

O adoecimento somático do idoso em situação de abandono: Considerações sobre o estudo da psicossomática a partir das observações clínicas de um caso

LORENCINI, Douglas L. S.¹

MEDEIROS, Vagner M.²

SOUZA, Cleverson P.³

Resumo

Este artigo parte de uma revisão da literatura para discorrer acerca das manifestações psicossomáticas no idoso em situação de abandono familiar sob o olhar da Escola Francesa de Psicossomática. Buscou explorar como o abandono familiar no envelhecimento pode gerar manifestações psicossomáticas, considerando a hipótese de que idosos estão mais propícios a elas. O objetivo foi considerar como o abandono familiar interfere na saúde e adoecer do idoso. Realizou-se uma pesquisa de cunho exploratório, com cinco atendimentos, e por meio de uma entrevista semiestruturada com um idoso de um abrigo da cidade de Cascavel-PR. Por fim foi realizada a análise dos fragmentos do caso do paciente por meio da transferência instrumentalizada.

Palavras-Chaves: Psicossomática, Somatização, Abandono, Idoso.

Somatic sickness in neglected elderly: Considerations about the study of psychosomatics throughout the clinic observation of a case

Abstract

This article is based on a review of the literature to discuss psychosomatic manifestations in the elderly in situations of family neglects under the auspices of the French School of Psychosomatics. It sought explore how the family abandonment in aging can generate psychosomatic manifestations, considering the hypothesis that the elderly are more propitious to them. The objective was to consider how the family abandonment interferes with the health and sickness of the elderly. An exploratory study was carried out, with five visits, and through a semi-structured interview with an elderly person from a shelter in the city of Cascavel-PR. Finally, the fragments of the patient's case were analyzed through instrumentalized transference.

Keywords: Psychosomatics, Somatization, Abandonment, Elderly.

¹ Acadêmico do 10º Período do Curso de Psicologia do Centro Universitário FAG.

² Professor Orientador, Graduado em Psicologia, Especialista em Psicanálise Clínica e Cultura, Mestre em Psicologia, Docente do Centro Universitário FAG. E-mail: prof.vmm@gmail.com

³ Acadêmico do 10º Período de Psicologia do Centro Universitário FAG.

Introdução

Diante do termo “Psicossomática”, somos inevitavelmente levados a conjecturar a existência de uma dualidade corpo e mente, vida e morte ou saúde e doença. Entretanto, um breve contato com a literatura sobre as manifestações psicossomáticas leva à conclusão de que a questão não é tão simples assim; sobretudo a literatura Psicanalítica Francesa, com autores como Laplanche, P. Marty e McDougall. Psicossomática, para estes autores, não diz respeito ao adoecimento somático, em cuja gênese encontram-se conflitos psicológicos, mas, precisamente, àqueles nos quais nota-se a ausência destes. Então, na visão desses autores, a manifestação psicossomática seria o resultado de carência de atividade psíquica, ao passo que a somatização comum não ocorreria sem a participação de um conflito psicológico.

O interesse neste artigo parte, precisamente, da constatação teórica dessa diferença entre psicossoma e somatização comum, para discutir, a partir da análise dos fragmentos de um caso, a hipótese de que o abandono familiar seja fator contributivo; diretamente relacionado ao adoecimento somático na pessoa idosa. Neste intento, o artigo foi construído a partir de algumas interrogações, linhas-guia de sua escrita: O que caracteriza a diferença entre a psicossoma e o adoecimento comum? O que a psicanálise, sobretudo em Freud, tem a dizer a esse respeito? Que outros autores também contribuem com a temática? Será mesmo possível, teoricamente, de se fazer essa correlação entre o adoecimento, a velhice e a vivência de situação de abandono? Se sim, que conceitos psicanalíticos ajudam a pensar essa correlação?

Como metodologia, optou-se pela realização de um levantamento teórico e discuti-lo à luz dos fragmentos de um caso. Assim, este artigo começa por uma exposição do levantamento teórico realizado. Em seguida, é apresentada a metodologia da coleta de dados (fragmentos do caso); terminando com a discussão dos resultados obtidos no referencial teórico.

Fundamentação Teórica

Foi com os igualmente supracitados autores da Escola Francesa de Psicossomática, dos sistemas propostos por Freud (1996c), pelo qual o pré-consciente apareceu como conceito central para compreendermos a dinâmica psíquica do paciente psicossomático. Ele se constitui como o operador de ligações psíquicas e de comunicação entre os demais sistemas,

dá fluidez ao aparelho anímico e, segundo leituras preliminares, é fator essencial do seu equilíbrio psicossomático para o sujeito (VOLICH, 2000). Esta consiste na tese defendida pela Escola Francesa de Psicossomática e é, também, a que levou os autores deste artigo a questionarem e se debruçarem sobre outra: a de que as manifestações psicossomáticas sejam as consequências no soma da ausência de um tratamento psíquico, para as tensões decorrentes de um abandono familiar, sofrido pelo idoso. Com base na literatura estudada, ousa-se, então, sustentar-se a ideia de que idosos com “má mentalização” (vê-se adiante o que precisamente quer dizer esta expressão) estão mais propícios às manifestações psicossomáticas.

Assim, autores como P. Marty, Laplanche e McDougall consideram o paciente psicossomático como um indivíduo que apresenta mentalização pobre, isto é, com carência de atividade fantasmática pré-consciente. Para Marty (1998), por exemplo, o paciente com manifestações psicossomáticas apresenta uma vida onírica pobre, ocorrendo um bloqueio da atividade fantasmática recorrente, o qual ele chamou de “pensamento operatório”; pensamento que não possui ligação com movimentos fantasmáticos. Esta má mentalização decorre, segundo o autor, da relação mãe e bebê, em que este último acaba não conseguindo lidar com a excitação sexual, em razão de carência de atividade fantasmática.

