UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

JÚLIA CATANI

**O QUE TRATAR QUER DIZER:
CONSTRUÇÕES DA PSICANÁLISE DIANTE DOS TRANSTORNOS
SOMATOFORMES, SINTOMAS SOMÁTICOS E SOFRIMENTOS PSÍQUICOS E
CORPORAIS**

São Paulo

2018

JÚLIA CATANI

**O QUE TRATAR QUER DIZER:
CONSTRUÇÕES DA PSICANÁLISE DIANTE DOS TRANSTORNOS
SOMATOFORMES, SINTOMAS SOMÁTICOS E SOFRIMENTOS PSÍQUICOS E
CORPORAIS**

Versão Original

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Livia Tourinho
Moretto

São Paulo

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Catani, Júlia

O QUE TRATAR QUER DIZER: CONSTRUÇÕES DA PSICANÁLISE DIANTE
DOS TRANSTORNOS SOMATOFORMES, SINTOMAS SOMÁTICOS E
SOFRIMENTOS PSÍQUICOS E CORPORAIS / Júlia Catani; orientador Maria
Lívia Tourinho Moretto. -- São Paulo, 2018.

287 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto
de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

1. Transtornos Somatoformes / Sintomas Somáticos. 2. Trauma. 3. Sofrimentos
Psíquicos / Corporais. 4. Tratamento. 5. Psicanálise. I. Tourinho Moretto, Maria
Lívia, orient. II. Título.

Nome: CATANI, Júlia

Título: O que tratar quer dizer: Construções da psicanálise diante dos transtornos somatoformes, sintomas somáticos e sofrimentos psíquicos e corporais

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

À Barbara, minha irmã...

Desde cedo ouvi que ter uma irmã era uma dádiva, um verdadeiro privilégio. Reconhecia a importância de termos uma à outra, mas descobri de fato o valor e o significado desta relação nos últimos anos. Nem sempre é possível assimilar as situações nos momentos em que elas ocorrem. Lamento minhas ausências em períodos turvos, mas, é muito bom saber que nos instantes mais cruciais tenho você e que as grandes conquistas não tem hora para chegarem. O tempo não espera e você soube reconhecer isto. Obrigada pela compreensão, pelo incentivo e acima de tudo, obrigada por ser minha irmã. Que sigamos juntas. Por tudo isto e muito mais que escolhi te dedicar este trabalho. Viva!

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Maria Livia Tourinho Moretto que concordou e apostou na empreitada desta pesquisa. Acreditou que a minha trajetória no SOMA, como analista, poderia originar uma tese. Por uma parceria que data de mais de uma década entre a época da graduação, a especialização no Hospital das Clínicas, as arguições e trocas no mestrado e o trabalho do doutorado. Pelos tempos de amadurecimento, intensas transformações e aprendizado.

Ao Prof. Dr. Nelson da Silva Jr. pelo empenho em recomendar-me um professor e amigo para fazer o meu estágio no exterior.

Ao Prof. Dr. Alain Abelhauser pela orientação em Rennes, pela apresentação de bibliografia, aulas e concursos que pude conhecer nos meses em que lá estive e por tornar viável o doutorado sanduíche.

Ao Prof. Dr. Nelson Coelho Jr. pelo respeito e por me auxiliar na construção dos diferentes modos pelos quais um analista é capaz de acolher o sofrimento. Agradeço a interlocução que para mim é imprescindível entre o trabalho acadêmico e o trabalho clínico.

Ao Prof. Dr. Christian Dunker pelas jornadas em diferentes espaços e muitos trânsitos da psicanálise e das aventuras subjetivas nesta década juntos.

À Prof^a. Dr^a. Jô Gondar pelo aceite imediato em participar da arguição da tese e de quem há anos eu já acompanhava os textos e estabelecia um diálogo interno e clínico muito antes dele existir propriamente.

Ao Prof. Dr. Lazslo Antônio Ávila por me recepcionar algumas vezes na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e por partilhar as angústias e exemplos de insalubridades do trabalho analítico com esta população.

Ao Prof. Dr. Eugênio Canesin Dal Molin pela inspiração na escrita e no trabalho psicanalítico. Fico contente que nossa parceria tenha se solidificado para além da formação. Sublinho o quão importante foi a sua iniciativa de constituir o grupo de estudos de Ferenczi e a sua participação no “Fases do Traumático”.

À Profª. Drª. Mirian Debieux pelas contribuições sugeridas na qualificação que foram de enorme valia para a redação final.

Ao Bernardo Tanis pelos quilômetros já percorridos e por me ajudar a ver que o passado não é uma possibilidade, mas é preciso recorrer a ele para ver além da arrebenção. Também pelos instantes cruciais em que soube fazer-se presente a longa distância e pela forma com que soube ausentar-se estando presente.

A Diana Tabacof pela incrível disposição e generosidade em me apresentar aos grandes nomes da psicossomática francesa. Pela brasilidade oferecida em minha estadia parisiense, pelos diálogos e supervisões.

Ao Christophe Dejours por me fazer perceber que somos sempre estrangeiros em um encontro com a psicanálise e a clínica. A sua disponibilidade, a transmissão e a observação do corpo na sessão analítica transformaram a minha escuta.

Ao Pierre Sabourin pela pronta resposta e o convite para me receber em seu consultório para falarmos de Ferenczi, Le Quatrième Groupe e do Centre des Buttes-Chaumont.

Ao grupo “*Entre hôpital psychiatrique, cure analytique et recherche théorique: des analystes à l’épreuve des limites de l’analysable*” da Société Psychanalytique de Paris (SPP), que sob a coordenação de Edwige Encaoua e Monique Zerbib, permitiu que eu participasse das reuniões. Infelizmente, em menor número do que eu desejaria. Mas, onde pude ter uma bela e preciosa amostra da discussão dos modos de entendimento e trabalho clínico-institucional, por discutirem o caso Emma e por quererem saber mais de minha experiência analítica brasileira.

Ao Prof. Dr. Dominique Drapier, diretor do Polo Psiquiátrico no *Centre Hospitalier Guillaume Reigner* (Rennes), que tornou o meu estágio possível e me permitiu conhecer um pouco as formas de tratamento e a realidade clínica na instituição psiquiátrica. Aos psiquiatras pela recepção em suas respectivas clínicas no hospital: Dr. Range M., Dr. Nauczyiel, C.; Dr.

Bleher, S.; Dr. Doucerain, J., e aos enfermeiros, psicóloga e alunos de medicina que também encontrei neste período.

A médica Dr^a. Franziska Gamma pela interlocução que tivemos e, pela oferta de que possamos trabalhar juntas de algum modo no futuro no *Les Toises*.

Ao Dr. José Atílio Bombana, Dra. Cristiane Curi Abud e Dr. Ricardo de Almeida Prado do Programa de Atendimento e Estudo de Somatização (PAES), pelos relatos sobre o seu trabalho e também pelo interesse e questionamentos que me exigiram elaborações que em parte constam do material aqui apresentado.

Ao Samir Hojaij que mesmo após anos, por meio de sua recomendação, permitiu que eu viesse a conhecer o trabalho do Prof. Dr. Lazslo Ávila, muito frutífero para a pesquisa.

Aos meus supervisores que em diferentes momentos de minha trajetória analítica possibilitaram a construção da minha escuta. Magda Khouri, Raquel Azjenberg, Maria Inês Falcão, Cristine Lacet, Adriane Bacellar, Antônio Serafim, Graça de Oliveira, Maria Cecília Fernandes, Fabiana Saffi, Cynthia Faria, Niraldo dos Santos, Maria Lívia Moretto, Michele Faria, Lucia Fuks, Myriam Uchitel, Mário Pablo Fuks, Oswaldo Ferreira Leite Neto, Christian Dunker, Diana Tabacof, Christophe Dejours, Nelson Coelho, Andrea Mazzieri.

Ao grupo de orientação pelas colaborações fundamentais para que eu adquirisse confiança de modo a escrever o que me fosse possível. Pelas leituras, observações e sugestões. São eles: Elton Pinotti, Felipe Nishioka, Cláudio Akimoto, Daniela Ferraz, Daniele Sanches, Eliane Dias, Isabela Ledo, Luciana Chagas, Marcos Brunhari, Mayra Xavier, Wilian Fender, Patrícia Leite, Laura Bechara, Gustavo Ramos, Lara Moreira, Marcus Vinicius Rezende, Thais Pereira.

Aos colegas do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip) que nestes anos de pós-graduação estimularam o estudo e a integração de diversas teorias e autores para entender o sofrimento.

Aos amigos “uspianos” que estão para além da formalidade da pesquisa, Luciano Henrique Ribeiro do Valle, Natalie Mas, Raonna Martins, Daniele Sanches, Maria Letícia

Reis, Renata Bazzo, Hugo Lanna, Rafael Lima, Paulo Beer, Pedro Ambra, Clarice Paulon, Dulce Coppedê, Danna de Luccia, Rômulo Corrêa, Diógenes Faustino, Márcio Bandeira, Marcos Brunhari, Cristiana Rua, Vitor Orquiza, Viviana Venosa.

Ao Davi Flores e ao Luís Eduardo Moreira pela disposição em ler o trabalho e oferecer contribuições entre os cafés, os almoços, os risotos, os vinhos, os whiskys e os shows de rock. Porque nem só de psicanálise e pesquisa que são feitas as amizades.

Aos colegas e amigos do Ambulatório de Transtornos Somatoformes (SOMA) por esta empreitada analítica, pelos desafios da clínica e pela construção de um trabalho institucional que a cada dia torna-se mais apurado. Claro que tenho uma imensa gratidão a todos os que por lá passaram e que de alguma forma plantaram uma semente no trabalho clínico. Seria impossível mencionar todos os nomes. Cito, portanto, os que permanecem, neste momento, no anseio de que de algum modo possam também representar cada um dos que por lá estiveram. Um agradecimento especial aos fundadores do serviço, Bruna Bartorelli e Eduardo Mutarelli, pois sem eles nada disso seria praticável. Além deles, um enorme carinho e afeto por: Abigail Betbedé, Felipe Nishioka, Roberto Favaretto, Luiz Sperry, Ymara Vitolo, Marina Kon Bilenky, João Paulo Barreta, Ana Cláudia Borghi, Ana Martha Falzoni, Júlia Torres, Simone Cano, Mariana de Oliveira, Luísa Fromer, Adriana Vieira, Ana Carolina Fillizzola, Cláudia Ades, Edna Torrecilha, Ilana Tawil, Marcelo Manzano, Maria Fernanda Curoni, Márcio Bandeira e Beatriz Realte.

A Marianne Abt pela dívida em que se transformou o convite que me levou a trabalhar no SOMA. Com certeza foi o que produziu boa parte das minhas inquietações e amadurecimento clínico e psíquico.

Aos profissionais do Hospital das Clínicas que colaboraram com as informações. Aos psicólogos e psicanalistas que trabalham no complexo e nos institutos auxiliares. São eles: Luciano Henrique do Valle, Mayra Xavier Castellani, Valéria Dini Leite, Leilane Antoniazzi, Vera Ferrari Barros.

Ao grupo de supervisão “horizontal”, pela sensibilidade e cuidado nas discussões dos casos, nas trocas e na soma de experiências. Certamente vocês fizeram e fazem diferença em minha trajetória. Eu não teria escrito do mesmo modo sem a presença e contribuição de vocês.

Agradeço ainda por sempre atenderem aos meus apelos. Davi Flores, Milena Cortez, Plínio Carpigiani e Tânia Veríssimo. Um privilégio tê-los por perto.

A Flávia Steuer, Márcio Bandeira, Paulo Cabral e Yuri Mori (grupo de Ferenczi), que me permitiram uma apropriação das teorias do autor.

Aos amigos do grupo Faces do Traumático que, sem dúvida, cada um ao seu modo, possibilitou que uma ou várias linhas desta tese fossem escritas. Myriam Uchitel, Camila Munhoz, Clarissa Motta, Cristiane Lopes, Evelyse Clausse, Flávia Steuer, Juliana Wierman, Maria Angelina Cabral, Maria Carolina Garcia, Maria Inês Tassinari, Marina Singer Lúcia Paiva, Lilian Carbone, Luciano Gomes e Tânia Veríssimo.

A Lily Grego que com a sua enorme paciência e habilidade de ensino tornou praticável minha experiência e o trânsito nas cidades de língua francesas.

A Maria José Catani que a partir de sua mudança a São Paulo tornou os meus domingos, de algum modo, mais reflexivos e familiares.

Obrigada aos meus pais por terem decidido antes mesmo de eu nascer que eu jamais estaria sozinha, pois eu teria uma conexão com a Barbara para sempre. E obrigada ao meu pai por reforçar este elo e décadas depois me dar outra irmã, a Bertha.

A Denice Catani que ao longo destes últimos anos, mais do que nunca, foi capaz de domar um ou vários leões por dia para que suas filhas pudessem seguir em frente da melhor forma. E que me ensinou que vale a pena dedicar-me a pesquisa. Com a lembrança dos anos 1980 (na época de sua tese) e dos meus pedidos de atenção que incluíam que ela tomasse um remédio para “acabar a tese logo”.

Ao Afrânio Catani que de um jeito peculiar aos poucos consegue demonstrar afeto.

A Barbara Catani que diante dos maiores desafios e surpresas que a vida pode guardar tem sempre bom humor ou uma piada, para tornar o momento mais difícil algo leve. E a Bertha Catani que, felizmente, dada a juventude ainda compreende pouco a seriedade da vida.

Aos amigos da graduação e fundamentalmente aos que permaneceram: Renata Anastácio, Giovanna Campos, Giovana Prade, Livia Cecchetto, Ana Paula Moreira, Iara Ribeiro, Leandro Soares, Sileide Pereira, Daniela Morrone.

A Livia Cecchetto por confiar em meu trabalho clínico e me deixar formar com ela enquanto supervisora.

À Nadin Mai, Manuela Monti, Mariana Oliveira que certamente deixaram a minha breve permanência na França menos solitária.

Às amigas de infância que, em diversos contextos, felizmente, prosseguem em minha caminhada: Mônica Souza, Isabel Moura, Carolina Puppo, Tallyta Cardoso e Raquel Brandão Younes.

Aos amigos que fiz no colégio e que tive a chance de (re)encontrar. Certamente, eles têm se tornado um “respiro” nos momentos de maiores angústias. E contribuíram para que a elaboração da tese tivesse momentos leves, lúdicos e sérios. São eles: Ana Regina Sicca, Fabiana Alves, Guilherme Datovo, Chrystian Domingos, Bruno Carino, Fabíola de Freitas, Cláudia Souza Adriano Barros, Gilberto Santos, Daniel Santos, Breno Nogueira, Eric Freitas, Denise da Fonseca, Vanessa Galvinas, Denise Aliaga.

A Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES) que tornou duplamente possível a execução de minha tese a partir do fomento das bolsas: nacional e internacional (processo nº 88881.1356772016-01).

O trabalho do psicanalista não é apenas atender pacientes,
mas também tratar de entender e questionar os efeitos dos discursos sobre nossas vidas...”.

(Fendrik e Jerusalinsky 2011, p.09).

RESUMO

CATANI, J. **O que tratar quer dizer: Construções psicanalíticas diante dos transtornos somatoformes, sintomas somáticos e sofrimentos psíquicos e corporais**. 2018. 287 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

O desenvolvimento desta pesquisa é fruto da experiência psicanalítica junto ao Ambulatório de Transtornos Somatoformes (SOMA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP), um setor que funciona, desde 2009, para receber os casos advindos do complexo hospitalar ou da rede pública, nos quais a questão subjetiva ganha relevo a partir de possíveis causas orgânicas. As manifestações são de alguma forma agravadas ou oriundas de conflitos psíquicos. Desde a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V-2013), tais pacientes são classificados como Transtornos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados. A tese confronta as inquietações clínicas de dez anos (2009-2018) de trabalho como analista no SOMA e indagações teóricas que foram sendo buscadas – do que se trata, como se trata e o que se trata? Quatro eixos estruturam a condução da pesquisa e sua escrita: a) como os sistemas classificatórios definem os Transtornos Somatoformes (TS) e os Sintomas Somáticos; b) como são possíveis aproximações entre as duas categorias e a leitura psicanalítica; c) como os profissionais de outras instituições lidam com estes mal-estares; d) como entendo a subjetividade destes pacientes. A literatura médica responde, em linhas gerais, que, fundamentalmente, o vínculo médico-paciente configura-se como a maior potência para cuidar dos que adoecem, tendo-se mostrado produtiva a articulação entre a psiquiatria e a psicanálise. A experiência clínica corrobora os achados científicos. Quando admitidas no serviço, as pessoas são convidadas a falarem de seu sofrimento e suas histórias evidenciam vidas marcadas pela violência física, sexual e/ou psicológica, associadas à restrições de afeto. A escuta e a disponibilidade dos profissionais da equipe tende a fazer a diferença com relação aos que se encontram aferrados à rotina hospitalar em busca de exames, de atenção, de nomes e de compreensão de si e de seus corpos. Noção de trauma, dificuldade simbólica, flexibilidade do *setting*, empatia, vínculo, nomeação, contratransferência são valiosos para o entendimento e o cuidado destes pacientes e para o enfrentamento desta clínica que se mostra complexa e desafiadora aos que dela se ocupam. Freud e Ferenczi, dentre outros, são vitais para a tarefa. A aposta é que ao dispor da escuta do analista o

paciente pode criar uma nova narrativa a propósito de sua vida e das dimensões clínicas de seu sofrimento. Tal narrativa, como aquelas com as quais nos constituímos, passa a ter papel estruturante nas transformações dos sintomas e na condução da própria existência. Dentre os efeitos do trabalho assim conduzido no ambulatório pode-se também observar a prevenção de riscos e de iatrogenias.

Palavras-chave: Transtornos Somatoformes / Sintomas Somáticos. Trauma. Sofrimentos Psíquicos / Corporais. Tratamento. Psicanálise.

ABSTRACT

CATANI, J. **What to treat means: Psychoanalytic constructions in face of Somatoform Disorders, Somatic Symptoms and physical and mental suffering.** 2018. 287 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

The development of this research is the result of the psychoanalytic experience at the Somatoform Disorders Ambulatory (SOMA) of the Institute of Psychiatry of the Clinical Hospital of the Medical School of the University of São Paulo (IPq-HCFMUSP). Since 2009 the SOMA treats cases from the hospital and public network, in which subjective issues are highlighted by possible organic causes. The patients manifestations are all in some way aggravated or derived from psychic conflicts. Since the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V-2013), such patients are classified with Somatic Symptom Disorders and Related Disorders. The thesis confronts questions derived from ten years (2009 – 2018) of work experience as an analyst at SOMA Ambulatory Care and the theoretical questions that have been investigated– what is it, what is it about, and how to treat it? Four facets structured the conduction of the research and its writing: a) how do the classificatory systems define Somatic Symptom Disorders (SSD) and the Somatoform Disorders; b) what are the possible approximations between the two categories and the psychoanalytic reading; c) how do professionals from other institutions deal with these malaise; d) how do I understand the subjectivity of these patients. The medical literature shows, in general, that the doctor-patient-relationship fundamentally appears as the greatest power while taking care of those who fall ill, and indicates that the relationship between psychiatry and psychoanalysis is productive. And clinical experience corroborates the scientific results. When admitted in the services of the ambulatory, people are invited to talk about their suffering and their stories evidence lives marked by physical, sexual and/or psychological violence in association with affection restrictions. Listening and availability of team professionals tends to make difference in relation to those who are stuck in the hospital routine searching for examinations, attention, terms, and understanding of themselves and their bodies. The notions of trauma, symbolic difficulty, flexibility of the setting, empathy, bonding, determination, countertransference are as valuable for the understanding and care of the patients as well as for the medical field that appears as complex and challenging to those who take care of it. Freud and Ferenczi, among others, are vital to the task. The expectation is that by providing the analyst's listening the patient can create a new narrative about his life

and the clinical dimensions of his suffering. Such a narrative, like those with which we are constituted, has a fundamental role in the transformation of symptoms and in the conduct of our own existence. Among the effects of the work conducted in the ambulatory one can also observe the prevention of risks and iatrogenies.

Keywords: Somatic Symptom Disorders / Somatoform Disorders. Trauma. Psychic/Corporal Suffering. Treatment. Psychoanalyses

RESUMÉ

CATANI, J. **Que traiter signifie: Les Constructions psychanalytiques face aux troubles somatoformes, aux symptômes somatiques et aux souffrances psychiques et corporelles.** 2018. 287 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Le développement de cette recherche est le résultat de l'expérience psychanalytique dans l'ambulatoire de Troubles Somatoformes (SOMA) de l'Institut de Psychiatrie de l'Hôpital des Cliniques de la Faculté de Médecine de l'Université de São Paulo (IPq – HCFMUSP), un secteur qui dessert depuis 2009 les cas de plaintes provenant du bâtiment de l'hôpital ou du réseau public, les cas dans lesquels la question subjective est mise en relief partant de causes organiques possibles. Les manifestations sont d'une certaine façon aggravées ou originaires de conflits psychiques. Depuis la cinquième édition du Manuel de Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-V-2013), de tels patients sont classés comme des Troubles de Symptômes Somatiques et Troubles Associés. La thèse confronte les craintes cliniques de dix ans (2009 – 2018) de travail d'analyste au SOMA et les questions théoriques qui ont été récupérées - De quoi s'agit-il? Comment soigner? Et que soigner? Quatre axes structurent la conduite de la recherche et son écriture: a) Comment définir les symptômes de classement entre les troubles somatoformes (TS) et les symptômes somatiques? b) Comment établir les rapprochements possibles entre les deux catégories et faire la lecture psychanalytique? c) Comment les professionnels d'autres institutions traitent cette poignée de malaise? d) Comment je bien compris la subjectivité des ces patients? La littérature médicale indique, de manière générale, que, fondamentalement la liaison médecin – patient apparaît comme le grand pouvoir pour prendre soin de ceux qui tombent malades, après avoir été productive l'articulation entre le psychiatre et la psychanalyse. L'expérience clinique corrobore les résultats scientifiques. Lorsqu'ils sont admis au service, les gens sont invités à parler de leurs souffrances et leurs histoires montrent des vies marquées par la violence physique, sexuelle et/ou psychologique, associées à des restrictions d'affection. L'écoute et la disponibilité des professionnels de l'équipe ont tendance à faire une différence par rapport à ceux qui sont verrouillés à la routine de l'hôpital à la recherche d'exams, d'attention, de noms et de la compréhension d'eux-mêmes et de leurs corps. La notion du trauma, la difficulté symbolique, la flexibilité du cadre analytique, l'empathie, le lien, la nomination, le contre-transfert sont précieux pour la compréhension et le soin de ces patients, et pour faire face à cet entourage de

cabinet médical qui se montre complexe et qui lance un défi à ceux qui s'en occupent. Freud et Ferenczi, entre autres, sont indispensables à la tâche. Le pari est que disponible à l'écoute de l'analyste le patient peut créer nouveau récit de sa vie et les dimensions cliniques de sa souffrance. Ce récit, comme ceux avec lesquels on y est formé, a un rôle de structuration dans les transformations des symptômes et dans la conduite de la propre existence. Parmi les effets du travail ainsi mené dans l'ambulatoire on peut également observer la prévention des risques d'iatrogénies

Mots-clés: Troubles Somatoformes / Symptômes Somatiques. Trauma. Souffrance Psychique / Corporel. Traitement. Psychanalyse.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Atendimento Clínico
APA	Associação Psiquiátrica Americana
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CHGR	Centre Hospitalier Guillaume Reigner
CID ¹	Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte
CID	Classificação das Causas de Morte de Bertillon
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-R	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-revisado
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José de Rio Preto
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas
IPq	Instituto de Psiquiatria
Lab-Psi	Laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição
Latesfip	Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAE	Programa de Aperfeiçoamento de Ensino
PAES	Programa de Atendimento e Estudos de Somatização
PFMAC	Fatores Psicológicos que Afetam Condições Médicas em Geral
SOMA	Ambulatório de Transtornos Somatoformes
TS	Transtornos Somatoformes
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

¹ Como se perceberá nas abreviações a seguir, ao longo da história da CID a sigla mantém-se a mesma, ainda que o seu significado sofra alterações.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	p.24
1. A CLÍNICA PSICANALÍTICA E A SISTEMATIZAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA COMO RECURSO PARA O TRATAMENTO DAS DOENÇAS PSÍQUICAS EXPRESSAS NO CORPO (TRANSTORNOS SOMATOFORMES/ SINTOMAS SOMÁTICOS)	p.28
1.1. CASOS CLÍNICOS	
Caso E – <i>Fazer e refazer o relato da própria história: “Eu volto para o pronto socorro”</i>	<i>p.31</i>
Caso R – <i>A construção do reconhecimento: “As pessoas respeitam mais quando me veem assim” ..</i>	<i>p.43</i>
Caso D – <i>A análise aos pedaços e as fotos na gaveta: “Falei demais”</i>	<i>p.49</i>
Caso F – <i>Nunca parece tarde para (re)começar: “Não posso sentir prazer”</i>	<i>p.59</i>
2. INTRODUÇÃO – ESCREVER PARA COMPREENDER	p.70
2.1. O PERCURSO CLÍNICO E A REALIZAÇÃO DO MESTRADO	p.70
2.2. O PROBLEMA DE PESQUISA	p.75
2.3. BREVES ENSAIOS NA BUSCA DE ASSISTÊNCIA	p.79
2.4. DIÁLOGOS DISCIPLINARES E INSTITUCIONAIS PARA O CUIDADO DOS QUE SOFREM.....	p.83

3. OS MODOS DE PRODUÇÃO DO ESTUDO: A HISTÓRIA DA QUESTÃO E O PERCURSO METODOLÓGICO.....	p.87
3.1. ALGUMAS PARTICULARIDADES DA PSICANÁLISE COMO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO E ESCRITA: OS TEMPOS DA ANÁLISE, DA INSTITUIÇÃO E DA FORMAÇÃO	p.89
4. A PSIQUIATRIA DIANTE DE “...UMA DOENÇA QUE NÃO O É EMBORA SEJA”.....	p.99
4.1. COMO A PSIQUIATRIA ENTENDE O TRANSTORNO	p.99
4.1.1. <i>A Classificação Internacional de Doenças - CID</i>	p.100
4.1.2. <i>O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM</i>	p.103
4.2. COMO A PSIQUIATRIA TRATA O TRANSTORNO.....	p.112
5. O TRABALHO CLÍNICO E INSTITUCIONAL – ESPAÇOS DE SOMA	p.126
5.1. A POPULAÇÃO DOS SINTOMAS SOMÁTICOS NO HOSPITAL.....	p.126
a) <i>Como o transtorno impacta a saúde pública e os hospitais em geral (reflexos e gastos com pacientes)</i>	p.126
b) <i>O Hospital das Clínicas, a história e as transferências institucionais</i>	p.135
c) <i>Dificuldades encontradas no processo terapêutico, organização institucional e experiência clínica: o SOMA e os elementos para a construção das práticas</i>	p.142
5.2. AS TROCAS ENTRE PROFISSIONAIS: EM BUSCA DA PARTILHA	p.147
5.2.1. <i>A caracterização dos problemas via os profissionais da área</i>	p.147

a) Do Ambulatório de Psicossomática da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)p.147

b) Do Ambulatório PAES (Programa de Atendimento e Estudos de Somatização) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)p.152

5.3. TRATANDO DE QUEM TRATA: A SAÚDE DOS “PSIS”p.156

6. A PSICANÁLISE E OS MODOS DE NOMEAR E NARRAR OS SOFRIMENTOS: AS TRAMAS PSÍQUICAS E CORPORAISp.162

6.1. CARACTERIZAÇÃO E FORMAS DE ENTENDIMENTO DA PSICANÁLISE DIANTE DESTES QUE SOFREMp.162

6.1.1. *Contribuições da noção de histeria para a melhor compreensão do psiquismo dos pacientes do SOMA*.....p.167

6.1.2. *As transformações na obra de Freud e o trauma como contribuição fundamental para a clínica dos Transtornos Somatoformes e Sintomas Somático*.....p.175

6.2. CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS: POSSIBILIDADES E REFLEXÕES NO TRATAMENTOp.196

6.3. A ECLUSA, O PSIQUISMO, O ANALISTA E ALGUMAS ELABORAÇÕESp.229

7. O PSICANALISTA NO HOSPITAL, ENTRE A PSIQUIATRIA E A PSICANÁLISE: O QUE TRATAR QUER DIZERp.236

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS EFEITOS DE LUGAR E OS RISCOS DA

ESCRITA.....p.262

REFERÊNCIASp.270

APRESENTAÇÃO

No final da primeira década do século XXI, uma jovem analista escuta duas frases similares em contextos diferentes: “Se eu me curar eu morro” e “Eu não quero melhorar”. Talvez as afirmações não a tivessem surpreendido tanto se feitas pela mesma pessoa ou se feitas por pacientes de um mesmo grupo, num mesmo local de atendimento. Mas nada disso ocorreu. No primeiro caso – “Se eu me curar eu morro” – ela era recém-graduada (2008) e, já sabendo do desejo de tornar-me psicanalista, logo tinha se inserido em uma clínica atendendo pessoas encaminhadas por convênios. A intenção era escutar pacientes: seus sofrimentos, suas angústias e seus mal-estares. Claro, realizava muitas supervisões, análise, cursos e grupos de estudos, tal como recomendado por Freud em seus ensaios técnicos. Apesar do suporte inicial, nem por isso entendia-me menos mobilizada ou mais preparada ao acompanhar as aflições relatadas. Ao mesmo tempo, sentia-me intrigada, curiosa e disponível a escutar, investigar e tentar compreender o relato de vida e o sofrimento do sujeito num quadro clínico crônico. A situação era grave e a paciente dizia não haver uma outra alternativa que não a de conviver com a sua própria doença. Mais do que isso, não parecia existir outro modo de viver senão acompanhada por aquela doença. “Sara” poderia, em seu entendimento, equivaler à morte. Hoje, acredito que ela seria uma pessoa a ser encaminhada ao Ambulatório de Transtornos Somatoformes (SOMA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP).

Anos se passaram, continuei os atendimentos, mas não mais naquela clínica. Mais tarde (2010), atuando no SOMA e participando de reuniões em equipe, ouvi a segunda frase – “Eu não quero melhorar”. Imediatamente recordei-me do trabalho analítico já encerrado e daquela para quem curar-se equivaleria a morrer. Este outro desabafo foi ouvido agora em uma situação distinta. A experiência já havia se alongado e delineava-se uma trajetória clínica mais sólida tanto em supervisão-análise quanto nos seminários. Além disso, não escutei o relato da própria paciente, mas em uma reunião clínica, com colegas de saúde mental. Não era eu quem assistia e tratava do caso e a discussão, naquele momento, centrava-se em continuar ou não a assistência à paciente que não aderira ao tratamento, ausentando-se com frequência da análise e de suas

consultas psiquiátricas sem fazer uso das medicações que lhe eram prescritas. Ao ouvir a frase “Eu não quero melhorar”, não deixei de ficar menos impactada. De acordo com os colegas da instituição, escutar a paciente era repetitivo e levou muitos anos até que ela pudesse falar a respeito de outras questões que não as dificuldades enfrentadas em seu cotidiano, algo para além de seu sintoma físico. Ao acompanhar as angústias dos colegas diante do caso, eu parecia reviver a experiência com a paciente da clínica de convênios. As queixas, as sensações, os sentimentos de impotência pareciam os mesmos. Quase foi necessário ter certeza do nome e de algumas particularidades para assegurar-me de que não se tratava da mesma pessoa.

As reflexões que se seguiram me ajudaram a identificar uma forte necessidade de compreender melhor a natureza dos sofrimentos que se exprimiam por essas afirmações para dar notícia do intrincado tecido que mesclava nos casos os males físicos às dores psíquicas. E, mais ainda, compreender como o apego aos sintomas sugeria uma possível imobilidade da doença. O SOMA, de fato, era um local apropriado para o meu desejo de entendimento. Muitos estudos se seguiram e a elaboração de uma pesquisa sobre os confrontos entre a psiquiatria e a psicanálise pela nomeação e tratamento dos sofrimentos psíquicos expressos no corpo resultou na dissertação de mestrado. A questão como objeto de estudo havia fincado suas raízes e prolonga-se agora no que a tese aqui apresentada quer possibilitar.

A história da tese coincide, creio com a história das dificuldades que foram enfrentadas em seu desenvolvimento. Coincide também com a formação clínica que venho realizando. Coincide, depende e deve a esta formação. Dizem que no aprendizado do fazer das ciências humanas nada é mais efetivo do que partilhar o enfrentamento das dificuldades. Ao escrever agora penso que devo explicitar os percalços justamente para tentar fortalecer as escolhas que fiz. Estudar possibilidades de tratamento dos Transtornos Somatoformes no contexto da instituição hospitalar, observar por anos seguidos os casos, seus diagnósticos e encaminhamentos, intervir nas discussões da equipe multidisciplinar, acompanhar pacientes em análise, ler as produções da literatura especializada, construir hipóteses de compreensão e itinerários reflexivos acompanhada pelos teóricos foram procedimentos que, sem dúvida, encerraram dificuldades, hesitações e revisões constantes.

Na escrita da tese confrontei-me com o caráter indiscernível dos diversos componentes da reconstrução dos casos, da sua análise apoiada em teóricos e das muitas idas e vindas das formulações. Optar por uma estrutura tradicional na qual a ambição de

separar as partes de acordo com as recomendações didáticas poderia amputar alguns sentidos e a construção do estudo ao longo do seu tempo. Subverter essas ordens, por exemplo, ao apresentar o material clínico antes das definições e escolhas atendem ao anseio de mostrar o enraizamento das questões de que a tese trata, no corpo das histórias dos pacientes. Desse modo, organiza-se a apresentação/escrita da tese de forma a dar a ler, logo de início, o relato dos casos. O motivo de escolher os casos clínicos para abrir a tese e fazê-los corresponder ao primeiro capítulo, decorre da expectativa de reproduzir, de algum modo, parte dos impactos por mim vividos e as tentativas de elaborações ao longo destes anos de prática. Parece-me produtivo que cada um construa as suas próprias impressões e considerações para acompanhar o desenvolvimento aqui realizado. O segundo capítulo constitui-se na retomada de meu percurso como analista e o que foi a realização do mestrado, de forma a remontar aos problemas com os quais me deparei na época, pois o que não foi esclarecido, na ocasião, tornou-se o objeto de pesquisa da tese. O terceiro capítulo apresenta a história das questões metodológicas e os caminhos escolhidos para responder às inquietações e hipóteses que advinham de minha prática no serviço. Observou-se que a noção de trauma traz para o entendimento das questões relativas às formas de sofrimento estudadas. E também para a escrita da tese e o meu itinerário de formação. Este modo de configurar a análise quer evidenciar também as dimensões temporais envolvidas no trabalho.

O quarto capítulo investiga de que modo os sintomas somáticos e os transtornos somatoformes são entendidos do ponto de vista psiquiátrico. Ainda que remeta de modo extenso à dissertação pareceu essencial apresentá-lo, uma vez que se refere ao sofrimento aqui analisado. Coube estudar na literatura os impactos e gastos que estes pacientes significam para o campo de saúde mental. E ainda, de que modo o campo médico e as instituições de tratamento compreendem a assistência. A reunião destes entendimentos auxilia na discussão que aqui se propõe, isto é, o que tratar quer dizer. E mais, de que forma a psicanálise pode contribuir para isso. O quinto capítulo explicita os resultados e as sínteses elaborados a partir dos contatos com outros profissionais que também se ocupam da mesma população. O sexto capítulo identifica algumas formas pelas quais a psicanálise, no meu entender, poderia compreender e caracterizar os modos de sofrimento e mal-estar dos que frequentam o SOMA. Para isso, sem dúvida, Freud e Ferenczi foram os teóricos principais. Outros autores inspirados por estes teóricos e valendo-se deles se ocuparam de questões e dificuldades que, em alguma medida, poderiam ser semelhantes às entradas junto aos TS. A psicossomática também

me auxiliou na discussão, embora, como será verificado, algumas diferenças importantes exigiram reflexões e esclarecimentos. O sétimo capítulo discute as condições, do ponto de vista psicanalítico, para o cuidado e assistência aos pacientes que se encontram no ambulatório e quais as cautelas que se impõem às possibilidades de transformação do sofrimento. Uma síntese e esforço de elaboração comparecem nas considerações finais, onde além de retomar o título da tese, tematizam-se questões relativas ao processo de escrita da tese e o que se consideram frutos da própria pesquisa.

1. A CLÍNICA PSICANALÍTICA E A SISTEMATIZAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA COMO RECURSO PARA A CONCEPÇÃO DO TRATAMENTO DAS DOENÇAS PSÍQUICAS EXPRESSAS NO CORPO (TRANSTORNOS SOMATOFORMES/ SINTOMAS SOMÁTICOS)

Uma das intenções primordiais da presente tese é discutir os efeitos que o trabalho analítico desenvolvido na instituição pode ter para pacientes tidos como complexos e que, em uma perspectiva psiquiátrica são identificados pelo diagnóstico de transtornos somatoformes e/ou sintomas somáticos e transtornos relacionados. Diferentemente dos trabalhos que se prendem a uma retomada sistemática de autores, aqui se busca uma elaboração que mostre os impasses encontrados em minha experiência no hospital e as reflexões advindas das obras de teóricos que se acredita poderem auxiliar a compreensão do problema. E assim, quem sabe responder algumas das questões formuladas. As características do trabalho analítico realizado no ambulatório de um hospital escola, em dez anos de prática, sustentam a afirmação segundo a qual transformações psíquicas produzem-se nos pacientes e alterações significativas podem ser constatadas no próprio funcionamento da instituição. Isto pode ser observado, na medida em que parte dos pacientes, ao ingressarem no serviço, passam progressivamente a deixar de frequentar as inúmeras clínicas que antes se faziam necessárias, segundo eles mesmos comentam. Com isso, o risco de procedimentos invasivos, o uso de medicações e a dispersão do tratamento diminuem, resultando maiores condições de saúde física e subjetiva para o sujeito. O próprio complexo hospitalar fica menos sobrecarregado e os custos diminuem.

Optou-se por antecipar os casos clínicos antes mesmo das descrições sobre a prática clínica-institucional e o recurso aos teóricos, na expectativa de partilhar a construção das reflexões enraizadas no trabalho como psicanalista e nas dificuldades aí enfrentadas. De algum modo, trata-se da esperança de dividir escolhas e reconstituir uma trajetória de formação. A aposta pode ser arriscada, porém necessária. Pode ser que a primeira vista não se identifique grande articulação ou elementos comuns entre os casos, salvo o fato de eles serem assistidos no mesmo serviço. É possível também que a escrita dos diversos relatos mostre muitas diferenças de um caso para outro. O tom dessa diversidade liga-se a um desejo de respeitar simultaneamente os movimentos

associativos dos pacientes e os meus, no trabalho e na produção da escrita. Muitas dúvidas e hesitações permeiam a escrita da tese – dizem que é comum – e deixam à mostra os impasses, a complexidade e as possibilidades do trabalho analítico descrito. Deixam à mostra, também, parte do percurso formativo da própria analista. Não há certeza, igualmente, da suficiência dos casos selecionados para demonstrar a construção do tratamento para esta população em uma equipe multidisciplinar em uma instituição hospitalar. Ainda assim, os investimentos são feitos e a aposta se mantém.

Antes de adentrar nos relatos propriamente ditos cabem ainda algumas observações. Conforme mencionado, quer se ressaltar aqui as dificuldades e os desafios impostos à clínica, bem como as diversas configurações do sofrimento psíquico apresentadas pelos relatos. Pode-se dizer que são formas peculiares que constituem, cada uma ao seu modo, a história de vida do paciente. Algo que, ao longo da escrita dos casos, fica evidente que não é tarefa simples. Às resistências experimentadas pelos pacientes ao rememorarem fatos dolorosos e o tempo exigido dos pacientes e do analista modelam o trabalho de reconstrução. Sem dúvida, é preciso um empenho conjunto do paciente e dos profissionais envolvidos no processo para produzirem, quem sabe, efeitos transformadores. Além disso, acredita-se que embora, eventualmente, possam ser pequenos os ganhos obtidos, eles também se configuram como relevantes na vida de pessoas com um histórico de falta de afeto ou dificuldades em estabelecer vínculos (caso dos transtornos somatoformes e dos sintomas somáticos – Bartorelli et al., no prelo). O recurso à palavra *vínculo*, simultaneamente ao uso da noção de transferência é feito para realçar uma mobilidade de relação que adquire um sentido crucial para os sujeitos cuja história esteve mais filiada às privações e às violências. Espera-se com o uso deste termo remeter à construção de um elo mais elementar, mas que possibilite a integração de diversos afetos onde o analista seja capaz de receber as emoções e as manifestações sejam elas positivas ou negativas. Acredita-se que a transferência seja parte do processo, mas há algo anterior que deve ser realizado para que o movimento transferencial possa advir. O que não significa que não haverá ali o deslocamento e atualização de outras figuras depositadas no profissional (Freud, 1910). De todo modo, defende-se aqui que há uma conexão a ser feita. Assim, o vínculo é um recurso que pode contemplar um tipo de funcionamento mais regredido e mais corporal, no qual em diversos momentos, as palavras desaparecem. Na falta destas sobram “apresentações” corporais. Aqui, optou-se por mostrar e indagar, com base no trabalho prático, os modos de compreensão deste adoecimento psíquico e corporal e eventuais caminhos

terapêuticos. Julga-se que o termo *vínculo* permita remeter-se justamente à construção de relações mais básicas e necessárias a serem (re)estabelecidas entre o paciente e os profissionais que dele se ocupam no serviço, para a transposição e superação do sofrimento.

1.1. CASOS CLÍNICOS

CASO E: Fazer e refazer o relato da própria história: “Eu volto para o pronto socorro”

Ninguém pode se apropriar impunemente de uma pessoa,
subtraindo-a de todas as outras.
(Márai, 1999, p.32)

As características da escrita do relato: extensão, explicitação e articulação podem talvez ser explicadas pela duração da análise, pela maneira como fui sendo mobilizada intensamente pela história e, também, pela necessidade de estabelecer o máximo possível de ordenação da exposição.

Emma está em atendimento no ambulatório desde 2009 e assim que foi admitida no serviço iniciou a análise. Ela tem pouco mais de 50 anos e é acompanhada no SOMA por dores inespecíficas pelo corpo, principalmente nas pernas e nas mãos, dores gástricas, além de dores sexuais incapacitantes em decorrência de uma endometriose. Os sintomas de somatização e sua intensidade oscilaram ao longo dos anos, na dependência das angústias e questões psíquicas mobilizadas. Já havia feito terapia em grupo por algum tempo, mas suas faltas eram frequentes, segundo consta no prontuário, o que pouco aconteceu na análise. Quando tinha que se ausentar sempre comunicava. Em contrapartida, os atrasos eram constantes nos períodos mais mobilizadores do tratamento, exigindo que a analista ficasse à sua espera.

Nas primeiras sessões, apesar dos sintomas serem grande destaque, Emma relatou a sua história de vida com facilidade e tocou em questões cruciais logo no início do tratamento. Observou-se que os relatos sofriam grandes variações, por vezes com maiores detalhes e em outras com elementos muito diferentes dos que haviam sido contados, o que perdurou por todo o tempo. Não raramente a analista sentiu-se confusa com relação ao que fora escutado ou duvidou das lembranças que tinha da paciente. Já nos últimos anos, a história pareceu mais sólida e os elementos antes flutuantes ou nebulosos de sua vida tendem a diminuir. De qualquer forma, neste período queixava-se

esporadicamente de que sua memória não era boa e que a sua noção de tempo e a referência a idade que teria quando os eventos aconteceram na sua vida permaneciam confusas e bastante lacunares. Com o tempo produziu-se uma história quase linear, na qual os eventos marcantes de sua existência foram assinalados principalmente por fatos amorosos. Faltavam dados de outra natureza, algumas vezes foi possível reconstruir algo da vida profissional, mas muito pouco. Aos 42 anos, interrompeu a sua história de produtividade, vida amorosa e social e um longo período permaneceu sem registros, até quando iniciou o tratamento cerca de quase dez anos depois.

Emma relatou que nunca teve uma relação muito boa com os pais. Apesar da violência do pai, tendeu a cobrar da mãe a falta de atenção necessária. Recordou-se de dois fatos importante ocorridos mais ou menos aos cinco anos. Primeiro, quando uma pedra caiu em seu pé e teve que caminhar até em casa amparada pela irmã e uma amiga, pois não conseguia apoiar o pé no chão. Ao chegar em casa, não teve ajuda para subir os degraus, seu pai recusou-se a pegá-la no colo e lhe deu bronca. A mãe não se manifestou e tampouco a levou ao hospital, apesar de suas intensas queixas de dor. Ainda neste mesmo ano, teve uma complicação de saúde que a obrigou a ficar no hospital e apenas quem a visitou no tempo de internação foi o pai. Sua mãe, segundo ela, “nunca apareceu”.

Desde a adolescência trabalhou, “a contragosto do pai” que, como militar, era bastante rígido e não concordava com esta atitude. Mulher não deveria trabalhar, mas arrumar um marido, casar-se e ter filhos. Segundo Emma, ela queria a sua independência e ter liberdade, então aceitou diversos serviços como o de secretária, que lhe permitiu inclusive pagar a sua faculdade particular. Estudava bastante e tirava boas notas, foi aprovada em universidade pública na cidade do Rio de Janeiro, mas não foi autorizada a mudar-se, pois na ocasião era menor de idade. Seguiu uma carreira similar a do avô, de quem se orgulhava muito. Relatou que a situação familiar sempre foi muito complicada: ela era a segunda filha de uma prole de três e quando o pai descobriu a gravidez da mãe, foi enfático em dizer que deveria abortar, já que seria o segundo filho em um curto espaço de tempo. Mas esta, muito religiosa, recusou-se. A irmã e ela, de acordo com o seu relato, se desentenderam desde pequenas. Sua irmã lhe dizia: “você veio roubar meu lugar, minha melhor fase, tirou toda a atenção que eu recebia”. Chegaram a fazer terapia familiar, mas o projeto logo foi interrompido quando a irmã de Emma revelou a história de que o pai desejara fazer um aborto e o fato “de que Emma não deveria ter nascido”, evento até então desconhecido pela paciente. O pai sempre foi

muito violento e recriminava demais ela e a irmã. Por serem mulheres, eram impedidas de fazer diversas coisas que gostariam e apanhavam demais com cinta, cabo de vassoura, fio de eletricidade etc., “sempre nas pernas, pois não corria o risco de pegar nenhum órgão interno e dar hemorragia” (nas palavras do pai).

Poucos anos depois da terapia familiar, Emma teve um noivo de quem gostava muito, mas que era ciumento demais e insistia para que ela largasse os estudos. Os pais apoiavam o namoro, queriam que eles casassem. Entre brigas e separações, ela engravidou. Angustiadíssima, contou para a irmã, que providenciou uma clínica de aborto e Emma interrompeu a gravidez e separou-se do noivo. Alguns anos depois decidiu fazer uma viagem sozinha, pois alegava que sempre gostou de aventura e independência. Por sugestão de um casal que conhecera na viagem, ela aceitou a carona de um homem para retornar à capital, após um passeio pela região. Neste percurso foi vítima de um estupro e semanas depois fez um novo aborto ao constatar que estava grávida.

Ao concluir a faculdade, recebeu uma proposta para ser professora substituta em outro estado, para onde se mudou e permaneceu por alguns anos. Lá trabalhou demais e teve pouco tempo de lazer, mas referiu-se a este período como um dos momentos mais felizes de sua vida. Conheceu um homem com quem permaneceu por quase uma década e que, ao longo dos anos da análise, ganhou o estatuto de marido, quando antes em seu relato era apenas namorado. O contrato de trabalho de Emma terminou e seu companheiro passou em um concurso público. Eles retornaram a São Paulo, tendo ido morar com a família dela enquanto aguardavam a convocação. De início a justificativa, que perdurou na análise, era de que o término do relacionamento se deu porque ela ouviu o marido alegar aos pais que eles deveriam ajudar o casal, já que tinham oferecido uma casa aos outros dois filhos. Relata: “fiquei putaáaaaa, como ele vai pedir meus dotes? Eu não pedi”. Anos depois, ainda na análise, contou outra versão para o rompimento, uma vez que o parceiro não pretendia ser pai. “Ainda tinha expectativa de encontrar alguém e poder ser mãe, realizar meu sonho. Não tinha nem 30 anos, me arrependi. Amava ele, terminei, nunca mais senti nada igual e também não fui mãe. Se eu soubesse....”. Apesar disso, o casamento não terminou de vez, tiveram idas e vindas e, durante os meses, ele teve um caso com outra mulher, que engravidou. Assim, terminou em definitivo a relação dos dois.

Do ponto de vista afetivo teve mais dois relacionamentos antes de desenvolver os sintomas considerados incapacitantes. O primeiro relacionamento, apesar de durar cerca de cinco anos, teve pouco envolvimento. E a última relação foi com uma mulher.

Alegou que estava muito decepcionada por conta ainda do ex-marido e decidiu tentar com mulher para ver se seria mais simples. Ficou cerca de oito meses com ela e novamente terminou com a notícia de que sua parceira, mesmo sabendo do desejo de Emma de ser mãe e ter uma família, teve um relacionamento extraconjugal com um homem e engravidou. “O problema não foi a traição em si, mas ela ter engravidado, ela sempre soube que eu queria um filho, o quanto gostaria de ser mãe, podíamos ter feito esse filho juntas”.

Após este período, Emma alugou uma casa em um sítio, estava trabalhando em uma multinacional aqui em São Paulo e começou a fazer uso abusivo de álcool. Segundo ela, “estava alcoólatra”. Seu pai e sua mãe também costumavam beber demais. Permaneceu no emprego por uns dois anos e foi convidada pela irmã a montar uma confecção de roupas em sociedade; aceitou e acabou sendo prejudicada. Abriu a empresa em seu nome, a irmã cometeu alguns erros com os funcionários, que acabaram por mover um processo trabalhista. Emma, sendo a proprietária, ficou com o “nome sujo”, o que a impediu de arrumar outro emprego. O processo só se resolveu décadas depois. Ainda na mesma época foi com alguns amigos fazer uma trilha. Em suas palavras: “ao longo do trajeto sofri um acidente e um homem caiu por cima de mim”. Na hora sentiu o impacto e disse que se dirigiu a uma cachoeira, pois sabia que deveria ficar na água fria para evitar hemorragia, mas lamentou que ninguém lhe tivesse dado muita importância. Ao retornar a São Paulo não procurou um hospital, só fez isto apenas dois dias depois, quando a situação já estava crítica. Em decorrência do impacto no acidente, teve que fazer uma cirurgia para retirar o útero, tendo sido diagnosticada com endometriose avançada e, desde então, com cerca quarenta e poucos anos, teve pouquíssimas relações, pois doía muito e não sentia prazer. Segundo ela, antes do acidente, poderia definir-se a partir do slogan de uma propaganda de roupa: “‘abuse, use, C&A’, era assim que eu era sexualmente, usava e abusava de todos, transei muito nesta vida e tive muitos orgasmos e aí nunca mais, não sinto falta”.

Desde o ocorrido na cachoeira, que coincidiu mais ou menos com a falência da sociedade com a irmã, Emma retornou à casa dos pais e dedicou-se aos últimos anos de vida do progenitor. Ele estava com uma doença no fígado que provocava estados confusionais e o tornavam agressivo, sendo preciso, nestes estágios, correr ao hospital. Em uma destas crises Emma fez uma viagem e deixou recomendado que os irmãos, caso fosse preciso, levassem o pai ao HC (Hospital das Clínicas), pois ele tinha alergia a um determinado medicamento e na instituição já sabiam como cuidar. A situação se

desenrolou conforme ela havia previsto, mas os irmãos levaram-no a outro hospital mais perto de casa. Não comunicaram o problema do pai e os médicos realizaram o procedimento padrão. Quando Emma voltou para São Paulo, ele estava na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de onde não conseguiu sair com vida. A paciente passou a culpar-se muito e a dedicar-se ainda mais à mãe, ancorando-se no discurso dos irmãos, que afirmam que era ela quem deveria cuidar, já que não tinha marido nem filhos. Assim foi a sua vida por quase vinte anos. Ainda que a mãe fosse idosa, não necessitava de cuidados permanentes, mas Emma vivia em função dela e dos cuidados médicos. Se não estava realizando consultas para si mesma ia ao HC (local onde o pai deveria ter sido internado da última vez) para acompanhar a mãe ou ficava em casa, “frustrada” e discutindo com a genitora.

A narrativa de Emma constrói-se, na maior parte das vezes, referindo-se ao passado, falando do que não aconteceu ou tentando recuperar os fatos, em sua sucessão. O relato tal como se apresenta aqui levou anos a ser elaborado pois, de acordo com ela, pouco se lembrava e, quando os fatos apareciam, era de modo desordenado.

A escolha deste caso em especial, para começar, deu-se pela certeza de que fora o primeiro atendimento realizado pela analista/pesquisadora no ambulatório. Ao revisitar as anotações constatei um equívoco e uma surpresa absoluta, pois outros dois tratamentos já tinham sido feitos. Iniciar por esta paciente não é uma decisão aleatória, diz respeito tanto ao fato de ser um caso com maior tempo de tratamento analítico (sete anos) quanto de ser, também, o caso que produziu mais inquietações e exigiu maiores reflexões a respeito da clínica. O relato me obriga a pensar no tempo do tratamento e no que são considerados resultados “favoráveis/satisfatórios”, pois pequenos progressos aconteceram no decorrer dos anos e eles parecem tão sutis quanto frutíferos. Talvez a confusão de julgar por muito tempo que Emma teria sido a primeira paciente da analista no SOMA se deva ao fato dela ter sido a que mais se fez presente em minhas nas sessões pessoais e impôs a necessidade de maior número de supervisões sobre o caso. Ela inclusive, contribuiu para a busca e a leitura de novos autores e obrigou à transformação do meu trabalho clínico. Foi, portanto, alguém que exigiu demais, dentro e fora da sessão.

O tratamento sempre pareceu caminhar a passos de formiga. A analista sentia-se obrigada a repensar o *setting* a cada vez ou supor que o processo construído ao longo dos anos não tinha nenhum valor. De tempos em tempos, surgia uma notícia de que estava tendo algum efeito. Isto apareceu a partir de uma referência da mãe que, ao atender o telefone, disse como sua filha estava melhor e que quase não se queixava mais de dores. Ou da referência de Emma ao medo de perder a análise, pois a ajudava a pensar sua vida e poder entender um pouco o que acontecia e, também, pensar no futuro. Ou, ainda, dois pequenos fragmentos de sonho que aconteceram em diferentes momentos do tratamento, um deles inclusive às vésperas das férias da profissional. Nos demais períodos, a sensação foi de extrema impotência e de que nada progredia, de que a relação havia se esgotado. Não eram raras as referências da paciente que insistia em sugerir piora de sua condição clínica e afirmar que tudo de ruim se passava com ela e que queria “ajuda dos universitários”. A análise pouco ajudava e, em tom de ameaça, dizia que voltaria a frequentar os prontos-socorros para ter a prescrição de morfina. Ao mesmo tempo, quando tinham férias, quando ela tinha que faltar ou a terapeuta precisava desmarcar a sessão, Emma se mostrava angustiada e, em suas palavras, “sofria com o corpo”.

Tendo em vista que é um tratamento com tempo considerável optou-se, após o relato da história de Emma e de algumas observações que se relacionam de forma mais direta ou indireta com o caso, por fazer uma delimitação, indicando alguns pontos considerados cruciais para a discussão.

Nos primeiros, a paciente movimentava-se por demais na sala de atendimento, os eventos por ela vividos de modo dramático, convocando-me para um jogo no qual o conteúdo narrado variava de acordo com a minha reação. Ela fazia barulhos de supetão produzindo sustos, contava cenas excitantes, exagerava em detalhes ou cortava o assunto no meio, esperando que fosse perguntada. Por vários meses trazia material para fazer as unhas, lixando-as, tirando o esmalte ou a cutícula, como se o que fizéssemos ali se tratasse apenas de uma conversa entre comadres. Aos poucos desistiu deste jogo, pela minha falta de resposta, o que também coincidiu com uma nova preocupação: sua mãe foi internada por complicações de saúde e ela ficou apreensiva com a ideia de que ela viesse a falecer. Emma temia não ter como se sustentar, os sintomas e mal-estares pioraram substancialmente. Ela teve que se ausentar da análise para ficar como acompanhante da mãe. Preocupada, me disponibilizei a atendê-la na clínica onde a mãe estava no complexo HC. A paciente alegou não ser necessário, mas na semana seguinte

solicitou que eu a acompanhasse para buscar a pílula do frei Galvão no horário do atendimento, pois acreditava que ajudaria na saúde da mãe. Após a minha recusa, conversamos pelo telefone e Emma decidiu ir à análise e resolver a questão da pílula depois do atendimento. Quando a mãe recebeu alta do hospital, Emma se atrasou para a sessão, pois não encontrava vaga para estacionar e telefonou perguntando se seria possível atendê-la no carro. Novamente recusei-me, mas disse que a aguardaria. Poucos minutos depois apareceu e iniciou a sua fala ignorando o acontecido, mas em tom ríspido. Retomei a situação e, aos poucos, Emma falou de sua frustração e da confusão do que poderia ou não ser feito na sessão, já que semanas antes eu havia proposto um atendimento fora da sala, na clínica onde a mãe estava internada. A partir deste dia um novo contrato foi feito, estipulando as regras, os horários e o espaço. A sessão parece ser determinante para trazer elementos, como raivas e frustrações que ela sente com relação a si mesma, a mãe e a irmã. Semanas depois ela conta do estupro pela primeira vez. A organização externa parece, inclusive, tê-la ajudado a organizar-se internamente e ter permitido que ela me dissesse que se incomodava com o silêncio e que precisávamos conversar mais para que pudesse se sentir confiante.

No ano seguinte a paciente pouco se referia aos seus sintomas, que não recebiam mais tanto destaque quanto noutros tempos, até que precisei remarcar um atendimento, em função de uma viagem profissional. A situação colaborou para a piora dos sintomas e para o ataque ao trabalho analítico. Ela dizia que pouco foi feito, começou a se atrasar para as sessões e a passar por diversos médicos, tanto do complexo HC quanto de fora. Era como se o que fora construído com tempo e grandes esforços pudesse ruir em segundos. Os horários oferecidos não eram suficientes, os atrasos tornaram-se constantes, ela passou a testar o que podia ou não ser feito na sessão e começou a me fazer perguntas pessoais. A partir deste fato, ela me colocava em uma posição delicada: se respondesse ao que lhe era solicitado o efeito era praticamente nulo, pois mais indagações vinham e, caso não fossem respondidas, os sintomas pioravam de forma quase que imediata e o efeito era devastador. A exigência de disponibilidade do outro a todo momento e o fato de que quando isso não ocorria ela pensava não ser amada puderam ser ditos, não de forma tranquila, pois de início ela rebatia, respondia de forma agressiva ou chorava compulsivamente. A partir daí pude me retrair e falar menos e Emma pôde expor seus conflitos, suas inseguranças e contar mais, sobretudo a respeito de suas relações amorosas.

Roubos, furtos ou exposição a riscos eram frequentes na história de Emma e, quando aconteceram, os vivenciava como surpreendentes, mesmo em ocasiões em que facilitou a ocorrência. Um ano depois da viagem da analista a trabalho a paciente sofreu um assalto: estava no carro quando um homem abriu a porta e a arremessou para fora, depois de ameaçá-la com um revólver. O registro que ficou do ocorrido foi a presença da arma e do quanto o assaltante era grande e forte. Foi um momento bastante delicado no tratamento, pois ela tinha medo de vir às sessões no final do dia. O horário do atendimento foi alterado, o que aos poucos permitiu que ela continuasse vindo, ainda que com muito receio. A cena do assalto passou a fazer parte do conteúdo das sessões por meses e a piora dos sintomas, as dores no corpo, nas pernas e braços eram visíveis. A agressividade que ela sentia foi totalmente dirigida a mim e o trabalho ficou assim durante muito tempo, pois quando pequenos progressos começaram a acontecer, decidiu vir ao atendimento de ônibus e quatro ou cinco celulares lhe foram furtados.

De novo foi sendo necessário colocar em evidência a cena transferencial que ela convocava, tratar o que acontecia no espaço analítico para que aquilo tivesse reflexo fora. Mas, com intervenções mais criativas e que pudessem aludir à importância que ela oferecia ao espaço, ainda que em grande parte do tempo o desprezasse. Além disso, Emma era convocada a produzir mais descrições dos sintomas, já que se referia sempre ao fato de ter piorado. Por meio do sintoma ela conseguiu dizer mais sobre os seus relacionamentos com os pais, lembrar de cenas que antes nunca tinham sido contadas. A história de ser mãe foi retomada, os abortos foram retomados e, com maiores detalhes, apareceram os reais motivos da separação do ex-marido e os arrependimentos por ter ficado sozinha. Admitir um pouco de responsabilidade em sua situação atual gerou nela muita angústia e agressividade, que apesar de serem postas em palavras e contribuir para a diminuição dos sintomas, segundo ela, fizeram com que o vício do cigarro se intensificasse muito, ao ponto do pneumologista ficar preocupado com a sua condição de saúde, pois ela desenvolvera muita tosse e catarro. O vício foi contornado apenas um ano depois com muita conversa sobre sua necessidade. Por conta própria pediu ajuda ao psiquiatra, que forneceu as medicações por um tempo, e assim ela está há anos sem fumar. Neste período, em uma determinada sessão, a cadeira lhe pareceu desconfortável e ela decidiu deitar-se em uma maca disponível na sala. Foi quando contou de sua relação homossexual, da vontade que tinha de me telefonar para que saíssemos e conversássemos, já que se sentia sozinha.

Em meio a este período algumas questões mais frutíferas, que há anos vinham sendo discutidas sobre o que se fazer para ganhar dinheiro, foram ensaiadas. Ela voltou a confeccionar algumas roupas sob encomenda e chegou a ter relações com o filho de uma amiga, mas isto pouco se sustentou. Logo apareceram as preocupações com a mãe e os sintomas não retornaram de forma tão significativa, mas novamente se retraiu quanto aos relacionamentos e à possibilidade de obter independência financeira. Como justificativa alegou que o trabalho era excessivo para pouco retorno e que ela não conseguia mais ter relações, apesar do desejo de ter um companheiro. Nos meses seguintes refutou qualquer tipo de interesse dizendo que não tinha mais “nenhum tesão”. Queixou-se de que as amizades eram quase inexistentes, apesar do contato com um primo e a namorada, que considerava como filhos. Aos poucos diminuíram as cristalizações dos sintomas, mas os relatos passaram a ser mais queixosos do que de costume, pois dizia não ter amigos, o que a impedia de conhecer pessoas e de se relacionar. Passou a trazer conteúdos e questões importantes nos minutos finais, quando pouco pode ser feito.

Em uma sessão, após lamentar-se de não fazer nada, comentou que os amigos a procuraram, mas que ela não quis sair por falta de dinheiro. A analista repetiu a frase e disse, “então ainda existem amigos? você que não quis sair”. Imediatamente ela gritou, se contraiu em posição fetal e implorou para que eu me calasse, pois sua perna estava doendo muito. Foi uma sessão que me permitiu questionar o quanto poderia ser verbalizado para a paciente e o modo como as intervenções deveriam ser feitas, pois o abalo diante da pontuação era evidente. Não eram encenações. Pouco depois os sintomas retornaram com bastante intensidade e foi preciso conversar sobre a necessidade do espaço analítico e o que ele teria a oferecer. Emma expôs sua preocupação com o quanto demorava para sentir-se à vontade na sessão e, quando acontecia, o atendimento era encerrado; falou do medo de sua mãe morrer e da analista ir embora. Muitas vezes era preciso um trabalho de nomeação do que se observava naquele momento: em mim, em meu corpo, na nossa relação ou no corpo de Emma, para que ela conseguisse falar de forma mais livre, sobretudo quando os sintomas roubavam a cena. Ali na sessão a angústia apresentou-se como devastadora, impedindo-a de dizer qualquer coisa, apenas permitindo que sofresse com o corpo. A manifestação corporal com tal intensidade permaneceu por alguns meses, o que exigiu mais uma vez a tradução do que era experimentado mas, aos poucos, novamente a analista pode retraindo-se e Emma conseguiu voltar a expressar-se com palavras, passado o desespero.

Nos últimos dois anos de sua análise os sintomas oscilaram bastante, sobretudo após um sério desentendimento com uma amiga com quem dividia boa parte de sua vida, situação afetiva que configurava quase um casamento, ainda que ela nunca tenha aludido a isto. Os planos eram partilhados, falavam-se todos os dias, viajavam juntas, sempre que Ana vinha a São Paulo, aos finais de semana ficava na casa de Emma, tinha muito apreço por ela. Quando tiveram uma discussão definitiva, a paciente reconheceu o quanto isso a abalou, mas diz ter se cansado de ser usada pela amiga. Em suas palavras, “eu apenas oferecia e não recebia nada em troca, só grito, tinha que cuidar das coisas, estar sempre à disposição, fazer tudo o que ela queria, não importava se eu estava bem”. A compreensão de que a amizade das duas se dava desta forma veio apenas depois, na mágoa, ainda que muitos amigos de Emma já tivessem alertado que “Ana não era uma pessoa de boa índole e que era bastante interesseira”. Também contribuiu para uma piora o afastamento do primo e de sua namorada, a quem se referia como filhos. No caso, o primo voltou a relacionar-se com a mãe, que nunca se entendeu com Emma. Portanto, a distância foi acontecendo de forma um pouco mais natural. Recordo-me que em uma sessão ela se levantou, queixando-se de muita dor nas costas, pouco depois de relatar sobre a falta do primo e de Ana em sua vida. Apontei a relação que ela mesma construía, um pouco receosa de fazer, pois já tinha testemunhado os gritos e as contrações de dor após minha intervenção. Para minha surpresa, ela se sentou e começou a narrar como estava vivendo a solidão, a saudade de ambos e sua mágoa.

Os atendimentos com Emma se estenderam até o momento de minha ida para a França. Pouco mais de um ano antes de minha partida eu havia proposto que a análise dela comigo fosse encerrada, eu já me via pouco sendo capaz de ajudá-la, ela se atrasava por diversas vezes e as ideias a respeito do quanto aquele espaço poderia ser (ou continuaria a ser) frutífero a ela rondavam-me com frequência. Mas, nas poucas vezes que propus conversar a respeito, Emma insistiu na importância daquele vínculo e em como ficaria caso fosse rompido. Fez questão de lembrar-me que seu contato com a realidade exterior ao convívio familiar era muito restrito e pouco produtivo. Ainda assim, eu mesma questionava, nas supervisões e me indagava sobre a possibilidade dela iniciar outro tratamento. Em contrapartida duas questões me colocavam em xeque: 1) Emma era uma paciente muito antiga e a que mais tivera tempo de análise no ambulatório, portanto, outros pacientes teriam provavelmente mais prioridade na lista de urgências e ainda que eu mesma reconhecesse que tal consideração era questionável, os critérios tinham fundamento; 2) Emma dizia da importância que eu tinha em sua vida,

mesmo que não conseguisse fazer em detalhes uma retrospectiva das transformações ao longo do tempo. Algo dizia também que era preciso confiar na nossa relação e no que ela mesma me contava.

Quando a resposta da bolsa para o doutorado saiu eu tomei uma decisão: ainda faltava cerca de oito meses até que eu embarcasse, um tempo relativamente razoável para conversarmos a respeito do término do tratamento. Assim eu fiz, contei a Emma que tinha sido contemplada e que ia a França, ofereci alguns detalhes que me pareciam importantes que ela tivesse conhecimento e para que, se fosse o caso, se tornasse elemento e material de sua análise. Claro que eu também estava motivada pela lógica freud-ferencziana de que, ao comunicar o término de um trabalho, muito poderia ser produzido. Em contrapartida, reconhecia que isso poderia eventualmente fracassar, já que na minha tentativa anterior, Emma passou a buscar formas de me dissuadir da ideia de encerrar a análise.

Ao longo destes meses, a sua história foi se tornando mais organizada, muita coisa foi produzida e ela pôde narrar de modo mais linear, ainda que diversas lacunas tivessem permanecido. Ela submeteu-se a uma nova cirurgia para ver se melhorava de fortes dores nas costas. A equipe do SOMA não era favorável ao procedimento já que, dado o seu histórico, as possibilidades de mudanças e os resultados poderiam não ser tão produtivos. Durante a semana de internação eu consegui encontrá-la somente uma vez, fizemos sessões ao telefone e ela queixava-se do desamparo e do quanto ninguém ligava para ela. Isso pode ser dito e ela também conseguiu falar do medo que tinha quando não pudesse mais contar com a análise. Ainda que tivesse sido um sucesso do ponto de vista clínico a cirurgia dera resultados menos promissores do que Emma esperava. Ao longo deste período já anunciado do término da análise, a sua mãe começou a frequentar o grupo de familiares, algo que nunca lhe fora proposto. Pelo fato do grupo ter surgido depois da entrada de Emma no SOMA, a alternativa de inclusão da mãe passou despercebida pela equipe e por mim também. A sua mãe não frequentou por muito tempo o grupo, mas o fato de se dispor a vir e entender o que acontecia com a sua filha significou demais para a paciente. Conversei um pouco com a mãe e, ao que tudo indicou, também isto produziu efeitos. Emma me perguntou se poderia trazer a irmã para conversar comigo, eu concordei, mas ela queria mais é ter a garantia de que a nossa relação poderia contemplar múltiplas configurações, caso fosse necessário.

No decorrer deste período foi mencionada a possibilidade de, eventualmente, caso sentisse necessidade, ela pedir um novo analista no SOMA, embora talvez não

fosse um processo simples. Ela tinha direito. Mas foi dito que era importante que ela fosse capaz de estar um pouco só depois de tantos anos, inclusive para conseguir entender o que ela dava conta de elaborar sozinha, sem precisar da análise. Garantiu-se também sua continuidade nas consultas psiquiátricas, pois estas eram independentes do término da análise. Se isso viesse a ocorrer, a interrupção destas consultas, seria porque a equipe julgava que o tratamento no ambulatório havia se encerrado. Em nossa última sessão, antes de minha partida, Emma me disse algo que ainda hoje me emociona: “um ano atrás eu não estava preparada, minhas separações sempre se deram de forma muito difícil, com brigas e gritos, você vai embora no momento certo”. Apesar disso, não houve despedida como ela costumava fazer em instantes de férias, Emma saiu pela porta do consultório como se fosse voltar na semana seguinte.

CASO R¹ - A construção do reconhecimento: “As pessoas respeitam mais quando me veem assim”

Cada pessoa permanece sendo uma criança da própria época,
até nas características mais íntimas
(Smilevski, 2013, p.192)

Rodrigo chegou ao ambulatório no mesmo ano que passei a integrar o SOMA, em 2009: ele seria um dos meus primeiros pacientes de análise. Nesta ocasião o serviço ainda contava com uma equipe pequena, isto é, duas psicanalistas (eu e a amiga que me convidou), um neurologista e duas psiquiatras, além dos cinco residentes. O fato era condizente com o número restrito de encaminhamentos. De todo modo, tratava-se ainda de uma assistência muito recente e os recursos disponíveis ainda não estavam muito bem delimitados. A frequência das consultas psiquiátricas e a decisão sobre quem seria atendido em terapia, tudo isso foi sendo construído ao longo do tempo. Entretanto, a prioridade de um olhar para a subjetividade, a atenção aos sintomas e o impacto com que afeta a vida do paciente sempre foram fatores determinantes desde a fundação do serviço.

A decisão de atender Rodrigo foi tomada por mim quase imediatamente quando recebi o encaminhamento. A equipe julgava importante um espaço individual e eu percebi logo a necessidade de escutar aquele homem. Precisava saber de sua história. O que ouvi na conversa clínica me despertou o desejo de saber mais, mesmo sem ter muita ideia do que era possível fazer por ele e em que a escuta terapêutica poderia ajudar. Havia um ímpeto que não me deixava dúvida: eu apenas precisava descobrir dele o que se passava. De início, sabia apenas o mesmo que todos: tratava-se de um homem de pouco mais de trinta anos em cadeira de rodas que viera ao SOMA por solicitação de um médico neurologista do Hospital das Clínicas, de um setor especializado em distúrbios de movimentos, com a hipótese de se tratar de um quadro funcional. Isto é, não haveria organicamente nenhuma justificativa para a perda dos movimentos de membros inferiores e, mais ainda, o que eu viria a saber em terapia, os seus sintomas, tiveram tamanha extensão que provocaram também a perda do controle dos esfíncteres.

¹ O caso de Rodrigo fora apresentado e discutido em uma outra versão contida no capítulo: “A histeria como questão de gênero”, do livro *Psicopatologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico*, publicado pela editora Autêntica (2018) sob a organização de Vladimir Safatle, Nelson da Silva Júnior e Christian Dunker.

Cabe assinalar que, para ser admitido, o paciente deve passar por um novo exame neurológico em casos de queixa orgânica: trata-se de um protocolo que visa afastar qualquer eventual engano, mesmo que o paciente já tenha sido avaliado por um outro especialista. A preocupação é que ele receba os cuidados necessários para o tratamento. No caso de Rodrigo, novamente a hipótese orgânica fora descartada. Além disso, antes de chegar ao SOMA, havia sido feita uma avaliação de personalidade, no serviço de Psicologia do Instituto de Psiquiatria (IPq), com o intuito de entender melhor o seu funcionamento psíquico e o modo como ele lidava com a sua condição. Ou seja, reconhece-se que os recursos institucionais para melhor assistir o paciente haviam sido utilizados.

No primeiro atendimento que tive com Rodrigo, mais do que o fato dele estar impossibilitado de movimentar-se – pois disso eu já tinha conhecimento e era provavelmente um dos motivos que me levaram a querer escutar a sua história –, chamou-me a atenção o domínio técnico que ele tinha para explicar suas doenças e sintomas. As suas dores e sofrimentos, se assim se pode dizer, demoraram a serem relatados. Este domínio que os próprios pacientes têm quanto aos seus sintomas e o que se passa em seus corpos, eu descobri com o tempo de experiência no ambulatório, que é algo frequente. Trata-se de uma apropriação do linguajar técnico e, aliás, esta deve ser uma das características que exerce para o paciente uma função de valorização de si próprio. Raros são os casos de ausência de conhecimento da própria condição e, em geral, há bastante familiaridade quanto a nomeação dos exames realizados, dos procedimentos e das hipóteses feitas ao longo do tempo de adoecimento. Os pacientes demoram a serem identificados como somatoforme/sintomas somáticos e até que isso seja feito, um longo percurso é realizado. Rodrigo se encaixava bem neste eventual “perfil”. Deu uma aula sobre o que é uma hérnia de disco, o que acontece com o osso nestas situações, o que se pode fazer, os tipos de remédios tomados para sanar as dores ao longo dos anos etc. Foi preciso escutar todo aquele relato, ainda que não me fosse prioritário e houvesse uma forte curiosidade em saber de sua vida para além dos sintomas físicos. Era o primeiro contato, parecia fundamental que contasse todo o processo que vivera, era parte de sua história. O que se evidenciou no decorrer das sessões foi a sua percepção de que era necessário adoecer para sentir-se observado, admirado, cuidado. Há três anos sofrera um “acidente de trabalho”, palavras escolhidas por ele para me explicar o que se passou. Estava com um amigo quando decidira erguer sozinho um objeto muito pesado e isto lhe fizera “travar as costas”, fato que o manteve

afastado do trabalho por cerca de três anos e resultou nos tremores e fraquezas nas pernas.

