

CASO CLÍNICO

Rosa Rebelo*

* **Pediatra Candidata à Sociedade Portuguesa de Psicanálise**

Resumo

A autora apresenta um caso com múltiplas perturbações psicossomáticas (predomínio gastro intestinal e alérgico) que procura a terapia por outros motivos (luto de um filho por fazer e problemas conjugais).

Destaca na paciente a presença de dificuldade no acesso à função simbólica, a existência de um modo de comunicação com discurso serrado, colado à realidade, característico do pensamento operativo, sem emoções, sem sentimentos e decorrente interferência no tratamento psicanalítico.

Enfatiza a importância da adaptação da técnica psicanalítica: através da escuta activa, empática, retardando a interpretação, foi possível estabelecer com a paciente uma relação promotora do desenvolvimento psíquico, que permitiu uma evolução favorável com algumas mudanças significativas na sua vida.

Abstract

The author presents a case with multiple psychosomatic disturbances which requires therapy due to other causes.

The text reflects her difficulty in symbolization, and her defense mechanisms that determinate the psychoanalytic technical procedures.

Thus, through emphatic hearing and delaying the interpretation, it was possible to establish with the patient a kind of relationship which promotes psychic capacity of symbolization and the creation of a psychic space, having as a consequence the reduction of the somatic symptoms and some meaningful changes in her life.

Caso Clínico

Uma mulher: aspecto sóbrio, clássico, culta, inteligente, nível social médio alto, hiper-adaptada às exigências sócio profissionais (disciplinada e eficiente) e doutorada em Filosofia. Faz gala do seu bem-fazer e de nada necessitar em troca, em todos os sectores da sua vida.

Trata-se de Emília. Tem 50 anos quando me procura. Recorre à psicoterapia por problemas conjugais e pela morte de um filho há 20 anos, por sépsis e com 19 meses de idade, cujo luto não fez. Quando ele faleceu tirou todas as fotografias da casa, e não mais se pronunciou o seu nome.

Refere também que tem muitos problemas de saúde: gastrite, cólon irritável, alergias e outros problemas ainda por esclarecer (vómitos, tonturas, vertigens, hipertensão). E, dois anos após ter tido a 1ª filha, com 26 anos, sofreu uma intervenção cirúrgica para extirpação dos ovários, por massa tumoral aí localizada, tendo ficado com parte de um ovário para poder ter outro filho, o que viria a falecer.

Fala-me da sua desilusão com os médicos: já consultou muitos e de variadas especialidades, habitualmente os de maior renome, ainda sem ter solução para os seus problemas físicos.

Como tópico final da 1ª consulta diz que já fez duas psicoterapias, acrescentando como ponto de ordem:

“Não venho para dizer mal da minha mãe”;

“Não quero separar-me do meu marido.”

Iniciamos, então, o processo de psicoterapia face-a-face, duas vezes por semana.

Fala-me dos seus males físicos com pormenor: sintomas, consultas médicas, análises, diagnósticos, terapêuticas, leituras minuciosas das bulas dos medicamentos, estas alvo de grandes rumações que a levam a mudar a posologia por sua alta recreação.

É casada há 28 anos e tem uma filha recém licenciada de 26 anos. Diz em relação ao marido: “Ele é um insensível, sempre me desvalorizou, insultou e nunca compreendeu os meus males. Desencorajou-me de tudo.” Refere que quando fez a cirurgia aos ovários, o marido, para além de não a ter apoiado, antes da cirurgia disse-lhe: “ Para que é que fizeste essa compra (roupa para levar para o hospital), se não sabes se vais morrer?”

Também, quando da morte do filho, vangloriou-se, dizendo-lhe que ele tinha razão quando não queria ter mais filhos.

Emília ficou só na cirurgia. Ficou só na morte do filho.

Não fez o luto do filho. Esteve retirada do meio social. Isolou-se. O marido “seguiu em frente”.

Fala também dos seus medos: o medo de viajar e o medo de conduzir (tem carta mas não conduz). Tem pânico.