Mas antes de se adentrar no mérito dessas hipóteses dos autores franceses, talvez seja importante tecer algumas palavras a respeito das especificidades do presente objeto de estudo: o adoecimento somático (psicossomático?) observado em idosos em situação de abandono familiar. Afinal, as somatizações no paciente idoso são sintomas ou psicossomatizações?

O adoecimento somático observado em idosos em situação de abandono familiar

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002), idoso é o sujeito que alcança 60 anos de idade, a partir da qual, em geral, o indivíduo é acometido de diversas alterações em níveis social, biológico e psicológico. Este período da vida se caracteriza por ser um fenômeno previsível, o qual todos estarão suscetíveis a atingir no decorrer da vida; ainda que de maneira e velocidade diferentes, de pessoa para pessoa, dependendo de fatores internos e externos (AGOSTINHO, 2004).

Segundo Rosas (2015), durante o envelhecimento, o idoso é acometido de perdas de ordens física e psicológica, acentuando sua vulnerabilidade. No avanço de sua idade, em geral, tem cada vez mais sua imagem vinculada a um ser incapaz, carregando consigo alguns estereótipos que o discriminam. No envelhecer, não é raro vermos também o acometimento de doenças somáticas. Acompanhando estes pacientes, é difícil imaginar que causas psicológicas

não participem deste adoecimento. McDougall (1989) afirma que todos são capazes de somatizar, especialmente, a partir do momento no qual nossas defesas psíquicas falham, no processo de elaboração desse sofrimento psíquico. Por conseguinte, parece razoável desconfiar - como se aventa neste trabalho - que a situação de abandono familiar participe ou intensifique o adoecer, no indivíduo idoso.

Mas, o que é o abandono familiar? No que implica o envelhecer para o idoso? A situação de abandono é efetivamente capaz de desencadear manifestações psicossomáticas? Segundo o Estatuto do Idoso (2003), a situação de abandono é caracterizada por uma inexistência de um grupo familiar, em relação à determinada pessoa, levando em consideração recursos ou carência, em relação à própria família. De acordo com a Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003, artigo 50, parágrafo único e item XVI, deve-se “comunicar ao Ministério Público, para as providências cabíveis, a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares” (BRASIL, 2003). Segundo a lei, é dever da família garantir que o idoso tenha moradia, acesso à saúde e à alimentação e o seu abandono, sem a devida justificativa, pode levar à prisão; e em casos como o não prover de suas necessidades básicas pode gerar multa e levar a reclusão.

Como o abandono é subjetivo, singular a cada um, será explorado pelos relatos de um idoso (fragmentos de um caso), nesta pesquisa, o que realmente foi o abandono para o paciente e como as manifestações psicossomáticas possuem relação com o abandono familiar. Para entender se foram, de fato, manifestações psicossomáticas e de que modo surgiram, a proposta é trazer ao leitor um debate sobre a diferença da psicossomática em relação aos sintomas somáticos comuns. Por ora, precisa-se postergar o debate sobre o abandono, como um desencadeante particular dessas manifestações no idoso.

O que são manifestações psicossomáticas? O que as difere de sintomas somáticos?

A psicossomática, como ciência, integra vários campos da psicologia e da medicina, estudando como os fatores sociais e psicológicos interferem no processo biológico acerca do bem estar do indivíduo. A psicossomática, numa linguagem comum, se refere às manifestações no corpo causadas por ordem psicológica. É difícil de ser detectada, porque causa muitos sintomas físicos, porém, não há uma causa biológica para estes sintomas físicos (CERCHIARI, 2000; ASSIS *et al.*, 2013).

Para Cerchiari (2000), a psicossomática nada mais é que um estudo acerca de corpo e mente, buscando explicitar a patologia somática, propondo, assim, uma assistência para o

indivíduo, com ênfase em sua fala sobre os sintomas corporais.

É verdade que os psicossomáticos estão relacionados com alterações orgânicas, mas o mais importante a ser declarado deve ser a diferença fundamental que possui dos outros pacientes. Diferentemente de uma somatização comum, um fenômeno deve ser visto como psicossomático quando se inscreve no corpo orgânico, oriundo da falta de simbolização. De acordo com Maia e Pinheiro (2010), nas manifestações psicossomáticas há a lesão no corpo; e, segundo Winograd e Teixeira (2011), o corpo orgânico corresponde a um modo de relação corpo-psiismo, a qual pode levar à morte.

Diferentemente, a somatização se manifesta como um distúrbio funcional em sintomas orgânicos, em razão das ligações entre os estados afetivos e os comportamentos. O sintoma somático é tido como um fenômeno, cuja fonte fantasmática, ao ser representada, lhe dá um sentido. Assim, entende-se que, na somatização, o afeto divorciado da representação é deslocado para o corpo, em um movimento conversivo; este último alimentado de simbolizações que se manifestam inconscientemente (WINOGRAD e TEIXEIRA, 2011).

Na Escola Psicossomática de Paris, Marty é um dos principais representantes e afirma que as manifestações psicossomáticas decorreram de uma carência psíquica. Neste ponto, a manifestação psicossomática seria assimbólica (VOLICH, 2000). Como essa manifestação psicossomática não é simbolizada, a libido não é descarregada por via onírica, fantasmática, ou seja, “através de representações psíquicas”, sendo assim diretamente descarregada no soma (PERES, 2006).