Rodrigo era um homem magro, casado e pai de dois filhos. A sua primeira filha tinha sete anos e morava em outro estado, fruto de um casamento de anos antes. Convivera com esta filha apenas no primeiro ano de vida, depois decidiu vir a São Paulo pela dificuldade em encontrar emprego. A ex-mulher na ocasião não quis mudar-se e assim, segundo ele, se divorciaram. Apesar de não ver mais a filha, mantinha um bom contato telefônico. O filho mais novo era um menino ainda pequeno, demorei a descobrir a idade, ele não mencionou em um primeiro momento e não me ocorreu perguntar, a informação passou-me despercebida. No início da terapia vivia com a esposa e o filho na casa de seus pais, apesar da insistência de sua mulher para que eles se mudassem. O relacionamento de Rodrigo com o pai era bastante conflituoso, permeado por humilhações diárias que, segundo o seu relato, abrangiam afirmações que o desqualificavam e, apesar disso, ele resistia a sair. A relação entre ambos nunca foi muito amistosa, ao contrário, mas piorou muito desde que adoecera, com seu pai passando a chamá-lo de “inútil e incompetente”. Desde que desenvolveu o quadro, passou a fazer uso de álcool para enfrentar as pressões que vivia, logo o consumo ficou excessivo e vieram os tremores cada vez mais intensos. Seus sintomas passaram a ser vistos como decorrência do alcoolismo e, assim, demorou algum tempo até que Rodrigo fosse encaminhado para o ambulatório de Transtornos Somatoformes. Ao longo da análise, alegava ter parado de beber há tempos, desde que se convertera ao evangelho, mas os tremores ainda estavam presentes e eram perceptíveis.

A relação transferencial com Rodrigo era um tanto quanto difícil, existia um tipo de agressividade que permeava os atendimentos, mas era pouco manifesta. Ele contava de momentos em que arremessava os chinelos em direção à esposa, mas como sendo algo muito distante, já superado. Havia de minha parte uma fantasia de que ele escondia o jogo e que eventualmente continuava a beber e de que os rompantes de raiva ainda estavam presentes. Hoje, ao fazer uma autocrítica e avaliação da minha breve experiência clínica, sobretudo com esses pacientes, em casos assim complexos, entendo que poderia talvez ter falado mais sobre minha percepção contratransferencial. Quando as intervenções eram feitas Rodrigo desviou o assunto ou recusou a aceitar. Nos instantes em que temas mais espinhosos surgiam, ele gaguejava, aparentava intensa ansiedade e logo dizia que não tinha mais o que conversar, que por aquele dia era suficiente. Na sequência movimentava-se para sair e explicitava que não sabia se na

semana seguinte teria condições de retornar à análise, pois talvez não tivesse dinheiro para o transporte. Ao mesmo tempo perguntas diretas sobre a minha vida, minha religião, meu estado civil e afirmações sobre a necessidade de comparecer a terapia eram feitas. Uma atitude ambivalente podia ser observada, de minha parte e da dele. O tratamento comigo não durou muito mais do que um ano, tempo suficiente para um bom prognóstico do ponto de vista das transformações corporais. Acredita-se que tais mudanças se deram, fundamentalmente, pelo pouco tempo dos sintomas, isto é, três anos desde o acidente de trabalho e menos de um ano na cadeira de rodas. Observações sobre a natureza da transformação dos sintomas conversivos serão apresentadas ao longo da discussão geral dos casos.

Ao longo de toda a terapia individual, Rodrigo vinha acompanhado de uma mulher, sua cunhada. Justificava ter esquecimentos importantes, principalmente para tomar os remédios, o que fazia com que a mãe, a mulher e a cunhada julgassem ser arriscado ele ir e vir só. A intimidade entre Rodrigo e a cunhada era perceptível, brincadeiras, abraços e carícias eram trocadas na sala de espera. Em contrapartida, ele insistia em dizer que era difícil manter uma relação sexual com a esposa desde o acidente: “perdi qualquer tipo de vontade nesse sentido” – e relembra das diversas traições que fizera “antes de ficar doente”. Mas, ao mesmo tempo, se mostrava orgulhoso ao dizer que à sua volta não faltavam mulheres que dessem em cima dele. Em seu entendimento, sempre ficara mais confortável num ambiente feminino do que masculino, “me sinto protegido, já com o meu pai a violência era constante, só não batia mais em mim porque eu cresci”. A comparação com a vida pregressa antes do acidente era constante. E apesar das dores e queixas que envolviam o mal-estar físico, do ponto de vida subjetivo ele parecia estar mais à vontade, dizia que os seus comportamentos tinham se abrandado e que “era um novo homem, muito mais tranquilo”. O relato queixoso sobre a solidão era bastante frequente. Sentia que não pertencia ao universo das figuras masculinas e que o ambiente deste universo, na grande maioria das vezes, era violento e hostil e, com isso, o maior contato depois do adoecimento se dava com um de seus sobrinhos, um adolescente de cerca de treze anos. A forma de convívio social entre os homens e colegas de trabalho que encontrava antes de adoecer era em meio à bebida mas, para isso, era preciso pagar. De acordo com a sua narrativa, ao entrar para igreja e parar com o consumo de álcool, “os amigos o abandonaram”.

Ao longo de praticamente todo o tempo em que foi atendido em análise, de modo geral era assíduo e, nas vezes em que precisou se ausentar avisou e as reposições

puderam ser feitas em outros dias que não os do ambulatório, como de hábito. De qualquer forma, o seu relato vinha com algum tipo de insatisfação ou de demanda para que o outro assumisse o lugar por ele, posicionar-se diante de qualquer situação era algo do qual durante boa parte do tratamento ele se esquivou. Por diversas vezes solicitei que me contasse sobre o que se passava ou qual era o entendimento do motivo pelo qual ele desenvolveu os sintomas. Na grande maioria das vezes um relato árduo era feito, mas com pouca riqueza de detalhes. Até que em uma sessão contou que aquele dia era aniversário de seu filho. A idade do garoto foi mencionada sem atribuir qualquer importância ao fato. Mas, me trouxe um esclarecimento muito significativo às situações de sua vida: a idade do menino coincidia com o período decorrido desde que perdera o movimento das pernas. Quando partilho essa minha constatação, Rodrigo ri e conta que os tremores começaram já na gravidez da esposa, algo que não fora planejado pelo casal e logo na sequência do nascimento do filho conta que perdeu o controle dos esfíncteres: “eu tinha que usar fralda, de repente minha mulher ficou com dois bebês em casa, tinha que me lavar e me dar banho”. Aos poucos foi me dizendo da dificuldade que era brincar com o filho, que nestes momentos o seu corpo doía por demais, que estar nos médicos era muito importante para ele e por isso não estava no aniversário do “menino” e que era impossível segurá-lo nos braços, já que eles eram fracos. Aliás, se ao longo da análise ele mencionou mais que três vezes a palavra filho foi muito. O modo como ele referia-se à criança dizia respeito a um distanciamento e a uma impossibilidade de sua parte em ocupar o lugar de pai, papel que exigiria de sua parte diversas atribuições para as quais ele não se via pronto. A medida que isso pode ser conversado, ele definiu mudar de casa com a esposa. Não era um imóvel próprio, eles teriam que viver no mesmo terreno da patroa de sua mulher, mas era uma decisão, tomada mesmo diante das manifestações contrárias à mãe dele. O enredo de sua vida aos poucos ganhava mais personagens e timidamente eram colocadas algumas questões, ele conseguia ficar mais tempo nas sessões e ensaiava abandonar a cadeira de rodas, dizendo que passou a ficar em pé com o auxílio da parede ou de sua cunhada, que em suas palavras o “incentivava muito”. Quando começou a mudança da casa dos pais, deparou-se com “muitas chantagens” por parte de sua mãe, que se dizia triste e atribuía o seu entendimento da situação a mim. Rindo, me disse: “doutora, na semana passada você me disse que minha mãe me quer só pra ela, é isso?”. Diante do meu silêncio, fala: “já me mudei”. Em contrapartida, conta que a relação com o pai foi aos poucos se tornando mais branda.

Rodrigo permaneceu por quase um ano na cadeira de rodas. Em terapia essa condição perdurou por pouco tempo, logo passou a fazer uso de bengala e assim continuou durante o tempo em que esteve no SOMA. A análise foi encerrada por decisão dele, que passou a justificar que “tudo foi dito”, o término se deu um pouco depois da morte de sua mãe, que já apresentava há anos diversos problemas de saúde. Apesar de dizer que não tinha mais dinheiro para vir à terapia, Rodrigo continuou a ir às consultas psiquiátricas por cerca de dois anos mais ou menos, numa frequência menor que o contrato analítico. No decorrer destes quase 4 anos que passou no SOMA ele já havia parado o uso de qualquer medicação, tomou antidepressivo, analgésicos várias vezes por conta própria e opióide, mas esse nunca foi o cerne do tratamento. As consultas psiquiátricas com o tempo tornaram-se cada vez mais espaçadas, de início a cada quinze dias, depois mensais e até que chegou a intervalos de três e seis meses. As consultas continuavam, mesmo que não tivesse qualquer prescrição. O caso do Rodrigo foi um dos que nos levaram a sustentar a importância do vínculo acima de qualquer outra opção. O fundamental era o acompanhamento, que se fez presente por um tempo, até que ele mesmo fosse se sentindo mais confortável e seguro de que os sintomas tinham desaparecido e que não havia mais necessidade de frequentar o SOMA. Quando optou por encerrar comigo, ele quase não necessitava mais do uso da bengala, muitas vezes vinha ao ambulatório com ela nas mãos e insistia em dizer ao residente: “as pessoas respeitam mais quando me veem assim” e “aqui eu nem preciso, mas para a perícia e para manter o benefício é importante que eu vá com ela”.

CASO D – A análise aos pedaços e as fotos na gaveta: “Falei demais”

Pedi tão pouco à vida
e esse mesmo pouco a vida me negou.
(Pessoa, 2011, p. 52)

Quando optei por atender a paciente, eu já a tinha visto duas vezes. Isto porque quando existe algum tipo de avaliação neurológica ou por algum outro motivo os médicos assistentes decidem reavaliar o caso junto ao residente, eu peço para acompanhar. Trata-se de um momento que considero muito rico de aprendizagem do ponto de vista clínico e que rende boas discussões entre a equipe. Era a terceira vez, então, que iria ver Dolores. A ferida no braço havia piorado significativamente e a dermatologia ainda se recusava a assumir o caso. Assim que entramos na sala me vi bastante sensibilizada: ela estava chorando muito e com os machucados à mostra enquanto o residente tirava o curativo para avaliar a real situação daquele momento. A sala de atendimento tinha um cheiro característico e muito forte, cheiro de carne apodrecida. Dolores estava de olhos baixos, chorando copiosamente. Eu me aproximei e questionei o que se passava. Ela olhou em meus olhos e disse: “faz uma semana que perdi o meu cunhado, mais uma morte, não aguento mais, todos a minha volta morrem, perco todos que eu amo”. A partir daquele instante fui capturada, queria poder escutar aquela mulher, me sentia muito mais envolvida do que conseguia imaginar. Digo a ela que gostaria de ouvi-la e combinamos uma hora na semana seguinte. Diferentemente dos outros pacientes que atendi no SOMA, desde o início até o término do tratamento eu a encontrava onde os pacientes aguardam para serem atendidos em psiquiatria, e nós percorríamos o corredor todo até chegarmos a nossa sala no setor de psicoterapia. Por anos não questionei a função que tinha este processo, para mim e para ela.

A paciente, de pouco mais de quarenta anos, foi encaminhada ao SOMA quando tratava na endocrinologia do HC de um quadro de hipotireoidismo. A médica responsável procura o serviço, pois na ocasião Dolores tinha os hormônios completamente desregulados, apesar da prescrição dos medicamentos que ela alegava fazer uso conforme o recomendado. Os resultados dos exames permaneciam sem qualquer alteração, o que levou a equipe a desconfiar da paciente. Na conversa com a endocrinologista esta afirmou não saber mais o que fazer, ela e seus colegas pediam

auxílio e cogitavam dar alta da clínica. Acreditavam tratar-se de um quadro factício, isto é, caso em que ela mesma produzia os seus sintomas e ainda que tivesse consciência deste ato, não sabia ao certo qual o benefício e o ganho implicado neste tipo de atitude. Os sintomas de Dolores são intensos machucados no braço, que começaram em 2010 com um corte. Na terapia e mesmo nas consultas psiquiátricas, as feridas demoraram a serem esclarecidas. A narrativa do ocorrido toma boa parte das sessões, mas a cada vez que era contada parecia ainda faltar algumas peças do quebra-cabeça.

As sessões quase sempre transcorriam com ela dizendo “falei demais”, “não há nenhuma novidade para contar” ou “devemos encerrar por hoje, já está suficiente”. A duração variava entre 15 e 40 minutos, sendo este último com menor frequência. De modo geral, o tempo era de meia hora, mas quando eu fazia algum tipo de comentário ou intervenção era possível para ela permanecer um pouco mais. De qualquer forma, o seu pedido de interrupção provocava em mim duas conjecturas: a primeira, que estávamos chegando a um momento crucial da sessão e que para ela estava insuportável, tinha necessidade de abafar, silenciar o que viria a seguir. A segunda suposição era que, de fato, ela tinha dito uma série de coisas difíceis e que chegara a um esvaziamento, a sessão funcionava como algo catártico naquele momento, não havia nada mais a ser pronunciado. Passado este ato, restava algum tipo de transformação em sua feição, algo era modificado e dizia respeito à produção de uma leveza, era um alívio perceptível. O sintoma mais grave era no braço, mas cabe assinalar que ao longo do tempo apareceram feridas importantes nos pés e celulites no rosto, que surgiam ocasionalmente nos momentos em que, por incapacidade de se alimentar, ela era obrigada a introduzir uma sonda nasal. A maior parte da história que será narrada a seguir surgiu depois de um ano e meio de tratamento – portanto, nos seis meses finais, quando ao que parece ela se sentia mais confiante e segura na relação comigo.

Em 2010 ela estava sozinha em casa, preparando um prato típico quando cortou o dedo com a faca. Dolores trabalhava na ocasião na casa de um casal, onde já estava há 18 anos. Aos se cortar optou por enrolar o dedo em um pano, ainda que ele estivesse sangrando bastante, não fez nenhum curativo. O motivo foi melhor esclarecido com o tempo: na ocasião chovia muito e ela tinha um grande temor de chuva, desde quando pequena e morava com os pais em outro estado. “A gente desligava tudo da tomada, apagava as luzes e nos escondíamos em baixo da cama até que o tempo melhorasse. Meu pai mesmo tinha muito medo de chuva”. No momento em que ela fez o corte, escutou um raio ou trovão. Apenas dois dias depois, por insistência da cunhada, ela vai

olhar o ferimento (neste meio tempo ela o deixou enrolado no pano), quando o machucado já estava bastante infeccionado e foi obrigada a ir ao hospital. A gravidade do quadro lhe exigia cuidados constantes e internações para tratar da mão, “quase a perco”. Poucas semanas depois a sua mãe, com quem tinha uma forte ligação, adoeceu em decorrência de uma queda, da qual ela não se recuperou. A saúde se deteriorou a cada dia e veio a falecer cinco meses depois. Ao longo do período a paciente foi visitá-la por diversas vezes. Como Dolores tinha que passar em médicos com frequência por conta da tireoide e ainda pelos cuidados da mão, retornou a São Paulo e, neste intervalo que durou apenas dois dias, a mãe não resistiu e faleceu. A paciente chorou muito com este evento, se culpou bastante pela perda da mãe e por não ter ficado mais tempo ao seu lado. Esta percepção surgiu mais para o fim do tratamento, pois até então ela acusava uma de suas irmãs de ser cruel, de dar remédios sem necessidade, afirmando que a boca da mãe ficara ferida por ingerir alimentos muito quentes, alegando maus tratos. Em 2016, Dolores descobriu que esta irmã, com quem já não falava há anos, estava com câncer, ficou preocupada e conversaram algumas vezes. Ao ser questionada novamente sobre a atitude da irmã para com a mãe, ela disse que a irmã teria “envenenado” a mãe por “excesso de cuidados, ela sempre foi assim”. “O câncer foi descoberto pela quantidade de exames que ela faz sem necessidade. Mas, sempre acha que está doente, quem procura uma hora acha. Achou!”. Até o final do tratamento comigo, Dolores pouco conversou com a irmã, mas procurava ter notícias e acompanhar sua saúde por meio de um cunhado, demonstrava preocupação e colocava-se à disposição caso fosse necessário.

A morte da mãe provocou uma desorganização em Dolores, que talvez já estivesse presente, mas em menor intensidade. Por muitos anos, na juventude, a paciente não teve contato com a mãe, pois viera fugida a São Paulo para morar com uma das irmãs. Segundo Dolores, o pai e o seu cunhado eram muito violentos e batiam nelas quando queriam ir a bailes ou namorar. A mudança para a capital ocorreu quando Dolores tinha 17 ou 18 anos, mas até telefonar para a família, cerca de quase cinco anos se passaram. De todo modo, alegou que sua mãe sempre a ajudou, bem como as suas irmãs, a saírem e a aproveitarem as festas, “deixava ou a janela ou a porta aberta para que pudéssemos voltar de madrugada”. Depois que foi morar na capital, a paciente nunca mais retornou para viver na cidade de sua infância, onde os pais permaneceram até a morte. Foi apenas para visitar a família. Em São Paulo casou-se com o atual marido, que já conhecia na juventude em sua cidade, pois “todos eram vizinhos”.

Novos elementos surgem conforme a relação terapêutica ficou mais próxima. Relatou que era muito ciumenta com o esposo e que ambos bebiam e fumavam demais, sobretudo ele, que passava muitas noites fora de casa. Mas esta rotina se alterou com o passar do tempo, quando Dolores desenvolveu os seus sintomas, primeiro em 2007, ao descobrir o problema na tireoide, mas principalmente depois de 2010. Ele passou a ficar cada vez mais com ela depois do aparecimento de seus sintomas, ausentando-se apenas para suas viagens a trabalho. Um dia, em uma sessão, me contou, a princípio como algo já superado, que “uma vez estava nervosa e me machuquei”. Apesar da utilização do verbo no passado, tive a impressão de que, neste primeiro momento, tratava-se de um ensaio para observar como eu reagia a sua confissão. Não parecia apenas algo a ser contado havia um tom que parecia ser de espera, de que eu funcionasse como testemunha e como um espelho que refletiria o que sua ação representava. Portanto, minha fisionomia revelaria a ela, se aquilo era aceitável ou recriminável. Passadas algumas sessões nas quais pudemos falar sobre, eu me coloquei em uma atitude mais ativa e, apostando que aquele ato se repetia constantemente, passei a utilizar sempre o verbo no presente, fazendo afirmações como: “às vezes as coisas se tornam tão insuportáveis para você que é preciso se machucar”; “me parece que você cuida do seu braço como queria ter cuidado de sua mãe”. Eram interpretações arriscadas, eu mesma nem sabia de onde elas surgiam e por vezes ficava receosa, pois os sentimentos de ambivalência em relação à mãe e a todos que a cercavam eram evidentes. Entretanto, este tipo de interpretação ou nomeação que eu fazia produzia efeitos importantes, aos poucos ela revelava partes mais obscuras e difíceis de si mesma. Passou a me contar que se machucava quando estava “nervosa”, pois era um momento em que esquecia do que estava acontecendo de verdade em sua vida, o que a acalmava.

Aos poucos conta mais a respeito do quadro clínico de sua mãe. Mesmo sem conseguir explicar o nome das suas doenças, revelava que ela tivera, num primeiro momento, um possível acidente vascular cerebral (AVC) que trouxe como sequela a paralisia do braço esquerdo, o mesmo no qual Dolores apresentava feridas, e a perda dos movimentos dos dedos. Admitiu que desde a sua morte, assistia todos os dias a um dvd do enterro de sua mãe, que continha fotos dela no caixão. Sua justificativa: “era um modo de ter certeza de que ela está morta”. Os relatos a respeito da mãe (que em minhas anotações, por várias e várias vezes estão registrados como mão ao invés de mãe) são carregados de choro e de forte emoção. Contou também como a mãe estava bonita na ocasião e que em uma das fotos ela estava com o vidro sobre o nariz e este estava

“esmagado”. Esse dado é importante, pois conforme mencionado, quando Dolores não conseguia alimentar-se, era obrigada a fazer o uso de sonda – e o seu nariz ficava extremamente inchado, novamente identificado às percepções que tinha da mãe. Além disso, a paciente dormia todas as noites com uma foto da mãe quando jovem: “tenho medo que ela me abandone de vez”.

Nos momentos mais críticos do tratamento, conforme falávamos de situações mais delicadas, quando o marido a convocava para retornarem à cidade de origem, ou diante de uma nova perda (ocorreram várias ao longo de sua análise), o seu quadro clínico piorava significativamente. O uso de sonda se fazia necessário, as feridas nos pés voltavam a abrir e o braço, que nunca cicatrizou por completo, piorava muito, ficando com pus e/ou em carne viva. Do ponto de vista clínico foi possível que ela fizesse os curativos semanalmente no hospital, recebendo os cuidados da enfermeira da equipe. De início ela relutou, mas com o tempo passou a aceitar, sentindo-se valorizada, e reconheceu a melhora. Os impulsos de se machucar diminuíram substancialmente. Na clínica de endocrinologia seguiu o acompanhamento por todo o tempo em que esteve no SOMA. Estabeleceu-se uma parceria e, toda a semana, ela tomava os remédios assistida pela equipe de enfermeiros que ministrava a medicação. Quatro horas depois de ficar em observação, eles colhiam os resultados dos exames. Tal como mencionado, de início ela alegava fazer o prescrito, mas as alterações clínicas atestavam o contrário. Portanto, a suspeita era que ela não tomava a medicação. A mudança de atitude e uma parceria com a endocrinologia permitiu a estabilização dos sintomas clínicos no que diz respeito a este aspecto.

Outro dado relevante é que há 18 anos Dolores e seu marido trabalhavam para um casal com bastante poder aquisitivo. Quando a paciente se machucou a primeira vez, isso aconteceu no horário de trabalho. Por tal razão, “eles não podem me mandar embora, mesmo que eu esteja afastada pelo INSS”. Durante o tempo em que Dolores encontrou-se em tratamento analítico comigo, o seu patrão, que ela considerava como pai, veio a falecer – o que a fragilizou ainda mais e os seus sintomas, que vinham apresentando melhoras, voltaram a se agudizar. Segundo ela, “quando eu fico nervosa, meu braço piora”. Aos poucos este relato ganha contornos mais definidos, que são assim expressos por ela: “eu mesma me machuco”; em outros momentos: “meu braço tem a aparência de queimadura de cigarro”; “eu limpo tão bem em dados momentos até sair sangue e as casquinhas”; “por vezes estou sem vontade de fazer nada e fico dias sem trocar meu curativo, lavar mesmo eu não lavo nunca”. Com a morte do patrão, ela e

o marido mudaram-se para uma outra casa escolhida por eles, mas financiada pela patroa, que foi morar com a filha. De vez em quando o marido viajava para a fazenda da patroa para realizar alguns trabalhos, pois esta, apesar de ter ido embora do país, continuava com negócios no interior. As explicações de seus sintomas também surgiram quando Dolores disse em análise: “temos uma casa em xxxxx. O plano é quando eu ficar boa irmos para lá, eu e o meu marido, abriremos um restaurante e uma pousada, ele já começou a cuidar da reforma, não vê a hora disto acontecer. Não sei se eu quero. Será que me recupero? Será que depois de tantos anos eu vou conseguir voltar a morar lá? Lá é bom para passear. Mas, também, isto só vai acontecer se eu melhorar”. Ao ser questionada acerca de possuir moradia em outra cidade, Dolores relata que tem uma casa lá há anos, totalmente equipada, esperando apenas o momento em que decidam retornar: “a casa fica fechada, mas se amanhã decidirmos ir para lá, é só entrar no carro, tenho tudo lá”. Rapidamente sou invadida por uma imagem de uma casa fechada e, que apesar dos recursos existentes, permanece apenas empoeirando na maior parte do tempo, uma cena triste, mas que reproduz parte do seu posicionamento subjetivo. Não é possível permanecer e construir algo, deixar ventilar e abrir as janelas e nem ir embora por completo sem olhar para trás. Retornar à sua cidade, apesar da expectativa do marido, parecia algo difícil de ser feito por Dolores, sobretudo, pelas inúmeras tristezas vividas por lá, pelas dolorosas lembranças, como ela insistia em dizer: “lá me sinto bem passando férias, visitando as pessoas”. Todavia, era o local onde apanhou muito, em que cenas de perdas simbólicas e reais e de violências estavam ainda bastante vivas em sua história.

As perdas para esta paciente foram vividas de modo muito intenso e produziram um sofrimento importante que ganhou uma dimensão no corpo. A primeira perda foi a de uma irmã, quando ainda era pequena; depois a da mãe, a do cunhado, vítima de bala perdida, a do patrão, a de duas amigas, a do pai e a do sogro. Falar sobre a perda desta irmã na análise comigo pareceu o início de um processo elaborativo digno de nota, mas que, em meio às fatalidades do dia a dia, não se sustentou. Dolores relata: “quando tinha por volta de oito anos de idade, perdi uma irmã, a mais linda de todas, ela parecia um anjo, uma índia, tinha cabelo preto e bem liso, mas a gente era muito pobre e ela pegou lepra, e dormia envolta em folha de bananeira para ver se ia sarar, foram meses assim, ela chorava um pouco, minha mãe cuidava dela. Mas ela não aguentou, coitada. Sofri muito. O meu braço hoje parece muito como o dela, porque saiu toda a pele”. Por semanas passamos as sessões com ela me falando de sua infância, desta perda, algo

parecia se inscrever ali e aquele luto, aquele trauma e a ferida aos poucos iam cicatrizando, em sua história e em sua pele, mas não sem dores, como ela mesma me relatava. Nessa época Dolores, que dormia dia e noite com a foto da mãe, colocou-a na gaveta e conversou com ela, explicando que era melhor assim, para que elas pudessem seguir em frente, e disse à mãe que apesar disso não deixaria de sentir sua falta. Este cenário perdurou por semanas, mas Dolores voltou à sessão afirmando que não conseguia, pois ao colocar a sua mãe na gaveta, deixou de sonhar com ela. “Ela desapareceu e eu tenho medo de nunca mais vê-la. O meu braço também ficou paralisado como o dela, ninguém sabe muito o que ela teve, porque ela morreu em casa, fez poucos acompanhamentos, mas ela ficou torta como eu”.

Dolores inicialmente relatou: “não tive filhos por escolha própria, minha e de meu marido”. Apesar do que dizia, algo parecia não encaixar em seu discurso, soava como desconexo, novamente, me remetendo a um quebra cabeça no qual as peças encontravam-se perdidas, por mais que se procurasse pacientemente. De todo modo, ressalto que esta percepção não encontrava nenhum elemento de realidade para confirmar a desconfiança. Depois de um tempo de análise veio a justificativa de que um problema de saúde obrigou-a a retirar o útero e o ovário, impedindo-a de ser mãe. Tal explicação, que reapareceu no decorrer do tempo, parecia de algum modo me ensurdecer, bloquear minha memória, que de modo geral costuma ser detalhista. No entanto, sempre que chegava nesse assunto, minha escuta era impedida de registrar e eu, de tempos em tempos, refazia a questão, algo que na realidade nunca fora exatamente esclarecido, permanecendo como dúvidas e incógnitas que talvez hoje possam ser melhor pensadas. De qualquer maneira me dizia, quanto ao seu sintoma: “cuido do meu braço como se fosse o meu filho”. Ou ainda, “tenho medo porque daí meu braço vai curar e não terei nada que me ligue a minha mãe”. O braço, como ela mesma dizia, era uma forma de manter-se filiada à mãe, à irmã e às suas perdas. Uma impossibilidade de se deslocar do lugar de filha a impedia claramente de mudar de posição subjetiva para cogitar ser mãe e, mais ainda, de elaborar esta perda que resistia há anos.

A relação analítica proporcionou aos poucos, de forma muito remota, o ensaio e um início da percepção de que era possível conquistar outras formas de cuidar de si mesma e de permitir que sua mãe continuasse existindo. Durante as minhas férias o pai adoeceu e faleceu. Eu a vi muito abalada, suja, mal cuidada e dizendo “falta pouco para chegar lá”. Ao ser questionada sobre “chegar onde” ela respondeu: “perto de mainha e de painho”. Pela primeira vez fui atendê-la na clínica de endocrinologia mais de um dia

na semana, pois estava bastante preocupada com a sua saúde física e mental. Nos momentos em que disse que ela podia me mandar mensagem e me telefonar, se necessário, ela pareceu visivelmente aliviada, ainda que não tenha recorrido a esta possibilidade. A alternativa de comunicação proporciona acolhimento. O mesmo se reproduz quando vou vê-la mais uma vez e ela me questiona se vou trabalhar depois. Digo que “vim a trabalho, vim te ver”, ao que ela pergunta, se eu tinha mais atividades depois no hospital. Respondo: “não, hoje não, vim te ver”. Dolores parece visivelmente grata, mas ao mesmo tempo encabulada. Minha fantasia era que ela se perguntava: será que eu mereço ou posso tanto? E, ao mesmo tempo, havia um certo receio de que eu desaparecesse, como todos os que ela amou e acabaram morrendo. Nesse momento cabe retomar o modo como se deu o processo de toda a análise, o caminhar lado a lado até a sala de atendimento. A impressão que tenho hoje é que este foi um processo de elaboração, meu e dela, de um contato e de um cuidado. E em resposta ao trabalho, Dolores me disse: “é difícil vir aqui porque aqui na psiquiatria, e mais ainda com você, eu tenho que pensar e falar coisas que às vezes preferia esquecer, mas daí saio daqui e me sinto melhor”.

Ainda sob a ótica do cuidado e retomando o que foi o tratamento, existiam questões orgânicas presentes a serem tratadas. Com isso, estabeleceu-se, para além da assistência na endocrinologia, a decisão tomada em equipe: o braço deveria ser cuidado no ambulatório uma vez por semana. Em casa ela o fazia com um zelo exagerado. Em suas palavras, “limpo muito bem, até sangrar”, certamente se prejudicando. Em contrapartida, relatava que há anos não lavava o braço, paradoxos e atitudes que aos poucos em sua análise puderam ganhar palavras e espaço. A possibilidade de ter uma enfermeira no hospital que lhe pudesse dispender atenção e ensinar como fazer o cuidado adequado foram situações imprescindíveis para oferecer contornos e associações/conexões na análise, tais como as semelhanças de seus ferimentos com os de sua irmã que morrera quando criança, a postura torta como a de sua mãe etc. De qualquer forma, existia ainda uma experiência vivida por ela de uma intensa agressividade que não podia ser expressa, mas que ganhava relevo nos pedidos quando ia a ortopedia e demandava que lhe cortassem o braço e quando passava dias sem trocar o curativo.

O que será contado a seguir refere-se a uma reconstrução confusa em minha memória, tudo parece pouco nítido, o que parece, de novo, relevante para o caso. Desde a obtenção da aposentadoria, o que culminou com o acidente do marido que estava

dedicando-se à construção do que seria o restaurante e a pousada, Dolores começou aos poucos a se distanciar da análise. O marido caiu de um andaime, quebrando de algumas costelas, um braço e uma perna. Dolores deslocou-se para a cidade para auxiliar e cuidar do marido. Afastou-se duas semanas dos atendimentos e, quando retornou, enalteceu a importância que o tratamento tinha em sua vida e o quanto ter ficado sem as sessões lhe fora difícil. Apesar do relato e do reconhecimento de meu trabalho, sentia que algo havia se perdido e retornávamos às primeiras sessões, sendo apresentadas uma a outra, novamente. Quando encerramos o atendimento após ela dizer, mais uma vez, que já teria falado o suficiente, assim que me despedi, fechei a porta e chorei. Era a primeira vez que isto acontecia e a sensação era de um enorme cansaço e de que o processo teria que ser recomeçado. A melhor definição para nomear aquele instante era a perda da intimidade, não me ocorre outro modo de narrar o que se passara. Algo se esvai, sobra a impotência. Apesar disso, em nenhum momento me pareceu uma despedida.

O horário da sessão seguinte quase coincidiu com o do atendimento psiquiátrico, de modo que ela parecia ainda mais desconectada da nossa relação. Mobilizada pelas sensações questiono, a princípio sem entender a razão, se ela dançava. Dolores recorda-se de cenas que se deram antes do seu adoecimento, em que ia com o marido ao forró, do quanto eram instantes felizes e nos quais se sentiam mais próximos um do outro. Caracteriza como um período em que ria bastante. Valho-me de suas palavras para comentar o que parecia ter ocorrido conosco, uma desconexão, um afastamento, e que era preciso, quem sabe, como na dança, encontrarmos o ritmo novamente. Depois, em supervisão, discutiu-se a afirmação feita a paciente, em que o sentido oferecido, ainda que não dito com tais palavras, era que “ou ela dançaria comigo ou dançaria com o marido”. A última sessão realizada com Dolores confirma tal escolha, ainda que eu não soubesse disso a priori. Ela vem para o atendimento contando que o marido ainda precisaria de sua ajuda e que ela deveria viajar de novo. Suas últimas palavras foram as seguintes: “eu não quero ir, não tenho vontade de voltar lá, ainda mais agora sem painho e mainha, mas...tenho que ir. Não tenho escolha. Depois eu volto, daqui umas duas semanas”. Não vi mais Dolores e o contato também não foi mais possível. Aguardei algumas semanas, supondo que ela poderia estar na cidade em função do esposo, mas sem retorno eu telefonei. O telefone não atendeu nas diversas tentativas feitas em dias variados. Enviei então uma mensagem em que dizia que gostaria que pudéssemos ter mais uma conversa, para dar continuidade ou fazer um fechamento do nosso trabalho. Apesar de lida a mensagem, não houve qualquer retorno. Diante disso resolvi respeitar a

sua decisão. O psiquiatra telefonou para a cunhada no dia de consulta marcada, em que Dolores não apareceu, evento muito raro. A cunhada informou que Dolores retornara à cidade de origem e que contou a ela a decisão de seguir o tratamento lá. Quando esta questionou o retorno ao HC, Dolores disse que estava marcado para dali a 3 ou 4 meses. Não tivemos mais notícias.

No tratamento analítico ela não era mais a paciente factícia que chegara ao SOMA, mas era Dolores, uma pessoa que sofria com as perdas, com os vínculos, mas que pode falar de si, contar suas dores e histórias e, aos poucos, cuidar de si mesma. Não era mais apenas um corpo, um braço infeccionado. Quando foi embora ainda existiam feridas, mas aos poucos estas iam se fechando, não apresentavam mais pus como de início e nem mais sangramento ou o forte odor de carniça. É provável que leve anos até que este braço se recupere, quem sabe nunca ocorra por completo, mas ganhos importantes devem ser reconhecidos. O término do percurso analítico pareceu remeter mais à aproximação e ao vínculo, a despedida pode ser feita como se o tempo de afastar-se fortalecesse o que a aproximação permitiu. As poucas palavras, a confusão das últimas sessões e a dificuldade em nomear os momentos finais foram marcantes. Foi como um pacto, um pacto com a morte, com o mortífero, com a transferência e com a contratransferência. Sim, Dolores pode me colocar na gaveta, talvez seja preciso, talvez ela queira arrumar outras fotos e tirá-las algumas vezes de lá. Por enquanto, este deve ser o meu lugar. Como na poesia *Confidência do Itabirano* de Andrade (1967, p.101-102): “Itabira é apenas um retrato na parede. Mas como dói”.

CASO F. – Nunca parece tarde para (re)começar: “Não posso sentir prazer”

Senti minha mente se partir –
 Como se meu cérebro se dividisse
 Tentei juntá-lo parte por parte –
 Mas não encaixava²
 (Dickinson, 2012, p.1211)

Eu poderia falar da Margarida, uma criança de cerca de oito anos que, como tal, adora brincar. Faz isso, sobretudo à noite, na cama antes de pegar no sono, com a sua cachorrinha.

Eu poderia falar da Camélia, uma mulher que adora poesia, é romântica e muito sensível. Costuma magoar-se facilmente se alguém conversa de modo mais incisivo ou fala mais alto com ela. Tem uma habilidade na escrita que impressiona a todos os que já leram seus textos no computador ou em cadernos que ela deixa por aí.

Eu poderia falar da Açucena, que é uma mulher decidida, sensual e capaz de conseguir tudo o que quer de um homem, já que sabe como enlouquecê-lo na cama. Sabe o que os homens desejam. Não tem vergonha de dizer do que gosta e o que precisa para obter prazer. Quer fazer sexo de forma frequente e tem “um fogo difícil de ser apagado”.

Eu poderia falar da Rosa, mais conhecida como Rosinha. Uma mulher que sabe cozinhar como ninguém e tem uma maravilhosa aptidão na cozinha. Nunca ninguém precisou lhe ensinar uma única receita. O que ela se dispõe a fazer, todos elogiam. Nunca erra um prato mesmo que nunca tenha feito.

Eu poderia falar da Violeta, uma mulher que expressa tudo o que sente, mas faz isso de forma exagerada e agressiva. Por vezes, chega a magoar quem estiver por perto. É intensa em tudo o que deseja fazer. Para o bem ou para o mal. Não leva desaforo para casa. Todos lamentam e repreendem seu modo de agir, principalmente porque ela é sempre imprevisível.

² I felt a cleaving in my mind – As if my brain had split / I tried to match it – Seam by Seam – / But could not make it fit.

Eu poderia falar da Magnólia, mas pouco ouvi dela, além de que ela existe. É uma mulher que sofreu muito, principalmente depois que o marido enfartou, com um sério problema de saúde, há cerca de 15 anos.

Mas, de todas estas eu escolho mesmo falar da Flora. Porque esta é a que se apresenta a mim, quem eu conheço e encontro há três anos semanalmente. Ao meu ver, a mais interessante, sem dúvida. Pode-se perguntar se as outras não teriam elementos relevantes para serem aqui relatadas com maiores detalhes ou que tipo de escolha seria essa feita por mim? A minha decisão em falar mais sobre ela é diferente da atitude dos que a cercam que, em geral, querem saber mais das outras mulheres do que de Flora. A curiosidade inclui muitos: os amigos, a família mas, sobretudo, os profissionais. Médicos, residentes e analistas referem-se a ela justamente por meio do que representa o seu maior sofrimento, isto é, a presença das personalidades e o fato de ela não ter condições de recordar-se o que se passou e o que fez, enquanto não estava em plena consciência. A pouca referência aqui em São Paulo que digam respeito a este transtorno torna o caso muito mais curioso, algo que se lê muito mais na literatura e textos norte-americanos. Quando alguém tem dúvida de quem seria Flora a um dos especialistas responde “a paciente das personalidades”, rapidamente ela é identificada. Eu mesma devo admitir que as outras parecem servir como um “cartão de visita” e despertam uma imensa vontade de descobrir como se dá este processo subjetivo, o que ela sabe a este respeito etc. Este foi o impulso que me levou atendê-la, mas logo isso deixou de ser relevante. Mais ainda, as mulheres que não Flora, perderam a graça.

Já tinha sido de certa forma apresentada a Flora anos antes. Eu a conhecia, mas ela não sabia de minha existência. Uma mulher com mais de 50 anos, que frequenta o ambulatório desde 2011, e na ocasião era atendida por uma colega. Escutava sobre ela com muito interesse nas supervisões e reuniões clínicas, mas não tivera a chance de atendê-la quando foi admitida no SOMA, o que me gerava sempre um sentimento de frustração por não ser eu quem estava a escutar o que ela teria a dizer. Flora permaneceu com a terapeuta anterior por cerca de três anos, mas o tratamento foi encerrado depois que a profissional, por escolhas pessoais, decidiu passar um tempo fora do país, na França. A colega propôs a Flora duas alternativas: continuar com outro terapeuta ou aguardar o retorno previsto para depois de seis meses. A paciente, que dizia não aceitar bem mudanças, optou pela segunda alternativa e esperou os meses seguintes com ansiedade.

Flora havia apresentado ganhos importantes com os atendimentos e não perdia mais a consciência como antes era frequente. Mas, ela viu tudo isso ruir e ter uma piora substancial quando recebeu duas notícias: primeira, sua cachorra, com quem tinha uma forte ligação seria castrada e foi advertida sobre a chance de sequelas caso a cirurgia não corresse da melhor forma; segunda, a sua psicóloga, passados os seis meses, retornou para comunicar que os seus planos foram alterados e que com isso, ela permaneceria no exterior por mais tempo do que o previsto. Foi em meio a este cenário que os sintomas que a trouxeram ao SOMA retornaram.

Quando inicio as entrevistas com ela, alguns meses já tinham se passado desde a piora de seu quadro dissociativo. O psiquiatra junto com a residente mostravam-se preocupados. E se dirigiram a mim na expectativa de ajudá-los. Era a chance de, enfim, poder estar diante de alguém de quem tanto ouvira falar. Aliás, se ela chegou ao SOMA em 2011, a sua história institucional é de longa data. Mais de treze anos no IPq, chegou inclusive a ser atendida pelo atual psiquiatra em sua época de residência. Se eu tinha uma enorme expectativa em que ela me contasse sobre si, ao mesmo tempo um fantasma me assombrava. Eu pretendia dentro de alguns meses ou quando fosse possível, fazer o meu doutorado sanduíche, justamente no mesmo país para o qual sua antiga terapeuta fora. Ainda assim, decidi atender e exorcizar a ideia de que o caminho seria o mesmo, que interromperíamos o tratamento quando eu conseguisse o estágio. Até porque, apesar do meu enorme desejo de viajar, tudo ainda era muito hipotético. Não cabia antecipar as coisas. Reconheço que apesar da decisão em não verbalizar sobre tal possibilidade, algo já se passava comigo, uma apreensão e um temor. É claro que tinha a ver com as minhas angústias, mas também se referia a algo mais. Algo que eu mesma não sabia exatamente o que mas que poderia ser lido pela via do traumático e que me fazem pensar que os termos exorcizar e temor são justamente os melhores para tentar identificar algo que eu mesma não tinha ideia da intensidade. Mas sabia que estava assombrada pela minha eventual partida que, apesar de incerta, eu torcia para ocorrer.

A escolha do silêncio, apesar do barulho subjetivo que isso parecia produzir em mim mesma, configurava uma decisão importante. De algum modo me faziam lembrar o texto de Ferenczi (1916), nomeado como “o silêncio é ouro”, que embora não dissesse respeito exatamente a isso, ajudava mais uma vez a não me precipitar e a imaginar, talvez para que eu mesma me acalmasse, que na hora certa tomaria a melhor decisão. Também chama atenção o fato de que tudo isso se dera no início do tratamento e eu

mesma, em nenhum momento, aventei a possibilidade de que, por qualquer outro motivo, a análise com ela poderia ser interrompida, por ausências de Flora, por uma falta de empatia de uma das duas etc. Mas não. Tudo parecia muito claro, havia uma certeza de que o trabalho iria seguir até o dia em que eventualmente eu tivesse que embarcar. Com isso, era preciso acreditar que, no caso dela, a cada encontro terapêutico uma nova oportunidade se configurava, pois novos sentidos se instauravam para sua história e outras narrativas estavam sendo criadas. Ao longo destes anos, nunca tive contato com nenhuma das pessoas que mencionei. Isto é, não conheci a Margarida, a Camélia, a Açucena, a Violeta, a Rosa, a Magnólia. Soube delas porque Flora me contou, portanto, não conheço nenhum dos seus alteres. Apesar disso, até hoje tenho dúvida se, em uma de nossas primeiras entrevistas, Flora estava dissociada. Explico-me: no nosso segundo encontro, ela rapidamente me conta coisas muito íntimas e depois, na semana seguinte, portanto no nosso terceiro encontro, afirma não lembrar de nada do que fora dito na semana anterior. Não sabe sequer se compareceu. Digo apenas que sim e que ela me contou coisas importantes. Por que será que não se lembrava? De qualquer modo, nesse momento fui cautelosa. Ainda estávamos nos conhecendo. Não seria o caso, mais uma vez pensava eu, de antecipar nada, nada que ela não estivesse preparada para me contar. Admito que por diversas vezes eu revivia em minha mente, questões que aludiam a seguinte natureza: se eu poderia me apressar ou se era o *timing* certo para dizer. E mais do que isso, em meio a todos estes devaneios uma dúvida frequente se colocava: ela mencionava coisas as quais, em um segundo momento, parecia referir de algum modo ao mesmo conteúdo, mas sem contar-me, relatando apenas que não estaria pronta para me contar coisas tão íntimas. Eu imaginava, assim que isto já havia sido feito. Caso fosse verdade, teria ocorrido por outra mulher que não Flora. O que me impunha um novo embate: partilhar ou não estas minhas sensações com ela? Seria outro *alter* que comparecera à sessão para me falar de conteúdos com relação aos quais ela mesma não se percebia confiante? Se por um lado me sentia desonesta em não mencionar, por outro me ocorria que eu talvez estivesse apenas um tanto quanto perseguida pela hipótese de que eventualmente, alguma outra mulher pudesse me parecer mais atraente, como outras pessoas achavam. O que me levava a pensar que se isso fosse verdade, talvez pudesse soar para Flora como uma traição. Mais uma vez optei por aguardar. Se o que fora relatado de início era uma memória partilhada por nós, isso em algum momento poderia ser recuperado caso fosse necessário. Se fosse um sentimento paranoico em alguma medida ou uma insegurança, talvez só dissesse

respeito a mim, ainda que tivesse sido produzido com ela, portanto, não convinha mencionar. E, caso se referisse a um segredo, era de uma outra mulher, Açucena quem sabe, e então dizia respeito a ela e não a Flora. De qualquer forma, algo me fazia acreditar que falar com ela sobre isso não me parecia a melhor opção. A hipótese em alguma medida era que a traição daria notícia que ela perdera algo e mais, de que todas as vezes em que teve alguma coisa perdida em sua história, ela pagou com o corpo, com a subjetividade, com a presença de mais uma nova mulher. Em diversas sessões, eu parecia neste embate o conteúdo por ela não suportado, parecia ter sido dirigido a mim e eu não sabia o que fazer com ele. Em termos elementares era como se eu tivesse que segurar uma “batata quente” e que eu fosse até capaz de definir o que fazer, deveria passar de uma mão a outra para evitar me queimar. Neste meio tempo, eu elaborava o melhor a fazer. O que não parecia ser uma solução era confrontar a ideia e questioná-la se aquilo que eu imaginava ou recordava ter ocorrido nas primeiras sessões fatos verdadeiros ou relatados por Flora. Com isso, eu parecia demonstrar, de algum modo que, pouco a pouco, ela poderia me contar as suas angústias e sofrimentos e que eu não iria desaparecer ou ir embora. Não se tratava, portanto, de revelar o material oculto. Tratava-se pouco a pouco dela ir descortinando o que tinha dentro de si, o que podia me contar e descobrir relativamente a mesma.

Relatou que não conhecia as outras personalidades. Tinha informações apenas por registros escritos que elas deixavam ou porque o seu marido ou filha lhe contavam. Ela mesma quando perdia a consciência era incapaz de saber o que tinha se passado, tinha apenas a ideia de perder a noção do tempo e em geral levava horas até que fosse capaz de se recobrar. Apesar disso, diz: “é como voltar de um sonho, como acordar”. Não se sentia cansada. O cansaço era um indicador importante, pois conseguia diferenciar dos momentos em que recebia uma “Baiana”, um espírito que aparecia para adverti-la de algo. Bem diferente dos casos de seus alteres. Nestas ocasiões, mesmo que não soubesse o que havia se passado, identificava a presença desta entidade, pois estava sempre à beira da exaustão. Aqui, parece válido pensar que, embora Flora alegasse saber do ocorrido por terceiros e negar ter consciência do que se passou, o modo como ela mesma escolhe contar é por meio do sonho. Uma escolha curiosa porque para sonhar é preciso um autor e, portanto, não existe sonho sem sujeito.

Ao longo destes anos partilhamos muitas coisas. Houve instantes mais delicados e de maior angústia por parte de Flora. Ela se queixava da falta de reconhecimento em casa, trabalhava demais para deixar tudo em ordem e sentia-se só. Referia-se a uma

constante ameaça de que um dos alteres "assuma seu lugar e que não volte mais". E queixava-se muito magoada do marido apreciar as outras personalidades, dizendo que as valorizava, pois "fazem parte da família". Dizia que ele aproveitava o melhor, transava com a Açucena, comia a comida da Rosinha e para ela nada sobrava. Sentia-se traída. Quando fala de cada uma das mulheres refere-se a suas ações e aos verbos (brincar, escrever, seduzir, falar, cozinhar) como se elas fossem detentoras de sexualidade e de libido. Já para ela... Sentia que pouco sobrava a não ser a punição e o receio de que se tivesse prazer em algo, poderia perder. Mantinha-se fixada aos traumas que não puderam ser elaborados.

Flora falou de mágoas e de tristezas significativas. Tinha medo de sumir e falava sobre as dificuldades que tinha na relação com o esposo, sobretudo do ponto de vista sexual. Relatou que por muito tempo tiveram uma vida excelente, viveram tudo de forma muito intensa, mas que tudo foi interrompido após colocar o silicone nos seios e ficar meses sem conseguir sair da cama, depois da desaprovação do marido, que dizia preferir seu corpo como era antes. Esta foi uma das possíveis explicações que encontrou e depois foi substituída pela ideia de que tudo desapareceu quando o marido decidiu interná-la no IPq. Ela estava agressiva, segundo conta, passou cerca de três dias sem ter consciência dos fatos e quando deu por si, estava na enfermaria e o esposo alegava que estava confusa por conta do remédio que tomava constantemente para emagrecer, por isso a levou ao hospital e os médicos decidiram interná-la.

Numa reconstrução que fez mais recentemente, uma nova possibilidade apareceu para explicar este período e a decepção com o marido. De acordo com Flora, ela teve esta lembrança assim que o marido lhe propôs ir ao litoral norte passar uns dias. Recordou-se que quando a filha era pequena, iam com frequência passar férias lá, na casa da cunhada. Em uma das vezes teve uma discussão com o esposo e resolveu sair do apartamento para dar uma volta. Quando se deu conta estava no ônibus, de volta a São Paulo, com dez reais na bolsa, já tarde da noite. Ao chegar em casa, ele estava com as crianças e não lhe perguntou nada, não foi atrás dela. Sentiu-se muito decepcionada, ao ponto de não se lembrar mais disso por anos e diz agora que parece difícil confiar nele. Uma recordação que surgiu em análise e que até então estava impossibilitada de ser acessada, uma saída ao que tudo indica de uma dissociação e separação entre o acontecimento e o afeto. Elementos que indicavam que, aos poucos, Flora diminuía as suas reservas e se permitia contar mais a respeito de suas dores, eu passava, portanto, a

um lugar de parceria e, com isso, era possível ela me contar de seus afetos mais duros e construir uma narrativa que permitisse acessar o campo pulsional.

Há cerca de dez anos não tinha relação sexual e referiu-se ao fato de que gozava em sonhos muito raramente e o que começou a acontecer depois que passou a falar sobre os medos, desejos e fantasias. Uma história permeada por traumas desde a infância culminando na criação dos *alteres*. Fenômeno já explicado pela literatura. Tentativa de suicídio do irmão com uma arma, interrupção dos estudos por decisão dos pais, ameaça de uma amiguinha de contar um segredo ao irmão mais velho e muito bravo, briga com uma grande amiga que resulta numa separação definitiva, infarto do marido, a castração da cachorra e os riscos da cirurgia, término da análise com a terapeuta anterior. Circunstâncias diferentes, mas todas muito delicadas e que geraram fragilidade e não permitiram outro modo de enfrentar.

Com o tempo as personalidades aparecem, bem menos do que antes, mas ainda se fazem presentes. Em meio à relação que construímos juntas, Flora pode perceber que ela me interessa mais do que qualquer uma das outras (*alteres*). A confiança foi se solidificando pouco a pouco conforme quis saber o que ela mesma tinha para me contar, não o que contaram a ela. Também contribuiu para o vínculo, quando de posse da decisão de passar seis meses fora, fiz a proposta de atendê-la por Skype. Num primeiro momento teve um susto com a notícia, ficou apreensiva com a possibilidade de eu não aparecer ou não ter tempo para atendê-la, depois isto ganhou contorno e falou da imensa gratidão que sentia. Um manejo arriscado, mas que também ofereceu elementos que me permitiram perceber que algo havia se transformado, se antes o medo vivido por Flora era de que ela sumisse e outra mulher ocupasse o seu lugar, com a transferência este receio foi atribuído a mim. De que eu poderia não mais estar ali para ela, de qualquer forma, indicava de algum modo que ela não estava mais tão presa ao próprio corpo como no início da análise. Indícios de disponibilidade e preocupação de minha parte ressoaram para ela de forma significativa. Assim, quando estava muito mal e sem condições de esperar até a semana seguinte, me ligou chorando e propus que viesse em meu consultório deixando clara a excepcionalidade da situação, mas demonstrando que eu tinha ideia da sua angústia e da urgência de seu sofrimento. Situações e alternativas que foram feitas, naquelas circunstâncias e como uma aposta ímpar para uma transformação do seu sofrimento e, eventualmente, de seu sintoma. Uma tentativa que, em alguma medida, aludia à lógica de que nem toda experiência precisaria ser repetida. Ela não tinha sempre que perder, mesmo que a situação lhe soasse adversa. Ainda que

os atendimentos pela internet tenham se mostrado muito frutíferos e proveitosos, produziam também consequências que não podiam passar despercebidas. Por quase metade do tempo, ela ficava na expectativa de que eu me esquecesse dela ou decidisse não aparecer e, com isso, confirmar as suas hipóteses e temores mais negativos. Aos poucos e com o passar dos meses e a frequência das sessões, ela parecia visivelmente mais relaxada, eu podia estar presente ainda que estivesse ausente. Ela pouco a pouco era capaz de se apropriar das coisas boas que foram sendo construídas conosco, isto é, da minha constância e da possibilidade de contar comigo. Referia-se então a uma intensa ansiedade em esperar pelas quartas-feiras. Cabe ressaltar aqui também que eu fiz uma escolha de manter as sessões mesmo por Skype no dia habitual, parecia-me importante preservar isto e denotava um cuidado em meio às mudanças.

Eu parecia oferecer a ela uma possibilidade de construção diferente das relações anteriores que ela vivera e independente das suas convicções, que consistiam em acreditar que: “as pessoas ganham de mim e quando eu não sirvo mais, quando não vão ganhar ou aprender mais nada comigo, elas me abandonam”. Sem dúvida aprendo muito com Flora e certamente ela sabe disso. A cada dia ela fortalece mais a ideia de que a troca do novo residente é algo menos doloroso, mas parece ainda muito difícil encontrar no corredor a antiga terapeuta que voltou de viagem. Retomou os exercícios na expectativa de melhorar a forma física que já oscilou bastante. O corpo parece sempre estar em cena, quer seja com a Açucena, com as liberdades sexuais vividas no passado na cama com o marido ou com as impossibilidades do presente, quando está consciente. Percebe a cada dia que não existe fórmula mágica e nem reposição hormonal, como ela já imaginou para solucionar a sua falta de excitação. Hoje conversa mais sobre sexo, sobre as fantasias e vontades e assim é capaz de dialogar com o marido, que a convida para irem ao motel ou tomar banho juntos semanalmente. Ainda não aceitou, mas brincam a respeito e mesmo que a intimidade aconteça entre eles com ela alcoolizada, Açucena não precisa mais comparecer para experimentar estar nua com o marido, aceitar uma massagem, dar um beijo ou fazer um carinho. Mesmo que Flora não se recorde por completo o que fora vivido no dia anterior, sabe que era ela quem estava lá.

Quando a escuto nas sessões pareço estar diante de uma menina que me conta as aventuras de sua sexualidade adolescente, de seu corpo e de seu parceiro. Parecem estar às vésperas de sua primeira relação sexual. E talvez seja isto mesmo para Flora, que sempre reproduziu a ideia de que “não posso sentir prazer, sempre que eu gozo passo meses na geladeira, preciso me segurar”, ela está dia a dia descobrindo novas formas de

prazer. Distanciando-se cada vez mais da lógica de que o prazer esteja ligado à punição, como fora ensinado desde cedo a ela, em casa, nas brincadeiras infantis ou com o primeiro marido. E afastando-se da lógica segundo a qual o sexo seria sujo ou impróprio e que pouco a pouco foi limitando qualquer modalidade de prazer (sexual, afetivo, laboral, social, financeiro) a ponto de se restringirem por muito tempo a comer, a tomar café e a fumar. Convém assinalar que os relatos de conteúdos sexuais começaram a tornar-se mais detalhados à distância e por Skype. Passou também a me contar os sonhos que tinha, coisa que há tempos não ocorria, ainda que ela pouco fosse capaz de se lembrar do conteúdo, sabia que acordava excitada e imagina que o seu marido precisava nestes momentos procurá-la e perceber o seu desejo sexual. O que exigiu muito diálogo. Flora supunha que o esposo, a filha, eu, o residente, já tínhamos entendido ao que ela se referia, pensava e sentia sem que isso fosse necessário ser explicitado por ela mesma. Era preciso fazê-la entender que não, que muitas vezes todos os temores que ela tinha com o corpo e o envelhecimento também eram sentidos pelo companheiro. Mas como ele se valia do humor e das brincadeiras, isto a fazia supor que ele fosse bem resolvido nestes aspectos. Algo semelhante ocorria com a filha que, com o início da vida profissional, acabou por se distanciar dela e quase não tinham mais a mesma intimidade. Ela entendia isto como um descaso. Tais aspectos foram os mais difíceis de serem assimilados e partilhados com a filha, uma vez que Flora tinha uma convicção de que ao engravidar nunca mais ficaria sozinha. O vínculo com o residente se dava numa expectativa de que ele deveria identificar as possíveis transformações dos sintomas, pois nela permeava uma fantasia de que caso não necessitasse mais tomar o remédio, logo teria alta. Muitas vezes referia na análise que tomava a medicação sem necessidade, pois temia ser dispensada, não dividindo com o residente o que de fato estava acontecendo. Comigo as coisas não eram muito diferentes: como ela não me dizia muitas coisas, com cautela, eu precisava deduzir e nomear o que ela poderia estar sentido ou pensando. Uma hipótese que deveria ser verificada.

Sem dúvida o trajeto parece longo, mas já consegue dizer ao psiquiatra que não toma os remédios do modo como é prescrito e pouco a pouco a sua vida parece integrar-se mais e mais. E também pode nomear os espaços, diferenciando-os. E dizer, por exemplo, que no espaço da sessão comigo “consigo ser eu mesma, tenho medo de parecer chata ou de só reclamar, mas sei que preciso ser sincera. É o único lugar que posso ser 100%”. Com os psiquiatras confessa: “tenho medo de frustrar as expectativas deles, então não conto tudo, omito informações para que eles não fiquem chateados,

tenho medo que me deem alta”. Ou seja, de novo ela parece anunciar o seu receio de que o outro desapareça e não se interesse mais por ela. De qualquer modo, a insegurança não está mais tão voltada a ela mesma e à possibilidade de que alguma outra mulher tome o seu lugar. Cabe assinalar que desde o início da análise comigo, nenhuma nova personalidade precisou ser criada. Não se sabe até quando, mas não por enquanto. Ao menos esta nova personalidade, se assim se pode dizer, não foi criada com ela dissociada, mas ela vem construindo modos no espaço analítico que permitem recriar uma nova Flora, mais integrada e a par de seus medos, anseios, pode falar sobre eles e arriscar-se mais. Sendo capaz inclusive de buscar receitas na internet e ela mesma fazer um prato, mesmo que nunca tenha tentado o que antes lhe parecia impossível e ficava sob responsabilidade de Rosinha, por exemplo. Quando defini os nomes das *alteres* e da paciente para contar o relato, não sabia ao certo o motivo pelo qual escolhia flores para retratar cada uma delas. Ocorreu-me apenas um recurso que aludisse a uma repetição, isso porque, em sua vida, todas as mulheres, que se multiplicaram, possuem nomes que começam com a mesma inicial de seu nome oficial. Agora tenho presente que minha escolha referiu-se tanto ao caráter da multiplicação (a fertilidade para fazer surgir as mulheres) quanto à capacidade de florescer, germinar, geminar, e gerar flores, portanto à Flora.

De fato, a psicanálise e a literatura têm muito a ver com a natação.
A psicanálise é em certo sentido uma arte da natação,
uma arte de manter à tona no mar da linguagem
pessoas que estão sempre fazendo força para afundar.
E um artista é aquele que nunca sabe se vai poder nadar:
pôde nadar antes,
mas não sabe se vai poder nadar da próxima vez que entrar na linguagem.
(Piglia, 2004, p.56)

2. INTRODUÇÃO – ESCREVER PARA COMPREENDER

A Apresentação feita no início do texto invocou uma raiz do interesse pelos problemas aqui tratados. Frases contundentes que exprimem dores a serem entendidas e apelos a serem ouvidos. Histórias que ganharam circunscrições de casos clínicos, exemplares (não modelares), em certo sentido e tanto quanto é possível usar os termos em nossa área. Agora, na forma de Introdução é refeito o percurso que permitiu chegar à proposição da tese e ao problema da pesquisa incluindo, por opção, explicitar a convergência dos aspectos da minha formação nas dimensões teórica, acadêmica, clínica e prática.

2.1. O PERCURSO CLÍNICO E A REALIZAÇÃO DO MESTRADO

Em 2009, ao concluir o Aperfeiçoamento em Psicopatologia e Prática Clínica em Saúde Mental no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP), fui convidada por uma amiga para participar de um serviço que estava sendo criado. Ela mesma pouco sabia sobre o que significava exatamente ou quais seriam as nossas responsabilidades, mas sugeriu que se eu tivesse interesse no trabalho lá com a psicanálise, eu deveria procurar, Bruna Bartorelli, a psiquiatra responsável. Não hesitei, fui no dia e horário marcado para entender melhor do que se tratava. Aquele era o Ambulatório de Transtornos Somatoformes, mais conhecido como SOMA, que há nove anos funciona às quartas-feiras no IPq. O grupo era pequeno, contava somente com cinco residentes de primeiro ano, uma psiquiatra e um neurologista na época do meu ingresso, tal como citado anteriormente. Acompanhei os atendimentos e as discussões para entender em que consistia aquela patologia. Logo houve a necessidade de compreender mais a respeito, o pouco que sabia era que os transtornos somatoformes (TS)³ incluíam pessoas com queixas inespecíficas do ponto de vista orgânico, mas que apresentavam sintomas corporais agravados por causas psíquicas.

³ Destaca-se que a tese, de modo geral, utilizará o diagnóstico corrente hoje na literatura, isto é, Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados. No entanto, continuará fazendo menção aos Transtornos Somatoformes, respeitando as publicações que se valem de tal termo e o nome do ambulatório.

Como o que pesquisara previamente sobre a questão não havia sanado uma série de dúvidas, desenvolvi um projeto de mestrado cuja finalidade foi aprofundar o estudo acerca dos pacientes diagnosticados como TS e seus sofrimentos. Este projeto implicou em ampliar a análise para diversas dimensões do campo científico e de suas atividades e confrontos. A dissertação, defendida em 2014, tornou-se o livro *Sofrimentos psíquicos: as lutas científicas da psicanálise e da psiquiatria pela nomeação, diagnóstico e tratamento* (Editora Zagodoni, 2015)⁴.

De início, havia a necessidade de entender e averiguar em que consistiam os sofrimentos⁵ que eram nomeados pela psiquiatria como Transtornos Somatoformes. Até porque ouvia comentários de que os pacientes eram histéricos, mas algo parecia confuso: como eram histéricos se eram atendidos com base nos manuais psiquiátricos? Assim, optei por realizar uma investigação mais sistemática do tema e logo aquilo se tornou um problema de pesquisa, pois os próprios psiquiatras com quem tive a chance de conversar pouco sabiam sobre o surgimento da nomenclatura do ponto de vista histórico, mas reconheciam a base psicanalítica na menção do termo histeria. O desejo de prosseguir com os estudos sempre esteve presente, mas o intuito era criar uma pesquisa que servisse para a minha prática enquanto profissional e que pudesse também, de algum modo, se estender para outras experiências que não apenas o SOMA e a instituição hospitalar. Saber que outros profissionais tinham dúvidas quanto à história do diagnóstico foi um grande incentivo. Associada, havia a preocupação genuína, em conhecer o que era relevante sobre os pacientes que tratava e em como conversar com outros profissionais, sobretudo médicos e psiquiatras. Tendo já feito parte de outras clínicas e especialidades médicas como psicóloga, era frequente a sensação de estranheza, pois a entrada nada tinha a ver com o sentimento de pertencimento à equipe. Sabendo disso entendi ser preciso um esforço para conseguir assimilar um pouco do conteúdo e das características que compõem o transtorno, de acordo com a psiquiatria.

Para além da preocupação com os pares e interlocutores, a intenção não era realizar uma investigação médica, pois não tenho tal formação. A possibilidade de encontrar a histeria como ponto de apoio nos estudos permitiria fazer confluir a

⁴ O mestrado foi realizado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), no Departamento de Psicologia Clínica, sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria Abigail de Souza, com o apoio do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

⁵ Deve-se sublinhar o exame detalhado feito por Dunker (2015) em seu livro **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**, publicado pela Boitempo, no qual assinala: “Sofrimento não é sintoma, e sintoma não é mal-estar. Há sintomas que parecem absolutamente imunes ao sofrimento, ou melhor, que produzem sofrimento real apenas aos que os cercam. Mas aqui é preciso localizar uma forma específica de patologia do reconhecimento que se caracteriza pela indiferença ao sofrimento que causamos aos demais. Por outro lado, há formas de sofrimento que parecem continuamente à espreita de um nome que enfim as capturará” (p.188).

psiquiatria e a psicanálise, de modo a fomentar o diálogo interdisciplinar, bem como aprofundar os estudos psicanalíticos. Conforme a pesquisa de mestrado avançava ficou notória a contribuição possível ao campo de saúde mental. Dada a necessidade de responder ao problema, isto é, quais eram as aproximações e distanciamentos entre a histeria e os transtornos somatoformes, fez-se imprescindível ler diversos textos e artigos técnicos. A importância de tal esclarecimento não consiste somente em algo pontual e didático, mas considera-se que a compreensão do diagnóstico é o que determina os passos a serem concretizados e que, portanto, conduz o tratamento. Defende-se assim que o entendimento minucioso da questão diagnóstica, que se inicia com as anamneses (em psiquiatria) e com as entrevistas preliminares (na psicanálise) é fundamental para a prática. Admite-se, com o desenvolvimento da pesquisa, que muitos profissionais, mesmo fazendo uso de nomenclaturas ou de diagnósticos, seja em psicanálise ou em psiquiatria, por vezes desconhecem a história que circunscreve ou define determinadas formas de sofrimento e suas nomeações.

Em 2016, Allan Frances, psiquiatra que liderou a equipe para a criação do DSM-IV nos anos 2000, publicou um livro criticando os excessos diagnósticos e as possíveis implicações para o sujeito decorrentes da prescrição de medicações em série. O autor propõe reflexões importantes acerca de cada uma das nomeações utilizadas pela psiquiatria desde antes dos manuais especializados até os dias de hoje. O autor sugere que o respaldo encontrado pelos psiquiatras atualmente para a identificação do transtorno, já estaria em Freud, tendo sido este, um classificador que apesar de sua excelente contribuição, teve um êxito limitado pela sua situação financeira que não permitiu a disseminação ampla deste trabalho na época. Ainda assim, defende Frances, que o pai da psicanálise foi precursor da psiquiatria ambulatorial quando iniciou a nomeação da neurose e dela advieram fragmentações que, segundo assinalou o autor (2016, p.85-86), separaram “o luto da melancolia, o transtorno do pânico das fobias e da ansiedade generalizada, e ele descreveu o transtorno obsessivo-compulsivo, além dos distúrbios sexuais e de personalidade”. De qualquer forma, de acordo com Frances, a nomeação dos estados de sofrimento é objeto de interesse das ciências há tempos. As investigações científicas buscam conectar as experiências vividas e seus efeitos no decorrer do tempo e, para isso, recursos e avanços sociais, políticos e tecnológicos são mobilizados na tentativa de contribuir para a superação dos tipos de mal-estar. O parâmetro da cultura e do contexto nos quais o sujeito encontra-se inserido é

fundamental. Apesar das padronizações mundiais, que procuram ser cada vez mais apuradas e complexas, discordâncias entre os teóricos ainda podem ser verificadas.

Uma menção explícita aos momentos e instâncias de formação pode tornar mais precisa a compreensão dos modos pelos quais se deu a definição do tema. Cabe mencionar que quando ingressei no curso de pós-graduação no IPUSP, em 2011, a trajetória analítica já vinha sendo trilhada. Não se tratava de ir buscar na pós a formação clínica – psicanalítica. Julgo importante assinalar o percurso desde o ingresso no SOMA e no mestrado, uma vez que os processos aqui citados são essenciais para a escrita da tese que, entre outros objetivos, pretende elaborar uma transmissão da experiência com pacientes que até 2012 eram nomeados pela psiquiatria como Transtornos Somatoformes. Com as alterações nas classificações diagnósticas realizadas em 2013 pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), eles são hoje identificados por Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados, conforme já se comentou. Durante cinco anos (2008-2013) fiz parte de um grupo de estudos no qual foram lidos diversos capítulos, volume a volume, da obra freudiana. Cursei duas especializações, uma em Psicopatologia e Saúde Mental e a outra em Psicanálise e Hospital Geral – (coordenado por Maria Livia Tourinho Moretto) – no Hospital das Clínicas, sendo a primeira no Instituto de Psiquiatria, concluídas em 2009 e 2010, respectivamente. Em 2010 ingressei no curso de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, com quatro anos de duração, para ler, fundamentalmente, os textos de Freud, ainda que outros autores tenham sido incluídos no decorrer do processo. Associadas a estas leituras foram realizadas supervisões dos casos clínicos atendidos fora do Sedes. As supervisões ocorreram em grupo, por três anos e, individualmente, por um ano. Ainda em 2010, integrei e tornei-me membro do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip), coordenado por Christian Dunker, Nelson da Silva Júnior e Vladimir Safatle. A proposta do Latesfip consiste em pensar a noção de sofrimento e de subjetividade tendo como base as raízes filosóficas, sociais e psicanalíticas. Em 2014 comecei com

alguns colegas um grupo de estudos a respeito da noção de trauma na obra de Ferenczi, que foi finalizado em 2016. Data de 2015, minha integração ao Laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição (Lab-Psi) sob responsabilidade de Maria Livia Tourinho Moretto. Também em 2015 participei de outro grupo, ainda sobre a mesma temática, nomeado *Faces do Traumático*, coordenado por Myriam Uchitel (Sedes), que visa pensar o trauma na atualidade e as possibilidades de atuação dos psicanalistas nos contextos sociais. No ano de 2016, com o encerramento do grupo de Ferenczi, meus colegas e eu optamos por estudar casos clínicos publicados por diversos autores de referência na Psicanálise e cotejá-los com a nossa prática.

Ao longo da trajetória de atendimentos no consultório e no SOMA, também se fizeram necessárias supervisões individuais com psicanalistas mais experientes e, ainda, a criação de um grupo de amigos para discutir os nossos casos clínicos, a chamada, por assim dizer, supervisão horizontal. A minha experiência, o mestrado, o consultório e a análise pessoal, foram transformadores e, com o tempo, levaram-me a um contato cada vez mais próximo de pacientes com menor condição de simbolização e histórico de eventos traumáticos. Os amadurecimentos teóricos e pessoais construíram-se na prática profissional e a afetaram de modo significativo. Tenho presente o que alguns pacientes me disseram: “parece que agora você me entende melhor”; ou “ainda bem que você começou a participar mais, esta coisa de Freud em silêncio não é comigo”. O encontro com novos textos e autores permitiu uma maior flexibilidade na atitude profissional, e fez-me lembrar as palavras de Aisemberg et al. (p.21, 2012) quanto aos quadros somáticos graves: “Tratam-se de pessoas que não apenas vem à consulta com uma demanda neurótica tradicional, mas que nos exigem ampliar nossos critérios de análise e que desafiam a nossa capacidade para flexibilizar o enquadre analítico”.

Parece apropriado ainda observar que na concretização da tese, na qual teorias e experiências se mesclam constantemente, as leituras e os casos relatados sofreram transformações *do tempo e no tempo*: do tempo mais longo da formação, no tempo de atendimento dos casos e no tempo da retomada escrita. As compreensões apresentadas só puderam existir a partir dessa mescla e reconhece-se que atendimentos já concluídos poderiam, hoje, ter sido conduzidos de outro modo.

2.2. O PROBLEMA DE PESQUISA

Reconhecendo a importância dos diagnósticos para construir a análise sobre os Sintomas Somáticos, na perspectiva já explicitada, considere que os problemas tivessem sido enfrentados, de modo suficiente, na elaboração da dissertação. No entanto, a partir dali, outras questões se delinearam. O que a prática clínica constata acerca deste tipo de sofrimento é a dificuldade de comunicação entre psiquiatras e psicanalistas, uma vez que, com frequência, o lugar de onde se fala é distinto ao referir-se à psicose e à histeria (neurose), por exemplo. Os equívocos talvez pudessem ser sanados se ambos se dispusessem a compreender com mais afinco a epistemologia que dá suporte a cada lado.

Quanto aos sintomas somáticos relativamente à histeria, pode-se dizer que não coincidindo de modo geral, ainda assim exibem uma similaridade reconhecível em alguns que frequentam o ambulatório: ao se depararem com conflitos e impossibilidades de elaborações psíquicas, recorrem ao corpo como forma de descarga e alívio da tensão em uma metáfora a ser traduzida e desvendada pelo outro. Neste sentido é possível, ao escutar os pacientes, muitas vezes encontrar narrativas e simbolizações similares às descritas por Freud ao longo de sua obra no que se refere à histeria. Em contrapartida, o cuidado necessário é o de reconhecer que nem todos os casos são desta natureza. Tal fato só se evidenciou ao término da dissertação. Não raros são os pacientes que encontram no corpo o único tipo de recurso para escoar suas angústias e para os quais a precariedade simbólica, a dificuldade em nomear seus afetos e sensações estão tão presentes que não se poderia considerar a referência a uma histeria grave. E isto não equivale a dizer que se trata de uma psicose do ponto de vista psicanalítico, ao menos não definido por Freud, pois perda da realidade, tal como afirmou Freud em 1924, não é observada. De qualquer forma, também não significa que as doenças encontradas, tais como sintomas dolorosos, conversivos e de somatização mimetizem doenças orgânicas, nem tampouco que sejam só descargas corporais e sem qualquer tipo de elaboração. Seria o que se pode dizer de casos limites, em que não há a presença clara nem da neurose nem da psicose, mas de relações simbióticas, funcionamentos psíquicos bastante regredidos, dificuldade em construir a narrativa de sua própria história, eventos traumáticos importantes, mecanismos de recusa ou de clivagem presentes, impossibilidade de simbolização, experiências descarregadas no corpo com pouca

elaboração – para não mencionar as sensações despertadas nos profissionais, sobretudo nos analistas. A medida em que o tratamento avança observam-se alguns potenciais e recursos que provavelmente já estavam lá e puderam então aflorar, permitindo evidenciar também um funcionamento neurótico. Situações como as aqui referidas são alguns indicativos que fazem pensar em casos mais graves e na necessidade de recorrer a outros paradigmas capazes de permitir cuidar deste funcionamento psíquico.

