

## **“SINTO TUDO E NÃO TENHO NADA??”**

Muitas indagações existem em torno da Psicossomática e suas possíveis implicações na prática médica. Há impacto na concepção da doença, do doente, de seu adoecimento e eventuais desdobramentos na abordagem, no manejo clínico, na terapêutica? Nada melhor que a própria clínica para abrir e ampliar essa discussão.

*“Sofro com intestino preso e com essas dores há mais de 20 anos. É como se tivesse algo se movimentando dentro de mim, querendo sair, mas não sai. Minha barriga fica estufada, cheia de gases... não aguento mais. Isso está acabando comigo, afeta toda a minha vida!”*, desabafa Maura no desenrolar de sua primeira consulta comigo. A elegante advogada de 41 anos, visivelmente desgastada, confessa que está cansada de fazer exames, procurar inúmeros especialistas, seguir todas as prescrições e continuar sofrendo e ouvindo as mesmas coisas: “Você não tem nada sério”, “a Síndrome do Intestino Irritável é assim mesmo, de difícil tratamento”, “É apenas uma disfunção, nada mais que isso”. Por fim, ela me questiona: “Terei que simplesmente aceitar e me conformar? Sinto tudo e não tenho nada? Como assim, Dra? ”

Casos como este exemplificam os desafios cada vez mais frequentes com os quais nos deparamos na prática clínica diária. Diante destes questionamentos, o que responder? Como abordar o dilema da ambivalência do *sentir tudo e não ter nada*? Maura me fez pensar... especialmente nos possíveis significados de palavras como *apenas, nada, tudo*. E é sobre esses aspectos que proponho reflexão.

O médico, ao afirmar que o paciente apresenta alterações funcionais, se refere à exclusão de doença orgânica, após extensa investigação diagnóstica. Ao dizer “é apenas uma disfunção” “nada sério”, a referência é o campo biológico. Entretanto, a exclusão de lesões dos órgãos e sistemas orgânicos não deve implicar em um reducionismo na concepção da desorganização somática – na verdade, psicossomática - vivenciada pelo ser humano. Nem tampouco minimizar a complexidade da condição clínica de pacientes como Maura. Tais situações demandam a revisão de conceitos e perspectivas de abordagem clínica e terapêutica envolvidos no processo do adoecimento, com a inclusão da subjetividade, que

ultrapassa as fronteiras do clássico modelo biomédico cartesiano, marcado pela dicotomia mente-corpo.

Sabe-se que a maior parte dos quadros disfuncionais não apresenta uma causa claramente definida. Múltiplos fatores estão envolvidos na fisiopatologia destes distúrbios, inclusive aspectos psicossociais. Nesse sentido, o desenvolvimento tecnológico e das pesquisas em neurociências permitiu avanços no campo da psiconeuroimunologia, com grande contribuição à compreensão das íntimas e recíprocas associações entre mente e corpo. As vertentes psicofisiológicas, ainda que fundamentadas em evidências biológicas, abrem caminho para uma interlocução entre profissionais da medicina, psicologia, psicanálise. Muitas vezes, é útil e precioso informar o paciente a respeito da plasticidade do cérebro, de suas conexões com órgãos e sistemas do corpo, sobre os registros conscientes e inconscientes da memória, com o intuito de proporcionar relações “demonstráveis” e, então, “aceitáveis”, entre cérebro e organismo, mente e corpo, psique e soma, dor física e dor psíquica.

No caso da síndrome do intestino irritável (SII), de fato não se observa alteração metabólica ou estrutural da víscera. O papel do sistema nervoso central e autônomo é preponderante na função intestinal, através de importantes conexões que modulam as atividades motoras e sensoriais do intestino. Diante de alterações nesses sistemas reguladores, ocorrem as disfunções de motilidade, assim como aumento da percepção dos movimentos peristálticos. Por isso, os principais sintomas são dor, desconforto, distensão abdominal, podendo haver constipação, diarreia ou alternância entre ambos, em variados níveis de intensidade e comprometimento da saúde física e mental.