Volich (2000) afirma que, embora Freud nunca tenha mencionado a existência de manifestações de cunho psicossomático, o mesmo sempre esteve atento na relação estabelecida entre corpo e psique - sendo que desta ligação poderia estabelecer-se inúmeros sintomas. Freud não se dedicou à psicossomática, mas suas contribuições à psicanálise não deixam de influenciar o estudo das manifestações psicossomáticas (FONSECA, 2007).

Essas manifestações psicossomáticas estão mais próximas daquilo que Freud chamou de neuroses atuais; enquanto que o sintoma somático comum, ao contrário, é o investimento substituto da libido não satisfeita, em razão do recalçamento (MCDOUGALL, 1989; MARTY, 1998), ao qual Freud chamou de psiconeuroses.

Algumas considerações sobre as neuroses atuais em freud

As neuroses atuais, segundo Freud (1996a), equivalem às atividades sexuais desencadeadoras de neurastenia (o autor também fala da hipocondria e da neurose de angústia

na mesma referência). Isto porque, para o autor, as neuroses atuais são manifestações somáticas ligadas à perturbações da vida sexual de natureza “atual”, assim, desencadeando descargas fisiológicas. O conceito de neurose atual diz respeito aos “sintomas” oriundos de causas contemporâneas e isso vai determinar a forma de se empregar a libido. Algo que se refere ao momento de vida atual do indivíduo e não remeteria às reminiscências (JUNQUEIRA e COELHO JR., 2006).

A neurose atual encontra sua etiologia na libido e na vida sexual atual do sujeito, por impedimentos da satisfação sexual na vida atual. Freud (1996b) explicou que os sintomas das neuroses “atuais” não possuem “sentido”, nem significado psíquico. Aparecem no corpo, mas também compõem processos inteiramente somáticos, em cuja origem não se apresenta todos os complicados mecanismos mentais já conhecidos (FREUD, 1996b). Por conseguinte, o presente artigo questiona o que difere essa neurose atual de uma psicose?

Segundo Laplanche (1980), a diferença está no tratamento dado à excitação sexual em uma e em outra. Ambas apresentam sua origem na excitação sexual, mas alguns aspectos se diferenciam. Segundo Junqueira e Coelho Jr. (2006, p. 27) “enquanto que as neuroses atuais são tidas como consequência de impedimentos da satisfação sexual na vida atual, as psicose eram vistas como consequência, por intermediação psíquica, de fixações e desvios da libido na infância”. O autor ainda relata que tanto as neuroses atuais, quanto as psicose são resultados de um uso anormal da própria libido.

Desta forma, nos sintomas da neurose atual não haveria, para Freud, nenhuma representação psíquica. O mesmo é afirmado por Laplanche (1980), para quem a libido, neste caso, se manifesta diretamente no corpo ausente de mecanismos psíquicos (mentais), constituindo sua própria somatização. Enquanto que nos sintomas das psicose, “as manifestações de distúrbios na atuação psíquica da função sexual, não nos surpreende ao encontrar nas neuroses *atuais* as consequências somáticas diretas desses distúrbios sexuais” (FREUD, 1917, p.169; JUNQUEIRA e COELHO JR., 2006).

Freud (1996a) sustentou que a principal diferença entre as neuroses atuais e as psicose é que as primeiras são apresentadas como consequência de impedimentos da satisfação sexual na vida atual do indivíduo; enquanto que na segunda, os impulsos sexuais são contidos, mas permanecem ainda ativos. A psicose é vista como um efeito, por intermediação psíquica, de um desvio da libido ocorrido na infância. Mas como ocorre o desvio da libido na infância que colocaria, segundo Freud, o sujeito aparentemente a salvo da psicossomatização? É aqui onde entraremos em nosso próximo tópico, a importância da relação entre a mãe e o bebê e a excitação sexual, a qual mostrou indispensável para a

compreensão dos mecanismos que impedem a psicossomatização.

A importância da relação entre mãe e bebê

A maternidade em si é um momento de diversas mudanças na vida de uma mulher, considerada como um momento de crises e preocupações que levam à modificações e reações sentimentais e fantasiosas. Além, é claro, de muitas expectativas, marcado como um processo de mudança de identidade, incrementando ao *status* de filha e mulher, a nova característica de mãe (MARSON, 2008). É à mãe que caberá o amparo à criança. Quando nasce, o indivíduo se apresenta como um ser completo do ponto de vista biológico. Porém, sem autossuficiência no quesito sobrevivência, necessitando de alguém que cuide de suas necessidades como alimentação e segurança e que não o desampare. Estas funções são comumente atribuídas à mãe ou ao seu cuidador, garantindo a prevenção e a satisfação das necessidades básicas do bebê. Contudo, ela não possui apenas essas funções, sendo responsável, também, por proteger e ajudar na compreensão dos estímulos, para que se desenvolva o aparelho psíquico do bebê (VOLICH, 2000).

Para McDougall (1989), a psicossomatização diz respeito à falha dos processos interjetivos na primeira infância (quando os bebês deveriam desenvolver seu mundo psíquico para assimilar e representar estímulos por meio de uma identificação com a função materna); e que leva a criança ao risco de desenvolver uma ligação somatopsíquica em um nível pré-simbólico. Assim, para a autora, mesmo na condição de adultos, apresentam características psíquicas de funcionamento semelhantes ao dos bebês, como uma carência na comunicação verbal. Pode-se entender, então, que eles não dispõem de um vocabulário no qual poderiam vincular suas emoções às representações.