Cabe assinalar que a dissertação não chegou a discutir com maior propriedade as implicações destas questões; aliás, tais descrições foram feitas de modo muito sucinto. Naquele momento não tratei, inclusive, de boa parte do que foi apontado aqui como atividade psíquica dos pacientes. Também não me estendi sobre quais as implicações de tal modalidade psíquica para a prática clínica e os manejos terapêuticos necessários, uma vez que me detive em pensar as relações entre a histeria freudiana e algumas das classificações psiquiátricas. A partir de certo ponto do estudo feito para o mestrado delineou-se a ideia de dedicar-me a compreender noutro trabalho a definição e o tratamento de mal-estares psíquicos expressos no corpo por meio de sintomas inespecíficos ou agravados justamente por serem de natureza psíquica – e pensar sobre os efeitos da terapêutica com racionalidade psicanalítica para os pacientes e para a própria clínica.

De qualquer modo, a investigação histórica nos manuais – Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) – leva a constatar a dificuldade encontrada pelos autores em circunscrever o que seriam os Transtornos Somatoformes, pois até o DSM-IV (2000), quando a categoria ainda era nomeada desta forma, ela se aplicava pela exclusão de outras doenças que se assemelhavam às orgânicas. Reconhecer as tentativas e reformulações dos organizadores, na expectativa de maior rigor na definição do sofrimento, permite considerar a complexidade envolvida na clínica com os pacientes de TS, nos quais o corpo insiste em padecer, sendo que a origem do mal-estar refere-se, de modo quase que exclusivo, às questões de cunho psicológico. O embaraço é tamanho que a própria Associação Psiquiátrica Americana (APA) reconhece que os pacientes apresentam sintomas que estão para além do conhecido e do objetivável pelo modelo psiquiátrico atual. No anseio de resolver o problema, os organizadores criaram uma nova nomenclatura: Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados, onde o essencial é o modo como o psíquico impacta o orgânico; este deve ser o caminho a ser investigado. Com isto, casos nos quais lesões podem ser verificadas também devem compor o

quadro, a saber, manifestações psicossomáticas. A ideia é fazer uma conclusão diagnóstica a partir de elementos positivos e não por meio de exclusão, maiores reflexões a este respeito serão assinaladas adiante. Tendo em vista que, ao longo da história, foram necessárias transformações na classificação para melhor circunscrever o mal-estar, não se pode ignorar que exigências quanto ao tratamento e maiores reflexões a respeito se impõem. No entanto, diante do cenário de incertezas quanto ao diagnóstico do ponto de vista psiquiátrico, pode-se supor que os pacientes exijam modos próprios de assistências.

Antes mesmo de concluir a dissertação, já estava às voltas com outro problema fundamental para a equipe no SOMA e para todos os que se dedicam a esta população. Quais os tratamentos indicados para os diagnosticados com sintomas somáticos e que serviço deve ser oferecido? O objeto da tese definiu-se tanto no contato com pacientes e profissionais quanto na investigação científica a respeito. Não há um remédio eficaz que possibilite a cura dos sintomas – e não há, justamente, porque o tipo de sofrimento que eles apresentam não é orgânico ou biológico, ao menos não exclusivamente. Grande parte do seu mal-estar decorre de conflitos psíquicos e de traumas, o que faz com que sintomas sejam criados ou que a doença que ali já está piora muito a condição física do paciente. Como esclarece Dunker (2015, p.196): “O *mal-estar* não é apenas uma sensação desagradável ou um destino circunstancial, mas o sentimento existencial de perda de lugar, a experiência real de estar fora do lugar”. Ou seja, a psicofarmacologia não é capaz de lidar com tal condição e resolvê-la por completo. O que se sabe é que os medicamentos resolvem, e muito, as sensações e comportamentos depressivos e ansiosos que compõem parte do sofrimento, mas ainda assim, não são suficientes. Anos antes, Dunker (2011, p.100) já advertia quanto a uma diferença crucial e que interfere, nos modos de lidar com os pacientes: “O sofrimento se cura com palavras; os sintomas, com uma alteração das condições de vida do paciente. A doença tem um ciclo previsível, o sofrimento não. A doença é uma alteração qualitativa, o sofrimento é uma transformação quantitativa”.

A literatura também demonstra, e a prática ao longo dos anos pode comprovar, que a terapia associada às consultas psiquiátricas é de suma importância. O vínculo, a atenção, a transferência que os pacientes estabelecem e desenvolvem com os profissionais é o que concorre para uma condição saudável e a melhora dos sintomas, sendo que tais referências também aparecem em textos médicos, como será explorado mais adiante. No entanto, a partir desta constatação, novas perguntas e problemas

surtem: o que fazer pelos pacientes? Que tipo de assistência é oferecida na rede pública? O que significa melhora? Se o que possibilitou o desaparecimento dos sintomas foi o vínculo que o paciente desenvolveu com a equipe, o que significa desfazer este laço? Atreladas às indagações surtem outras: o que um analista nesta condição faz por um paciente numa instituição? Qual a direção do tratamento? Como garantir que a assistência prestada não seja apenas uma reprodução do que é realizado no consultório levando-se em conta as especificidades da instituição hospitalar?

A propósito das práticas de cura e tratamento Dunker (2011) escreveu extensa obra: o livro *“Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento”* que contribui, dentre muito mais, para a compreensão da especificidade destes processos / práticas ao longo da história e em suas múltiplas configurações socio culturais. Atento às relações de poder que impregnam tais práticas o autor nos permite indagar sobre as formas assumidas por elas nas situações nas quais as matrizes psiquiátrica e psicanalíticas devem colaborar num mesmo espaço / tempo lidando com questões institucionais (de poder inclusive) e conciliando nomeações em contextos nos quais, por exemplo, a cura e a alta, a transformação ou a eliminação dos sintomas, o desaparecimento do mal-estar ou a criação de narrativas que reestruturem histórias traumáticas passam a ser questão. Díficeis tarefas se impõem aos profissionais nas situações hospitalares que examinamos aqui e nas quais a urgência de resultados impõe também e, infelizmente, certa pressa na direção de decisões / escolhas que não podem ser deduzidas das nomeações. Mas o são, muitas vezes. No cruzamento das dimensões socioeconômicas, éticas e científicas o “exercício do tratamento” passa a exigir, nas condições referidas, entendimentos sobre a ancoragem dos conceitos e as transformações de lógicas explicativas para as quais a compreensão histórica e filosófica são vitais.

2.3. BREVES ENSAIOS NA BUSCA DE ASSISTÊNCIA

Ao recorrer aos colegas e outros profissionais, ficou patente que a dificuldade relativa às formas de tratamento não se devia às diferenças de formação ou ao tempo de experiência, mas era partilhada por muitos. Tais questionamentos conduziram ao reconhecimento de que o tipo de terapêutica ainda não é tão universalizável quanto se pretendia sustentar no início da investigação. De todo modo, havia ainda uma hipótese de que a dificuldade poderia ser inclusive própria do SOMA e que talvez a interlocução com alguns outros serviços similares pudesse oferecer conclusões mais precisas.

De início, quando as inquietações surgiram, elas ainda não estavam sendo problematizadas no interior da equipe do SOMA, em parte porque a população assistida ainda era muito pequena e este tipo de reflexão parecia não se fazer necessária, já que o número de profissionais era suficiente para dar conta da demanda institucional. Além disso, um outro aspecto, possivelmente anterior, é que a equipe ainda não estava formada como um grupo de pessoas atuando de modo integrado e preocupado em criar uma estrutura e um serviço atento às reais urgências dos pacientes, grupo que fizesse reuniões clínicas e se preocupasse com uma articulação partilhada. Levou algum tempo até que isto acontecesse, eventualmente, porque boa parte dos profissionais, ao não serem remunerados, tornavam o ambulatório uma atividade complementar ou secundária à sua prática. De qualquer forma, a importância de discutir e investigar a problemática da direção do tratamento também se liga à possibilidade de apresentar à instituição o nosso trabalho e o modo como ele se desenvolve. O que acontecia, e ainda por vezes acontece, é que o serviço fica um tanto à margem na instituição, talvez pelo fato de ser o único a trabalhar com a psicanálise, além do serviço específico de psicoterapia, que contempla atendimento psicanalítico (ainda que não exclusivamente). E isto numa instituição na qual se priorizam dados e resultados objetivos, tempos de tratamentos breves e um pensamento organicista. Mas, com a preocupação em apresentar e inserir⁶ o SOMA no Instituto, alguns processos como a admissão e a alta dos pacientes, bem como o plano terapêutico, fizeram-se mais presentes nas pautas das reuniões de equipe. Temporalmente o fato coincidiu com o início do doutorado, no qual

⁶ Acredito que as explicações de Moretto & Prizskulnik (2014, p.289) poderiam esclarecer o equívoco inicial de que a entrada equivaleria a inserção, esclarecem as autoras: “A entrada de um psicanalista numa Instituição de Saúde não corresponde, necessariamente, à sua inserção, assim como o lugar do psicanalista numa equipe de saúde não corresponde a uma vaga disponível no quadro funcional de uma instituição. É um lugar que precisa ser construído de modo a que ele, o psicanalista, possa operar. Chamemos de inserção o processo de construção desse lugar”.

investigo a problemática. Reconhece-se que, em alguns casos, após um tempo de tratamento estes eram, por vezes, encerrados antes de um desfecho apropriado, em geral porque o próprio paciente deixava de vir aos atendimentos ou não cumpria com o que lhe era proposto, ou seja, análise semanal, atendimento ambulatorial a cada quinze dias (ou estipulado a cada situação) e o uso de medicações, quando necessário. Após algumas reflexões e revisões entre a equipe acerca dos diagnósticos e serviços prestados, notou-se que, por vezes, alguns pacientes apresentavam sobreposições de transtornos, isto é, a conclusão de TS/Sintomas Somáticos não era a patologia principal. Tendo esclarecido isso, o usuário poderia desfrutar de uma melhor assistência em outro setor. No entanto, por vezes a elucidação só é possível, a partir de um acompanhamento mais sistemático que pode exigir tempo. Outro problema que, aos poucos, pôde-se constatar, foi a dificuldade em conseguir um encaminhamento para um novo serviço, seja no complexo HC ou na rede pública.

Levando-se em conta tais fatores, atualmente concentra-se a identificação dos sintomas somáticos como principal afecção e condição para a aceitação dos pacientes⁷. Igualmente, redobra-se a atenção para as tentativas de conduzir os que já estão há um tempo no ambulatório e que podem ser melhor acompanhados em outros serviços de saúde mental mais próprios à sua condição atual. Um dos critérios determinados foi aceitar apenas residentes da cidade de São Paulo pois, de início, admitia-se todas as demandas e, quando a pessoa chegava para entrevista e para a triagem, mostrava-se sempre muito disponível a comparecer ao hospital independentemente do tempo que isso exigiria. Conforme os meses avançavam, as melhoras se apresentavam ou os planos de vida se alteravam, logo o tratamento era abandonado. A questão persiste porque a exigência no serviço costuma ser semanal, o que não é frequente no sistema SUS, ao qual eles estão acostumados. Também pesa na interrupção a alegação de problemas com a situação financeira. Apesar disso, ressalta-se uma certa resistência que extrapola essas justificativas. As explicações, assinaladas aqui, perdem força ao se observa que são pacientes que passam por diversas clínicas, em dias variados da semana, deslocando-se

⁷ Cabe assinalar um recurso adotado recentemente no serviço, por ora para dois pacientes encaminhados para avaliação no SOMA, nos quais ainda que a afecção somática esteja presente, reconhece-se que não é a demanda principal. Trata-se de pacientes com funcionamentos mais psicóticos que se valem do corpo como uma forma de não deflagrar o surto e a desorganização de modo absoluto, mas não vivem em função do corpo. Acredita-se que ambos exigem cuidados e atenção, mas que o tratamento a ser oferecido no ambulatório não é compatível com as suas necessidades. Em contrapartida, admite-se que algo precisa ser feito, pois há sofrimento. Assim, a solução proposta para ambos foram entrevistas individuais com o paciente e seus familiares, ambos bem jovens, com o intuito de compreender as particularidades de forma apuradas. E isto não poderia ser feito em um curto espaço de tempo. Antecipa-se para os pacientes que se trata de uma situação diagnóstica. Esta opção parece ter sido pertinente, proporcionando zelo pela saúde mental dos mesmos, mas também o entendimento de que o SOMA não é o espaço e nem o serviço mais apropriado para questões psíquicas mais relativas à psicose.

bastante e assim, tendo gastos. As questões portanto, implicam motivos menos explícitos e de natureza diversa, como se perceberá no decorrer do texto.

As dificuldades que podem envolver a assistência aos pacientes, seja do ponto de vista ambulatorial ou analítico no SOMA, não configuram uma questão isolada e restrita ao serviço. A problemática se verifica também na saúde pública de um modo geral. Isto porque existem poucos serviços e profissionais específicos para tratar esta população e o resultado é que muitas vezes eles acabam peregrinando pelos hospitais, postos de saúde, prontos socorros etc. sem receber a atenção adequada e sofrendo intervenções e cuidados que podem pecar por excesso de investigação ou podem mesmo não receber atendimento. Assim, a proposta terapêutica consiste num desafio, pois como já se apontou e será melhor desenvolvido adiante, não existem tratamentos específicos. Nota-se que quando chegam a equipes de especialistas, já passaram por diversos médicos, exames e até mesmo cirurgias sem grande êxito na expectativa de aliviar o seu sofrimento. É relevante assinalar que o encaminhamento ao setor de Transtornos Somatoformes (TS) pode demorar muito, pois além da dificuldade em estabelecer o diagnóstico, os próprios pacientes resistem em aceitar que boa parte do seu quadro decorre de fatores psicológicos, o que também interfere na melhora. Sabe-se que o vínculo estabelecido pode ser fundamental na transformação dos sintomas, portanto, especialistas e profissionais mais preparados no acolhimento são cruciais para a melhora do quadro clínico. Há que se perguntar: em que a psicanálise poderia ser capaz de ajudar? A prescrição de remédios e a análise seriam suficientes para que eles fossem tratados e não mais apresentassem sintomas corporais? A relação estabelecida permitiria que não mais se dirigissem às instituições em busca de um alívio de seu mal-estar? Quais recursos poderiam ser incorporados e qual a justificativa para a inclusão? Quais os especialistas que devem compor a equipe clínica? Certamente as indagações são cruciais para o trabalho que se quer desenvolver, mesmo tendo presente que as respostas sejam apenas sugestivas e não definidoras dos caminhos a construir. Convém ressaltar que de início, havia uma expectativa de que fosse possível que a discussão contemplasse, inclusive, questões referentes às particularidades da realidade hospitalar. Ou seja, de que tivesse condições de responder a respeito do funcionamento da equipe multidisciplinar e as direções ali assumidas. No entanto, consente-se que foi feita uma escolha de pensar as contribuições do psicanalista em sua prática junto aos usuários do SOMA. Assim, embora o texto traga situações próprias também da instituição, um trabalho mais apurado a este respeito terá que ficar para um instante futuro. Além disso,

a escassez de literatura que discute a questão da composição nos serviços é parte da justificativa da não se deter neste problema agora.

No que concerne ao Hospital das Clínicas, o problema torna-se evidente, somado ao fato de que as pessoas são encaminhadas para muitas clínicas – as mais comuns na instituição são neurologia, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, reumatologia e ortopedia –, e a existência de pluralidade da assistência oferecida por vezes dificulta a condução do tratamento. No HC a comunicação é complexa, pois a instituição inclui muitos leitos distribuídos entre setores especializados e hospitais auxiliares. Ainda há dificuldades quanto à obtenção das informações advindas de setores diversos e quanto à integração de todas as que dizem respeito a um mesmo usuário. Acrescenta-se também a particularidade de tratar-se de uma instituição universitária em que a troca de residentes é alta, o que dificulta a continuidade do esclarecimento das conversas com os responsáveis.

O anseio da medicina em encontrar uma medicação que ajude a superar os sintomas não diz respeito apenas a uma angústia vivida pelos psiquiatras. Trata-se, guardadas as devidas proporções, também de uma expectativa dos terapeutas, pois as queixas e o sofrimento das pessoas, na maior parte das vezes, são notórios. E isto de tal maneira que, mesmo o mais experimentado, ao lidar com a ausência de respostas, pode perceber-se inepto com as suas teorias e com o conhecimento adquirido. Em alguma medida, as experiências vividas podem ser similares. Ainda que a forma de solucionar os problemas seja distinta, geralmente o psiquiatra recorre à ciência e ao uso das tecnologias quando desconhece as especificidades da população, enquanto os psicanalistas apelam para supervisões e reuniões clínicas com colegas mais experientes. Quando isso não é suficiente – como observado em parte de minha trajetória – tornam-se necessárias diferentes buscas que conduzem os analistas a recorrerem a mais de um paradigma, a pensarem em possíveis autores que auxiliem com os seus conceitos a enfrentar a experiência clínica. Reconhecer tal posição significa, inclusive, admitir que é fértil e desejável estabelecer aproximações com diversos teóricos pós-freudianos, bem como com outros discursos e saberes. Também é certo que tal admissão exige discussões.

2.4. DIÁLOGOS DISCIPLINARES E INSTITUCIONAIS PARA O CUIDADO DOS QUE SOFREM

É no cenário de um relativo desconhecimento sobre como fazer, mas no desejo de tratar, que algumas proposições foram sendo construídas ao longo da história do ambulatório. Como todas as experiências, algumas são mais efetivas que outras e adaptações e mudanças são exigidas de forma a se obter o melhor tipo de resultado permitido, o que conduz novamente a questionamentos da seguinte natureza: o que seria um melhor resultado? Duvida-se da possibilidade de resposta, mas sem a intenção de ignorar a pergunta. Na expectativa de que a tese contribua para um entendimento dentre os possíveis para a desafiadora complexidade de uma tal indagação, considera-se frutífera, mesmo já tendo sido realizada em outros momentos⁸, a retomada de aspectos centrais da prática no SOMA quanto aos aspectos históricos e das ofertas feitas aos pacientes ali tratados.

Do ponto de vista assistencial, o serviço tem uma equipe integrada por psiquiatras, neurologista, psicanalistas, fisioterapeuta e arteterapeuta. São disponibilizados atendimentos psiquiátricos ambulatoriais, com periodicidade quinzenal, avaliação neurológica quando necessária e, para eventuais urgências, conta-se com internações nas enfermarias do instituto. Oferecem-se condições para ajuste da medicação, para estabilização dos sintomas e para realização de exames específicos, dentre outros. Como parte do cuidado há atendimentos psicológicos com base psicanalítica que podem ser individual ou em grupo, a depender da demanda e aceitação do sujeito. Há um grupo de recepção, criado recentemente, dadas as necessidades que os membros da equipe identificaram ao admitir os pacientes. Mesmo após uma primeira entrevista, ainda era preciso um maior processo investigativo, que requeria averiguar mais o histórico clínico do paciente e suas questões psíquicas. O espaço serve como uma possibilidade de entender as condições das pessoas, identificar as urgências terapêuticas e viabilizar que se vinculem ao serviço, pois esta confiança é fundamental para o tratamento. Ao longo dos anos notou-se que os “doentes”, em sua maioria, estão

⁸ CATANI, J.; Ler, Escrever e Inscrever a Histeria: os novos nomes, os novos sintomas e a velha neurose. AMBRA, P. E. S.; SILVA, N. J.R. In: **Histeria e Gênero - Sexo como desencontro**. São Paulo: nVersus, 2014 p.287.

CATANI, J. **Sufrimentos Psíquicos: As lutas científicas da Psicanálise e da Psiquiatria pela nomeação, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Zagodoni Editora, 2015.

BARTORELLI, B.; CATANI, J.; WEREBE, D. M.; FRAGUAS JÚNIOR, R. Transtornos Somatoformes e Personalidade In: **Transtornos de Personalidade**. (Orgs.). LOUZÃ NETO, M. R.; CORDÁS, T. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 205-228.

sempre na companhia de algum parente ou amigo, que desempenha o papel de cuidador. Percebeu-se que não foram raras as vezes em os cuidadores também adoeceram, principalmente, quando o paciente assistido apresentava melhora de seus sintomas. Assim, um atendimento psicológico, em grupo, foi criado para os acompanhantes de modo a auxiliar e compreender, que condição era essa que levava as pessoas ao adoecimento justamente no momento de melhora de outrem. O resultado foi notável e eles puderam dividir a experiência e as angústias sobre os cuidados ofertados ao paciente, bem como relatar aspectos de suas histórias de vida. A experiência com o grupo trouxe, inclusive, elementos muito importantes, como o fato de que, em muitos casos, os cuidadores já tinham desempenhado o papel de assistir previamente a alguma outra pessoa. Muitas vezes eles possuíam histórias similares às dos doentes, como maus tratos, abuso, violência física e psicológica e privação de afeto⁹. Existe ainda um trabalho de eutonia realizado pela fisioterapeuta que favorece aos pacientes se concentrarem mais no que ocorre com os seus corpos, a sua respiração e estarem mais atento às sensações, o que permite que os sintomas deixem de ser o único foco de atenção, levando-os a aliviar as tensões e expressar os sentimentos. Um recurso incorporado mais recentemente foi a arteterapia, atividade que possibilita, a partir de elementos visuais e artísticos, as pessoas expressarem seus conflitos e a sua subjetividade, de modo que concorra para a melhora da sua condição atual. A integração da modalidade deu-se pela compreensão de que a palavra, muitas vezes, não circunscreve e nem transpõe o mal-estar experimentado, tudo isso será melhor explorado ao longo da tese.

Ainda que se admitam bons efeitos dos cuidados, por vezes eles não são suficientes ou demoram a se evidenciar na diminuição efetiva dos sintomas. Esta constatação impulsionou a buscar outros serviços similares ao Ambulatório de Transtornos Somatoformes, na tentativa de obter respostas aos questionamentos ou aos modos de trabalho construídos e aqui apresentados. A notícia de que existiria um grupo na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) funcionando há mais de vinte anos para cuidar da população deu esperanças de que o contato com o seu programa contribuiria para superação das inseguranças. Do mesmo modo, recorreu-se a um outro setor, na Faculdade de Medicina de São José de Rio Preto (FAMERP), como nova possibilidade de partilha. O desejo de unir esforços dos profissionais para buscar

⁹ A ausência de uma análise mais detalhada de como se deu este processo liga-se ao fato de não ter participado assiduamente desta modalidade, embora tenha acompanhado o relato dos encontros.

alternativas para a problemática ficou constatado nas visitas realizadas a ambos os locais. Tanto na UNIFESP quanto na FAMERP, ao contrário do que fora imaginado sobre encontrar respostas, logo de início fui convocada a contar como funcionava o SOMA, como se eles também atribuíssem à minha presença uma possibilidade de contribuição para resolver o que ainda lhes parecia difícil, mesmo com tantos anos a mais de experiência. A interlocução entre os profissionais também responde a uma circunstância que se distingue das enfrentadas nos consultórios dos analistas: o fato dos serviços estarem sediados em instituições públicas configura exigências e demandas que precisam ser levadas em consideração, como anotações em prontuários, interconsulta com profissionais no hospital, publicações, protocolos de atendimentos etc. Tudo isso significa a impossibilidade de se atuar isolado, como ocorreria no consultório.

As visitas institucionais feitas aos dois serviços, que serão exploradas adiante, mesmo não tendo sanado todas as dúvidas ou oferecido respostas permitiram, pelas trocas, a partilha entre pessoas que vivem angústias e cenários que, mesmo sendo diversos, pois as histórias são diferentes, do ponto de vista institucional, dos usuários e da disponibilidade terapêutica, mantém alguma similaridade. Outro dado importante a ser assinalado diz respeito ao fato dos três serviços se valerem da psicanálise, o que reforça o argumento presente nos trabalhos científicos de que o vínculo pode transformar a condição clínica. Em conversa informal com um médico e psicanalista da UNIFESP, soube-se da atuação de um terapeuta ocupacional na equipe. A decisão de incluí-lo no coletivo deu-se pela resistência das pessoas em falar de outros temas que não os relativos à sua doença. Assim, elementos externos que possibilitam a estes retomarem a sua história, seus medos e angústias, aliados a outras ofertas, permitiu a melhora das manifestações. Lá não há um grupo que atenda aos familiares e acompanhantes, mas admite-se a necessidade. O fisioterapeuta ingressou mais tarde, após um primeiro contato com o SOMA, quando foi relatado que realizávamos uma atividade corporal. O mesmo se deu com a criação de um grupo de arteterapia no SOMA. A ideia foi amadurecida depois do conhecimento do exercício no outro programa. Assim, a composição da proposta e da equipe e as prioridades oferecidas diferem conforme a setor, mas a articulação entre os diferentes espaços certamente trouxe, em pouco tempo, bons reflexos e resultados frutíferos.

O prazer do texto é esse momento em que meu corpo vai seguir suas próprias idéias –
pois meu corpo não tem as mesmas idéias que eu
(Barthes, 2006, p.24)

3. OS MODOS DE PRODUÇÃO DO ESTUDO: A HISTÓRIA DA QUESTÃO E O PERCURSO METODOLÓGICO

Ao nomear dessa forma o item, tem-se a intenção de reconstruir um percurso metodológico e evidenciar as dificuldades, os processos de construção e o caráter forçosamente provisório das escolhas/justificativas teóricas feitas ao longo da pesquisa. No seu centro de desenvolvimento situa-se a clínica, assegurada por um processo contínuo de informação que mescla os tempos: o passado dos primeiros atendimentos, o presente da escrita e a redefinição constante dos lugares que ocupo. Ao afirmar isto antecipo a natureza de algumas das dificuldades de elaboração da tese e de sua escrita. Tempo e espaço configuram-se por sua centralidade no estudo: a coincidência temporal de uma análise, o tratamento de um caso e a escrita. Escrita clínica / escrita acadêmica, o par põe problemas cujo confronto se deu aqui pelo recurso aos escritos de Freud, mas também de contemporâneos. É impossível passar sem refletir a propósito. As peculiaridades do espaço hospitalar ganham nesta pesquisa feições ligadas à legitimidade da instituição, às múltiplas especialidades disponíveis, ao caráter público (estatal) do mesmo. As formas de apropriação deste espaço figuram como questão no decorrer do tratamento e precisam ser examinadas na construção do texto.

A experiência no Ambulatório de Transtornos Somatoformes (SOMA) pouco a pouco se mostra complexa no nível da assistência. O trabalho dá-se de modo lento e impõe limites que são referidos aos profissionais a todo instante pelos usuários. Ainda assim, observam-se transformações dos sintomas corporais e dos conflitos psíquicos mediante os recursos terapêuticos oferecidos. Frente aos impasses encontrados na clínica com sintomas somáticos e que fazem constatar a complexidade dos casos, recorreu-se às teorias psiquiátricas e psicanalíticas para melhor compreender as características desta população e as possibilidades de intervenção. Admite-se uma expectativa inicial de que os textos pudessem ser suficientes para sanar as indagações acerca do que fazer quanto a estes que sofrem. Logo, constatou-se que tal hipótese, mesmo que preciosa, enfrenta restrições. Na tentativa de resolver o problema da assistência, recorreu-se então a outras instituições que assistem ao mesmo transtorno, mas rapidamente a ilusão também se configurou. Embora o contato com outros profissionais agregue, e muito, formas de pensar as intervenções viáveis,

questionamentos similares são dirigidos a mim pelos mesmos profissionais a quem recorri, como já mencionado.

Diante dos fatos, o estudo demonstra a minha experiência clínica e de meus colegas de equipe na exposição dos casos, mesmo que deste processo advenha também uma preocupação de como (se) expor e enfrentar possíveis julgamentos de outros analistas. Tal como se concretiza e se apresenta o estudo tem como **objetivos**, entre outros, os seguintes: a) investigar a produção sobre os Transtornos Somatoformes, suas definições e alternativas de tratamento no âmbito da Psiquiatria e da Psicanálise; b) sistematizar as experiências e o funcionamento do SOMA articulando-os a partir da prática clínica da pesquisadora entre 2009 e 2018; c) retomar e elaborar reflexões acerca das contribuições psicanalíticas para a nomeação e tratamento dos TS com ênfase sobre as noções de trauma, vínculo, cuidado, empatia, disponibilidade terapêutica, flexibilidade do *setting*, reunindo elementos que possam ser férteis para as situações hospitalares, diante de doenças nas quais o psiquismo interfere e produz os sintomas corporais. Evidência, no caso, tão complexa e desafiadora quanto difícil de ser reconhecida.

Diversos estudos ocuparam-se das questões indicadas e a obra produzida por Maria Lívia Tourinho Moretto (2006) contribui de modo fundamental para indicar alternativas quanto à problemática. Se as aspirações da presente tese inscrevem-se no mesmo quadro analítico e partem ambas de inquietações geradas na instituição hospitalar, há divergências que merecem ser assinaladas. No que respeita aos alcances da psicanálise para o tratamento, observa-se que aqui as preocupações concentram-se em casos nos quais os comprometimentos físicos que podem ser comprovados nem sempre estão presentes. Trata-se, conforme já se sublinhou, de pessoas nos quais o corpo é usado como principal recurso de manifestação do sofrimento psíquico. Da mesma forma, são eles, indivíduos que aqui estão sob a responsabilidade da psiquiatria. Tal fato e as especificidades institucionais do SOMA sugerem questões peculiares no que tange às formas de atendimento, ao alcance do trabalho analítico e à transformação do sofrimento.

Os estudos de Maria Lívia Tourinho Moretto articulam-se à prática hospitalar de pacientes acometidos por doenças hepáticas e obrigado a submeter-se a cirurgia e transplante de fígado. Ou seja, no cenário de patologias específicas onde o risco de vida é iminente e a intervenção é o que provavelmente garantirá a sobrevivência dos mesmos. O trabalho de Moretto se circunscreve em uma especialidade na qual a

medicina, ainda que possa valer-se e beneficiar-se do trabalho do analista, como demonstra a autora, guarda certa distância do mundo psíquico e das questões que dele advém. Cabe ressaltar que o estudo de Moretto, apresenta as situações clínicas e institucionais encontradas e as condições de que o psicanalista dispõe para responder aos pedidos médicos daquele setor de forma a assegurar a inserção do analista no serviço, que como explorado, não equivale à sua mera entrada. Já no caso estudado por esta tese, o psicanalista não conta com um encaminhamento específico dos psiquiatras. O atendimento ao paciente e a decisão de assistência são tomadas em conjunto por toda a equipe, com isso o terapeuta, participa de quase todo o processo terapêutico e das condutas que serão adotadas.

3.1. ALGUMAS PARTICULARIDADES DA PSICANÁLISE COMO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO E ESCRITA: OS TEMPOS DA ANÁLISE, DA INSTITUIÇÃO E DA FORMAÇÃO

As quatro instâncias constitutivas do estudo feito e dos processos envolvidos pela questão central, os sintomas somáticos e transtornos relacionados e o SOMA, que nomeiam este item, mesclam-se e dificultam a definição de uma metodologia no sentido mais tradicional e corrente do termo. De fato, a consideração da simultaneidade de tais tempos no presente do trabalho clínico e da tese faz pensar que a distinção didática para a descrição e escrita da pesquisa impõe certa artificialidade à percepção dos processos, porém é necessária para o entendimento do que se quer explicitar. Ainda que se reconheça que os momentos tenham se dado, em alguma medida, de formas sobrepostas. A simultaneidade temporal dos processos aludidos é, sem dúvida, uma marca forte do modo de produção da tese.

Além disso, por mais que a tese remonte à experiência do serviço, é impossível ignorar a trajetória clínica feita até aqui, com a escuta a cada um dos pacientes que se dispôs a falar sobre si, sobre a sua história, sofrimentos e alegrias. Ou seja, ainda que eu me detenha aos anos no ambulatório, não consigo deixar de mencionar os que, de alguma forma, mesmo sem nomeá-los, me possibilitaram rever minha atitude como analista, colaboraram para o que vinha pensando, me impuseram uma pausa e diversas reflexões para seguir adiante em busca de algo melhor para mim e para o outro. A

metodologia da tese recorre à soma deste processo e se, constitui pela integração dos livros, das histórias partilhadas, vividas, inventadas ou desejadas nas dores e alegrias que me possibilitaram ser a analista de hoje, melhor que ontem – será? – e menos que amanhã, provavelmente.

No coração desta tese habitam os casos clínicos. Dar início à escrita por eles corresponde a um movimento vital. Decisão que demorou e foi difícil. Mas que significa valorizar o que me permite refletir, trabalhar, formar-me. Além disso, implica uma escolha crucial do ponto de vista analítico, que é a possibilidade de que as compreensões sejam oferecidas a posteriori, que antes se dê condições ao leitor para refletir sobre os eventuais caminhos assumidos em cada caso. Uma metodologia desta natureza fortifica a possibilidade de um diálogo, próprio da clínica psicanalítica, sem que os teóricos invocados ou as hipóteses formuladas sejam impostos para demonstrar a tese. E, justamente neste sentido, admite-se que cada uma das opções poderia ser distinta.

A investigação se configura mediante três movimentos: a experiência clínica psicanalítica, a revisão bibliográfica e as visitas institucionais / diálogos com outros colegas com experiências similares. Ainda que os processos sejam assim descritos, reconhece-se que se trata apenas de uma distinção didática, uma vez que se acredita que estes três movimentos se sobrepõem e interpelam-se uns aos outros, tal como já sugerido.

O primeiro movimento fundamental refere-se às reflexões feitas na e a partir da experiência do trabalho analítico no SOMA. Constroem-se relatos clínicos e discute-se as formas assumidas pelo tratamento em diferentes momentos. É importante ressaltar que, do ponto de vista ético, os pacientes do Instituto de Psiquiatria, quando entram no SOMA, sobretudo na psicoterapia, assinam um termo de consentimento concordando em ceder os seus dados e informações para pesquisa. Além disso, em se tratando de uma investigação em psicanálise, considero-me fortemente implicada como sujeito no desenvolvimento do texto. Os casos aqui relatados estão absolutamente impregnados pelo entendimento, subjetividade e interpretações da autora, como não poderia deixar de ser. Convém sublinhar ainda, a respeito dos casos clínicos, que mais do que a apresentação das intervenções adotadas e do tratamento em si, optou-se por ilustrar os obstáculos, os impasses e a complexidade clínica para que, a partir daí, pudessem advir reflexões acerca das condutas.

Com a finalidade de evidenciar a pertinência do estudo, como segundo movimento, faz-se uma revisão bibliográfica que privilegiou as seguintes temáticas: tratamento psicanalítico na instituição e Transtornos Somatoformes/Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados. A coleta dos documentos científicos, que utilizou os termos estipulados pelos Descritores em Ciências da Saúde, buscou estabelecer a identificação das modalidades de assistência existentes no país e no mundo. A revisão possibilitou conhecer as produções que tentavam responder a questões semelhantes às do estudo aqui descrito, como no caso de Bombana (2000; 2006; 2012) e Abud (2007; 2011; 2012), ambos da UNIFESP. Esses autores apresentam em seus textos as características da população por eles tratada no setor, os gastos exigidos do ponto de vista financeiro e as terapêuticas possíveis, ou seja, os dois pesquisadores, ainda que incluam a prática analítica, detêm-se nas implicações institucionais do trabalho com a população. Já Ávila (1997; 2004; 2012; 2016), mesmo que mencione alguns aspectos institucionais de sua atuação no ambulatório de psicossomática na FAMERP, tem seus trabalhos voltados fundamentalmente ao sofrimento psíquico vivido pelos sujeitos e as articulações viáveis com a psicanálise e seus autores. É fundamental ressaltar isso, pois permite observar de que modo tais especialistas, que são justamente coordenadores das instituições visitadas, possuem análises que, juntas, criam forte potencial para o avanço da discussão. Outra importante contribuição é de Gamma (2001) que explora, em uma instituição suíça, de que forma a modalidade em grupo pode auxiliar pessoas com diagnósticos somatoformes nos quais o traumático comparece de modo crucial para o desenvolvimento de sintomas crônicos e concorre para a dificuldade de elaboração de experiências. A reunião de todos estes aspectos deve fortificar a reflexão e discussão acerca do tratamento dos sintomas somáticos do *ponto de vista psiquiátrico e psicanalítico*.

Conforme assinalado, para o terceiro movimento em busca de respostas às questões realizaram-se visitas e interlocuções com os especialistas em saúde mental. A iniciativa permitiu conhecer a organização dos serviços e os recursos assistenciais (admissão do paciente no serviço, tempo de tratamento, recursos existentes, avaliação, critérios de alta) e, assim, perceber as especificidades e aproximações entre as instituições e modalidades de tratamento adotadas.

Como já se mencionou, o estudo teve então como pilares de sustentação o percurso clínico feito, as escolhas teóricas e leituras, as visitas aos serviços e a atuação no SOMA. Nasce também daí a necessidade de caracterizar, de alguma forma, as

especificidades do vínculo que se estabelece no modo de tratamento psicanalítico na instituição (sem deixar de considerar ainda os vínculos específicos com os residentes). Também foram identificadas questões relativas à natureza do conhecimento possível (e generalizável) dos potenciais efeitos da psicanálise nestas condições (escrita dos casos clínicos, direção do tratamento e escrita de uma pesquisa/transmissão).

Para além do esforço de sistematizar a minha trajetória no SOMA, um dos interesses da tese configura-se como um compromisso ético com a psicanálise e a sua transmissão. Entende-se que é necessário partilhar os ganhos e explicitar as formas empregadas quando na condição de terapeuta se trabalha em contextos cujos lugares e discursos são principalmente psiquiátricos. Mais do que uma crítica unilateral de que a psicanálise ficaria excluída da instituição hospitalar por responsabilidade dos médicos, como poderia ser o caso do IPq onde o SOMA está inserido, argumenta-se que compete aos analistas preocupados que o seu trabalho não desapareça de tais espaços, responsabilizar-se por mostrar os efeitos que a proposta pode oferecer à população identificada por sintomas somáticos. Muitas vezes esta modalidade também fica restrita em razão de um equívoco, segundo o qual, por ser um método subjetivo e se valer do inconsciente, não haveria como demonstrar aos médicos, por exemplo, efeitos concretos ou mensuráveis. Sabe-se que isto não é verdade, transformações e benefícios operados pela psicanálise quando somados ao exercício psiquiátrico são observados, mesmo que sua generalização deva ser discutida.

Mediante a análise das produções teóricas e as interlocuções com os responsáveis da área, acrescentaram-se informações acerca dos sintomas somáticos, a identificação dos recursos existentes no país para a população e as maneiras pelas quais às equipes de saúde mental lidam com o problema. É importante ressaltar que, embora existam diversos esforços e referências para circunscrever e mencionar os tratamentos utilizados com os pacientes, nota-se a escassez de trabalhos e pesquisas com exemplos mais práticos sobre os modos de enfrentar as dificuldades. Quanto às investigações realizadas na literatura¹⁰, observa-se que a maioria dos artigos e produções encontrados

¹⁰ Destaca-se o fato de que uma nova busca foi realizada no intuito de ampliar as informações originadas das fontes de revisão cuja identificação havia sido iniciada no mestrado. Para o doutorado, os descritores utilizados foram: tratamento, tratamento psicanalítico, tratamento psicoterapêutico, tratamento institucional, tratamento institucional e psicanálise, tratamento psíquico, psicanálise, tratamento e saúde mental, saúde mental e psicanálise, tratamento e histeria, tratamento e transtornos somatoformes, tratamento e sintomas somáticos, tratamento e neurose(s) atual(is), sintomas corporais, tratamento e sintomas corporais, sintomas corporais e psicanálise, psicossomática e psicanálise, tratamento e psicossomática. As bases de dados consultadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); MEDLINE (Pubmed); SciELO; Lilacs; Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC); Redalyc (Red. De Revistas Científicas de América Latina y el Caribe); Scopus; Embase; Psychoanalytic Electronic Publishing (PEP); DOAJ (Directory of Open Access Journals); Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP.

a respeito dos TS e dos Sintomas Somáticos refere-se a estudos realizados com avaliação de escalas e à perspectiva comportamental. Tais achados puderam ser pouco aproveitados, uma vez que se distanciam de forma significativa do interesse da tese. De todo modo, não se pode desconsiderar tais informações, pois como se sabe – e pode, inclusive, ser comprovado pelos manuais psiquiátricos –, a prática clínica da área tem incentivado teorias comportamentais e mais relacionadas às condutas objetivas para a eliminação de sintomas e limites impostos pelo transtorno. É digno de nota que os artigos encontrados a respeito dos transtornos somatoformes datam principalmente de antes do ano 2000. Outro elemento digno de atenção decorre das observações encontradas nas bases – constatam-se artigos que fazem alusão às terapêuticas nos títulos ou nos resumos. No entanto, poucos aprofundam a discussão acerca do tratamento e das condições institucionais. A busca correlacionada entre sintomas somáticos e psicanálise torna os resultados ainda mais raros. A mesma escassez observa-se com Sintomas Somáticos e histeria, pois localizam-se poucos artigos que estabeleçam o cruzamento, além da dissertação da pesquisadora realizada em 2014. Quanto ao tratamento, há poucos que digam o que é possível fazer pelos pacientes. A maioria menciona a dificuldade em encontrar algum instrumento mais efetivo na cura dos sintomas e a necessidade de tratar dos sintomas colaterais, tais como ansiedade e depressão.

No que tange à metodologia da pesquisa, em se tratando de uma tese psicanalítica, o trabalho com este fundamento não pode ser dissociado da clínica, ele é fundado por ela e será por meio de tal experiência que se configurará a presença das teorias. Por meio do trabalho clínico com um paciente é possível criar conceitos e compreensões a respeito do funcionamento psíquico, do sofrimento e das patologias ali verificadas, dentre todos os estudos utilizados, cito aqui apenas alguns (Freud, 1917; 1919; Mezan, 2006, 2014; Kraenker, 2007; Figueiredo, 2013, Coelho Júnior, 2013). Segundo Tanis (2006), o estudo e a reflexão sobre as teorias psicanalíticas produzem discussão direta com a experiência clínica e alteram os seus aspectos epistemológicos, os paradigmas, os estudos histórico-críticos sobre evoluções do conceito e as novas modalidades de intervenção.

A pesquisa em psicanálise, de acordo com Kraenker (2007), tem início com uma inquietação clínica e o resultado, de algum modo deve ali retornar, possibilitando um tipo de transformação no campo e também no aspecto metapsicológico. A clínica exige que as respostas não sejam apenas limitadas pela subjetividade do próprio paciente a

quem, geralmente, se busca investigar, mas também pelos recursos do próprio terapeuta. Numa sessão, o psicanalista é afetado e está implicado por meio de seu olhar, de sua escuta e de seu próprio sofrimento/sintoma. Portanto, significa dizer que todos estes elementos (a escuta, o olhar e o mal-estar) são instrumentos fundamentais para a sua atuação. O fruto de uma investigação neste domínio, em sendo a construção de um caso clínico, possibilita avançar do ponto de vista teórico, mas sem excluir a singularidade e a transferência presentes em cada atendimento.

A escrita de um texto científico, conforme sustenta Mezan (2006), comporta os elementos de uma noção acadêmica mas, além disso, implica na subjetividade e no inconsciente do pesquisador. Trata-se de um problema teórico criado para responder às experiências com as quais o investigador se depara ao longo de sua prática como profissional, mas também das questões e desejos do autor que, ao elaborar tal estudo, encontra um prazer na resolução de problemas com que se deparou em seu trajeto. Assim, uma problemática conecta-se fortemente com a vida de quem escreve, é uma soma de diversos fatores, que conforme explicita Mezan em sua experiência (2006, p.23): “(...) esta tese é um fragmento de minha análise, tanto por ter sido redigida durante a mesma quanto por corresponder, sob a forma do conceito, a uma ordenação e uma sistematização de ideias surgidas no seu decorrer e, em parte, devidas a ela”. Diz respeito a uma solução encontrada para a elaboração de um longo processo que pretende ser formalizado.

Conforme sugere Mezan (2006), não é possível separar um autor de seu objeto de estudo, a medida em que os fatos se deram com ele e foi isso que o levou a buscar esclarecimento a partir de impactos subjetivos. Mas, admite Mezan ainda, que em geral, nem o próprio pesquisador afetado por tais circunstâncias é capaz de explicitar todas as repercussões nele produzidas. Nesse sentido é claro que é preciso cautela, tal como ele assinala para que não vire apenas um simples devaneio de escrita sem elaboração. O objeto de pesquisa determina-se no tempo e pelo tempo, pois a ressignificação de um fato se dá constantemente e o sujeito implicado neste cenário tem um trabalho e um esforço contínuo. Ainda assim, me vejo obrigada a reconhecer que a medida em que avançava na pesquisa teórica, nas supervisões e na trajetória analítica, mudanças eram produzidas na concepção do estudo. O processo foi longo e envolveu anos e é muito delicado quando deve transformar-se pela escrita. Talvez seja bom lembrar alguns elementos deste percurso, pois contribuíram muito para que houvesse mudanças na prática e tornassem mais intensas a apropriação do processo analítico. Por óbvio que

pareça, vale sublinhar as especificidades da formação e das disciplinas cursadas que, sem corresponder à aquisição de diploma, ainda assim pode comportar, como no meu caso, a frequência à instituição, ensino teórico, supervisão e mesmo a análise. É consenso que o processo é muito mais subjetivo do que pode ser mensurado e tal caráter é o que os críticos contrários a este modelo invocam. Devo dizer que o processo de formação numa instituição reconhecida no campo da psicanálise, ao longo de quatro anos, não me assegurava o “conforto” imaginado e desejado ao atender. Este movimento de autorização e de apropriação como analista definiu-se mais tarde. Na ocasião, parecia-me que eu oferecia a eles menos do que o necessário, em uma posição superegóica na qual não me parecia ser plenamente correto o que estava fazendo. Com isso, por vezes, não fazia uma intervenção no momento adequado e mantinha-me numa posição talvez mais passiva, o que, obviamente, não era sem consequências para a análise dos pacientes. Por vezes, quando fazia alguma interpretação ou movimento mais interventivo, surgia um receio de ter sido um pouco grosseira, mesmo sabendo da produtividade e necessidade para a situação, mas me incomodava a forma, existia o que me parece contrário ao que chamo de incorporação e apropriação, uma espécie de artificialidade. Era como, se posso dizer, um tanto postiço e artificial, mesmo não sendo falso ou mentiroso.

No anseio de reconstruir parte desse processo recuo um pouco no tempo. Saíra da graduação querendo fazer atendimentos e adquirir prática clínica. Conforme referi anteriormente, havia cursado em nível de especialização duas formações em psicologia hospitalar. Sugeriram-me atender em uma clínica de convênios na qual ele trabalhava, na Zona Norte. Neste meio tempo havia já iniciado a formação no Sedes e, com isto as supervisões, as leituras da época, os grupos de estudos e a monitoria do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE) que fazia junto a um supervisor na disciplina de Atendimento Clínico. Adquiria toda uma fundamentação teórica majoritariamente lacaniana para além de persistir nas leituras Freud. Tudo isto sem contar a minha experiência no SOMA, desde 2009. Em 2013, ainda mantendo esta trajetória, enfrentei duas situações que considero como momentos cruciais. A primeira delas se deu em minha análise, que mantenho até hoje, e na ocasião vinha tendo efeitos importantes e seguia uma fundamentação teórica distinta de Lacan. A segunda dizia respeito a uma intervenção seguida por um corte (a interrupção da sessão) que fiz com uma paciente em meu consultório; a situação fora por ela muito mal recebida e teve por consequência a interrupção da análise. Tais fatos me produziram incômodos significativos. Ainda que

hoje entenda que o manejo com a paciente tenha sido feito de modo inapropriado, considero que diga mais respeito à forma do que ao equívoco de interpretação. Mas, atribuo toda a situação e o mal-estar por mim experimentado, seja no consultório ou em minha análise, à falta de apropriação da teoria e da técnica, bem como da incompatibilidade dos avanços experimentados em minha vida, que não se ligavam visceralmente ao que eu vinha lendo e trabalhando. As dificuldades que sentia, sobretudo no SOMA, me davam a sensação de que algo me impedia de escutar os pacientes. Havia algo que estava para além da minha habilidade. Pensava que talvez me faltassem teorias e leituras, mais condizentes com a minha experiência subjetiva.

Passados anos, e já em outra condição, entendo que mais do que a teoria utilizada para entender os fenômenos e a clínica, faltava-me liberdade para exercer o ofício de analista. Hoje entendo que, na condição em que eu estava na época, os textos me proporcionavam um enrijecimento e impediam minha criatividade, essencial para escutar e tratar dos pacientes. Pouco a pouco consigo agora reconstruir as alternativas que encontrei e que concorreram para mudanças e progressos, permitindo diante de novos teóricos adquirir uma condição e um modo de ser mais autônomo. Identifico então alguns processos posteriores aos eventos que nomeei como chaves. Eu estava para encerrar minha formação no Sedes e tinha feito amigos importantes ao longo destes anos, não queria interromper o encontro semanal e o vínculo com essas pessoas. Uma delas mencionou a ideia de fazer um grupo de Ferenczi para estudar as questões do trauma. Não conhecia muito da teoria ferencziana e a possibilidade de me manter em contato com parte dos colegas e saber mais sobre o trauma parecia promissora, pois no SOMA se ouvia muito sobre eventos traumáticos na vida de pacientes. Assim, tive a chance de examinar com mais detalhe este autor que auxiliou Freud na constituição da teoria psicanalítica e que fora um dos primeiros a dar ênfase à participação mais ativa no tratamento. E mais, era ele que relatava a sua clínica com casos graves, em geral, de pessoas que tinham experimentado traumas reais (não fantasias, tal como atendeu e teorizou mais detidamente o pai da psicanálise). Diante de tal gravidade, argumenta Ferenczi, são necessárias concessões, uma disponibilidade por parte do analista e formas de intervenções que permitam aproximar-se dos fatos de forma muito cautelosa. Para ele, a direção terapêutica deve ocorrer de modo que o profissional consiga ter acesso e diálogo com a criança no adulto, aquela que fora traumatizada muito antes do relato que ali se apresenta na sessão. No contato com os textos fui assinalando situações ou menções que me ajudavam a entender parte do que escutava e experimentava no

SOMA, os efeitos do trauma, a cisão como forma de sobrevivência, a fragilidade do *setting*, a identificação com o agressor, a confusão de línguas, entre tantos outros. Acredito que a soma deste processo colaborou para o percurso, procurei um analista para dialogar a respeito dos casos, queria alguém que partilhasse, tanto a clínica quanto o circuito universitário e de pesquisas. Foi neste momento que o uso da contratransferência no tratamento em minha experiência clínica foi sendo pouco a pouco integrado. As percepções, sensações e devaneios serviram como elemento mediador, principalmente com pessoas com diagnósticos de sintomas somáticos, cujo relato das manifestações corporais comparece nas sessões por um longo período (Coelho Júnior, 1995). Tratou-se de uma aposta ímpar e frutífera para acessar o discurso para além dos sintomas. Parte do que ocorreu e dos exemplos de casos aqui trabalhados articulam-se a esta integração. A única exceção, talvez, seja o caso de Rodrigo, com quem as sessões se deram muito antes do contato com a obra ferencziana e a sua noção de intersubjetividade.

O fato de assinalar aqui estes processos prende-se à ideia de que tais autores e discussões me auxiliaram na conquista do que chamei de liberdade analítica – que certamente para outros poderia ser construída a partir de outra perspectiva. Tratou-se de ampliar ideias e diálogos que favorecessem um tipo de cuidado e assistência para tratamentos que, até então, não haviam sido concebido nas práticas que realizava. Sem deixar de mencionar, já que me valho de Ferenczi, que, de algum modo, a tentativa de escrita da tese configura-se também como um esforço em fazer um diário clínico analítico. Reconheço que os momentos e leituras se sobrepõem e que, como já disse noutra situação retomando palavras de Ítalo Calvino em seu *Por que ler os clássicos* (1993), penso nas obras com as quais nos deparamos ao longo da vida e me ocorre lembrar: os livros que ficam em nós, que vêm sempre à mente, auxiliam o pensamento e são estruturantes para as nossas idéias, quer sejam teóricos, literários ou de outras modalidades. Os clássicos que escolhemos, que se tornam nossos. Vale lembrar, como diz Derrida que, “(...) cada livro é uma pedagogia destinada a formar o seu leitor”. É isso que pretendem os autores, que as suas escolhas produzam afetações, como assinala Tanis (2014, p.35): “A escrita não visa a reproduzir a experiência, mas a produzir algo no leitor a partir das evocações, reminiscências e associações que o autor possa provocar no leitor. A escrita é potência viva”. Que algo dessa potência se mostre aqui é o meu desejo.

O olho vê apenas o que a mente está preparada para compreender
(Henri Bergson *apud* Trindade, 2009, p.17)

4. A PSIQUIATRIA DIANTE DE “... UMA DOENÇA QUE NÃO O É EMBORA SEJA”¹¹

O recurso à formulação de Trillat encerrou o estudo (Catani, 2015), que pretendeu dar conta dos embates entre a psicanálise e a psiquiatria na tentativa de nomear, diagnosticar e tratar sofrimentos mobilizadores do corpo como sua expressão, mas de constituição complexa em suas determinações e relações psíquicas. De fato, *uma doença que o é sem ser*. Para possibilitar o aprofundamento da análise dos atualmente chamados sintomas somáticos aqui serão reconstruídos elementos fundamentais do modo como a questão vem sendo enfrentada historicamente pela Psiquiatria. Importa trazer aqui tais elementos de modo a compreender as configurações do problema e as articulações dos modos de identificação e tratamento que se fazem presente na instituição hospitalar. Insistir sobre a história das classificações psiquiátricas serve à tentativa de mostrar a intimidade partilhada em alguns momentos pelas nomeações das duas áreas: psiquiatria e psicanálise. Serve também para evidenciar as raízes do modo médico de enfrentar as dificuldades de diagnóstico e tratamento de certas categorias de sofrimento. Ainda se poderia dizer que a retomada que se apresenta a seguir permite perceber também marcas do reconhecimento da importância de se investigar e buscar alternativas para os transtornos somatoformes também pelas reaproximações com a psicanálise como é no caso no SOMA.

4.1. COMO A PSIQUIATRIA ENTENDE O TRANSTORNO¹²

Antes de deter-se no exame dos grandes sistemas classificatórios, isto é, a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) propriamente ditos, cabe lembrar a existência prévia de outros sistemas classificatórios de doenças que estimularam e colaboraram para o nascimento destes manuais. Dois estudos estatísticos que obtiveram maior destaque foram desenvolvidos por John Graunt (que, no século XVII, baseou-se nos registros das paróquias para criar uma lista de 83 enfermidades localizadas na cidade de

¹¹ A expressão é de Etienne Trillat e remete ao livro *História da Histeria* (1991), tendo sido por mim referida em *Sofrimentos Psíquicos: as lutas científicas da Psicanálise e da Psiquiatria pela nomeação, diagnóstico e tratamento* (2015).

¹² Convém assinalar que boa parte do que se segue foi trabalhada de forma mais esmiuçada e decorre da investigação contida em Catani (2015).

Londres e, assim, obter um índice demográfico e os sintomas que conduziram a óbito - Laurenti, 1991) e William Farr (que, no século XIX, valeu-se da categorização de Graunt e conseguiu ampliar e divulgar mais efetivamente os dados estatísticos de mortalidade). Ainda que não tenha sido empregada mundialmente, a sistematização proposta por Farr ofereceu uma importante divisão das doenças em epidêmicas, constitucionais, com localização anatômica, do desenvolvimento e decorrentes de algum evento traumático. O estudo produziu uma lista com 139 rubricas que serviu como base para a elaboração do que viria a ser justamente a CID e o DSM. A título de esclarecimento, ainda que os sistemas encontrem similaridades entre si, eles possuem empregos diferentes na prática clínica, isto é, a CID serve como referência estatística mundial para o registro de morbidade e mortalidade e para a questão das relações saúde, doença e trabalho (licenças, seguros, afastamentos etc). Já o DSM serve como auxílio para pesquisas clínicas e teóricas em saúde mental. Cabe assinalar também que, mesmo com os destaques para os estudos descritos anteriormente, outros trabalhos valiosos neste campo – conforme aponta Laurenti (1991) e arquivos da OMS (1969) –, poderiam ser mencionados, tais como: Lacroix (1768), Mc Bride (1772), Crichton (1804), Parr (1810), Young (1813) e Mason Good (1817).

4.1.1 A Classificação Internacional de Doenças - CID

A história da Classificação Internacional de Doenças começou no ano de 1891 com um comitê empenhado em reunir informações sobre as causas de morte na cidade de Paris. Na ocasião fora nomeada como *Classificação das Causas de Morte de Bertillon*, sob a responsabilidade de Jacques Bertillon, composta por 14 capítulos e 161 categorias. O que podemos identificar como CID-2 foi publicada em 1900, com uma pequena ampliação para 179 categorias. A cada nova revisão, mais países aderiram ao grupo de sistematização, sendo que o tempo entre uma versão e outra oscilou. A CID-3 editou-se em 1920, a quatro em 1929 e a quinta, que ainda levava o nome de *Classificação das Causas de Morte de Bertillon*, publicou-se em 1938, com 200 rubricas. Da sexta até a nona edição o nome passou a ser Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte (CID), tendo sido alterado apenas na décima

revisão, sendo nomeada como Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1969).

Ainda que tenha se optado por apresentar os anos de publicação da CID como uma perspectiva histórica importante no campo da psiquiatria e da saúde mental, até a entrada da Organização Mundial da Saúde (OMS), que se deu em 1948, quando o órgão assumiu a responsabilidade, pela edição é praticamente impossível assinalar a presença dos Transtornos Somatoformes¹³. Até a quinta revisão os autores se dedicavam a listar as causas de mortes de cada paciente. Seria viável localizar análogos aos TS nas versões anteriores, por exemplo: *loucura*, *afecções do sistema nervoso e dos órgãos do sentido*, estas duas últimas descritas na classe de *outras formas de alienação mental e paralisias sem causa indicada*. Já em 1950, na CID-6, com as mudanças impostas pela OMS e a inclusão de comorbidades, as categorias saltam de 164 para 769 e as possíveis equivalências do que seriam hoje os transtornos somatoformes tornam-se menos complexas – ainda assim, as rubricas continuam sem qualquer descrição. Há um capítulo na revisão acerca das *Perturbações Mentais, Psiconeuroses e Modificações da Personalidade* que inclui a *reação histérica sem menção de ansiedade e psiconeuroses com sintomas somáticos* (OMS, 1969). A sétima versão é publicada em 1955 e de forma muito similar a anterior, a categoria se mantém, mas os termos neurose e psiconeurose desaparecem do texto (OMS, 1969).

A partir da CID-8 (1965), os quadros de TS ficam ainda mais evidentes, uma vez que os somatoformes passam a integrar uma classificação própria dentro dos *Transtornos de Personalidade*. É criada uma categoria de *Transtornos Somáticos de Origem Psíquica Presumível*, bem como uma de *Neurose (ansiedade, fóbica, histérica, obsessivo-compulsiva, depressiva e hipocondríaca)*, mas as doenças somáticas são extintas (OMS, 1969).

Em 1975, na nona revisão, cria-se um capítulo de *Transtornos Mentais* e, pela primeira vez na história da classificação, as descrições passam a ser feitas com o intuito de evitar equívocos entre os profissionais. Aparece então um grupo chamado *Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos* para substituir a classe de *Perturbações Mentais, Psiconeuroses e Modificações da Personalidade*. A categoria de *transtornos neuróticos* abrange quadros sem base orgânica esclarecida, tendo como principais manifestações: ansiedade

¹³ O uso dos *Transtornos Somatoformes* será mantido para a apresentação na CID, uma vez que tal publicação ainda não emprega os *Sintomas Somáticos* como no caso do DSM.

excessiva, sintomas histéricos ou obsessivos, compulsão, fobias e depressão (Organização Mundial da Saúde 1975/1978). Segundo consta, a histeria se define por produção limitada da consciência, distúrbios motores ou sensoriais, fenômenos de dissociação e de conversão. No quadro dissociativo também há um estreitamento da consciência onde o inconsciente recebe destaque e permite uma amnésia seletiva. Na *conversão* os sintomas corporais podem consistir de paralisia, tremor, cegueira, surdez ou convulsões. A *neurastenia* configura-se como transtorno neurótico, sendo que neste caso pode estar presente: fadiga, irritabilidade, cefaléia, depressão, insônia, dificuldade de concentração e ausência de prazer – todas estas manifestações decorrem de sobrecarga emocional. A *hipocondria* consiste numa preocupação excessiva com a saúde, associada à ansiedade e depressão. Existem ainda as *Disfunções Fisiológicas Originadas em Fatores Mentais* e *Fatores Psíquicos Associados a Doenças Não Classificadas em Outra Parte*, que podem apresentar algumas equivalências quanto aos quadros que remontam à histeria e aos transtornos somatoformes (OMS, 1975).

Na CID-10 (2003), última publicação disponível até o momento, foram realizadas revisões substanciais que culminaram em um volume específico acerca dos transtornos mentais. Nesta classificação constam diretrizes clínicas e diagnósticas acompanhadas da descrição de um conjunto de sintomas. No anseio de manter a imparcialidade, não constam explicações teóricas que poderiam induzir o leitor a conclusões e posicionamentos de tal natureza; no entanto, observa-se a divisão tradicional entre neurose e psicose, sem explicitar pressupostos psicodinâmicos. Ainda assim, a neurose continua a ser citada de modo ocasional, por exemplo, no grupo dos *Transtornos Neuróticos, Relacionados ao Estresse e Somatoformes* e o termo psicótico é mantido sem aludir à presença de alucinações, delírios ou outros comportamentos (OMS, 1993).

Os autores destacam que o transtorno *psicossomático* ou o termo *psicogênico* não foram empregados devido ao significado que eles podem ter, dependendo da região, mas ressaltam serem encontrados nos diagnósticos: F45 (transtornos somatoformes), F50 (transtornos alimentares), F52 (disfunção sexual), F54 (fatores psicológicos ou comportamentos associados a transtornos ou doenças classificadas em outros blocos). A *histeria*, também devido aos seus diferentes significados, foi substituída por *transtorno dissociativo* (OMS, 1993). O afastamento da psicanálise aparece justificada pela busca de maior precisão e facilidade de uso.

O termo *somatoforme*, segundo a classificação, abrange casos físicos ou somáticos, de modo a respeitar a interferência do psicológico para o desencadeamento ou agravamento do transtorno. A instalação dos sintomas físicos não justifica sua origem, sua extensão, nem a angústia e a preocupação despertadas no paciente. Embora se tenha conhecimento de que as manifestações físicas tenham forte relação com conflitos e eventos angustiantes, o paciente resiste em reconhecer tal conexão.

Em 2013, a OMS fez uma convocatória mundial no intuito de obter a contribuição dos profissionais do campo da saúde para elaboração da nova revisão. Agora, em 2018, houve um breve anúncio das possíveis alterações que podem vir a ocorrer na CID-11. Nota-se, com isso, a criação de categorias como vícios em jogos, que passa a ser considerado um transtorno mental. Em contrapartida, o transsexualismo, por exemplo, deixa de comparecer na classificação e não é mais considerado um transtorno. Quanto ao que se refere aos TS, ainda não há informação. O breve documento disponibilizado pelas Nações Unidas é uma forma dos países, aos poucos, se familiarizarem com o instrumento e capacitarem os profissionais da saúde. Na prática, ele será apresentado oficialmente em maio do ano que vem na Assembléia Mundial da Saúde, mas a previsão de vigor será apenas no início de 2022 (OMS, 2018).

4.1.2. O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM

As entidades responsáveis por gerenciar a saúde da população americana, depois do pós-guerra, julgaram necessário padronizar a identificação e o tratamento do sofrimento mental. A demanda já existia antes da experiência bélica e, devido à situação traumática, a quantidade de pacientes carentes de assistência aumentou significativamente. A inexistência de uniformidade entre os centros de saúde mental promovia confusões, pois sempre que o profissional ou o paciente mudavam de instituição, levavam consigo tais classificações. Para superar as dificuldades, a comunidade americana de psiquiatras e os integrantes da Associação Psiquiátrica Americana (APA) reconheceram a importância de um sistema que permitisse a referência a um mesmo quadro clínico, à mesma descrição de sintomas e à mesma enfermidade, evitando falhas. Para o processo de elaboração, a APA recorreu à OMS, dado o reconhecimento da classificação já existente – a CID. Em 1952 criou-se a

primeira edição do DSM, abrangendo os problemas enfrentados pela população norte-americana, sendo o primeiro sistema classificatório a preocupar-se com a questão clínica e a facilidade de utilizar o próprio sistema. Nesse ano a descrição de algumas categorias trazem explicações semiológicas com a finalidade de relacionar as desordens e as patologias com os fatores psicológicos que poderiam contribuir para o aparecimento dos sintomas e contemplar, tanto o contexto de guerra quanto o civil (APA, 1952).

Nos hospitais onde era possível localizar os combatentes predominavam as perturbações mentais, acompanhadas de doenças cerebrais orgânicas. Já no que tange a população em geral, os transtornos mentais relacionavam-se mais a questões de humor. Embora na primeira versão ainda não se encontre a *histeria* como entidade nosográfica, a palavra *histeria* em si é mencionada dezesseis vezes ao longo do manual como uma possibilidade de classificação, mas descrições ainda não são encontradas. A saber: *paralisia histérica da laringe*, *espasmo histérico da laringe*, *paralisia histérica da úvula*, *ptialismo histérico*, *incontinência histérica*, *ambliopia histérica*, *astenopia histérica*, *amaurose histérica*, *paralisia histérica de alojamento*, *surdez histérica*, *histeria de angústia* (APA, 1952; Catani, 2014b).

Na primeira edição a categoria de *transtornos psicofisiológicos autônomos e viscerais* remete aos distúrbios psicossomáticos nos quais um estado emocional crônico precisou ser reprimido. Em decorrência de tal movimento, surgem comprometimentos viscerais que produzem pequenas mudanças estruturais comprovados hoje por exames de neuroimagens (Schoenfeld et al., 2011). Casos semelhantes podem ser verificados na neurose de órgãos, nos estados de ansiedade, nas neuroses cardíacas, nas neuroses gástricas, cutâneas e respiratórias etc. A classe dos *transtornos psiconeuróticos* caracteriza-se por intensos sentimentos de angústias e acompanhados de forma direta ou expressas por defesas. As defesas são também nomeadas de *reações psiconeuróticas*, nas quais se estabelecem lutas internas ou externas como tentativa de lidar com a sua ansiedade. De acordo com o DSM os possíveis mecanismos seriam: conversão, depressão, dissociação, deslocamento, formação fóbica, pensamentos e/ou atos repetitivos. O nível de prejuízo no cotidiano do paciente depende da intensidade e do grau com que os sintomas se manifestam (APA, 1952; Catani, 2014b).

Em 1968 a APA publicou a segunda versão do DSM, dado o sucesso da anterior, extensivo aos Estados Unidos e a contextos como hospitais e clínicas psiquiátricas, consultórios particulares, centros de serviços comunitários, entre outros. Por mais de

uma década, não foram necessárias outras publicações no campo mas, com as pesquisas e os estudos, algumas melhorias e atualizações do conhecimento se fizeram. Distribuíram-se 120 cópias do DSM a psiquiatras com o pedido de sugestões específicas para eliminar erros e melhorar a qualidade dos termos. O resultado constituiu uma tipologia de 182 categorias de doenças mentais fundamentadas na distinção entre o campo da neurose e da psicose. A separação entre neurose e psicose evidencia a presença da psiquiatria psicodinâmica e o reconhecimento dos sintomas cotidianos que geram más adaptações. O intuito dos editores era integrar os conhecimentos biológicos e sociológicos (APA, 1968).

Na segunda edição o termo *histeria* não é mais mencionado. Em seu lugar os responsáveis optam pelo adjetivo *histérica* (19 vezes) e o motivo de tal substituição não é justificado. Em contrapartida, o termo *neurose* passa a ser citado 57 vezes, sendo a ansiedade a sua principal característica. A manifestação da neurose, de acordo com o manual, pode se dar de forma inconsciente, tal como citado antes, por mecanismos de deslocamento e de conversão, dentre outros. Nas neuroses não existe uma interpretação distorcida da realidade, como ocorreria na psicose. Ainda assim, uma falsa alucinação pode ser verificada em *neuroses históricas*. A decisão de empregar a expressão *neurose histérica* na segunda edição é para substituir o que antes eram chamados de “reação conversiva” e “reação dissociativa”. De qualquer forma, a explicação continua a ser a mesma para referir-se à irrupção das manifestações frente a conflitos emocionais. Uma alteração quanto à terminologia “*personalidade emocionalmente instável*” também se deu, pois agora esta aparece como “*personalidade histérica*”. Na *neurose histérica tipo conversão*, mundialmente conhecida como *la belle indifférence*, não são verificadas implicações por parte do paciente face a cegueira, a surdez, as anestésias, as parestesias, as paralisias e as discinesias. Os *Transtornos Psicofisiológicos Autônomos e Viscerais*, constantes no DSM-I, aparecem agora como *Transtornos Psicofisiológicos*; eles representam os *distúrbios físicos de possível origem psicogênica*. Nestes casos, um órgão é eleito como alvo para a manifestação corporal e a sua causa é decorrente de fatores emocionais. Diante de tais explicações quanto à origem constata-se a presença da psiquiatria psicodinâmica, isto é, os sintomas como resultados de conflitos não manifestos (APA, 1968; Catani, 2015).

O DSM-III, publicado na década de 80, é conhecido na saúde mental como a versão mais revolucionária do manual, pois apresentou uma nova forma de ler o sofrimento psíquico e categorizou-o em eixos e perspectivas de tratamento a partir do

grau e da evolução dos transtornos. O termo “transtornos” foi empregado no lugar de doença, o que implica em alterações na forma de compreensão do mal-estar. O manual trouxe uma ampla descrição nosográfica com 265 novas categorias, além das 180 anteriores. A justificativa consistia na busca de maior precisão quanto ao uso diagnóstico e na tentativa de facilitar as pesquisas na área de saúde mental para que mais profissionais fizessem uso do instrumento. A diretriz foi a de classificar o transtorno mental como uma síndrome comportamental ou psicológica que afeta o sujeito de maneira individual, promovendo um prejuízo ou invalidez (a depender do grau) a partir da irrupção de um sintoma. O entendimento do paciente do ponto de vista comportamental e psicológico deve ser foco de atenção do profissional. Sustenta-se que diversos posicionamentos adotados na edição devem configurar o manual como ateuórico, segundo seus autores. Num exame mais minucioso, é possível localizar a presença das palavras inconsciente, simbólico, conflito psicológico etc, o que evidencia a indesejada aproximação com os conceitos teóricos (APA,1980; Catani, 2014b; 2015).

Os responsáveis optam por uma maior precisão na distinção entre o normal e o patológico abandonando a visão psicodinâmica e, conseqüentemente, excluindo o termo neurose, entendido como vago e não científico. Dada a filiação de alguns psiquiatras à psicanálise, a expressão neurose ainda aparece entre parênteses no intuito de evitar divergências (APA, 1980). Nas justificativas lê-se que a noção de *psiconeurose* empregada por Freud era descritiva e etiológica demais e, por tal razão, não valia a pena mantê-la. O processo psiconeurótico decorre de uma má adaptação, gerando no paciente ansiedades e questões que o levam à produção de um sintoma como solução. Além disso, consta a presença de conflitos paradoxais, proibições e desejos incompatíveis que produzem perturbações na personalidade. Afirmam que não há consenso a respeito do significado da neurose – portanto, ela não serve como classificação diagnóstica. A *perturbação mental* produzida por conflitos psíquicos, de acordo com a terceira edição, pode ser encontrada nas seguintes classes: *ansiedade afetiva, transtornos somatoformes, transtornos dissociativos e transtornos psicosexuais*.

No que tange aos *transtornos somatoformes*, o DSM-III (1980) os define pela referência a sintomas físicos sugestivos de alterações fisiopatológicas. Para tal não há qualquer tipo de causa orgânica que possa justificar ou fazer entender a disfunção, ainda que esta se mantenha presente. Ressalte-se que a produção da alteração não é em nenhuma hipótese proposital, ao contrário, o paciente sente-se bastante frustrado e inquieto com a sua presença, mostrando-se indignado e resiste a aceitar que seu mal-

estar tenha qualquer tipo de causalidade psíquica. Compõem este diagnóstico os seguintes transtornos: conversão, somatização e somatização sem outra especificação, hipocondríaco, dismórfico corporal, doloroso e somatoforme indiferenciado. Uma outra classe a ser destacada é a dos *Fatores Psicológicos que Afetam a Condição Física*, ou seja, de novo uma situação na qual as questões psicológicas interferem e prejudicam a saúde do paciente de modo a fazer emergir um sintoma físico. Os termos descritivos desta classe eram *psicossomático* ou *psicofisiológico*. Em 1987, os editores fazem uma revisão do DSM-III para corrigir erros e introduzir breves reformulações. Com isso, a menção ao termo histeria ou neurose desaparece por completo, não há mais referência nem entre parênteses como até então.

Em 1994, os responsáveis pelo DSM-IV enfatizam a necessidade de utilizá-lo em contextos múltiplos para a classificação diagnóstica e é criado um grupo de trabalho com a participação de diferentes especialistas, responsáveis por pesquisas e atuantes em contextos clínicos. A fim de atender às necessidades e oferecer maior praticidade e segurança aos profissionais criaram-se novos níveis de gravidade dos transtornos, ou seja, distinção entre quadros leves, moderados, severos, em remissão parcial ou em remissão completa apresentando assim a possibilidade de um diagnóstico provisório. São mencionadas também informações sobre cada transtorno, incluindo a prevalência, o curso, as características culturais, a idade, o gênero etc. Com estas inclusões o DSM-IV foi publicado em uma versão extremamente ampliada com 297 transtornos listados em mais de 800 páginas. Apesar das expansões o raciocínio permanece o mesmo, a histeria continua sem qualquer menção e os transtornos somatoformes mantêm-se como classe essencial para descrever sofrimentos de fronteira entre o orgânico e o psíquico. Os transtornos factícios aparecem para aludir aos conflitos psicológicos e inconscientes, nos quais os pacientes produzem os sintomas em si mesmo sem saber quais são as vantagens obtidas, além de algum tipo de cuidado, o que seria um efeito secundário de tal diagnóstico. No que tange ao transtorno de personalidade histriônica, este se configura por excitabilidade emocional, instabilidade, formação reativa e auto-dramatização. Ou seja, há um tipo de comportamento onde atitudes sedutoras estão presentes e uma busca intensa por obter a atenção do outro.

Em 2000, o manual sofre uma reformulação para ampliar as informações acerca de cada diagnóstico e com o intuito de manter-se mais fidedigno à CID. Apesar das mudanças, no que diz respeito aos TS não há alteração. Uma breve descrição de cada uma das categorias cabe ser feita, a saber:

1. *Transtorno de somatização*: diversos sintomas somáticos compostos por queixas dolorosas, gastrointestinais, sexuais e pseudoneurológicas recorrentes. São pessoas dramáticas, com extensa história médica e que, ao invés das investigações tornarem-se esclarecedoras, geram nos profissionais mais dúvidas produzindo dificuldades na determinação da patologia. Cabe destacar que, mesmo após a estabilidade do quadro e o tratamento adequado, dificilmente os sintomas desaparecem por completo.

