

RELATO DE CASO

## A personificação do não simbolizável: intersecções entre psicossomática e morte

*Róger de Souza Michels<sup>a</sup>*

*Bruna Holst<sup>b</sup>*

<sup>a</sup> Psicólogo. Mestrando em Psicologia Clínica (PUCRS).

<sup>b</sup> Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS) e Doutoranda em Psicologia Clínica (PUCRS). Professora do Curso de Especialização e supervisora local do estágio de psicologia clínica do ESIPP - Estudos Integrados em Psicoterapia Psicanalítica.

**Instituição:** ESIPP (Estudos Integrados em Psicoterapia Psicanalítica)

### Resumo

A perspectiva de morte é uma das mais aterradoras sensações humanas. Pensar a própria morte envolve um movimento de grande complexidade ao psiquismo, pois não há correlato inconsciente ou vivencial que sustente sua representação. A morte em si, portanto, é irrepresentável ao psiquismo. Entretanto, sujeitos que enfrentam diariamente o temor da morte precisam encontrar formas simbólicas de representar suas sensações e pensamentos. O sofrimento psicossomático vem ao encontro desse tema como uma via possível de descarga, ainda que seja caracterizada pelo empobrecimento da capacidade simbólica do sujeito. O paciente psicossomático, através da lesão real do órgão, exterioriza no corpo o conflito psíquico que se encontra pulsante e buscando expressão. Nesse sentido, o presente estudo objetiva investigar as possíveis relações entre o temor da própria morte e o sofrimento psicossomático. Para ilustrar o tema, vinhetas clínicas de um paciente atendido em psicoterapia psicanalítica serão utilizadas.

**Palavras-chave:** Transtornos psicofisiológicos. Morte. Psicoterapia. Doença de Huntington.

## Abstract

The anticipation of death is one of the most terrifying human sensations. Thinking about one's own death involves a movement of great complexity to the psyche, as there is no unconscious or experiential correlative to sustain its representation. Therefore, death itself is unrepresentable to the psyche. However, subjects who face the fear of death in a daily basis need to find symbolic ways of representing their feelings and thoughts. Psychosomatic suffering meets this topic as a way of possible discharge, even though it is characterized by depletion of the subject's symbolic capacity. The psychosomatic patient, through the real lesion of organs, externalizes in the body the psychic conflict that is pulsating and searching for expression. Given this, the present study aims to investigate possible relations between the fear of one's own death and the psychosomatic suffering. To illustrate the theme, clinical vignettes of a psychoanalytic psychotherapy patient will be used.

**Keywords:** Psychophysiological disorders. Death. Psychotherapy. Huntington disease.

## Introdução

A morte é um evento catalisador de angústias no ser humano. Sua certeza é um imperativo que põe o sujeito diante da perspectiva da própria finitude. No entanto, o mesmo ser humano, que é ciente do funesto destino de seu organismo, vive na maioria das vezes como se a certeza da morte fosse uma falácia. O jargão popular, como sempre, é a melhor forma de ilustrar essa sensação: “vivemos como se nunca fôssemos morrer”. De fato, a negação da própria morte é necessária ao equilíbrio do psiquismo, que não pode suportá-la devido a sua irrepresentabilidade. Freud<sup>1</sup>, em 1926, já afirmava que é impossível compreender a morte, pois não há registro vivencial que sustente sua representação.

Quando Freud<sup>1</sup> afirma que a morte é irrepresentável ao psiquismo por nunca ter sido experimentada pelo sujeito, abre-se um importante vértice de discussão sobre o tema: o papel do corpo. É por meio do corpo que os seres humanos se tornam aptos a experienciar e perceber o mundo<sup>2</sup>. Sem o corpo, através de seu polo perceptivo, não há comunicação entre o mundo interno e o externo. Juntamente com a dor, é construído, paulatinamente, o conhecimento dos órgãos e da constituição corporal – é nesse sentido que Freud<sup>2</sup> postulou a máxima de que “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal” (p. 39). É por meio das sensações corporais que a vida é experienciada, da mesma forma que é por meio da inatividade corporal que percebemos a morte. O corpo, portanto, é um campo de expressão simbólica do conflito psíquico subjacente, especialmente quando outras vias de expressão se configuram indisponíveis ao sujeito. O quadro apresentado por histéricas conversivas – que auxiliaram Freud no desenvolvimento da psicanálise – é um exemplo de como o sintoma

corporal remonta processos mentais de intensa carga emocional, que “transbordava para a inervação somática” (p. 248)<sup>3</sup>.