No momento em que o indivíduo passar por uma situação que provoca uma excitação sexual, ele não encontra meios para representá-la psiquicamente e assim interpretá-la. Neste ponto que ocorre a necessidade, devido à ausência de uma possível representação de jogar para o soma, manifestando somaticamente (MCDOUGALL, 1983).

Como apontado, para o autor, a relação entre mãe e bebê é crucial no desenvolvimento infantil e que remete, indiretamente, ao conceito freudiano de narcisismo, o qual também é trazido aqui.

A relação narcísica e sua função estruturante

O leitor pode se questionar aonde se espera chegar com essa discussão, sobre o narcisismo e a relação entre a mãe e o bebê. Evidencia-se, como citado anteriormente por McDougall (1983), que o bebê deveria dispor de um vocabulário, no qual estariam inscritos todas as suas representações psíquicas acerca do mundo. Estas representações devem estar disponíveis na pré-consciência, desde que a mãe exerça seu papel de para-excitação como afirma Marty (1993); ou seja, fornecer ao bebê palavras significantes.

Do artigo “Introdução ao narcisismo”, de Freud (1996d), levantaram-se as seguintes questões: Será que as mães que, por alguma razão, acabam não investindo libidinalmente nos objetos - portanto, deixando de investir libidinalmente em seu bebê como objeto que desenvolveria a ela seu próprio narcisismo primário - não acabariam por prejudicar o processo de formação de representações por parte do bebê? De sorte que, com a ausência deste processo (mãe narcisista sem investimento libidinal para com a criança) não há investimento materno na criança, ávida por se descobrir e curiosa por interpretar os estímulos e pulsões as quais está acometida; trazendo como consequência uma pobre capacidade de elaboração e simbolização (carência fantasmática)?

Freud (1996d), em “Introdução ao Narcisismo”, postulou que nós, humanos, possuímos dois tipos de objetos sexuais, sendo um o próprio indivíduo e o outro a mulher que o criou. O narcisismo, então, provém de uma perturbação no desenvolvimento libidinal, não escolhendo assim seu objeto de amor segundo a mãe; mas é baseado, então, no modelo de si mesmo, buscando a si como objeto amoroso. No momento de dar à luz, por meio de seu filho, há um investimento narcísico no outro, como se este que está a sua frente fosse parte de si mesma conseguindo atribuir, por meio do narcisismo, um amor objetual.

Buscando um maior entendimento sobre a libido narcisista e a libido objetual, sendo estas vistas por Freud, como uma relação inversamente proporcional, os autores Ferrari, Picinini e Lopes (2006) propõem o seguinte: um esvaziamento da libido narcísica resultante do objeto amado, ocorrendo um empobrecimento narcísico, girando em volta do objeto amado.

Ocorre, portanto, uma superestimação por parte dos pais, em relação à criança, o qual este narcisismo dirigido à criança domina a relação afetiva, operação pela qual são atribuídas todas as características que os pais situam como perfeitas para a criança. Essas características, outra pessoa pode não compreender ou enxergar, além de negar qualquer tipo de defeitos ou imperfeições possíveis desta criança, até a sexualidade infantil; porque ao mesmo tempo em que esta criança seria imperfeita, possuindo inúmeros defeitos, também haveria a desconstrução do narcisismo dos pais investidos na criança. Seria atribuído à criança um

status de imortalidade, o filho deve se tornar tudo aquilo que os pais sonham; este amor dos pais, investido no filho, nada mais é que o narcisismo renascido (FREUD, 1996d).

Quando há a criação de um bebê idealizado pela mãe, inspirada em si mesma, com base naquilo que ela acredita ser suas potencialidades - através de projeções e identificações com a ausência da mãe ou cuidador - a criança passaria por uma catastrófica construção psíquica. Nesta, não existe a possibilidade da criação de seu Eu, vivendo o puro real do corpo (IACONELLI, 2007).

Segundo Ferrari, Picinini e Lopes (2006), a importância do investimento psíquico da mãe no bebê é grande. Para que o bebê possa investir libidinalmente nos objetos, é necessário que ele tenha sido tomado como objeto de investimento de alguém sendo, neste caso, a mãe. Fica claro a importância da relação narcísica entre mãe e bebê e seu investimento na criança. Por conseguinte, como propõe Araújo (2010), as realizações pessoais tem por base o ideal de ego que é formado através de identificações parentais. Estas forjam o narcisismo secundário em substituição ao primário (este é o período no qual a criança era o seu próprio ideal); levando adiante a direcionar seu ego idealizado a objetos de investimentos libidinais que nortearam seu desenvolvimento.

Foi descrito, ainda que de forma bastante breve, neste tópico, a importância da relação narcísica entre mãe e bebê, atuando como uma função estruturante. Porém, aonde se inscrevem as representações advindas desse investimento libidinal? Agora, trata-se da importância do pré-consciente, sendo este decorrente de um investimento narcísico da mãe. Seria nele, então, onde se inscrevem e se manifestam as representações? É aqui, onde se inicia o próximo tópico, a importância do pré-consciente e sua função.

A importância do pré-consciente e sua função

Pode-se definir as mentalizações como as representações psíquicas dos indivíduos, ou seja, a vida mental desses indivíduos e, assim, exercem papel fundamental na psicossomatização. A mentalização foi formulada após Freud estabelecer o pré-consciente como local de manifestação e permanências dessas representações (PERES, 2001).