2. *Transtorno Conversivo*: fruto de um conflito psicológico inconsciente produz déficit motor ou sensorial e em decorrência disso também são denominados sintomas pseudoneurológicos que surgem a partir de algum evento estressor, mesmo que o paciente não seja capaz de correlacionar.

3. *Transtorno Doloroso*: presença de dores constantes que não cessam mesmo diante das medicações mais fortes e exigem que os pacientes recorram a hospitais e prontos-socorros, na tentativa de alívio. Trata-se de um quadro que pode ser agudo (inferior a seis meses) ou crônico (superior a seis meses), a depender da instalação do sintoma; tem novamente a origem nas questões psíquicas. São comuns o abuso de medicações e a dependência em busca de tratamento – por isso tais aspectos merecem atenção.

4. *Hipocondria*: preocupação ou ideia de ter uma doença grave, essa sensação de modo geral advém de uma interpretação errônea, mas que, apesar disso, mantém-se presente. De modo geral, na prática clínica o termo hipocondria é evitado por sua conotação pejorativa entre os profissionais que tendem a minimizar os cuidados necessários.

5. *Transtorno Dismórfico Corporal*: preocupação excessiva com a aparência levando o sujeito a recorrer a diversas plásticas e cirurgias para corrigir o que ele acredita ser um defeito (APA, 2000; Catani, 2015).

O DSM-V, publicado em 2013, resultado de doze anos de investigação e participação de diversos estudos e profissionais, visou dar continuidade a unificação do campo diagnóstico proporcionando praticidade, funcionalidade e organização para o estabelecimento de nomeação e terapêutica. A neutralidade teórica se mantém reiterada. Do ponto de vista estrutural o manual rompeu com o sistema multiaxial, de tal modo que o retardo mental e os transtornos de personalidade foram somados aos outros transtornos psiquiátricos e a outras perturbações psicológicas que culminavam em uma separação entre o orgânico e o psíquico. Há uma ponderação quanto à existência de

sintomas que podem ocorrer de modo concomitante em outros transtornos, ou seja, é possível existir uma sobreposição de diagnóstico sem que isso seja a partir de agora considerado um problema. Julga-se que tal análise permite contemplar o indivíduo de modo mais completo e mais fidedigno como estanque e rígido, mas com um funcionamento mental e de comportamento muito dinâmico. O sistema multiaxial deixa de ser procedimento diagnóstico obrigatório e, ainda que continue a existir, são priorizados alguns eixos: I – transtornos clínicos; II – transtornos de personalidade; III – condições gerais. Os fatores psicossociais e contextuais devem ser descritos e considerados individualmente. Para os autores, a preocupação passa a ser, acima de tudo, com a estratégia e o planejamento terapêutico. Admite-se a possibilidade de um paciente ter um quadro clínico a priori ainda não plenamente descrito no manual, mas como há sofrimento e prejuízo em sua vida, exige-se cuidado e atenção. Esta deve ser a prioridade (APA, 2013).

No que tange justamente ao diagnóstico de TS, os responsáveis o substituíram por *Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados*. A alteração, de acordo com os autores, decorre de uma tentativa de sanar a terminologia confusa decorrente do dualismo entre corpo e mente, pois tal como admitem os responsáveis, o diagnóstico de TS, quando empregado, gerava falta de fidedignidade nas avaliações de sintomas inexplicáveis por causas orgânicas e dificuldades na estratégia de tratamento. Acredita-se que face à nova classe, os critérios sejam agora mais diretivos e privilegiem o modo como o paciente lida com o seu sintoma. A partir desse momento estão presentes casos nos quais a origem é de cunho orgânico, mas que sofrem interferência de questões psíquicas, como são os quadros psicossomáticos que até então não poderiam ser classificados como TS, uma vez que nesses era possível verificar lesões orgânicas (APA, 2013).

Uma retomada sistemática e mais detida dos tipos de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados é incluída agora, tendo em vista que as definições são hoje excessivamente adotadas nas práticas psiquiátricas e, portanto, guiam os diagnósticos. São elas:

1. *Transtorno de Sintomas Somáticos*: sofrimento e alteração significativa que produza prejuízo no cenário psicossocial: a) um ou mais sintomas somáticos que comprometam as atividades diárias; b) pensamentos, sentimentos ou comportamentos associados a problemas de saúde – medo excessivo de ter um problema ou sintoma grave; elevado grau de ansiedade; tempo ou energia dirigidos aos sintomas; c)

predominância de dor manifesta por um período superior a seis meses. Busca excessiva por cuidados e diagnóstico que não seja suficiente. Esta classificação inclui as classes anteriores de somatização, somatoforme indiferenciado, hipocondria e doloroso.

2. *Transtorno de Ansiedade de Doença*: fortes sentimentos de ansiedade quanto à sua própria saúde, sem uma explicação ou possibilidade de melhor classificação, como seria o caso no transtorno de ansiedade generalizada. Para a confirmação é necessário: a) preocupação por ter ou adquirir uma doença grave; b) sintomas somáticos não presentes ou apresentando leve intensidade; c) grau elevado de ansiedade em relação à saúde, sendo o indivíduo incomodado por este estado; d) indivíduos que realizam comportamentos excessivos relacionados à saúde (por exemplo, diversos auto-exames no corpo em busca de alguma doença) ou exibem prevenções inadequadas (por exemplo, evitam sugestões dos médicos ou dos hospitais); e) preocupações com a doença devem existir por pelo menos 6 meses – mesmo com oscilações; f) a preocupação não é melhor explicada por transtorno do sintoma somático, transtorno dismórfico corporal, transtorno delirante, transtorno de tipo somático, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico. Os pacientes podem ser de dois tipos: aquele que *busca cuidados médicos*, incluindo consultas ou realizações constantes de exames e aquele que mostra *hesitação com relação aos cuidados médicos*, reclama muito, mas não busca cuidados.

3. *Transtorno Conversivo* (Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais): os sintomas médicos inexplicáveis continuam sendo característica essencial para o diagnóstico. Neste transtorno há um aumento no risco de morte, sofrimento e perda da capacidade funcional e seu estabelecimento é definido pelos seguintes critérios: a) alteração em uma ou mais característica que envolva o sistema motor ou a função sensorial; b) os sintomas e os aspectos neurológicos da condição médica demonstram incompatibilidade; c) o acometimento não é melhor explicado por outra condição médica ou outro transtorno mental; d) significativo comprometimento nos setores ocupacional e relacional ou em outras áreas importantes. Essa classe é nomeada como psicogênica (falta de etiologia esclarecida) ou funcional (alterações anormais do sistema nervoso central) para descrever o quadro conversivo. No transtorno localizam-se fraquezas, paralisias, distonia, tremores, marcha e posturas anormais. Do ponto de vista sensorial incluem-se: alterações, reduções ou insensibilidade tátil, visual ou auditiva. Episódios de tremor generalizado nos membros com prejuízo aparente ou perda da consciência podem representar convulsões epiléticas psicogênicas ou

pseudoconversões epiléticas. A depender do grau de manifestação, é possível desenvolver uma síncope ou um coma. Podem ainda ocorrer: afecção da fala, apraxias, alterações das articulações, sensação de nó na garganta e diplopia. Os traumas remetem a questões temporais e o quadro desenvolve-se na sequência a um fato delicado ou leva anos. Em geral, pessoas com personalidade mal adaptada, histórico de abuso sexual ou negligência na infância, presença de eventos estressantes, presença de doenças neurológicas com comprometimentos orgânicos, potencializam o aparecimento de transtornos conversivos.

4. *Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas* – PFAMC: interface entre a psiquiatria e a medicina geral. Os pacientes que possuem alguma condição orgânica associada a um traço de personalidade ou que apresentam questões psicológicas que interferem no agravamento da doença em questão, são agora ser tratados e recebem os cuidados médicos necessários quando tiverem: a) desenvolvimento de um sintoma médico ou condição que não um transtorno mental; b) apresentação de fatores comportamentais e psicológicos que afetam as condições médicas de algum modo no curso da doença, uma associação temporal entre os fatores psicológicos e o desenvolvimento ou exacerbação; constituição de risco para a saúde; agravamento da questão fisiopatológica, precipitação ou exacerbação do sintoma, aumento da necessidade de atenção médica.

5. *Transtorno Factício*: o paciente produz os sintomas, mas sem saber quais seriam as vantagens, não se trata de algo consciente, portanto, não é uma simulação. São classificados de dois modos: *Transtorno factício autoimposto* ou *Transtorno factício imposto a outro*. Em ambos há: a) falsificação de sintomas e sinais psicológicos, físicos ou indução de ferimentos ou doenças associados com um comportamento enganoso; b) o indivíduo apresenta-se a si mesmo e aos outros como doente, incapacitado ou machucado; c) o comportamento enganoso está presente mesmo quando é claro que a pessoa não está doente; d) o comportamento não é melhor explicado por outro transtorno mental, tal como transtorno delirante ou outro transtorno psicótico

A multiplicidade e variedade das condições associadas aos transtornos de sintomas somáticos explicita o quanto é difícil o tratamento ao se optar por este diagnóstico, do ponto de vista médico-psiquiátrico. As possibilidades inerentes ao tratamento analítico na instituição hospitalar fecunda a reflexão acerca das aproximações entre tais quadros e as constatações observáveis nos quadros de sofrimento psíquico e social contemporâneo, conforme se quer mostrar neste estudo.

4.2. COMO A PSIQUIATRIA TRATA O TRANSTORNO

Muitos são os desafios impostos aos profissionais da área psiquiátrica para tratar do transtorno. Até a quarta edição do DSM as formulações acarretavam divergências de opinião para os médicos e psiquiatras. Isto porque a conclusão diagnóstica era feita a partir de signos negativos, portanto por exclusão de quaisquer outros se chegava à determinação do transtorno somatoforme. A alteração proposta pelos autores da APA no DSM-V (2013) em transformar o TS para Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados oferece condições que levam a pensar que benefícios mais concretos do ponto de vista diagnóstico e epidemiológico possam ser obtidos. A justificativa para essa especulação é a de que os casos em que se tinham dúvidas diagnósticas ou sobreposições podem ser tratados sob a nova categoria, ou seja, pacientes psicossomáticos podem receber atenção e cuidados, pois a forma como o psiquismo impacta a vida daquela pessoa e as dificuldades psicológicas que exibem são de enorme valor para o quadro clínico.

Segundo os autores do DSM, o intuito agora é estabelecer uma concepção pluridimensional dos transtornos mentais, relacioná-los à genética, à neurociência, à epidemiologia, à investigação clínica e às culturas, abrangendo as modificações e avanços científicos e garantindo maior compreensão psiquiátrica (APA, 2013). Ainda que o manual não se explicita com essas palavras, tal alteração nos permite considerar que, aos profissionais de saúde mental, o que interessa agora é atentar mais para o paciente, priorizar e garantir seu bem estar (Catani, 2015; Catani e Moretto, 2016). Há uma inversão que nos leva a algum tipo de otimismo e que se configura com a seguinte lógica: a partir deste momento, para a realização do diagnóstico e escolha da conduta a ser adotada com estes pacientes é preciso entender como se deu o adoecimento e qual foi o caminho percorrido até o sujeito procurar o médico. Em outras palavras, interessa saber o que o paciente faz diante de sua condição, de que modo ele está implicado e colabora na melhoria ou piora do quadro clínico. Claro que é possível fazer todo o percurso e chegar a diagnósticos como os referidos acima sem incluir necessariamente tal dimensão subjetiva, mas talvez também seja viável reconhecer que já se trata de um primeiro passo envolvendo algo para além de uma simples listagem de sintomas, como nas edições anteriores (Frances, 2016).

Incluir a preocupação com a história de vida e o percurso do paciente até o adoecimento talvez não tenha sido de fato a intenção direta dos autores, que ainda insistem, de modo explícito, na elaboração de um manual sem qualquer concepção teórica, sem a presença de um olhar subjetivo para a conclusão diagnóstica e sem a influência explícita da psicanálise. Hoje, ainda que a participação psicanalítica esteja longe de ser admitida e sustente-se uma ampliação e a possibilidade de abranger toda e qualquer linha teórica e atuação dos profissionais da saúde mental, não se pode ignorar algum tipo de intervenção. Assim, caberia questionar-se: teriam tais influências passado despercebidas para os atentos autores da APA? Pouco provável. O que se pode aventar, talvez, seja o anseio de garantir a almejada neutralidade absoluta. Julga-se que a imparcialidade seja desejada justamente na expectativa de atingir um maior número de pessoas e profissionais interessados em ocupar-se de pacientes que sofram de algum tipo de transtorno, portanto, quase como numa lógica de reserva de mercado. Mas, sabe-se bem, a linguagem não pode ser totalmente asséptica e a sua aspiração, mesmo nas edições em que assim se quer sustentar, como é o caso da terceira e quarta edição e, inclusive, de suas revisões. Claro que tal constatação fica apenas mais evidente no glossário e nos anexos que em geral, no dia a dia da prática profissional devem ser, provavelmente, as partes menos consultadas, mas lá se encontram: “inconsciente, simbólico, conflito psicológico etc.” (Catani, 2015, p.112). Ou ainda, retomando a definição de uma das classes que compõe os Sintomas Somáticos (Catani, 2015, p.162):

Por exemplo, o termo conversão: (...) oriundo de um sintoma somático que serviria como uma solução simbólica para resolver algum conflito psicológico inconsciente, de modo que o aparecimento desta conversão possibilitaria uma diminuição nos níveis de ansiedade e uma maneira de permitir que o conflito continue fora do campo da consciência (‘ganho primário’) (APA, 2000, p. 496 / APA, 2003, p.476).

Talvez fosse mais apropriado pensar nas vantagens obtidas a partir da compreensão de que a doença e seu significado para o paciente possam se constituir em elementos que devam ser considerados no tratamento, ao invés de serem apenas destacados como um tipo de linguagem que pode facilitar a classificação e a estatística diagnóstica e servir a todos os profissionais, tal como consta na introdução do DSM-V.

É evidente que os autores reconhecem a presença de condições psíquicas e sociais e pode mesmo ocorrer que atribuam mais valor a elas do que estão dispostos a admitir de modo explícito. Termos como ‘conflitos psicológicos’ ou ‘simbólico’

poderiam ser justificados como algo do campo da psicologia, já o uso de “inconsciente” é absolutamente próprio da psicanálise, carregando consigo mais implicações. De todo modo, interessa pensar nas consequências disso, na diferença que pode fazer o fato de reconhecer e considerar o modo como essas implicações podem afetar a subjetividade do paciente.

A forma como uma doença atinge o corpo humano pode ser similar para todos – por exemplo, quanto à descrição dos sintomas, o tempo de duração, a história clínica das manifestações, entre outros, mas a maneira como é vivido e experimentado o transtorno é muito própria de cada um e só pode ser compreendida na medida que se escute o paciente. Isto porque, quando uma pessoa é acometida por uma doença, mesmo que esta produza alterações biológicas, observa-se uma apresentação corporal que se refere ao meio no qual este indivíduo está inserido, à sua história de vida, aos recursos que ela acessa para lidar com esse momento peculiar etc. Nenhum destes elementos aqui citados é universal e, se não há uma forma única de experimentar tais episódios, a maneira de elaborar o acontecimento também é muito individual. No que tange aos Sintomas Somáticos isso ganha um destaque ainda maior, uma vez que o que importa é como lidar com a doença, portanto, como exprimir e atravessar o sofrimento (Catani e Moretto, 2016).

Sabe-se que o fato de existir uma transformação no DSM e em seu modo de classificar e diagnosticar o transtorno não é uma garantia de que o cotidiano e a forma de assistência possa se transformar. Em contrapartida, reconhece-se que o fato de se tratar do instrumento mais utilizado na prática clínica para identificar e transmitir a informação sobre o tipo de transtorno que acomete a população já é um ganho. Entende-se isto como uma possível conquista, pois pode existir uma disponibilidade maior do que aquela restrita a uma verificação de presença ou de ausência de sintomas. Isto porque, para saber como o transtorno afeta a vida é necessária a inclusão de uma dimensão menos objetiva que fomente um diálogo e atenção a quem sofre. De todo modo, deve-se ainda discutir como fica a situação dos profissionais que, habituados a classificar, deparam-se com indivíduos nos quais a origem do mal ou a sua piora clínica advém de problemas psíquicos. E sabe-se que, nestas circunstâncias, a melhora psicológica não é obtida apenas com medicações. Para que ocorra uma transformação dessa natureza, a confiança na equipe, um elo e articulações entre seus integrantes, são muito importantes, ainda que possam não ser suficientes (Bartorelli, et. al., no prelo). O trabalho corporal, a necessidade de ser escutado e poder pensar nos impactos dos

eventos de sua vida, em seu corpo e sintomas também se configuram como partes cruciais no processo de mudança (Omalley, et al, 1999). Ou seja, é verdade que há muito a ser feito e estes pacientes estimulam pesquisas e avanços, já que escapam à lógica objetiva da medicina e psiquiatria atuais. Saber que há o reconhecimento e a inclusão de elementos psíquicos, a tal ponto de se retomar, depois de tantos anos estas condições na elaboração de categorias – isto de certa forma contava na primeira e segunda edição do DSM – pode ser valioso até para os mais engajados numa psiquiatria positivista e mais técnica. Parece certo que não se trata de romper com a psiquiatria, invalidar suas contribuições e afirmar que a psicanálise ou a psicologia possam ser alternativas exclusivas, longe disto, mas incluir perspectivas nas quais a soma possa fortalecer os conhecimentos e promover maiores alternativas de compreensão e solução para sanar mal-estares cada vez mais frequentes em hospitais, prontos-socorros, clínicas e consultórios. Conforme infere Dal Molin (2015, p.196), se: “(...) o paciente sofre, logo ele deve ser escutado” e parcerias se fazem imprescindíveis. Talvez as recomendações atuais que possam ser feitas para quem atua no campo da saúde encontrem forças ainda nas palavras do autor (p.197):

Para um atendimento que busque a escuta do sofrimento, atenção às pequenas palavras, elas são reveladoras. Para uma tentativa diagnóstica com base nos volumes sempre à mão, duas recomendações: 1) após abri-los, saiba que pequenas palavras que o compõem têm história, e que vale a pena compreendê-la; e 2) feche-os, a CID-10 e o DSM-V, e escute as pequenas palavras que saem da boca, dos gestos, do corpo do paciente.

Pode-se dizer que é vital reconstruir as articulações já existentes com outros saberes e teorias acerca do sofrimento. Embora a literatura psiquiátrica resista a admitir a importância da psicanálise ainda hoje, inclusive para oferecer assistência aos portadores de transtornos somatoformes, reconhece-se que o vínculo estabelecido apresenta-se como fundamental na transformação das manifestações, isto é, os atendimentos psiquiátricos devem ocorrer com menor intervalo de tempo e de preferência com a mesma equipe. Cabe aqui lembrar que, na origem dos sistemas classificatórios, os Sintomas Somáticos eram nomeados como Histeria e tinham boa parte de seu embasamento teórico pautado na teoria psicanalítica. O conhecimento do percurso e a constatação de que o essencial para o cuidado com a população diz respeito ao vínculo caminha na direção de se admitir o valor da transferência e quem sabe,

assim, da psicanálise: o que cura é também a figura do médico? Freud apresenta esta possibilidade como afirmação. Atrelado a isto está o uso que os pacientes fazem do corpo, um uso diferente quando comparado a algumas outras patologias e transtornos. Trata-se de uma manifestação¹⁴ representada por meio de uma linguagem e de uma fala muito particular; é preciso compreender os pacientes e perceber a relação que estabelecem com a sua doença. No caso de pacientes acometidos pelos sintomas somáticos, a impossibilidade de medicar continua funcionando de modo similar aos casos de histeria ou outros sem causalidade orgânica específica. As palavras de Gallucci Neto e Marchetti (2008, p. 356) confirmam:

Tratar o paciente com transtorno de somatização, conversão e dissociação pode ser considerado um desafio na prática médica. Em geral, estes pacientes tendem a negar a existência de problemas psicológicos ou sociais relacionados à gênese de suas queixas. Muitas vezes, ao serem encaminhados ao psiquiatra após a comunicação de que “não têm nada físico, todo o problema está na cabeça”, desenvolvem sentimentos de rejeição e raiva, abandonando o tratamento. Procuram, então, outros especialistas, em um círculo vicioso que só poderá ser interrompido na vigência de uma comunicação diagnóstica adequada e formação de uma aliança terapêutica com seu médico.

As pessoas com diagnósticos de Sintomas Somáticos, em geral, demandam diversos encaminhamentos a muitas especialidades, pois na sua compreensão esta parece ser a estratégia adequada para descobrir o que se passa com eles, recusando que seja algo essencialmente de origem psicológica. Diante de tais resistências, costumam se queixarem dos que os atendem resultando isto, muitas vezes, em sentimentos de hostilidade na equipe de saúde. Na tentativa de superar a tensão e prevenir erros diagnósticos, os profissionais intensificam a busca das causas físicas, o que onera o sistema de saúde e pode trazer malefícios aos pacientes. A dificuldade também é localizada, pois existem condições nas quais o uso de cadeiras de rodas, de muletas, de bengalas, de morfina para reduzir as dores no corpo é indispensável. A questão é que, os exames não costumam encontrar explicações plausíveis do ponto de vista laboratorial, bem como os achados clínicos não são confirmados por meio de ressonância, tomografias, videoeletroencefalograma (vídeo EEG) e não justificam, em geral, a extensão do problema. Quando os sintomas apresentam cunho orgânico, eles não justificam a sua extensão, tendo uma sobreposição ou uma piora derivada de aspectos

¹⁴ Vale ressaltar que, para a confirmação do quadro de TS/ Sintomas Somáticos, mesmo com a presença de um ou mais sintomas associados a um sofrimento, fazem-se necessárias algumas outras características indicadas nos manuais como, por exemplo, o tempo de duração dos sintomas.

psicológicos. É justamente disso que a categoria de transtornos somatoformes ou os transtornos de sintomas somáticos se ocupa (Catani, 2015; Catani e Moretto, 2016).

A prática clínica demonstra que, não raras vezes, mesmo os profissionais capacitados se deparam com reações delicadas e experimentam sentimentos de impotência. Admitir o limite dos conhecimentos não costuma ser tarefa simples. E não o é para médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, que se dedicaram a muitos estudos para compreender os transtornos e as doenças e se defrontam com um sofrimento que não responde aos métodos tradicionais de cuidados e pouco melhoram com os medicamentos. Quanto mais experiência, menos complexo será lidar com tais adversidades. Ainda assim reconhece-se que o processo é árduo e trabalhoso. Entre os menos experientes, as queixas e os sentimentos hostis são mais acentuados e a tendência é que tenham mais impulsos a medicar ou prescrever exames. Assim, diante dos poucos êxitos, escutam-se frases no serviço de psiquiatria como: “pra quê atender então, se é só para conversar, isso não resolve”. “Me sinto enganando o paciente e achando que não estou fazendo nada para que ele melhore”. Cabe lembrar que propor uma medicação nem sempre é algo descabido, mas espera-se que isto não seja a prioridade, pois em geral, neste casos, os pacientes se percebem viciados e dependentes da medicação, mas com pouca compreensão e motivação para resolver os aspectos sintomatológicos que os trouxeram ao serviço. Embora apareça no discurso uma expectativa de melhora dos sentimentos de tristeza e de ansiedade, eles não parecem suficientes e motivadores para resolver as dores, as pseudoepilepsias, as paralisias ou sua condição como um todo. Observa-se uma espécie de acomodação. Aos poucos, conforme os recém-formados e residentes em psiquiatria (no SOMA) vão se familiarizando com o tipo de trabalho as afirmações tendem a se transformar: “nossa, não é que ela melhorou um pouco”, “eu esperava mais, mas percebi que tiveram algumas mudanças”, “eu consegui me aproximar dele e entender a vida difícil e o que levou a estar nessa condição”. Recordo-me de um residente que, há alguns anos, ao término de um ano de estágio no SOMA, em seu trabalho de conclusão, contou a sua experiência:

Quando eu cheguei aqui (no serviço) lembrei do livro Admirável Mundo Novo, em que o personagem John chega a um universo totalmente diferente do dele, ele sendo super primitivo entrando num mundo extremamente tecnológico. Foi como eu me senti aqui no SOMA, diferente de todos os outros ambulatorios em que eu passava e que tinha um padrão, um formato.

O *nosso*¹⁵ aqui é algo estranho, muito diferente do que eu esperava. Ter que olhar para algo único, individual. Eu não sabia o que dizer, e me lembro que ao final de uma supervisão, ao discutir o caso com o psiquiatra e sabendo que o paciente estava sofrendo, a única coisa que disse foi: “mas, eu posso dar fluoxetina?”

A formação dos médicos, como a de outros profissionais da área, pouco os prepara para refletir sobre as relações com os pacientes. Tende-se a torná-los mais eficientes para encontrar o exame ou o medicamento adequado na superação do sintoma ou na mudança de um padrão de comportamento. Desde cedo impõe-se como regra seguir um protocolo. A transcrição acima mobiliza a ideia de uma exigência de outra ordem, escutar o paciente, observar a dimensão individual de sua história e entender o que ele diz. Vale ressaltar que com isso não se quer dizer que os cuidados orgânicos não mereçam atenção e não se quer minimizar o tratamento protocolar. Reconhece-se também que a resposta dependerá de cada caso e, na maior parte das vezes, mudanças demoram a aparecer, pois é comum que ele já sofra desde há muito e insista na forma de lidar com isto. De qualquer modo, a experiência encontrada nas reuniões clínicas e nas supervisões com os residentes refere-se a pessoas que demandam a atenção e o afeto pouco obtidos ao longo da vida. É claro que isso não é nada simples, mais ainda em um tratamento médico e na situação em que o conhecimento disponível está sendo colocado a prova. Mas, desenvolver este aprendizado com os residentes, ou seja, a necessidade de uma conversa e uma preocupação autêntica com quem está diante deles, tem sido a estratégia adotada no SOMA e em outros serviços similares com os quais pude ter contato. Mesmo que os ganhos sejam pequenos e pouco mensuráveis a medida em que são capazes de, por meio da atenção que lhes é destinada, entender o que se passa consigo, os pacientes tendem a diminuir os sintomas corporais que eram recursos de descargas para a incompreensão do mal-estar e do que se passava com eles e em sua vida (Catani, 2013).

A insistência em um tratamento realizado por especialistas de diversas áreas, decorre da constatação de que, mesmo sem uma terapêutica pré-determinada e universalizável, essas pessoas podem se beneficiar, de modo mais satisfatório, quando existem profissionais de saúde mental atuando em conjunto e estabelecendo parcerias. Além disso, como já se sabe, as pessoas com sintomas somáticos costumam procurar de modo recorrente os especialistas para tentar nomear o seu sofrimento. Assim, a ausência

¹⁵ Grifo meu para ressaltar a apropriação do SOMA pelo próprio residente, algo que me parece bastante produtivo.

de comunicação pode levar à submissão a procedimentos invasivos sem real necessidade, em busca de alguma doença orgânica. Ou então, levar ao uso de medicamentos associados, podendo produzir prejuízos ou impedindo o progresso na conscientização de que se trata de uma doença eminentemente psíquica (Bartorelli, Catani, Werebe, Fraguas Júnior, no prelo). Embora os recursos empregados por psiquiatras e psicanalistas sejam diferentes, eles certamente podem ser complementares, face um conflito vivenciado pelo sujeito que vê “desaparecer” a palavra e, não consegue nomear seu sofrimento, transformando sua angústia em sintoma corporal. Em linhas gerais, a psicanálise busca traduzir os conflitos em palavras e numa extensa investigação que coloca o sujeito a falar. Já a psiquiatria, oferece um nome ao paciente que demonstra que a ciência sabe identificar o que se passa e, com isso, tratar seu desconforto. Eventualmente, para o seu incômodo, é possível existir um medicamento para afastá-lo ou eliminá-lo (Catani, 2015).

No ano passado foi criado um curso de especialização de Bases da Medicina Integrativa no Hospital Albert Einstein cujo intuito é ensinar os alunos a melhorar a comunicação com os seus enfermos e desenvolver uma atitude mais humanizada e participativa na relação com os mesmos (Marques, 2017). A base deste curso fundamenta-se na Medicina narrativa, modalidade criada nos Estados Unidos que têm como objetivos estabelecer um relacionamento médico-paciente de qualidade, marcada pela empatia e baseada na escuta atenta, e ainda, ajudar os cuidadores a refletir sobre questões como o sofrimento e a morte, como temas que integram o cotidiano da prática médica (Goupy, 2017). Mesmo que isso não diga respeito exatamente aos transtornos somatoformes e aos quadros de sintomas somáticos, sugere uma reflexão acerca do modo como a medicina tem se dedicado a entender e incluir a subjetividade para tratar. Inclusive sendo capaz de se perguntar de que modo os pacientes ao contarem as experiências com a sua doença, podem transformar a condição clínica. Nas palavras de Charon (2017, p.11, tradução nossa) “a relação terapêutica é o coração dos cuidados de saúde”. Se tais elementos têm sido pensados e integrados na medicina geral, para a psiquiatria, que se ocupa justamente dos transtornos e formas de sofrimento mental, é importante que a articulação seja ainda mais fortalecida.

Dzierzynski, Bouaziz e Piot (2017), ao falarem sobre a medicina narrativa e a psicanálise, afirmam que o corpo é o primeiro lugar de interação do ser humano, portanto, o primeiro e mais importante depositário das emoções, e sendo nele integrados elementos não verbais. Diante de conflitos e impossibilidades, o corpo serve como um

arcabouço necessário e mais familiar para que sejam expressos os conflitos, é o primeiro e mais primitivo contato do homem com o meio. Daí ser essencial que as formas pelas quais se apresentam os sintomas estejam correlacionadas à história de vida de cada um. Ainda de acordo com os autores, a habilidade de escuta e análise dos relatos, o exercício pessoal de escrita e a familiaridade com textos literários mobilizem a capacidade dos médicos para a compreensão, empatia e criatividade. Assim, as capacidades humanistas dos médicos são consideradas como uma tarefa e um dispositivo que merece ser praticado e desenvolvido, pois as histórias dos pacientes permitem estabelecer reflexões e alcançar contribuições fundamentais ao tratamento. Apesar de não parecer tão inovadora, a proposta de uma medicina narrativa e a inclusão da subjetividade pode ser encarada como uma nova percepção e um novo entendimento, uma vez que em medicina, por vezes, a transferência foi percebida como falsa conexão que traria prejuízos terapêuticos, correndo-se o risco de impedir os processos de melhoria ou cura. A leitura parece ser próxima da que foi feita por Freud em 1912, quando este afirmou que a transferência poderia configurar-se como resistência à proposta terapêutica e deste modo, convinha deixá-la excluída e impedir que esta fosse expressa. De qualquer forma, como sublinha Dzierzynski, Bouaziz e Piot (2017), a compreensão da transferência e da contratransferência pouco a pouco tem recebido destaque e espaço terapêutico.

Conforme já assinalado, embora os textos a seguir não digam respeito à população de pacientes do SOMA, eles nos indicam o quanto narrar e escrever o que se passa consigo diante de um evento traumático ou de uma doença, pode ser transformador e, com isso, suscitar reflexões. Os estudos de Pennebaker & Beall (1986) e Pennebaker & Seagal (1999) demonstram que registrar os eventos traumáticos durante um período de quatro dias, não mais do que quinze minutos, chega a produzir nos pacientes respostas substanciais do ponto de vista fisiológico e psíquico. No primeiro trabalho (Pennebaker & Beall, 1986) verificou-se que, apesar de o ato levar no momento da tarefa a uma alteração de humor e a uma elevação na pressão arterial, com o passar do tempo as mudanças são importantes fazendo, inclusive, com que o paciente frequente menos os centros de saúde por um período de 6 meses após a realização do experimento. Segundo eles, ainda que necessitassem de mais estudos, é viável afirmar que a narrativa produziu um efeito catártico e de auto-revelação que levou a pessoa a uma inibição de sintomas. Também no outro artigo (Pennebaker & Seagal, 1999) as conclusões foram nesta direção, permitindo que os participantes obtivessem uma maior quantidade de palavras positivas para expressar as emoções na medida em que fossem

realizando as tarefas e superando assim a quantidade de emoções negativas. De acordo com os autores, o curso sugere que a escrita leva o paciente a organizar de forma favorável as experiências emocionais mais complexas, ou seja, formar uma história sobre o que viveu está associado à melhoria da saúde mental. Pennebaker & Seagal (1999) destacam ainda que, é possível que os resultados independam da escrita ou da fala, a preocupação deve ser a de que se tenha a possibilidade de organizar os eventos da vida e a procurar significados com as pessoas que o cercam, a interagir e integrar-se melhor no ambiente onde se encontra. Portanto, o espaço terapêutico promove para o paciente uma melhoria e um bem estar geral. Assim, é possível pensar que os pacientes, ao pensarem e partilharem o seu sofrimento, deparam-se com a expectativa de reconhecimento.

Segundo Lazzaro & Ávila (2004), para o tratamento de somatização deve-se, em primeiro lugar, avaliar as comorbidades e pensar na presença de sintomas depressivos e ansiosos e na necessidade de prescrever medicações para tais manifestações. Isto porque é preciso definir se é de fato recomendada a prescrição, pois há pessoas muito sensíveis aos efeitos colaterais e, do ponto de vista da somatização, este não será o tratamento efetivo. Dentre as estratégias apontadas pelos autores figuram as consultas frequentes (com intervalos de 4 a 6 semanas) e sempre com o mesmo médico, tal como outros estudos já apontaram. Uma vez confirmada a origem psíquica dos sintomas, deve-se realizar curtos exames físicos, de modo a não dar importância a estes aspectos. Entretanto, caso seja necessário, deve-se fazer o encaminhamento ao especialista. Também é preciso que a internação seja feita apenas em último caso, assim como procedimentos hospitalares e exames. Em geral estes beneficiam-se muito com tratamentos psicoterápicos individuais, grupais, familiares ou psicopedagógicos. Como marcador de melhoria é possível estabelecer o fato de o paciente manter-se livre de hospitais e prontos-socorros, além da diminuição de procedimentos iatrogênicos¹⁶.

Abud (2011) é hoje uma das psicanalistas responsáveis pelo serviço com quadros de somatização em geral, no PAES (Programa de Atendimento e Estudos de Somatização). De acordo com a autora (p. 12),

¹⁶ Para conhecer mais detidamente acerca da iatrogenia ver a dissertação de Cláudio Akimoto Júnior intitulada, *Potencial iatrogênico da Psicanálise*. O mestrado, defendido em 2016, no Instituto de Psicologia da USP, parte da premissa de que qualquer tratamento que vise à cura oferece risco ao paciente. O autor investiga então, quais seriam os efeitos nocivos implicados na terapêutica e, de que forma, estando advertido dos mesmos é possível evita-los. A prevenção diz respeito aos tratamentos de saúde mental mas, sobretudo, do ponto de vista analítico.

O tratamento oferecido pelo ambulatório consiste em atendimentos psiquiátricos clínicos, terapia de base psicanalítica individual, grupos de psicoterapia e grupos de conscientização corporal, realizados por uma equipe multidisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos, reumatologista, fisioterapeutas e psicanalistas. O tratamento visa não apenas o alívio ou controle dos sintomas, como também a reinserção social dos pacientes, ajudando-os a resgatar sua identidade que ficou tomada pela condição de “doente”.

Ainda segundo Abud (2011, p. 104), ao referir-se ao modelo de gestão empregada pelo Hospital São Paulo, “A relação com o paciente requer uma forma acolhedora e integral enfatizando a sua autonomia e a sua co-responsabilidade no tratamento”.

De acordo com Brunoni (2008) o tratamento recomendado para os TS, assim como referido em muitos textos, envolve a aliança terapêutica profissional-paciente. Para tal, faz-se necessário que o médico tenha condições de ouvir as queixas e a possível justificativa para o quadro, dando valor a percepção de quem sofre. Afirma o autor que o fato da pessoa ter sido bem investigada antes permite ao psiquiatra ficar confortável quanto às questões orgânicas, uma vez que, em geral, o diagnóstico de TS demora a ser confirmado. É importante ainda tranquilizar quem sofre e que os esclarecimentos a serem feitos se deem por meio conversas e interações, não através de exames. Além disso, auxiliar para que ele busque explicações e que as queixas sejam validadas pelo especialista, configuram-se como estratégias fundamentais para o processo, pois os sintomas são reais, apenas não justificáveis do ponto de vista laboratorial como em outros quadros. É recomendado que ambos desenvolvam paciência e adaptação às reais condições para a terapêutica. Isto porque o transtorno conversivo costuma ter melhor resposta de remissão, mas os outros quadros, tais como somatização, doloroso e hipocondríaco são em geral mais crônicos, com recaídas mais previsíveis e mais difíceis de remitirem completamente o quadro. Segundo Brunoni (2008), a farmacologia é sugerida e, como muitos outros pesquisadores, ele sugere também terapia cognitivo-comportamental.

Sabe-se que as terapias psicanalíticas de longo prazo em adultos acompanhados nos setores ambulatoriais apresentam eficácia, embora seja difícil mensurar tais resultados. O estudo de Maat, et al. (2009) aponta os benefícios da psicoterapia como independentes da gravidade da patologia, ainda que os acometidos

por doenças leves ou moderadas costumem obter melhor índice de cura. De todo modo, o artigo demonstra que os ganhos puderam ser mantidos depois dos enfermos serem reavaliados, demonstrando um sucesso global e uma diminuição dos sintomas quando comparados ao início da assistência.

Hoje muitos dos que realizam algum tipo de tratamento, em geral sofrem de transtornos psiquiátricos ou apresentam algum tipo de mal-estar psicológico (o índice varia entre 30% e 50%). De acordo com Smaira, Kerr-Corrêa e Contel (2003), no entanto, somente de 1% a 12% destes são encaminhados para avaliação psicológica ou psiquiátrica, fato que prejudica o diagnóstico e a terapêutica dos casos atendidos, inclusive no que se refere à condição médica. Gabbard (1998) disserta na apresentação da edição do *Journal of Psychotherapy Practice and Research* acerca da resistência das companhias de seguro em cobrir os tratamentos psiquiátricos e quando isso ocorre, de acordo com o autor, o reembolso é muito menor do que comparado a outras especialidades. As justificativas, no que diz respeito sobretudo à terapia, é de que o tratamento não seria muito confiável e que justamente por isso talvez se cogite a hipótese de que possa ser feito por qualquer pessoa. Diz-se que existem poucas evidências que assegurem a eficácia deste tipo de prática.

No hospital o intuito é que todos os especialistas se dediquem para oferecer o melhor àquele que sofre. No caso de um analista, a interlocução com os outros profissionais possibilita acolher, investigar e contribuir para que seja possível oferecer ao paciente um acompanhamento amplo e integrado decorrente da convergência e da comunicação entre os integrantes do grupo. De modo geral, os psicanalistas são convocados por médicos ou enfermeiros que identificam algum tipo de desconforto ou problema emocional e/ou subjetivo que prejudicam o cotidiano ou que impedem que ele se trate de modo adequado (Carvalho & Lustosa, 2008; Santos, et al., 2011).

Quando um psicanalista é convocado, não são raras as vezes em que um diagnóstico psíquico serve para acalmar a todos, inclusive a própria equipe. Os profissionais que tratam de sujeitos que, porventura em um dado momento apresentam algum tipo de questão diferente do quadro objetivo orgânico e farmacológico com os quais a medicina está habituada, tendem a se sentirem angustiados. Desta maneira, a participação de um analista costuma contribuir para apaziguar o mal-estar vivido por aqueles que se sentem impotentes diante deste sofrimento. O trabalho que é desenvolvido a partir do chamado de um analista tem efeitos e produz consequências não apenas para a equipe e o paciente, mas também para a própria instituição. Tais

reflexões transformam, na maioria das vezes, a assistência oferecida no setor e, com isso, a configuração daquele serviço no hospital também se altera. Portanto, a intervenção de um psicanalista não produz consequências apenas na dimensão clínica, mas inclusive na dimensão institucional (Moretto, 2001).

Dadas as dificuldades e insuficiências de tratamentos objetivos da psiquiatria medicamentosa frente a este tipo de sofrimento, pretende-se com a psicanálise ter condições de contribuir para a terapêutica dos sintomas somáticos assim, para além do percurso teórico, o que se coloca como questão é inclusive a experiência analítica no SOMA.

“(...) é preciso ter esperança de que sempre é tempo,
ou sempre há tempo para a escuta do que se repete em busca de acolhimento”.
(Coelho Júnior, 2016, p.XXI)

5. O TRABALHO CLÍNICO E INSTITUCIONAL – ESPAÇOS DE SOMA

Introduzidas as questões relativas à concepção e modos de realização da pesquisa e explicitados os relatos de casos que permitiram compreender as modalidades de sofrimento nomeados como TS aqui, deu-se conta, até o momento de apresentar formas pelas quais a psiquiatria enfrenta o desafio. A partir daqui, neste capítulo, elaboram-se descrições e análises a respeito das especificidades do transtorno nas condições hospitalares próprias do SOMA. Algumas das potencialidades e alguns dos obstáculos são retomados em conexão com a apresentação de práticas ali construídas. Também se expõem informações que caracterizam os outros serviços congêneres existentes no estado de São Paulo. Questões institucionais importantes também são trazidas nas reflexões acerca das condições de exercício do trabalho de médicos e profissionais que lidam com os TS e Sintomas Somáticos.

5.1. A POPULAÇÃO DOS SINTOMAS SOMÁTICOS NO HOSPITAL

a) Como o transtorno impacta a saúde pública e os hospitais em geral (reflexos e gastos com pacientes)

Explicitar situações relativas ao diagnóstico e tratamento dos portadores de TS, considerando simultaneamente uma trajetória clínica em construção, um ambulatório especializado e as potencialidades da perspectiva psicanalítica, tal como a tese se propõe, exige que se retomem informações acerca do lugar ocupado pelo tipo de sofrimento nas instituições hospitalares do ponto de vista dos custos e de sua recorrência. As observações feitas a seguir objetivam essa explicação.

A literatura aponta para dados extremamente relevantes acerca dos modos pelos quais as pessoas identificadas com sintomas somáticos impactam e oneram a saúde pública. Informações podem ser verificadas também no que concerne ao SOMA através das observações, discussões clínicas e atendimentos psiquiátricos e psicológicos. Conforme já se sabe, na maioria dos casos, os pacientes vivem em função do Hospital das Clínicas, passando por consultas em diversas especialidades quase todos os dias.

São pacientes que circulam pelo hospital geral e, quase nunca, chegam a um serviço de saúde mental no início do quadro, quando uma intervenção poderia ser mais efetiva, o que faz constatar que se trata de uma questão de saúde pública, uma vez que os recursos gastos na investigação e no tratamento são consideráveis. Na tentativa de contornar tais despesas sabe-se que seria importante o investimento na capacitação dos profissionais de saúde, principalmente médicos generalistas, para evitar a peregrinação pelas várias clínicas. Antigamente, quando os prontuários eram de papel, tinha-se uma dimensão do caso apenas ao olhar nos registros e anotações localizados nos mesmos: quanto mais tempo de história clínica e mais especialistas, maior a complexidade e mais exames poderiam ser encontrados. Ou seja, aquelas páginas já poderiam auxiliar na compreensão e no prognóstico que viria a seguir, ao se admitir alguém no ambulatório.

Depois de perambularem por diversas clínicas, os doentes são encaminhados aos que reconhecem o quadro quase que exclusivamente como de causas psíquicas, tarefa nada simples, já que de início ambos (médicos e pacientes) resistem a acreditar. Ainda assim, a experiência mostra que isso precisa ser entendido e admitido, inclusive para minimizar as buscas da causa orgânica e não funcional, por exemplo. Hoje, o corpo e a mente são intensos objetos de investigação e de intervenção tecnológica. Nunca se teve tanto conhecimento, em termos de padrões científicos, acerca do homem quanto nos dias atuais. Assim, o domínio da neurologia, da anatomia, da genética, do corpo em si, faz com que se acredite que há um controle absoluto (Delorenzo, 2003). Atrélada às questões de autoridade no assunto, exige-se atualmente cada vez mais uma transmissão e absorção de informações em curtos espaços de tempo. O resultado interfere no tratamento oferecido e a palavra vai, pouco a pouco, diminuindo a sua importância, fazendo com que os indivíduos submetam-se frequentemente a diversas experiências e constatarem-se distintas formas de sofrimento: depressão, toxicomania, transtornos alimentares, modalidades de estresse, afecções psicossomáticas, dentre outros (Ferraz, 2003).

Os TS são os quadros psiquiátricos que mais geram custos ao sistema de saúde, pois as demandas de cuidados são intensas, os peritos em saúde mental se veem desafiados a diagnosticá-los e tratá-los do modo mais eficaz possível (Paulin & Oliveira, 2013). Os psiquiatras, habituados a casos de transtornos somatoformes, encontram maiores condições de assistir quem sofre de modo mais condizente com o que necessitam do que os de outras especialidades. O fato de existir um maior preparo para lidar com as frustrações, com os sentimentos hostis do próprio paciente e as

emoções que despertam nos peritos, permite o estabelecimento do vínculo e, provavelmente, a chance de permanência no setor e aderência ao tratamento. Isto é fundamental mas, de modo geral, não acontece em outros serviços. A razão da intensa mobilização da equipe está relacionada ao não convencimento do sujeito de que o seu quadro pode ser exclusivamente de cunho psíquico. Os doentes atribuem aos profissionais falta de capacidade ou pouca investigação, por exemplo (Abud, 2011; Paulin & Oliveira, 2013).

Diversos trabalhos, mesmo sem se referir diretamente aos diagnosticados como TS apontam para as melhorias obtidas por sujeitos acompanhados pela psicanálise como proposta terapêutica. Na Alemanha realizou-se um estudo de Mumford et al. (1984) no qual os autores revelaram que os indivíduos diagnosticados com somatização e submetidos à psicanálise chegaram a reduzir em 20% os gastos com hospitalizações, levando a uma economia de 14% quando comparados ao grupo de controle. Além disso, afirmam que a psicoterapia psicanalítica conseguiu uma redução de dois dias nos períodos de internações quando comparados aos que não foram tratados com psicanálise. De acordo com a pesquisa, um trabalho analítico, tanto individual quanto de grupo, diminui os gastos médicos para os transtornos de somatização em até 50%, em parte pela diminuição de suas taxas de hospitalização, pois ajuda os pacientes a lidar com seus sintomas, a expressar emoções subjacentes e a desenvolver estratégias alternativas para a expressão de sentimentos.

A pesquisa de Mumford; Schlesinger; Glass; Patrick e Cuerdon (1998) é uma metanálise com 58 estudos para demonstrar os efeitos que a psicoterapia ambulatorial pode representar no tratamento clínico. Segundo os autores, a melhora consistiu em 85% dos casos. Para fundamentar os achados, os pesquisadores compararam as transformações que a população obteve entre o início e o término do tratamento, tendo-se observado que após o trabalho terapêutico, o recurso ao médico não se fez presente ou diminuiu significativamente. Dentre os trabalhos utilizados por Mumford et al. (1998) encontra-se um, de 1965, na Alemanha Ocidental (Duhrrsen & Jorswieck) que investigou os gastos que pessoas com histórico hospitalar de pelo menos cinco anos representavam ao sistema. Os dados foram comparados aos de sujeitos que faziam análise e eram usuários do serviço durante o mesmo período. Os resultados constatarem longitudinalmente que os que foram acompanhados em terapia tiveram uma redução de 20% nos serviços médicos, tendo o índice indicado melhora principalmente entre os que já haviam sido internados. Ou seja, mais uma vez, aqueles que recebiam assistência

psicológica diminuíram a busca por especialistas de forma considerável. Outro exemplo encontrado no mesmo estudo refere-se a uma investigação com as vítimas de ataque cardíaco ou as que se submeteriam a alguma cirurgia no coração: os que receberam informações a respeito de sua condição e suporte emocional tiveram uma melhora notável com relação aos demais.

Ainda segundo Mumford et al. (1998), a redução dos que fizeram análise refletiu-se nos custos ambulatoriais para o sistema de saúde americano e alemão, países dos quais foram extraídos os textos para a meta-análise. Num primeiro momento os gastos com a psicanálise mostraram-se elevados; no entanto, à medida que estas pessoas foram acompanhadas, percebeu-se que deixaram de frequentar especialistas e as evidências apontam que, com o tratamento de saúde mental, elas passaram a cuidar melhor de si e a se manterem saudáveis, evitando novas admissões hospitalares em decorrência de doenças físicas. Outro dado que merece destaque consta no artigo de Schlesinger et al. (1983), que admitem surpresa nos resultados encontrados, pois segundo eles, a maior diminuição dos gastos pode ser observada na assistência aos idosos. Os custos reduziram-se de forma significativa após os cuidados, denotando melhor aproveitamento do que entre os mais jovens. Havia a hipótese entre os pesquisadores, não confirmada, de que os idosos gastariam mais do que outras faixas etárias. De qualquer forma, a justificativa dos melhores resultados nesta população, advertem os autores, pode ser porque os mais velhos têm situações e eventos mais concretos para desencadear sofrimentos, tais como perdas de amigos, cônjuges, mudança social e/ou laboral etc. Com isso a assistência tenderia a ter melhor serventia, além do fato de, que em geral, eles não tem (ou tem menos) pessoas com as quais possam conversar. Nesse sentido, o recurso terapêutico serviria como um amparo.

Estatísticas a respeito dos modos como os problemas de ordem psíquica atingem o corpo já foram discutidos noutro trabalho (Catani, 2015). Julgou-se relevante retomar aqui alguns índices para ressaltar a extensão das implicações socioeconômicas destes casos para os sistemas de saúde. Os dados acerca dos gastos tendem a ser bastante variados, mas a título de ilustração, vale mencionar que nos anos de 1970, na Filadélfia, para 20% e 25% dos enfermos identificados em serviços de saúde primária com sintomas conversivos (Engel, 1970), a eliminação sintomatológica mostrou-se mais favorável do que, quando comparada aos somatizadores. Smith, Monson & Ray, em janeiro e em maio de 1986, realizaram dois estudos comprovando que nos Estados Unidos o gasto per capita de somatizadores nos serviços de saúde chega a ser nove

vezes maior do que a média de outros pacientes. Tal custo foi reduzido em cerca de 50% quando eles foram encaminhados e tratados por psiquiatras. Com resultados similares, o estudo de Rost, Kashner & Smith (1994) apontou melhora considerável na saúde dos que sofrem e, conseqüentemente, a redução dos sintomas quando estes recebem assistência psiquiátrica. A comparação foi feita entre pessoas assistidas por outros especialistas e os dados são alarmantes, uma vez que nesta última análise os enfermos realizaram mais de 15 exames e procedimentos invasivos.

Na Cidade do México, no final dos anos 90, entre os que passavam por serviços médicos, cerca de 10% eram classificados como doenças não identificadas e com transtornos de sintomas somáticos. A consequência desta nomeação ou falta de diagnóstico levaram Martinez et al. (1997) a uma constatação de que tais pacientes ficavam internados, em média, sete dias por mês, fosse para investigar o tipo de doença ou para amenizar as manifestações observadas. Um estudo no Hospital de Manchester, na Inglaterra (Shaw & Creed, 1991), revelou que uma pessoa gastava cerca de 286 libras até ser tratada na psiquiatria por patologias somáticas; no entanto, os índices por vezes chegam a flutuar de 25 a 2.300 libras. Para os autores, o dispêndio financeiro poderia representar apenas 26 libras caso o paciente não ficasse internado e fosse direto ao psiquiatra. Entretanto, reconhecem que isso quase nunca acontece por dois fatores: a dificuldade em diagnosticar precocemente e a resistência em aceitar a origem do mal-estar. Assim, as investigações para excluir as doenças orgânicas triplicam sem real necessidade. Para Shaw & Creed (1991), são necessários estudos que possibilitem providências para evitar um encaminhamento apressado, pois quando isto é feito tende a produzir poucos resultados frutíferos para os pacientes que retornam ao mesmo hospital ou a outro. Os autores sugerem ações para determinar a doença de forma precisa, mas observam que tais apurações não devem se prolongar de forma excessiva, pois implicam em gastos e prejuízos.

Um estudo da OMS acerca dos transtornos mentais na atenção primária, citado por Kirmayer & Young (1998), chegou a algumas conclusões após a análise de 15 centros médicos: Ankara, Atenas, Berlim e Mainz, Bangalore, Groningen, Ibadan, Manchester, Nagasaki, Paris, Rio de Janeiro, Santiago, Seattle, Xangai, Verona. Ainda que tenha sido localizada uma prevalência digna de nota a respeito das somatizações nestes 14 países, a variação das taxas foi considerável, concentrando-se em uma faixa média de 19,7%. De qualquer maneira, a frequência variou entre 7,6 e 36,8% sendo que as taxas mais altas ficaram concentradas na América do Sul. As justificativas culturais,

econômica e geográficas, segundo os autores, não puderam ser esclarecidas. O que se sabe é que os sintomas e o sofrimento emocional eram similares em todos os locais e que ansiedade e depressão estavam relacionados à fraqueza, dor de cabeça e palpitações. Diante das análises aqui levantadas, Kirmayer & Young (1998) apontam a necessidade de que as teorias psicológicas investiguem melhor o significado das manifestações e dos apelos corporais. Sugerem, também, estudos que se detenham em apurar quais seriam as características individuais que fazem o sujeito expressar o seu sofrimento em um determinado órgão ao invés de outro. Isto porque reconhecem que a expressão da angústia relaciona-se ao grupo em que aquele se encontra, às crenças ali implicadas e ao estilo de vida. Em outras palavras, conhecer melhor os sujeitos pode contribuir para o desenvolvimento de trabalhos preventivos e cuidados terapêuticos. No que se refere à prevalência de somatização no mundo, Kirmayer, & Young (1998) indicaram, ainda, que se trata de um tipo de transtorno mais comum entre as culturas não ocidentais, sobretudo, entre os asiáticos e africanos. Mesmo que seja possível reconhecer que é um adoecimento presente em todas as culturas, sua expressão é variável e refere-se ao contexto. Ainda assim, ambos reconhecem que a falta de uma metodologia precisa para avaliar os índices de doenças sem explicações orgânicas torna difícil uma comparação cultural (Abud, 2011).

Os estudos sugerem (Mai, 2004; Thomassen et al, 2003; Coelho & Ávila, 2007; Abud, 2011) que, de modo geral, quando as patologias orgânicas não são confirmadas nos cuidados da saúde primária, os casos são diagnosticados como queixas somáticas. Nos casos avaliados os índices desta imprecisão chegaram a 50%, demonstrando, portanto, uma frequência bastante elevada na população. Apesar disso, a somatização propriamente dita afeta apenas 0,3% da população. Ainda assim, Ávila e Terra (2012) sugerem que entre os 0,3% ali identificados, 1% deste índice indicam quadros questionáveis devido à fragilidade como poderiam ser feitos os diagnósticos. Seriam eles: distúrbios neurovegetativos, síndrome de burnout, múltiplas sensibilidades químicas, síndrome de fadiga crônica, doenças psicossomáticas, entre outros.

A pesquisa de Mai (2004), num hospital na cidade de Ottawa (Canadá), constata que nos ambulatórios psiquiátricos, 4,5% a 16% são acometidos por queixas variadas. Thomassen et. al (2003), preocupados com os gastos no tratamento com portadores de somatoformes, buscaram estratégias para reduzir as despesas, uma vez que eles frequentam constantemente as instituições de saúde, o que culmina em demissão, aposentadoria, incapacidade física e social. Analisaram-se na Holanda, por quase 20

anos, 13.314 consultas psiquiátricas. Desse total, 544 pacientes receberam a confirmação de sintomas somáticos, sendo 215 conversivos. Concluiu-se que, dos conversivos, 58% daqueles que tinham de 20 a 29 anos perderam o emprego, o mesmo acontecendo com outros 6%, com idade de 50 e 59 anos. Segundo os autores, o índice foi o mais alarmante, ocorrido entre os transtornos mentais em geral, independentemente do gênero.

No que diz respeito aos somatizadores, que compreendem os quadros de TS ou Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados, de acordo com o DSM-IV (2000) e DSM-V (2013), respectivamente, nos EUA os gastos médicos gerados representam 16% de todos os gastos com saúde. Para que se tenha uma idéia do ponto de vista financeiro, a pesquisa de Barsky, Oray & Bates (2005) afirma que enquanto os diabéticos despenderam 132 bilhões de dólares, os recursos com eles ultrapassaram os 256 bilhões. Assim, eles representam um custo anual de US\$5.678, que representa US\$2.734 dólares a mais do qualquer outro doente. A discrepância do índice é justificada pela frequência, duas vezes maior, da população diagnosticada com TS aos hospitais. Os somatizadores que apresentam ansiedade e depressão como quadros associados são os que mais gastam com saúde mental, independente das comorbidades (Barsky et al., 2005).

Barsky et al. (2005) analisaram um total de 1546 questionários preenchidos por pacientes para compreender de que forma a somatização se sobrepõe a outros transtornos psiquiátricos e como os cuidados médicos são utilizados. Foi constatado que 20,5% dos entrevistados tiveram este diagnóstico prévio e, deste total, 42,3% não tinham ansiedade correlacionada ao quadro inicial. Ao comparar-se esta população com as demais, a grande maioria realizou visitas a outras especialidades médicas, bem como aos serviços de emergência, o que ocasionou um custo superior devido às internações e aos serviços ambulatoriais utilizados. Quando a condição clínica está associada a outros transtornos, os gastos e as necessidades tornam os custos e procedimentos ainda mais onerosos ao sistema de saúde. Ou seja, geram um custo duas vezes maior ao longo de um ano do que qualquer outro indivíduo.

Na esteira do estresse emocional, a população da Turquia apresenta uma prevalência de 60% no que se refere aos somatoformes. A explicação para este elevado índice refere-se às limitações na expressão de sentimentos, sobretudo angústia e raiva que são impostas às pessoas (Schmelling-Kludas, Frfschlin, Boll-Klatt, 2003, Nickel et al., 2006). Nos países latino-americanos o quadro representa 8,5% da população mundial, segundo Tófoli, Andrade & Fortes (2011). No Brasil, apesar dos índices, não

existem especificidades que caracterizem a população. Ou seja, os quadros de somatização podem ser de TS, mas também de síndromes orgânicas e funcionais, como a fibromialgia (FM) e a síndrome da fadiga crônica (Tófoli, Andrade & Fortes, 2011).

As estimativas feitas nos Estados Unidos identificam que 50% dos custos de ambulatorios decorrem de cuidados oferecidos às queixas inespecíficas, encontradas de modo frequente, nos serviços de atenção primária gerando, portanto, altos custos para o sistema (Coelho e Ávila, 2007). Ainda de acordo com os autores, as verbas destinadas a este tipo de sofrimento em escala mundial representam 0,9% do orçamento para a saúde. No que se refere ao Brasil e, mais especificamente, ao município de São Paulo e a Petrópolis (Rio de Janeiro), estudos apontam similaridades entre as duas regiões. Os casos somatoformes são o quarto maior diagnóstico entre os transtornos mentais, com uma taxa de 6%, sendo subsequente aos quadros de dependência ao tabaco e aos quadros depressivos e ansiosos. Além destes aspectos, não são raros os casos nos quais outros fatores clínicos, como depressão, ansiedade, problemas com álcool estejam associados ao quadro de TS (Andrade, Walters, Gentil, Laurenti, 2002; Fortes, Villano & Lopes, 2008).

Em 2007, Martins realizou um levantamento nos prontuários do Hospital das Clínicas da USP em Ribeirão Preto na tentativa de identificar os que foram assistidos entre 1996 e 2004 por uma demanda psicossomática. A escolha dessa categoria, segundo a autora, dá-se justamente pela dificuldade em precisar tais necessidades e pelas alterações encontradas no decorrer dos anos na literatura. O estudo sugere que dos 397 prontuários aludindo às causas psicossomáticas, somente 136 foram identificados com Transtornos Somatoformes, foram estes registros que receberam atenção especial para análise. Aponta-se que dos 136 identificados, 57% chegaram ao longo destes anos a frequentar cerca de cinco vezes as unidades de emergências em busca de auxílio. A dissertação afirma que se as pessoas recebessem atenção e cuidados individualizados, de acordo com as suas demandas, provavelmente não sobrecarregariam o sistema de saúde e não gerariam as filas habituais.

Hoje, a prevalência dos dados é muito variável e, sobretudo, é baseada no DSM-IV, o que concorre para a inexistência de informações consistentes no que diz respeito à população brasileira. Andrade et al. (2008), em estudo epidemiológico realizado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, apontam que 6% desenvolvem transtornos somatoformes ao longo da vida. Se a margem se referir a um período de um ano, o índice cai para 4,2%

dos que possuíram no ano anterior – portanto, em 2007 – e 3,2% dos que tiveram TS no mês anterior a pesquisa.

No período de 2008 a 2011, no Brasil, os transtornos mentais foram a terceira concessão de auxílio doença. O impacto deste benefício para a previdência foi de cerca de 186 milhões de reais. Só no ano de 2011 teve de ser concedido 23 milhões de novos benefícios aos que estavam incapacitados de trabalhar, sendo que 9% deste montante diziam respeito às alterações mentais. Dentre o índice de 9%, as principais causas eram: alteração do humor, neuróticos relacionados com stress e somatoformes. Deste total 67,7% recebeu auxílio-doença. O maior problema diz respeito às perspectivas de retorno, isto porque, de modo geral, quando a licença se refere às perturbações mentais, o retorno ao emprego é mais complexo e leva mais tempo, onerando ainda mais o sistema previdenciário (Silva Junior, 2016). As informações trazidas por Silva Junior (2016) corroboram a experiência no SOMA, onde a grande maioria tem algum tipo de benefício e se percebe incapacitado para voltar às atividades e ao trabalho. Trata-se de um desafio a ser enfrentado ao longo do tratamento, isto é, auxiliar o paciente para que tenha condições de regressar a alguma atividade laboral.

Um estudo na China investigou as implicações que os transtornos mentais tiveram para a economia entre o período de 2005 a 2013 (Xu, et al., 2016). Para estimar os gastos feitos com a saúde, os autores valeram-se dos registros de dois hospitais psiquiátricos, o que se refletiu em um total de 25.289 pessoas, sendo 10% ambulatorial e 90% internados. Os dados apontam que, em 2013, 15% das despesas feitas em saúde no país foram destinadas à saúde mental. Ainda assim, sabe-se que este índice é cinco vezes menor do que deveria, uma vez que nem todos os necessitados receberam atenção especializada. Do total de mais de 25.000 pacientes, a idade estava concentrada entre 18 e 39 anos, sendo a maioria do sexo feminino e as causas de transtornos que requereram tais gastos foram: 36,5% para personalidade esquizotípica e distúrbios delirantes, 15,9% para neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes, 15,7% para quadros de humor e 10,6% para outros transtornos mentais, incluindo sintomas somáticos orgânicos. As demais prevalências, isto é, de 21,3% não são especificadas pelos autores. Para os que se encontram com idade entre 18 e 39 anos, Xu, et al. (2016, p.3) afirmam que:

(...) 40,5% dos custos totais foram destinados aos transtornos de humor (afetivos), 29,7% aos transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes, 20,8% para transtornos mentais e comportamentais devidos para uso de substâncias psicoativas, 6,8% para esquizofrenia, transtorno de

personalidade esquizotípica e distúrbios delirantes e 2,4% para orgânicos, incluindo sintomáticos.

O que preocupa os autores é o fato de que ao longo destes anos analisados, os gastos com transtornos mentais apenas aumentaram, representando um custo de 1,1% do PIB da China somente em 2013.

Ainda que os resultados não digam respeito exclusivamente aos sintomas somáticos, não se pode ignorar que os índices encontrados para tais transtornos sejam expressivos e requeiram cuidado e atenção. Como aponta Dunker (2015), o sujeito sofre não apenas pela descrição excessiva dos sintomas, conforme consta nos manuais psiquiátricos, mas sim, de acordo com cada época. A somatização diz respeito, principalmente, ao estresse emocional.

b) O Hospital das Clínicas, a história e as transferências institucionais

O Hospital das Clínicas, desde o início, em 1915, fora planejado para ser uma instituição escola com aprimoramento de estudantes, bem como para atender à população da capital e do interior, oferecendo assistência gratuita. A Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, nome recebido na ocasião, deu-se a partir de um acordo entre o Governo do Estado de São Paulo e a Fundação Rockefeller. Em março de 1931 foi inaugurado o prédio da Faculdade de Medicina, situado na Estrada do Araçá, hoje com o nome de Avenida Dr. Arnaldo. A partir de 1944, o hospital tornou-se um centro de excelência e referência no campo de ensino, pesquisa e assistência. De início, o edifício tinha uma capacidade física de 4.600 metros quadrados, distribuídos em 11 andares, com capacidade para 1.200 leitos, 207 enfermarias, 17 salas cirúrgicas, 106 quartos de um a dois leitos, 125 conjuntos sanitários e 600 outras dependências, tal como consta nas informações do site (Hospital das Clínicas, 2017). Ao longo de sua história e conforme a produção de conhecimento, foi sendo incrementado, o espaço físico, o ensino e a assistência ampliaram-se de acordo com as demandas sociais. No entanto, também embasado nas necessidades da população, o hospital foi, nas últimas décadas, enfrentando problema no que se refere à sua capacidade de atendimento. Assim, a demanda e os pedidos de cuidados foram se tornando cada vez mais intensos e

fez-se necessário adotar critérios de admissão que, dentre eles, estipulou-se que cada instituição receberia casos específicos (Hospital das Clínicas, 2017).

Desta forma, definiu-se com base nos recursos disponíveis e nos estudos desenvolvidos na instituição que os institutos integrantes Hospital das Clínicas responsabilizem-se por atendimentos de alta complexidade, também conhecidos como atenção terciária/quaternária. Nesta lógica, hospitais de média complexidade ficam encarregados de atenção secundária e a atenção primária, que são as questões agudas e precisam de intervenção imediata para que se evitem quadros crônicos. Assim, pacientes em condições agudas ficam a cargo de hospitais auxiliares, unidades especializadas em atendimentos a pessoas portadores de HIV/Aids, Centro de Saúde Escola, Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Hospital das Clínicas, 2017). Tendo esta configuração estabelecida, entende-se que a intenção é a de que o HC assuma casos que já passaram por outros núcleos e que não foram resolvidos em centros de menor complexidade. A população tem também ciência disso, o que faz com que, quando as pessoas sejam atendidas em algum dos institutos integrantes do complexo hospitalar, isto lhes proporcione um tipo de sensação ambígua, pois recebem uma atenção especial, sabe-se que é um núcleo de alta tecnologia e investigação e que muitos dos pacientes ali atendidos vieram de longe, de várias regiões do país para receber cuidados. Ao mesmo tempo parece haver um estigma social, pois depois de tratados os pacientes encontram dificuldades para serem recebidos em outras instituições. Estas resistem a admiti-los, com receio do caso ser muito complexo ou por um certo temor de que não se adaptem às necessidades e rotinas típicas das outras unidades que funcionam de modo diferente do HC. A realidade no SOMA confirma tais complexidades para os encaminhamentos.

Tal como se sabe, de início os hospitais surgiram com uma função muito específica: a de acolher e servir de albergue aos que não encontravam mais espaço na sociedade, isto é, pobres, velhos, órfãos. Portanto, nasceram como resposta a uma demanda social: retirar das ruas aqueles que não tinham mais nenhum abrigo. O médico surgirá na instituição apenas anos mais tarde para tratar da população, mas, acima de tudo, para garantir que as enfermidades não se propaguem e atinjam as classes mais favorecidas. Cabe lembrar que até este momento os hospitais eram cuidados por pessoas leigas, sobretudo pelos religiosos (Souza, 2017). Tendo em vista as pessoas que passavam a conviver naqueles espaços, conforme nos lembra Foucault (1980), é possível atribuir aos hospitais duas funções: a de salvamento aos que não teriam para onde ir, tal como os pobres e órfãos, mas, também, a de um lugar de asilo para esperar a

hora de vir a falecer, como era o caso dos idosos. A transformação do hospital em espaço terapêutico é lenta. De início, eles eram construídos próximos a ambientes marítimos e constituídos como um trabalho terapêutico experimental e, só depois, foram estendidos a toda população. A demora no desenrolar do processo deve-se às tentativas e apurações que foram sendo feitas: melhor tipo de tratamento e recurso a ser proporcionado, tipo de espaço, roupa, técnicas etc. Com tais transformações os hospitais tornaram-se um ambiente econômico, de forma a garantir os interesses políticos e as disciplinas que se julgavam adequadas para a época. Passadas algumas décadas do processo de experimentação, ainda no século XVIII, os hospitais, como espaço de exclusão, deixam de existir para se converterem em um ambiente terapêutico; portanto, a figura do médico torna-se imprescindível. O médico, que até então se ocupava em diagnosticar as doenças e em atender os pacientes em seus consultórios particulares ou em casa da família, ocasiona transformações substanciais ao cenário. Conforme nos aponta Foucault (1991), há uma alteração de paradigma que sai da ausência ou não de doenças, positivo e negativo, para pensar no normal e no patológico. Além disso, o que se apresenta agora é uma expectativa de compreender o corpo e o seu funcionamento cada vez melhor e com mais detalhes, não apenas para tratar, de tal forma que o que está em jogo é apurar as técnicas e os seus instrumentos. Começam então as autópsias.

É a partir da mudança de paradigma que a loucura torna-se objeto de estudo e, com ela surge, a psiquiatria. Todo e qualquer comportamento merece ser entendido, descrito e valorizado. A experiência da loucura ganha relevo e pode ser pensada e incluída. Entretanto, apenas com o surgimento da Psicanálise é que o corpo deixará de ser apenas palco dos sintomas para ser pensado como se constituindo em uma pessoa inserida em determinada necessidade – consequentemente, através de suas interações, podem produzir mal-estares. Cabe, assim, escutar o paciente e pensar nas relações desenvolvidas com o seu médico, de forma a poder cuidá-lo. Sobrepõe-se a este momento uma nova proposta que consiste não em isolar os fenômenos apresentados, mas em incluir os acontecimentos e, com isso, levar em conta cada particularidade, o que sem dúvida traz uma nova forma de pensar que escapa à lógica dos protocolos para privilegiar dimensões particulares. Além disso, instaura-se uma flexibilização entre normal/patológico (Souza, 2017). No entanto, sobretudo do ponto de vista psiquiátrico, apenas com a eclosão da segunda Guerra Mundial é que os modelos e propostas de escuta passam a ser pensadas, uma vez que as urgências se apresentavam com os soldados que retornavam do combate ou mesmo com civis traumatizados diante dos

quadros que ali se deparavam. Convém lembrar, tal como já sinalizado, que foi neste momento que o DSM foi criado, para dar conta e diagnosticar os quadros oriundos do contexto bélico. Aos poucos, o que se percebeu foi que o trabalho isolado do profissional ou técnicas restritivas, passava a ter pouco efeito perante o sofrimento emocional que se impunha. Começou-se, portanto, a pensar a respeito de novas medicações e técnicas terapêuticas que deveriam ser ampliadas, bem como num trabalho de equipe que contasse com o conhecimento de outros especialistas para compreender e melhor enfrentar a situação. É evidente que tais interações produzem conflitos e desavenças, mas também assinalam uma transformação histórica no funcionamento da instituição hospitalar ao longo dos séculos. Souza (2017) realiza uma comparação entre o surgimento dos hospitais enquanto espaço terapêutico e já contando com a figura do médico e os dias atuais. Segundo a autora, hoje, mesmo que outros discursos sejam incluídos e exista a presença de profissionais de diversas áreas do conhecimento, o poder médico ainda impera no atendimento clínico, de modo que as contribuições, mesmo que importantes, operam de modo secundário.

Ainda no que se refere às questões específicas do ambiente hospitalar e da presença de outros saberes faz-se necessário assinalar, de acordo com Pereira (1997), que o tempo no hospital é outro, limitado às condições de uma realidade atravessada pelas questões institucionais. Apesar da dimensão distinta do tempo e de um eventual impedimento de continuidade, isso não equivale a dizer que o analista não possa trabalhar com o paciente, ao contrário. Sobretudo se ele admitir que o seu instrumento de trabalho é o inconsciente, e mais, a transferência que se opera na relação entre analista-analisando. Ou seja, diante destes operadores, torna-se viável realizar o ofício menos filiado aos elementos da realidade, mas aos dados que advém da relação estabelecida com o paciente. Para isso, o relógio, o espaço físico e as suas condições importam menos, ainda que não devam ser ignorados. O tempo é de urgência, mas uma urgência que exige a cautela necessária para que as intervenções e as interpretações possam ser desenvolvidas. Pereira (1997) afirma que é preciso cuidado nesse contexto, cuidado para não ser selvagem e não incluir aquilo para o que o paciente não está preparado. Mas, é preciso também fazer o suficiente para construir com ele algo de sua verdade. Porque algo que deve ser traduzido já está lá, mas dada a sua condição frágil ele se percebe impossibilitado de enxergar. Os casos, sejam eles ambulatoriais e, sobretudo de enfermaria, impõem um tempo próprio, um apressar que muito provavelmente não se coloca do mesmo modo em um consultório, que remete a uma

frequência daquele espaço. Como lembra Freud, em 1937a, o leão só salta uma vez, ou seja, é preciso no hospital aproveitar cada instante, pois talvez ele seja único.

No imaginário social, ser atendido no HC por vezes é sinônimo de prestígio e de visibilidade, como já mencionado. Há estudiosos que problematizam a questão da gratuidade terapêutica, na lógica de que os usuários se responsabilizariam menos do que se estivessem investindo financeiramente. Para Figueiredo (1997) tais compreensões parecem equivocadas, uma vez que o paciente sente-se comprometido de algum modo ao pagar impostos e tributos para desfrutar de cuidados. Além disso, ele seria advertido das regras e da possibilidade de encerramento caso se ausentasse por algumas vezes sem justificativas plausíveis. Ainda de acordo com a autora, isto também permite ao analista uma maior liberdade, tendo em vista que as leis seriam externas. Julga-se que tais considerações são passíveis de reflexões, parte deles inclusive já tratados por mim em outro artigo (Catani, 2013). Em todo caso, a realidade e minha experiência no SOMA fazem rever com cada paciente a continuidade ou não do trabalho quando as ausências ocorrem de modo constante. Tal flexibilidade é um elemento importante, inclusive em função da fragilidade psíquica e dos sintomas que, em geral, chegam a impossibilitar a vinda ao serviço. Fazer valer a regra institucional, sem relativizá-la por vezes, nestes casos, pode configurar-se, ao meu ver, como uma falta ética ou um descompromisso com a saúde global do mesmo. Ainda assim, admite-se que, dada a dimensão do complexo hospitalar e a representação social conferida pela população, é preciso levar em conta as normas e limites para atender ao número de encaminhamentos e assistências. Uma das estratégias adotadas foi a de restringir os casos recebidos. O pronto-socorro, antes funcionava no sistema de “portas abertas”, isto é, qualquer pessoa que chegasse poderia ser atendido. Agora existem restrições. É preciso que o caso seja classificado como grave para ser admitido no pronto-socorro. No que se refere aos serviços ambulatoriais, estes necessitam de um encaminhamento médico que justifique o tratamento: além do critério de residirem na cidade, é preciso ser morador da zona oeste (maior região da capital), onde o hospital está localizado. Os casos antigos não se enquadram nestas normas, mas estas passaram a valer há alguns anos para os novos. Atualmente, são 2.200 leitos distribuídos entre os seis institutos especializados (Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Instituto Central, Instituto de Psiquiatria, Instituto do Coração, Instituto da Criança, Instituto de Radiologia), dois hospitais auxiliares, uma divisão de reabilitação e um hospital associado (Hospital das Clínicas, 2017).