O seu discurso desenrola-se em frases- disparos, é factual, colado à realidade, serrado, e sem associação livre (pensamento operatório - Marty), percebendo-se uma grande fragilidade, um medo subjacente, um não saber o que fazer com - uma falha de continente.

A paciente preenche as sessões falando dos seus males físicos em vez dos motivos que a trouxeram à psicoterapia. Não permite intervenções. É através do corpo que me fala, sem emoções, sem sentimentos. Faz uma relação desvitalizada com as pessoas e com o mundo. Apresenta-se, assim, com esta carapaça psíquica, que se entende como uma estrutura de defesa, que a impede de pensar, de sentir demasiado, em todas as circunstâncias em que há o risco de pôr em perigo o seu equilíbrio psíquico.

De acordo com Joyce MacDougall (1982), nestes pacientes “ a estrutura defensiva é tal, que ignoram a sua fragilidade narcísica, desconhecendo a angústia surda que circula em todas as relações estabelecidas, sendo-lhes possível manter uma vida profissional intensa, sem a menor suspeita da pressão psíquica contínua que sofrem”.

Nas sessões percebem-se as suas ansiedades de separação, de aniquilamento (ansiedade bipolar do psicossomático) através do controlo do tempo, pois é ela que sinaliza antecipadamente o término da sessão, levantando-se de imediato para se despedir. Salva-se de vivenciar a ausência do objecto, equivalente à vivência da perda, do abandono, salva-se da angústia de separação. Defende-se da angústia de aniquilamento, perceptível quando faço alguma intervenção: Emília muda de tema e mantém o discurso serrado, para além de fazer de conta que não chega a sair nunca das sessões. Mal se senta na sessão seguinte começa a falar sobre o assunto com que terminou a anterior. Deste modo, evita a proximidade do objecto, evita experienciar a sua presença como intrusiva, violenta e persecutória, evita o risco de dissolução do self. Quer manter o controlo. Quer não correr o risco de vivenciar o desconhecido. Esta intolerância à proximidade//separação do objecto ir-se-á repercutir nas representações mentais, ou de acordo com Bion (citado por Kuchenhoff, 1998), na capacidade de pensar, visto que as representações mentais só podem ser estabelecidas se se dispuser de

uma distância intermédia entre o self e o objecto. Assim, torna-me num seio toilette e/ou uma mãe funcional, garantindo a sua “segurança”.

Desta forma revela um *self* onnipotente que se recusa a reconhecer a derrocada dos seus métodos, que não sabe estar num mundo onde não lhe é garantido, de imediato, o regresso ao controle completo, a um mundo onde não há terrores incontrolláveis e tristeza.

Assim vai retardando fazer o luto da morte do filho.

No sentido de criar na paciente um sentimento de segurança e confiança, foi importante o recurso à capacidade de escuta activa e empática, apostando, assim, no instrumento primário de organização do eu, o vai e vem recíproco, a comunicação infra-verbal e emocional, feita com constância e ritmo, retardando a interpretação. Também foi importante, e numa perspectiva idêntica à de Fine (1999), possibilitar à paciente a iniciativa da condução do rumo da comunicação, fazendo notar a presença activa do analista.

Conta que é a irmã mais nova de sete irmãos. O pai, engenheiro agrónomo, falecera quando ela tinha quatro meses, tendo a família ficado com grandes dificuldades económicas, o que levou a mãe a ter de vender bens e ficar centrada na sobrevivência da família e educação dos filhos. Assim, ela e o irmão de dois anos foram criados pela irmã mais velha e a ajuda dos outros irmãos.

Enaltece a mãe, apresenta-a como uma mulher bonita, equilibrada, muito talentosa e compreensiva. “Tudo estava bem para ela e a todos fazia bem”.

Sabe que nunca teve uma relação privilegiada com a mãe, mas “teve que ser assim”. Esta falha primordial da sua vida precoce é vivenciada como um facto banal na sua história pessoal, sem lhe associar qualquer emoção.