No entanto, não é apenas na histeria de conversão que o corpo se torna a expressão do psíquico. Os quadros psicossomáticos também são entendidos como doenças orgânicas provocadas por conflitos psíquicos inconscientes<sup>4</sup>. Entretanto, nesses quadros – e ao contrário da histeria – existe uma lesão real do órgão. Atacar o próprio organismo no processo de descarga do conflito indica uma importante fragilidade simbólica e discursiva<sup>5</sup>. Nesse caso, não há o simbólico da conversão histérica, mas a concretude da expressão somática, que lesa e danifica o corpo. Por esse motivo, McDougall<sup>5</sup> situa o adoecimento psicossomático como um dos mais regressivos e patológicos, juntamente com os quadros psicóticos.

Dessa forma, coloca-se a seguinte indagação: como se configura a intersecção entre a morte, inconcebível ao sujeito devido à inexistência de representabilidade, e a doença psicossomática, fruto do empobrecimento da capacidade simbólica do psiquismo? Se a morte é de difícil representabilidade, como ocorre o trabalho mental daquele que vive rodeado por ela e que é constitutivamente frágil em seus potenciais simbólicos? O presente artigo visa dissertar acerca da possível convergência entre o sofrimento psicossomático e a morte, considerando a possibilidade de a somatização tornar-se campo de expressão do temor frente ao término da vida. Apresenta-se a seguir o caso clínico de Lázaro, paciente atendido em um serviço de psicoterapia psicanalítica. O paciente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas conduzidas a partir dos atendimentos realizados na instituição. Não obstante, seus dados pessoais foram alterados a fim de preservar o anonimato. Portanto, para o presente artigo serão utilizadas vinhetas dos atendimentos como forma de apontar a relação existente entre a doença psicossomática e o temor da morte.

### **Caracterizando a demanda**

Lázaro buscou atendimento psicoterápico devido a sugestões da equipe médica com a qual faz tratamento para dermatite atópica. O paciente, desde a infância, enfrenta fortes alergias que acometem todo seu corpo e que, atualmente, aos 32 anos de idade, têm se intensificado. Além do diagnóstico de dermatite atópica, Lázaro tem em sua família um importante histórico de doença de Huntington. Descrita por George Huntington em 1872, a doença de Huntington define-se como um quadro degenerativo, hereditário e sem possibilidade de recuperação, caracterizado por sintomas cognitivos, motores e psiquiátricos – tais como demência e movimentos involuntários<sup>7</sup>. O avô e tio paternos de Lázaro morreram da doença. Seu pai, também diagnosticado, atualmente encontra-se em estágio avançado do quadro, apresentando sintomas graves e incapacitantes que suspenderam completamente sua autonomia.

Ainda que o quadro se caracterize pela transmissão autossômica dominante<sup>7</sup> – ou seja, risco de cerca de 50% de transmissão da doença –, Lázaro e o irmão optaram por não realizar o exame diagnóstico. Sobre essa decisão, o paciente comenta: “*Optei por não fazer o exame porque se eu tiver não vou poder fazer nada, não*

*vou poder reverter a doença. Não tem o que fazer com ela mesmo que se saiba antes. Então eu prefiro manter a minha qualidade de vida, tentar fazer as coisas de maneira que eu possa ir levando ao natural".* No entanto, apesar de primar pela qualidade de vida, Lázaro leva uma rotina pobre em investimentos. O paciente tem poucos relacionamentos interpessoais, não trabalha, não estuda e não tem atividades de lazer. Devido à dermatite atópica, perdeu três empregos e um curso técnico. Lázaro não tem relacionamentos íntimos gratificantes com nenhuma pessoa – nem mesmo com a mãe, com quem mora e de quem depende financeiramente. A relação com a mãe, ao contrário de prazerosa, provoca em Lázaro sentimentos de frustração e desamparo: *"a mãe tá sempre brigando comigo, brigou porque eu tive a crise de novo. Eu já te falei isso, do jeito explosivo dela, eu queria até sair de casa. Eu não aguento mais eles e eles não me aguentam também. A mãe é fogo, fala as coisas na tua cara".*