Tendo em vista que a escolha do trabalho implica em valer-se da Psicanálise, julgou-se importante investigar no Complexo do Hospital das Clínicas, local onde se situa o ambulatório no qual se desenvolve a tese, outros núcleos que também se valem da psicanálise para assistir aos pacientes. Com essa finalidade recorreu-se aos psicólogos dos Institutos para a obtenção dos dados. Deve-se destacar que não foi possível obter informações do Instituto do Câncer e do Instituto Central, apesar das tentativas realizadas. De qualquer forma, o conjunto de dados obtidos até o momento permite visualizar a pequena dimensão do lugar da psicanálise na instituição. Saber que outras duas equipes no estado de São Paulo (na UNIFESP e na FAMERP) trabalham dessa mesma forma também valoriza a escolha. No que se refere ao complexo HC, uma informação não pode ser ignorada: a de que os números dizem respeito, fundamentalmente, aos psicólogos e analistas que, em sua grande maioria, atuam com vínculo formal. A instituição conta com muitos colaboradores, mas cujo número é difícil precisar. De qualquer modo, o que se obteve já ajuda no entendimento do problema. No Instituto de Ortopedia (IOT) existiam na ocasião do levantamento dos dados, até 2017, três contratados, sendo todos psicanalistas, que atuam em ambulatórios e enfermarias. Além disso, duas vagas para o programa de aprimoramento e um outro grupo de pacientes com doenças crônicas, contava com 4 psicólogos, sendo apenas um deles psicanalista, dois comportamentais e um psicodramatista (dados obtidos com Luciano Henrique do Valle, psicólogo responsável pelo setor na época). Serviço de Extensão do Atendimento de Pacientes HIV/AIDS (SEAP HIV/AIDS): o setor contava com três psicólogos contratados, sendo dois deles psicanalistas que ofereciam atendimentos em ambulatórios e enfermarias e mais dois alunos de aprimoramento que permanecem no serviço por um ano (dados obtidos com Mayra Moreira Xavier, psicóloga na ocasião, contratada e responsável). Instituto de Medicina Física e Reabilitação (IMREA): o serviço contava com 45 psicólogos, sendo cinco coordenadores e um diretor, que oferecem trabalho interdisciplinar a pacientes de todas as idades com deficiência física transitória e definitiva. Os profissionais fazem avaliação psicológica, psicoterapia individual e de grupo, orientação psicológica e profissional a familiares e cuidadores, além de reabilitação neuropsicológica. No entanto, não há informações de quantos seriam psicanalistas (dados obtidos com Valéria Dini Leite, psicóloga e uma das coordenadoras). O Instituto do Coração (INCor) contava com dez psicólogos contratados, sendo cinco deles psicanalistas, que atendiam também em enfermarias e ambulatórios (dados obtidos com Leilane Antoniazzi, também psicóloga

chefe). Por fim, o Instituto da Criança (ICr), onde há 11 psicólogos e 3 psiquiatras – todos os 14 funcionários eram psicanalistas e trabalhavam em enfermarias e ambulatórios (dados obtidos com Vera Ferrari Barros, psicanalista responsável e chefe do Instituto).

A partir desta descrição é possível reconhecer a importância tanto física quanto econômica e social do hospital, uma vez que é o maior de todo o país. Embora existam outras instituições médicas de grande importância no estado de São Paulo e em outros estados, com centro de aprimoramento e ensino, é um consenso que ocupa lugar relevante para a realidade brasileira. Desta forma, admite-se também que, quando o paciente é encaminhado para o Ambulatório de Transtornos Somatoformes (SOMA), ele já viveu por demais a realidade do complexo hospitalar, como se percebe na literatura científica. Eventualmente, as explicações recebidas para o encaminhamento ao ambulatório, segundo mencionam os pacientes, variam em torno de afirmar a existência de “algo da cabeça”, o que logo leva a conclusões equivocadas de loucura, como se aquele que sofre tivesse se colocado naquela condição de forma proposital, racionalmente. Portanto, quando a pessoa chega ao serviço, a primeira intervenção a ser feita após a investigação e a constatação de que se trata de um quadro de sintomas somáticos é esclarecer os motivos pelos quais ela deve passar a ser tratada naquele setor. Então, o que se enfrenta naquele primeiro momento é a resistência do paciente em aceitar que aquilo possa ter algo de psicológico e que mereça atenção. Há de se fazer um trabalho que inclua a percepção por parte do paciente de que o processo a ser realizado é longo, requer uma frequência semanal e que exige o acompanhamento de algum familiar que também vá ao grupo terapêutico. Em outras palavras, é necessário que o vínculo, a transferência com o hospital, seja deslocada para o nosso serviço e, posteriormente, para os profissionais que serão responsáveis pela assistência. Todo esse processo, em geral, demora a acontecer e talvez se dê de modo mais simples quando os pacientes têm uma história clínica de menor duração no hospital, o que é raro. Mas percebe-se que quando esta passagem é feita, o trabalho torna-se mais frutífero, os sintomas e os pedidos de exames e investigações deixam de ser prioridades para abrir um campo onde as dores e o mal-estar psicológico possam ter espaço, mesmo que sob a forma de atuação. Este sem dúvida é um passo crucial para o cuidado no serviço, uma transição do campo médico para o campo psíquico.

c) Dificuldades encontradas no processo terapêutico, organização institucional e experiência clínica: o SOMA e os elementos para a construção das práticas

O SOMA com um modelo próprio para acolher as necessidades de pacientes com sintomas somáticos e o uso da psicanálise, enfrentou inúmeras transformações desde a sua fundação, tanto no que tange à composição da equipe e aos modos de funcionamento, quanto às questões institucionais ocorrendo momento em que chegou a enfrentar algumas resistências. O esforço foi intenso até se ter hoje um expressivo aumento dos encaminhamentos, o que exige uma avaliação semanal dos casos novos que chegam para diagnóstico ou seguimento. Admite-se que o processo foi fruto de muito diálogo e reuniões, feitas entre as chefias do IPq e do curso de residência e a responsável pelo ambulatório (Bruna Bartorelli), assim como o neurologista (Eduardo Mutarelli), sobretudo, em 2009 (ano de fundação do serviço). Ainda hoje, por vezes, cobranças quanto às altas ou os tipos de condutas que são desenvolvidas. A justificativa para tais entraves advém dos habituados a lidarem com o modelo mais positivista, sobretudo, quando nós profissionais somos convocados para a reunião geral e para a discussão clínica sobre um paciente do ambulatório. O interrogatório também ocorre quando os residentes de uma determinada turma insistem nas críticas ao estágio, por estar alocado no primeiro ano, pelo fato dos pacientes não melhorarem como julgavam ser o esperado, por acharem que não tem grandes funções didáticas etc. Ao longo do tempo, além do aumento de pacientes, o espaço físico também se alterou. Antes as discussões da equipe e as supervisões dos atendimentos funcionavam de acordo com a disponibilidade do dia, em um rodízio constante, o que se pode pensar, de modo marginal. Depois de anos assim, o serviço foi transferido para um auditório não tendo mais que ser deslocado a cada semestre. Assinalar tais aspectos faz perceber parte de um reconhecimento institucional obtido nestes anos. Hoje, o SOMA funciona como um estágio para os residentes que ocorre de forma alternada e intercalada com o ambulatório de *Interconsultas*. Parte da justificativa é que com isso os alunos conseguem permanecer por um ano e não mais por seis meses como antes. A opção anterior fazia com que, segundo eles mesmos mencionavam, se sentissem sobrecarregados, pois recebiam muita hostilidade por parte dos pacientes, que depositavam neles as suas frustrações e, em função do breve período (seis meses), não

conseguiam ir um pouco além das queixas físicas e os pacientes se sentiam mal porque mais uma vez tinham que contar as suas histórias. O estágio de um ano, tem sido produtivo, ainda que os usuários se vejam obrigados a reconstruir novos laços ao término deste período, o que por vezes, pode ser muito delicado e traumático. Novos sentimentos são despertados no encontro com diferentes residentes, é possível testemunhar formas do paciente funcionar e se apresentar completamente distintas da experiência anterior. A medida que o tratamento se desenvolve e criam-se novas relações, notam-se menores rupturas ou fragilidades. É uma nova chance inclusive dos próprios sujeitos se apresentarem aos outros e a si mesmos. Acredita-se que diante de tantos ganhos, ainda sejam necessárias publicações dentro do próprio instituto e fora da instituição, de modo a transmitir o que fazemos e os benefícios que eles obtêm a partir do atendimento no serviço.

No levantamento do que já foi produzido na literatura a respeito, na interlocução com os colegas da área para compreender o que eles fazem e quais os métodos do quais se valem para tratar os pacientes e na reconstituição do itinerário desenvolvido ao longo dos anos pela pesquisadora junto ao SOMA, portanto, na apresentação dos casos atendidos, o convívio com psicanalistas mais experientes auxiliou no embasamento da tese e tornou o processo muito enriquecedor. Em meio às buscas consegui a reunião de textos e livros que abordem a noção de sofrimento psíquico e corporal, a psicanálise e o saber psiquiátrico, os sintomas, a noção de transferência e os atravessamentos encontrados na clínica permitiram estabelecer com maior precisão um fio condutor para a pesquisa. O contato com a clínica psiquiátrica francesa também ofereceu uma oportunidade de comparação com a realidade brasileira. A partir dos esforços, pude dispor de mais subsídios para desenhar proposições terapêuticas para pacientes que sofrem em situações nas quais o psicológico concorre para o mal-estar. Reconhece-se que no momento em que um paciente adoece, a dimensão psicológica é afetada, mas a forma como isso contribui para o adoecimento e o modo de lidar com o transtorno dizem respeito aos recursos encontrados por cada um. Parte do que pretendi apresentar, discutir e sistematizar neste item, assim como na tese em si, é o que a prática clínica psicanalítica na instituição psiquiátrica tem a oferecer. Conhecer o sofrimento é importante para tratar do seu mal-estar e é algo que se impôs ao trabalho de pesquisa e à prática clínica com pacientes, com histórias de vida permeadas por elementos traumáticos, tal como é o caso dos que frequentam SOMA.

A interlocução com os profissionais de outros hospitais, somadas às reuniões do grupo de orientação entre colegas, foram cruciais para perceber que ainda há poucos estudos sobre a formalização de assistência a estes pacientes, justamente porque tal tipo de proposta se configura como um desafio que encontra diversas barreiras, já que em muitos momentos, o que está em jogo é, acima de tudo, a subjetividade e a história de cada pessoa. A conversa e os contatos serviram para compor a escrita da tese e os espaços que se configuraram como elemento de trocas analíticas ao longo dos anos foram fundamentais para a composição do trabalho como pesquisadora e como psicanalista e tiveram reflexos na condução, escuta e assistência aos pacientes.

Desde alguns anos tenho compartilhado com alguns colegas do ambulatório elementos que envolvem os objetivos desta pesquisa, dentre elas, investigar como os analistas que atendem a população diagnosticada com transtornos somatoformes / sintomas somáticos constroem e realizam as suas práticas. Ao que tudo indica, o fato da questão ser mencionada no serviço, associado aos relatos de minhas visitas a duas instituições de referência no estado de São Paulo, que também assistem a um público semelhante, produziram efeitos e ruídos na equipe. De alguma maneira, as explicitações aqui assinaladas retomam as discussões entre os integrantes do SOMA para definir a direção de tratamento no ambulatório, além da presença de novos analistas no setor. Por um tempo o serviço contou apenas com uma colega e comigo sendo as responsáveis pelos atendimentos individuais e psicológicos. As escolhas dos casos a serem acompanhados eram feitas a partir de uma urgência psíquica daquele paciente do ponto de vista sintomatológico, do interesse do terapeuta e da disponibilidade da pessoa para participar da terapia semanalmente. Com o decorrer dos anos, outros colegas formados em psicologia integraram a equipe e os atendimentos se davam do mesmo modo. Esporadicamente realizavam-se trocas clínicas entre os analistas e os residentes para que se tivessem notícias da terapia e do atendimento psiquiátrico. Ainda neste modo de operar, durante uns anos foram feitas poucas discussões sobre o tratamento do ponto de vista analítico. Havia certa fragmentação na equipe e os integrantes dialogavam entre si com frequência menor do que se julgava necessária. A entrada dos analistas foi acontecendo de modo lento e o interesse por esses casos se dava tanto por uma identificação – por vezes equivocada, inclusive de minha parte – de que se tratava de pacientes histéricos, quanto pela necessidade de mais psicanalistas para atender à população. O final do tratamento não era posto em pauta, eram feitas supervisões que abordavam o desenrolar da análise em curto prazo e de modo pontual. É provável que

esta dificuldade residisse, principalmente, na pouca experiência institucional – com isso os pacientes até recentemente eram tratados como se estivessem em um consultório particular, ainda que existisse a interação com a equipe do SOMA.

Há alguns anos parte dos integrantes do serviço iniciaram um diálogo importante e que parece ter sido um dos elementos que contribuiu de modo substancial para o funcionamento do SOMA como equipe, envolvendo uma maior parceria entre analistas e residentes. Duas questões tiveram um papel importante para esta modificação: quem deveria ser admitido e quais deveriam ser os critérios para o final do tratamento. A reflexão teve como base o caso de uma paciente que fora admitida no ambulatório quatro semanas antes. Tratava-se de uma mulher bastante jovem, casada há poucos anos, mas que referia ter desentendimentos com o marido. Segundo ela as crises ficaram cada vez mais constantes e violentas. Antes do casamento vivia com a família e fora abusada pelo marido da irmã quando adolescente. Pouco tempo depois do abuso, a jovem iniciara um quadro de pseudoepilepsia e perda de consciência frequente, motivo pelo qual chegou a primeira vez ao SOMA; desmaiava cerca de 40 vezes por dia. No segundo retorno ao ambulatório já havia se separado do marido – ela cogitava isto antes, mas tinha medo de seu comportamento agressivo – e retornou a casa dos pais no interior. Alegava que desde o rompimento com o marido não tinha mais apresentado desmaios e dizia que estava disponível a fazer terapia, que não importava a distância, ela viria toda semana.

A conversa entre quatro integrantes da equipe e um residente se desenrolou questionando se ela deveria ou não iniciar um processo terapêutico naquele momento em que ela solicitava. O que se indagou era a urgência, a serviço do que estaria o pedido, ainda que se reconhecesse a importância de uma análise para o caso, que possivelmente indicava um bom prognóstico. Dois dos integrantes alegavam que o fato dela solicitar análise deveria ser uma condição fundamental e respeitada¹⁷. Outro aspecto conversado foi o motivo de encaminhá-la a terapia individual no SOMA, pois ela não residia na cidade (muito havia se discutido sobre tal aspecto). A distância já fez com que vários pacientes desistissem quando conseguiam retornar ao emprego ou a

¹⁷ Apenas a título de explicação, o caso não foi encaminhado para terapia individual no SOMA. Decidiu-se respeitar uma das regras estipuladas, de que moradores de outra cidade devem ter o seu tratamento centralizado na região. Deste modo, foi feito um contato com uma universidade local, que possui curso de Psicologia e ela segue realizando psicoterapia lá. Rapidamente os sintomas desapareceram e ela não teve mais crises. Ainda assim, fora durante um ano acompanhada no serviço do ponto de vista psiquiátrico, além do tratamento psicológico em sua cidade. Não apresentou novas queixas, arrumou um emprego e teve pouco a pouco as suas consultas espaçadas até receber alta. O caso confirma os dados científicos de que quadros conversivos e diagnosticados no início tendem a ter rápida e boa evolução.

qualquer outra atividade. Indagou-se também por que ela deveria começar a análise se existiam outros casos em uma extensa fila aguardando para serem atendidos. E, diante da sobrecarga de casos dos analistas, discutiu-se ainda quando se deveria dar alta aos pacientes e encerrar a análise, de modo que aquele profissional pudesse receber novos casos.

Diante dos questionamentos suscitados, propus uma reunião de equipe na semana seguinte para conversar a respeito do encaminhamento de pacientes para análise e término do trabalho analítico. Como encerrar, quando e por quê? Como tais discussões são afetadas pela organização institucional? Além da motivação da pesquisa, associava-se o fato de que eu atendia uma pessoa em análise desde 2009, portanto há oito anos (caso Emma aqui apresentado) e possuía dúvidas quanto a seguir ou não o atendimento, reconhecendo os progressos vividos ao longo do tempo e, em contrapartida, sabendo da necessidade de continuar. A preocupação era também como contemplar as questões individuais do caso e a vertente institucional, sem tornar o ambulatório apenas uma extensão do consultório.

Ao longo desse período, entre a discussão do caso e a conversa em equipe, foram realizadas reuniões e houve pequenas conquistas, como por exemplo a criação de novos grupos em que se admitem mais pessoas. Já sabendo dos ganhos que eles obtêm uns com os outros, optou-se por explorar e aproveitar mais a modalidade de terapia em grupo, que inclusive tinha sido cogitada há muito tempo, bem como a inclusão da atividade da eutonia. Outra ideia retomada foi a constituição de uma subequipe específica para discutir os casos de alta, quando estão para serem desvinculados do serviço ou da psicoterapia, de modo a preparar o término e o encerramento do vínculo tão significativo para tais pacientes, para que isto aconteça de modo traumático. Por fim, uma nova sugestão, que no caso estava relacionada à situação da paciente referida nas linhas anteriores (admiti-la ou não imediatamente em terapia), foi a fundação de um grupo responsável pela recepção. A partir de então as pessoas, ao ingressarem no SOMA, devem frequentá-lo, para que se investiguem quais recursos terapêuticos são necessários para cada um e tenha início o desenvolvimento de um vínculo com o serviço.

Os tipos de recursos descritos no texto serviriam de base para determinar o dispositivo terapêutico empregado no SOMA. Mesmo que não haja necessidade de maior ordenação, o que foi alcançado parece de suma importância, principalmente pelo fato, como já demonstrado, da terapêutica indicada dizer muito mais respeito ao

tratamento psíquico e relacional do que ao farmacológico. Ainda parece complexo sistematizar os recursos terapêuticos para a população, inclusive considerando que diferentemente de outros pacientes, a problemática e o adoecimento psíquico decorrem em especial da carência de vínculos, pois desde muito pequenos eles sofreram maus tratos, abandonos, violência física e psicológica. Assim, a importância da análise parece também consistir em oferecer às pessoas, tão cedo traumatizadas, uma nova chance de construir relações, recontar a sua própria história e assimilar que, apesar das dores, estas foram as condições que as transformaram no que são hoje. Podem existir outras formas de vivenciarem as suas dores e dificuldades que não a da expressão do sofrimento no corpo e, sim, por meio de palavras e de uma narrativa de como sofrem. Talvez seja a melhor maneira de caracterizar um progresso terapêutico para as pessoas que padecem desse modo, não pautada exclusivamente na ótica da eliminação do sintoma, pois seria uma maneira psiquiátrica de operar, mas sim, neste conjunto, produzir uma transformação subjetiva na forma de narrar e de experimentar o seu incômodo. No dizer de Dunker (2015, p. 33):

O encurtamento ou a condensação das formas de linguagem que a pós-modernidade reserva ao sofrimento parece ter redundado também em redução da extensão e em mutação na qualidade da queixa, sob a qual opera o diagnóstico. Temos agora novas patologias baseadas no déficit narrativo, na incapacidade de contar a história de um sofrimento, na redução do mal-estar à dor sensorial.

5.2. AS TROCAS ENTRE PROFISSIONAIS: EM BUSCA DE PARTILHA

5.2.1. A caracterização dos problemas via os profissionais da área

a) Do Ambulatório de Psicossomática da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)¹⁸

Em 2014 descobri, por intermédio de um colega, que havia em São José do Rio Preto um serviço aparentemente similar ao SOMA, integrado ao Hospital de Base, sob a responsabilidade de Lazslo Antônio Ávila. Segundo o seu relato, a faculdade existe há

¹⁸ As informações aqui constantes resultam, em sua maior parte, da visita feita ao Ambulatório de Psicossomática e das conversas mantidas com o Prof. Dr. Lazslo Antônio Ávila em 24 de fevereiro de 2015.

cinquenta anos, foi fundada em 1968 com um hospital e serviço municipal para atender à população da região, similar aos já existentes em Araraquara, Taubaté, São João da Boa Vista. Na ocasião era conhecido como Hospital das Clínicas de São José do Rio Preto. Quando inaugurado era um serviço público regional e bem pequeno, mas logo as necessidades se fizeram presentes e ele teve que ser ampliado para um setor estadual, já que antes era municipal. Quando o Prof. Lazslo foi contratado, a faculdade tivera o seu processo ampliado e o curso de psicologia e enfermagem foram incluídos. Relata que na ocasião dava aulas de psicanálise e de psicologia médica mas, com o passar do tempo, a carga horária dedicada à psicanálise foi diminuindo, tanto que agora existem apenas três professores que atuam nesta linha de pesquisa e a teoria comportamental cognitiva vem ganhando cada vez mais espaço. Hoje, além da disciplina de psicologia médica (vale ressaltar que a graduação do Prof. Lazslo foi em psicologia), ele oferece aos alunos interessados, de forma extracurricular, um curso de psicanálise.

No que tange à criação do Ambulatório de Psicossomática, este fora um serviço a princípio para apurar a demanda daqueles pacientes e para atendê-los em psicoterapia. Naquela época ainda não se dava tanta importância ao diagnóstico, ele acompanhava aqueles que eram encaminhados para serem atendidos em terapia. Com o decorrer do tempo, ele se deu conta de que os pacientes, em sua grande maioria, eram crônicos, políquelos e de difícil conclusão diagnóstica. Nesse contexto é que se criou o serviço de psicossomática. Hoje o serviço funciona às terças-feiras, com a participação de alunos do terceiro ano de residência em psiquiatria, que assumem um ou dois casos e os acompanham durante seis meses, sempre sendo supervisionados e discutidos com o professor. Ao final do período avaliam-se como estão os sintomas e os prognósticos obtidos, existindo dois caminhos possíveis: o usuário opta por continuar no serviço e existe justificativa do ponto de vista sintomático ou se quer ir para o consultório do residente e, se assim for acordado, a condição é de que o preço deve ser negociado, respeitando a condição de tratar-se de um hospital público. Em suas palavras “A oferta em continuar com o médico que o acompanhou durante estes meses consiste numa forma de respeitar o vínculo construído, que nestes casos é o mais fundamental.

Do ponto de vista do tratamento, os casos mais graves costumam ficar de seis meses a um ano, são raros os casos que permanecem por um tempo maior. Na realidade, o diagnóstico importa menos neste ambulatório; o que se privilegia é a gravidade do caso, é a relação entre corpo e mente, interferindo na compreensão biológica. O Prof. Lazslo é o único profissional responsável pelos acompanhamentos sistemáticos. Um dos

indicadores de que o paciente pode ter alta é quando ele deixa de frequentar inúmeros médicos como antes fazia, quase que todos os dias. Mas o professor reconhece que muitos casos não chegam ao serviço em consequência da maneira pela qual o profissional explica o mal-estar – como, por exemplo, “você não tem nada ou então o que você tem não é verdade”. Tais afirmações desmentem a percepção do sujeito. Na realidade, há sim um sintoma e um sofrimento, ainda que eles não respondam ao conhecimento médico mais formal e objetivo.

Na primeira vez que compareci ao hospital era o último dia dos residentes. Desse modo, a discussão dos casos se deu justamente para encerrar e decidir de modo definitivo se os pacientes iam continuar com os residentes em seus consultórios ou se receberiam alta do serviço. Apenas um dos casos (mais antigo ao que pude perceber) continuaria na instituição mesmo já tendo excedido o tempo definido a priori. Tratava-se de caso extremamente grave (muito mais devia ter sido explorado, mas as urgências do dia foram maiores e não pude apurar o que transformava aquele caso em uma exceção, além da intensidade das manifestações sintomatológicas). Dentre os discutidos, dois deles tiveram alta e uma outra optou por continuar com o residente em um tratamento particular. Também se conversou a respeito de um encaminhamento da dermatologia com um quadro de “pseudolepra”, que tinha sido investigado na clínica por meio de exames e, até aquele momento, apresentava-se como inconclusivo. Todavia, a hipótese dos dermatologistas e do professor era de que se tratava de um caso factício, ou seja, ela mesma produzia em si os seus sintomas. A menção deste caso, em muito se assemelha ao de Dolores, por mim apresentado. Isto porque também viera da dermatologia, a sua irmã falecera de lepra e o aspecto de seus sintomas em muito poderiam produzir tal associação, inclusive esta fora feita por Dolores na análise e finalmente, por tratar-se de um quadro factício. No entanto, quando os médicos tentaram apurar mais e estreitar a investigação, a paciente ausentou-se da consulta e, em seu lugar, compareceu o marido para explicar a sua falta. No retorno seguinte agendado, dia de minha visita, ela ainda não retornara ao serviço o que provavelmente corrobora a hipótese deste funcionamento psíquico. Um outro aspecto observado foi a dificuldade dos residentes em compartilhar as salas, pois eles não tem, ao que parece, uma sala fixa, de tal forma que precisam revezar com outros serviços que funcionam no mesmo dia e horário. Assim, por um tempo, alguns deles tiveram que esperar ou procurar salas de atendimentos em locais mais distantes e improvisados (uma realidade bastante comum, infelizmente, no setor de serviço público).

A partir da visita foi possível acompanhar também a atividade que acontece com uma médica fisiatra, com alunos da graduação, geralmente do 4º ano, e com os residentes que acompanham o setor psicossomático. Ali os alunos de quarto ano decidem um caso que acompanharam, e que merece ser discutido naquele momento, que aluda à questão mente e corpo. “A idéia é estimular a escuta e apurar a capacidade dos futuros profissionais para fazer uma boa anamnese”. Esta discussão ocorre há 15 anos entre o Prof. Lazslo e a médica, todas as semanas, durante uma hora e meia. Na sequência, há um espaço em que os residentes discutem algum texto freudiano pelo qual tenham interesse ou que seja mobilizado a partir de um caso atendido e já previamente definido. Além disso, há uma liga de psicanálise, iniciativa dos próprios alunos, que em grande maioria estão na graduação (terceiro, quarto, quinto e sexto anos), mas que não tendo a chance de estudar a psicanálise (pois foi abolida do currículo), procuraram o professor para realizar o curso que ocorre a cada quinze dias.

Quando questionei o professor se ele conheceria algum outro serviço similar ao que ele realizava e ele mencionou o da UNIFESP, afirmando que conhecia poucos profissionais que atuem no campo e com um serviço voltado exclusivamente à população. Julga que “esta área carece da articulação dos poucos profissionais existentes e que é preciso muita criatividade para lidar com os pacientes. É um grupo que representa e oferece risco de insalubridade ao profissional, uma vez que estamos sempre nos contaminando pelo outro”. Reforçou a noção do tripé como forma de garantir uma melhor atuação; principalmente para os residentes, que ainda tem pouca experiência, sendo a supervisão primordial. A dificuldade de fazer o serviço e a psicanálise acontecerem também foi citada em nossa conversa, tendo o professor relatado o seguinte: “por um bom tempo fui jogado de um lado para o outro, a todo o momento me mudavam de sala”. Agora que o serviço já está mais estável e melhor reconhecido na instituição, ele diz que consegue realizar o trabalho da forma como gostaria e no horário que deseja. Mas aposta em uma perda da psicanálise para a teoria comportamental cognitiva (TCC), que conta com 12 psicólogos, enquanto que ele mesmo não consegue ninguém para trabalhar em parceria, exceto aqueles com os quais já tinha diálogo há anos. A estrutura do setor conta com o Prof. Lazslo e mais dois ou três residentes em psiquiatria do terceiro ano (número variável a depender do ano, das pessoas interessadas e da quantidade de bolsas disponíveis).

Apesar de uma determinação contratual que distribui o tempo de trabalho entre as atividades na universidade e no hospital de base, o Prof. Ávila admite que sua carga

horária para atender a esta população é muito mais extensa que as vinte horas, não se restringindo apenas ao cargo na FAMERP. O seu trabalho de pesquisa e a dedicação à temática do adoecimento corporal, desde o seu ingresso na faculdade, produziu efeitos em seu consultório. Com isso, costuma receber pacientes que buscam análise para si, familiares que sofrem com parentes diagnosticados como psicossomáticos, somatoformes e somáticos, ou ainda, médicos e profissionais que tendo contato com essa realidade recorrem a uma ajuda para lidar com o sofrimento. As considerações assinaladas por Ávila demonstram que tais modalidades de mal-estar são complexas, frequentes, exigindo de estudos e investigações ampliadas.

b) Do Ambulatório PAES (Programa de Atendimento e Estudos de Somatização) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)¹⁹

Por volta de 2013 eu havia lido um artigo intitulado *Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos* (Bombana, Leite & Miranda, 2000). Neste mesmo ano, um dos autores, José Atílio Bombana, ainda era coordenador do PAES. Tendo considerado o texto fundamental para o meu percurso, uma vez que apresenta o serviço existente na UNIFESP, entrei em contato com o Prof. José Atílio para averiguar se ele poderia vir ao SOMA para discutir junto aos residentes um caso clínico, prática comum no serviço. A discussão que fizemos na época foi bastante significativa. No entanto, o tempo passou e, infelizmente, não tivemos mais contato. Ao retornar da FAMERP, fiz um novo contato e ele me informou que já não era mais o coordenador, depois de ter sido por doze anos. Contou-me que ainda integrava a equipe e que falaria com os demais sobre o meu interesse em visitar o PAES. Assim poucos dias depois, agendamos uma visita e conheci os atuais coordenadores, Cristiane Curi Abud e Ricardo de Almeida Prado.

O serviço funciona no espaço de um CAPS na rua Pedro de Toledo. Ao contrário de minha pretensão inicial (talvez porque foi deste modo que se deu o primeiro contato com o Prof. Atílio, dois anos antes), fui convidada a relatar a respeito do SOMA, à numerosa equipe, que parecia bem interessada em escutar. Esta possibilidade de falar sobre a experiência foi rica, permitindo-me dar conta do que havia sido construído ao longo do tempo (desde 2009) e permitiu reconhecer, igualmente, que ainda teria muito a ser feito. Aos poucos pude saber mais sobre o funcionamento do ambulatório. Trata-se de um serviço criado há 20 anos para dar conta dos doentes que não se encaixavam em outros programas então existentes. Desse modo não havia, a princípio, uma caracterização bem definida dos casos. Com o passar dos anos, percebeu-se que grande parte dos usuários do serviço eram somatizadores e, a partir daí, decidiu-se que seriam admitidos no programa quadros nos quais os indivíduos tivessem questões corporais importantes. Ao longo da história, novos profissionais foram sendo admitidos para os cuidados e, há pouco tempo, foi estruturado um setor de pesquisa e pós-graduação para desenvolver investigações relacionadas ao programa.

¹⁹ As informações aqui constantes resultam, em maior parte, da visita ao Ambulatório do Programa de Atendimento e Estudos de Somatização e das conversas mantidas com os responsáveis, Prof. Dr. José Atílio Bombana, Profª. Drª. Cristiane Curi Abud e Ricardo de Almeida Prado em 30 de abril de 2015.

Hoje compõem a equipe os seguintes profissionais: psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, reumatologista, fisioterapeuta (na época em que o Prof. Atilio esteve no SOMA esta última especialidade não existia) e estagiários. Anualmente o setor também conta com um residente do terceiro ano em psiquiatria (estágio optativo) e dentre as suas atribuições está a administração medicamentosa dos pacientes, assim como, a participação nos grupos terapêuticos. Quando mencionado que no SOMA é possível continuar em atendimento psiquiátrico mesmo sem uso de medicação, essa decisão despertou interesse na equipe, que admitiu a relevância desta atitude. Há ainda um residente em psiquiatria do quarto ano, estágio neste caso obrigatório no setor, mas que desenvolve as mesmas tarefas que o aluno do terceiro ano. Os coordenadores queixam-se da ausência do serviço social para trabalhar junto à equipe; julgam que para casos tão graves e quase sempre afastados da rotina de trabalho ou já aposentados, tal assistência seria importante.

Atualmente estima-se que existam cerca de 50 pessoas que frequentam o programa, elas vêm encaminhadas de serviços tais como reumatologia, dermatologia, ortopedia, grupo da dor, entre outros. Alguns, ainda que em menor proporção, são encaminhados pela rede pública. Segundo os responsáveis, a admissão no serviço incluem os critérios do DSM para somatização e, portanto, de Transtornos Somatoformes. Mas, reconhecem que na maioria das vezes, “o que se privilegia é a noção de mente e corpo e o quanto esta dicotomia é importante”. No programa há quadros psicossomáticos e com lesões orgânicas, mas o que se considera é a sobreposição das questões psicológicas a estes quadros. Assim, “a assistência não visa apenas eliminar os sintomas, mas superar a dicotomia mente e corpo e compreender o ser humano em sua totalidade biológica-psíquica-social”, nas palavras de Cristiane Curi Abud.

Para os responsáveis do PAES não existe a princípio um tempo determinado até que os pacientes recebam altas, mas existe uma preocupação quanto a uma possível dependência do programa se eles permanecerem por muito tempo. O que se considera necessário é que “eles sejam capazes de entender a produção do mal-estar e do que ele chega a gerar no corpo, as consequências que estes conflitos psicológicos produzem” (Prof. Ricardo de Almeida Prado). Espera-se ainda “que eles sejam capazes de retomar as atividades e ao trabalho, começar a sair sozinhos, por exemplo, que exista uma reinserção social”. De acordo com um dos analistas ali presentes, “o mais difícil não é tirar os sintomas e retomar as atividades, mas eliminar as queixas. É praticamente

impossível”. A compreensão é que são pacientes muito graves e com uma dependência significativa do vínculo. Quando questionados acerca do final do tratamento e de como entendem o processo, a resposta é quase que em coro: “dar alta é uma incógnita, ainda é algo que nos preocupa”.

A condução do tratamento é quase que exclusivamente em grupo (ao contrário do SOMA, que, na ocasião, era praticamente individual), embora existam poucos casos de tratamentos individuais. A modalidade sempre funciona em co-terapia, ou seja, nunca há um único analista para coordenar um grupo terapêutico. Os motivos para tais decisões decorrem do fato de: a) serem casos muito graves e que trazem sobrecarga enorme a cada um que opta por tratá-los; b) não conseguirem seguir a regra da livre associação e, com isso, os integrantes poderem auxiliar nesta função; c) haver um grande o volume de atendimentos. Hoje o programa conta com os grupos: verbal, foto-linguagem, cinema, terapia corporal e conscientização do corpo. Pretende-se iniciar um novo de trabalhos manuais. As atividades do serviço concentram-se nas quartas e quintas-feiras, além de haver uma reunião a cada quinze dias (da qual participei), com duração de uma hora e meia, para discutir os casos e as necessidades do serviço. As reuniões são abertas e os pacientes podem frequentá-las a qualquer momento; elas não se encerram, de maneira que, havendo demanda, os pacientes podem ser admitidos. Não há sobreposição de grupos e até agora ninguém participa de dois deles simultaneamente. O fato de não existir um término previsto não significa dizer que os usuários permaneçam muitos anos, sendo que os motivos das saídas acontecem porque aquela relação com os participantes se esgota e eles não localizam mais razão para continuar ou porque conseguem retomar as atividades anteriores, reinserindo-se nas ocupações prévias ao tratamento (e os horários tornam-se incompatíveis) ou ainda por desistirem de fato, por uma não adesão. Existe também uma modalidade grupal que reúne indivíduos com sintomatologias, mais brandas e que acabam, por este tipo de funcionamento, logo tendo alta. Tentou-se criar uma para os casos mais graves, mas os terapeutas deram-se conta de que era inviável, pois gerava uma sobrecarga transferencial, o que rapidamente tornou-se pouco produtivo. No anseio de lidar com essa sobrecarga, admitiram-se novos participantes com quadros mais leves e o resultado mostrou-se favorável a todos.

Os coordenadores afirmaram que se preocupam com a continuidade do programa quando eles se aposentarem, julgam que não haverá ninguém que mantenha o serviço em funcionamento, pois não localizam interessados que se motivem a dar

continuidade ao PAES na universidade. Atribuem a existência do grupo à condição deles não possuírem vínculo direto com a faculdade e, portanto, isso possibilita que funcionem de forma mais independente. Em contrapartida, é exatamente esta distância que faz com que eles funcionem de maneira um tanto marginal e acentua a segregação entre a psiquiatria e a psicanálise. O desaparecimento do programa, segundo acreditam os responsáveis, ocorreria por uma falta de interesse em fomentar as discussões sob o ponto de vista analítico, associado ao currículo de medicina, que hoje parece aceitar cada vez menos a psicanálise. Ao final da visita um dos coordenadores manifestou o desejo de organizar um evento que unisse os dois serviços, mas nada ficou decidido.

Tendo realizado as visitas a duas instituições de referência, é possível reconhecer, inclusive retomando as palavras de um dos coordenadores do PAES, que não apenas para a pesquisadora, mas também para os mais experientes e com mais de 20 anos de programa, o tratamento e a alta destes pacientes continuam a funcionar como uma incógnita. Esta dimensão auxilia entender que, mesmo as trocas sendo muito ricas e importantes para a trajetória da presente pesquisa, realmente não eram elas que possibilitariam reflexões acerca dos modos de cuidado terapêutico, como se supunha no início. Ainda assim, julga-se que a escrita desses relatos, associados aos achados na literatura, permitirá reunir elementos que concorram para delinear proposições importantes para os tratamentos. Na reconstrução da visita aos dois ambulatórios, a impressão é quase como se o SOMA estivesse em uma modalidade intermediária entre a FAMERP e o PAES. Em ambos os serviços existe uma importante dedicação à questão analítica, uma discussão de casos preocupada com a subjetividade de cada paciente, ainda que se admita a dificuldade que Prof. Lazslo deva experimentar, sendo o único profissional responsável pelo setor. Uma outra percepção digna de observação parece consistir no fato de que para os três serviços, portanto, ao SOMA, ao ambulatório de psicossomática da FAMERP e ao PAES, o crucial é a relação mente-corpo e a produção do sofrimento. Com isso o diagnóstico configura-se como um processo de formalização

para a chegada destes que padecem, mas que, ainda assim, não são determinantes para a admissão. Inclusive porque, se os critérios estipulados pela CID e pelo DSM fossem levados ao pé da letra, muitos não estariam nestes serviços. Admite-se, assim que os modos de funcionamento psíquico e os debates a respeito parecem fundamentais. É neste sentido que, para fundamentar a escolha de determinadas formas de tratar tais sujeitos faz-se necessária uma exposição e compreensão das maneiras como a psicanálise poderia justificar e contribuir teoricamente para romper com a dicotomia mente-corpo e compreender as expressões que cada sujeito escolhe para elaborar de algum modo as suas angústias. Um breve ensaio a respeito de como ler, escrever e inscrever tais modalidades de sofrimento foi elaborado por mim em 2014 no livro *Histeria e Gênero – sexo como desencontro*.

5.3. TRATANDO DE QUEM TRATA²⁰: A SAÚDE DOS “PSIS”

Quando realizei a visita institucional para conhecer o serviço ambulatorial na FAMERP, lá ouvi algo que me chamou a atenção, mas sobre o que não pensei naquele momento. Na ocasião, o coordenador dizia aos residentes algumas palavras que tentarei recuperar aqui, tanto quanto me for possível e concorrendo o risco de alguma infidelidade. “O trabalho de um psicólogo, psiquiatra, psicanalista e de um médico, é de alta insalubridade, oferece muitos riscos e pouca proteção, pois usamos a nossa subjetividade como instrumento e, para isso, não há muito como se proteger. O tempo todo estamos nos contagiando”. Se não eram literalmente as palavras, a essência e o sentido apontavam nesta direção. Partindo da premissa de que a afirmação seja verdadeira, fui inundada por ela em um momento determinado da escrita. É complexo organizar em palavras a experiência que, apenas muito tempo depois e com a união de diversos elementos, ganha contorno. Como um *insight*. Sou invadida por lembranças e associações. Enfim, quer sustentar proposições sobre o tratamento e as contribuições que a psicanálise pode oferecer aos pacientes nos quais os conflitos psíquicos são expressos no corpo sob a forma de sintomas. Reconhece-se assim que não é possível

²⁰ O título deste item, retoma um artigo publicado por Moretto et al (2013), “*Cuidando de quem cuida*”: Assistência Psicológica ao Trabalhador da Saúde, onde os autores discutiram o sofrimento psíquico dos profissionais e a atenção necessária à saúde mental dos que atendem na instituição hospitalar. Cabe assinalar que, há ainda, o trabalho de Benevides-Pereira & Alves (2003) intitulado, *Quem cuida também merece cuidados: conhecendo e prevenindo o burnout*, que se ocupa de questões similares, relativas ao estresse laboral que leva a esta modalidade de sofrimento.

ignorar a saúde mental dos profissionais que assistem a esta população. Diante disso, recorro um pouco mais o percurso no SOMA.

Nos nove anos de trabalho no ambulatório muitas turmas passaram por lá, sobretudo porque durante um período os alunos permaneciam apenas por seis meses. Aumentar o tempo do estágio para um ano foi algo pelo qual lutamos e argumentamos com a coordenação do programa de residência. De todo modo, como era de se esperar, pessoas muito diferentes estagiaram, algumas mais interessadas que outras, alunos com mais afinidades ou não com a psicanálise, enfim, foram experiências variadas. Mas, por diversos anos, e até hoje inclusive, é possível ouvir exemplos que ilustram o quanto o trabalho junto a esses pacientes é difícil e exige muito, mesmo entre os mais interessados. As formas e as tentativas de elaboração também variaram: houve os que logo após o dia de ambulatório iam direto para a análise, os que na sequência atendiam pacientes com outros quadros clínicos e funcionamento psíquico e ainda outras que iam direto se encontrar com amigos para dar risada. Mesmo entre os colegas mais experientes era possível ouvir o quanto saíam exaustos, “mas uma exaustão diferente de ter atendido vários pacientes o dia todo”. Um esforço de interagir com a equipe, dar supervisão, transpor em palavras comuns a experiência vivida entre os dois campos de conhecimento, ouvir a entrevista do caso novo etc.

É inegável como algo invade a subjetividade destes profissionais e os recursos disponíveis para descrever a experiência não parecem suficientes. Cabe assinalar que não foi apenas uma vez que tivemos alunos desistindo o estágio. Deve-se acrescentar que nem sempre a decisão estava relacionada ao SOMA. Sabe-se que a carga horária, o volume de trabalho, as exigências impostas, as expectativas, dentre outras variáveis, contribuem para o abandono. Também se tem conhecimento de que em alguns casos a escolha de sair da residência dizia respeito ao serviço e às experiências consideradas por eles como “pesadas”. Nos últimos meses, talvez já pela imersão na escrita da tese ou por maior proximidade com a turma, admite-se que alguns alunos, ao exporem o caso e suas angústias, deixam nítida a necessidade de um espaço adicional para compartilhar a experiência e as implicações existentes a partir dos atendimentos. Entre alguns membros da equipe tem-se conversado sobre a maneira mais adequada para indicar aos alunos, quando necessário, uma análise ou uma psicoterapia, de acordo com o interesse de cada um. Para além das situações dos residentes, é preciso sublinhar um fato ocorrido há alguns anos no ambulatório e que, mesmo que não totalmente esquecido, pouco foi objeto de reflexão. Parece bastante pertinente retomá-lo nesse momento em que se

escreve acerca da saúde dos profissionais e a respeito do trabalho no SOMA. Convém assinalar que, no artigo de Moretto et al. (2013), os autores ao entrevistarem profissionais da instituição hospitalar descobriram que o sofrimento decorria dos relacionamentos estabelecidos com pacientes, colegas de trabalho, chefes ou gestores.

Em 2011, quando eu já integrava a equipe e ainda realizava formação em Psicanálise no Instituto Sedes Sapientiae, havia uma colega que partilhava do mesmo percurso. Ingressara há pouco no ambulatório por intermédio de uma das psiquiatras. Sua permanência não foi duradoura e, na realidade, meu vínculo com ela não foi muito estreito, embora tenhamos feito supervisão juntas dos casos atendidos e conversado algumas vezes. No Sedes, ela teria suspenso algumas vezes o curso e quando retomou a formação, na época de seu falecimento, realizávamos um seminário juntas. Chamava a atenção, pois diferentemente de outras três colegas psicólogas, ela optara por atender cinco casos ao mesmo tempo, número superior ao que fazíamos. Eram casos graves e complexos e ela ficava bastante mobilizada, ainda que não demonstrasse nenhuma intenção de interromper, encerrar ou encaminhar algum dos atendimentos. Na ocasião, o envolvimento era tamanho que ela relatava conversar com os pacientes nos finais de semana, em ligações de longa duração. Nas supervisões feitas em grupo, o esforço era auxiliá-la nos casos e tentar discriminar o que dizia respeito às angústias dos pacientes e às dela, mas era nítido um excesso ali presente e uma dificuldade em lidar com os casos. Ainda assim, pouco se pensou a respeito, ela estava em análise e não se considerava que o espaço proporcionava abertura suficiente para que muitas outras coisas pudessem ser conversadas. Além disso, tinha-se conhecimento de que ela passava por um momento delicado, uma separação litigiosa que vinha se estendendo há muito tempo. Naquele ano a equipe era bem menor que hoje, contando com duas psiquiatras, quatro psicólogas/analistas, um neurologista e dez residentes. Em uma quinta-feira chegou a notícia de falecimento da colega: no dia anterior ela havia se suicidado, saltando da janela de seu consultório. Era uma quarta-feira e ela fora ao hospital, atendera todos os pacientes agendados e deixou uma carta em seu consultório antes de cometer o suicídio. Soube-se depois que já existiam tentativas prévias. O fato foi algo que mobilizou bastante os integrantes da equipe mas, ao mesmo tempo, pouco se conversou a respeito²¹. Cobranças sobre o que poderia ter sido feito e não foi, ponderações sobre ter

²¹ Tal observação se faz necessária, principalmente pela teoria a respeito do trauma e de suas implicações para o psiquismo. Acredita-se que, em sendo uma relação, a subjetividade dos profissionais aqui também está em ação e a exclusão de um evento importante ou a tentativa de não se fazer referência ao fato, não é entendida como simples

se observado uma atitude um tanto inadequada nos atendimentos, integravam os diálogos posteriores. Restou uma sensação de culpa, impotência e falha por parte da equipe. Na semana seguinte algumas decisões tiveram que ser tomadas, inclusive no sentido de comunicar aos pacientes de sua morte. Optou-se por uma explicação breve e parcialmente verdadeira, ao meu ver, hoje questionável. Foi dito a eles que “ela tivera uma morte inesperada e repentina”. As reações foram diversificadas, desde pacientes que os abandonaram o tratamento por um tempo, mesmo que os tivéssemos procurado e telefonado para conversar, quem solicitou um outro profissional para elaborar aquele momento e seguir em terapia, quem se negou a acreditar e riu compulsivamente e, ainda, um paciente que disse: “bem que ela falou que o que foi dito aqui ficaria apenas entre nós”.

Hoje, creio que o trabalho de elaboração seria conduzido de outra forma, com maior possibilidade de pensar sobre a perda, talvez de falar mais a respeito do ocorrido, pois, de algum modo, isso envolve segredos e discursos velados e traumáticos, como a própria literatura psicanalítica aponta. Considera-se talvez pudesse ter sido mais detido o diálogo com os pacientes a respeito da perda e do luto e enfatiza-se também que a comunicação, sobretudo, quando se refere a temáticas tão delicadas quanto esta, poderia ser mais valorizada. Mas, mesmo entre os profissionais pouco se discutiu. De tempos em tempos o assunto retorna, muito rapidamente, inclusive porque a maioria dos membros da equipe não está mais presente, restam apenas três pessoas daquela época. O que ainda se mantém é uma aula acerca de suicídio para os residentes, que apesar da utilidade e importância do tema, como os alunos mesmos reconhecem, parece ainda, ser muito uma tentativa de assimilação e elaboração do evento para os que pertenciam à equipe.

Restam ainda questões que, no meu entendimento merecem ser pensadas, tais como: o que fazer pelos profissionais que atendem? Em que medida eles devem ser encaminhados também a tratamento psicológico? Será que é possível prevenir sofrimentos de tal natureza? Como cuidar de quem está a todo o momento em contato com casos tão complexos na instituição? O que fazer pelos residentes? Deve-se insistir com eles na necessidade de uma análise? Estas e outras indagações servem de estímulos para o que se pretende desenvolver aqui a respeito do tema do sofrimento e dos cuidados. No anseio de dar conta parcialmente destas e outras questões advindas do

coincidência ou mero detalhe. Pode-se dizer que se inscreve na ordem do traumático, do irrepresentável, de algo que, ainda que recusado, produz efeito no espaço e nas relações em que se encontra inserido.

estágio no serviço, criou-se em 2018, por recomendação da coordenadora, o trabalho de mentoria. Trata-se de uma ferramenta de desenvolvimento profissional que conta com o auxílio de alguém no serviço com maior tempo de experiência. Consiste então, conforme descrito por Bruna Bartorelli, na carta de apresentação aos residentes, num espaço adicional de conversas e debates que podem ou não se relacionar aos atendimentos. De todo modo, a ideia é proporcionar suporte ao longo do estágio dos residentes no SOMA que pode render experiências e trocas frutíferas, bem como um amparo psíquico para dar conta, ainda que parcialmente, das injunções presentes na relação profissional.

É mais importante saber que tipo de pessoa tem uma doença
do que saber que tipo de doença a pessoa tem.
(Markle et al., citando Hipócrates, 2015, p.217)

Tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem,
é conhecer o homem que tem a doença.
(Lopes & Lichtenstein citando Osler, p.187, 2007).

6. A PSICANÁLISE E OS MODOS DE NOMEAR E NARRAR OS SOFRIMENTOS: AS TRAMAS PSÍQUICAS E CORPORAIS

O capítulo que se segue objetiva apresentar alguns fundamentos psicanalíticos para o entendimento das delimitações possíveis para os casos de TS e Sintomas Somáticos. Privilegia a retomada dos conceitos e explicações freudianos e as contribuições de Ferenczi quanto à questão do trauma. E tenta *pensar com* tais teóricos os problemas da compreensão e do tratamento dos pacientes do SOMA. Além disso, recorre-se às obras de diversos estudiosos do mesmo campo que, no caso, concorrem para o mesmo objetivo. Do mesmo modo, o capítulo problematiza as aproximações e afastamentos entre as definições psiquiátricas e psicanalíticas e os “parentescos” entre a categoria dos TS e a histeria. Inclui-se também um investimento de compreensão de aspectos dos casos clínicos descritos com a mobilização dos elementos teóricos retomados. A extensão do capítulo e a sua distribuição interna obedeceram ao movimento pelo qual foram construídas e reforçadas as reflexões, agregando convergências só possíveis a partir da elaboração escrita e “desaguando” numa figuração cara à minha história e fértil para as tentativas de compreensão da questão dos TS.

6.1. CARACTERIZAÇÃO E FORMAS DE ENTENDIMENTO DA PSICANÁLISE DIANTE DESTES QUE SOFREM

Uma dificuldade na caracterização dos pacientes que passam pelo SOMA consiste na multiplicidade de formas de funcionamento psíquico que evidenciam. Nem todos são neuróticos, o que não equivale a dizer que, então, teriam funcionamentos como os de pacientes psicóticos. A clássica divisão entre a neurose e a psicose, nestes casos, tal como entendido pela psicanálise, não permite alcançar o que de fato se passa com aqueles sujeitos e, talvez, tal insistência possa levar a erros terapêuticos e a iatrogenias. Mezan (2014) ressalta que, a respeito da psicanálise, não se deve ignorar que as formas de entendimento e suas proposições estão pautadas em questões muito mais complexas e as decisões e teorias analíticas produzem e sofrem influências no cenário no qual se encontram. Assim, é preciso levar em conta que se trata de uma

teoria e um modelo para pensar a mente, elaborados na cultura europeia, com a contribuição e a leitura de diversos teóricos com diferentes culturas, uma proposta massacrada, conforme lembra o autor, pelo nazismo. Em decorrência desta questão, foi necessário, para Freud, encontrar outros intelectuais e analistas dispostos a dar continuidade à prática clínica e teórica que não mais limitados aos países ameaçados pelo cenário e briga política. Assim, alguns anos se passaram até que a psicanálise pudesse voltar a circular em países de língua alemã. Dizer tudo isso é o mesmo que lembrar que cada modelo e teoria acompanham o cenário e os impactos de sua época.

Pensar com Freud significa, no meu entender, ter presente suas produções desde a fundação da psicanálise até as revisões substanciais que ia realizando a cada descoberta. A pesquisa aqui descrita vale-se da teoria e de seus acréscimos. Pensar nas limitações dos textos da época e nas dificuldades localizadas no setor configuram-se esforços no sentido de compreender a experiência ambulatorial e sua realidade. Isto é, o serviço circunscrito em um hospital público de referência, numa instituição escola, uma tese produzida na universidade, por uma psicanalista que, tal como já advertido, foi encontrando ao longo de suas leituras transformações e novos teóricos que possibilitaram compreender melhor o funcionamento psíquico e pensar os atendimentos analíticos dos sujeitos que ali são acompanhados no SOMA. Reconhecendo, portanto, os limites e as potencialidades do espaço e do tempo. Como nos diz Mezan (2014, p.27) acerca das construções, teorias e escolas psicanalíticas: “Cada uma delas tem, da relação que mantém com a obra freudiana, uma concepção particular, a qual é ao mesmo tempo uma visão da história da disciplina, e portanto da sua própria gênese”. A tese recorre aos textos pré-psicanalíticos e à histeria, pois em alguma medida, ela compõe parte dos sofrimentos encontrado nos que ali frequentam o setor. Mas, admite-se que é preciso incluir o modelo da segunda tópica para os diálogos e as compreensões que aqui se pretende fortalecer. Ou seja, os trabalhos iniciais da teoria freudiana já não é mais suficiente e existem outros autores que auxiliam no entendimento dos mal-estares de hoje e que, posso afirmar sem dúvida, me permitiram escutar melhor meus pacientes, mas que também auxiliaram nas discussões dos casos, nas reuniões clínicas e nas supervisões com os residentes. Possibilitaram um novo olhar e um reposicionamento diante do paciente, o que certamente produziram efeitos e atenuaram o sofrimento, tal como se pode de algum modo ver nos casos aqui relatados de Emma, Dolores e Flora. Sem dúvida as transformações que foram ocorrendo não se produziram isoladamente, na raiz delas encontra-se um trabalho de equipe. As formas de compreensão que consegui

alcançar e produzir redirecionaram a percepção e o entendimento dos casos, tal como foi ocorrendo também com meus colegas no SOMA. Como sabidamente um paciente nos disse outro dia, o ambulatório recebe este nome porque adiciona, soma, e por isso, em seu entendimento, achou justificado o fato de estar ali, já que ele mesmo ao longo de sua história fora somando doenças.

De acordo com Mezan (2014), existem quatro dimensões epistemológicas em Freud: a) teoria geral da psique expressa como aparelho psíquico constituída de várias instâncias (em uma dimensão tópica, dinâmica e econômica) que permitem entender a presença e os conflitos entre si; b) teoria da gênese e do desenvolvimento do psiquismo, que faz com que, a partir disso, Freud vá buscar modelos explicativos para fundamentar como se deu este processo – fases libidinais, complexo de Édipo, complexo de castração etc; c) teoria psicopatológica, que busca as formas como o sujeito lida e se defende dos eventos que se desenvolvem em sua vida, as respostas por ele oferecidas determinarão o tipo de estrutura entre neurótica, perversa ou psicótica; d) modalidades de intervenção e de tratamento que permitem modificar o funcionamento psíquico de quem estaria em sofrimento. Para isso, existem processos que contribuem para transformar o mal-estar, tais como transferência, interpretação, resistência etc. A atenção para com estas formas da psicanálise permite refletir sobre o atendimento aos pacientes nos quais a psique e o corpo estão tão imbricados que levam a uma expressão de adoecimento que é de difícil mudança.

A escassez de publicações no que se refere à compreensão e caracterização dos pacientes com diagnósticos de transtornos somatoformes e de manifestações somáticas do ponto de vista mais subjetivo talvez possa ser entendida pela desarticulação produzida ao longo da história entre a psiquiatria e a psicanálise. As transformações e os nomes que abrangem as classes diagnósticas sugerem pistas de um dos motivos pelos quais há poucas explicações e textos que analisem as modalidades deste sofrimento para além da lista de sintomas. A psiquiatria ocupa-se hoje, tal como se sabe, da identificação dos fenômenos e dos modos pelos quais é possível fazer os mesmos desaparecerem. A psicanálise, como uma tentativa de nomear os sofrimentos de seus pacientes a partir de seus “recursos classificatórios”, se assim é possível chamar, também corrobora este tipo de distanciamento. Aqui demonstra-se um esforço na direção de buscar diálogos entre um campo e outro, pois se acredita que tais aproximações tenderiam a ser muito frutíferas para os pacientes. Portanto, se os psicanalistas fossem convocados a responder como funcionam subjetivamente os

sujeitos com diagnósticos psiquiátricos de transtornos somatoformes e sintomas somáticos, o que eles teriam a dizer?

Tem-se procurado realçar a importância do conhecimento da história do sujeito que está diante de si, da escuta do seu sofrimento e dos motivos que o levaram àquela condição. É provável que, de início, ele próprio encontre poucas condições de responder aos questionamentos. A intenção não é que a investigação seja feita sob a forma de anamnese, ao menos para a psicanálise que, em geral vale-se da regra de livre associação. Parece importante escutar as pessoas que frequentam o SOMA, pois embora elas recebam o diagnóstico de sintomas somáticos ou de transtornos somatoformes, carregam em si especificidades que fazem de cada uma delas uma exceção. Assim pensa a psicanálise. Embora sejam possíveis generalizações e agrupamentos, cada situação é singular. E com a psiquiatria a situação talvez não seja tão diferente. Os sistemas classificatórios auxiliam na identificação e encaminham ao diagnóstico e a possíveis terapêuticas, mas é preciso ir além.

O interesse pelo modo como a psicanálise pode caracterizar subjetivamente estas pessoas já estava presente no primeiro estudo que realizei (Catani, 2015). Inicialmente pensou-se que os pacientes seriam histéricos. Para alguns a nomeação desse funcionamento psíquico auxilia o analista e o profissional a perceber como se dá a relação do sujeito, consigo e com o mundo. Mas, muitas vezes, a prática no SOMA permite perceber que identificá-los como histéricos para responder ao seu sofrimento carece de alcance. Entende-se a relevância de recuperar as definições da histeria de modo a refletir a respeito de sua potência e limites para tais circunstâncias e localizar elementos teóricos que contribuam significativamente para o entendimento do mal-estar. No estudo anterior, a ideia era identificar de que forma as aproximações entre a psiquiatria e a psicanálise eram possíveis, já que a CID e o DSM invocam explicações e motivações ligadas ao inconsciente para o desenvolvimento, por exemplo, dos sintomas conversivos. Saber disso, hoje, responde apenas parte da questão, mas não indica como tratar. Ainda que ajude, a forma pela qual as pessoas adoecem, na maioria das vezes, não está nos manuais, até porque a psiquiatria atual não se detém nesta questão e valoriza a necessidade de classificar. O caráter descritivo assumido pela noção de histeria em Freud possibilita aproximá-la da classificação dos sintomas somáticos e dos transtornos somatoformes, isto é, proporciona condições de entendimento a respeito de como o psiquismo responde aos eventos e às experiências. Mas, tais aproximações servem apenas a uma parcela da população, como já se assinalou. Para muitos outros

indivíduos que frequentam o serviço, a justificativa não é suficiente, as condições psíquicas são de outra natureza e as formas de adoecimento também. A identificação da gênese do conflito e os motivos que levaram o sujeito a esta condição esbarram em problemas, sobretudo quando os dados de realidade do mundo externo que não podem ser somente justificados pela histeria. Os conflitos são de natureza diversa e, portanto, produzem no psiquismo consequências distintas das apontadas por Freud, principalmente na primeira tópica, como se verá melhor adiante. Assim, restringir-se à sexualidade e à fantasia não é a melhor opção para a população assinalada. A admissão de tais restrições encaminha, sem dúvida, o entendimento a valer-se de elementos da segunda tópica e de conceitos ampliados da noção de trauma, que não os sexuais, postulados pelo pai da psicanálise até 1920. Nesse sentido, conceitos como pulsão de morte e compulsão à repetição também são fundamentais para o aprofundamento do problema, tal como os autores aqui utilizados propõem, isto é McDougall, Dejours, Rosenberg, Macedo, Aisenstein, Gondar, Tanis, Coelho Jr., Eizirick, Volich, dal Molin etc.

Quer-se pensar aqui que em Freud é possível localizar explicações a respeito do aparelho psíquico, as eventuais justificativas das repetições pulsionais e as dificuldades do sujeito em superar processos e sintomas que insistem em se fazerem presentes. Em outras palavras, pensa-se que com ele é possível entender melhor as formas de adoecimento não restritas à histeria, mas também a casos ditos menos neuróticos. E com Ferenczi, adquire-se a capacidade de saber de que modo o analista pode operar com tais pacientes e diante de tais tipos de funcionamento psíquicos (Figueiredo e Coelho Jr., 2018). Ressaltar estas perspectivas, também é considerar as escolhas de cada um: Freud preocupou-se em criar e teorizar as suas ideias para que elas fossem empregadas por muitos outros estudiosos, enquanto Ferenczi, com a sua prática, viu-se obrigado a criar formas pelas quais se tornasse viável a técnica psicanalítica e o seu tratamento²². A opção por pensar com estes autores torna-se ainda mais fundamental, uma vez que eles trabalharam juntos na construção de seus textos e teorias. Há quem diga que a psicanálise não existiria, ou apresentaria limitações, caso não houvesse a participação e as contribuições de Ferenczi a Freud. Convém ressaltar que estas não foram as únicas

²² Reconhece-se que diversas inovações feitas por Ferenczi esbarram em problemas e que parte das reprovações e dos motivos pelos quais durante anos ele foi ignorado – para além da participação de Ernest Jones, que contribuiu para que Ferenczi ficasse muitos anos sem ser lido – liga-se questões tais como técnica ativa, análise mútua etc. De todo modo, mesmo admitindo problemas em algumas proposições, não cabe aqui se deter longamente sobre as críticas e os fracassos que algumas destas opções acarretaram. Pretende-se pensar e apresentar os avanços e técnicas que poderiam auxiliar para que se delineassem modalidades de tratamento com pacientes acometidos por Sintomas Somáticos e transtornos relacionados e os TS.

escolhas que conduziram às reflexões aqui apresentadas. Estudiosos contemporâneos auxiliam no processo para o entendimento da subjetividade dos pacientes e os modos de tratamento, sobretudo na instituição hospitalar.

6.1.1. Contribuições da noção de histeria para a melhor compreensão do psiquismo dos pacientes do SOMA

A histeria se configura como um pronunciamento psíquico onde não se encontram alterações evidentes no sistema nervoso. As manifestações se deslocam e o sofrimento se vale destas para serem expressos, o que por vezes nos leva a dizer, como aponta Freud (1988), que elas mimetizam doenças fisiológicas. Tudo isso, em certa medida é verdade com relação à prática no SOMA, mas nem sempre. Não é raro que as doenças sejam “reais” e que sobrepostas a elas exista um agravamento bastante considerável. Diferentemente do que Freud afirmava no que tange à histeria, os pacientes chegam a enfrentar risco de morte e precisam de atenção, tamanhas as limitações e interferências na vida física e psíquica. Uma outra distinção é que, em geral, quando chegam ao serviço, observam-se angústias e apreensões acerca da necessidade de identificar o que os levou às limitações físicas. Ou seja, diferentemente do que Freud (1886a) explicava sobre comportamentos como *la belle indifférence* numa postura menos implicada em descobrir o que se passa consigo mesmo, no serviço a situação em geral é diferente, as pessoas chegam temerosas e apreensivas já que nada parece explicar o que elas têm. A busca por um nome e uma solução tornam as sensações e os mal-estares presentes e aflitivos. Por vezes, uma exceção a isto pode ser observada no quadro factício, pois o paciente de alguma forma sabe que ele mesmo contribui para o desenvolvimento ou para a piora de seu quadro clínico.

Sem dúvida, as contribuições de Freud e de Charcot sobre a histeria foram essenciais para a época e concorreram para moldar as diretrizes atuais, inclusive no caso dos TS e dos sintomas somáticos, ainda que hoje não existam explicitações que evidenciem tal articulação nos manuais psiquiátricos. Entende-se que Charcot oferece à histeria uma definição mais clara e com caráter positivo (como a natureza do ataque, anestésias, distúrbios da visão, entre outros), o que contribui para a identificação do sofrimento (Freud, 1886b). A lógica de que poderia acometer homens e mulheres e,

portanto, sua origem não era restrita a um caráter uterino, mas sim genital, foi também de suma importância. Freud, ao basear-se nas evidências de Charcot, descreveu em detalhes a história de vida e os sintomas dos sujeitos a fim de justificar que as manifestações corporais permitiam conclusões desta natureza (Freud, 1886b). A histeria se caracterizava por um exagero que levava os pacientes a exibirem comportamentos muito mais dramáticos do que os já existentes naquele sofrimento (Freud, 1888).

Mesmo diante destas exposições significativas, Freud (1888) tinha que lidar com resistências dos especialistas, julgando necessário incorporar em suas teorias alguns dos preceitos vigentes na época. Um caminho encontrado por ele foi o de associar a histeria a uma pré-disposição genética, principalmente quando no histórico familiar já existissem episódios de epilepsia. O primeiro episódio histérico, argumenta o autor, manifestava-se após alguns eventos marcantes, a saber: um acidente, episódios de violência, nascimento prematuro, trauma, intoxicação por chumbo ou álcool, enfim, qualquer circunstância que pudesse gerar algum prejuízo ao sujeito. As justificativas freudianas incluíam ainda o papel da sexualidade para a presença dos sintomas, isto é, uma carga de excitação era responsável pela crise e as ideias que envolviam tais acúmulos de energia poderiam ser conscientes ou não. Uma vez que a hipótese era filiada às questões sexuais, era compreensível sustentar que as crises pudessem ocorrer próximas à puberdade.

Freud, durante o seu estágio com Charcot, aprendeu a técnica da hipnose, que permitia a pessoa recordar-se de eventos da infância que, por alguma razão, estavam encobertos. Entretanto, a prática demonstra que a técnica apresentava limitações, pois o paciente, desprovido da razão, não conseguia responsabilizar-se pelo que foi verbalizado no estado hipnóide. Frente a isso, ele se vê convocado a buscar alternativas mais eficazes e a compreender em que momento as manifestações retornavam. A descoberta se deu a partir da constatação de que a presença da histeria era reflexo de uma ou mais ideias conflitivas e, mesmo que o sujeito não tivesse posse de tais ideias, isso não anulavam a sua existência (Freud, 1891). Dois anos depois, a experiência clínica o levou a observar que o quadro histérico não respeitava a distribuição orgânica do corpo, portanto, as manifestações apareciam de modo a não respeitar a anatomia. Nesse sentido, serviam como diagnóstico diferencial, o que auxiliava os médicos a diferenciarem os casos (Freud, 1893).

As explicitações elaboradas por Freud (1892-1893) deram-se no sentido de estabelecer relações que levaram o sujeito a adoecer. As dificuldades de entendimento

concorreram para que ele atribuísse o sofrimento psíquico a muitos fatores que não os restritos à relação de causa e efeito. Neste período da obra freudiana o sintoma apareceria como uma descarga e uma tentativa do corpo de lidar com os excessos de energia que não consegue processar. A catexia, consiste para Breuer e Freud (1893), numa energia libinal que está disponível no psiquismo. Os conflitos decorrentes destas energias são, sobretudo, de questões relativas a conteúdos sexuais, que tiveram de ser reprimidas pela incompatibilidade entre desejo e censura. Assim, pouco a pouco, a descarga que antes era feita em um órgão de forma aleatória ganha significado e benefício na história daquele que adoece (Freud, 1905a). É justamente sob esta condição que Freud, em 1917, critica os médicos que não valorizam a possibilidade de escutarem o que seus pacientes teriam a dizer a respeito de sua condição. Tal recusa, segundo ele, faz perder elementos valiosos para a compreensão do caso e as transformações que possam advir.

Para Freud, o trauma configura-se como um acontecimento que, devido a sua intensidade afetiva e a sua carga, impede a reação do sujeito. O modo como isso repercute e a quantidade de carga necessária para tolerar ou adoecer o sujeito depende de cada corpo e de cada psiquismo. Nas histerias comuns é preciso um acúmulo de pequenos traumas para produzir sofrimento, diferentemente do caso da histeria traumática, onde um único evento atinge a pessoa de forma que ela se percebe completamente incapaz de reagir, pois não houve nenhum tipo de preparo, ela foi inundada pelo acontecimento (Breuer & Freud, 1893).

No que diz respeito à realidade do SOMA, talvez seja possível considerar tendo como base as distinções entre histeria comum e histeria traumática, sendo que diversos pacientes poderiam ser entendidos como pertencentes à primeira categoria, isto é, vítimas de pequenos traumas que, somados, desencadearam o mal-estar vivido atualmente. Em contrapartida, com certa frequência, ocorre um episódio em especial que se pode identificar na vida como chave para a compreensão e análise da condição na qual ele se encontra. Assim, caberia indagar-se: como o acúmulo de pequenos traumas o levou àquele “transbordamento”? Ou ainda se mesmo com a presença prévia de pequenos traumas, houve um em especial que impossibilitou qualquer tipo de alívio? Talvez não se possa isolar estas questões. O fato é que em uma escuta mais apurada e investigativa deixam perceber a existência de um longo caminho onde já deixava entrever os efeitos de eventos dolorosos. Observa-se que o paciente demora a construir o relato ou deixa o último evento ganhar dimensão de tamanha importância,

anulando, por vezes, os eventos anteriores ou configurando-se como o acontecimento mais importante (ou único) em sua vida. De qualquer modo, o ocorrido produziu no sujeito tamanha fragilidade corporal e psíquica que, por vezes, é difícil supor a existência de vida prévia mais organizada e menos pautada pelo sofrimento que ali se mostra.

O trauma psíquico constitui-se em choque violento, manifestando-se no corpo como forma de lidar com a carga de energia recebida levando o sujeito a não reconhecer como atingiu a esta condição. Breuer e Freud, a partir de experimentos, observaram que se as pessoas acometidas por manifestações histéricas conseguissem falar do que poderia eventualmente tê-las levado àquela condição, melhoras eram conquistadas e, com isso o sofrimento tenderia a desaparecer. A proposta da psicanálise consistiu em colocar o excesso de energia que passeia pelo corpo para traduzir e substituir a ação, por meio de palavras (Freud, 1893). Ou seja, estabelecer conexões, recordações, nomeações e descrições dos eventos ocorridos no corpo ou fora dele – mas que o atingem de algum modo – tende a produzir transformações importantes na condição clínica. O processo não é tarefa simples. Para a obtenção de resultados favoráveis, o sujeito deveria contar diversas vezes suas histórias, inclusive com riqueza de detalhes, até os que lhe parecesse mais corriqueiros. A catarse e, assim, a cura, só ocorre quando ele é capaz de recordar o que levou a este trauma, ser capaz de acessar de forma adequada tal lembrança. Quando isto acontece, há uma descarga efetiva e a energia é ab-reagida. Daí a célebre frase: “Os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (Breuer & Freud, 1893, p.45).

O empreendimento desta rememoração com os pacientes do SOMA não é tarefa simples, eles tendem a buscar soluções rápidas para a sua condição que, na realidade, perdura há anos sem que tenham se dado conta ou sem que queiram admitir. Quando chegam ao serviço estão exaustos e com pouca esperança de que possam existir transformações. E por vezes, eles têm razão. Mas o convite é feito e a identificação do tipo de funcionamento psíquico de cada um é vital para o tratamento, sobretudo na análise e no manejo da transferência. De qualquer forma, tem-se muito mais notícia e conhecimento das manifestações corporais e dos modos como elas se fazem presentes do que da história do paciente, de seus sentimentos e da forma de lidar com os fatos de sua vida. Cabe assinalar que se tratam de pessoas com as quais as sessões envolvem, por vezes, mais apresentações dos sintomas em ato mesmo do que em representações. Ou seja, as manifestações podem ser observadas, reconhecidas e percebidas a partir de corpos distorcidos, alterados e com irrupções visíveis levando à conclusão que são

formas de comparecimento nas quais não há modo de expressão verbal, mais simbólico ou mais abstrato. É concreto.

Em 1886a, Freud sugeriu que a produção de sintoma, seria a maneira que o sujeito encontra para se defender de alguma experiência de excitação sexual precoce. Quando a situação traumática é vivida prematuramente, a primeira reação é afastar o evento da consciência. O processo ocorre de maneira relativamente eficaz mas, em seguida, existirá circunstância que fará com que a lembrança desperte aquele conteúdo, sem que o sujeito consiga identificar os motivos pelos quais isso ocorreu. Estabelece-se nesse estágio a disputa entre as ideias recalcadas, pois estas buscam novos caminhos para serem descarregadas e o ego tem o objetivo de preservar a saúde psíquica do ser humano. Em consequência, novos sintomas se formam como resolução do conflito, ainda que essa possa não ser considerada a mais adequada. No caso do histérico, a capacidade de transformar a excitação em enervação somática provoca conversão (Freud, 1896).

Até 1887, Freud defendeu a teoria do trauma baseado na sedução, tendo como base o relato de suas pacientes que alegavam terem sido vítimas de abuso sexual ou terem presenciado algo desta natureza. O ato teria sido praticado por parte de um adulto. Assim, durante este período, sustentou que as manifestações histéricas eram produzidas neste cenário precoce. No entanto percebeu, com o passar do tempo, que nem todas as pessoas que desenvolviam sintomas teriam vivido aquele momento, embora isto não significava dizer que o fato era mentiroso. Diante do impasse, Freud se deu conta de que o resultado deste sofrimento poderia ser justificado a partir de fantasias, ou seja, as histórias escutadas poderiam ser reconstruções de cenas, de fatos, experiências vividas ou imaginadas na tenra infância (Freud, 1896, carta 59). No Rascunho L (1897) defende as fantasias, como “fachadas psíquicas” nas quais representações e referenciais são construídos para obstruir o caminho às lembranças infantis. Portanto, a fantasia consistiria em uma lembrança atualizada cuja função é a de enfrentar a realidade; as particularidades destas fantasias e experiências dependem, sem dúvida, do significado atribuído a cada um.

A carta 69 (Freud, 1892-1899) é decisiva nas transformações das teorias freudianas, pois é quando se diz frustrado com a humanidade e com as suas pacientes. Isso se torna viável a partir do momento em que sustenta que as pulsões sexuais já estariam presentes desde a mais tenra infância e, por este motivo, permitem a produção de fantasias de teor sexual. De qualquer forma reitera: ainda que se trate de fantasias,

devem ser respeitadas e levadas a sério, sustentado que os ataques histéricos e o modo como os sintomas se instalam vão para além de uma simples descarga de energia. O órgão escolhido consiste em uma representação da fantasia, daí uma necessidade apurada de investigação do sentido, pois se trata de um processo de condensação carregado de uma característica infantil do paciente e/ou de um desejo recente que persistem de forma inter-relacionada (Freud, 1905a; 1909).