A leitura de Volich (2000) leva a entender que a mentalização consiste na representação da excitação sexual, no qual o próprio aparelho psíquico busca regular a pulsão e o investimento da libido; sendo as atividades oníricas, as fantasias importantíssimas para o equilíbrio da psicossomática. Falhas nesse desenvolvimento, quando a criança não aparece como objeto de investimento narcísico da mãe, comprometem o funcionamento (constituição

do aparelho psíquico). Tais falhas conduzem à utilização, pelo organismo, de motricidade e reações orgânicas (manifestações psicossomáticas), como tentativa de equilibrar a energia do indivíduo.

Este mesmo autor afirma, ainda, que o mau funcionamento do aparelho psíquico não permitirá que a vida pulsional tenha uma solução, quando a satisfação que deveria ser imediata não se realiza. E, sem ser investida, essa carga pulsional retornará para o corpo de alguma maneira, assim, acarretando em somatização no organismo.

Levados a compreender qual seria a função do pré-consciente, afirma-se que o mesmo ocupa uma grande importância para que haja uma regulação no funcionamento da psicossomática. É no pré-consciente onde acontecem as ligações entre as demandas pulsionais e as representações, objeto de ação para o acesso ao inconsciente. Volich (2000, p.137) afirma que “o pré-consciente é um local de representações e das associações entre elas”; quanto maior essa ligação, maior os seus recursos.

A quantidade e qualidade de representações pré-conscientes do indivíduo determinam a qualidade da sua mentalização. A qualidade é determinada pela disponibilidade de sua evocação e pela possibilidade de associação a outras representações. A grande quantidade ou declínio provocará movimentos de desorganização, os quais podem ser duradouros ou momentâneos. Estes, por sua vez, desvincularão essas ligações, prejudicando o funcionamento no pré-consciente, ou seja, a perda de simbolização. Caso a função de proteção de regressão falhe, ou for comprometida, poderá resultar em descargas sobre o comportamento, como também, em somatização no biológico (VOLICH, 2000). A incapacidade de simbolizar levaria o indivíduo a uma dificuldade na elaboração psíquica.

A simbolização como via de ligações das pulsões

A necessidade de se abordar o tema da simbolização se dá pelo fato de que há indícios, os quais parecem algo chave na explicação deste e que a escola francesa chama de “carência fantasmática”. Será então que a carência fantasmática que pacientes somáticos apresentam advém do comprometimento da capacidade de simbolização?

Valente (2012) afirmou que a função da simbolização é a de representar, de forma indireta, os conteúdos psíquicos. A simbolização tem importância na criação de fantasias e um maior movimento da dinâmica psíquica, acabando por fazer a mediação entre sujeito e objeto, integrando sua realidade interna e externa. Esta é necessária para que se dê a compreensão dos estímulos e situações, constituindo, assim, a subjetividade de cada um.

Sem a adequada simbolização, o sujeito acaba por apresentar algumas características, vistas por Marty (1993), no princípio do pensamento operatório, demonstrando uma carência na atividade fantasmática. Trata-se de pensamentos nos quais não há uma aparente vida fantasiosa, possuindo uma carência de afetividade e imagens verbais.

A função simbólica se mostra tão importante no contexto psicossomático que Laplanche (1980) afirmou que o foco, durante uma análise, deve ser voltado à neurotização desta manifestação. O esforço do terapeuta, então, se daria em “repsiquizar”, como o próprio autor colocou, o conflito e o sintoma, por meio da própria simbolização que não está ausente em cada ser e, assim, dando um significado à expressão do soma.

Qual seria, então, a consequência da ausência de ligação entre uma pulsão e seu representante?

A elaboração psíquica como ligação entre pulsão e representação

Como já citado anteriormente, as manifestações somáticas acabam decorrendo de situações nas quais não há fantasmatização da situação vivida, a qual produz, automaticamente, uma pulsão e que não encontra significação. Então, qual seria o trabalho da elaboração psíquica?

Como pontua Rocha (2000), nem tudo o que o corpo comunica pode ser compreendido ou traduzido por meio de seus sintomas. A excitação, aqui, não consegue encontrar sua expressão simbólica, porque não foi trabalhada psiquicamente, possuindo, então, uma “sintomatologia” puramente somática. Em condições mais simples, o objetivo da elaboração psíquica é de ligar a energia psíquica a uma representação, ao ponto de que se formem inúmeras cadeias de representações. Desta maneira, facilite a interpretação de situações vividas e percebidas ao nosso redor; porém, quando não ocorre essa ligação, essa excitação sexual acaba se congelando no corpo.

Foi citado no tópico anterior que o não emprego do narcisismo da mãe em relação à criança seria crucial no processo de uma pobre mentalização. Em Rocha (2000), ficou clara essa importância, uma vez que essa mentalização é responsável pelo processo de proteção do corpo, nas descargas de excitação. Na medida em que essas descargas acabam por encontrar abrigo nas representações disponíveis e armazenadas no pré-consciente, o indivíduo que possui um grau pobre de mentalização acaba por deixar seu corpo biológico a mercê dessas descargas, dado, muitas vezes, a uma linguagem antiquada basicamente somática; sendo esta

uma das decorrências da pobre mentalização.

A elaboração psíquica também é considerada como “um freio das excitações”, como sugeriu Laplanche (1980), estabelecida em forma de representações. Porém, apresenta um caráter um pouco mais amplo que estes e pode estabelecer uma rede ampla de significações. Aqui, então, o objetivo da elaboração psíquica seria o estabelecimento de uma ligação entre uma quantidade de excitação a um significante. Também, pode ocorrer um processo inverso denominado descarga, caso este processo de ligação não ocorra, incidindo em uma liberação desta energia.