Ainda que a doença de Huntington constitua fator de muita ansiedade para o paciente, o tema que circunda todas as sessões é a doença de pele, sua queixa principal, aquela que o fez buscar o tratamento. Lázaro atribui à alergia a causa de seus problemas, afirmando que sofre muito em função das marcas em todo seu corpo. Não obstante, o paciente compreende, em alguns momentos, a relação mente e corpo presente em suas alergias. *"As coisas que eu sinto e guardo ficam no meu corpo, é como se fosse um tanque cheio e que eu não esvazio, então eu tenho que botar isso em algum lugar. Li um livro que diz que alergias como a minha são para pessoas que não conseguem viver no próprio corpo, não sei explicar direito, é como se a pessoa quisesse sair, fugir de uma situação, sair da própria pele. Eu concordo com isso".*

### **Doença psicossomática: a queixa principal**

É cabível afirmar que a dermatite atópica de Lázaro trata-se de uma doença psicossomática, ou seja, o conflito psíquico passa a ganhar expressão via corpo. Nos quadros psicossomáticos, ao contrário da histeria de conversão, há um ataque real em um determinado órgão, uma lesão verdadeira oriunda da descarga libidinal. Portanto, entende-se que o paciente psicossomático tem como principal característica a fragilidade da capacidade simbólica. Sobre esse aspecto, Volich<sup>5</sup> comenta que pacientes que apresentam uma sintomatologia somática não conversiva têm sua capacidade simbólica empobrecida, havendo uma ausência quase absoluta de sonhos, devaneios ou mesmo atividade criativa.

O empobrecimento das capacidades simbólicas de pacientes com doenças psicossomáticas constitui o padrão de funcionamento denominado "pensamento operatório". De acordo com Marty<sup>8</sup>, esse funcionamento diz respeito a um pensamento demasiadamente concreto e de fraca capacidade de projeção ao futuro. Seu princípio evidencia a carência funcional das atividades fantasmáticas e oníricas, responsáveis por integrar as tensões pulsionais e assim proteger a saúde física individual.

Sobre esse aspecto, a fragilidade simbólica de Lázaro é visível e se manifesta de muitas formas e em diversos momentos ao longo do tratamento. O conteúdo de sua fala é habitualmente concreto e descritivo,

havendo raros momentos em que expressa, ou mesmo relata, algum afeto. Da mesma forma, tem grande dificuldade para falar de si, exceto nos momentos em que fala da dermatite, como se fosse capaz de existir apenas por meio da doença. O paciente não fala sobre desejos e, da mesma forma, seus sonhos são pobres em simbolismo: *“Eu sonho pouco, sonho apenas as coisas que eu vou fazer, especialmente se eu estou ansioso. Também sonho muito que estou pegando ônibus, porque eu faço isso demais. Apenas sonho que entro no ônibus”*.

Outro importante indício da fragilidade simbólica de Lázaro encontra-se no fato de ele ter sido adito. Relata que aos 18 anos fez uso de maconha e crack, chegando a ser internado durante 30 dias para desintoxicação: *“Eu comecei a usar drogas meio que pra ser adulto, pra ser o cara, eu queria falar melhor, me expressar bem, falar como adulto. Então eu comecei a usar a droga, só que ao invés de conseguir o que eu queria eu ficava ainda mais isolado e retraído”*. A droga, nesse sentido, constituía recurso de expressão e descarga dos conflitos internos, exatamente como afirma Lázaro: a droga servia para falar melhor, para expressar bem o que não pode ser expresso pela palavra. McDougall<sup>6</sup> traça um paralelo entre os quadros aditivos e os quadros psicossomáticos, apontando que comportamentos aditivos estão, muitas vezes, a serviço de uma tentativa de obscurecer da consciência as experiências insuportáveis ao psiquismo, onde a força dos afetos suscita confusão. No caso de Lázaro, de quais afetos estaríamos falando? Talvez dos afetos velados, daquilo que o paciente não consegue expressar por meio da palavra, mas que acabará por ser dito, seja pelo uso da droga, seja através da pele, do corpo.