O que antes é encarado pelo sujeito como um incômodo e uma imposição, tal como é o caso do sintoma, logo encontra espaço e benefícios, ainda que secundários ao processo de descarga. O fato de obter algum tipo de satisfação torna a manifestação mais difícil de ser eliminada. A irrupção do sintoma exige do ego um trabalho conciliatório de preservação frente às ameaças e às exigências das pulsões sexuais. Evidentemente este processo é quase impossível. Freud se refere a isto usando o dito conhecido, segundo o qual: “um servo não tem condições de servir a dois senhores ao mesmo tempo”. Assim, reconhece que o orgânico e o erógeno ficam de algum modo comprometidos (Freud, 1909; 1910).

A dualidade encontrada entre as necessidades orgânicas e libidinais e as formas pelas quais elas serão satisfeitas são definidas desde a infância e no modo como o sujeito lida com as experiências sexuais na época e que, mais tarde, se traduzirão nas suas maneiras de compreender a realidade e relacionar-se. Elementos que antes poderiam trazer algum tipo de satisfação podem estar na vida adulta identificados como repugnantes. Daí a dificuldade de encontrar os elos e promover rupturas, tanto porque eles foram passíveis de transformações com novas experiências, como pelo fato de que continuam a fornecer prazer, ainda que não tão evidentes. Pelo contrário, cada vez mais elaboradas. É a partir das complexidades com as quais Freud se depara ao admitir que os sintomas, mesmo que produzam sofrimento, portam em si mesmos uma função profícua, que ele chega à revisão da presença e das exigências dos sintomas, bem como a uma nova leitura e reorganização das instâncias psíquicas (Freud, 1917).

Em outro momento fiz uma discussão acerca dos aspectos históricos e as possíveis similaridades entre a noção de histeria em Freud neste período e as condições encontradas no SOMA (Catani, 2014a.). Não convém aqui transcrever em detalhes tudo o que foi desenvolvido, mas algumas considerações merecem ser feitas. Da ocasião da publicação do texto até este instante, reformulações e formas de entendimento do mal-estar foram sendo construídas no que tange à realidade no serviço e às possíveis aproximações com a teoria freudiana. Do ponto de vista histórico, de acordo com

Charcot, o sintoma consistiria em uma expressão no corpo, independente de ser cunho positivo ou negativo. Para ele, o evento traumático era provocado por um agente externo e no intuito de confirmar as suas hipóteses, fazia o uso da hipnose. Janet também corroborava as idéias de seus antecessores: quando um pensamento vinha carregado de afeto, o alívio resultava em uma alteração somática. Conforme se pode ver no texto de Freud (1895), enquanto Charcot defendia que o Eu fosse forte e por conta desta força capaz de produzir pensamentos e repetições que desencadeavam sintomas, Janet sustentava o oposto, que o aparecimento decorria de um Eu frágil e que por isso, não conseguia lidar com a experiência vivida e a consequência deste processo era a produção sintomática. Neste caso, o sistema prejudicado era fruto de uma ausência de representação. Freud a respeito dos afetos afirmava que a alteração era uma defesa contra a angústia e os pensamentos. Tratava-se de uma lógica do desejo e de origem sexual. Segundo ele, o psiquismo existia pela representação, do contrário, não havia registro.

Parece importante assinalar que, para além das nomenclaturas diagnósticas, as divergências colaboram para a discussão terapêutica. Assim, os esclarecimentos acerca de como pode funcionar o psiquismo dos usuários do serviço parecem necessários. No setor de psiquiatria observa-se uma teatralidade e uma dualidade por parte das pessoas que nos procuram. Embora exista uma persistência na busca pelas especialidades, há uma resistência em aceitar e se implicar no que é oferecido. A adoção destes comportamentos pode levar profissionais menos familiarizados com o sofrimento ou mais apressados a lerem que a expressão corporal é de cunho histérico. É verdade que tais definições podem ajudar nos modos de reconhecimento daquela manifestação e do que ela pode representar. No entanto, o que se defende aqui é que, tal pressa pode levar a uma escuta errônea e que com isso, caminhos desnecessários podem ser reproduzidos. A leitura de Freud e da teoria de Janet oferece reflexões. O relato dos que sofrem e passam pelo setor, muitas vezes carece de recursos verbais para viabilizar sua partilha com a equipe. Recordo-me de uma pessoa que se referia à dificuldade em narrar parte do seu sofrimento que envolvia a história de sua infância e das violências experimentadas. Ela não encontrava modos de transpor as imagens que revivia a todos os instantes quando era convocada a falar. Nos instantes em que as lembranças eram ativadas notava-se uma forte emoção, mas a ausência de representação e a impossibilidade de falar, fazia com que as dores no corpo se agravassem e as lágrimas fossem constantes. Se pensarmos na possibilidade apenas freudiana de uma descarga e

transposição do afeto, ela é passível de compreensão e parece apropriada, mas apresenta limitações, pois há algo de uma experiência que não consegue ser traduzida. Neste sentido, parece importante recorrer a Ferenczi, para pensar na intensidade das palavras e nomeações (1927, 1932). Insistir para que o paciente responda a algo do simbólico ou de uma natureza apenas defensiva tem possibilidade de cronificar os fenômenos, podendo com isso, imputar e silenciar o que se passa. Em contrapartida, reconhece-se que há algo de resistência e uma função importante que está posta ali. Parece difícil haver qualquer tipo de maleabilidade. Acredita-se que nas situações aqui assinaladas, abrir mão ou “perder” um sintoma, para o paciente, é mais do que desativar uma reação defensiva. Configura-se a possibilidade de fragilização do Eu, que encontrou como sustentação este recurso físico, que funciona minimamente ancoradouro para o caos psíquico enfrentado em meio às violências e precariedades vinculares (Coelho Júnior, 2018).

Também por este motivo interessa uma incursão pelas modificações identificadas no interior da obra freudiana, pois tal como a localizada no SOMA, onde prazer, sofrimento e repetições se interpelam a todo instante. Como elemento organizador de tal compreensão figura a noção de trauma e a forma como ela recebe destaque (ou não) na psicanálise e na clínica. As distinções teóricas ficam a cargo dos autores. É nesse sentido que Ferenczi também será essencial para a discussão, uma vez que seu conceito de trauma foi o pilar de sustentação de sua concepção analítica. Convém destacar que, diferentemente de Freud que se ocupou de uma clínica permeada sobretudo pela fantasia e pelas questões relativas à sexualidade, Ferenczi se viu desafiado a propor transformações para a prática, pois os seus pacientes eram em grande parte pessoas que retornaram da guerra ou viveram violências e traumas reais. A fantasia era algo ínfimo diante da realidade impositiva e devastadora. De qualquer forma, a contribuição, as conversas²³ e a experiência clínica ditaram os caminhos para cada um a seu modo. É nesse sentido, ainda, que ao se recorrer a outros textos de Freud e à segunda tópica – substancial para a prática no ambulatório – algumas definições da

²³ Ferenczi participa de eventos extremamente importantes na vida de Freud e na consolidação da Psicanálise. Estabelece contato por correspondência com Freud a partir de 1908, depois de ter lido a *Interpretação dos sonhos*, pedindo que lhe conceda uma entrevista. Ao que tudo indica, ele ficou impressionado com Ferenczi e o convidou para uma comunicação no Primeiro Congresso de Psicanálise. A relação entre ambos persistiu até pouco antes de Ferenczi falecer, em 1933, quando as divergências teóricas já estavam consolidadas. De toda forma é com Ferenczi que Freud está quando partem para os Estados Unidos em 1909, acompanhados de Jung. Ferenczi propõe no ano seguinte (1910), que Freud funde a Associação Psicanalítica Internacional (IPA). Ao longo da vida trocam mais de mil cartas, além do casamento arranjado por Freud para Ferenczi, da análise pessoal, dos encaminhamentos de pacientes, férias juntos etc. Tais fatos deixam claro, portanto, a importância que um teria na vida do outro (Prefácio do Dr. Michaël Balint contido nas *Obras Completas de S. Ferenczi*, vol. I – São Paulo: Martins Fontes, 2011).

configuração psíquica em Ferenczi devem ser igualmente retomadas. Assim como os de Freud, os textos de Ferenczi, frutíferos para a análise que aqui quer se propor, também datam de um segundo momento, a partir dos anos 20, como se perceberá adiante. Concorreu também para o recurso a Ferenczi o destaque que ele confere à técnica e à participação do analista na relação terapêutica. As palavras de Gondar e Reis (2017, p.9) convergem para tal entendimento ao referirem-se a Ferenczi e ao seu posicionamento político para a psicanálise: “Pensamos que não é possível tornar-se analista hoje sem questionar o dispositivo psicanalítico, sem colocá-lo à prova, sem testar o seu limite”.

6.1.2. As transformações na obra de Freud e o trauma como contribuição fundamental para a clínica dos Transtornos Somatoformes e Sintomas Somáticos

O fato dos pacientes chegarem ao SOMA com sintomas físicos, relatos crônicos e histórias permeadas pelo trauma e por rupturas e vínculos extremamente frágeis, também são indícios de que a teoria freudiana não seria suficiente para lidar com a realidade dos seus sofrimentos. Informações reais e dados concretos desta natureza de violência e privações possibilitam pensar quais seriam as organizações psíquicas destas pessoas e, a partir disso, considerar os elementos psicanalíticos que poderiam auxiliar nos atendimentos.

Rousseau-Dujardin (1996; p.558), no verbete relativo ao *trauma*, faz uma advertência importante ao dizer que Freud não se ocupa do traumatismo, e sim do trauma. Ou seja, ele oferece destaque ao impacto e às repercussões que o evento produz no psiquismo daquele que o experimenta, mas não se detém na realidade do fato. Em razão disso, sugere o autor que talvez não fosse apropriado falar em traumatismo em sua obra. De qualquer forma, as modificações operadas em seus textos relacionam-se com os acontecimentos da época, portanto, com os conflitos bélicos, ainda que os pacientes que estiveram no front de guerra não tenham sido parte significativa de sua clínica. Segundo Rousseau-Dujardin (1996), os fatos tiveram repercussões que, como refere Ferenczi, não podem ser ignoradas, pois produziram marcas e traumas arquioriginários no psiquismo e no pensamento dos sujeitos, ainda quando eles não os viveram diretamente. Tendo admitido a presença do trauma, dois posicionamentos teórico-analíticos são recomendados no texto de Rousseau-Dujardin (1996) a partir da obra

ferencziana. Primeiro, o reconhecimento por parte do terapeuta da realidade do evento; segundo, embora tenha ocorrido algo realístico, é preciso também investigar as fantasias do sujeito a respeito dos fatos. Tais sugestões produziram inflexões para o trabalho no SOMA e na tese, uma vez que, permitem correlações e aproximações entre os traumas descritos por Ferenczi na época. Os abusos físicos e sexuais, por exemplo como já mencionados, foram sofridos pelas pessoas que frequentam o serviço.

Laplanche e Pontalis (2001) assinalam que o *trauma* ou *traumatismo* chegou a ser empregado pela medicina de modo indistinto para referir-se a uma violência externa que o organismo sofre, como eles mesmos exemplificam: “traumatismos craniano-cerebrais fechados” (p.522). No vocábulo os autores colocam a palavra *psiquismo* entre parênteses na sequência do traumatismo – a saber traumatismo (psíquico) –, e assinalam que Freud faz um importante exame do traumatismo: “...transpondo o plano psíquico às três significações que nele estavam implicadas: a de um choque violento, a de uma efração e a de consequências sobre o conjunto da organização” (p.523). Se inicialmente Freud aponta que qualquer situação ocasiona trauma, pois isso seria praticamente inerente a qualquer aparelho mental, tratava-se da condição econômica. Depois do modelo da etiologia das neuroses, ele passa a acreditar que algo precisa acontecer para que o traumatismo se instaure e se cristalice. Ou seja, a presença de algum evento externo que leve o sujeito àquela condição e não apenas a um inatismo. Fala-se numa segunda reformulação das idéias de Freud, em uma questão de suscetibilidade e de uma experiência do próprio sujeito inserida em sua história de vida. Com isso, Laplanche e Pontalis (2001) fazem notar que se dependeria para a instauração do trauma de: condições psicológicas, circunstâncias especiais que não foram favoráveis para a abreação daquele momento e o conflito em si que faz com que o sujeito seja surpreendido. De qualquer forma, os autores dizem que o problema para o pai da psicanálise deixou de ser a questão do trauma nas neuroses histéricas e obsessivas, para ganhar complexidade e tramas mais difíceis de serem esgarçadas com a clínica das neuroses traumáticas e com pacientes vítimas de neurose de guerra, em que os eventos deixaram de ter um caráter filiado, sobretudo, a fantasia, para ganhar uma conotação importante da realidade. O perigo estaria como se percebe no protótipo da angústia semelhante tanto no que diz respeito ao sistema externo como o interno, deixando o sujeito com pouco recurso de defesa, pois o perigo vem de ambos os sistemas (interno e externo). O sujeito acaba sendo inundado.

Brette (2005), também em seu verbete a respeito do *traumatismo* define tratar-se de um fato que dada a sua violência e repentina chegada causa uma desorganização intensa nos mecanismos de defesa que até então mostravam-se eficazes. Tais considerações já estavam presentes em outros autores, conforme já assinalado aqui. Mas, uma informação importante acrescida pela a autora, consiste no fato de que a natureza deste acontecimento produz paralisia e consequências a economia psíquica perdura a longo prazo. Ainda conforme assinala Brette (2005), o trauma sofreu variações ao longo da obra freudiana e exigiu revisões substanciais ao ponto de, segundo ela sugere, levar a fragilidades e questionamentos acerca da aplicabilidade do termo. De todo modo, tendo em vista a diluição que o conceito recebe no interior da obra, isso faz perceber que, nem todo o evento pode levar a uma condição deste gênero, embora as imprecisões se façam presentes o que leva a dificuldades de discernimento entre os teóricos-clínicos do que seria eleger um fato em especial. Ainda assim, diante de tais desafios estaria também à dificuldade em considerar o que seria ou não passível de produzir um traumatismo para o sujeito. A autora destaca que, entre os psicanalistas, a identificação e o reconhecimento na vida do sujeito são fundamentais, para possibilitar a superação de adversidades anteriores e prevenir quanto a similaridades futuras. Esta deve ser, como sugere Brette (2005) uma das condições do tratamento.

Chemama (2006) também no verbete do traumatismo assinala que uma neurose para a psicanálise freudiana só se instaura porque antes disso houve um evento traumatizante para aquela pessoa, uma forma particular dela se defender do que se defrontou. A mesma proposição é feita Chemama (2006) que alega que, no que diz respeito a temática, alguns questionamentos não foram resolvidos por Freud, dentre eles: em que consiste uma resposta adequada para impedir que o traumatismo se instaure? Quando o traumatismo que se repete, seria um novo trauma ou a reprodução do anterior? Porque um mesmo evento pode ser muito violento para um sujeito e para outro não? Foram essas indagações e tantas outras que fizeram com que Freud encaminhasse a sua teoria a pulsão de morte para dar conta de alguns aspectos. Mas, defende Chemama (2006), que todos seriam traumatizados, pois este se (re)produz no nascimento, na linguagem, no desejo, em diversas condições com as quais cada um se confronta no cotidiano.

Parece apropriado assinalar que, embora Roudinesco e Plon (1998) façam a menção à palavra trauma no dicionário, remetem à busca ar questões que correlacionadas ao termo tais como: histeria, neurose de guerra, teoria da sedução. Mas

não são localizadas definições propriamente ditas em relação ao trauma. Já o termo traumatismo não foi localizado nem a partir da consulta ao índice remissivo.

Para Freud (1886) o trauma se instala em dois tempos. Um primeiro em que a criança experimenta o evento, mas não possui repertório suficiente para compreender o que se passou. Será apenas no instante posterior que ela terá condições de perceber o que foi vivido. Tal percepção resulta em um impacto, que em geral se dá próximo à puberdade, quando neste segundo tempo o evento traumático ressignifica o primeiro e instala o trauma propriamente dito. A nova concepção proposta por Freud faz constatar que não é o evento em si que se configura como trauma, mas sim a lembrança retida dela fantasia em questão. O que é tolerável e o que é intolerável à consciência travam uma disputa de força pela mediação do conflito. Portanto, o modelo adotado até esta formulação, da primeira tópica, apela para a necessidade de conseguir dosar a quantidade de energia envolvida na experiência, sendo que tal mediação é feita a partir da censura e das imposições sociais vigentes naquele momento. O modelo metapsicológico dividido em 1900 em inconsciente, pré-consciente e consciente. A separação didática feita por Freud com o intuito de localizar onde estariam os conflitos no aparelho psíquico, atendia a uma expectativa de que fosse possível transformar o que estaria inconsciente em consciente. Com a reformulação teórica realizada por Freud nos anos 20, a ênfase e a compreensão deslocam-se para os modos de circulação de energia no aparelho psíquico, em uma relação inter e intrasistêmica, não existindo a possibilidade de distinção. A energia e a excitação fazem prevalecer a teoria pulsional e, com isso, a quantidade de transbordamento de energia no aparelho psíquico que, a todo instante, busca escoamento e representação. A impossibilidade de digestão de tal energia faz o ego ser pego de surpresa, sem qualquer tipo de preparo para lidar com a angústia e o perigo. Tais formulações levaram à nomeação das instâncias de força como ego, id e superego (Roudinesco & Plon, 1998; Laplanche & Pontalis, 2001; Brette, 2005).

O pai da psicanálise, em 1914b, afirma também que o sujeito tem uma relação de oposição entre a libido do Eu e a libido objetal, sendo uma inversamente proporcional a outra. No caso de pacientes adoecidos psíquica e corporalmente, o investimento libidinal produz no sujeito um comportamento mais introspectivo e mais dirigido ao Eu. Portanto, isso faz com que haja um retraimento com relação ao mundo externo e atribui-se uma menor importância às coisas e às pessoas ao redor. Isso parece não ser estranho aos pacientes do ambulatório. A experiência do adoecimento é uma

forma de contornar o excesso corporal, um investimento que ganha relevo no narcisismo e um retorno ao Eu como tentativa de lidar com as experiências. Esta circunscrição em si mesma, movimento realizado pelo paciente, é uma forma de preservação ante o que poderia ser ainda mais violento e destrutivo (Freud, 1914b). São tais elementos que conduzem Freud (1937a) a pensar, já no final de sua obra que o confronto com um novo trauma foi o que levou a produção da doença. É provável que tenha ocorrido um acúmulo ou um evento ainda mais traumático que levou àquela condição clínica, como tentativa de silenciar o acontecimento ou comunicar de outro modo, profícuo ao sujeito. Tais considerações auxiliam a entender os pacientes do SOMA, que vinham de alguma forma com uma vida relativamente organizada até se depararem com uma interrupção significativa que os impede de retomar a rotina estabelecida.

Ao se apurar mais os fatos, não é raro encontrar histórias que já aludissem a situações dolorosas e difíceis, mas que não tinham até então, um caráter desestabilizador. Cabe assinalar que tais reconsiderações na obra freudiana só foram possíveis a partir da segunda tópica, e com isso, a dimensão traumática ganha ainda mais relevo. No texto *Além do princípio de Prazer* (1920) no qual as questões da dualidade pulsional e do prazer e desprazer estão correlacionadas, um polo não existe sem o outro, mas Freud afirma que em determinadas circunstâncias elas podem estar cindidas. O desprazer localizado na doença, também configura um modo de investimento e de conotação erógena, ou seja, uma forma de manter o corpo satisfeito. Há neste novo estado uma transformação libidinal narcísica, produz-se com isso, um desinvestimento no mundo exterior (libido objetal) e na sexualidade (Freud, 1923). Opera-se, portanto, uma “destrutividade” do superego que enfraquece o Eu, de modo que o Id e o princípio de nirvana, ganhem forças para retornar ao movimento inato do organismo. Em 1926, no protótipo de angústias, sabe-se que este funciona como possibilidade de advertir o sujeito de um possível perigo (sinal) ou, como algo a ser ativado e descarregado sempre que o organismo achar necessário (automática). O problema parece ser este nos casos encontrados no SOMA que, em decorrência do desamparo sofrido, a angústia automática ganha marcas importantes no corpo deste que fora traumatizado precocemente e com isso, muitos elementos externos são percebidos como ameaçadores ao menor sinal, pois há pouco preparo para comportar o excesso de energia. Assim, o perigo é diferente do que fora assinalado por Freud no caso das

neuroses, isto é a ameaça de castração, existe aqui como uma ameaça à integridade física daquele que sofre.

Assinalar as considerações realizadas por Freud e outros autores, pode ajudar a esclarecer o que acontece com os usuários do SOMA que, frequentemente, como já marcado algumas vezes, passam por clínicas e procedimentos que podem dar a falsa sensação de cuidado e preocupação. Mas, tais processos também geram riscos e consequências importantes para o psiquismo, pois nenhum exame ou cirurgia ocorre sem uma necessidade de elaboração, ainda que não assimilada pelo sujeito. Contudo, quanto mais intervenções e remédios vão sendo adquiridos e adotados, eles passam a servir como próteses mascaradas sob um aspecto de destruição. O Eu parece nestes casos enfraquecer-se paulatinamente de modo que os pacientes ao se verem portadores de novas nomenclaturas apropriam-se de um novo discurso sobre o seu mal-estar. Com isso, se eximem em responsabilizar-se pelas suas escolhas e suas histórias. A dificuldade no que tange ao tratamento e a interrupção deste ciclo, tornam-se ainda maiores, porque a libido e o investimento corporal ganham força nesta direção. A consequência é que com isso, há um empobrecimento do mundo subjetivo, a libido vai do id para o corpo. É neste sentido que a permissão de ouvir tais indivíduos pode ser frutífera, como uma expectativa de deslocamento e abertura para o mundo externo, com uma possibilidade de oferecer algum tipo de segurança ao Eu que se encontra enfraquecido. Acredito que esta vem sendo a aposta dos profissionais do SOMA, no sentido do desenvolvimento da comunicação com os pacientes que auxilie em uma espécie de (re)investimento na libido objetual. É neste sentido que a neurose de transferência parece ganhar importância e garantir que o sujeito consiga abrir mão de seu sintoma para investir a sua libido no analista.

Recordo-me aqui de um caso, que embora não tenha sido atendido por mim, gerou bastante reflexão e diálogo na equipe e até hoje, eventualmente, é citado. As justificativas para isso consistem na gravidade do caso, na precariedade simbólica e na resistência da paciente e dos familiares em aceitarem as propostas terapêuticas. O que convém assinalar aqui, refere-se às regressões adotadas pelos pacientes como forma de encontrar um ambiente mais seguro do que o que está sendo experimentado no momento ou que, por algum motivo, fizeram o evento traumático ser reativado. Assim, recorro ao caso desta mulher com um corpo retorcido de tal modo que, a sua apresentação visual, permitia associá-la ao de uma criança bem pequena ou ao de um bebê em uma postura fetal. Clara, se assim podemos nomeá-la, além de sua forma

corporal chegou a um quadro dissociativo que, antes de chegar ao ambulatório, foi diagnosticado como esquizofrenia e pseudoalucinações. Para nós, imperava um quadro dissociativo. Clara alegava não se lembrar de sua história atual, pois para ela, tinha cinco anos de idade, conversava com voz infantil e tinha amigos imaginários. A situação perdurou por cerca de nove meses. A justificativa, embora não relatada por ela, permitia entender o porquê da regressão. Aos seis ou sete anos iniciaram-se os abusos por parte do irmão mais velho que foram sendo intensificados até a puberdade, quando Clara adoeceu após uma queda da qual nunca se recuperou. Uma queda literal mas que, de algum modo, abriu a possibilidade de um sentido sintomático e se assim quer-se pensar, metafórico. Começaram ali as visitas às inúmeras especialidades para esclarecimento das consequências clínicas que variaram incluindo infecções, paralisias nos membros inferiores, epilepsia etc.

A psicanálise, com Ferenczi, pode dar auxílio na compreensão das estratégias adotadas pelo seu psiquismo. Ao longo de nove meses, Clara esteve completamente dissociada e com dificuldade de entender o motivo pelo qual passava nas consultas, porque fazia análise ou ainda, a proibição dos pais, já idosos, de que ela trouxesse consigo os seus bichos de pelúcia e as suas bonecas. Mais do que encarar um benefício secundário da doença, como cogitado por alguns, tratava-se de uma segurança e da possibilidade de não ter que enfrentar o trauma e recordar-se de que fora abusada por alguém tão próximo e de seu convívio familiar. E mais ainda, de que estes eventos foram desmentidos e negados pelos seus pais, sob a acusação de que Clara teria inventado tais fatos para obtenção de cuidados e carinho, alusão feita pelos irmãos e por sua mãe, inclusive. As considerações ganham importância e exemplos claros da noção de trauma, da regressão e do desmentido apontados por Ferenczi nos últimos anos de sua obra (1929, 1930, 1932, 1933). O vínculo construído com um analista permitiu que ela recuperasse sua memória e retornasse aos momentos atuais e à idade adulta, não precisando mais estar dissociada. Conseguiu contar um pouco a respeito dos abusos, das tristezas, mas não abriu mão de seus sintomas e seu adoecimento corporal. Continuou frequentando os médicos, mas depois de alguns anos e de pioras subsequentes, Clara acabou por falecer. Um caso que ao longo dos anos impôs concessões e adaptações na assistência oferecida a ela, e que talvez tenha exigido: a) maior mobilização da equipe ao longo dos anos de existência do SOMA; b) maior tentativa de conciliar e adequar-se às necessidades apresentadas; c) maior prontuário clínico; d) maior gravidade de sintomas. Ainda hoje, uma dúvida permanece: o que mais se poderia ter feito? Até onde

se pode ir com e por um paciente? Certamente, estas são algumas das indagações feitas que deixam nítida a complexidade dos traumas, dos limites institucionais e terapêuticos. E o reconhecimento de que o vínculo e a disponibilidade, ainda que embasados teoricamente pelos fundamentos da psicanálise, nem sempre serão suficientes. A sensação é a de que para tais perguntas existem poucas respostas que apaziguem a angústia deixada. De toda forma, mais uma vez, os conceitos de regressão libidinal, de dualidade pulsional, de trauma e tantos outros, auxiliam para entender, em alguma medida, o que se passou e o funcionamento subjetivo destes sujeitos.

Ainda que Freud dê ênfase à sexualidade como origem de um distúrbio, este pode pertencer a duas classes: as psiconeuroses (portanto, a histeria e a neurose obsessiva) ou a neurastenia (neurose atual). Neste último grupo, a impossibilidade de uma elaboração psíquica faz o sujeito conviver com uma excitação que não encontra representação, o que permite, assim, que esta se filie ao plano somático, sem a mediação do simbólico (Ferraz, 2001). Foi a constatação da existência de uma deficiência de tal natureza que fez com que autores da psicossomática pudessem ampliar seus conceitos e teorias.

O trauma, segundo Freud, configura-se como um evento atual devido à sua carga de intensidade e à sua dificuldade de elaboração. Ou seja, em cada novo conflito vivido pelo sujeito ou ao deparar-se com o evento traumático, a lembrança é revivida como presente, como um acontecimento atual. Lembrar, sem dúvida nenhuma, carrega em si um caráter doloroso (referido inclusive por Dolores ao fazer a distinção entre os médicos e os profissionais do SOMA) mas, em contrapartida, é esse movimento que permite a transformação justamente por tratar-se de uma potência viva, isto é uma presença prestes a irromper a qualquer instante. Tal compreensão permite dizer que o inconsciente é algo dinâmico e que se manifesta na relação com o outro, na interação com o meio, permitindo ser recuperado a partir do encontro entre analista e analisando – portanto, na relação dos afetos e no campo das transferências. Admitir isso auxilia a pensar nas modalidades e formas de tratamento, isso não equivale a dizer que saberes generalizáveis não possam ser construídos (Kupermann, 2016).

No novo momento da teoria freudiana, o trauma se configura como fruto de uma energia excessiva que invade o aparelho mental, sem que exista qualquer condição de defesa e o reflexo disso é a produção de uma desorganização, que pode manifestar-se de diversos modos. A questão que irá, sobretudo, diferenciar o impacto experimentado, depende do tempo em que esta invasão ocorreu. Se isso se deu de forma mais precoce,

em geral são pacientes entendidos como mais regredidos e que exigem mais do analista e do seu trabalho de intervenção, necessitando de uma maior implicação por parte de quem trata. Caso o trauma tenha se dado no segundo momento, diz respeito ao tempo em que estava ocorrendo a simbolização secundária – portanto boa parte do aparelho mental já estava mais amadurecido, é o que Minerbo (2016) escreve acerca da permissão ao analista de trabalhar a partir dos planos simbólicos, com formas de intervenção mais reservadas, abstratas e podendo fazer o uso do sonho na sessão.

A noção de tempo, fundamental para a psicanálise, pode conduzir a explicação. Num primeiro momento, o trauma sofrido não ganha inscrição e, ainda que ele possa ter ocorrido, será apenas no instante seguinte que se torna efetivo e pode ganhar a dimensão traumática. Só neste instante posterior serão encontrados coloridos e sensações que não podem ser representados, mas que, por isso, produzem ruídos ou sofrimento. Trata-se de uma reorganização ou, mais precisamente, de uma desorganização, se assim podemos dizer, do que se passou com aquela pessoa. Com base em Ferenczi e Balint, Dal Molin (2016) propõe que haveria um terceiro tempo, que se inscreve entre o primeiro e o segundo. Nesse sentido a criança, tendo vivido o trauma, busca numa figura de sua confiança, em geral a mãe, amparo e acolhimento. No entanto, não encontra isso, ao contrário, pode ocorrer que a experiência traumática seja na realidade desautorizada por esta figura de referência que, por alguma razão, desmente o que teria ocorrido, instalando uma sensação insuportável. Assim se configura para Ferenczi um sofrimento inédito, mas o sujeito, no anseio de lidar com o evento, produz uma clivagem para seguir adiante. O efeito deste processo é uma vulnerabilidade que ganha a dimensão equivocada de uma autossuficiência. A criança se percebe na necessidade de seguir adiante e adquire para si uma defesa que ocupa este lugar de sábio, de cuidador de si mesmo (1929; 1931; 1933).

A teoria ferencziana tem muito a contribuir, uma vez que ela escapa da lógica que se define pelo normal e patológico para pensar no sintoma como uma tentativa de autocura e não como fracasso. Ou seja, uma potência, uma solução encontrada pelo sujeito para lidar com um sofrimento que seria ainda maior caso não existisse tal arranjo (Reis e Gondar, 2017). O trauma configura-se então, como uma reparação pelo que foi experimentado e mais, uma forma de singularidade do sujeito. Justamente neste ponto, defendem as autoras, Freud e Ferenczi se distanciam: enquanto o Eu freudiano é pensado como uma unidade e será essa unificação que permitirá a constituição do narcisismo, para a teoria ferencziana o eu se constitui através da introjeção (1909) e,

portanto, num processo contínuo, em uma *soma*. Quanto mais o eu se fragmenta, maiores soluções ele vai buscar diante de eventos traumáticos, constituindo neste movimento uma “coleção de cicatrizes” (Ferenczi, 1932, p.149). Não há, com Ferenczi, uma proposta de retorno anterior ao adoecimento, algo que possa ser recuperado. Também não se encontra um entendimento de que algo estaria despedaçado ou fragmentado, pois face ao trauma e ao sofrimento, se está diante de um novo sujeito. Considerar tais elementos nos ajuda a imaginar, em especial, ainda que não apenas, o tratamento de Flora. Isto porque não se trata de reunir o que foi quebrado e, portanto, unificar as personalidades, mas constituir uma nova narrativa e forma de subjetividade que inclua este novo arranjo psíquico. Isto não equivale a pensar que se espera que toda a análise busque fragmentações para tornar possível uma direção de tratamento, mas sim formas de pensar a partir de suas rupturas, o que é bastante distinto. Tal consideração pode parecer óbvia, embora não seja, em absoluto, pois nos permite pensar, inclusive, que a passagem de um residente a outro ou a troca de analista não se configura como um problema e sim como uma possibilidade de novas introjeções, caso exista a disponibilidade de escutar o sofrimento e não de categorizá-lo simplesmente.

Convém aqui uma digressão que considero importante, feita por mim, em uma apresentação no Latesfip (Catani, 2017)²⁴, em que tratei a questão do diagnóstico de personalidade múltipla e a gestão do sofrimento na era neoliberal. Tal como hoje se configura, o transtorno dissociativo de identidade, exemplifica ou mesmo traduz tendências do nosso tempo: desamparo, impossibilidade de unificação dos efeitos da experiência, busca de alternativas rápidas para a superação, por uma parte. Por outra, ao aparecer como o nome de um transtorno/sofrimento, do ponto de vista científico evidencia a invenção de classificações que reúnem sob si o que é reconhecível, sintomático e aparentemente controlável. O que em grande medida é como a psiquiatria lê o que se passou com Flora ao experimentar as dores de sua vida. Poderíamos pensar que a dimensão individual e a vertente da ciência deixam ver as consequências e a atuação da vida social que se dão sob a égide de um tipo de fragmentação eficiente na qual somos chamados a desdobrar incessantemente possibilidades, respostas, modos de estar e discursos, entre mais, na tentativa de sobreviver, trabalhar, não sofrer.

²⁴ Trabalho apresentado em 13 de maio de 2017 em uma reunião do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip), intitulado como: *O diagnóstico de Personalidade Múltipla e a gestão deste sofrimento na era neoliberal*.

Ian Hacking (1995) faz uma minuciosa análise acerca deste mal-estar articulado às ciências da memória, isto porque, a recuperação dos fatos para tais pacientes fica extremamente comprometida, o que se passa é uma ruptura, uma quebra entre as ações realizadas pelos mesmos em sua história de vida, isto ocorre, pois em seu lugar uma outra personalidade se configura e passa a agir de modo independente de acordo com suas vontades, que em geral, são bem distintas das do paciente. As personalidades que assumem desempenham tarefas ou possuem habilidades que o sujeito não teria: cozinhar, fazer sexo, escrever muito bem, brigar etc. Na grande maioria das vezes, os eventos são narrados por familiares e amigos e para o próprio paciente o apagamento e a explicação do que aconteceu são nebulosos. A investigação da múltipla personalidade pelos cientistas data de muitos séculos, mas ao autor interessa uma exploração dos motivos pelos quais tal diagnóstico ganha um destaque exponencial nas últimas décadas. Para ele, tal crescimento decorre das artes da memória. O registro histórico passa a ser importante, as memórias do que acontece com cada um passam a ter mais valor, assim como, as falhas e as impossibilidades de representá-las, justamente o que ocorre em casos como mal de *Alzheimer*, prejuízos neurológicos também de natureza orgânica e ainda de origens psicológicas decorrentes de traumas, como é o caso da histeria e do transtorno de personalidade múltipla.

A ocorrência de um trauma do ponto de vista histórico, ainda segundo Hacking (1995) era entendida como lesão ou sofrimento fisiológico. Com Freud, nas últimas décadas de 1800, a compreensão do que se passava pode ser ampliada abrangendo uma lógica psíquica, ou seja, concebe-se que algum tipo de evento é vivido pelo sujeito e do ponto de vista da consciência, ele se torna incapaz de assimilar o fato. O resultado disso é, quase sempre, uma dissociação e uma fragmentação que aparecem como recursos para que o sujeito não tenha que lidar com algo que lhe seria ainda mais devastador. Trata-se assim de uma defesa produzida involuntariamente como solução para aquele conflito. Para Freud (1910 [1909]/1996, p.35):

(...) Num mesmo indivíduo são possíveis vários agrupamentos mentais que podem ficar mais ou menos independentes entre si, sem que um 'nada saiba' do outro, e que podem se alternar entre si em sua emersão à consciência. Casos destes, também ocasionalmente, aparecem de forma espontânea, sendo então descritos como exemplos de '*double consciente*'.

Anos mais tarde, afirma Freud (1923/1996), "(...) talvez o segredo dos casos daquilo que é descrito como 'personalidade múltipla' seja que as diferentes identificações apoderam-se sucessivamente da consciência." (pp. 43). Em geral, de acordo com a psiquiatria, o aparecimento desse transtorno é consequência, para a psiquiatria, de alguma violência sexual vivida na infância, de abusos e de desagregações familiares. "A invenção de pessoas" termo empregado por Hacking (1995) deve-se justamente a uma criação de novas memórias e de uma possível elaboração com isso do mal-estar e da violência vividos pelo sujeito. Mas, evidentemente, tal ação não ocorre de forma isolada, pois as ciências também querem a cada registro reescrever e elaborar os acontecimentos ainda não inscritos e que passam de forma silenciosa de geração a geração.

Do ponto de vista histórico, observa-se um crescimento notório do diagnóstico de transtorno de personalidade múltipla nos anos 80, do último século, mas isso não equivale a dizer que se trata de algo recente. Pelo contrário, conforme mencionado, já existiam registros há séculos. Mas, nos interessa aqui demarcar as transformações ocorridas a partir dos anos 70. Em 1972, a existência de um ou mais indivíduos dentro de uma mesma pessoa, característica encontrada para designar o transtorno, era feita de forma pontual e muito localizada sendo viável inclusive mensurar o número de registros realizados nos 50 anos anteriores. Menos de dez anos depois com a publicação da 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV, 1980) tal diagnóstico torna-se oficial e reconhecido pela categoria profissional dos psiquiatras. Aos poucos, a classificação que até então era feita timidamente a partir da procura por especialistas nos consultórios e instituições de saúde torna-se estatística. Já em 1992, qualquer cidade mediana localizada na América do Norte, conforme relata Hacking (1995), contava com centenas de pessoas classificadas por profissionais da área como portadores de personalidades múltiplas. Coons (1991) refere que antes do DSM-III existiam apenas seis mil pacientes diagnosticados em todo o mundo, apenas alguns anos depois da nova edição do manual, a doença recebe enorme destaque e o número de casos aumenta significativamente.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 1992) esta manifestação não recebe uma categoria específica, mas pode ser contemplada de forma extensa nos tipos de dissociações. Já para o DSM-IV (1994) existem critérios detalhados dos sintomas que devem estar presentes para a conclusão diagnóstica, tais como: duas ou mais personalidades presentes em um mesmo indivíduo, devendo ser

cada uma dominante em determinado instante da vida do paciente e que sejam estas inclusive que manipulem o comportamento. Propõe-se também que estas personalidades devam exibir padrões de funcionamento próprios e relações sociais determinadas que independam da vida do paciente de modo geral. As diferenças e a forma de exposição dos dois sistemas de classificação psiquiátrica talvez digam respeito inclusive à polêmica em torno da existência do diagnóstico. Com maior frequência este é feito na América do Norte, sobretudo nos Estados Unidos. Na Europa o diagnóstico é não raramente questionado pelos estudiosos. Alguns interrogam-se inclusive sobre a existência efetiva do mesmo e se não se trataria de algo inventado pelos técnicos. Ellenberg (1970) ao recuperar a discussão acerca da existência ou não deste transtorno na Associação Americana de Psiquiatria destaca a explicação de Colin Ross: não adianta querer encontrar na personalidade múltipla a noção de doença do ponto de vista biomédico, pois sua origem evidentemente não é de tal natureza, assim como qualquer doença psiquiátrica. Esta explicação não significa, de acordo com Ross que o sofrimento não exista e que não possa ser identificado e tratado.

Na situação terapêutica, tal como assinalado em todos os exemplos, não existe nenhuma medicação eficaz para solucionar tal transtorno. Sabe-se que como muito outros é possível, com uso de drogas específicas obter mudanças para comportamento relativos à categoria de humor, mas com certeza, não são soluções. Para os que refutam a existência da múltipla personalidade o tratamento é um dos pilares críticos, pois, como esperar uma reconstrução de memória e de integração dos indivíduos se o paciente tem o registro de memória comprometido. Portanto, para estes céticos, o que se estimula em um possível tratamento refere-se à criação de fantasias e não à recuperação dos eventos sucessores a experiência traumática. Mas, este é sobretudo, o problema enfrentado pelos críticos da psicanálise de um modo geral, para quem a reconstrução dos fatos e das memórias seriam questões ficcionais e produziram limitações que colocariam em dúvida a fidedignidade dos resultados e ganhos. De todo modo, no caso por exemplo de Flora, paciente do serviço e caso aqui descrito, frutos foram colhidos desde o início do tratamento. E, embora Clara não fosse um caso de personalidade múltipla, como a situação de uma fragmentação de memória esteve presente, aproximações tornam-se possíveis e mudanças também puderam ser observadas.

De acordo com Ferenczi, o trauma não pode ser resumido a um único evento, há um acúmulo de situações que transformam o sujeito. Pensar na somatória dos fatos para que o trauma se torne insuportável, em alguma medida e produza sofrimento, também

auxilia na compreensão da história dos pacientes do SOMA, que chegam apenas tempos depois, quando na verdade, ao recuperar a sua história de vida constata-se que, bem antes, já existiam elementos suficientemente dolorosos. Mas há um elemento, em especial, que produz tal cisão e desorganização: a isso Ferenczi (1931) chama de acontecimento traumático. Em 1934, Ferenczi, refere que a cisão é um recurso encontrado onde se abre mão de alguma parte de compõe a circunstancia traumática para que seja possível sobreviver.

Alguns anos antes, em 1927, Ferenczi sustenta posicionamento teórico que o faz romper com a concepção freudiana. Defende, valendo-se das propostas de Otto Rank, que o nascimento seria um evento traumático em si e que, portanto, todos são passíveis de trauma desde muito cedo. Defende o fato de que não existe nenhuma outra circunstância para a qual o homem esteja tão despreparado quanto esta, uma vez que não há nenhum tipo de maturidade fisiológica por parte daquele pequeno ser vivo para lidar com as adversidades que encontra ao sair do ventre materno. A partir daí o bebê vai ou não encontrar amparo e condições no seio familiar, a depender do tipo de adaptação que os pais promovem para se adequar à nova condição e, com isso, maiores ou menores traumas poderão ser somados em sua história. Ainda em 1927, Ferenczi dirá que o primeiro verdadeiro trauma se dá no momento do desmame do seio materno e, mesmo que este seja realizado da forma mais sutil possível, sempre produzirá um trauma. Não existe maturidade suficiente para lidar com os aspectos emocionais. Um segundo, de acordo com o autor, se dá entre os dois primeiros anos de vida, quando o sujeito depara-se com o coito parental e com as excitações advindas desta cena, novamente reafirma a falta de condição de metabolizar tais energias e excitações. O terceiro trauma é bem próximo do quarto, quando são introduzidas as higienizações relativas à produção de excrementos e fezes, instante em que se dá com a descoberta inclusive das experiências corporais e das excitações. Neste momento o adulto, em geral, tende a mentir e não admitir que estes processos sejam produtores de prazer e satisfações, negando a validade da experiência da criança. Portanto, o fato de não conferir crédito às suas percepções produz uma desautorização e uma insegurança importante para os eventos futuros.

De acordo com Coelho Júnior (2018), tanto no processo de adoecimento quanto na saúde, em ambos há uma atividade psíquica implicada. Ou seja, a doença não se dá para o sujeito de um modo passivo, há aqui a implicação de angústias e defesas das quais ele lança mão e que tem a ver com a sua história de vida. Saber disso implica

reconhecer que a estratégia de cura deve, num primeiro momento, exigir um esforço de desativação do que está ali imposto, isto é, uma desconstrução das defesas e angústias. A retomada da condição de saúde só será viável, segundo o autor, se considerado este recurso. Com a desativação consegue-se potencializar o trabalho psíquico e os desdobramentos são percebidos a partir dos sonhos, de elaborações e criações. Mas, sem dúvida, envolve também um luto, uma morte das condições anteriores e que precisam ser enfrentadas e deixadas de lado. É neste sentido que a ligação e o desligamento estão extremamente imbricados. E com isso, a estratégia de cuidado envolve uma direção de expansão e enriquecimento que visa ser resgatada. Esta proposta de tratamento apresenta elementos importantes para o que se tentou desenvolver e propor aqui. Além disso, relaciona-se com o que o próprio Ferenczi tratou no texto acerca da introjeção (1909), a afirmação de que não seria possível retornar a um estado anterior, de modo que o que foi vivido não tem volta, o sujeito se transformou diante daquela experiência.

Como já advertido, de acordo com a teoria ferencziana quanto antes ocorrer o trauma (seja pelo excesso ou pela falta de amor/ternura) maior será o seu impacto. Ferenczi (1927) utiliza-se da imagem de uma vela no quarto de uma criança para explicar os seus efeitos, quanto mais próximo da chama se coloca a mão, mais escuro torna-se o ambiente, ou seja, mais impactante tende a serem as consequências do trauma. A referência a este processo diz respeito a fatos e experiências vividas nos dois primeiros anos. Ainda de acordo com Coelho Júnior (2018), embora exista uma atividade psíquica, uma condição de passividade face ao trauma também se impõe, tal como já foi explorado por Ferenczi, a inércia estaria presente de modo que o sujeito se coloque a disposição do outro. A consideração de uma defesa passiva como apresentada no texto de Figueiredo e Coelho Júnior (2018) nos auxilia a compreender o tipo de escolha e caminhos adotados pelos pacientes do SOMA que conforme já assinalado colocam-se a disposição dos médicos e profissionais da saúde de modo que, por vezes, pode chegar a condições extremas como tentativa de uma reedição da dor física e psíquica. Os exemplos deste processo podem remeter-se a formas de adoecimento que abrangem: desamparo, inércia, anestesia, paralisia, sentimentos e sensações de vazio e tédio, facilmente encontrados no serviço (Figueiredo, 2018).

Para Ferenczi (1929) a criança que não experimenta algum tipo de amparo e de acolhimento dentro do seio familiar, ou seja, que não se sente desejada, tende a ficar doente e isso pode levá-la a sucumbir à morte ou ao menos a uma situação de vulnerabilidade. Ou seja, para ele a formação traumática implica no abandono e na falta

de alguém que ajude a gerenciar as emoções, ou como ele dirá adiante, inclusive na confusão de línguas. De acordo com Ferenczi (1933), em geral, os abusos ocorrem com muito mais frequência do que se reconhece no cotidiano; a explicação para isso, segundo ele, estaria no fato de que há uma discrepância entre a linguagem do adulto e a da criança. Isso porque, o que ela é capaz de entender como ternura, as pessoas mais velhas leem como a linguagem da paixão e, portanto, do erotismo. Assim, a demonstração e a vivência do afeto são bem distintas nestes dois períodos da vida. Quando bastante jovem não há nenhuma maturidade para lidar com esse tipo de investimento e de demonstração de afeto, fato com relação ao qual, em alguma medida, tanto Freud quanto Ferenczi entendem que o sujeito é pego de surpresa e, com isso, não adquire condições de metabolizar o que se passou.

Embora não exista maturidade psíquica e emocional para lidar com o evento, o sujeito revive a experiência na tentativa de que existam condições de superar o que não fora possível na época. O processo faz com que o paciente experimente pontos de fixações importantes, congelamentos decorrentes do trauma. Tais conclusões são complementares às de Freud quando este refere-se ao princípio da inércia e às pulsões de morte como tentativa de anular o desconforto experimentado. Um corpo carregado de aspectos libidinais em comparação a um corpo mais filiado ao orgânico pede uma distinção importante entre a conversão e a somatização. A palavra conversão foi criada por Freud para referir-se à histeria, tipo de funcionamento que pede a intervenção do outro e mimetiza doenças orgânicas e neurológicas, mesmo que não existam quaisquer alterações físicas. Sublinha-se que esta é, inclusive, uma das definições DSM para TS e Sintomas Somáticos. Tal aproximação, ainda que importante, não parece suficiente para afirmar que os pacientes que frequentam o serviço sejam histéricos.

Vale também recorrer a alguns estudiosos contemporâneos para ver como entendem a questão. Para Gallucci Neto e Marchetti (2008), os sintomas conversivos em geral, atingem a função voluntária ou sensorial e tais explicações sempre decorrem de fatores psíquicos. Para Alonso e Fuks, (2004), o sintoma histérico e, portanto, a conversão, inclui sonhos e atos falhos oriundos de formações do inconsciente, tributárias do recalque psíquico. No que tange a um sintoma psicossomático, afirmam Alonso e Fuks, (2004) este não possui uma conotação simbólica ou metafórica. Tal como explicitam Bombana et al. (2000), as manifestações dessa natureza servem para indicar doenças orgânicas ainda não diagnosticadas ou, conforme assinalado, proporcionar alternativas aos que não conseguem representar afetos ou utilizar-se de

sonhos e imaginação para exprimir o conteúdo, fruto de alguma angústia. A título de ilustração vale lembrar que se observam preocupações excessivas que sugerem quadros de hipocondria, transtornos de humor, transtornos de ansiedade e síndromes clínicas funcionais, tais como fibromialgia, cólon irritável, fadiga crônica (Catani, 2015).

Recorrer às teorias de Pierre Marty (1993) pode auxiliar para melhor compreender os que frequentam o SOMA, ainda que a psicossomática possa não ter a medida exata do sofrimento apresentado pelos usuários, descrever como funcionam tais pessoas psiquicamente permite algumas articulações e avanços ao que aqui se quer fundamentar. De acordo com os teóricos, nesse tipo de clínica as experiências vividas pelos e com os pacientes remetem-se a descrições concretas da realidade. Metáforas e devaneios dificilmente são recursos empregados. Há dificuldade em abstrair os fatos para conseguir contá-los a outrem. Marty e M'Uzan (1992) adotam o “pensamento operatório” para caracterizar tais pacientes, ou seja, um modo de funcionar que leva em conta modalidades e investimentos libidinais bastante arcaicos. A justificativa para isso poderia ser uma fixação pré-edípica que produz uma regressão. Assim, o uso do corpo se dá de modo excessivo, um recurso defensivo para lidar com a quantidade de energia circulando no aparelho psíquico, uma interação fundamental entre mente e corpo. Para Marty (1993), tais pacientes tendem a estabelecer vínculos e relações superficiais com os outros. Valendo-se da concepção proposta por Marty e M'Uzan de pensamento operatório, Sifneos, Apfel-Savitz & Frankel (1977) oferecem o termo alexitimia para se referirem a pessoas cuja vida emocional é extremamente pobre e, com isso, elas não encontram arcabouço para transpor em palavras os próprios sentimentos, o raciocínio é bastante concreto e objetivo.

As explicações acerca do funcionamento subjetivo são muito importantes para compreender os pacientes do SOMA. No entanto, existem duas questões que não são totalmente condizentes com a realidade encontrada no ambulatório. Os usuários, ainda que demonstrem dificuldades e resistências, são capazes de estabelecer vínculos e relações. Talvez se possa dizer que em suas histórias as decepções, os abandonos, as violências e, sobretudo, o trauma os tornam temerosos, mas mesmo assim, aptos. Além disso, por maior que seja a precariedade simbólica e o forte apelo ao corpo como forma de expressão, tratam-se de pessoas capazes – quando convidadas e escutadas com a devida atenção e paciência – de conseguir demonstrar alguma transformação no seu modo de se defender da realidade e de suas interferências. Estas particularidades, dentre outras, colocam um problema para a clareza de sua subjetividade. Embora a

psicossomática auxilie na compreensão de parte dos que ali são tratados, não parece diferenciar-se dos achados clínicos.

A não adoção da psicossomática para fundamentação e orientação do tratamento com estes pacientes justifica-se pois, face aos alexitímicos, concepções mais neuróticas ficam à margem ou inexistentes, esse não parece ser o caso dos pacientes do SOMA. Embora seja necessário um longo tempo até que se estabeleça uma aproximação com os que padecem de sofrimentos psíquicos e corporais, tais como os identificados no serviço por TS ou sintomas somáticos acredita-se, que a direção terapêutica deve pautar-se nas potencialidades e recursos observados em cada um. Para alguns dos filiados à teoria psicossomática e ao Marty, a descarga corporal ocupa um papel tão importante na vida do sujeito que ele fica reduzido quase que de forma exclusiva a este processo. Acredita-se que caso se desprenda desse movimento, isso pode representar uma ameaça à vida, no entanto tal restrição tende a aparentar limitações intelectuais. Assim, as transformações tenderiam a ser restritas ou pautar-se numa leitura marcada mais a falta de recursos dos pacientes do que pelas possibilidades, dada a complexidade ali implicada. No ambulatório e para o que se pretende aqui arguir, Ferenczi auxilia, ao invés de uma distinção psíquica entre normal ou patológico, observa como modo as pessoas sofrem e as resoluções encontradas para superar o seu próprio mal-estar. Em Ferenczi, o sintoma é uma potência, uma criatividade a ser valorizada. Trata-se de reconhecer o que ali já está presente, pois as manifestações são formas do sujeito lidar com a história de sua vida, com os traumas e um recurso para fugir da precariedade. Nas palavras de Gondar e Reis (2017, p.11-12):

Sua perspectiva é de que as patologias e os sintomas não devem ser pensados como empecilhos à saúde, porém ao contrário, como ‘tentativas de autocura’. São ‘esforços reparadores da natureza’ que o tratamento deve procurar favorecer, seguindo suas pistas ao invés de buscar combatê-los ou modificá-los.

Joyce McDougall (1996), neste sentido, parece oferecer contribuições pertinentes ao referir-se à psicossomatose na qual a função simbólica, em alguma medida, está preservada; parece “apenas” precisar ser estimulada e desenvolvida, uma vez que existe uma perturbação no que se refere ao universo mãe-bebê, onde o processo de separação e individuação pode não ter sido bem executado. O resultado é a instauração de uma dificuldade do sujeito em decodificar, exprimir e nomear as emoções, sobretudo porque, nestes casos, há uma indiferenciação entre mãe e bebê e,

este último, não consegue perceber a realidade exterior. Em seu lugar restam ansiedades, raivas e desafetos que, até para o próprio paciente soam estranhos, o que a autora nomeia como uma necessidade de ejetar o excesso de economia psíquica que está presente. Trata-se de uma forma de expurgação encontrada para voltar a um momento precedente, antes da angústia se impor. O processo ocorre sem nenhum tipo de elaboração e é vivido pelo outro de modo bruto e grosseiro. Um estrangulamento do afeto vivido que não permite nem sonhos – numa defesa mais neurótica – e nem tampouco devaneios – em um modo de funcionar mais psicótico; apenas uma expulsão absoluta. Outra informação que reveste de importância as ideias da autora é que, nos casos mais graves, não necessariamente os pacientes apresentam-se alexitímicos, mas fazem uso deste fenômeno, desta impossibilidade de transcrição, reconhecimento e decodificação das sensações experimentadas em instantes de maior estresse (McDougall, 1989).

O sofrimento advindo do trauma, segundo Ferenczi (1932), tem como resultado uma fragmentação e uma clivagem. De acordo com a leitura proposta por ele, esse tipo de manifestação onde o corpo ou o eu são fragmentados – como no caso Flora, aqui citado –, esta é a melhor solução encontrada. Seria preciso inverter a lógica do entendimento, em que talvez, o mais apropriado fosse unificar as personalidades por ela desenvolvidas e interessar-se pelo modo como ela consegue recursos e deles se aproveita para lidar com a sua precariedade subjetiva e exterior. Pode-se pensar que a cada novo trauma constroem-se novas divisões e, portanto, imprimem-se marcas e memórias da vida. Em 1909, Ferenczi defende que o sujeito constitui o “eu” de modo constante, através de elementos que ele encontra em sua realidade. Trata-se de uma introjeção do mundo exterior e de um alargamento para a constituição desta unidade. Pensar sob esta perspectiva é bem diferente de uma noção freudiana, para qual o “eu” é uma instância constitutiva que tem, por princípio, a integração, a unificação e não a dispersão.

Masud Khan (1974, p.44) refere-se ao “trauma acumulativo”, termo pertinente e relevante que vai ao encontro da teoria ferencziana e das manifestações e sofrimentos relatados por Flora, a cada novo trauma uma nova personalidade formava-se. Como já aprendido com Freud no Projeto para uma Psicologia Científica (1895), os traços mnêmicos estabelecem caminhos no psiquismo que exigem todo um esforço maior de transformação e instauração de novas rotas. Quando um trauma está instaurado e um modo de percepção do mundo já se solidificou, é mais provável que as formas de leitura

se deem do mesmo modo, por tais vias. Assim, a chance de novos traumas serem produzidos é muito maior, fazendo-se necessário que novas intervenções sejam criadas no intuito de romper o círculo vicioso. Quanto ao SOMA, dada a condição de vulnerabilidade dos que ali são assistidos, a preocupação é que um novo trauma de abandono se produza ou seja assimilado pelo paciente no momento em que a alta deva ser feita. Ou ainda, sob essa ótica, que não se reconheça a autonomia do paciente e que se evite a alta, com receio ou zelo excessivo, não depositando confiança em que a pessoa, a partir da incorporação e dos modos de tratamento desenvolvidos no ambulatório, possa aplicar esses novos modos de ver outros campos de relações. Embora existam diferenças entre estas duas formas, entende-se que os dois processos possam culminar em novos traumas gerando um efeito acumulativo, tornando-se assim, uma reprodução da história de vida de cada um. Enfim, para que se possibilite esse novo modelo de visão de mundo e de percepção dos fatos (Freud, 1933) é que o enquadre se faz tão necessário, tornando possível que o cenário se transforme. Para que isso ocorra o paciente necessita ter, para si mesmo, formas de entendimento e de nomeação do que ocorre.

Os casos psicossomáticos com seus modos de habitar o corpo, as transferências maciças e a dificuldade em nomear os afetos, podem se sobrepor a outros funcionamentos mentais. Estar advertido dessa coexistência permite compreender a composição da subjetividade do que sofre e com isso, encontrar recursos para conversar com o paciente. O alerta sobre uma diversidade psíquica que pode divergir de organizações mais neuróticas. Portanto, estariam os psicossomáticos, mais filiadas aos núcleos menos organizados e que digam respeito à ordem do traumático e à filiação corporal engendra a necessidade de um *setting* apropriado e que respeite essas particularidades de modo a viabilizar o trabalho. Mais do que criar algo novo, trata-se de identificar o que ali está minimamente desenvolvido e obstruído por elementos traumáticos ou pela pulsão de morte. Trata-se de transformar recursos em potências e potências em recursos. Com certeza, se preciso hoje afirmar que tipo de compreensão se tem destes pacientes, eu defendo que privilegiar a consideração do trauma permite avançar significativamente no tratamento. Dessa forma, os casos clínicos, mais do que identificarem e descrever em que aconteceu no desenrolar do processo, eles buscam também demonstrar a complexidade clínica e a disponibilidade necessária para não expor os sujeitos a riscos desnecessários. Em casos como os do SOMA, que podem ser considerados mais graves e de maior fragilidade, há uma ruptura contínua com as

expressões da vitalidade e o sujeito percebe-se, muitas vezes, desprovido de palavras. Para Dolto (2012, p.302): “O corpo é como que mutilado, em um lugar específico da história do elo de amor quebrado; e ele significa, cortando mais ou menos uma parte deste, a expressão impossível do sofrimento suportado, assim, em parte, anestesiado”.

Recupero aqui, um fragmento já apresentado do caso de Emma, que me parece importante para pensar sobre o que experimentei no momento de minha intervenção. Ela queixava-se insistentemente, há anos, não ter amigos e nenhuma companhia para se divertir ou sair de casa, sentia-se uma vítima das circunstâncias em que se encontrava na ocasião. Até que num dia chegou dizendo: “esse final de semana um amigo me chamou para sair, para ir num bar ou na casa dele, mas eu não quis. Acabei não indo”. Diante da novidade e da admissão que me faz, pergunto: “Então existem amigos?”. Imediatamente após eu dizer isso, ela se coloca em posição fetal na cadeira e grita de dor dizendo o quanto estava doendo e que eu deveria me calar, insiste que devo ficar quieta. E assim eu faço. A partir daquele momento, o fato me sugeriu diversas reflexões acerca do modo como deveria intervir com Emma, mas também com outros casos, sobre o cuidado necessário, as interpretações e os modos de fazê-las etc. É claro que isso não tivesse ocorrido, naquele momento, eu não teria a chance de pensar em tais implicações. O alerta deixou-me mais atenta aos tipos de zelo necessários diante de pacientes cujo núcleo traumático pode-se tornar muito prejudicial, a depender da forma como é confrontado, seja no hospital, no consultório ou em outras instituições. *A posteriori* pude pensar que ela me dizia para ir com calma, em seu tempo e ter atenção à forma como a sua subjetividade era capaz de responder e intervir no seu corpo. Tendo isto ocorrido, pudemos conversar a respeito em outro momento, com eu me colocando em uma posição mais ativa ao mostrar minhas impressões e os impactos que a nossa relação representava para mim. Mencionei também as dificuldades que talvez ela pudesse experimentar, mas sempre valorizando a experiência que pudemos partilhar juntas e dizendo acreditar em suas dores e no seu sofrimento. O trabalho avançou, mas levou tempo. Nas semanas subsequentes a minha intervenção, ela voltou a apresentar os sintomas de modo muito marcante.

Ao mencionar o que vivi com Emma tenho a intenção de partilhar o reconhecimento de que ponderações e novas perspectivas são necessárias para se aproximar dos pacientes e poder ajudá-los a transpor aquelas situações que o impedem de avançar e de descolar-se de seus sintomas e de sua forma de exprimir o sofrimento. Há também, com isso a preocupação para que novos riscos e infortúnios não sejam

criados, desencadeando o surgimento de novos traumas ou colocando o sujeito em situações retraumatizantes. A intenção é também indicar as configurações subjetivas dos que passam pelo SOMA, ao dar voz a eles trabalhando para que tenham condições de escutar, talvez pela primeira vez, as suas histórias. Parece importante ter alguém disponível para entender o que se passa com eles e aguardar o que teriam a dizer, mais do que encontrar uma nomeação que, quase sempre, tem como efeito silenciar o seu sofrimento. Evidentemente o processo exige paciência, sobretudo num lugar como a instituição hospitalar onde é preciso oferecer assistência a diversas pessoas. O reflexo é uma menor quantidade de medicações, internações e rotinas médicas com o passar do tempo.

6.2. CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS: POSSIBILIDADE E REFLEXÕES NO TRATAMENTO

Como se salientou até aqui, as observações e direcionamentos que se impõem a partir da psiquiatria e da psicanálise equivalem a modos de ver e ouvir diversamente. Do “espaço dos pontos de vista” gerado pelos investimentos científicos para atenuar ou sanar os sofrimentos físicos e corporais pode-se, no entanto, criar convergências. Sabe-se que estar aqui ou estar ali nos dois territórios impõe a diferença, mas enseja aproximações: territórios diversos e horizonte comum. Na elaboração de um artigo sobre a questão da dor, tivemos oportunidade de refletir sobre tais aproximações tendo em vista as experiências específicas de tratamento concretizados no SOMA (Catani e Moretto, 2016). A retomada aqui das idéias contidas neste trabalho permite dar conta de algumas possibilidades de ação diante dos sofrimentos psíquicos e corporais aqui investigados. A ideia de que a dor trazida pelos sujeitos diagnosticados com sintomas somáticos tenha sido a dor da histeria ou de quadros menos neuróticos (em que quase não há simbolização) remete, justamente, à natureza da observação e do conhecimento gerado sobre os fenômenos em tempos históricos diversos e sob a égide de saberes também diferentes. Mas, mais do que isso, na trama tecida sobre sofrimento quando temos que enfrentá-lo para buscar algum tipo de alívio. O que se configura entre os pacientes do SOMA e entre os profissionais que ali atuam exige, em momentos variados, um deslocamento dos pontos de vista capaz de abrigar a percepção do doente,

do médico psiquiatra, do psicanalista e da sociedade na qual se insere o sujeito adoecido e que o vê como tal e das famílias que cuidam deles, muitas vezes com altos custos pessoais para os envolvidos. A multiplicidade das injunções e percepções que impregnam os sofrimentos somatoformes / somáticos os constroem e os fortalecem como parte das dores da atualidade.

Ao procurarem um profissional, os TS desejam dizer o que sentem e falar sobre as consequências de seu mal-estar. Intensificam, principalmente, a referência aos sintomas e ao grau de seus sofrimentos. Os médicos, na maioria das vezes, oferecem um nome para o sofrimento. Como já se disse, a identificação dos elementos coletados sobre o paciente e a nomeação, a doença, a evolução, o prognóstico e a cura. Nos casos de pacientes acometidos por TS / sintomas somáticos, a atitude adotada caminha na direção de acalmar os que sofrem, demonstrando que a ciência sabe como tratar do seu desconforto e que é possível, num primeiro instante, encontrar um remédio para eliminar tal sensação. Apesar disso, logo os profissionais se dão conta de que aquela dor referida pelos pacientes não cessa e não se encontra exatamente no corpo, ainda que os órgãos sejam instrumentos utilizados para exprimir o mal-estar (Catani, 2014a.). O posicionamento excessivo, sobretudo dos médicos, para diagnosticarem os sintomas, confirma que a prática de identificação tornou-se uma das atividades mais valorizadas no campo da saúde. Nas palavras de Dunker (2015, p. 20) “...não há medicalização sem diagnóstico, embora possa haver, ainda que de maneira controversa, diagnóstico sem medicalização”. Vale lembrar, como apontam Barbosa Neto & Rocha (2013, p.8),

(...) tem testemunhado a confluência do corpo privado com o corpo público, este último cuidado com esmero. Isto sob um silencioso conflito, de modo que, no tratamento, o rearranjo desses corpos faz aparecer um não-corpo, um não-lugar do sujeito, embaraçado por efeitos do trauma, que deixam de ser pensados e elaborados.

Como, já se enfatizou nos transtornos somatoformes o histórico de vida é permeado por maus-tratos, abandono e violência física ou psicológica, além de negligências. Conforme indica Nasio (2008, p.11), “A prática da psicanálise nos ensina que uma dor intensa sempre nasce de um transtorno do eu, mesmo momentâneo; e que uma vez ancorada no inconsciente, ela reaparecerá, transfigurada em acontecimentos penosos e inexplicados da vida cotidiana”. Na maioria dos casos, acompanhados no serviço do SOMA, o investimento corporal proporcionado a estas pessoas na infância

fora pequeno ou quase inexistente, não houve uma figura que fizesse este tipo de função. Com o apoio das explicações freudianas sobre a dor e o desamparo é possível supor que no modo como os pacientes com transtornos somatoformes vivem a sua realidade, que a experiência de desamparo insiste em se apresentar diante dos conflitos, pois é a mais familiar e pede a todo momento uma inscrição e uma forma de transpor este instante, de criar uma nomeação para aquele desconforto e mal-estar (Simonetti, 2015). A justificativa para tamanha insistência pode ser encontrada nas ideias apresentadas por Dunker (2015, p.21): “Uma diagnóstica é composta pelos efeitos, pelos sentidos e pelas ‘re-designações’ que um diagnóstico pode ter para um sujeito ou para uma comunidade diante do aspecto social de sua patologia”. Portanto, não oferece apenas um tratamento clínico, mas proporciona ao doente um valor econômico, político, social e psíquico. Ainda de acordo com o mesmo autor o sofrimento psíquico apresentado diz respeito a uma tentativa de reconhecimento, um tipo de solicitação que pouco encontra destinatário, uma carta, portanto, que não é entregue. O processo verificado na prática hospitalar é uma busca por algo que dificilmente encontra inscrição, mas que em contrapartida, também não cessa (Dunker, 2015).

Cabe assim, retomar nossas formulações (Catani & Moretto, 2016): um paciente com sintomas somáticos no hospital reencontra o desamparo sob diversas facetas, uma vez que lida com as incertezas da vida e de seu transtorno que, nesse caso, podem estar representadas na linguagem, no amor, no sofrimento e no próprio corpo. Os adoecidos por sintomas somáticos buscam o hospital para se cuidar e lidar com as adversidades psíquicas e físicas que experimentam, mas procuram também este ambiente por ser um local que, em alguma medida, lhes remete a aspectos familiares, ou seja, onde o desamparo pode ser revivido. Trata-se de um meio no qual, para além dos cuidados recebidos, é possível reviver alguns sofrimentos e onde, segundo a psicanálise, contemplam algo da ordem da satisfação, do gozo, há prazer e desprazer juntos (Berlinck, 1999).

A prática analítica no SOMA fez constatar que, o sofrimento destes sujeitos se impõe de tal modo que exigem do terapeuta muita reflexão constante e uma certa astúcia para perceber o que está em jogo e como agir. O problema é que tal entendimento, em geral, só surge *a posteriori*. Nesse sentido, torna-se complexo definir as possíveis modalidades de tratamento. Sabe-se que uma distinção entre a configuração da subjetividade dos que sofrem e a instauração de sua terapêutica não é totalmente praticável, justamente porque as condutas e os modos de intervenção são levados a

efeitos a partir do que se apresenta no *setting*. Ainda assim, julga-se que uma separação, mesmo que didática, pode auxiliar na construção do problema.

Fernandes (2003) fez uma incursão que recupera as explicações sobre os modos pelos quais cada sujeito habita o próprio corpo. Com isso, esclarece que em Freud o sintoma neurótico consiste em uma formação de compromisso; já num entendimento mais lacaniano ele consiste numa mensagem a ser decifrada pelo outro. Ou seja, nem tudo o que o psiquismo transmite ele o faz por meio de palavras. Desse modo, o corpo também funciona como mediador entre o sujeito e o mundo para expressar algo quando necessário. Ainda segundo a autora, quando a linguagem não é capaz de manifestar os seus desejos por meio do recurso simbólico, se instaura no corpo um mal-estar como uma tentativa de apelo e demanda ao outro. No sintoma tem-se a “verbalização” de um sofrimento, mas também de um prazer que se inscreve no organismo por meio de uma linguagem específica e particular. O corpo, para a psicanálise, é afetado por uma lei própria do inconsciente e obedece a história de vida de cada sujeito (Fernandes, 2003). O aparecimento de novas doenças e de novos modos de sofrimento têm sido notável a cada década e, para a autora citada, já que a função da psicanálise consiste em escutar o sujeito, faz-se necessário compreender qual é a expressão que deve “*ser escutada*”, ou seja, o que é verbalizado e a serviço do que se manifesta, mais ainda com pacientes em que pouco há recurso simbólico e, a descrição dos sintomas se faz de modo excessivo.

Para a reflexão acerca do tratamento optou-se inicialmente por recuperar a definição de transferência que, como já dizia Freud (1910), é algo presente em qualquer relação humana. Coube à psicanálise valer-se desse recurso para trazer à consciência os aspectos por ela despertados e transformá-los em potencial de cura. Em 1905a, ele definiu a transferência como, experiências vividas com o terapeuta, mas que dizem respeito a afetos anteriores que, a partir das relações atuais tem a possibilidade de serem novamente vividos. Quando diz respeito aos neuróticos, os sentimentos são mais intensos: com clareza os afetos são reatualizados na cena terapêutica, ou seja, mais evidente são as mobilizações de amor, ódio, culpa, impotência etc, segundo Freud (1912). As explicações do movimento inconsciente encontram-se bem descritas pelo pai da psicanálise. No entanto, foi somente com Ferenczi (1919) que a transferência por parte do analista viria a ser desenvolvida e reaproveitada como elemento para a direção de tratamento. Segundo ele, fazia-se necessário que o terapeuta pudesse “sentir com”, ser impactado e sensibilizado pelos relatos dos que sofrem. A proposta ferencziana

ganha maior destaque em 1928, quando ele reconhece que esse “sentir com” é ainda mais relevante para aqueles cujas afecções extrapolam o campo da neurose.

Tendo como base o texto *A dinâmica da transferência* (Freud, 1912), Macedo (2012) propõe uma nova leitura. Ele defende que, a patologia – embora com um caráter potente e libidinal ao sujeito – se configura menos a partir de sua repetição, mas fundamentalmente, por meio dos recursos e artimanhas que cada sujeito encontra para não permitir que o diferente emergja, para não deixar que o novo advenha e, novos rearranjos se tornem necessários. No anseio de romper com compreensões e modelos que se apoiem no caráter positivo e fecundo da patologia, Macedo (2012, p.31), afirma “(...) um verdadeiro trabalho analítico supõe em ambos os atores, paciente e analista, o desejo de pensar, de analisar”. Ou seja, deve-se considerar que, para toda e qualquer transformação, não é possível deixar a responsabilidade apenas ao analisando, como se fosse uma relação unilateral, é uma relação de contágio. Com os sujeitos do SOMA a proposição parece muito pertinente, dada as suas resistências e práticas à qual recorrem para não deixar que o inédito apareça. Qualquer indício de mudança tende, de início, a ser facilmente rechaçado. Um exemplo diz respeito aos pedidos de troca de especialistas ou à demanda de novos exames para que possam confirmar convicções antigas e já sustentadas há anos. A realidade demonstra, há um intenso esforço para manter a situação, encontrar táticas que, embora produzam ruídos e prejuízos no cotidiano, seriam modos provavelmente menos penosos do que se imagina. Tendo em consideração tal resistência, o analista é capaz de buscar formas de lidar com a situação e novos recursos para o intolerável que existe e produz ruídos na vida.

Ainda no texto de Macedo (2012) ele propõe uma distinção entre *espaço do tratamento* e *espaço de análise*. De acordo com ele é inviável obter o segundo (espaço de análise) sem que, por muito tempo, não se tolere o primeiro (espaço do tratamento), que, em linhas gerais, se restringiria ao espaço físico e à duração da sessão. Uma “sobrevivência ao tempo concreto” e as dificuldades de elaboração e distinção do sintoma físico. Para que o espaço de análise possa se constituir, mais ainda com casos graves, faz-se necessário criar uma aliança terapêutica e conseguir suportar relatos por vezes objetivos ou mesmo mal-estares corporais, *sofrer pelo paciente* para que existam condições de, pouco a pouco, descolar-se dessa posição para *sofrer com o paciente*, com a sua história, com o seu sofrimento. Nas palavras do autor, a situação experimentada se configura do seguinte modo (p.35): “Como uma mãe para seu bebê, servimos de envoltório, de pele. Emprestamos-lhe nosso mundo. Um mundo psíquico para dois”.

Nos atendimentos no ambulatório, ao participar de reuniões clínicas e supervisões aos residentes, a constatação se confirmou. A necessidade de tolerar o encontro com a ideia de que nada ou pouco estava sendo feito e os resultados eram ínfimos, ou era frequente. O caso Emma, aqui apresentado, é um exemplo. Embora com todos os outros seja possível observar a necessidade de simplesmente estar disponível, com Emma, dado o tempo de tratamento, parecia ser ainda mais evidente e foi preciso sofrer. A situação perdurou bastante.

Aisenstein (2008) sustenta que é preciso por muito tempo compartilhar e falar apenas a respeito do que se passa concretamente na relação com pacientes graves, até que seja possível incluir sentimentos e elementos do ponto de vista mais abstrato. Entretanto, um nível de confiança e vínculo já deve estar muito bem estabelecido. Não é que ao longo desse período de sensação de improdutividade nada esteja ocorrendo. Pode-se dizer, como é corrente, que se leva mais tempo para preparar a terra do que para plantar. O trabalho terapêutico feito no SOMA faz esta aposta. Ocorre, no entanto, que nem sempre os pacientes, os profissionais ou mesmo o próprio sistema de saúde mental, tal como está organizado, oferecem tal oportunidade. E isso acontece, principalmente, pelo extenso período de espera que caracteriza a possibilidade de ver frutificar o tratamento.