Essa ausência de ligação entre uma pulsão e seu significado acaba deixando o indivíduo mais suscetível para ser acometido por uma doença psicossomática. Como destacou McDougall (1989, p.12), “um paciente pode, por exemplo, desencadear uma explosão somática ao invés de dar luz a um pensamento, a uma fantasia ou um sonho”. Com este levantamento teórico, segue-se agora para a apresentação da metodologia utilizada para o recorte dos fragmentos do caso que será, em seguida, discutido.

Recorte dos fragmentos de um caso

Inicialmente, houve o contato com uma instituição de acolhimento de idosos, com a oportunidade de entrevista a cinco sujeitos idosos, uma do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Todos apresentaram mais de 65 anos de idade e sinais e sintomas de adoecimento sem diagnóstico médico conclusivo, sendo estes os critérios de amostragem.

O primeiro contato com os sujeitos para a realização da pesquisa, tendo em vista de que são idosos, foi possibilitado pela instituição para a aplicação do questionário e do teste pelos pesquisadores. O atendimento foi realizado em um abrigo de referência na cidade de Cascavel-PR. O abrigo fornece moradia, alimentação e cuidados a idosos que foram abandonados ou não possuem família ou cuidadores.

Foi solicitado à representante do local que identificasse os idosos com os critérios requeridos, os quais realizaram uma entrevista inicial juntamente com a aplicação do Questionário de Saúde Geral (QSG-12). Na perspectiva psicossomática, o QSG-12 contribuiu para o fornecimento de sinais de adoecimento e sinais psicossomáticos, assegurando que os pesquisadores tivessem acesso ao paciente caracterizadamente psicossomático.

O QSG-12 possui 60 questões, distribuídas em cinco fatores de caráter psíquico, no qual foi selecionada a categoria de questões referente aos distúrbios psicossomáticos e, posteriormente, aplicado aos participantes da pesquisa. Num segundo momento, foram

levantados os resultados do QSG-12 e, então, iniciado o atendimento com o idoso cujos resultados sinalizavam a presença de psicossomatização (seguindo o modelo proposto por autores da Escola Francesa de Psicossomática). Com estes, foram realizados outros três encontros.

Os atendimentos ocorreram semanalmente, seguindo um roteiro semiestruturado desenvolvido pelos pesquisadores. O conteúdo dos atendimentos foi gravado mediante autorização do sujeito, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e posteriormente transcritos. Para manter o sigilo da identificação do participante da pesquisa, utilizou-se siglas para descrever o recorte dos fragmentos do caso.

Para a análise, foi utilizada a transferência instrumentalizada. Segundo Iribarry (2003), é o processo no qual são relacionados os dados coletados, através da utilização dos instrumentos utilizados, em comparação com a literatura pesquisada em livros e artigos; e trabalhados através das contribuições fornecidas pelo sujeito participante da pesquisa.

Resultados e discussão

O senhor A possui 88 anos. Nasceu em uma família humilde, cresceu e viveu em São José dos Pinhais, localizada no Paraná. O pesquisado não relatou quanto tempo viveu ao lado da família e bem pouco relatou sobre a relação que mantinha com eles, apenas citando que a relação era boa e que eram respeitosos uns com os outros. Possui quatro irmãs mais novas e um irmão que faleceu em um afogamento, no qual ele não estava presente, não sabendo relatar o que sentia em relação a essa perda.

O senhor A casou-se e foi morar no interior do Estado do Paraná com a esposa, com quem ficou casado por 41 anos e que veio a falecer por motivo não relatado durante o atendimento; tampouco sobre um único filho que tiveram e que o pesquisado não soube dizer a idade, o qual mora atualmente na mesma cidade, mas não possui nenhum contato com Senhor A desde a sua entrada no abrigo. Após a morte da esposa, viveu sozinho sob a assistência de uma cuidadora. Há 23 anos (em 1994, ano em que foi deixado no abrigo), foi acolhido nesta casa de acolhimento para idosos, onde permaneceu após ser, segundo ele, “abandonado pelo filho e entregue ao local por um conhecido”. O pesquisado contou que esse conhecido, ao trazer ele a casa abrigo, em nenhum momento revelou que o deixaria ali; o qual, para ele, foi uma surpresa, já que não voltaram a buscá-lo. Após a entrada na casa de abrigo, a cerca de um ano posterior ao abandono familiar, o senhor A desenvolveu diabetes, começou a apresentar dores no corpo e muito cansaço. Segundo ele, os médicos não sabem o

que ele tem para sentir tantas dores, mas convém a idade avançada e o corpo orgânico não ser tão resistente quanto era ao ser mais jovem.

Para o senhor A, o envelhecer significa ficar velho - é a idade avançada. Já a morte, é o fim da vida, quando tudo acaba e não existe mais nada. Relatou que em nenhum momento sentiu vontade de morrer e que gosta de viver, de estar cercado pelas pessoas no abrigo. O paciente também relatou que sente falta do filho que não vê há tempos; em relação aos seus pais e a sua esposa, conta que pensa neles, às vezes, e que tem muitas saudades; esse pensamento lhe causa tristeza.

O paciente começou a trabalhar cedo e, por não dispor de uma educação privilegiada, não construiu uma boa capacidade de verbalização que facilitasse a expressão de seus sentimentos, pela falta de significados a qual pudesse recorrer durante o atendimento. Não fica claro em sua fala, durante o atendimento, se a capacidade de expressar ou verbalizar seus sentimentos decorre da relação com a mãe, visto que isso se mostra ausente em suas palavras. Apesar dessa relação não se demonstrar prejudicada, nem conflituosa, não temos suporte para avaliar se essa relação implica ou não em sua estrutura.