Considerando a situação de Maura, ela acordava de madrugada por conta da dor, sentia algo se movimentando dentro do abdome, sem possibilidade de evacuação, de alívio. Em sua peregrinação pelos consultórios médicos, a dor, “apenas” de caráter funcional, foi se tornando algo sem importância, sem remédio, sem solução, associado ao *nada*. Como lidar com a sensação de nulidade, coisa nenhuma, quando se sente “*tudo*”? É possível encontrar alívio e consolo nessa condição, mesmo com a exclusão de algo grave? Como pode haver *ausência* diante da *presença* insistente e perturbadora de sintomas que desorientam, desorganizam e assolam o corpo?

Lembro-me do caso de outra paciente, Lídia, de 38 anos, que de início se identifica como “um caso difícil e complicado” de SII. Ela se mostra apreensiva e com

muito medo deste diagnóstico. Pesquisou sobre o assunto e ficou apavorada diante da condição debilitante vivida por muitas pessoas portadoras da síndrome. Lídia refere ter perdido o emprego por conta de sua dificuldade de concentração no trabalho em função de fortes cólicas abdominais que precediam suas idas frequentes ao banheiro. Seus sintomas não melhoravam com medicamentos e restrições dietéticas. “Sinto-me num beco sem saída, a caminho do caos. Eu sei que isso tudo tem a ver com meu emocional... sou muito nervosa... tudo que eu tenho é por causa da minha ansiedade”. E por fim, ela diz: “Sou a responsável por estar assim, toda estragada! ”. Fico impactada e pergunto o porquê de uma afirmação tão contundente. Ela afirma que sempre ouviu de todos à sua volta – parentes, colegas, médicos, psicólogos – que “isso é psicológico, emocional, psicossomático; isso é por causa do seu estresse, de sua ansiedade”. Eu me pergunto: *isso* o quê? Ou, o que é *isso*? Percebo que saber d’*isso* não a ajudou a compreender o que *isso* significa.

O caso de Lídia aponta o surgimento de outro sintoma: se sentir responsável por estar “todo estragado” - a opressão da culpa, que adoce ainda mais corpo e alma. Este é um aspecto que demanda atenção e cuidado. Lídia carregava um rótulo, um estigma, de ser “um caso difícil e complicado”, uma pessoa problemática, doente, mas sem doença alguma, *apenas* com distúrbio funcional, *nada* além disso. Há mais angústia, mais sofrimento, já que se tornam cada vez menos tangíveis as possibilidades de extirpação da causa e da tão esperada cura.

Na verdade, muitas pessoas sofrem com a cronicidade de suas dores, seus desarranjos e disfunções e vivem à procura do porquê de seus transtornos. Quando o médico se dá conta do esgotamento de suas possibilidades terapêuticas e da provável influência de fatores psíquicos, é possível que faça encaminhamentos para profissionais da saúde mental. A questão é como o próprio médico concebe a necessidade e o papel do acompanhamento psicológico.

Como o foco é buscar e tratar “a causa”, muitos encaminhamentos se resumem a indicações para esse fim, sem que se compreenda ao certo como a psicoterapia pode ajudar a combater a dor “no corpo”, que não é “do corpo”. Não raramente há a crença de que, se a então procurada e misteriosa causa é psicológica, já não é mais do físico, é “da cabeça”; não é somático, é psíquico; não é do corpo, é da mente; não é do médico, é do psicólogo! Permanecem a dicotomia, a cisão, com a mesma sutileza que diferencia os conteúdos dos termos *psico-soma* e *psicossoma*. A presença do hífen traz apenas associação, enquanto que sua ausência, integração. Sem dúvida, no caminho da compreensão do fenômeno psicossomático importa inicialmente associar

psique e soma, para que se possa ligar, integrar, constituir a unidade psicossomática, representativa do que possa ser humano, ainda que disfuncional.

Georg Grodeck, médico contemporâneo de Freud, profundamente interessado na teoria psicanalítica e em suas implicações terapêuticas também nas doenças orgânicas, já apontava de forma crítica os impasses do pensamento causalista, à procura de causas internas ou externas. “Após uma divisão assim tão nítida, nos jogamos com verdadeira fúria sobre as causas externas, isto é: os bacilos, os resfriamentos, o excesso de comida, de bebida, os acidentes de trabalho e sabe-se lá mais o quê. E a causa interna foi completamente esquecida! Por quê? Porque é muito desagradável olhar para dentro de si mesmo – e é apenas em si mesmo que encontramos as poucas fagulhas que iluminam as trevas da causa interna...”.