O silêncio dos afetos de Lázaro é sonoro nas sessões. O paciente se define um cético, preferindo posicionar-se de maneira externa às situações, de forma que não se envolva de fato com elas. *“Então eu acabo mantendo um olhar distante mesmo. É, não procuro me envolver muito, sabe? Eu acho que é importante manter um olhar de fora sobre as coisas, não se envolver muito pra não se deixar tomar por aquilo”*.

No texto *“Sobre o narcisismo: uma introdução”*, Freud<sup>9</sup> descreve a influência da doença orgânica na distribuição da libido. Diante de uma doença orgânica, ocorre uma retirada das catexias libidinais direcionadas ao mundo externo. As catexias, então, retornam ao próprio ego do sujeito, tornando-o, assim, retraído do contato com o outro devido à enfermidade. O mesmo movimento de regressão narcísica da libido é percebido por Freud<sup>9</sup> nos quadros hipocondríacos, em que o órgão, dotado de uma erogeneidade, passa a expressar o desinvestimento da libido objetal. Nesse sentido, torna-se clara a natureza do retraimento afetivo de Lázaro, bem como o seu desinteresse por qualquer atividade, incluindo as de lazer: *“Sou preguiçoso, sempre dá uma preguiça, uma vontade de não sair de casa, sabe? Eu sempre gostei de jogar futebol, mas é um esporte que é complicado pra mim, o problema de pele, minhas alergias não facilitam. Imagina, o cara tá no sol, suado, com o corpo quente, isso só deixa a alergia mais forte, então eu me afasto. A alergia é uma boa desculpa pra não ir jogar”*.

Por meio de sua dermatite, Lázaro tem uma justificativa para o desinvestimento na vida. A sensibilidade de sua pele torna-se um pretexto para perpetuação de sua “preguiça”, que constitui sua forma de nomear a regressão de seus investimentos ao seu mundo interno. O tema da preguiça está presente em muitos momentos

nas sessões com Lázaro. Ao descrever alguns exemplos de expressão da doença psicossomática, Caïn<sup>10</sup> elege a fadiga como uma das manifestações possíveis. Nos quadros psicossomáticos a fadiga surge no sentido de uma regressão que, ao contrário de certos quadros neuróticos, possui um caráter corporal difuso, capaz de projetar o sujeito de volta a fases muito arcaicas de seu desenvolvimento. Assim, de acordo com o autor, a fadiga remeteria ao retorno à fase oral, uma regressão em busca da relação materna na qual a falta era (ou deveria ter sido) preenchida.

A figura materna desempenha um papel fundamental na compreensão dos quadros psicossomáticos. Volich<sup>5</sup> comenta que a qualidade da presença materna é determinante na execução de funções que o bebê, devido a sua imaturidade, não é capaz de desempenhar – processo chamado de “gerência materna” (p. 117). Por meio da gerência materna, a mãe assegura a seu filho o desenvolvimento autônomo, até que o bebê alcance níveis mais harmônicos de funcionamento. Fica evidente, portanto, a relevância das primeiras experiências de cuidado materno no funcionamento psicossomático do bebê em desenvolvimento. Diversos estudos têm demonstrado que a relação com um outro que atenda às necessidades corporais possibilita a gradual integração entre o corpo do bebê e seu psiquismo<sup>5,11,12,13</sup>.

A relação de Lázaro com sua mãe está marcada por conflitos. O paciente descreve sua mãe como uma pessoa que fala muito, uma fala com a qual ele se sente agredido. Ao contrário de Lázaro, sua mãe parece reagir ao que vivencia, expressando o que sente sem dificuldades. Lázaro entende que a mãe, quando se posiciona, o faz através de uma postura crítica em relação a ele: *“Minha mãe segue brigando comigo. Essa semana ela brigou comigo de novo porque eu tive outra crise de alergias. Eu digo pra ela que eu tô doente, eu não tenho controle, não tô assim porque eu quero”; “a mãe faz isso direto, em tudo o que ela fala dá pra sentir que tem algo por trás. Ela sempre fala alguma coisa, dá uma agulhada, sabe? Por trás ela sempre joga uma verdade na cara pra chatear”*.