De fato, o papel da mãe é de extrema importância. Como afirma Rocha (2000), aspectos da relação entre mãe e filho são fundamentais na etiologia destas manifestações. No caso do Senhor A, a sua fala não exclui e nem confirma, necessariamente, que a relação com sua mãe foi responsável pela estruturação e uma boa ou má mentalização.

Diante deste caso, o paciente apresentou sinais psicossomáticos, porque ao ser questionado sobre a morte de seu irmão, verificou-se uma dificuldade em compreender e de expressar sentimentos. Sentimento este que só pôde ser posto em palavras por uma palavra de sugestão do pesquisador. Verificou-se, então, através da fala do Senhor A, a presença de uma situação característica da má mentalização. Isto porque ficou claro sua dificuldade em expressar afetividade e sentimentos dentro de suas relações e acerca de acontecimentos passados, como a morte de seu irmão, da esposa e até mesmo a ausência de contato com seu filho. Seguindo o raciocínio dos autores da escola francesa de Psicossomática, como Marty (1993 - 1998), La Planche (1980), e McDougall (1983), idosos com pobre mentalização tendem a estar mais propícios às manifestações psicossomáticas.

Como o paciente possui dificuldades para expressar seus sentimentos, ficou claro que não expressar o que ele sente não comunica, em palavras, o que está afetando-o. Assim, o adoecer do corpo é a forma que se proclama seu sofrimento (BARBOSA *et al.*, 2012).

Outro ponto importante a se considerar é a situação do abandono familiar, implícito em sua fala, na qual relata que um conhecido o trouxe para o abrigo e ele não sabia que se

tratava de tal, sendo deixado neste local, onde não recebe visitas. O que não se pode afirmar é se a morte dos pais e da esposa é tratada como uma forma de abandono. Porém, de fato, pode-se afirmar que se trata de um abandono familiar, já que o paciente possui um filho que, de certa forma, conduziu a esse abandono. Isto porque o senhor A poderia ter ficado aos cuidados da família (filho).

Os pensamentos e emoções do Senhor A são descritos, caracterizadamente, como o “pensamento operatório”, designado por Marty (1993) como a forma de pensar e de lidar com suas emoções. A pobre mentalização e a pobreza nas palavras para dar significado ao que sente, tanto emocional como corporal, são características de manifestações psicossomáticas (MARTY e M’UZAN, 1983). Por outro lado, o breve contato com o paciente demonstrou que a maneira deste expressar suas palavras e sentimentos seja uma resistência, impedindo que a associação livre do paciente seja mais eficaz.

O paciente apresenta diagnóstico de diabetes, doença, portanto, de origem também psicossomática, segundo Assis (et al, 2013). Sintomas de cansaço físico e os relatos de muitas dores (dores no corpo e de cabeça) que o médico não relacionou à causas emocionais, podem desencadear uma manifestação psicossomática (ASSIS et al, 2013). Não se busca generalizar e dizer que toda diabetes é de causa emocional, mas no senhor A, a doença surgiu logo após seu abandono familiar, além da vivência de suas emoções, por não expressá-las.

Por outro, não se pode excluir que o entrevistado também possua somatizações comuns, porque o Senhor A fez uma breve associação da sua doença a partir da sua entrada na instituição. O paciente relata que o diabetes, por exemplo, teve origem um ano após a sua chegada, o que se faz considerar a hipótese de que o abandono que o mesmo sofreu pode ter contribuído para seu desencadeamento; visto que o diabetes possui fator emocional para o seu desenvolvimento.

Se por um lado ele apresenta sinais de manifestações psicossomáticas, por outro lado o paciente mostrou que possui, ainda, alguma tentativa de elaboração psíquica diante da sua doença. Com base no presente estudo, portanto, afirma-se que nos fragmentos do caso do Senhor A ocorreu uma somatização, com características de ser uma psicossomatização. As associações do Senhor A, com relação a diabetes e a entrada no abrigo, indicam uma somatização, já que pacientes psicossomáticos não possuem a capacidade de fazer essas ligações, conseguindo estabelecer causas ao seu sofrimento. A pobreza na fala ou dificuldade de expressar o que sente podem ser tratadas como uma forma de resistência ao atendimento, excluindo, assim, a hipótese de ser má mentalização, descartando manifestações psicossomáticas.

Considerações finais

Pode se concluir, por meio da análise de fragmento do caso, que o idoso apresentou somatizações, sendo parte delas manifestações psicossomáticas. A relação com a mãe, mesmo tendo sido aparentemente capaz de prover segurança e sobrevivência, parece não ter sido capaz de proporcionar ao entrevistado uma boa base para suas representações. Isto porque os dados da entrevista sugeriram que o mesmo não apresenta representações para o seu abandono, possivelmente, o ponto de partida para o seu adoecimento.

Com base na literatura, parece razoável concluir-se que o fato do idoso estar adoecendo é em razão da perda da capacidade de representar e simbolizar sua excitação sexual. Certamente, a questão de fato não é possuir representações sobre a situação de abandono, mas que essa situação não favorece o desenvolvimento de representações perdidas com o envelhecimento. Deste modo, há mais psicossomatizações e cada vez menos sintomas somáticos comuns, como substitutos do recalado. Pode se concluir, então, que este paciente está em um caminho que o leva para a psicossomatização, em razão da presença cada vez mais rara de representações.

