam até nós com quadros orgânicos bem sérios (Costa & Alvarez, 2015), dispostos a seguir.

**Pensamento/funcionamento operatório:** é a expressão de uma desorganização psíquica, resultante de um trauma que ultrapassa sua capacidade de elaboração. Nota-se esse tipo de funcionamento no indivíduo preso ao presente, ao concreto, aos fatos, com discurso descritivo, sem desejos e com uma pobre vida onírica e fantasmática. O indivíduo diz que não tem angústia, nem conflitos psíquicos. Ao descrever uma pessoa só se refere às características físicas, não se detém aos afetos e formas de relacionamento. É o chamado sujeito tarefeiro, muito ativo, mas desvitalizado. Joyce chama de normopata e Liberman, de sobreadaptado, sendo visto também como neurótico de comportamento. Esse tipo de indivíduo não é entendido como tendo uma estrutura psicossomática, mas um funcionamento sem mentalização.

**Alexitimia:** significa que o indivíduo tem dificuldades de encontrar palavras para dar nome aos seus afetos. Não consegue distinguir entre angústia e depressão, entre medo ou irritação. Esse conceito veio da Escola de Psicossomática de Chicago.

**Depressão essencial:** nota-se nos pacientes um resfriamento afetivo (Smadja, 2005) acompanhado de um tipo de depressão sem culpa, sem tristeza e sem lamentações. Falam de um cansaço, de uma apatia e falta de tônus, denotando um desinteresse pela vida e um mal-estar generalizado, tipo uma angústia difusa.

Os integrantes da Escola de Paris comentam que dois movimentos psíquicos propiciam o surgimento das somatizações (Smadja, 2005), expostos na sequência.

**Regressão somática:** esse movimento aparece, em geral, na maioria das pessoas que possui uma organização neurótica. Frente a um acontecimento

traumático surgem somatizações benígnas como gastrite, conjuntivite, diarreia, herpes – doenças reversíveis num pequeno espaço de tempo.

**Desligamento psicossomático:** nesse caso nota-se uma calma psíquica. O discurso do sujeito é concreto e desprovido de fantasias, não modulando seu afeto. Seus relacionamentos são frios e mostra dificuldade de se auto-observar. As patologias desses pacientes em geral são malignas, desenvolvem-se silenciosamente e podem levar à morte. Smadja (2005) propõe que existe um espectro psicossomático. Desde as somatizações mais graves até as passageiras e benignas. O que determina é a fusão ou des fusão das pulsões de vida e de morte.

**Mentalização:** é um conceito proposto por Marty (1993), que significa a capacidade de tolerar, negociar e elaborar a angústia, a depressão e os conflitos intrapsíquicos. A mentalização varia de indivíduo para indivíduo e no mesmo indivíduo em diferentes momentos da vida. Uma saudável mentalização protege o corpo de uma eventual desorganização mental, ou tem a capacidade de reorganização quando se estabelece a somatização. O indivíduo que não tem uma boa mentalização tem dificuldades para simbolizar e associar, mostrando um mundo pobre de representações e fantasias; é o que chamam de desmentalização.

Smadja (2005) atualiza-nos sobre o Processo de Somatização dizendo que ele ocorre em dois tempos: o primeiro é marcado pela destrutividade e o segundo pelo erótico, representando a possibilidade de cura e podendo haver um novo processo de investimento libidinal.

É nesse sentido que escolhi o título deste artigo: *Somatizar é Preciso*, uma vez que a doença pode ser um último recurso para o paciente se ligar libidinalmente ao meio em que vive, representando um paradoxo. Isso obriga o sujeito a se conectar com a vida, podendo chegar a uma nova organização da libido. A doença exige uma busca por médicos, por tratamentos, aceitando as generosidades de parentes e amigos que cercam o doente de cuidados e carinho que talvez nunca tenha recebido suficientemente na vida. Smadja (2005) salienta que, frente a um trauma violento ou uma perda significativa, o indivíduo se desorganiza e a libido objetual não é utilizada psiquicamente. Assim, ela volta ao soma, havendo um excesso anormal em algum órgão, ocorrendo o inevitável desfuncionamento fisiológico. O doente mostra um vazio psíquico, com poucas relações de afeto, possibilitando a libido ligar-se a uma parte do corpo, sendo este seu objeto.