Todos os autores são unânimes em considerar que as raízes da doença psicossomática se inscrevem nas dificuldades precoces das interacções mãe-bébé. Como diz Coimbra de Matos (2003):

“Da experiência frustrante ou de privação afectiva o único registo é o rasto somático”

Se os médicos lhe dizem que os seus problemas de saúde física são psicossomáticos, ela diz:” É por ignorância, ainda não descobriram.” A paciente está longe do lugar da verdade: a perda, a ausência de objecto, em si ansiògena. Do objecto resta-lhe a

idealização e o introjecto maligno, muito frágil, que não quer destruir pois a alternativa é o vazio. Conforme a sua condição inicial, “Não quero dizer mal da minha mãe”,

Quando a mãe faleceu não pôde ir ao funeral pois estava com uma “crise de intestinos”. Entretanto, a irmã que a criou, e que com ela coabitou muitos anos, teve que ir para um lar. Quando faleceu já a paciente estava comigo em psicoterapia. Por ter tido “uma crise de fígado” também não foi ao funeral da irmã.

Emília sofre crises somáticas no lugar de sentir emoções das perdas significativas. A insatisfação não é percebida como estado afectivo (alexitimia), e muito menos como ligada ao acontecimento insatisfatório (não integração afectiva -cognitiva). É através do sintoma somático que Emília comunica. A falência da elaboração dos afectos é o factor essencial na sua patologia. E citando, de novo, Coimbra de Matos (1999):

“É por falência do continente materno (aparelho psíquico da mãe) que o bebé não desenvolve a capacidade de intropatia (leitura dos próprios afectos e interacção) abortando o seu desenvolvimento emocional, fantasmático e simbólico.”

A capacidade de reconhecimento do outro, do estranho, está ela também embotada. Assim se desenvolve uma relação grosseira e indiferenciada (protopática), monótona e desinteressante, feita à custa de um esforço adaptativo. Quando em perda, desilusão, Emília não tem acesso à depressão (verdadeira, psíquica) que lhe permita o reconhecimento da falta e a sua respectiva elaboração (depressão falhada). É como se não tivesse um aparelho psíquico para sentir os sentimentos e estes não são mentalizados, escoando-se na vertente somática, como estados corporais. O problema não está na ausência de fantasmas ou de emoções, mas na grande dificuldade em expressá-las, isto é, passá-las para outro sistema de comunicação mais evoluído, que é o da palavra, daí a grande dificuldade ou a impossibilidade de ir do fantasma à fantasia, à rêverie (Vidigal; 2004)

No modo de comunicação de Emília, característico do pensamento operatório, sem sentimentos, desejos, pulsões, só surgem detalhes dos acontecimentos do exterior, como se houvesse um bloqueio ao nível do seu mundo interior. Não há lugar para a emergência da palavra pessoal que nomeia as emoções próprias (só o objecto pode nomear a experiência emocional e íntima do sujeito). Estes doentes vivem com a falência desse lugar em que se constroem as primeiras estruturas ideo-afectivas (Tomkins, in Taylor et al, 1997, p, 10), a falência do lugar da interacção com o cuidador,

com a sua mente e a sua capacidade de intuir, imaginar, interpretar, sonhar as emoções, os terrores, os gritos, unindo-os a imagens, a palavras.

Este tipo de funcionamento não é homogêneo, em bloco, mas sim caracterizado pela mobilidade entre este funcionamento mais arcaico, psicótico, e um nível mais evoluído, como percebemos em Emília.

Na contra-transferência emergem, por vezes e momentaneamente, sentimentos de impotência - incapacidade de pensar e eminência de uma catástrofe - fazendo-me a paciente sentir a angústia que vivencia.

Emília fazia, com alguma frequência, interrupções durante a sessão para me questionar sobre o efeito do seu discurso em mim (se estava a ser “maçadora”, se eu a achava “maluca”), deste modo experienciando o colo da terapeuta / materno, e o medo de não ser amada/ aceite. Esta era uma forma de a paciente me falar sem ser através do corpo, de me falar o não dito.

Recorria ao apoio da terapeuta em situações de grande turbulência (quando teve um acidente de viação, e por conflito familiar), reclamando consulta de imediato. Emília revela, assim, outra forma de comunicação para além do sintoma somático, e as expectativas de encontrar um continente acolhedor e transformador da sua angústia.