Lázaro parece perceber a mãe como incapaz de dar conta de seu sofrimento; em vez de nomear os afetos e amparar o filho, a mãe tenta empurrar Lázaro para o mundo. Lázaro sente que a mãe não o compreende, não percebe seus sintomas como comunicação de seu desamparo diante do medo da morte – medo este compartilhado apenas pela família paterna: um possível destino trágico do qual a mãe não é herdeira. As frustradas investidas da mãe para solucionar a inércia de Lázaro, em lugar de fortalecer o ego do paciente, acabam por gerar uma sensação de incontinência de seus afetos. De acordo com Fernandes<sup>14</sup>, o corpo é constituído pela alteridade, isto é, pelo encontro com o outro, que nomeia e ampara as sensações corporais que invadem o psiquismo. A figura materna é aquela habitualmente responsável por amparar a constituição da imagem do corpo do sujeito. No caso de Lázaro, entende-se que o incremento de sintomas somáticos e o distúrbio na relação com a pele estão intimamente ligados a essa precariedade na relação entre mãe e filho.

Diante da dificuldade em simbolizar seus conflitos e de expressar seus afetos, o corpo de Lázaro torna-se palco de um círculo vicioso: não somente é o meio pelo qual o seu padecimento fala, mas também é o caminho pelo qual o paciente justifica sua inércia e desmotivação. O conflito psíquico adoce o corpo, e o

corpo adoecido e fisicamente lesionado alimenta os pensamentos de morte, doença e incapacidade. Sobre o funcionamento afetivo de pacientes psicossomáticos, Marty<sup>8</sup> descreve o quadro sintomático que chamou de “depressão essencial”, cuja principal característica é a ausência de um objeto externo. Volich<sup>5</sup> amplia esse conceito, caracterizando-o principalmente por seu “rebaixamento do tônus libidinal e por um desamparo profundo, frequentemente desconhecido do próprio sujeito. Este não apresenta nenhuma queixa, quanto muito uma profunda fadiga e a perda de interesse por tudo que o rodeia” (p. 153).

No entanto, o retraimento da libido e seu respectivo investimento narcísico, no caso de Lázaro, não se justificam apenas pela doença psicossomática. Entende-se que há, subjacente à lesão na pele, uma fantasia de lesão nas profundidades do corpo. As alergias de Lázaro preenchem sua mente e constituem um bom motivo consciente para o retraimento social, profissional e afetivo. Com a atenção preenchida pela preocupação com a pele, o desespero pela possibilidade de uma morte dolorida e angustiante não penetram na consciência. A doença psicossomática age como uma defesa do sofrimento, mas acaba por reproduzir esse sofrimento, ainda que em outra roupagem. Mas não seria a desconfiança de que algo se move nas profundezas de seu psiquismo, de que existe algum pavor maior a que evitar, que leva Lázaro a querer “*fugir de uma situação, sair da própria pele*”?

### **A doença de Huntington enquanto lembrança da morte**

Sobre a doença de Huntington o paciente comenta: “*O que se sabe é que o filho tem 50% de chances de ter a doença, então sei lá. A doença só começa a se manifestar por volta dos 50 anos de idade, mas pode acontecer antes, embora seja mais raro. Claro, eu tenho medo de tá doente. Às vezes eu sinto que tropeço, que não consigo puxar a perna direito ou então eu erro alguma palavra. Automaticamente eu já penso no problema do pai, na hora. Não tem como não pensar. As pessoas dizem que não pensar na doença é não ter a doença, mas não tem como não pensar*”.

Percebe-se na fala de Lázaro o conflito pensar *versus* não pensar. Optar por não realizar o exame diagnóstico, na tentativa de ignorar a possibilidade, não impede que os pensamentos de morte e doença invadam a mente de Lázaro. Sobre esse aspecto, Labaki<sup>15</sup>, ao pesquisar pacientes assintomáticos portadores de HIV, comenta sobre a existência de uma espécie de “doença-fantasma” (p. 30), que gera no sujeito a sensação de ser um enfermo em potencial, portador de um mal que, cedo ou tarde, tomará seu corpo – o que acaba por gerar a sensação de portar a morte dentro de si. O adoecimento do corpo, especialmente quando relacionado a diagnósticos graves e irreversíveis, traz consigo a fantasia da morte e aponta para os limites da existência do sujeito.