Desse modo, é razoável considerar que o abandono familiar possa ter participado para o desenvolvimento do adoecimento somático no caso estudado. É provável que o adoecimento psicossomático exigiu algum esforço, porque o aparecimento da doença no idoso se deu frente ao modo de lidar com a situação de abandono. Por ser idoso, ele parece exigir um cuidado parental, tal como a criança imersa em psicossomatizações. Como exemplo de uma criança que necessita ser amparada pela mãe, o idoso parece requerer um pouco mais dessa “relação mãe-bebê”; assim, de certo modo, ele volta a exigir o que a criança queria na relação mãe-bebê, segurança e amparo. Nesta relação, ocorre uma falha na função da mãe de para-excitação do bebê, porque ele não possui mais a mãe; ele está abandonado; nesse sentido, ele precisa de outra pessoa (cuidador) para representar o sofrimento dele e, sem esse cuidador, o idoso está vulnerável às manifestações psicossomáticas.

A partir do exposto, confirma-se a hipótese de que o abandono familiar pode causar manifestações psicossomáticas. Ficou claro que o idoso, certamente, possui uma carência na comunicação verbal, uma ausência de capacidade para lidar com sua excitação sexual. Isto porque todos são capazes de somatizar, a partir do momento no qual as defesas psíquicas falham no processo de elaboração desse sofrimento psíquico.

Referências

AGOSTINHO, P. Perspectiva psicossomática do envelhecimento. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Portugal, v.6, n.1, p.31-36, jan./jun. 2004. Disponível em: <[http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/12186/material/\(Texto%203\)%20PERPECTIVA%20%20PSICOSSOM%C3%81TICA%20DO%20ENVELHECIMENTO.pdf](http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/12186/material/(Texto%203)%20PERPECTIVA%20%20PSICOSSOM%C3%81TICA%20DO%20ENVELHECIMENTO.pdf)> . Acesso em: 28 mai. 2017.

ARAÚJO, M. G. Considerações sobre o narcisismo. **Estudos de Psicanálise**, Aracaju, n.34, p.79-82, dez. 2010. Disponível em <<http://www.cbp.org.br/consideracoessobreonarcisismo2010.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

ASSIS, C. L; BARBOSA, E.; DINIZ, E.; SANTANA, L. C; MOREIRA, N. V.; OLIVEIRA, S. M.; LIMA, U. D. C. Percepções e práticas sobre psicossomática em profissionais de saúde de Cacoal e Nova Brasilândia/RO. **Aletheia**, Canoas, n.40, p.74-86, abr. 2013. Disponível: em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100007>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL. **Lei Nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003**. Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Planalto, Casa Civil, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 24 jul. 2017.

CERCHIARI, E. A. N. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.20, n.4, p.64-79, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400008>. Acesso em: 21 mai. 2017

FERRARI, A. G.; PICININI, C. A; LOPES, R. S. O Narcisismo no contexto da maternidade: Algumas evidências empíricas. **PSICO**, Porto Alegre, v.37, n.3, p.271-278, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1448/1136>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

FONSECA, M. C. B. Do trauma ao fenômeno psicossomático (FPS) – Lidar com o sem-sentido? **Ágora**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.229-244, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982007000200006>. Acesso em: 21 mai. 2017

FREUD, S. **História de uma neurose infantil, além do princípio do prazer e outros textos**. Obras completas de Sigmund Freud, v.XIV, 1917. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1990.

_____. **Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”**. Obras completas, v.3, 1895. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

_____. **Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III)**. Edição standard brasileira

das obras de Sigmund Freud, v.XIV, 1916. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

_____. **A História do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos.** Edição standard brasileira das obras de Sigmund Freud, v.XIV, 1914. Rio de Janeiro: Imago, 1996c.

_____. **Sobre o narcisismo:** uma introdução. In: Edição standard brasileira das obras de Sigmund Freud, v.XIV, 1914. Rio de Janeiro: Imago, 1996d.

IACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.10, n.4, p.614-623, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142007000400004&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 abr. 2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil - 2000.** Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv929.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

JUNQUEIRA, C.; COELHO JUNIOR, N. E. Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros borderline? **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.25-35, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v18n2/a03v18n2.pdf>>. Acesso em: 27.out.2017.

LAPLANCHE. J. **A angústia.** São Paulo: Martins Fontes, 1980.

MAIA, M. V. C. M.; PINHEIRO, N. N. B. A clínica psicanalítica dos transtornos psicossomáticos: de Freud a Winnicott. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v.15, n.1, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282010000100011>. Acesso em: 21 mai. 2017.

MARSON, A. P. Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.161-169, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100012> Acesso em: 24 abr. 2017.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. **Mentalização e psicossomática.** Casa do Psicólogo. São Paulo, 1998.

MCDUGALL, J. **O psicossoma e a psicanálise.** Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____. **Teatros do eu.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

PERES, R. S. O papel das representações psíquicas no processo de somatização. **Psicologia**

em Estudo, Maringá, v.6, n.1, p.95-96, jan./jun. 2001. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n1/v6n1a13>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

ROCHA, Z. **Os destinos da angústia na psicanálise freudiana**. São Paulo: Escuta, 2000.

ROSAS, I. C. G. **Idoso, vulnerabilidade risco e violência: que medidas de proteção?** 2015. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Social) - Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto, 2015. Disponível em:
<<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10553/1/Idalina%20da%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20Gon%C3%A7alves%20Rosas.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2017.

VALENTE, G. B. **A questão da simbolização na Psicossomática: estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102012-153618/pt-br.php>>. Acesso em: 03 abr. 2017.

VOLICH, R. M. **Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WINOGRAD, M.; TEIXEIRA, L. C. Afeto e adoecimento do corpo: considerações psicanalíticas. **Ágora**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p.165-182, jul./dez. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982011000200001%20Acesso>. Acesso em: 15 jun. 2017.