Freud, em 1924, escreve sobre o masoquismo erógeno primário como sendo o verdadeiro guardião e a garantia da vida (Aisenstein, 2004), o que configura como a primeira forma de acalmar a pulsão de morte e resulta na primeira fusão pulsional. Isso ocorre nos primórdios da vida, quando o bebê faz uma erotização da dor, conseguindo tolerar a frustração e esperar pela satisfação. A intrincação

de base da pulsão de morte instala o masoquismo erógeno primário, sendo o que permite suportar a tensão, evitando a descarga total, como um mecanismo de contenção, simultâneo à libido intrassomática de Maldavsky. Possibilita que a criança possa suportar a expansão pulmonar e o desamparo inicial. É o protetor da vida. Quando ocorrem falhas nesse masoquismo, erotiza-se a dor, mas ao mesmo tempo serve como resgate, pois todo o sintoma físico pode significar uma tentativa de cura psíquica. A passagem da dor corporal à dor psíquica corresponde à transformação do investimento narcísico em investimento de objeto. (Freud, 1924/1969b).

Em *Além do princípio do prazer* (Freud, 1920/1969a), tomamos conhecimento da segunda teoria das pulsões: de vida e de morte. Entendemos que conhecemos as pulsões através de suas representações. M. Aisenstein (2019) nos diz que a pulsão de morte está em tudo, de forma muda, ligada à pulsão de vida. Em alguns momentos ela se manifesta, quando está desintrincada, estabelecendo situações de grande agressão ao externo ou ao interno. Mas como há um paradoxo nas patologias psicossomáticas, uma doença grave pode representar uma busca pela prolongação da vida, através de uma religação ao masoquismo primário, podendo se aproximar do afeto e da libido.

Aqui, trago para exemplificar o caso de uma paciente no qual se pode entender que, sobre um corpo doente, é possível se construir um corpo erótico (Aisenstein, 2004). Tereza foi abandonada pela mãe aos três meses de idade, sendo deixada aos cuidados das tias. Cresceu sempre com a sensação de abandono e desamparo, com baixa autoestima, evitando todo tipo de relacionamento. Por outro lado estudou, concluiu o segundo grau, casou-se e teve uma filha. Sua vida era preenchida pelo trabalho e pelos cuidados da casa, não tinha vida social nem amigos. Aos 45 anos, seu marido morreu e, logo em seguida, deparou-se com um câncer de mama. Frente ao desespero de morrer e deixar a filha desamparada procurou dedicar-se aos tratamentos de quimio e radioterapia indicados pelos médicos, aderindo totalmente a todos os procedimentos propostos. Aos poucos foi mostrando uma tentativa de abertura ao mundo, aceitando a ajuda psicoterápica, o cuidado dos vizinhos, dos parentes e dos seus chefes. Depois de 7 anos de muito sofrimento e intensa dedicação, foi dada como curada. Tereza diz com frequência: “tem males que vem pra bem”. Vivia isolada, sempre “de mal com a vida” e era obesa. Com o câncer, emagreceu muito e aproveitou o momento da mastectomia para colocar silicone e fazer uma cirurgia de abdômen, sentindo-se hoje outra pessoa. A doença e o tratamento psicanalítico tornaram-se fator de remanejamento psíquico (Aisenstein, 2004).

Os estudiosos da psicossomática enfatizam que muitas pessoas que estão prestes a morrer buscam reforçar seus vínculos com as pessoas à sua volta, representando

uma tentativa de assimilar tudo que não pode vivenciar na sua vida pulsional, tentando resgatar suas relações antes de desaparecer.

A técnica psicanalítica com esses pacientes somáticos precisou ser ampliada. Antigamente, as pessoas que apresentavam uma pobreza de representações, pouca capacidade onírica e dificuldade de associar livremente não tinham indicação para análise.

Essas condições, hoje, não são mais relevantes para aceitar-se um paciente em tratamento. Marília Ainsenstein considera que algumas modificações devem ser feitas. Uma delas é atender esses sujeitos frente a frente, visto que expressam no corpo e no olhar um pedido de socorro, havendo uma ênfase na transferência e na contratransferência.