Pensar a doença de Huntington como um representante simbólico da morte é um equívoco, pois, de acordo com Freud<sup>2</sup>, “a morte é um conceito abstrato com conteúdo negativo para o qual nenhum correlato inconsciente pode ser encontrado” (p. 72). Ou seja, é impossível uma representação que possa dar conta do



que é morrer. Todavia, é justamente o fato de ser irrepresentável ao psiquismo que acaba por intensificar a angústia gerada. De acordo com Labaki<sup>15</sup>, devido ao fato de a morte não possuir um correlativo representacional inconsciente, o paciente, ao ser diagnosticado com uma doença terminal, carrega uma grande quantidade de excitação desligada, que se derrama automaticamente em forma de angústia.

Frente ao temor do diagnóstico da doença de Huntington, Lázaro busca no espiritismo uma maneira de amenizar seu sofrimento. *“Eu gosto do espiritismo porque ele me dá esperança, ele me ajuda a acreditar que tudo isso aqui tem um sentido, que as coisas vão ter uma continuidade”*. Porém, o paciente não consegue sustentar essa esperança por muito tempo, havendo momentos em que chega para as sessões completamente descrente em relação à religião ou à possibilidade de uma vida após a morte. Lázaro vive uma profunda ambivalência entre a desesperança e a esperança, o que acaba paralisando seu funcionamento.

Ainda que a morte seja um conceito abstrato, por ser desprovido de um correlato inconsciente, entende-se que por meio da doença de Huntington – bem como em outras doenças às quais o tema da morte possa estar atrelado, como o HIV, de acordo com Labaki<sup>15</sup> – a morte se torna mais real ao sujeito. Freud<sup>15</sup> afirma que “no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade” (p. 299). Nesse sentido, pode-se afirmar que uma doença grave, tal como a doença de Huntington, tem potencial para extrair do sujeito a sensação de imortalidade, tão importante ao equilíbrio psíquico saudável.

A intersecção entre a doença de Huntington e a consciência acerca da própria morte remete ao conceito de castração. Como afirmado anteriormente, a doença de Huntington trata-se de uma doença autossômica que atinge o sistema nervoso central, acarretando em significativas disfunções dos movimentos, da capacidade intelectual, além de acarretar distúrbios psiquiátricos diversos. A fase sintomática da doença pode durar até 20 anos, avançando progressivamente até um quadro de demência e comprometimento generalizado dos órgãos, levando ao óbito<sup>7</sup>. A julgar o conjunto sintomático da doença, bem como a deterioração imposta ao corpo do portador, entende-se que o sofrimento ligado ao seu diagnóstico remete ao conceito de castração das capacidades corporais.

O complexo de castração, pensado por Freud<sup>17</sup> em 1923, além de fundamental para o entendimento da sexualidade infantil, possibilita compreender em profundidade as implicações narcísicas decorrentes da privação do desejo. O autor destaca que, além da proibição da masturbação na fase fálica, também a perda do seio materno, a renúncia às fezes e até mesmo a separação do útero implicam ao sujeito um dano narcísico relacionado a uma perda do prazer corporal. Nasio<sup>18</sup>, ampliando o entendimento das implicações relativas ao complexo de castração, compreende que esse evento sempre remete à angústia, “pois não há castração senão sob a ameaça angustiante que pesa sobre o sujeito” (p. 83). Nesses termos, pesa sobre Lázaro a angústia relativa à possível doença paterna, que aponta para uma inevitável castração dos prazeres do corpo, a qual o paciente testemunha cotidianamente ao visitar e auxiliar nos cuidados com o pai hospitalizado.