Reis (2016), em um trabalho investigativo acerca da memória e das possíveis lembranças que um sujeito possa guardar com relação a sua infância, toma como ponto de partida os achados freudianos e confirma a sua tese: quase ninguém que passa por uma análise quando muito jovem é capaz de recordar-se de sua experiência. Ainda assim, como adverte a própria autora, o material presente no psiquismo traz em si marcas e resíduos de um processo que mesmo sem uma lembrança acessível, imprime conteúdos ricos que moldam a vida do sujeito. A discussão da pesquisa reside em dois caminhos, o primeiro nas recordações que o sujeito teria de sua análise quando criança e o segundo, que me interessa mais, na relação que o adulto tem com a sua infância, as memórias e lembranças do que ele viveu e que aborda com o analista. Neste segundo exemplo muitos conteúdos se perdem, tal como se sabe. Mas é justamente isso, essa perda, que configura um processo de elaboração, uma proteção do psiquismo que visa tornar para o sujeito algo menos doloroso, caso rememorado. Tal como já anunciava Freud (1896), a memória é complexa e pautada em vários signos, a recomposição e descoberta dos elementos que a compõe depende da relação que o sujeito estabelece com o outro. As recordações acessíveis e a sua recomposição dependem da resposta do

ambiente, da forma com que lhe foi transmitido o que era ou não autorizado, o que era possível fazer e o que se podia conversar. Isto é, as lembranças dependem dentre outros fatores, da relação que o sujeito estabelece com o outro, é por meio deste encontro que ele conseguirá ou não ativar algumas recordações.

Ainda no que se refere ao esforço de assimilação dos eventos traumáticos, o artigo de Mai (2018) remete aos filmes de longa duração, filmes de oito, dez, doze horas nos quais as cenas e os movimentos utilizados são bem lentos e onde quase não há ações. A proposta da autora é valer-se destas obras e do recurso de lentidão utilizado pelos diretores para estabelecer algumas aproximações com situações traumáticas. O artigo inicia-se com uma epígrafe de LaCapra (2001, p.49): “Algo do passado sempre permanece, mesmo que seja como uma presença assombrosa ou um devaneio sintomático”. Estas palavras confirmam o que Reis quer sustentar acerca do retorno e das repetições que se produzem numa tentativa de assimilação, mesmo que complexa para o sujeito. Parece também reforçar o que se observa com pacientes do SOMA. Algo se impõe e exige que o sujeito tenha que lidar com os assombros e traumas do passado, mesmo que exista algum tipo de ruptura que impeça o elo de ligação entre a experiência, as sensações e os afetos vividos. Se, por um lado, é possível pensar na separação entre afeto e experiência, numa perspectiva mais neurótica, por outro e não excludente, como se quer incluir aqui, pode-se pensar em uma cisão que impede em grande medida a articulação entre os fatos e a sua possibilidade de registro e de entendimento do que sucedeu. Para os cineastas que criaram o dito “cinema lento”, trata-se de uma perspectiva de convidar o sujeito a experimentar de forma mais ativa o que se quer transmitir, produzir no espectador um tipo de mal-estar advindo da temática escolhida e do tempo da exposição da mesma. É uma forma de transmissão que, em alguma medida, coloca o sujeito diante de eventos traumáticos. De acordo com Mai (2018, s/n), isso é possível a partir de alguns processos:

(...) primeiro, duração através do uso de long-takes; segundo, um tempo de execução prolongado; terceiro, o foco no rescaldo de eventos traumáticos sem criar um vínculo visual com esses eventos; quarto, a transmissão da violência através do diálogo e do som e, quinto, a ausência inerente de imagens violentas.

Há aqui alguns elementos que se encontram presentes nos textos de Reis (2016) e de Mai (2018) e que perpassam todo o trabalho analítico no serviço. Isto é: 1) a

dimensão dilatada do tempo e, nem por isso, mais fácil de ser superada – é preciso suportar durante muitas sessões e às vezes por meses ou anos até que algo novo possa ser incluído, verbalizado e tratado; 2) as dificuldades de assimilação das sensações e dos mal-estares que comparecem na relação terapêutica e que aludem às questões traumáticas, mas sem que por muito tempo seja viável encontrar os elos entre os fatos. Algo perdido, mas presente, e que porta em si estas sensações; 3) a violência comparece na relação, embora silenciosa, mas que transparece no sofrimento experimentado pelo sujeito e reproduzido na transferência e na contratransferência; 4) os recursos dos quais o analista lança mão para desenvolver o trabalho e acessar os conteúdos que não encontram inscrição, no anseio por algum tipo de elaboração transformadora. Como advertem Gondar e Antonello (2016), o analista está lá no lugar de testemunha e nesse sentido, ele exerce uma função que consiste em suportar, em tolerar o que vem do outro e sobreviver ao relato que por vezes, como ocorre na experiência do SOMA, é difícil e bastante doloroso de ser escutado. Mas, são provavelmente tais momentos que podem ser cruciais para a produção da criatividade e para um distanciamento de situações que anteriormente eram tão traumáticas. Novamente convém sublinhar as ideias de Gondar e Antonello (2013), ao reconhecerem a dificuldade em entrar em contato com os relatos dos pacientes que estiveram frente às situações traumáticas, uma vez que eles “roubam a cena” e, não raro impedem de enxergar o que está ao redor, elementos e potencialidades que poderiam ser cruciais. De todo modo, ainda no entendimento dos autores, a necessidade de lidar com tais momentos turvos, ensurdecedores e obscuros é crucial, pois só em meio a eles é que pode advir o vagalume, a luz e uma mudança.

Duparc (2017), ao discutir em que consistiria o trabalho do psicanalista, recorre à ideia de romance familiar de Freud (1909) e propõe que, na análise, essa relação só é possível a partir do acolhimento das diversidades. Será o cuidado, a disponibilidade e as estratégias utilizadas na clínica que configurarão o que ele nomeou de “romance analítico”. Metáfora utilizada por ele para pensar em uma obra comum construída como possibilidade de cura, um processo criativo e fecundo para lidar com os aspectos de uma realidade concreta e com elementos de complexa elaboração que visam, segundo o tratamento freudiano, a capacidade de amar e trabalhar. A proposição de Duparc (2017) é que, diferentemente do romance familiar, no romance analítico, pode-se supor que o paciente construa para si um romance pessoal que lhe permite adquirir, aos poucos, autonomia e capacidade de sonhar e fantasiar, com o intuito de garantir um bom funcionamento mental que se prolongue para além do término da análise. Para o autor,

essa possibilidade vai além de uma construção narrativa e mitológica, trata-se de incluir os sonhos e os devaneios do paciente, os eventos e o desenrolar de uma vida que ele poderia ter tido caso houvesse condições e um ambiente favorável. Configura-se como uma tentativa de reparo de suas “deficiências” e integração para a sua história que, segundo Duparc (2017), ocorre a partir do encontro entre analista e analisando. Na diversidade do sofrimento dirigido ao analista, defende o autor, existe uma expectativa de melhorar a qualidade de vida e diminuir o campo da repetição mortífera. Afirmiação apropriada para os pacientes do serviço, que se submetem a inúmeros processos de vulnerabilidade e riscos como forma que faz vigorar a pulsão de morte. Assim, ele sugere que a análise poderia ser uma forma dos pacientes adoecidos recuperarem a criatividade que se distancie dos seus mundos habituados à repetição.

O traumático e a elaboração, como se quer sustentar aqui, ganham possibilidades de mudanças a partir do entendimento de que a nomeação configura parte do processo, tanto para a medicina quanto para a psicanálise. No diagnóstico médico o ato de nomear traz vantagens, pois proporciona ao profissional uma diminuição de suas angústias ao reconhecer a doença e encaminhar a um tipo de tratamento e conduta, mas isso como adverte Cathébras (2006), o seguimento pode não ser necessariamente eficaz. Para Cathébras, um diagnóstico pode ter um efeito simbólico e apaziguante, não só para o especialista mas, sobretudo, para o paciente. A nomeação desempenha um papel nada menosprezível para entender o sujeito, ou seja, não deve ser ignorada, pois passa a pertencer àquele que sofre e encontra uma forma de entendimento de si mesmo digna de atenção e cuidado. Ainda assim, previne o autor, a identificação pode ganhar uma dimensão de melhora ou agravamento do mal-estar. Quando se caracteriza um indivíduo com um diagnóstico, isso não ocorre sem consequências, daí a ambiguidade de fornecer uma etiqueta ou um rótulo. Na análise, convida-se o paciente a reconstruir sua realidade subjetiva e o analista interpreta e filtra a história a partir de um diagnóstico e formas de entendimento que proporcionam um novo relato. Essa leitura classificatória na psicanálise, em geral, tende a não ser comunicada ao sujeito, serve para uma compreensão de direção de tratamento. O encontro é uma interpelação destas duas escutas (do paciente e do terapeuta) com a intenção, segundo define Cathébras (2006), de proporcionar sentido à experiência. Ainda a respeito da relação analítica, McDougall (1996) defende o vínculo como uma possibilidade do sujeito experimentar, nos casos mais graves, uma chance e alternativa de transpor em palavras, pela primeira vez, questões advindas de estágios mais primitivos, vividos até então através de descargas

corporais. O trabalho terapêutico tem condições de incluir afetos de raiva, mal-estares e frustrações em estados mais violentos e revividos por meio das separações que o par (analista-analisando) tende a enfrentar. McDougall (1996, p.190), ainda no mesmo trabalho, conclui de forma didática e condensada falando da origem do mal-estar psíquico do paciente, do recurso utilizado no trabalho analítico e os seus efeitos que dão sentido as mudanças:

Cada paciente, utilizando de maneira diferente a tradução complexa e disforme que seu soma encontrou para reagir às mensagens primitivas do psiquismo, revela um drama único e pessoal. Quando o tema dessa peça muda consegue ser relatado pela primeira vez na hipótese do indivíduo e pode passar a participar da situação psicanalítica – porquanto o trabalho da análise é sempre uma história a ser recriada por duas pessoas -, a mente pode finalmente encarregar-se da tarefa de modificar a história psíquica. Assim, o corpo é libertado de suas tentativas repetidas e infrutíferas de chegar a uma conciliação com a dor psíquica.

Nesta tentativa de reconstituição e entendimento do ocorrido, recordo-me de uma das primeiras sessões com uma paciente que ao referir-se aos seus sintomas conversivos me diz: “Não consigo entender os meus espasmos, por que eles começam. Não é porque eu estou tensa, à noite mesmo quando estou na cama relaxada aparecem. E na fisioterapia, quando mexem no meu corpo, eles voltam, chego a ter quatro vezes em um mesmo dia. Cheguei a ter 60 vezes por minuto. Mas, quando eu estou em férias, saio da rotina e viajo com os meus pais, melhora muito. Também, não tenho essa coisa de ficar indo em médicos, as ‘transferências’ (de lugar) são muito menores, não faço muitas ao longo do dia. Apenas para ir para a piscina, para o sofá, tomar banho e dormir. Não transfiro muito”.

A escolha da palavra “transferência” feita por ela, parece bastante fértil. Por ofício, não posso deixar de pensar como sendo extremamente apropriada. Não só para esta paciente que me conta de sua rotina em diversos especialistas, como dos laços capaz de estabelecer com os mesmos e se reproduziu conosco. Pouco depois de iniciarmos o tratamento e tendo decorridas algumas sessões, ao falar de intimidade, me diz: “eu não sei o seu nome”. Eu, já havia me apresentado e conversado com ela algumas vezes, antes mesmo de começarmos os atendimentos. A escolha da palavra ganha ainda mais intensidade no SOMA onde os pacientes, assim como ela, passam de um médico e profissional a outro e as transferências físicas, psíquicas e afetivas são inúmeras. Ou seja, quando esta mulher me diz que em suas férias é menos oneroso, pois

ela tem que lidar com menos “transferências”, tal afirmação sugere reflexões. Deve-se reconhecer que o cansaço decorre, também, das perambulações pelos hospitais e serviços em busca de cuidados. Novamente retomo as expressões de Macedo (2012) a respeito dos inúmeros esforços e estratégias mobilizados pelos pacientes para não lidarem com situações que lhes seriam por demais onerosas. No setor ambulatorial, percebem-se dois problemas na multiplicação de diversos profissionais de forma concomitante: em primeiro lugar, a chance de uma sobreposição das condutas médicas e até mesmo de intervenções contraditórias entre si, dado o desconhecimento que um profissional possa ter do outro. Em segundo lugar, o fato dos que sofrem delegarem a um terceiro a responsabilidade de entendimento de si, com isso eles tendem a ocupar-se menos com as suas dores. Fomenta-se assim uma menor probabilidade de integração. Certamente não é algo vantajoso, pois se corre o risco do sofrimento ser ofuscado, mas não deixar de existir. Portanto, a aposta é quanto menos “transferências”, leia-se menos trocas de profissionais, a maior fecundidade do cuidado. Em alguma medida, isto me faz recordar as expressões ditas por um colega: “quem tem muito médico, no fundo não tem nenhum”.

Volich (2016), empenhado no estudo da questão do tratamento e as suas consequências nas relações faz um alerta para o risco de atuação. Segundo ele, a presença de interferências dessa natureza pode levar especialistas, mobilizados por elementos não analisados, típicos do processo contratransferencial, a reflexos tais como “hipermedicações, excessos de exames e procedimentos, iatrogenias e erros de conduta, rupturas e abandono de tratamento” (p.98), situações típicas aos que chegam ao SOMA. Desse modo, o processo terapêutico com a equipe só é viável quando o paciente já é capaz de depositar confiança e, portanto, reproduzir a dinâmica transferencial com os membros da equipe, ou seja, as pessoas, por ele, eleitas para a “trama relacional e imaginária” (p.101). Em psicanálise o processo só é viável quando são permitidas reedições de afetos, sejam eles positivos ou negativos, pois assim, pode-se colocá-los em narrativas e encadeados na trama de sua história - vivida, como se sabe, em seu próprio corpo, principalmente por seus sintomas, sua doença, seu diagnóstico. Cabe assim ao analista junto ao analisando colaborar neste trabalho de construção e encadeamento. Talvez, uma das maiores dificuldades também seja porque o paciente interpreta estes acontecimentos sintomáticos como cindidos de sua vida, como se fossem independentes.

De acordo com Laplanche e Pontalis (2001), a transferência é o modo atual dos desejos inconscientes se manifestarem. Para Batista (2016), o lugar do médico, professor, psicólogo, também é transferência para a expressão do sofrimento. Segundo a autora, a psicanálise por caracterizar-se como um lugar de fala, ela necessariamente implica numa escuta por parte do outro. No ato de escutar há uma preocupação em identificar os resíduos psíquicos e os elementos não elaborados, pois foram justamente eles que levaram ao adoecimento, isto consiste numa particularidade que instaura novos modos de compreensão da doença. Em casos similares a estes quadros o percurso e a trajetória devem ser contados mais de uma vez, e até por diversas vezes, porque se trata de um processo no qual os pacientes e os profissionais devem ser capazes de estabelecer elos e conexões entre as queixas somáticas e as causalidades psíquicas.

Em 1904, no texto *Sobre psicoterapia*, Freud se refere a Leonardo da Vinci e à arte para diferenciar *per via di porre*, *per via di levare*. Uma distinção entre a técnica sugestiva e a ideia de construções em análise. A primeira, a sugestiva, implicaria em introduzir elementos na sessão, como faz o pintor diante de um quadro, ao contrário da técnica analítica (construtiva), ou seja, nesta última, seria algo similar a um processo de criar uma escultura, isto é, lapidar os elementos já presentes, aflorar o que, por meio da repressão, não encontra acesso e mantém-se fora da consciência. Desde então muitos autores surgiram para repensar, discutir e criar novas estratégias para o tratamento analítico e a compreensão do sofrimento. Talvez a psicanálise atual nem fosse reconhecido pelo próprio Freud que, na época, impunha restrições de tratamento aos idosos, aos portadores de limitações intelectuais e aos psicóticos, pois segundo ele, não se beneficiariam da proposta. As adaptações se fizeram necessárias e, com isso, deram-se até mesmo alguns alargamentos da técnica, haja vista a clínica de Ferenczi com casos graves, e tantos outros. Tais transformações parecem hoje tornar pertinentes uma conciliação entre: *per via di porre*, *per via de levare*. A discussão fora feita por Freud, a partir de uma clínica majoritariamente neurótica e, portanto, o manejo e o *setting* deveriam ser de outra natureza, isto é, não acrescentar elementos novos, pois tal possibilidade auxiliaria na resistência e, provavelmente, elevaria as defesas do paciente. Não significa afirmar que, diante de casos nos quais a neurose não é predominante, o analista não possa fazer interpretações e associações no *setting*, valendo-se e emprestando o seu inconsciente e psiquismo para o paciente sonhar e, assim, construir juntos novas percepções e simbolizações, sem que isso configure uma técnica sugestiva. Pelo contrário, é isto que se observa nos textos e com autores como

Ferenczi, Balint, Winnicott, Laplanche, Green, Ogden, Dejours, Roussillon etc., que se valeram da psicanálise, da observação e da criatividade para a construção de novas questões (Silveira, 2010). A inovação para o trabalho refere-se ao fato de que outros funcionamentos psíquicos apresentam-se e, com isso, faz-se necessária uma conciliação entre o material presente e a dificuldade – por exemplo, de um paciente exprimir emoções, sentimentos e afetos (Spessoto, 2010). Não se trata efetivamente de implementar ou acrescentar algo novo, mas sim de potencializar aquilo de que a pessoa já dispõe. De acordo com Eizirik (2018), é a possibilidade de ampliar a capacidade de pensar, algo que contrarie a “miséria simbólica” ou a “anemia psíquica”, que se sabe ser comum nos dias de hoje em função, dentre outros fatores, da ausência de narrativas e da impossibilidade do sujeito pensar sem ter que recorrer, a todo instante, a uma nomeação e validação externa.

A clínica com pacientes graves, conforme apontou Robinson (2018), em uma palestra não é nada simples, principalmente devido ao fato de que são pessoas que: a) não possuem uma organização interna e, com isso, apresentam dificuldade para lidar com demonstrações e atitudes de afetos e cuidados; b) esperam a todo o momento que alguém lhe diga o que deve ser feito e procuram quem possa ocupar esta posição; c) tendem a mudar tudo ao seu redor antes de aceitar que elas mesmas precisam de transformações – e é justamente por isso que a relação é bastante desgastante; d) apesar de nunca terem recebido afeto e amor, buscam isso a qualquer custo, anseiam por algo que elas mesmas pouco conhecem – ao mesmo tempo, quando recebem algum tipo de demonstração afetiva, tendem a resistir; e) a matriz traumática está presente, portanto, o anúncio de uma catástrofe está sempre por vir. Diante de tais considerações, Robinson ressalta que o analista deve antecipar os riscos e possíveis traumas, pois tendo em vista o histórico do sujeito, ele se colocará em constante exposição traumática como tentativa de elaboração que, em geral, quase sempre fracassa. Emma fazia justamente isso ao se expor no ônibus, na vida sexual etc. Com Flora não é tão diferente a dissociação e o aparecimento das personalidades que ressurgem em tais momentos.

Anzieu (1988) assinala como a contratransferência se impõe em casos mais graves. Segundo ele, dificilmente isto ocorre de modo delicado. Trata-se de uma relação que se estabelece sem pedir licença e maciçamente. Os efeitos podem ser experimentados de duas formas: através de afetos inconscientes reprimidos que dizem respeito a algo mais neurótico que precisou ser sufocado e afastado da consciência ou a partir de afetos mais cindidos, expulsos por meio de atos e agressividade, com pouco

espaço para elaboração prévia. De acordo com Wainer et al. (2012), os sintomas corporais, segundo a teoria freudiana, podem ser classificados em neuroses de angústia e em neurastenia. A distinção entre elas deriva-se do acúmulo de energia sexual que não encontra escoamento e, portanto, não tem condições de circular no psiquismo. Para os autores, nos dias de hoje é possível pensar no excesso como uma quantidade não significada, que não encontra finalidade e mais ainda, não encontra representação e processamento psíquico. Assim, produz-se a angústia no sujeito, notícia de uma não metabolização.

Volich (2010) entende que os quadros psicossomáticos se caracterizam por psiquismos primitivos e, diante disso, as relações também se dão de forma similar, inclusive na transferência. No tratamento, seja ele analítico ou médico, as queixas por parte do paciente referem-se principalmente aos sintomas, denotando a complexa dificuldade em estabelecer um vínculo sólido. A aderência ao tratamento é bastante frágil, há um prenúncio de ruptura que permeia a cena terapêutica e cansaço, sono e outras sensações corporais são experimentadas pelo analista em seu corpo, aludindo a sentimentos e experiências com as quais o paciente não é capaz de lidar, mas que comparecem no espaço terapêutico. Tais comportamentos também são reproduzidos de forma correlata na consulta médica. Justamente em função disso que Volich (2016) faz um novo alerta aos especialistas da saúde: é preciso um trabalho de supervisão e alguém externo à relação transferencial para que se possa conversar sobre estratégias que eventualmente comparecem, dificultando o processo. Tendo como base os elementos, aqui assinalados, admite-se a importância da participação de diferentes profissionais para mobilizar recursos distintos, integrar à equipe e estimular a criatividade e o desenvolvimento relacional e afetivo. O autor assinala ainda, a necessidade de se trabalhar com um *setting* e um enquadre bem delimitado do ponto de vista interno. Isso porque, a todo instante pacientes graves colocam em xeque as regras, os afetos e os sentimentos psíquicos e corporais dos que se disponibilizam a tratá-los. Assim, tendo claro quais são os objetivos e estratégias terapêuticas, isso favorece a manutenção da integridade e da autonomia dos profissionais no cuidar aos pacientes.

Macedo (2012) sugere que o analista tenha condições e tempo de olhar e entender o modo pelo qual o analisando desenvolve a relação com o seu próprio corpo. Para ele, trata-se de um posicionamento distinto, ou seja, antes de estabelecer e lidar com o vínculo entre os dois (analista-analisando) é preciso ter atenção quanto ao estatuto do corpo na loucura psíquica (seja ela qual for) e na vivência destes sintomas.

De acordo com o seu entendimento, esta precariedade subjetiva é consequência de núcleos e aspectos pouco elaborados do Eu. Portanto, trabalhar a relação diretamente sem antes entender e auxiliar o paciente a adquirir recursos próprios provavelmente ocasionará menores benefícios. As formulações do autor me parecem fundamentais, pois tocam em impressões, sensações, metáforas e analogias que por muito tempo se fizeram presentes em meus atendimentos e, inclusive, são referidas nas descrições dos casos. Mesmo depois de observar e obter um pouco mais da compreensão do uso corporal de cada paciente, a sensação de que aquilo que fora construído ao longo do tempo pudesse ruir a qualquer instante manteve-se presente.

Outra imagem que eu tinha com alguns analisandos, sobretudo com Emma e Dolores e, por vezes, com Flora, dizia respeito aos momentos antecessores as minhas intervenções e ao empréstimo o meu psiquismo, tal como sugerem os autores no uso da contratransferência. Remeto-me a cena despertada nestes instantes e encontra similaridade com os momentos em que eu e meus amigos, quando criança, pulávamos corda. Duas pessoas, uma de cada lado, batiam a corda e a terceira, no caso eu, precisava perceber o instante em que deveria entrar e começar a saltar. Qualquer equívoco implicaria em um afastamento e em uma nova observação. Recomeçar. A intervenção, por exemplo, um pouco fora de hora, como quando falei com Emma a respeito de seus amigos e ela sofreu com o corpo, obrigou-me a tentar uma nova forma dirigir-me a ela para que o castelo de cartas não ruísse de vez, já que o terreno parecia incerto. O mesmo poderia ser pensado, pois quase aconteceu com Flora no instante em que propus que os atendimentos ocorressem por Skype em minha ausência. A estratégia inicial foi de fazer um teste em São Paulo, uma chamada online, antes de minha partida. Essa proposição foi uma possibilidade encontrada, assim como com Dolores quando eu me deslocava do consultório para buscá-la no outro extremo e caminharmos juntas, de pular corda ao mesmo tempo, enquanto as outras duas pessoas batiam para nós. A metáfora me parece possível, pois se refere a algo produzido em conjunto, não a uma competitividade ou a uma verticalidade. Conforme muito bem assinalaram Reis e Gondar (2017) acerca da teoria ferencziana, esta rompe com a noção de verticalidade no tratamento analítico. Portanto, a análise consiste em um trabalho mútuo e o recomendado seria que as pessoas permanecessem, para retomar a imagem de pular corda, por mais tempo pulando mesmo que a intensidade, a frequência, o cansaço e o tempo oscilem. Um trabalho de parceria.

É preciso lembrar, ainda que, embora, a parceria se faça presente, o paciente por vezes resistirá a entrar em contato com situações dolorosas. Por isso, a transferência nessa relação também exige do analista sua sobrevivência aos ataques advindos do outro e a criação, aos poucos, de condições para que o analisando veja que a situação não é de todo nociva e prejudicial como acredita ser (Mészáros, 2011). Recordo-me aqui de Emma e de suas agressões dirigidas a mim nos momentos antecessores ou sucessores a minha ausência, ocasionados por férias e feriados. Mas lembro-me também, das conquistas obtidas quando aos poucos ela pôde, com o uso de palavras e numa construção entre nós, entender que apesar disso, me mantinha disponível a escutá-la. Maia, Medeiros e Fontes (2012) realizam uma releitura das manifestações sintomáticas na obra freudiana e reconhecem diferenças nas elaborações feitas ao longo do tempo. Antes de 1900, na fase anterior à fundação da psicanálise propriamente dita, os sintomas neuróticos reconhecidos na clínica freudiana caracterizavam-se por proporcionar ao sujeito um alívio momentâneo para a tensão psicológica que se fazia presente. Assim, a descarga motora servia como alternativa para proteger o sujeito de alguma lembrança imprópria e, mais ainda, dolorosa. A partir da interpretação dos sonhos, ou seja, de 1900 até os anos 20, o entendimento passa a ser de tratar-se de algo ainda relacionado a um conflito e que, para sua elaboração, é transposto em uma linguagem metafórica, ou seja, em um tipo de mensagem a ser decifrada e que porta em si a natureza do mal-estar, tendo origem sexual. A mensagem é enviada ao outro sob a forma de sonhos, chistes, lapsos e atos falhos. Há um tipo de satisfação neste modo de vida localizada no transtorno corporal e, por isso, o seu desaparecimento se torna mais complexo. Tal concepção fez Freud criar o princípio do prazer e o princípio de realidade.

Depois de 1920, como se sabe, e bem apontam Maia, Medeiros e Fontes (2012), Freud imprime uma transformação importante em sua obra: admite que diante da complexidade do desaparecimento do sintoma, mais do que transformar o material inconsciente em consciente – que estaria filiado aos modelos da interpretação – sugere apostar na construção do seu mal-estar filiado a sua história, ou seja, em uma elaboração a ser assumida pelo sujeito. É necessário que ele se responsabilize e encontre um “lucro” de modo a ser capaz de abandonar o sofrimento. A manifestação surge para levar o sujeito ao prazer encontrado na pulsão de morte e de destrutividade, uma tentativa de levar o corpo ao momento inanimado, ao princípio de nirvana. Portanto, com essa nova leitura há no sintoma duas funções simultâneas (Maia, Medeiros e Fontes, 2012): uma mensagem a ser decifrada a partir do sentido oculto e um alívio da

tensão experimentada que gera uma espécie de satisfação ou prazer em meio àquela forma de sofrimento. Muitas vezes, o motivo pelo qual as pessoas não querem resolver o problema e tratar de seu sofrimento pode ser justificado, pois há um nível de satisfação ali obtido superior a exigência de transformação e à idéia implicação necessária para o processo. Conforme Moreira (2015, p. 145): “O corpo, portanto, pede passagem e palavra, e é preciso escutá-lo”. Por vezes, mais do que interpretações, pode-se oferecer cuidado e respaldo para que o sujeito tenha condições de falar de seus déficits, traumas e expectativas. Cabe ao analista adaptar-se às necessidades do paciente, sem que com isso exista um afrouxamento, mas sim uma forma de criar condições para tratar dos elementos neuróticos existentes, aliás, como também sugere Spessoto (2010). Ao analista convém se deixar traumatizar pelo encontro, de modo forma, a obter condições de elaboração das experiências junto ao seu analisando.

Dentre as idéias contidas na proposta ferenciana figura a hipótese de se descobrir a criança que habita em cada um. Todos somos crianças mal acolhidas pelos adultos e, portanto, elas devem ser acessadas para o tratamento ter efeitos. Na experiência do autor, a pessoa que passou por eventos de violências quando jovens foram obrigadas a crescerem de modo abrupto como um recurso de sobrevivência. No entanto, isso produziu marcas importantes e têm consequências evidentes quando estas se deparam com algo traumatizante, pois a possibilidade da mínima organização existente até então ruir é considerável. Assim, a alternativa de acompanhá-las nesta jornada e permitir que esses pacientes reescrevam a experiência pode ser uma nova chance, uma nova inscrição para a elaboração dos momentos prévios e do instante atual (Ferenczi, 1929; 1931; 1933). Conforme lembra Dal Molin (2016, p. 214), “podemos dizer que é tanto a criança quanto o adulto que comparecem à sessão (...) Consequentemente, para o trabalho analítico recomenda-se (...) ajustar-se às necessárias ausências e às necessárias presenças, que fazem o paciente saber que não está sozinho”.

A pesquisa de Schor (2016) investiga os motivos de vulnerabilidade psíquica e às etapas nas quais este mal-estar se desenvolve. A referência a esse texto pode ajudar na compreensão da assistência. O autor remete-se às situações nas quais as crianças viveram o desamparo em decorrência de um distanciamento de seus pais ou figuras parentais. Nesses casos, mesmo diante da precariedade afetiva e dos ambientes que lhes promoveram insegurança, tais crianças para proteger os seus progenitores, tendem a isentá-los da responsabilidade. A consequência disso é o surgimento de defesas complexas para lidar com esses fatos: elas conseguem seguir em frente e se

desenvolverem, mas não sem implicações. O efeito disso, para Schor (2016, p.102), “é o colapso da estrutura psíquica” produzido em três etapas, a primeira como, assinalada, instaura-se a partir da expectativa da criança em proteger os pais – com isso, ela ignora os eventos que se passou e cria defesas para seguir em frente, o distanciamento e o desamparo tornam-se inquestionáveis. Na segunda etapa nota-se uma desorientação e alienação do mundo externo. Observam-se os resultados do desamparo sob a forma de mal-estar, este, em geral, costuma ser o momento cristalizado no qual os pacientes chegam ao SOMA. Ao mesmo tempo, localiza-se aqui uma dificuldade por parte do sujeito de atribuir aos efeitos de sua história o que ele vive hoje. E o terceiro passo assinalado por Schor (2016) e também bastante frequente de notar no ambulatório, é a atribuição de responsabilidade que o núcleo familiar faz, o paciente fica como único detentor de toda a desorganização e não como fruto de uma história que lhe gerou insegurança.

O trabalho analítico pode caminhar, nos casos localizados no SOMA, na direção de encontrar elementos com os quais possa ofertar ao paciente condições de lidar com a imprevisibilidade. Isso porque, se o ambiente se mostra falho desde cedo, há uma tentativa de compensação como um movimento defensivo e um enrijecimento psíquico, uma onipotência para dar conta do que o meio não é capaz de lhe oferecer. Assim, a análise permite, diante de regras, formas de flexibilidade e opções para o sujeito lidar com o desconhecido sem à chance de que isso resulte em fragilidade ou em um novo traumatismo. Segundo Schor (2016), deve-se admitir que mesmo em meio ao sofrimento, existiu uma pseudo-vitalidade. Ou seja, mesmo face a situações adversas e extremamente complexas, elas conseguiram uma vida que parecia minimamente estruturada e com algumas conquistas até se deparar com algum motivo externo que as confrontasse. Tal fato, como referem os pacientes do SOMA, gerou uma ruptura, um abismo onde a história de vida ficou dividida em um antes e um depois, embora eles não sejam, de início, capazes de identificar o que envolveu esta interrupção. Houve, portanto, o que Schor (2016) entende como um processo de sobrevivência psíquica, a criação de um adoecimento que apesar de difícil foi a garantia de uma vida mental ao sujeito.

Também sob a ótica dos textos de Ferenczi (1929) caso a criança não desfrute algum tipo de amparo no seio familiar, ou seja, que não se sinta desejada, ela tende a ficar doente e isso pode levá-la a sucumbir à morte. Tal situação não parece ter sido radicalmente o que se passou com os casos aqui relatados. Quando se deram os

atendimentos no SOMA, os pacientes já eram adultos, e apesar das dificuldades localizadas em suas histórias, e não foram poucas, mas houvera algum tipo de respaldo que lhes permitiu seguir em frente até chegarem ao ambulatório. Mas, ao mesmo tempo, tais considerações ainda parecem apropriadas, tratam-se de pacientes que a partir de um possível erro tendem a reviver as dores de modo intenso, retornar ao uso abusivo de medicações e aumentar as visitas ao pronto socorro e hospitais etc. São recursos, se assim podemos dizer, para lidar com as dores oriundas da alma e de suas experiências traumáticas. O recurso proposto por Ferenczi (1931), novamente, parece ter efeitos na clínica com os pacientes do SOMA, isto é, o de conversar com as crianças ali existentes, com essas fragilidades, nomear os seus sentimentos, sensações e estranhezas e, assim, na posição de analista, a partir daqueles encontros, dar voz a ambos.

Acredita-se que as frases proferidas por mim para Emma (sobre a existência dos amigos) e para Dolores (na proposição da dança) podem tê-las levado a uma cisão e a fazê-las reviver o traumático. Quando isso acontece, o que aparece é o recurso mais primitivo e familiar aos pacientes, o recurso corporal e então, um novo trabalho precisa ser feito para retomar as próprias impressões e experiências e dar palavras e arcabouço ao que até então não tinha memória (Pinheiro, 1995). Os acontecimentos na história de vida desses pacientes são reativados, experimenta-se ali um desamparo, oriundo das primeiras experiências de vida, que colocaram em xeque as relações, os valores e as percepções dos pacientes. Mesmo que de modo breve o acúmulo de energia coloca em risco o processo de simbolização e de coesão do Eu. Sensações de abandono, perda, ruptura e ataque perduram ao longo do tempo. Mais do que um abalo na economia libidinal, conhecida em sintomas neuróticos e advindos de processos nos quais a simbolização é dominante, constata-se frente ao trauma uma ameaça radical à integridade do ego, um curto circuito no arranjo psíquico (Uchitel, 1997; 2001). Ávila (2004) sublinha que o corpo do analista é palco de inúmeras ressonâncias e deve ser utilizado e a participação do analista é fundamental, caso contrário, o sujeito permanecerá na impossibilidade de contatar os elementos traumáticos de sua história e de ressignificar tais circunstâncias. Os investimentos libidinais na análise ocorrerão a partir da possibilidade oferecida ao paciente de encontrar um lugar para expressar-se, de modo verbal e metafórico, o que até então não tinha inscrição e linguagem. Conforme aponta Uchitel (2001) que as dores deixem de ser um mero transtorno e, portanto, uma descarga, para transformarem-se em uma manifestação que ganhe espaço narrativo.

O enquadre para tais casos é fundamental, pois consiste em uma forma de organizar externamente o que até então não encontra condições internas. As regras ali presentes servem como limites proporcionando integrações e contornos as pulsões e experiências vividas pelo sujeito. Para Tanis (2018), o *setting* é a condição emergente para a transferência e, portanto, para a experiência humana, numa clínica como a de hoje, na qual se encontram mais repetições do infantil, precariedades dos sonhos, modelos de atuações e *acting-out*, em que manifestações e apresentações corporais se fazem mais presentes do que representações e relatos. Para que a análise seja promissora, não é possível que o terapeuta imponha suas normas. Ao contrário, elas devem levar em conta o pedido de ajuda específico de cada um e as flexibilizações e concessões que podem (ou não) ser feitas ao longo do tratamento dependem do processo evolutivo que aos poucos a relação vai adquirir (Ferenczi, 1928). Ou seja, toda e qualquer transformação deverá incluir a subjetividade de cada analisando, pois o enquadre serve como um movimento para a análise que auxiliará no rearranjo psíquico (Catani, 2013). Tendo como base a leitura ferencziana e a noção de tratamento num cenário hospitalar, Kupermann (2017, p.66) propõe três formas de atuação ao analista:

- Oferecer hospitalidade acolhendo o sofrimento do doente, por mais impactante que possa ser estar diante da dor do outro;
- Ser afetado pelo paciente, e afetá-lo, facilitando a produção de sentido para a experiência do adoecimento, do tratamento e dos seus destinos – cura ou agravamento –, exercendo sua capacidade empática;
- Dispor da sua saúde, de maneira a estar vivo nos confrontos cotidianos com a morbidez e a morte.

Sem dúvida, as contribuições advindas da teoria de Ferenczi, parecem apropriadas, pois decorrem das necessidades de adaptação e criatividade realizadas (algumas até passíveis de fortes questionamentos – análise mútua, por exemplo), uma vez que a população a quem ele assistia deferia dos pacientes do Freud, ditos neuróticos. Para Granoff (1998), Ferenczi foi quem teve a coragem de fazer a psicanálise, de viver, de experimentar de fato na transferência a criação de Freud. Sob a ótica do tratamento e a aplicabilidade à população de somatizadores, o texto de Bombana & Duarte (1997) traz considerações importantes. Inicialmente realizaram uma retomada conceitual de somatização, pois ele pode sofrer algumas variações significativas no campo científico, a depender do referencial teórico. Para os autores: “A somatização é definida como uma tendência a experimentar, conceitualizar e comunicar estados mentais e desconforto

pessoal na forma de queixas corporais e sintomas médicos” (Bombana & Duarte, 1997, p.65). Assim, como eles mesmos destacam, é pertinente sublinhar que a somatização não equivale ao transtorno somatoforme, ele pode ser um dos tipos, mas não o único da classe diagnóstica de acordo com os manuais psiquiátricos (CID-10, 1993 e DSM-III e IV, 1980 e 1994). Como já se sabe, as escolhas dos tipos terapêuticos são muitas e existem autores que defendem uma posição mais organicista, com a atuação do profissional e uso de medicações, enquanto há quem priorize procedimentos psicoterapêuticos como ênfase, tal como tentamos fazer no SOMA. Nem todos os que trabalham com essa população entendem o sofrimento e o funcionamento psíquico do mesmo modo, dentro do serviço mesmo existem formas distintas de compreensão.

O texto de Bombana e Duarte (1997) descreve que a experiência dos envolvidos no Ambulatório de Psicossomática da UNIFES (PAES) tem um embasamento teórico pautado, sobretudo, nas contribuições oferecidas pela Escola Psicossomática de Paris. Embora o serviço do PAES já tenha sido apresentado anteriormente, considera-se essencial retomá-lo a partir desse momento, para subsidiar a discussão acerca da assistência à população que aqui se estuda. Conforme assinalado por eles, por se tratar de um serviço desenvolvido dentro de uma instituição médica, os pacientes são triados a partir de critérios sintomatológicos e fenomenológicos, mas o tratamento se realiza com bases psicodinâmicas. Dentre uma das propostas terapêuticas, consta o relato de um grupo com frequência semanal realizado por um ano e com a duração de 50 minutos. O critério de admissão estipulado, era dispor de alguma capacidade de elaboração mental de modo a aproveitar o espaço. Não há informações do que seria tal entendimento; talvez seja possível supor que a elaboração mental ou a capacidade psíquica, referida pelos autores, diga respeito a associação que os pacientes consigam fazer acerca de seus sintomas e de sua realidade psicológica, ou mais ainda, talvez a algum tipo de recurso simbólico. A temática a ser trabalhada no decorrer do período de um ano não era pré-determinada e o número de integrantes variou por um tempo até ser definido em sete pacientes. Sobre o relato dos sintomas, de acordo com Bombana e Duarte (1997), este ganhava destaque em momentos muito singulares, como a entrada ou saída de um novo integrante ou quando, após um ano de permanência no grupo, o paciente deveria deixar o espaço. Nos outros encontros falava-se muito mais das relações de vida e das experiências de cada um do que das dores, exceto quando alguém esporadicamente as trouxesse, mas não costumava ser algo frequente.

O modo como os terapeutas escrevem o texto indica uma descoberta importante e uma surpresa, inclusive para eles mesmos. A suposição de que os sintomas roubariam a cena nesta experiência não se confirmou, podendo sugerir o quanto a relação no grupo pode ser frutífera para efeitos subjetivos e para ampliar as representações e o universo simbólico, por vezes, limitados, de pacientes cuja vivência corporal é intensa. Recordo-me aqui, de uma mulher que ao ser admitida no SOMA, frequentou o grupo de recepção e, pouco tempo depois, iniciou em uma análise individual comigo. Ainda que não fosse decisão da equipe mantê-la por muito tempo no grupo, as terapeutas resolveram respeitar a sua solicitação. Para ela, a análise individual permitia entrar em contato com os seus sintomas, a sua história de vida e lhe impunha questionamentos. Já o grupo permitia que ela visse a sua condição e contribuísse eventualmente com o outro a partir de sua experiência. Suas palavras: “lá funciona como uma terapia de espelho”. O relato dessa mulher ganha forças na proposta feita por Cathébras (2006), ao dizer que um tratamento não deve pautar-se apenas em uma vertente psicopatológica como, por vezes, pode configurar-se o atendimento psiquiátrico. A atenção aos sintomas faz-se necessária, mas deve-se incluir também, uma dimensão psicológica e social. O grupo para esta paciente, e tantos outros, recebe uma conotação social, nas quais, trocas de experiências ocorrem dentro e fora da terapia como eles mesmos referem quando criam grupo de *whatsapp*, combinam de sair etc. No instante em que a paciente assinala que a análise é uma possibilidade de se questionar a respeito de sua vida, suas escolhas e ressignificá-las, a perspectiva psicológica obtém destaque, embora possa coexistir nas consultas psiquiátricas e nas sessões de grupo.

De acordo com o levantamento bibliográfico feito por Bombana e Duarte (1997), os somatizadores ou as pessoas com sintomas corporais importantes tendem a apresentar poucas chances de transformações, essas hipóteses podem oferecer conclusões equivocadas de que a psicanálise pouco poderia contribuir, pois elas não desenvolveriam a chamada neurose de transferência. Talvez os equívocos apontados pelos autores possam ser melhores esclarecidos a partir de um retorno aos textos freudianos, como *Recordar, Repetir e Elaborar* e em *Introdução ao Narcisismo* (1914a; 1914b), no qual pondera que a neurose de transferência seria a capacidade de estabelecer na relação com o terapeuta os conflitos infantis experimentados. No entanto, uma inaptidão poderia ser fruto de processo psicopatológico, ou seja, o paciente se encontraria tão investido em si mesmo que não encontra nenhum tipo de abertura para que a sua libido fosse dirigida a outros objetos. Assim, o investimento lógico seria tão

intenso que haveria pouca possibilidade para o tratamento analítico ou para toda e qualquer mudança. É fato que tal tarefa, como se quer sustentar e tentou-se demonstrar até aqui, não é simples. Porém, possível.

De acordo com Dejours (2017), o êxito no tratamento com somatizadores, dependeria de apuração por parte do analista das condições de elaboração do paciente. O autor defende que há um longo percurso a ser vencido para se chegar a uma possível representação da experiência, mas muitas vezes os profissionais tendem, apressadamente, a atribuir o fracasso ao paciente, sem ter fornecido recursos ou identificado até onde o tratamento conseguiria avançar. Defende Dejours que existem casos nos quais há pouca condição de abstração e assimilação dos eventos ocorridos, assim, o sintoma dificilmente adquire uma outra perspectiva que não uma forma a proporcionar alívio importante ao sujeito. Em tais circunstâncias recomenda-se uma terapia de apoio, isto é, ofertada em momentos de crise e com comportamentos e medidas mais ativos por parte do terapeuta. Em geral ocorre em grupo, mas não exclusivamente.

Segundo Bombana e Duarte (1997), a concepção de terapia em grupo, mais do que servir para absorver uma demanda maior comparada a possibilidade de absorção individual em uma instituição, permite aos pacientes se identificarem com os seus pares e sentirem-se mais relaxados do que em um ambiente em que são convocados a falar sozinhos. O quanto essas pessoas serão capazes de absorver e aproveitar o que está sendo proporcionado a elas, só poderá ser avaliado com o desenrolar do trabalho. De qualquer forma, ter condições de observar os efeitos das intervenções e das interpretações, obtidas no grupo, talvez possa ser um caminho, e esta recomendação em muito lembra Ferenczi (1928) no que diz a propósito da adaptação da técnica. Cabe sublinhar que, de modo geral, esses pacientes não são aptos a lidar com os sentimentos que lhes são despertados e, em decorrência disso, talvez a relação transferencial e o tratamento se apresentem como mais complexos. Bombana e Duarte (1997) entende que no grupo, as dificuldades tendem a ser diluídas. A justificativa para o tratamento individual analítico ser mais complexo, segundo eles, é que por parte do analisando tudo é experimentalmente vivido com muita intensidade. Por vezes, o único modo de escoamento é a via somática, a descarga.

McDougall (1996) ressalta a importância das primeiras entrevistas para a avaliação da existência de algum núcleo neurótico naquela pessoa que permita superar a condição atual experimentada. Figueiredo (2008) fala da relevância que a mãe tem para

o bebê, que seria a capacidade de lidar com as experiências e devolvê-las de modo que elas sejam capazes de assimilar, ou seja, a função de maturação e de “digestão” das mesmas. Ou, como diz Zuzman (1994), a mãe faz o esforço de traduzir em experiências simbólicas o que, segundo ele, nos pacientes somatizadores essa função não operou, pois eles vivem as operações corporais mais próximos da ação e da descarga, o que leva supor quase sem nenhuma elaboração. Assim, o terapeuta deve encarregar-se da nomeação das queixas e sintomas corporais. Tal sugestão em muito se aproxima da teoria bioniana com os elementos alfa e beta, conforme assinala Corcos e Pirlot (2011). A dificuldade ou a inaptidão em descrever os sentimentos e o que se passa consigo mesmo faz com que a experiência corporal seja determinante e o conceito de alexitimia ganhe contorno.

No período de realização do doutorado sanduíche tive a oportunidade de manter algumas conversas clínicas com Prof. Christopher Dejours – chamo de conversas clínicas, pois assim as entendo hoje. Na ocasião, gostaria de ter alguém para partilhar as inquietações vividas no SOMA e que me ajudasse tanto a desenvolver o trabalho do ambulatório quanto no de pesquisa, o que, sem dúvida, resultaria em ganhos significativos para minha formação como analista. Ou seja, entendo agora que era mais do que uma supervisão ou mais do que uma conversa de orientação de pesquisa. Tratava-se das duas coisas em simultaneidade. E não era orientação acadêmica. Embora houvesse o desafio da língua, o desconhecimento de determinadas palavras me criavam uma barreira e me provocavam intensa ansiedade, dos breves encontros que tivemos ficaram muitos elementos, ideias e materiais para reflexão. Por vezes, saí do seu consultório um pouco perdida, sendo obrigada a parar na primeira oportunidade, para registrar o essencial dos encontros. A partir dali constatei que: 1) lidei com a impossibilidade de não conseguir falar tudo o que achava necessário; 2) vivi transferencialmente algo similar ao que os meus pacientes vivem em seu dia a dia e em sua análise, isto é, a dificuldade em exprimir sentimentos, sensações e experiências; 3) produzi algumas palavras repetidas que me fizeram refletir sobre a insistência nas mesmas que, claramente, ligavam-se ao fato de não estar operando em minha língua materna, mas também se referiam a algumas questões que eram próprias do caso ou destes pacientes – e que só puderam ser identificadas nos encontros com o professor.

Associado a isso, algo tinha, de alguma maneira se incorporado ao meu trabalho como analista, mas talvez não de maneira muito sistemática para pensar sobre cada sujeito e cada caso. Aprendi isso com o Prof. Dejours, que me esclareceu depois que

relatei o caso de Dolores. Segundo ele, eu deveria valorizar o modo como o paciente apresentava o seu corpo a mim em cada sessão, o que estava em jogo ali e o que ele tentava expressar. A ênfase corporal residia no fato de não se tratar de um corpo do recalçamento, um corpo histérico, mas sim algo a ser construído. Para tal era necessário atenção, pois um corpo não se constitui e não se apresenta de um mesmo modo, em uma casa, em uma cidade, em um país, para um sujeito. Seria preciso indagar-se sobre quais os elementos transmitidos à criança ao longo da vida que permitiram que este paciente, hoje adulto, os incorporasse e, assim se apresentasse. Poder-se-ia pensar que essas marcas acompanhariam o sujeito desde o seu nascimento, pois foi por meio dele que o sujeito foi capaz de reconhecer o mundo e as pessoas. A observação do professor me conduziu a pensar em Groddeck, que propõe no *Livro d'Isso* (1984) que as doenças, sejam elas quais forem, estão implicadas no corpo e que é esse arsenal exprime tudo de um paciente. Para o autor, o corpo representa a expressão de como o paciente age, pensa, anda, se comunica, faz escolhas. No momento em que o instrumento padece (o corpo), o paciente parece se esquecer das articulações existentes, como se desse para dissociar o sofrimento psíquico do sofrimento corporal. O risco nesses casos, seria o médico fazer o mesmo para diagnosticar e tratar. Como diz Groddeck (1992, p.97):

A doença não vem de fora, não é um inimigo, mas sim uma criação do próprio organismo do Isso. O Isso – ou chamemo-lo de força vital, de si próprio ou organismo – esse Isso, do qual nada sabemos, e não reconhecemos senão uma ou outra forma de manifestação, deseja expressar alguma coisa com a enfermidade, ficar doente tem que ter um sentido.

Assim, cabe ao analista disponibilizar-se a escutar, a testemunhar e conhecer a representação, mais ainda, em termos corporais a apresentação. Pois como Freud mesmo insistiria em 1905a, ainda a respeito do tema, a razão para que se fique doente aparece desde a infância e, como ele mesmo ressalta, muitas vezes, consiste na forma como uma criança encontra de obter amor e atenção de seus pais, ao estar doente. O corpo e o psiquismo possuem um tipo de relação que permite, quando necessário, que uma doença ao ser produzida remeta-se de algum modo ao material psíquico, à história e ao sofrimento de cada um. Foi a partir do caso Dora, neste mesmo texto (1905a.), que Freud deu-se conta da impossibilidade de um médico ser capaz de separar de forma tão reducionista o sofrimento psíquico do sofrimento corporal. Todos estes indícios e teorias fazem, mais uma vez, valer a recomendação de Dejours acerca da observação do

corpo na sessão analítica. Do que consigo reproduzir de suas palavras: é importante ver como o paciente tenta, por meio do corpo, entreter e seduzir o seu analista. Isso porque, esse é o modo como uma criança, ao longo da infância, é capaz de obter amor e carinho das figuras parentais – a cena se repete na análise independentemente da possibilidade ou não da representação.

Embora a intenção do SOMA seja a de dar mais ênfase à história do paciente em prol de valorizar o sintoma (o que em alguma medida é uma separação inviável), é necessário admitir que, em geral, o corpo é a primeira forma de apresentação de si. É como ele chega ao serviço e lhe serve como um cartão de visita. Observam-se corpos: retorcidos, paralisados, cortados, feridos, escondidos, deformados por permanecerem meses ou anos na mesma posição, com uso de bengalas ou cadeiras de rodas etc. São inúmeras as formas de demonstração, mas raramente os corpos conseguem passar ali despercebidos, esses exemplos colaboram para pensar em quadros clínicos e funcionamentos mais graves e regredidos do ponto de vista psíquico (Wainer et al., 2012). Nesse sentido, Coelho Jr. (2008, p.98) sugere: “Entender o corpo como o *setting*, independe do *setting* utilizado para o trabalho analítico. Trata-se muito mais de ressaltar o lugar do corpo na análise do que transformar a análise em uma análise *do* corpo ou uma análise *no* corpo, literalmente”. Isso porque, continua o autor (p.100-101): “É com o nosso corpo que apreendemos afetos, que somos penetrados por introjeções e que realizamos projeções (...). É com o corpo, através de sua porosidade que projetamos e introjetamos”. Portanto, para o trabalho analítico, sustenta e recomenda Coelho Jr. (2008, p.103):

(...) colocar o seu corpo, deixá-lo ali para o outro, dispor-se a um contato e uma presença. (...) Oferecer o corpo em sacrifício não é sair atuando com o próprio corpo. É abrir espaço de acolhimento, é se oferecer no pólo oposto da defesa paranóica, enquanto atitude psíquica. No fundo quando me refiro a corpos em sacrifício, penso basicamente em uma necessária disponibilidade do analista para ser usado ou influenciado pelo paciente.

A atenção apurada que o corpo deve receber na cena analítica diz respeito ao fato de que para a medicina ele é sempre o mesmo, enquanto para a psicanálise não. O corpo está em constante transformação. Daí a necessidade de dar valor às palavras do sujeito e ao modo como ele se apresenta na sessão, isto pode ser extremamente relevante para o tratamento. A instituição hospitalar, propõe Blévis (2001), garante um

anonimato, a possibilidade da pessoa começar de novo e estabelecer um laço num momento que provavelmente a vida estava se esvaindo. É o hospital e a terapia que permitem uma nova identidade e a chance de suspender as lembranças dolorosas, como se neste ambiente aos pouco elas pudessem deixar de existir. A análise realizada no espaço institucional também inclui esta busca, uma procura por algo diferente, uma nova história, um novo relato. Mas, apesar disso, elementos do passado e desse mal-estar que o trouxe ao serviço de saúde comparecem. Assim, diante da urgência que se apresenta. Segundo a autora (p.301) cabe “participar do sofrimento de nossos pacientes sem sucumbir a ele, ouvir sem deixar de escutar, compreender sem deixar de detectar o que ainda não entendemos”.

Na análise, diferentemente da psiquiatria, o sujeito construirá um entendimento próprio sobre o que se passa consigo. Trata-se de um autodiagnóstico encontrado com o passar do tempo e com a narrativa de sua história. Quando acontece o mal-estar, portanto o estar mal, de acordo com a compreensão de Dunker (2015), tende a desaparecer ou minimizar-se. Ou seja, ao invés de silenciar – pois em tais casos o resultado é pouco satisfatório, pois o sintoma não desaparece –, o analista convoca o paciente a falar livremente e a partir de seu discurso pode-se encontrar o fio condutor de seu mal-estar que, de início, parece perdido e o conflito encontra-se investido sob a forma distorcida de uma manifestação corporal.

Ferenczi, nos textos de 1928 (*Elasticidade da técnica psicanalítica*) e 1930 (*Princípio de relaxamento e neocatarse*), introduz na psicanálise algumas transformações no que tange à condução do trabalho e, dentre elas, uma extensão da técnica, que permite a confiança no analista. O relaxamento induz quase a um estado de transe, dada a intensidade da regressão para, com isso, produzir recordações antes inacessíveis. Nesse quadro, o sujeito é capaz de falar o que tiver vontade e entrar em contato com as lembranças e os conflitos mais dolorosos. Nas palavras de Dal Molin (2016, p.118), “o trabalho mental exigido pelo trauma é de assimilar o acontecimento ao Eu, integrá-lo às outras experiências vividas pelo paciente dando-lhe sentido e lugar em sua história pessoal”. Casetto (2004) insiste: a dor não é dissociável da mente e da percepção, há uma experiência a ser investigada e compreendida, inclusive para dimensionar o impacto dos sintomas na vida do paciente e as formas como ele vive o processo. As proposições do autor podem ser transpostas para o trabalho realizado no SOMA. Sendo um lugar de formação profissional, não se tem a presentão dos residentes adotarem o modelo teórico-clínico em sua prática. Espera-se apenas que os alunos

adquiram condições de pensar no cuidado e na disponibilidade em ouvir a história dos pacientes, construir um espaço de trabalho onde a escuta e os afetos possam estar presentes e serem acolhidos, evitando “hospitalismos”, atitudes assépticas, internações e procedimentos desnecessários.

Cabe lembrar, como assinala Moretto et al. (2014), que o lugar do psicanalista não precisa e não deve restringir-se somente à atenção e ao cuidado assistencial, mas também deve contemplar uma atuação institucional. Com o tipo de trabalho desenvolvido no SOMA busca-se identificar os motivos pelos quais levou aquele sujeito a peregrinar pelo hospital passando por diversas clínicas, essa busca por algo deve ser esclarecida caso a caso. Na vertente institucional, sobretudo num hospital escola, como é o caso do HC, ensinar aos alunos que a palavra é importante e a ela deve ser dada a devida atenção, é imprescindível. Para a futura atuação dos residentes esse aprendizado. Clinicar, como se sabe, diz respeito a inclinar-se na direção de quem sofre. Isto pode e deve contemplar muito mais do que exames e prescrições medicamentosas, mais ainda para aqueles com quem as atitudes rigorosamente objetivas costumam surtir pouco efeito (Simonetti, 2015).

Assinala-se ainda o processo de inquietação e queixas constantes feitas todos os anos pelos residentes, que não compreendem ao certo a função e o papel a ser desempenhado por eles. Existe um aspecto inegável ligado à formação dos médicos – já discutido em outro trabalho (Catani, 2015) – que cada vez mais prioriza o tratamento farmacológico. Mas há uma realidade própria com esta população que torna a situação mais complexa: à ausência de um “protocolo” ou de algum modelo efetivo para tratar. Tal como já foi mencionado, foram estes elementos, dentre outros, que contribuíram para a origem da pesquisa. Talvez até o momento, as respostas a serem oferecidas aos residentes acerca da participação deles, ainda sejam insuficientes para sanar as inquietações. Elas têm sido construídas ao longo dos anos, mas hoje é possível afirmar que, dentre as atribuições a serem desenvolvidas pelo psiquiatra tem-se a de preparar o paciente para uma terapia individual. Muitas vezes ele chega ao serviço bastante resistente à possibilidade deste tipo de encaminhamento. Em contrapartida, o espaço das consultas com os residentes não é suficiente para lidar com o sofrimento. Parece assim, fundamental que o tratamento ocorra nestes dois espaços, com o psiquiatra e com o psicanalista. Inclusive porque, a existência das consultas permite tanto à atenção às questões médicas e orgânicas que podem surgir, quanto à possibilidade do sujeito encontrar formas distintas de estabelecer novos vínculos que são o cerne terapêutico e

quem sabe, para transformação do sintoma. As duas relações caracterizam momentos diferentes, tanto no que se refere à função de um atendimento psiquiátrico (mesmo sem prescrições) e da análise, quanto nas transferências estabelecidas em cada um dos espaços. É impossível prever, *a priori*, o tipo de mobilização e de laço que será desenvolvido, mas a experiência confirma que, encontro é bastante distinto.

A valorização dos processos de construção de narrativas tem obtido, ao longo da história das ciências humanas, o respaldo de diversos teóricos, embora também encontrem objeções até mesmo dos que recorrem a elas sob outras formas, como a das entrevistas, por exemplo. Procurar conhecer a vida do outro mediante seu relato nos coloca diante de sentidos introduzidos *a posteriori* e linearidades que não se fazem presentes no momento das experiências. Tal objeção estava indicada por Pierre Bourdieu em seu artigo “A ilusão biográfica” (1986). O alerta não pretendia invalidar o recurso, mas sugerir que seria preciso acautelar-se sobre a questão. Muito antes, Walter Benjamin (1933) havia já ponderado sobre a força instituinte dos relatos do outro para a transmissão de experiência, lamentando que o hábito de contar estivesse se tornando rarefeito. Lê-se mesmo isto em “Experiência e pobreza” (Benjamin, 1933). A questão torna-se o núcleo de expressiva parte da obra de Paul Ricoeur, que analisa extensamente o relato, o tempo, a memória e a história. De toda forma e, a despeito das diferenças, as obras desses teóricos convergem no reconhecimento do papel estruturante dos relatos para as experiências de vida e já sugeriram importantes questões para os estudos sócio-históricos, políticos e psicológicos.

Ao lembrar aqui tais fatos, pode-se chamar a atenção para a ausência, muitas vezes constatada, na história das pessoas que são atendidas no SOMA, de alguém que narrasse para elas, crianças, os acontecimentos da vida e das gerações. Tal ausência parece concorrer para um tipo de funcionamento mental marcado por defasagens e precariedade na identificação dos próprios sentimentos e sofrimentos. Nesses casos, observam-se poucas figuras, quando presentes, que poderiam ter feito tal papel, esta função de tradução dos eventos ocorridos. O recurso à construção de uma narrativa permite oferecer um lugar para o sujeito, um lugar psíquico em sua história, no mundo e na construção de um espaço para si mesmo. Quanto mais tardio um episódio e maior amparo dos cuidadores, menor a chance de tornar-se potencialmente traumático, pois ainda que os episódios possam ser intensos, acredita-se que existiria maior condição e recurso para lidar com eles. Talvez seja viável afirmar que, para a grande maioria dos que frequentam o ambulatório, o processo foi exatamente o oposto.

Cabe mencionar um caso relatado no qual o homem atendido encontrava-se há alguns anos incapacitado de andar. Iniciou análise em 2016 e vinha obtendo avanços a olhos nus do ponto de vista da relação com o seu corpo, com o seu sintoma e com a sua mãe, com quem tinha uma experiência bastante simbiótica. Grosso modo, a terapeuta, que era mais velha, pareceu ocupar uma posição maternal demarcada nas perguntas por ele formuladas para saber mais a seu respeito: se ela tinha ou não filhos, se era casada, como eram os seus relacionamentos etc. Já com a residente que o atendia na ocasião, a transferência desenvolveu-se em uma tentativa de parceria, assinalada por situações mais eróticas e sedutoras. Nas palavras do paciente: “eu sei que não vou conseguir, mas minha vontade era andar e que você me visse bem antes de ir embora”²⁵. Nesse sentido, a multiplicação de espaços e de vínculos que podem colaborar nas transformações e nas oportunidades de lidar com novas experiências, “mais satisfatórias”.

Para esses casos há um consenso sobre a importância do uso da contratransferência e das construções em análise, tal como nomeado por Freud. De acordo com Wainer et al. (2012), o modelo metapsicológico que auxilia o tratamento com uma população similar ao SOMA leva em conta os seguintes eixos: quantidade não significada por déficit no processamento psíquico, déficit de angústia sinal e representação, dissociação psique/soma, pontos de fixação pré-edípicos, falhas maternas na decodificação de emoções, defesas fundamentais: curto-circuito entre ato e soma, desafio, cisão, recusa, descontentamento/desafeto, perturbação no processo de pensamento limitando a capacidade de sonhar e fantasiar, patologia narcísica. Cabe assinalar que o trabalho analítico em grupo, como alternativa para lidar com tais psiquismos, aos poucos vem recebendo maior destaque no ambulatório e efeitos e ganhos começam a ser observados nos pacientes. Esse tipo de modalidade mostrou-se importante e permitiu que eles contassem com o apoio uns dos outros. Tem funcionado como um efeito espelho, ou seja, a partir do contato adquire-se condições de perceber sua própria condição, bem como criar empatia. Com isso notam que estão numa situação complicada o que, em geral, os mobiliza para tomar algum tipo de atitude de modo a permitir uma transformação ou, então, notam que a sua condição é melhor do que supunham de início e se percebem implicados também para ajudar. A análise

²⁵ O exemplo serve para explicitar o que diferentes profissionais são capazes de mobilizar em um tratamento. Reconhece-se que a situação explicitada não equivale a dizer que a terapeuta ou a residente possam ocupar apenas esta posição na transferência. Tal como dito por Freud (1937b), as mobilizações nas relações com o outro são inúmeras, o que permite que no tratamento a mesma pessoa possa fazer papel/função de pai, mãe, filho, namorado, irmão, amigo etc.

individual, por vezes, pode ocorrer de forma concomitante. Apesar do assinalado aqui e do reconhecimento das vantagens adquiridas, não será feita uma discussão detalhada da terapêutica de grupo, uma vez que não participei enquanto analista dos grupos. De qualquer forma, convém ressaltar uma experiência observada em Rennes, no estágio no Centre Hospitalier Guillaume Reigner (CHGR). Lá havia um grupo de fotolinguagem realizado semanalmente por uma psicóloga e um enfermeiro. Ainda que não fossem pessoas com diagnósticos de TS e sim quadros de depressões graves e tentativas de suicídio, os ganhos e as capacidades de auto-percepção que eles adquiriam eram notórios, desenvolvendo recursos para construir e projetar a sua história ao olhar para imagens por eles escolhidas. Os pacientes conseguiam, pouco a pouco, nomear sentimentos e contar fatos que antes eram difíceis de serem identificados ou relatados sem a presença das fotografias. Percebeu-se também o interesse de um pelo outro e em saber mais acerca do que era contado. Os terapeutas do PAES (UNIFESP) já haviam mencionado que para eles, este tipo de prática, tinha se mostrado bastante frutífera.

A inclusão da palavra parece complexa nesses casos, a psicanálise muito tende a contribuir com a sua escuta e adaptação e flexibilização do enquadre a partir da demanda e necessidade de cada um e, em cada relação, pode ser produtiva e mais ainda recomendada (Ferenczi, 1928). Conforme lembra o autor tais concessões não podem ser feitas de forma superficial. É preciso garantir segurança tanto por parte do paciente quanto do analista. Uma capacidade de proporcionar *holding*, acolhimento e amparo é importante, deve-se reconhecer que nesse tipo de clínica (Wainer, 2012, p.46, tradução nossa) “(...) a exclusão somática é a saída (curto circuito) frente ao déficit de representação (...)” e será justamente a possibilidade de incluir os afetos “(...) que permitirá a ligação e o processamento psíquico (...)”. Esta proposição me leva a considerações que já venho partilhando com a equipe de que, a ausência ou o breve diálogo entre os profissionais da equipe na clínica somatoformes / somáticos pode ir além de uma mera dificuldade de comunicação e, aludir também, às modalidades do funcionamento psíquico desses pacientes que, tendem a experimentar os seus afetos de modo um tanto cindido. Sustenta-se que esse tipo de comportamento é fruto da realidade psíquica dos que sofrem; em contrapartida, reconhece-se que, se o objetivo é cuidar e tratá-los, é preciso agir de forma distinta daquela que caracteriza o funcionamento da vida emocional deles. A articulação, portanto, dos que os assistem é uma forma também de permitir essa ligação e favorecer o processamento psíquico, conforme aponta Wainer et al. (2012).

Há aqui o intuito de articular sistematicamente a história clínica – a existência dos sintomas – à história de vida, pois acredita-se que isso possa ser uma direção importante para o tratamento analítico. Sabemos que a regra da abstinência é extremamente importante para a análise e configura-se de forma bastante distinta de uma ausência ou um abandono. Trata-se de um recuo, um passo atrás, para que as ideias, o sofrimento, o sentimento e os afetos do paciente tenham condições de se manifestar (Ferenczi, 1930). Relembrar que a isenção do analista é o espaço por ele oferecido e manejado, de modo que o sujeito seja capaz de expressar e ser ouvido, parece pertinente é importante. Mas, deve-se levar em conta que sua vida tem um histórico marcado justamente por ausências, privações e abandonos. Nesse sentido, mais uma vez, Ferenczi (1920) parece relevante para ajudar a contornar tais impasses, pois ressalta que a neutralidade e a abstinência em nada se parecem com a passividade; pelo contrário. E, com isso, diferentemente do que pensava Freud (1910) ao entender que a contratransferência é um obstáculo a ser superado, a clínica em casos graves, a partir de Ferenczi (1932) e outros analistas, ganha uma outra perspectiva, possibilitando a ampliação do trabalho para o tratamento analítico na inclusão do analista como participante e potência.

O casal Baranger (1961) e Baranger (1992) apresentam o analista como participante da relação terapêutica, ativo na produção de ideias que dão lugar a uma fantasia dual (analista-analisante) a partir do inconsciente. Esta produção independe da neutralidade mantida por parte do analista, trata-se de algo complementar que só pode ser produzido e experimentado a partir daquele encontro, daquelas pessoas. Hebbrecht (2016) descreve a figurabilidade e o momento alucinatório que envolve a sessão, como um sonhar acordado que permite uma compreensão e inteligibilidade do sofrimento e permite colocar em palavras, dar representação ao que até então estava irrepresentável. Figueiredo (2008) sustenta a necessidade de uma presença implicada e presença reservada que permita ao analista deslocar-se entre a posição de apresentação e apagamento, estando lá como ‘pessoa real’, mas proporcionando um acolhimento que permita fazer emergir o que é mais particular do analisando. Como se sabe, aquela ‘pessoa real’ (o analista) ocupa um lugar transferencial que o paciente decidiu colocá-lo e que diz respeito a questões instauradas e presentes em seu psiquismo. Em outro texto, Figueiredo (2014) propõe o cuidado como uma via para habitar e compartilhar as percepções e sensações do que se apreende do mundo.

Como recurso terapêutico para casos graves, ainda aponta Bismuth (2016), mais do que esperar ou fazer operar a atenção flutuante, trata-se de colocar em prática a contratransferência, um uso perceptivo e alucinatório do analista, são veículos fundamentais, tendo em vista que o paciente encontra-se incapacitado ou restrito de associar livremente. No entendimento da autora, a escuta é eficiente, pois ela é capaz de destituir o tempo invólucro do trauma, de forma que as partes negativas que envolvem tais circunstâncias, tenham condições de ser, pouco a pouco, elaboradas. Assim, não se trata na nomeação de falar pelo outro, mas sim, de emprestar o psiquismo para frutificar o tratamento e às palavras e os afetos que estão inacessíveis.

É difícil falar em eficácia psicoterapêutica. Célérier (2003) recomenda conhecer as fragilidades do paciente de modo a protegê-lo de descompensações psíquicas. Pergunta-se o autor: como o analista vai dizer se a resposta, as associações, do outro estão corretas? As atitudes são contextualizadas na transferência-contratransferência. Com isso, eventualmente, o que pode ser apropriado a numa relação noutra pode ter menos sentido ou parecer descabido. De que modo valorizar o mundo imaginário, as fantasias, os sonhos, o humor e as palavras? Na tentativa de responder a tais questionamentos, Puskas (2017) ressalta que para um tratamento analítico cabe ao terapeuta buscar intervenções que apoiem o paciente para desenvolver compreensões acerca de si, de seus desejos e a compreensão do modo pelo qual as suas escolhas estão implicadas com o seu mal-estar. Ao analista seria apropriado criar atitudes que favoreçam a sua criatividade e o processo terapêutico para caminhar nessa direção. Correr riscos, improvisar, saber que cometerá alguns possíveis erros e conseguir se beneficiar com eles, estar aberto a experiências e tolerar a ambiguidade são marcas importantes para o trabalho. Ainda de acordo com o autor, terapeutas mais flexíveis, reflexivos e atentos aos seus estados emocionais, curiosos e em constante processo de aprendizagem são pessoas que, de modo geral, tendem a ter resultados mais favoráveis com os seus pacientes, pois estão emocionalmente mais disponíveis para o outro, sendo capazes de rever suas técnicas e analisar de que modo transformar a relação em algo mais proveitoso para ambos. Tais características, sem dúvida, são essenciais para o cuidado humano.

6.3. A ECLUSA, O PSIQUISMO, O ANALISTA E ALGUMAS ELABORAÇÕES

Em 2017, me instalei em Rennes (França). Já tinha estado lá em duas outras ocasiões (em 2010 e 2011) para participar de congressos. Trata-se de uma cidade próxima a Paris, o que me possibilitou ir e voltar à capital sem grandes custos ou complicações. O município conta com uma boa universidade, sendo uma cidade bem menor (mais de 200 mil habitantes), embora seja a capital da Bretanha, o que me permitiu uma experiência bastante distinta da que tivera até então em São Paulo. De fato, a experiência logo se confirmou muito enriquecedora e permeada por novidades. Seminários, aulas, bibliotecas, supervisões, trocas psicanalíticas, estágio no hospital, entrevista com pacientes, intercâmbios com profissionais, imersão na língua francesa, descoberta de bibliografia inacessível no Brasil, jardins, parques etc.

A região escolhida para passar boa parte do meu lazer não era tanto onde os moradores e turistas chegavam com os seus barcos, lembrando uma modesta Amsterdã, se assim se pode dizer, até porque o local situava-se um pouco mais distante de minha residência. Optei por ficar mais próxima de onde morava, num bairro não tão distante do centro e de fácil acesso à universidade e à vida cultural. Próximo ao apartamento havia um belo jardim de referência e, na rua de trás, passava o canal. Um pouco adiante praticava-se caiaque, pesca e, na trilha que seguia ao lado do canal, as pessoas faziam caminhadas, corridas, andavam de bicicleta, levavam os filhos e cachorros para passear. Em parte desse percurso era possível ver as engrenagens que permitiam controlar o fluxo de água que iria desembocar no rio. Mudei-me para lá no verão e permaneci no outono, até quase a chegada do inverno, gostava de sentar-me nos bancos e apreciar o movimento das águas e ver as pessoas indo e vindo.

Neste momento vale uma breve digressão, que me parece importante para a compreensão das aproximações que se quer aqui propor. Quando estava na quarta série do ensino fundamental fomos em uma excursão de estudo do meio para Ibitinga e Barra Bonita (interior de São Paulo) para conhecer e entender um pouco sobre o rio e o funcionamento das eclusas, conteúdo que era lecionado nas aulas de geografia. Dessa viagem restaram-me algumas lembranças, dentre elas dois postais, justamente da eclusa. Mais de 20 anos se passaram, até a permanência em Rennes, o lugar que me permitiu reviver tais registros. Nas estadas anteriores na cidade, não tivera esta chance. O contato com essas reminiscências coincide com a preocupação relativa à tese: como conceber e

desenvolver o tratamento dos pacientes que frequentam o SOMA, inclusive do ponto de vista analítico? Há anos atendia os usuários do ambulatório e era contagiada, invadida por seus sofrimentos, suas histórias, seus mal-estares. Algumas análises, já haviam sido finalizadas, no serviço, por mim e por outros profissionais.

Um dia, correndo pela beira do canal em uma manhã de sábado, fria e ensolarada, com a temperatura próxima a seis graus, com a sensação do vento cortando meu rosto, sou invadida por uma ideia e uma analogia que me despertou a ansiedade de ter nas mãos papel e caneta (curiosamente, não escrevi ao longo destes meses no computador, voltei com páginas e páginas manuscritas). Queria registrar um *insight*, cuja possibilidade de vir a desaparecer me apavorava. Depois de horas contemplando o canal, o rio, as águas, as engrenagens, reproduzirei aqui a compreensão que tive na época: Talvez a função do analista com estes pacientes, e eventualmente com outros cujo funcionamento seja similar do ponto de vista psíquico, deva ser a de permitir-se contaminar – inundar – no contato com o outro, no relato com os pacientes, com a sua história, com a narrativa que ele constrói, com as lembranças que surgem, com as sensações e sentimentos em nós despertados, com o corpo que se apresenta diante de nós de forma adoecida, com a forma com que isto é escutado, o que é escutado e com o testemunho. Ou seja, deixar que os conteúdos, as angústias e aflições do paciente afetem o analista, que ele se deixe invadir pelo que está diante de seus olhos, para que pouco a pouco torne-se viável a partir do uso de comportas e válvulas, calcular a quantidade de água suficiente para possibilitar o trânsito de informações e conteúdos necessários. Em outras palavras, assimilar o que foi contado, as sensações e impressões vividas naquela relação, de modo que se torne viável e aceitável para ser devolvido ao outro.