De fato, não é fácil nem simples acessar “causas internas”. Apesar de todas as dificuldades, esforços e do valor inerentes à formação e capacitação do profissional médico, se prepara mais para conhecer, acessar, interpretar, tratar, extirpar o que está *fora* do que o que está *dentro*. Neste contexto, é perceptível uma contradição no discurso de muitos pacientes: falam de seus órgãos como algo que está *dentro*, mas é de *fora*. É comum ouvir que “meu intestino é preguiçoso e indisciplinado; não me obedece; não sei o que fazer com ele!”. Apesar da referência ser a um órgão interno, é como se representasse um objeto externo, uma peça do organismo, que requer avaliação e concerto. E quando o problema é constatado, a “causa externa” está assegurada. Talvez por essa razão, o encontro de uma doença orgânica, que legitima o sofrimento no corpo, pode parecer mais confortante do que sua exclusão. A exclusão simplifica por um lado e complica por outro; expõe a sensação de vazio e insegurança quando a esperada primazia da “causa externa” é descartada.

Considerando esses aspectos, como podemos compreender a demanda e o conteúdo do apelo implícitos no desabafo de Maura, ao dizer “sinto tudo e não tenho nada?” Creio que o seu verdadeiro anseio por ajuda tinha uma relação muito estreita com esta frase, tão enigmática e desafiadora para um médico. Trata-se de uma pergunta, ou de uma afirmação? A exclusão da causa externa reduz a *nada* o *tudo* que é sentido no corpo? Entendo há um clamor pelo sentido intensamente contraditório de *nada* e *tudo*, pelo significado de tamanha desorganização, de um existir – ou não – caótico. Na verdade, algo circula por todo seu corpo e o desorganiza: uma excitação sem destino, sem nome, sem reconhecimento, sem fim. Será esta excitação o *tudo* irrepresentável, oculto e inominado, que se expressa como “nada” no corpo?

Pensar estas questões somente se tornou possível com o reconhecimento da necessidade de ajuda por parte do que cuida para compreender e conceber a dimensão do que possa significar *ser pessoa*. E isto foi se revelando em meu percurso pessoal e profissional através do encontro com os conteúdos da psicossomática psicanalítica, que mobilizam profundas reflexões.

Na verdade, a obra freudiana proporcionou as bases para o desenvolvimento da escola psicossomática do século XX. Sándor Ferenczi (1873-1933) desenvolveu conceitos importantes como patoneurose, neurose de órgão, apontou as relações entre pensamento e descarga motora e ressaltou a importância da dinâmica psíquica em toda e qualquer doença orgânica. Groddeck estava certo de que “não existem doenças orgânicas e doenças psíquicas, pois corpo e alma adoecem simultaneamente.” O neurologista Paul Schilder (1886-1949) afirmou: “utilizei o insight que nos dera a psicanálise com seus mecanismos psíquicos para elucidar problemas da patologia do cérebro”. Segundo Wilhelm Reich (1897-1957), “as relações entre as esferas somática e psíquica são resultantes de um paralelismo psicofísico” - toda experiência psíquica apresenta uma ancoragem fisiológica. Franz Alexander (1891-1964), psicanalista húngaro, representante da escola de psicossomática de Chicago, anunciava que “toda doença é psicossomática, pois os fatores emocionais influenciam todos os processos fisiológicos pelas vias nervosas e humorais”. René Spitz (1887-1974), consagrado psiquiatra infantil e psicanalista, postulava que “o organismo opera fisiológica e psicologicamente como um sistema binário.”