Ciente das privações impostas pela evolução da doença de Huntington, Lázaro busca continuamente estar



a par da sintomatologia relativa ao diagnóstico, o que apenas intensifica sua apreensão frente à possibilidade de ser portador da doença. *“Eu pesquiso muito os sintomas que eu tô sentindo pra saber como eu posso fazer. Às vezes eu fico muito sonolento, ou então tem dias que sinto um ‘zunido’ no ouvido, também dificuldade de me manter atento às atividades, não consigo fazer as coisas direito, fico preocupado, me irritado, isso tudo podem ser sintomas iniciais, como foi com o pai”*. As aproximações entre o tema da morte e a castração já haviam sido pensadas por Freud<sup>1</sup> em “Inibições, sintoma e ansiedade”, ao expor que o medo da morte é análogo ao medo da castração e à situação na qual o ego reage ao abandono do superego protetor dos perigos externos.

Lázaro apresenta grande sofrimento relacionado às perdas que já sofreu e que pode vir a sofrer, visto que sua história de vida é marcada por danos que se relacionam tanto com a doença de Huntington quanto com seu problema de pele. *“Eu perdi tudo, eu perdi os bons momentos. Hoje eu passo trancado dentro de casa, ainda mais com esses calorões, não posso nem sair que já fico todo me coçando. Eu tenho medo de perder de novo, perder trabalho, perder o que eu estiver fazendo, ter que ficar de novo em casa, trancado”*. O imperativo da própria morte, condensado às consequências da sintomatologia de sua dermatite, contrasta paradoxalmente com o profundo desejo de Lázaro em sentir-se vivo e existir com qualidade de vida. Ainda que o paciente pareça sentir-se incapaz de investir em projetos de vida, sua busca por atendimento psicológico denuncia sua busca pela vida, pelo movimento, pela mobilidade psíquica.

### **Psicossomática, morte e vida**

No princípio deste artigo, foram colocadas duas questões iniciais que nortearam seu desenvolvimento. Indagava-se acerca da maneira como a morte, desprovida de representante simbólico no psiquismo, era concebida pelo sujeito psicossomático, que é, constitutivamente, frágil em sua capacidade de simbolização. Compreende-se que, com base nos materiais teóricos, bem como nas vinhetas clínicas, apresentam-se possíveis convergências entre os temas abordados.

A história clínica de Lázaro, juntamente com sua atual limitação em função dos sintomas psicossomáticos, evidencia a fragilidade de sua capacidade simbólica. Além do pensamento demasiadamente concreto, o paciente apresenta-se com o afeto empobrecido, isolando continuamente suas emoções e interesses no mundo. Ao longo do tratamento de Lázaro, foi sendo construída a hipótese de que a possibilidade do diagnóstico da doença de Huntington estaria exercendo pressão sobre as potencialidades afetivas e intelectuais do paciente. O temor frente ao possível diagnóstico empurra Lázaro para um padrão de funcionamento no qual a vida não se apresenta como uma possibilidade plausível, mas como uma realidade frágil e suscetível ao término iminente. Diante desse cenário, Lázaro lança mão de defesas primitivas, tais como a somatização, o isolacionismo e a negação. A possibilidade de portar a doença opera como uma ininterrupta ameaça de castração. Diante dessa possibilidade, entende-se o ceticismo de Lázaro, seu olhar distante, seu pensamento concreto e a inibição dos afetos como recursos diante do desamparo e desespero oriundos da ameaça à vida.

De acordo com Freud<sup>19</sup>, em “Além do princípio do prazer”, o psiquismo se movimenta de maneira oscilante entre pulsões que almejam o fim da vida e pulsões que visam prolongar a jornada até o destino final. Assim, a pulsão de morte e o desejo de retornar ao estado inorgânico da matéria advêm de um impulso que “a entidade viva foi obrigada a abandonar sob a pressão de forças perturbadoras externas” (p. 46). Sendo a vida um fenômeno que surge para agitar a calma de aquilo que é morto e inanimado, Lázaro vivencia os investimentos da pulsão de vida como perturbações da morte, à qual se sente destinado. Sendo assim, fantasias e angústias inconscientes ligadas à morte constituem-se a matriz do sofrimento do paciente.