Todos os psicanalistas concordam que não é fácil tratar pacientes com graves doenças somáticas, uma vez que não há um conflito psíquico, nem demanda por uma reflexão sobre si mesmo. São pessoas com alto grau de destrutividade e com pouco juízo crítico, comportando-se de forma muito concreta e racional. Esses tratamentos tocam no narcisismo dos analistas, pois além de se sentirem agredidos, fica uma sensação de impotência e incompetência. É necessário que o terapeuta auxilie o paciente a se responsabilizar por seu tratamento e sua cura, transformando o trauma em conflito.

É imprescindível que a dupla procure significados, propiciando a construção de simbolismos e uma maior conexão com seus sentimentos e desejos. Lisondo (2007) salienta que o terapeuta precisa alfabetizar emocionalmente seu paciente, numa atitude mais ativa, sem ser intrusivo, com uma escuta empática, continente e afetiva. Deve haver uma busca pela expressão da criatividade, com liberdade para que a força vital tenha espaço para se mostrar.

Acredito que todos os psicanalistas estão habilitados para atender pacientes com doenças somáticas. O importante é manter uma mente aberta, sem preconceitos e fazer uso da contratransferência e de suas emoções, emprestando seu psiquismo ao paciente a fim de que parte de sua mente possa ser construída. O *setting* analítico é uma metáfora de um pós-parto, representando uma nova experiência inicial entre o bebê e sua mãe/terapeuta.

Enfim, esse tema da psicossomática é apaixonante. Até porque todos os nossos pacientes e nós, somatizamos. Pode ser de forma passageira, crônica ou mortífera. A diferença é que nós, psicanalistas, sabemos, teoricamente, que existem partes da nossa mente menos mentalizadas que, frente a uma situação muito estressante, são descarregadas no corpo, uma vez que o psíquico não conseguiu dar conta. Todas as pessoas quando adoecem vão ao médico em busca de medicamentos. É uma atitude adequada. Mas o tratamento clínico é uma parte da solução,

pois irá esbater o sintoma, talvez temporariamente, não dando sentido para o acontecimento. Diante da possibilidade de enriquecimento e ampliação da nossa escuta através do estudo e da divulgação da psicossomática psicanalítica, cabe a nós a continuidade da cena, respeitando a complexidade do quadro e abrindo espaço a pacientes que talvez nunca chegassem à nossa clínica.

### **Somatize it is necessary**

**Abstract:** This article aims to explore some contemporary ideas about of psychosomatics, focusing on the psychoanalytic techniques and some notions about the primary erogenous masochism, that can lead to the continuity of life.

**Key words:** Death drive. Primary erogenous masochism. Psychoanalytic technique. Psychomatics.

### **Referências:**

Aisenstein, M. (2004). Doloroso enigma, enigma da dor. In *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 11(1), 35-49.

Aisenstein, M. (2019). *Dor e pensamento*. Porto Alegre: Dublinense.

Bion, W. R. (1992). *Aprendendo com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago.

Costa, G. Alvarez, L. (2015). *A clínica psicanalítica das psicopatologias contemporâneas* (2a edição). Porto Alegre: Artmed.

Freud, S. (1969a). Além do princípio do prazer. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1920)

Freud, S. (1969b). Inibição, sintoma e angústia. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1924)

Horn, A. (2018). A Escola de Paris de Psicossomática em evolução. In *Psicanálise - Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 20(1), 17-23.

Lisondo, A. B. (2007). O método de observação de bebês Ester Bick, a psicanálise de crianças e adolescentes: Ateliê privilegiado para a psicanálise contemporânea. In *Psicanálise – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 9(2), 321-340.

- McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo - O psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Maldasky, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos: Adiciones, afecciones psicossomáticas, epilepsias*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marty, P. A. (1993). *A psicossomática do adulto*. São Paulo: Artes Médicas.
- Smadja, C. (2005). *La vida operatoria*. Madri: Biblioteca Nueva.
- Volich, R. M. (2010). *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (2000a). Desenvolvimento emocional primitivo. In *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1945)
- Winnicott, D. W. (2000b). A mente e sua relação com o psicossoma. In *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1949)

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

Recebido em: 19/09/2019  
Aceito em: 03/10/2019

Rosa Beatriz Santoro Squeff  
Rua Amélia Telles, 90 / 201  
90460-070 – Porto Alegre – RS – Brasil  
E-mail: rosasqueff@squeff.com.br