Não é mesmo possível separar funcionamento mental de funcionamento orgânico. Os estudos de Pierre Marty (1918-1993) e colaboradores, fundadores da escola de psicossomática de Paris, ampliaram os conceitos psicanalíticos, com ênfase à importância de aspectos do funcionamento mental nos processos de somatização. A manifestação de sintomas somáticos e de doenças se associa aos movimentos de organização e desorganização psíquicas, na dependência da qualidade e quantidade dos recursos presentes e disponíveis. Estas capacidades variam entre as pessoas, assim como em um mesmo indivíduo, dependendo do momento de sua vida. Posteriormente, Michel Fain retoma e salienta a noção de trauma, onde uma sobrecarga de excitação pode exceder os limites de resposta do psiquismo, do ego, e “transbordar” para o corpo. De fato, uma das principais funções do aparelho psíquico é possibilitar a assimilação de traumatismos ao longo da vida, transformar as excitações em representações psíquicas. Estas considerações apontam para a importância do infantil, das vivências primitivas, do acontecer vivenciado no corpo: único, singular.

Neste momento não cabe aprofundar, mas ressaltar a importância das pesquisas realizadas por autores como R. Spitz, D. Winnicott, L. Kreisler, que se dedicaram ao estudo das fases iniciais do desenvolvimento, das funções materna e paterna, fundamentais para a ligação entre psique e soma, para a construção e constituição do “self”, do verdadeiro “eu”, que possibilita o reconhecimento de “si mesmo”. Os estudos evidenciaram a necessidade de equilíbrio do par presença-ausência da mãe na relação com seu bebê, ou seja, excesso de presença e excesso de ausência são profundamente desorganizadores, com impacto na organização psicossomática de todo indivíduo.

No início deste texto, foi proposta uma reflexão em torno das palavras *apenas*, *nada*, *tudo*, presentes no discurso de Maura. Neste momento, acrescento à lista a palavra *excesso*. Maura e Lídia sofriam de excessos. Excesso de presença não remete a “tudo”, e excesso de ausência, a “nada”, ambos desorganizadores, com conteúdos difusos, sem possibilidade de nomeação e representação psíquica? Seus distúrbios funcionais são “apenas” disfunções? Do corpo, da mente, ou de ambos?

Para Léon Kreisler, “na histeria, o corpo fala; na clínica psicossomática, o corpo sofre...”, exatamente porque não fala. É necessário que alguém escute e possa compreender o não dito. Por isso, ao que cuida, mais do que *informação*, é necessário *formação*, para além da aquisição de saberes específicos dos especialistas, inclusive em psicossomática. Chamo a atenção para a possibilidade de um verdadeiro ENCONTRO, não mais de um profissional bem informado com um organismo fragmentado, ou partes dele, sem vida. Refiro-me ao precioso e singular encontro de uma pessoa bem formada, constituída na qualidade de sujeito, com um outro sujeito, muitas vezes aos pedaços e disfuncional, que carrega em seu próprio corpo as marcas de sua história. Quem sabe, a partir de então, seja possível o caminhar em um percurso que possibilite a este outro o encontro de “si mesmo”.

“A psicanálise nunca pretendeu ser uma panaceia ou produzir milagres. Para além de seus efeitos de cura, ela pode recompensar os médicos através de uma compreensão insuspeitada sobre as relações entre o psíquico e o somático”. (Freud, 1923)

Certamente, recompensou...

Helly Caram Aguida é médica, mestre em cirurgia geral pela Santa Casa de São Paulo. Professora do curso de psicossomática psicanalítica do Instituto Sedes Sapientiae.

**Para saber mais...**

**Psicossomática e Psicanálise: Casos clínicos, construções.** Ana Maria Soares, Cristiana Rodrigues Rua, Rubens Marcelo Volich, Maria Elisa Pessoa Labaki (orgs.). Escuta, 2015.

**Corpo.** Maria Helena Fernandes. Casa do Psicólogo, 2011.

**Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise.** Rubens Marcelo Volich. Casa do Psicólogo, 2010.

**Psicossoma I: Psicanálise e Psicossomática.** Flávio Carvalho Ferraz, Rubens Marcelo Volich (orgs.). Casa do Psicólogo, 2005.

**Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica.** Rubens Marcelo Volich, Flávio Carvalho Ferraz, Maria Auxiliadora de A.C. Arantes (orgs.). Casa do Psicólogo, 2007.