Uma parte significativa do trabalho terapêutico de Lázaro, justamente pelo empobrecimento de sua capacidade simbólica, foi ancorada na proposta de “sonhar juntos”, na terminologia de Thomas Ogden<sup>20</sup> – ou seja, elaborar psicologicamente conteúdos paralisantes e aterrorizadores da experiência emocional. Ogden<sup>20</sup> entende os transtornos psicossomáticos como experiências não sonhadas, impedidas de elaboração psicológica, nos quais o sujeito se vê incapaz de compreender sua experiência emocional. Nesse sentido, o objetivo terapêutico vem sendo buscar novas formas de existir e pensar a experiência, não só sobre a morte, mas também sobre a vida. Por isso essa jornada, como é percorrida em dupla, promove crescimento não apenas em Lázaro, mas no terapeuta que acompanha seu processo.

O trabalho psicoterapêutico com Lázaro objetiva primariamente potencializar sua capacidade simbólica e tornar consciente a percepção dos ganhos secundários relativos à doença de pele. Ao longo de um ano de psicoterapia, percebe-se em Lázaro significativa melhora em sua capacidade de expressar os afetos. O temor relativo à doença de Huntington ainda se mantém como um assunto de difícil acesso nas sessões, mas o tema vem se desmistificando na medida em que é abordado pela dupla terapêutica. É evidente a remissão dos sintomas somáticos do paciente, e o espaço de tempo entre cada crise de dermatite vem se tornando cada vez maior. Mas, mais relevante, é o *setting*, que vem se construindo como um espaço de expressão, permitindo que Lázaro comunique com palavras o que por muito tempo pôde comunicar apenas com ação e adoecimento orgânico. É esse espaço de diálogo, instituído e fundado entre duas pessoas, que permite a criação de novas formas de perceber a si mesmo e a implicação do sofrimento psíquico.

## Referências

1. Freud S. Inibições, sintoma e ansiedade (1926). In: Strachey J, editor e tradutor. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 20. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 91-131.
2. Freud S. O ego e o id (1923). In: Strachey J, editor e tradutor. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 19. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 25-82.
3. Freud S. Dois verbetes de enciclopédia (1923). In: Strachey J, editor e tradutor. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 18. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 247-68.
4. Roudinesco E, Plon M. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.

5. Volich RM. *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
6. McDougall J. *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
7. Ribeiro, R. Doença de Huntington: aspectos psiquiátricos duma doença neuropsiquiátrica paradigmática. *PsiLogos*. 2014;3(1):7-18.
8. Marty P. *Psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
9. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: Strachey J, editor e tradutor. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 14. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 81-108.
10. Caïn J. *O campo psicossomático*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1996.
11. Dias MF. A existência psicossomática: aspectos clínicos. *Winnicott E-Prints* [internet]. 2012 [citado 2016 jan];7(1):16-48. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-432X2012000100002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2012000100002&lng=pt&tlng=pt).
12. Silva GV, Pinheiro NNB. Considerações teórico/clínicas sobre a angústia e a integração psique-soma em Freud e Winnicott. *Winnicott E-Prints* [internet]. 2008 [citado 2016 jan];3(1e2):1-32. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-432X2008000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2008000100004&lng=pt&tlng=pt).
13. Laurentiis VRF. A incerta conquista da morada da psique no soma em D. W. Winnicott. *Winnicott E-Prints* [internet]. 2007 [citado 2016 jan];2(2):1-13. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-432X2007000200003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2007000200003&lng=pt&tlng=pt).
14. Fernandes MH. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
15. Labaki, MEP. *Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
16. Freud S. Reflexões para os tempos de guerra e morte (1915). In: Strachey J, editor e tradutor. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 14. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 285-312.
17. Freud S. A organização genital infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade) (1923). In: Strachey J, editor e tradutor. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 19. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 159-63.
18. Nasio JD. *Édipo: o complexo do qual nenhuma criança escapa*. Rio de Janeiro: Zahar; 2007.
19. Freud S. Além do princípio do prazer (1920). In: Strachey J, editor e tradutor. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 18. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 17-75.
20. Ogden T. *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Porto Alegre: Artmed; 2010.

## **Correspondência**

*Róger de Souza Michels*

R. Eng. Ildefonso Simões Lopes, 115, Três Figueiras

91330-180 Porto Alegre, RS, Brasil

rogermichels@hotmail.com

Submetido em: 24/02/2016

Aceito em: 13/05/2016