Na relação terapêutica, a capacidade de continente (desintoxicação, transformação, devolução dos conteúdos transformados) e função rêverie da terapeuta (de imaginar, sonhar os sonhos e fantasias falhados, abortados, e procurar fazer existir um lugar mental para este tipo de material simbólico), permitiram que a paciente, nesta nova relação de dependência emocional sanígena, securizante e de confiança, fosse experienciando os seus medos e ansiedades e aos poucos e poucos a sua elaboração.

Assim, ao longo do processo analítico foi possível Emília fazer algumas mudanças na sua vida: tornou-se menos dependente do marido, mais confiante em si – começou a conduzir e a viajar.

Foi possível, de uma forma lenta e progressiva, ir fazendo o luto da morte do filho. Verbalizou o sofrimento aquando da doença do filho, passou a visitar a capela mortuária, repôs os retratos do filho em casa. Envolveu a filha nestas mudanças.

Mais tarde divorciou-se. Pensamos que Emília esperou até se preencher na psicoterapia para ter capacidade de separação. Posteriormente, iniciou uma relação com um antigo namorado. Reformou-se e retomou alguns hobbies antigos: pintura e bordados.

Os seus problemas psicossomáticos abrandaram significativamente.

No entanto, paralelamente a esta evolução, a paciente revela grandes dificuldades em aceder ao contacto com aspectos mais profundos do seu sofrimento emocional, nomeadamente a frustração da falha do investimento único maternal e, dessa maneira, tem também dificuldades em experienciar a fúria reactiva a esta reacção, na relação terapêutica, e abrir o processo mental à elaboração da depressão primária.

Porém, Emília já tem uma consciência vaga de que uma das causas dos seus problemas está relacionada com a falha do objecto materno. Já verbaliza a “sua falta de mãe”, mas sem angústia.

Desde há dois anos, por motivos financeiros, reduziu a psicoterapia para uma sessão semanal. Ressurgiram alguns aspectos que estavam presentes na fase inicial do processo, ocupando todo o espaço da sessão para se desintoxicar, ficando sem espaço para o pensamento, perdendo espaço reflexivo.

Provavelmente, Emília evita o risco de fazer uma evolução em que deixasse de precisar da terapeuta e dessa maneira sentir-se abandonada, ficar só. Assim, vai ainda perpetuando os métodos que lhe são familiares e íntimos – as suas defesas que passam pelo seu funcionamento obsessivo – maníaco (a ordem e a eficiência), a adaptação esforçada, e a idealização do objecto, para além do reavivar da sintomatologia.

Na verdade, o corpo é que vai pagando enquanto não for possível fazer a evolução necessária para pensar.

Referências Bibliográficas

Fabião C. Doentes Psicossomáticos: considerações terapêuticas a propósito de dois casos. *Portuguesa de Psicossomática* 2001; 3: 185-193

Kuchenoff J. The body and the ego boundaries. A case study on psychoanalytic therapy with psychosomatic patients. *Psychoanal Inq* 1998; 18: 368-362

Marty P. Psychothérapie Psycanalytique des Troubles Pycosomatiques. Rev Franc Psychosomatique, 1999; 16: 195-204

McDougall J. Le théâtre du jeu. Edit Gallimard, 1982; 94-112

Matos AC. Ser único e ter rosto: O Binómio Resiliente. Revista Portuguesa de Psicossomática 1999; 1:11-21

Matos AC. Mais amor, menos doença, A psicossomática revisitada. Lisboa: Climepsi, 2003

Pontes R. Tratamento Psicanalítico de Pacientes com Patologia Psicossomática. Revista Portuguesa de Psicossomatica.2004; 6: 71-81

Taylor G, Bagby M, Parker J. The development and regulation of affects. in Taylor G, Bagby M, Parker J, (eds) Disorder of affect regulation, Cambridge University Press 1997, 7-25

Vidigal MJ. Enigma da Psicossomática. Revista Portuguesa da Psicossomática. 2004; 6:45-54