Cabe lembrar que os pacientes e usuários do SOMA são pessoas que ao que tudo indica tiveram que lidar com uma quantidade de energia excessiva que, o seu aparelho psíquico não era capaz de absorver, fosse por falta de maturação psíquica ou por traumas e eventos externos (abusos, violências físicas e psicológicas, privações de afetos etc). De qualquer modo, todos estes processos se deram desde muito cedo e impediram a assimilação do fato, gerando uma inundação e devastações que promovem dificuldade de escoamento a *posteriori*. O contato com o analista e com a equipe no SOMA, onde os profissionais exercem funções e espaços complementares uns aos outros, oferece assim as chances de ter novos vínculos, diálogos, relações e percepções que pouco a pouco possibilitam drenar suas inundações. Como num rio e num canal, a proposta é que este sistema funcione devolvendo condições para extrair o melhor

daquele processo e propiciando condição de trânsito, força para seguir em frente, escoar aquela energia e gerar outras formas energéticas. Como nas eclusas e nos diques, existem variações que ocasionam momentos de maior ou menor turbulência, mas julga-se que a partir desse processo as águas fiquem menos turvas e os períodos de calmaria sejam maiores, mesmo diante de situações mais traumáticas. Como disse uma vez o meu analista: “é preciso enxergar além da arrebentação”, mesmo nos momentos mais dolorosos.

Embora tivesse lido Freud e os *Três ensaios sobre sexualidade* (1905b), não me recordava, na ocasião, de que este se valera dos diques para referir-se à educação sexual e as suas pulsões. Segundo ele, ao longo do desenvolvimento, os sentimentos de asco, repulsa, vergonha servem como drenagens para escoar as tensões sexuais existentes nas crianças. Isso porque, como elas precisam encontrar um meio de aliviar essa tensão e energia, tais sensações são assim transformadas em atitudes socialmente aceitas. Pouco tempo depois, ainda em Rennes, li o texto de Christophe Dejours (1989), que remetia à ideia freudiana dos diques, com uma análise extensa a respeito desta metáfora. Para o autor, o desenvolvimento do corpo erótico seria o resultado de um diálogo entre o corpo e as funções oferecidas a partir dos cuidados corporais da criança pelos pais, sobretudo na forma como o corpo é manipulado entre os 3 e 5 anos. É nesse período então que os moinhos e os diques serão construídos e, ainda que possam existir mudanças, o rio sempre estará presente, embora passível de inundações. A metáfora possibilita pensar em um melhor funcionamento e condição do aparelho que permita suavizar o corpo fisiológico a partir do escoamento de energias psíquicas. Nas palavras de Dejours (1989, p.122-124, tradução nossa):

(...) o moinho representa o aparelho psíquico; a paisagem rural nos arredores do rio representa o corpo, o leito do rio, os canais de irrigação que ele alimenta, os seus braços e as suas bifurcações representam o sistema nervoso central; a corrente fluvial e a energia da água representam a excitação que é transmitida pelo sistema nervoso central e vai até os órgãos. Não apenas uma parte da energia mecânica do rio é derivada e subvertida para fabricar a eletricidade, mas, além disso, os dados ecológicos se transformam em agricultura, assim como a economia rural e até mesmo em geografia física. De tal forma que um processo essencialmente funcional no início – escoramento subversivo – têm consequências que se materializam. A própria geografia física se transforma. A subversão libidinal leva a mudanças anatômicas. O psíquico chega por intermédio da contenção a cristalizar-se, a organizar-se e a se anatomizar...”.

Supõe Dejours que podendo ocorrer essa transformação no rio com o auxílio externo, ela seja comparável a uma subversão da libido cujas consequências podem ser os adoecimentos. Inundações e catástrofes podem vir a ocorrer e em tais circunstâncias, em casos mais graves, o corpo é vítima de somatização. Em razão de uma desorganização da economia erótica. Observa-se que toda esta explicação auxilia, e muito, a compreender processos de adoecimento tais como os que investigamos. Ao me valer das observações sobre a eclusa, aproximo-me das figurações usadas por Dejours e creio que nossos entendimentos convergem e a soma de suas análises (funcionamento psíquico e função do analista) auxiliam a compreensão da questão que aqui interessa. Aponto isso, pois me parece que, se os moinhos servem para pensar as energias, a relação do sujeito com o corpo e as excitações, a eclusa me permite imaginar a função que o analista pode exercer para lidar com os excessos. A convergência adquire assim uma dimensão importante aqui.

Ainda no anseio de validar e melhor compreender a metáfora que me ocorrera ao observar o canal, pareceu-me necessário recorrer a textos técnicos para fundamentar o alcance do recurso à figura. Foi assim que localizei a dissertação de Silva (2015), um mestrado na área de engenharia, no qual o autor afirma que os sistemas de eclusas das hidrovias possibilitam que os desníveis sejam superados e que, ao longo do processo, possam fazer com que passageiros e mercadorias se integrem. Para ele, é de suma importância “(...) conhecer antecipadamente datas e horários de passagem pelas obras de engenharia [pois isso] contribuirá para eliminar e reduzir as incertezas (...)” (p.97). A aproximação entre o processo hídrico e a função do analista parece bastante pertinente, uma vez que o terapeuta pode permitir que a partir do vínculo e do que é vivido entre analista-analisando, que este adquira condições de reescrever as impressões e experiências de sua vida. Não se pode apagar as consequências e o impacto dos eventos difíceis e extremamente traumáticos, mas é possível transformar o modo de vê-los e lidar com eles. Trata-se de admitir uma nova posição, uma forma de integrar os personagens, os protagonistas, os eventos, os passageiros e as suas mercadorias, ou seja, todos os que passaram em sua vida e, assim, o marcaram. É claro que um conhecimento prévio e técnico no esforço de lidar com os riscos e as experiências que serão vividos é fundamental, tanto no que se refere a cada embarcação quanto com cada paciente. Mas faz-se necessário reconhecer que (sujeito ou embarcação) carrega dentro de si um peso, um material, uma história, e é justamente essa distinção que permite lidar melhor ou pior com os fatos ocorridos, que exige mais ou menos controle externo e amparo etc. Ou

seja, mesmo que se conheçam antes alguns elementos daquele modo de adoecer e dos sintomas somáticos, só é possível ter conhecimento no momento em que o paciente entra em contato conosco. Ainda assim, é fundamental saber de antemão que são pessoas traumatizadas, extremamente machucadas desde cedo e que os seus corpos são a confirmação deste cenário. Mesmo que a situação deva ser encarada de forma individual, é possível saber um pouco do roteiro e da paisagem: é o que permite, inclusive, uma espécie de aproximação.

Para justificar a relevância da sua explicação ao referir-se às hidrovias Silva (2015) realçou a necessidade de conhecimento dos sistemas e seus modos de funcionamento para regular o embarque. Sem a intenção de tornar o psiquismo um sistema objetivável, quer-se valorizar o caráter frutífero do conhecimento a respeito das técnicas e de algumas modalidades de entendimento do adoecer. Conhecimento vital para as relações que serão estabelecidas com os pacientes. É claro que não há condições de se preparar para a maioria dos riscos e imprevisibilidades, mas estar advertido pode auxiliar o analista e permitir que ele proporcione respaldo para o paciente ter condições de usufruir de seus recursos disponíveis, de suas faculdades e potenciais para seguir em frente de forma menos traumática e menos turva. Admite-se que essa população e por isso a metáfora parece ainda mais apropriada, invade e exige do analista um trabalho constante de elaboração e de lidar com os excessos de conteúdos e de sofrimento. Uma inundação presente, em geral, a quase todo o momento neste tipo de clínica. Deve-se saber de que forma escoar a água, evitar transbordamentos desnecessários e devolver o conteúdo que o seu paciente despeja, de forma gradual de modo a garantir ganhos progressivos.

Gondar (2017) sustenta que existem, em geral, diversos modos de mal-estar e que para cada um é necessário um tipo de trabalho e de escuta. Nos casos mais graves, mais corporais e menos metafóricos, torna-se possível considerar que o sujeito “(...) não completou todos os seus passos necessários (...)” (p.33) do ponto de vista do desenvolvimento, ou seja, ele não teria vivido as fases apontadas por Freud como oral, anal e fálica. Tais constatações levam os analistas a cogitarem subjetivações, portanto, mais distanciadas do campo da neurose. Mas adverte, como já havia feito Ferenczi, que isso contribui pouco para pensar na terapêutica, pois em geral, mesmo os mais neuróticos oscilam e tendem a não seguir todo tempo os modelos e a regra da livre associação, impondo ao analista a sensação de estranhezas. Em tais casos, quando o tratamento não repercute de forma produtiva, pode ser que a dificuldade esteja do lado

do analista, que não se dispôs, talvez, o suficiente para acolher e entender o mal-estar. Diante de tais formas de adoecimento, a autora recorda as recomendações feitas por Ferenczi, em 1931 e 1932, sobre a importância e a necessidade da análise. Será por meio do encontro com as suas maiores dificuldades e zonas cinzentas, como menciona Gondar, que os profissionais e analistas irão adquirir condições de acolher e realizar o trabalho analítico. Justamente porque não existe um modelo que assegure este contato, salvo a possibilidade de conhecer melhor a si mesmo e suas zonas fragmentadas. Essa via permite maior condição de escutar o outro e sentir os afetos advindos daquele encontro, sem que com isso signifique ser ou tornar-se igual ao paciente. Mas sim, deixar aflorar o que for necessário e frutífero para o tratamento e o que se produziu na subjetividade do analista a partir daquela sessão. O que não significa que tudo deva ser dito. não se trata disso, e sim da capacidade de discernir, utilizar e falar quando preciso silenciando nos instantes apropriados.

Com pessoas nas quais o trauma, o desmentido e a violência operaram, mais do que falar ou interpretar, torna-se importante construir uma atmosfera favorável, tal como aponta Gondar (2017) para cada uma, de modo que ela consiga confiar e ter acesso aos conteúdos clivados. As condições que possibilitam o acesso são imprevisíveis, mas podem, eventualmente, ser favorecidas pelo tom de voz, da emoção experimentada ao ouvir um relato do paciente, de um olhar, de uma postura corporal etc. As referências realizadas pela autora me lembram da figura da eclusa e dos moinhos. Por vezes é preciso que o analista se deixe inundar por aquele encontro, pelos afetos, sem que isso deva significar inundar o paciente, mas, sim poder exercer a sua função e dosar a quantidade de água, de afeto, de nomeação e de interpretação. Talvez, arrisco agora a dizer, tenha optado pela escrita da tese nessa forma que agora parece tão expositiva, talvez para deixar aflorar parte de minhas angústias, aflições e dificuldades, no anseio de que isso consiga repercutir inclusive para o desenvolvimento do meu trabalho clínico. Talvez devêssemos recuperar as considerações de Fendrik e Jerusalinsky (2011, p.09): “O trabalho do psicanalista não é apenas atender pacientes, mas também tratar de entender e questionar os efeitos dos discursos sobre nossas vidas...”. Ou seja, é impossível separar os atendimentos e os efeitos por eles produzidos em nossas vidas, somos influenciados a partir do que vimos, ouvimos e dissemos. Trata-se de um efeito de ressignificação constante dos fatos, experiências, desejos e fantasias com nós mesmos e com o que partilhamos com os nossos pacientes e com o que deles recebemos. Assim, também se constituiu a tese.

Todas as mágoas são suportáveis quando fazemos delas uma história
ou contamos uma história a seu respeito
(Hannah Arendt, 2000, p.188, citando Isak Disen)

7. O PSICANALISTA NO HOSPITAL, ENTRE A PSIQUIATRIA E A PSICANÁLISE: O QUE TRATAR QUER DIZER

Alguns dos desafios enfrentados na elaboração da tese só se configuraram como tais depois de meses de escrita. Dentre os desafios estava o de discutir como se poderia entender, no horizonte da psicanálise a caracterização subjetiva da população estudada. Decerto as definições psiquiátricas não seriam suficientes, mas sem dúvida, são relevantes aqui pois é a partir delas que se caracterizam os encaminhamentos no ambulatório. E é na interação com elas que se delineiam possibilidades para a via psicanalítica no caso institucional específico. E isto embora nem sempre haja consenso nem dentro da mesma equipe, entre psicanalistas, psiquiatras, residentes, neurologista, fisioterapeuta, por exemplo, sobre a origem do sofrimento dos que chegam ao SOMA. No que tange às definições psiquiátricas, os critérios são ali descritos, ainda que especialistas ressaltem que os sintomas somáticos e os transtornos somatoformes sejam diagnósticos fronteiros, isto é, entre transtornos que agrupam elementos da objetividade e da subjetividade. Ou seja, são formas de nomear e identificar o mal-estar que podem ser vistas como “uma doença que não o é, embora seja”, filiações da histeria, exclusões por outras doenças, questões psicológicas afetando fundamentalmente a condição clínica. Pela proposição da escrita desta tese reunimos diversos elementos teóricos advindos dos textos científicos e de um esforço de pensar com os autores as questões que aqui interessam. Confrontamo-nos com leituras das experiências e da trajetória clínica que foram sendo construídas ao longo destes anos. É possível que outros modos de identificar e tratar o sofrimento, outras condutas e direções se delineiem de formas distintas, mas esta é uma questão atrelada às diferentes maneiras de compreender a subjetividade.

A ciência moderna aponta para uma prática rotineira na clínica médica sustentada por exames laboratoriais, isto é, constata-se algo a partir do resultado de um recurso tecnológico e encaminha-se ao especialista. No SOMA, observam-se pessoas que, embora não sejam consideradas hipocondríacas do ponto de vista psiquiátrico, vão frequentemente aos médicos em busca de tratamento, diagnóstico e decifração de suas angústias. Ou seja, reproduzem tal comportamento mesmo que não satisfaçam os critérios necessários para a definição do transtorno ansioso de doença. A forma de expressão para os médicos e os especialistas se dá por estas vias, mas nota-se que, o

pedido vai muito além da eliminação dos sintomas. As demandas de acolhimento, atenção e escuta caracterizam estes pacientes, ainda que muitas vezes não tenham consciência disto. Mas, a forma de operar e a prática de solicitação de exames irá fazer crescer os prontuários, mas o que vem da história de vida das pessoas fica obscuro e sem informação. O sintoma torna-se a descrição e a biografia do indivíduo. O mais torna-se lacunar Aillaud (2011).

Já se chamou a atenção para o fato de que, de modo geral, quando o sujeito adoece, tende-se a observar o negativo e as limitações que uma doença impõe (Soussan, 2014). Mas, sugere o autor, é preciso admitir que ela introduz um novo ritmo, uma nova intensidade e sensibilidade que até então estaria adormecida. Em seu entender, os sintomas e dores oferecem drama à história do sujeito e mais do que questionar o drama caberia compreendê-lo, sem colocar em xeque o sofrimento do sujeito. Convém ressaltar que a memória inconsciente inscreve-se em ato, numa substituição à palavra, ou melhor se poderia dizer, por meio de uma linguagem específica. Um tipo de palavra diferente do discurso habitual, mas que traz especificidades ao trabalho da psicopatologia e da psicanálise e que, certamente, pode contribuir para o meio médico e para uma interlocução possível. Como forma de acenar para os avanços que a psicanálise ainda pode vir a oferecer Tanis (2006, p.315) explica,

A psicanálise hoje, mais do que em outros momentos da sua história, deve lidar com uma questão de fronteiras. Fronteiras não são territórios tranquilos, envolvem ameaças de invasão, fantasias persecutórias e também curiosidade, sedução e até o risco de perder a própria identidade. Em contraposição a uma postura defensiva ou de confronto face aos itens acima enumerados, faz-se necessária uma estratégia de diálogo, de discriminação das especificidades de atuação, da busca de interlocução com os diferentes campos de saber, resgatando a importância da sua contribuição.

A leitura de Tanis, no excerto, permite lembrar que tratar os TS e correlatos em muitos sentidos é operar nas fronteiras. Da psiquiatria, da psicanálise e muitas vezes por opção aproximando-nos de outras. Um mal de fronteiras quanto à sua nomeação e quanto aos modos de receber tratamento.

Aillaud (2011) pondera que a medicina se encontra em um momento extremamente técnico e avançado cientificamente, o que contribui, em alguma medida, se deixe de considerar questões elementares ao tentar dar conta do sofrimento do sujeito. A psicanálise tenderia a oferecer uma escuta e uma atenção ao mal-estar de cada

um, apurando as repetições, as palavras e cenas que insistem em se apresentar. A proposta analítica, neste sentido, vai na contramão do que a prática médica instaura nos hospitais, já que esta última insiste no diagnóstico e numa prontificação em responder pelo paciente, o que se passa com ele. O médico ganha grande autonomia e poder e a pessoa perde a voz e deve recorrer a ele a cada instante, quando qualquer coisa em seu corpo ou em seu psiquismo lhe provoca algum tipo de estranheza. Dentre as dificuldades encontradas pela psicanálise consiste na ausência de um protocolo, o que exige um tempo de atenção muito maior para a compreensão do um mal estar e o que deverá ser feito. Outro problema é que praticamente não se encontram estudos que avaliem a eficácia desta técnica de cuidado, dando a falsa sensação de que seria muito mais onerosa do que qualquer outro tipo de proposta terapêutica.

Dentre os desafios enfrentados aqui, encontra-se a dificuldade em transcrever parte da minha experimentação e de meus colegas ao longo destes anos de serviço. Vivi o anseio de delinear e ser fiel às minhas inquietações clínicas. Do que se trata, como se trata e o que se trata em cada caso e em um serviço de atendimento à população nomeada por transtornos somatoformes e sintomas somáticos. A tese privilegiou algumas diretrizes em sua estruturação para o enfrentamento dos problemas: a) como os sistemas classificatórios definem os Transtornos Somatoformes (TS) e os Sintomas Somáticos; b) como são possíveis aproximações entre as duas categorias e a leitura psicanalítica; c) como os profissionais de outras instituições lidam com estes mal-estares; d) como na condição de analista do ambulatório e pesquisadora, tratei e entendo a subjetividade destes sujeitos.

No decorrer da investigação, em meio a muitas aflições, acreditou-se que a partir da interlocução com os outros e as visitas às instituições, questões como a da definição do tratamento, do tipo de evolução e dos critérios de alta ganhariam respostas. Tal não ocorreu. Observou-se que as angústias presentes na assistência a esta população também eram partilhadas por outros colegas da saúde mental. Julgava-se, a princípio, que a inexperiência no campo seria responsável pela dificuldade de traçar critérios de alta mais seguros, de refletir acerca de até onde ir no tratamento com um paciente etc. Diante de tais problemas, muitos profissionais optam por se afastar, em decorrência da impotência e dos sentimentos hostis que despertam, mas os que permanecem se veem convocados a agir com criatividade e se percebem implicados subjetivamente. A disponibilidade do profissional e o investimento a ser feito no tratamento com os seus

pacientes, para a criação e a construção de vínculos e a imersão de afetos, configura-se a possibilidade tratá-los.

Ao longo da tese descobri ser preciso relatar minha prática clínica, inclusive para integrar esta reflexão com todas as dúvidas ao estudo sobre os TS. Parte do apaziguamento das aflições só foi possível à medida que se concretizaram as reuniões do grupo de orientação, as sessões de análise, as supervisões, as conversas com colegas, a busca de teóricos que, de algum modo, entravam em ressonância com as minhas experiências e assim me auxiliavam. Ou seja, não localizei receitas, prescrições e respostas. Foi preciso ir pouco a pouco construindo minha escuta e meu modo de entender os sofrimentos. Aos poucos pude reconhecer o meu despreparo para lidar com os casos. Além disso deve ter colaborado, para o sentimento de não saber o que fazer, a suposição de que os casos nomeados de TS e Sintomas Somáticos na psiquiatria fossem os mesmos identificados na psicanálise como histérico. Acredito que essa incerteza pode produzir equívocos na direção de tratamento e cuidado. Também devido a isso parecem importantes os esclarecimentos e as aproximações entre a psiquiatria e a psicanálise para este transtorno.

Diante das discussões clínicas não é raro escutar de algumas pessoas: “este é histérico”. É verdade, algumas vezes, são de fato, mas não é o habitual no serviço. Sustenta-se aqui, após anos de experiência e leitura, a complexidade dos pacientes e, para além do diagnóstico e da heterogeneidade, o que os reúne no serviço, não é a histeria, mas o reconhecimento de viverem em função dos sintomas corporais, pautando a sua rotina a partir dos mesmos. E também a presença de eventos traumáticos, ocorridos desde cedo na vida. O resultado de tal realidade traz um tipo de subjetividade bem diferente da dos histéricos e que exige formas de cuidados diversos. Com isso, interpretações mais abstratas nas relações e no tratamento analítico com o paciente tendem a não ser frutíferas. Em geral, o trauma deu-se num instante precoce e não houve quem fizesse a transcrição e o entendimento das relações, de nomeação dos afetos experimentados. É provável que, por existirem pessoas no serviço com as quais o trauma ocorreu um pouco mais tarde, as relações e vínculos pareçam mais sólidos e a apreensão menos concreta. Toda essa heterogeneidade o diagnóstico e os diálogos entre os profissionais oscilarem e parecer que a histeria, os quadros psicossomáticos, os transtornos somatoformes e sintomas somáticos possam, todos, equivaler às mesmas formas de entendimento. Nota-se ainda uma pressa, também por parte do analista, em identificar as modalidades de mal-estar, com isso, no anseio de apaziguar a angústia e

nomear os fenômenos observados, rapidamente se escuta dos psicanalistas: “é histérico” ou “é psicossomático” como se não existisse tempo para o entendimento. Reconhece-se a necessidade de uma compreensão da subjetividade que auxilie na direção do tratamento e nas formas de intervenções. Ao mesmo tempo, uma leitura acerca da natureza do sofrimento (neurose, psicose e perversão), como já alertavam os textos freudianos, deve ser feito sob transferência o que não ocorre em um primeiro momento.

Os esforços para tais esclarecimentos decorrem, fundamentalmente, da escrita da tese e da prática encontrada no SOMA, onde o linguajar psiquiátrico e psicanalítico comparece a todo instante. Para os autores dos sistemas classificatórios, cada vez mais distantes da psicanálise, termos que possam guardar algum tipo de filiação com a mesma não configuram uma preocupação cotidiana, ainda que possam estar presentes na escrita do manual. Quando da elaboração do mestrado preocupei-me em compreender quais eram os diálogos reconhecíveis entre as circunscrições da histeria e as do TS sem dúvida, os esforços me forneceram subsídios para as considerações atuais e para o enfrentamento de questões que, por vezes, comparecem nas reuniões clínicas e nas dúvidas dos residentes – nas discussões acerca das especificidades dos funcionamentos mentais e das diferenças entre neurose e psicose convém discriminar quais perspectivas e discursos estão sendo mobilizados. O da psiquiatria ou da psicanálise? Refletir sobre como se trata e o que se tratar é entender que a objetividade escapa e as descrições da histeria ou da psicossomática contribuem, embora possam não ser suficientes.

A redação dos casos clínicos exhibe muitas diferenças entre si. Durante um tempo foi cogitada a possibilidade de refazê-los para uma maior aproximação entre si mas, conforme assinalado, a decisão em manter a forma aqui apresentada atende à vontade de realçar como a pluralidade, os modos de adoecimento e a complexidade como me atingiram e me atingem enquanto analista. Além disso, conforme assinalado os sintomas vividos pelos pacientes são bastante diferentes entre si, mas não se pode ignorar semelhanças entre si. Embora a psicanálise seja o cerne do discurso admite-se pelo fato de estar em uma instituição médica a necessidade de concessões e definições do ponto de vista da admissão e das propostas a serem feitas. Para o paciente receber, hoje, assistência no ambulatório, no momento da avaliação de triagem, na investigação do diagnóstico de sintomas somáticos, observa-se também se ele se encaixa nos critérios, por nós estabelecidos, do ponto de vista objetivo e subjetivo. Isto é, se exhibe um histórico de doença/sintomas menor do que dez anos, pois a experiência demonstrou

que muito mais tempo de história clínica do sintoma torna difícil a chance de plasticidade e de transformação, pois o quadro já estaria bem instaurado e bastante crônico. Tenta-se, de início, averiguar o interesse e o comprometimento do paciente para se tratar. Nem sempre é possível apreender a mobilização nas primeiras entrevistas, mas com conversas mais sistemáticas pode-se observar o empenho e dedicação as proposições oferecidas, sobretudo na frequência às consultas e sessões marcadas. Sem dúvida, os critérios aqui enumerados são parte dos requisitos a serem cumpridos, mas reconhecem-se dificuldades, concessões e adaptações são examinadas a cada caso.

Embora não se pense na constituição de formas fixas que norteiem o tratamento e se tenha presente os problemas que cercam, a hipótese de generalização das proposições aqui elaboradas, algumas observações devem ser feitas. Ao formalizar a experiência vivida no ambulatório e as contribuições possíveis, do ponto de vista analítico, constata-se que a própria continuidade de um serviço cuja diretriz para os casos de sofrimentos psíquicos é a psicanálise e ao lembrar que a inserção do ambulatório está numa instituição organicista, pode-se reconhecer que os efeitos do trabalho estão ocorrendo. Tais constatações pretendem dar conta de que em número significativo de casos houve uma transformação dos sintomas, algum tipo de reintegração social e alterações nas formas de relacionamento. Aspirar à construção de regras a partir daí seria o avesso da psicanálise, porém não reconhecer e tentar partilhar as reflexões seria também restringir o seu alcance.

Para além do que se disse, o que parece permitir pensar numa generalização viável entre os casos dos pacientes do SOMA é o recurso à noção de *trauma*. Embora a idéia do trauma seja em psicanálise bastante extensa, ela permite – dentre tantas outras – uma interlocução entre a psiquiatria e a psicanálise ao afirmar com os diagnósticos de Transtornos Somatoformes e de Sintomas Somáticos, que a produção dos sintomas seria derivada, em alguma medida, da presença de “violência física, violência psicológica, privação de afeto”. Defende-se que o traumático (reunião de eventos) promoveu obstáculos para o paciente traduzir e identificar o que se passou em seu psiquismo para desencadear o sofrimento. Restaram um mal-estar e a dificuldade em construir relatos e descrições não filiados aos sintomas corporais. Na busca de compreensão de si, muitas vezes as pessoas não encontram ecos para escutar as suas dores porque os profissionais da saúde, em geral, nem sempre estão preparados para identificar tais necessidades. O resultado de tal processo é a propagação de encaminhamentos, afetos hostis gerados entre os médicos e pacientes, exames e procedimentos em função das diversas queixas

proferidas. Em linhas gerais, os pacientes do SOMA vêm buscar algo para reestruturar o que outrora em sua história estava minimamente ordenado. Isto porque, mesmo existindo problemáticas e questões precoces resultantes em fixações libidinais, verificadas anos mais tarde, há um evento marcante e desorganizador na vida de cada um. Nem sempre tal fato é passível de ser explicitado plenamente pelo próprio sujeito e ele mesmo pode não ser capaz de identificá-lo. Em seu relato, observa-se a marca de um antes e de um depois da presença do último sintoma. Por vezes, escuta-se dos pacientes que “estava tudo ótimo até isto aparecer”; “não tive nenhum problema na infância ou quando jovem”. Estes são alguns dos exemplos, mas à medida que o tratamento avança e o vínculo se fortalece, os eventos mais complexos ou delicados são mencionados. Talvez a dificuldade em localizar o ocorrido com cada paciente, inclusive para eles mesmos, ganhe melhor entendimento na palavra das autoras Gerhardt et. al. (2016, p.38): “Usamos nossa mente para falar do corpo. Usamos o corpo para expressar nossa mente. Corpo e mente mostram-se como um *continuum* difícil de saber onde começa um e termina o outro”.

Do ponto de vista do cuidado médico, no SOMA, os atendimentos consistem na possibilidade de tratar de sintomas e transtornos a partir de medicações, bem como em observar exames clínicos se necessários. Anualmente pedem-se exames gerais de sangue, pois determinados tipos de medicações, exigem monitoramentos constantes para saber como estão os resultados sanguíneos, proteínas, vitaminas, hormônios etc, ou seja, é preciso também estar atento do ponto de vista clínico, apesar de a condição do paciente seja fundamentalmente agravada por questões psíquicas. Tais aspectos, merecem ser destacados, pois no SOMA já tivemos uma paciente há alguns anos em seguimento, ela costumava ficar bem inquieta e alegar mal-estar, mobilizando a todos. A partir de um determinado momento foram observados sintomas como falta de coordenação grave, paralisias e sintomas de depressão não condizentes com o seu quadro clínico anterior. Decidiu-se pedir alguns exames para entender a condição clínica e constatou-se uma deficiência significativa de vitamina B12 exigindo providências imediatas. A articulação com outros profissionais também é fundamental para evitar incoerências na forma de estabelecer o tratamento e a fim de garantir uma de proposta condizente evitando situações ou medicações que se sobrepostas umas às outras ou conflitantes entre si. Parte do processo depende de poder contar com o auxílio do serviço social que, não funciona com exclusividade para o SOMA, mas sim para o instituto inteiro.

Além disso, o residente em psiquiatria tem um papel importante como a pessoa que faz aflorar e mobilizar outros aspectos e vínculos não limitados à assistência das terapias de grupo ou ao tratamento analítico. O fortalecimento e uma maior articulação entre os profissionais que ali se encontram é sempre um desafio. Ainda que não se tenha discutido muitas questões ligadas à dimensão institucional do trabalho no SOMA vale ressaltar, nesse momento, que a organização das ofertas de cuidados no ambulatório tem demonstrado um bom potencial. Um trabalho de grupo com familiares e acompanhantes, conforme já explicitado, o trabalho corporal, a assistência dos residentes, o grupo de recepção e entendimento da demanda e de criação do vínculo, as reuniões clínicas, as supervisões e a entrevista com toda a equipe quando o paciente chega ao ambulatório, tudo isso faz as especificidades da instituição. Configuram-se como recursos determinantes para o trabalho e para a clínica. De qualquer forma, ainda parecem funcionar pouco articulados entre si ou com articulações variadas a depender dos profissionais e das proximidades e identificações entre eles. A multiplicidade de especialistas dentro da mesma equipe, pode ser encarado como um aspecto positivo, já que permite uma agregação de diferentes formas de entendimento do sofrimento psíquico. Em contrapartida, reconhece-se a produção de uma fragmentação que pode ser encarada como parte da patologia dos pacientes do SOMA, mas também como decorrente de uma dificuldade de diálogo. Há anos cogita-se, entre nós, da possibilidade de um analista institucional para apontar os ensurdecimentos e impasses vividos na equipe, mas reconhece-se uma resistência que não permitiu, até então, por em prática o projeto – somado ao fato de sermos majoritariamente uma equipe de voluntários, o que implicaria em um custo concreto para a vinda deste profissional. O esforço da escrita permitiu identificar todos estes elementos que configuram potências e fragilidades para a existência e continuidade do SOMA.

Embora as discussões no interior da própria equipe também se configurem como fundamentais, é preciso atentar para os riscos quando isso falha. Há não muito tempo, no SOMA, tivemos uma paciente que experimentou reflexos desta desarticulação. Isto porque, do ponto de vista psiquiátrico e com as informações que ela mesma levava às consultas, o residente e o psiquiatra assistente optaram por dar alta, entendendo que o tratamento no serviço já teria cumprido a sua função. A percepção de ambos era a de que ela estava estabilizada e reduzira boa parte dos sintomas corporais, não comunicava mais as angústias nos atendimentos e as medicações prescritas poderiam ser providenciadas na rede onde continuaria assistida. No entanto, o conteúdo trabalhado na

terapia analítica de grupo demonstrava o contrário, ainda que ela se reposicionasse de outro modo e fosse capaz de, pouco a pouco, retomar algumas atividades e criar novas, que não estavam filiadas à rotina médica, a alta parecia ser uma decisão prematura do ponto de vista psicológico.

Dois eventos chamam a atenção: primeiro, a falta de comunicação e segundo, o fato de que a própria paciente nada tenha falado para as terapeutas sobre a decisão por parte da equipe médica. Diante da falha de comunicação, ficou claro que ela ainda não estava preparada e nem se sentia com autonomia suficiente para enfrentar uma separação e desfazer o vínculo. O receio de que uma conduta médica ou intervenção psicanalítica fossem vividas pelo paciente como abandono foi confirmado. O resultado disso foi que, ao iniciar as primeiras consultas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sentiu-se desamparada. Voltou a apresentar comportamentos regressivos e a desenvolver sintomas conversivos como, dificuldade em ouvir o que estava sendo dito. O problema da audição parece bastante coerente com a situação que ela vivera. Observa-se, a partir deste exemplo, que a alta hospitalar se impusera como algo que ela não podia admitir e então, se viu impossibilitada de conversar a respeito ou de protestar. Sem dúvida, a paciente estabeleceu (algo muito frequente) uma cisão entre os profissionais, de forma a depositar e confiar funções diferentes no espaço médico e analítico. Cabe ressaltar que uma melhor articulação entre a equipe poderia ter minimizado o problema, que acabou por fragilizar o que fora construído ao longo do tratamento. Ainda assim, reconheceu-se com esta paciente a sua capacidade de expor no grupo o seu incômodo referente à alta médica. Antes, mencionar qualquer tipo de insatisfação parecia-lhe impraticável. Houvera, portanto, uma conquista a este respeito, não sem custo, a surdez fora uma novidade. Diante dos fatos, a decisão tomada agora, em equipe, foi a de que ela continuaria no SOMA até que pudesse apoderar-se de seus ganhos. Não se excluiu que a alta fosse ocorrer, mas foi preciso reconhecer o desamparo e o despreparo ali presentes e começar, a partir de então, a trabalhar a separação e o ganho de autonomia com esta mulher. A partir de então, ela está mais ciente que o término está em processo (mesmo que isso seja dito logo de início e ao longo do tratamento, em geral as pessoas tendem a ignorar), não é algo distante, mas também, sem dúvida, vem sendo melhor preparado e articulado.

Quanto os efeitos e aos benefícios que uma intervenção em conjunto pode produzir, Freitas, Werebe, Bartorelli & Fráguas (2011) demonstram, a partir de um caso, a transformação e a segurança que a equipe pode proporcionar a uma paciente que

antes se sentia desamparada, com pensamentos suicidas constantes e com sintomas de somatizações sempre presentes. O quadro teve justamente uma reviravolta significativa quando a terapeuta dirigiu-se aos médicos alertando a necessidade de que ela fosse vista com mais frequência, sendo tal sugestão acolhida. Aos poucos teve a capacidade de trazer mais queixas subjetivas e falar de seus medos, desejos e anseios do que ficar apenas restrita às queixas físicas; isso contribuiu para a melhora dos sintomas. Para o tratamento do paciente, o que se imagina como possibilidade e como parte do processo para que eventuais objetivos sejam alcançados, é a sua participação no grupo de recepção e, posteriormente, em algum outro tipo de terapêutica (individual ou em grupo). Dada a lógica analítica peculiar ao tratamento os índices de melhora e progresso não são protocolares. Espera-se que a avaliação e o entendimento se façam caso a caso.

Outro fator importante refere-se à atenção que se deve ter para com a saúde mental dos residentes, algo sobre o que se tem refletido. Muitos ficam mobilizados pelo tratamento dos pacientes, pelas sensações de impotência, pela sensibilidade ou identificação com a história de quem eles acompanham ao longo do estágio, como já se trabalhou no capítulo *Como a psiquiatria trata o transtorno*, mas também em outras passagens do texto. Alguns sem dúvida são mais sensíveis e preparados que outros. Ao longo de toda a residência eles enfrentam situações bem complexas e, com o SOMA, isso talvez assuma grande intensidade, pois as consultas possuem regularidade o que faz com que sejam trazidos elementos pessoais para além dos sintomas, acrescentando-se que é no primeiro ano do programa de pós. Muitos acabaram de sair da graduação e tiveram pouco contato com os pacientes, a não ser no internato na faculdade. Os próprios alunos criaram um grupo junto aos preceptores para partilhar as angústias particulares vividas ao longo dos anos de residência. De nossa parte, no ambulatório, há já um bom tempo nos colocávamos à disposição caso algum deles achasse necessário, mas entendíamos ser algo delicado e poucos se valiam disso, embora necessitassem. O trabalho de mentoria recém-implementado caminha como forma de lidar com isso, pois o SOMA e sua proposta convocam os residentes de uma outra forma e muito mais intensa. Trata-se de uma relação mais próxima para que os residentes possam ter um analista na equipe de referência. Também é preciso destacar o fato de cada turma experimentar o estágio de maneira distinta. Há quem já tenha ido procurar terapia depois de se deparar com o sofrimento dos pacientes e não saber o que deveria fazer. Mas, quando este tipo de providência é tomada, ocorre com os alunos mais sensíveis e disponíveis à escuta psicanalítica.

A intenção não é transformar os residentes em analistas, mas levá-los a partilhar a ideia de uma escuta e um acolhimento do sofrimento do outro como cruciais para a própria clínica e garantindo assim, mais do que a simples prescrição do remédio. Observar e entender o que acontece com a vida destes pacientes para além dos sintomas é algo esperado em decorrência do estágio no SOMA. O impacto dos pacientes nos profissionais, sobretudo no início da experiência, é significativo, pois as pessoas ali tratadas solicitam demais. A psicanálise, a partir de seu recurso de escuta e atenção talvez possa contribuir psiquicamente com os especialistas atuantes em casos graves, principalmente em instituições hospitalares, onde a morte e os limites se impõem a todo o instante e se exige, acima de tudo, a realização de metas e de resultados. Formas de garantir a prevenção do adoecimento parecem fundamentais e, aqui, queremos indicar a relevância de tais questões mesmo sem poder nos deter nelas, no momento.

Outra preocupação importante refere-se à cautela que a ser imposta ao trabalho para evitar que, por uma “falha” na terapêutica, o sujeito reviva os seus traumas. O que se teme é um efeito iatrogênico e equivocado da nossa atuação a partir da qual os traumas e as dificuldades sejam representados e encenados sem qualquer tipo de finalidade, a não ser solidificarem as angústias. Um dos motivos para se acreditar que isso poderia ocorrer reside no fato destas pessoas convocarem, muitas vezes, o analista a sair de sua posição, levando a refletir acerca da distância e das implicações necessárias para cuidar de cada um, sobre as inovações no *setting* analítico e neste caso, também na contratransferência.

Alguns profissionais compreendem o tratamento destes pacientes a partir do discurso médico, entendendo que a análise deva resultar na remissão de sintomas. Ainda que isso possa ser um dos resultados obtidos no processo terapêutico e confirmado na prática, adverte-se que essa não é a preocupação majoritária no SOMA, pelo menos não para todos. Quando se diz que o trabalho tem contribuído para uma redução de buscas médicas e clínicas, bem como de procedimentos invasivos, pensa-se numa transformação dos sintomas e do discurso em geral do próprio paciente. É com isso que se defende situações favoráveis à criação de narrativas que possam refazer a história dos que padecem e se veem ancorados nesta realidade sintomatológica. A possibilidade de rememorar, recriar e contar sua história proporciona condições e descolamentos da história clínica para uma dimensão biográfica. Pode-se proporcionar também uma articulação entre ambas. Observe-se que também não parece viável admitir que a noção de sintoma em uma prática clínica hospitalar possa ser ignorada, até porque este parece

ser o recurso para a chegada ao ambulatório e a transposição de mal-estares que merecem maiores esclarecimentos e significação. A experiência com estes pacientes e a escrita da dissertação, na ocasião, concorriam para alimentar uma expectativa de entender como se trata a população que sofre desta forma e do que se trata exatamente. Existia ainda uma falsa compreensão de que ao entender o diagnóstico psiquiátrico e as nomeações oferecidas pela psiquiatria para transtornos somatoformes e sintomas somáticos, as inquietações quanto às formas de assistência seriam atenuadas, mas pouco a pouco foi ficando cada vez mais evidente que, não era verdade. Entender o sofrimento, as nomeações do sofrimento dessas pessoas e as características de seu adoecimento são parte fundamental do processo, mas não suficiente.

A teoria, o contato com os pacientes e o processo de escuta permite, aos poucos, construir algumas considerações importantes que não digam respeito exclusivamente a tais pacientes que são assim identificados, segundo os manuais psiquiátricos, por Sintomas Somáticos. Todavia, as considerações aqui assinaladas talvez devam ser pensadas também para outros sujeitos em nos quais o trauma e a precariedade do vínculo estejam presentes. A falta de uma figura importante que fizesse uma nomeação à criança é algo digno de nota, e é justamente nesse sentido que Ferenczi tem tanto a contribuir, uma vez que é o primeiro teórico da psicanálise a colocar o analista em cena, de modo mais ativo. O manejo analítico, dentre outras funções, se encarrega de evitar que novos traumas sejam formados, o que, sem dúvida, não equivale a dizer que estes não comparecerão à sessão, pelo contrário, será necessário conversar e até mesmo que o paciente atue os seus traumas na relação terapêutica, para repetir questões e circunstâncias advindas do processo de adoecimento. Ainda assim, tais estratégias não permitem que o analista negligencie os traumas de seus pacientes: para superá-los ele pode valer-se das palavras e possibilitar que sejam construídas narrativas de cada uma das experiências dolorosas, de modo que elas ganhem algum tipo de construção e saiam do irrepresentável. É nesse sentido que é complexo pensar em tempo de tratamento, uma vez que o processo se dá por meio da transferência. Ao longo do tratamento dos analisandos Freud (1920) se dá conta do movimento de compulsão à repetição e do fato deste processo se impor continuamente, instaurando-se como uma resistência. A partir de tais constatações ele se vê obrigado a reescrever a teoria das pulsões, por dar-se conta de que havia uma satisfação no sofrimento, algum tipo de prazer era retirado dali e tornava mais difícil a transformação. Ou seja, não havia muito a possibilidade de

construir narrativas e entrar em contato com as experiências dolorosas para o sujeito sem encarar que havia um caráter ambíguo.

Com Ferenczi, a técnica psicanalítica é transformada no intuito de buscar outros modos que não o tradicional da interpretação e associação livre, pois nestes casos mais graves os resultados tendem a ser menos satisfatórios. Na formação do narcisismo auto-erótico, onde haveria pulsão de vida e princípio do prazer, cria-se também o processo oposto – portanto, uma auto destrutividade também é desenvolvida e dificulta o trabalho de conferir ligação e de atribuir sentido. Trata-se de um movimento pulsional que gera o desinvestimento objetal e com isso, cria-se um risco não apenas à vida psíquica, mas à integridade física do próprio indivíduo (Rosenberg, 2003). Para o autor, pensar nessa concepção é o que nos ajuda a entender a submissão feroz dos pacientes a diversos exames e a situações arriscadas, até com os seus próprios sintomas. Há a criação de uma dependência médica de que é bom ir aos médicos, ter a saúde investigada e estar sempre a par do que se passa com o seu corpo. A medicina moderna incentiva tais comportamentos, mas parece ignorar o risco que isso pode acarretar em sujeitos que pouco tiveram atenção e cuidados ao longo de suas vidas e que se percebem observados como raras vezes ou talvez nunca o foram antes. Entram ou persistem em uma busca interrompida por querer saber sempre mais ou por demandar maior cuidado. Este cenário coloca o analista em posição bastante delicada, pois ele deve escutar o relato de modo a produzir com o paciente o entendimento desta necessidade e uma narrativa possível e não apenas uma atuação. Ainda segundo o mesmo autor, a descrição de todo este processo e idas aos especialistas, investigações de sintomas etc., enquanto é produzida, oferece ao sujeito uma imensa satisfação que é difícil de ser rompida porque foi este masoquismo mortífero que garantiu a sobrevivência, que exerceu, portanto, uma função de “guardião da vida”. A historicidade configura-se como caminho para a superação e transformação porque ela permite incluir, inclusive, elementos da pulsão de morte e não apenas excluí-lo sem reconhecer a sua necessidade. Mas é preciso tempo, cautela e enfrentamento de situações bastante complexas no decorrer deste processo (Rosenberg, 2003).

Questão a ser levada em conta, também se refere ao modo como a subjetividade do analista comparece em cena, não apenas do ponto de vista contratransferencial. Importando ainda as formas pelas quais ele é invadido pelo analisando, quais as implicações deste processo para sua intervenção e trabalho analítico e, ainda, para a sua vida pessoal. Igualmente há que se considerar de que modo cada um dos profissionais

ali implicados têm condições de lidar com isso. Como garantir condições mínimas de saúde psíquica? Kátia Ferreira Jung (2016) faz importante observação a propósito e reconhece que a assistência a pessoas com quadros clínicos graves é bastante cara ao analista quando o traumático comparece em cena. Relata o que ela mesma experimenta com pacientes (p.30-31):

Penso que cabe ao analista estabelecer em sua própria mente o elo que falta. Todavia, em momentos como este [de desconexões e violências], sentia-me invadida [refere a autora, psicanalista] por identificações maciças que contaminavam minha capacidade de pensar, necessitando muito esforço para conter a confusão dentro de mim e não ceder ao impulso de vomitar traduções prematuras, intelectualizadas, em busca de manter minha própria integração.

Quando ingressam no serviço os pacientes estão bastante frustrados e indignados ao ouvirem que os seus sintomas possam ter origem em causas emocionais ou que piores significativamente em decorrência disso. O mundo é percebido como insuficiente e não acolhedor. Com isso, o desamparo (re)vivido fica evidente. Apesar de existirem inúmeros traumas ao longo da vida, há um que é disruptivo e que desorganiza o que estava precariamente estruturado. Contam com poucos recursos e a forma de relatar os acontecimentos é monótona. Nota-se também, no relato, a falta importante de apetite sexual, o investimento libidinal fica dirigido ao corpo e às manifestações somáticas, restando pouca disponibilidade para interesses de outra ordem (Bartorelli et al., 2011; Abud, 2011; Catani, 2015; Catani & Moretto, 2016; Ávila, 2016; Bartorelli et al., no prelo). Ao que tudo indica, tratam-se de sujeitos que almejam a independência em seu discurso, que não veem a hora de melhorar e retomar a vida sozinhos, mas dependem completamente do outro e não parecem mobilizados para obter autonomia. A explicação para tal posicionamento talvez possa ser encontrada no tipo de laços que estabelecem com as pessoas, isto é, são vínculos quase que exclusivamente voltados aos cuidados do transtorno mas, na realidade, os sintomas parecem servir como artifício para que possam obter atenção e afeto.

De acordo com Dejours (2017), os psicossomáticos e mesmo os mais afeiçoados aos sintomas corporais muitas vezes podem ser entendidos como pessoas perversas, pois ao se depararem com a pulsão de morte colocam o outro em uma posição delicada de modo que sejam obrigados a encarar os seus conflitos. Ou seja, fazem do outro um objeto. Em geral, tratam-se de sujeitos que estão em conflito com a sua identidade e,

neste momento, a destrutividade recebe um registro importante. O que se supõe é que o trabalho analítico e psiquiátrico pautado em tal compreensão seja capaz de proporcionar relações que não remetam apenas às manifestações corporais ou a uma suposição perversa como se eles fizessem isso propositalmente, mas a um interesse mais geral pela vida. Espera-se criar uma abertura que permita veicular e falar sobre estas e outras necessidades num esforço de nomeação e de transcrição dos afetos despertados e do mundo circundante atual, de tal forma que, com o tempo e com a experiência vivida com o outro, a pessoa seja capaz de adquirir autonomia e entender sozinha as suas experiências, o seu sofrimento e como lidar com isso, sem que o corpo precise padecer mais uma vez para obter cuidado. Tendo em vista que ela não encontra condições de falar a respeito de suas experiências e do que foi difícil para si, o relato é perdido no decorrer do tempo, existem significativas lacunas de memória que parecem impedir uma elaboração mas, ao mesmo tempo, a sua narrativa aponta a todo instante para o passado, como tentativa de transcrição de algo que precisa ser nomeado e representado, algo para o qual é preciso encontrar um lugar. É difícil localizar em suas narrativas planos que apontem para o futuro (Catani & Moretto, 2016; Ávila, 2016; Bartorelli et al., no prelo).

O analista entra em cena como testemunha da dor do analisando, de sua fala e do seu sintoma, mas não sai impune, sua subjetividade é a todo instante convocada e talvez seja justamente por isto que muitos se recusam a tratar tais pacientes. A insalubridade é enorme, pois a contratransferência é um dos recursos mais importantes na análise e na direção do tratamento com eles; o psicanalista sente no corpo os efeitos da relação. Como quando uma mulher no SOMA diz: “a dor da minha história é maior do que a dor do meu corpo”. É desta indistinção que o analista participa. Com certeza isso não passa impune pelo corpo e pela subjetividade do profissional. Para que o tratamento se dê faz-se necessário que o sujeito conte a sua história muitas e muitas vezes, inclusive a história de seus sintomas e que se consiga chegar ao trauma primário, mais primitivo. A função do profissional será legitimar os acontecimentos e traumas, pois muitos ao seu redor, na maioria das vezes, não reconhecem o sofrimento como digno de atenção e tendem a desvalorizá-lo e nomeá-lo como corriqueiro. A vinda ao hospital, sobretudo a um hospital escola, parece ser um pedido de legitimidade e reconhecimento do seu problema e da sua dor, de expressão/configuração física, mas de origem psíquica. Neste sentido, a atenção ao corpo na cena analítica é fundamental, tanto por serem indivíduos que se exprimem e sobrevivem por meio deste, através dos seus sintomas, mas também porque o corpo é o modo mais primitivo que o sujeito obtém e conhece para descobrir o

mundo e se relacionar com o outro. Espera-se que as dores de sua história, de sua alma e de seu corpo ganhem um espaço narrativo e o corpo não seja apenas depositário de angústias e descargas (Uchitel, 2001; Catani & Moretto, 2016; Ávila, 2016).

A presença das neuroses traumáticas, para Ferenczi (1913), pode ser percebida também por meio da hiperestesia dos órgãos dos sentidos, neste caso por parte do analista. A afirmação permite pensar em correlações com os pacientes do serviço pois, em alguma medida, eles convocam a reativar fragmentos de memórias e experimentar tais sensações, o que faz com que o outro seja pego desprevenido e invadido por uma sensação extremamente forte e violenta. É quase como se o analista, no caso, fosse capaz de experimentar o que foi vivido pelo paciente, vítima do trauma. Trata-se de associações e experiências em que a visão e o olfato, em minha experiência, compareceram de modo importante, o que tornou a experiência condizente com as proposições de Ferenczi. Cito aqui, por exemplo, Clara, a mulher com o corpo totalmente retorcido na maca, parecendo uma criança de cinco anos de idade devido à nova configuração e curta extensão de seus membros. O cheiro da carne apodrecida que emana dos braços de Dolores. É pertinente, ainda, assinalar o efeito de minhas palavras em Emma, uma intervenção apressada que lhe produziu dor e me fez perceber a brutalidade de minha afirmação. Assim como estas situações, tantas outras poderiam ser mencionadas que convocam de forma significativa o outro, a partilhar do trauma e de seus efeitos.

Antes de retomar a indagação sobre o que seria a direção de tratamento no trabalho analítico no ambulatório parece importante destacar que, com a escolha de noções como *evento traumático*, *vínculo*, *cuidado*, *eclusa*, *nomeação*, *tradução*, *narrativa*, *dimensão biográfica e dimensão clínica*, pretendeu-se remeter a atenção à lógica que construí ao longo dos anos. Sustento e defendo que o destaque a esses termos devem compor, em alguma medida, o trabalho de um analista. Embora a pesquisa seja pautada numa dimensão psicanalítica, o trabalho clínico só se tornou viável nestes anos pela soma de parcerias para o desenvolvimento da assistência. A nomenclatura do serviço SOMA, de início, serviu apenas para uma abreviação diagnóstica de transtornos somatoformes, hoje com um menor uso corrente entre os psiquiatras desde a publicação do DSM-V, que optou por substituir tal nomenclatura aos sintomas somáticos. De toda forma, como o nome SOMA permaneceu, é possível pensar ainda que ele possa exprimir uma adição ou a convergência de todos para a geração do apoio e amparo na

criação de um recurso comum. Mas, conforme referiu um paciente, pode configurar a soma de sintomas que ele mesmo foi fazendo ao longo de sua vida.

Numa tentativa de síntese da questão da direção do tratamento, escolhi algumas palavras que destacarei em *itálico*, pois elas dizem respeito ao que entendo que deva ser incluído e que mereça atenção no espaço analítico nestes casos. A noção de *evento traumático* auxilia a pensar na origem o que aconteceu com o sujeito. Com Freud o trauma foi o que impossibilitou o sujeito de lidar com a quantidade de excitação e energia, no psiquismo, para ele o evento é fundamentalmente endógeno. Com Ferenczi a noção de traumático decorre da ausência de uma resposta satisfatória no ambiente seja frente ao despreparo e falta de maturidade corporal ou, no momento em que o sujeito, percebeu-se em uma situação de vulnerabilidade, quando as figuras importantes de sua vida não lhe oferecem apoio ou, mais, desvalorizam o que se passou. A instauração do trauma foi gerada a partir do evento desmentido. Com os usuários do SOMA estes dois processos parecem coexistir para a instalação do que opto por considerar a definição de trauma: um movimento endógeno e exógeno. A questão é que para Ferenczi, o processo ocorrendo precocemente, faz com que as consequências gerem uma falha no desenvolvimento, exigindo que o sujeito crie recursos mínimos de sobrevivência, mesmo com uma base um pouco frágil, “capenga” se assim podemos dizer. A situação fragiliza os *vínculos* e as relações que o sujeito possa vir a ter (Coelho Jr., 2008; Figueiredo, 2009; Dal Molin, 2016). Não há uma muita confiança e crença no respaldo do outro, o que dificulta a criação de uma transferência analítica. Por isto a escolha do termo *vínculo* parece apropriada, uma vez que a fragilização se deu de forma precoce e exige um trabalho de construção de elo importante e que deve ser feita. Julga-se que no SOMA, não raro – mesmo que o resultado possa, ao olhar de outrem, não ser satisfatório ou ser menos do que o esperado na direção do tratamento ou nas possíveis transformações obtidas –, que o paciente poderia estar pior e numa condição de maior vulnerabilidade do que evidenciava quando recorreu à equipe. Às vezes, a única forma concreta de perceber isso é a diminuição dos sintomas ou a redução de médicos e procedimentos invasivos, mas os ganhos tendem a ser maiores, ainda que menos evidentes. Valeria aqui lembrar Alvarez (2006, p.23-4) que, ao se referir às semelhanças de complexidade da arte e do trabalho analítico, ressalta os ganhos que podem estar associados quando estes encontros frutificam. Em suas palavras,

A arte é mais do que uma compensação e uma autoterapia, assim como a psicanálise é mais do que proporcionar alívio a sintomas, e a cura é um conceito estreito demais para o que uma e outra podem realizar em seu potencial pleno. Repito, pleno. Um bom poema é tão difícil de se encontrar quanto um bom analista, mas uma vez encontrado, o efeito de ambos é tornar você – leitor, paciente – mais integral e prazerosamente vivo.

Assim, criar a possibilidade e favorecer o desenvolvimento de relações e vínculos antes inexistentes ou muito frágeis parece fundamental para o *cuidado*. Conforme lembra Kupermann (2017), o analista é o estrangeiro que desconhece as regras e a linguagem local de cada paciente, mas se disponibiliza a conversar, a conhecer e a descobrir junto. Não é falar a língua do outro, mas criar uma possibilidade entre os dois, um espaço a ser partilhado entre o eu e o outro. A clínica nada mais é do que se debruçar sobre o outro; para tal, é preciso paciência, trabalho e tempo. Tempo este que se permite ser estendido ou encurtado, para acolher a necessidade do outro.

Cabe agora, recuperar parte das transformações que ocorreram nos casos relatados. No que se refere ao caso de Emma, a despedida demonstra o amadurecimento e a sua possibilidade de seguir só. Ela amadureceu e me deu notícias dos seus ganhos ao longo dos anos, alegando inclusive que poderia enfrentar nossa separação, ao término definitivo, de uma forma menos drástica do que teria sido um ano antes dela mencionar tal elaboração. Preciso reconhecer que o processo foi mútuo. Amadureci como analista, como pessoa e me autorizei a recriar com cada paciente o meu estilo de trabalho, respeitando a ética analítica, mas podendo incluir as necessidades advindas de toda e qualquer relação. Aprendi com ela que o que traumatiza o sujeito é a “confusão de línguas” (tal como assinala Ferenczi). É por isso que o enquadre e a possibilidade de confiar e, criar uma linguagem comum com o paciente é fundamental (Kupermann, 2016). É preciso que as regras estejam claras para que o tratamento possa acontecer, mas isso também pode se dar na lógica de um *setting* flexível e na admissão do caráter fundamental do processo de intersubjetividade. Pude, inclusive, assumir para nós duas que a minha partida também não estava sendo tarefa fácil, que seria problemático encerrar com ela uma relação que foi construída ao longo de anos e que me fora bastante rica e muito cara em diversos sentidos. Passados os seis meses de minha viagem, retornei ao SOMA, participei e discuti algumas vezes com a residente hoje responsável por atender Emma. Ela ainda apresenta queixas e questões emocionais, mas pouco me lembra a paciente que vi durante anos. Consegue contar a sua história de um

outro modo; embora sofra, encontra formas distintas para expressar o mal-estar, mais pela via da palavra do que pelo corpo, ainda que, por vezes, este marque presença no relato das consultas.

Quanto à Dolores, de início tive dificuldade em compreender o que propunha nos instantes finais do que eu viria a saber que seria o nosso último encontro. Hoje acredito que a minha aposta ao mencionar a dança como uma figura de linguagem constituía-se num esforço e numa expectativa de que isso traduzisse, de algum modo, o descompasso que estávamos vivendo naquele momento. Mas, também admitindo que o vínculo que construímos juntas, no decorrer daquele processo, tinha adquirido força, havia um ritmo e coreografia entre nós. Eu mesma não sabia, até então, que ela gostava de dançar com o marido. O apelo ao vínculo, tal como se sabe, vale para toda a psicanálise, pois se refere à transferência. De todo modo, no caso de pessoas com um histórico em que os laços desde o início ou há muito são extremamente frágeis ou inexistentes, a presença, a dimensão do outro e a hipótese de construir algum tipo de afeto parece ser fundamental para transformar o sofrimento e a produção de sintomas. Hoje, passados alguns meses julgo que, talvez, esta tenha sido a aposta feita com Dolores na ocasião. O tratamento analítico de Dolores provavelmente ainda se beneficiaria com o prolongamento, mas os ferimentos começaram a melhorar com os cuidados adequados que ela pode fazer sozinha. É preciso, com tais pacientes, localizar o seu potencial, ainda que precário. A superação do trauma ocorre quando o ambiente tem condições de proporcionar uma adaptação àquela criança e aquele sujeito (Ferenczi, 1927). A obtenção da aposentadoria definitiva visivelmente a tranquilizou, já que ao longo de sua análise relatava várias vezes a angústia que experimentava quando a data da perícia se aproximava, além de haver o acidente do marido na cidade em que ele estava construindo a casa para empreenderem o plano do futuro. Todos estes elementos somados lhe serviram de justificativa para que ela se despedisse de sua análise – o que aconteceu de um modo muito curioso, poucas palavras e muitas atuações, por ela e por mim, evidentemente. Hoje talvez seja possível pensar em algumas alternativas, como por exemplo o que teria que se fazer depois. Esta parece uma sensação que resta nos casos encerrados sem uma conversa final e, sobretudo, quando envolvem pacientes mais graves. Cabe retomar as peças do quebra-cabeça que, de início, pareciam faltar – ainda que se procurasse bastante. As peças continuam ausentes, algumas apareceram depois de um tempo, outras certamente se perderam pelo caminho, mas uma análise é feita mesmo assim. Aos pedaços.

A apreensão de comunicar a Dolores a minha partida para o estágio no exterior era importante. Pensava em como, para ela, seria a minha partida, ela que tivera tantas perdas, como trabalhar em análise sem que ela vivesse o fato como mais um abandono, mais uma morte. Nos dois anos em que eu a atendi, teve um residente com quem ela construiu um vínculo bastante importante e a sua saída foi difícil, ela chorava e queixava-se muito, mesmo que já tivesse vivido uma troca anterior. Reconhecia que a relação construída com ele tinha sido especial, e dizia: “pelo menos eu ainda tenho você, o nosso espaço não termina assim, em um ano”. Cada vez que ela pronunciava isso eu revivia minha fantasia: uma possível saída de minha parte poderia reencenar o seu maior temor, um novo abandono. De algum modo eu mesma não estava sendo sincera, havia um segredo. A conversa e as construções feitas por nós sustentavam que mesmo que o residente tivesse ido embora, era possível que as coisas boas vividas com ele pudessem permanecer. O que auxiliava na elaboração era que ela ainda encontrava o residente nos corredores da psiquiatria, uma prova de que ele simplesmente não desaparecera. Além disso, felizmente, todas as vezes que ele a encontrava mostrava-se atencioso e se preocupava em saber como Dolores estava. Mesmo com a fantasia, que fora vivida por mim, de que quando “a nossa relação esfriou” o trabalho tivesse sido perdido, numa das que viria a ser uma das últimas sessões, hoje as coisas podem ser pensadas de outra forma. Dolores construiu um vínculo importante com o residente e também comigo. O que antes era uma perda encenada no corpo por meio de sintomas e sofrimento do não luto da mãe e da irmã, por exemplo, pode aos poucos permitir que ela olhasse para aquela ferida e não se sentisse mais tão solitária, pois encontrava amparo na análise comigo, com o residente, com a enfermeira e com os profissionais da endocrinologia. A análise foi uma tentativa de fazer com que ela pudesse integrar as partes.

Com Flora, a reconstrução de sua vida afigura-se muito confusa e a linha do tempo, a cronologia dos fatos, parecem difíceis de serem compreendidas, pois elas se alteram com frequência e ficam filiadas, principalmente ao sintoma, à vida no hospital etc. O tratamento mostrava-se delicado e cheio de incertezas. Os médicos e psiquiatras críticos do diagnóstico de transtorno dissociativo, que hoje compõe os sintomas somáticos, afirmam que a reconstrução dos dados é suscetível de mudanças e sofre variações em função da pessoa a quem está sendo endereçada e, portanto, seria pouco confiável. De qualquer forma, a expectativa é que, quando existirem novos traumas,

existam condições e suporte para lidar com as adversidades – isto vale para ela, mas igualmente para todos no SOMA, segundo entendo.

O caso de Rodrigo foi um dos primeiros com que trabalhei e pensar na relevância de manter o seu vínculo com o ambulatório era algo novo, sobretudo no IPq, pois quando não há mais prescrição medicamentosa considera-se que é o momento de dar alta. Este é um dos elementos que tornou o tratamento no SOMA diferente de outros setores porque, conforme já mencionado, a subjetividade e o psiquismo são ali prioridades. Ainda assim, sabe-se que a grande maioria dos pacientes permaneceu com remédios durante o tratamento e mesmo até a alta, por vezes, tendo inclusive que fazer uma adaptação para as medicações disponíveis nas instituições da rede pública. De qualquer forma, este é um dos casos que permitiu reiterar a possibilidade de permanência do SOMA, sem a prescrição de remédios. O termo adoecer neste caso, assim como talvez em outros do ambulatório, parece bastante apropriado. Há duas formas de pensar esta palavra que parecem de suma importância e servem de ilustração para compreender os modos de sofrimento vividos por Rodrigo. A primeira alternativa seria desmembrá-la em: “a dor e ser”, o que pode nos levar ainda a: “adoe-Ser”. Para Rodrigo, o recurso corporal foi um caminho encontrado para extravasar as angústias, as descargas e nomear os conflitos. Serviu também como uma forma de obter o respeito do olhar do outro, o que ele acreditava ser pouco provável com os recursos disponíveis *a priori*. Ao mesmo tempo em que era capaz de evitar e postergar as responsabilidades como marido (mantendo-se na casa dos pais), como profissional afastado do trabalho e como pai (na cadeira de rodas e sem o controle dos esfíncteres), ele conseguia cuidado e atenção das mulheres que o cercavam diretamente (mãe, esposa e cunhada), assim como no ambulatório, comigo e com as residentes. Era preciso uma bengala, em sua percepção, para ganhar respeito e, mesmo com o desaparecimento dos sintomas, o hábito foi mantido por um bom tempo.

É conhecida a afirmação de Sartre: “o inferno são os outros”. Walter Hugo Mâe (2014), num pequeno texto ilustrado por Nino Cais (em primeira edição) inverte a formulação e dá título ao livro: “O paraíso são os outros”, dito por uma menininha. Pode-se dar razão a ela sem abandonar Sartre. Rodrigo ilustra tragicamente isto: é preciso adoecer para ser o outro. Sofrer para que nos reconheçam? Em sentido mais amplo conhece-se bem a idéia de que todo modo de comportamento e atuação na vida social obedecem ao desejo de reconhecimento pelo outro. No texto *O chiste e sua relação com o inconsciente* (1905c), Freud refere o reconhecimento como uma

possibilidade de obtenção de prazer e da sensação de paz vivida por Fausto. A experiência de bem estar decorre de um reencontro com algo familiar, essa sensação oferece ao homem um sentimento de alegria que remete ao poder, esse processo permite a superação de uma dificuldade e diminui o que seria mais oneroso ao psiquismo: admitir, trata-se de uma transformação em algo mais tolerável para o sujeito. De acordo com Dunker (2018), o sofrimento solicita uma forma específica de reconhecimento que tem ligação com o modo com que cada sujeito estabelece e localiza os impasses e conflitos. Algo que diz respeito à forma como cada um lança mão de seus próprios recursos para lidar com a experiência e a perda da experiência, a determinação e a indeterminação, a falta e o excesso. A produção do sofrimento e o diagnóstico do mesmo, propõe o autor, se constituem hoje na clínica, a partir das formas de interação social e dos elementos que ali comparecem. Isto é, a partir da relação com alguém próximo e do que se acredita esperar dele ou nos modos que a ciência indica e valoriza os sintomas e o mal-estar. O tratamento analítico consiste em oferecer condições ao paciente para (re)conhecer-se e ser (re)conhecido, processo que garante um arranjo subjetivo e novos modos de lidar com os mal-estares oriundos das adversidades da vida.

A hipótese que se quer aqui sustentar é a de que nos pacientes do SOMA, as formas de constituição de sua subjetividade estariam localizadas entre dois modelos teóricos psicanalíticos, isto é, um em que há um predomínio maior das angústias (freudo-kleiniano) e outro onde existe a presença de traumatismo e adoecimentos precoces (ferencziano) o que impede de pensar em uma formação psíquica mais filiada a posição defensiva de angústia. Neste segundo caso, notam-se: paralisações, prejuízos, desorganizações importantes e, portanto, uma ausência de fertilidade que encaminha o sujeito a um desligamento psíquico onde fixações e incapacidade de sonhar, de criar, de brincar, tal como propõe Figueiredo (2018) são visíveis. Ou seja, o corpo torna-se palco de expressão radical do sofrimento, por meio da compulsão a repetição e da ausência de representação. Julga-se que a clínica no ambulatório seria mais complexa em decorrência destas duas matrizes (freudo-kleiniana e ferencziana). Por um lado, acredita-se numa indisponibilidade e na experiência de um ambiente nada acolhedor que tornou o que seria potencialmente traumático ao sujeito em um trauma, ao ter que enfrentar circunstâncias para as quais, o seu psiquismo não estava ainda suficientemente pronto. Por outro lado, ainda assim, devem ter existido pessoas disponíveis para que, de alguma forma, estes sujeitos criassem condições de se estabilizarem e não sucumbirem

à morte. Assim, articular uma proposição a outra parece ser fundamental para pensar as considerações acerca do cuidado (Figueiredo, 2018). As questões aqui assinaladas são provavelmente o que em grande medida contribui para a complexidade do trabalho clínico. Em contrapartida é exatamente em função desta multiplicidade que a discussão psicanalítica pode vigorar e florescer num lugar onde a psiquiatria a princípio ditaria as regras diagnósticas e terapêuticas. Assinalar tais questões parece fundamental num momento em que a psicanálise também encontra algumas limitações teóricas que só podem ser sanadas na incorporação de diversos paradigmas e de outros discursos de modo a poder lidar com o sofrimento.

Por um lado, o sujeito é herdeiro de sua própria história e do meio ao qual ele se encontra e com isso é capaz de decidir quais são os elementos que lhe interessam para serem incorporados, por outro, o analista que vai tratá-lo também é alguém que decide por esta seleção, mais ou menos consciente das escolhas que fará para conduzir o tratamento, espera-se que estes possam fornecer condições e processos de saúde. Conforme assinala Figueiredo e Coelho Júnior (2018), este caminho se configura na ideia de que é preciso evitar regressões e desorganizações perigosas, no intuito de que o analista proporcione formas de sustentação e proteção, mas como nos lembra ainda Figueiredo (2018) é preciso que o analista esteja advertido de que do mesmo jeito que ele poderá ser quem cuida e oferece ao paciente alívio e uma nova forma de lidar com o seu mal-estar, será também ele que pode introduzir um elemento potencialmente traumático. Isso pode ser indicado no exemplo já aqui citado acerca da paciente que foi mal encaminhada para outro serviço de saúde mental e retornou bastante adoecida e com regressões sintomáticas e psíquicas dignas de nota. Reconhecer a ambiguidade é inclusive o que permite cuidar do paciente, estar advertido de que estas duas posições coexistirão na relação e que é preciso tratar e dialogar também acerca destes momentos de angústias e passíveis de regressão quando eles se fizerem presentes. Convém ressaltar o destaque feito por Figueiredo e Coelho Júnior (2018, p.14) para a definição de *cuidar* que parece bem apropriada. Segundo eles, cuidar

(...) abrange um conjunto de operações como sustentar o sujeito angustiado, conter, representar, simbolizar suas experiências angustiantes para que elas se insiram no campo do sentido. Nessas tarefas, as interpretações das angústias assumem um papel decisivo.

Ao mesmo tempo em que é preciso saber que muitas vezes isso pode não ser suficiente, sobretudo em situações nas quais a lógica do sentido pouco comparece. Para estes casos, Figueiredo e Coelho Júnior (2018) lembram a importância da validação do trauma, o papel de testemunha e o que implicará ao analista um lugar de sobrevivência e tolerância para que uma tarefa de vitalidade e de reanimação psíquica possam ser possíveis na tentativa de contornar e suplementar as desativações e mortes que ali se impuseram em decorrência do trauma. As explicações exploradas fortalecem e encontram ressonância na lógica de que no SOMA modelos de uma ou outra natureza coexistem e reflexões a respeito dos paradigmas permitem encontrar confluência entre os autores psicanalíticos, de modo que, caso seja preciso, eles possam auxiliar nas modalidades de compreensão e intervenção com estes sujeitos.

Todos estes elementos contribuem para pensar na diferença representada pela proposta terapêutica oferecida no SOMA. Ou seja, a possibilidade de dar voz ao sofrimento e, com isso, proporcionar uma visibilidade e um protagonismo que na história dos pacientes que lá se tratam, parece não ter sido instaurado. Pode-se pensar em um apagamento, mas julga-se que se trata de algo mais primitivo e que aponta para uma complexidade que torna a origem dos sintomas menos simbólica e mais concreta. Existiu alguma referência para que não se desencadeasse uma eventual psicose e alienação na relação com os outros; no entanto, esse processo parece ter se dado de forma muito frágil e superficial, de tal modo que seja preciso recorrer à instituição. O HC, como sendo o maior hospital do país, oferece no imaginário social e, sem dúvida, para o paciente, uma expectativa de que os laços que possam ali ser construídos junto aos profissionais e estudiosos proporcionem mais do que a compreensão de seu mal-estar, uma reparação na sua história e, quem sabe, um apagamento de suas dores e seu sofrimento.

A dimensão do *cuidado*, já explorada aqui, também refere-se a uma decisão importante. Diz respeito a recuperar elementos infantis, como o próprio Ferenczi apontava e, tal como aponta Figueiredo (2009), articulá-los à noção do desenvolvimento que o sujeito foi capaz de encontrar ao longo de sua história, de modo a contribuir com possibilidades e formas de amar antes inexistentes ou precárias. Tendo sido possível e viável a criação de um vínculo que respeite a necessidade de cada um, o próximo passo para o trabalho é, a partir da escuta e da disponibilidade estar atento ao que pode advir daquele contato entre analista e analisando. Cabe lembrar-se da *eclusa* como metáfora do tratamento analítico numa tentativa de captar os elementos que possam ser

apresentados, respeitando o tempo e as condições dos “sistemas” psíquicos e corporais de cada paciente. O esforço de *nomear* e *traduzir* o que se passa é algo que pode contribuir e oferecer ao paciente um entendimento de sua história de vida e da aquisição de percepções antes inexistentes sobre os sentimentos e sensações. Para isso, diversas vezes ele deverá contar a respeito do que julgar importante, seja numa dimensão ora mais solitária ora com o auxílio do analista, a fim de criar uma *narrativa* do que se passou consigo de forma a conseguir articular a *dimensão biográfica* e a *dimensão clínica* existentes na sua história. Conforme aponta Ferenczi (1930), não se trata tanto de reintegração do eu, isto seria uma concepção de Freud, mas acredita-se que o sujeito, em sua fragmentação e introjeção do que fora vivido, adquira condições de criar uma nova ordem em meio ao caos experimentado. Aposta-se que o trabalho analítico *somado*, que envolve os elementos aqui assinalados, permitirá uma ampliação e uma aquisição de maior flexibilidade e trânsito libidinal e corporal, evitando assim, uma fixação do sofrimento e do mal-estar.

A aflição que não encontra saída através das lágrimas
faz com que outros órgãos chorem
(McDougall, 1996, p.155 citando Henry Maudsley)

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS EFEITOS DE LUGAR E OS RISCOS DA ESCRITA²⁶

A reflexão aqui proposta indica caminhos que foram determinantes para o resultado da tese, tanto pelo contato com o material teórico quanto pelas *inundações* e somas das experiências objetivas e subjetivas que contribuíram para as minhas definições como analista. Como apontou Eizirik (2018) em uma conferência intitulada *Tempo e vínculo na atualidade*, proferida na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, o analista funciona e se vale das relações que estabeleceu com todos os que passaram por sua vida: familiares, analistas, supervisores, pacientes, personagens literários etc. É esta soma de relações que compõem os objetos internos.

A experiência com o doutorado se deu de um modo muito diferente do que ocorreu na pesquisa realizada para o mestrado, em especial porque ali, a investigação foi bastante teórica e não tardou a ganhar uma definição que orientou a estrutura do texto. Havia um desenho definido, o que evidentemente não quer dizer que tenha sido um processo simples, pois a escrita implica em enfrentar diversos obstáculos, dentre eles, o que se espera de início, qual será o produto final, a restrição do tempo para a conclusão da pesquisa etc. Mas, de certa forma, eu estava protegida pelos autores que escolhi para me informar ou para me apoiar. Não era necessária uma exposição de minha parte como autora e como psicanalista, ainda que as escolhas implicassem em afinidades, críticas e renúncias.

Em razão de outras questões que foram se impondo e me angustiando como pesquisadora e analista optei por persistir na investigação dos sofrimentos psíquicos e corporais. Muitas dúvidas ligavam-se à minha prática clínica, à realidade do hospital e à minha escuta. A decisão de investigar o tratamento de pacientes que sofrem e são lidos e entendidos por profissionais e especialistas com o diagnóstico de sintomas somáticos ou transtornos somatoformes associava-se à intenção inicial de escutar o que os outros colegas do campo faziam, como lidavam com as angústias frequentes de pessoas que exprimem de tal modo o seu sofrimento. No entanto, quando encontrei psicanalistas e colegas que se constituem em referência em seus respectivos domínios e há anos se ocupam de serviços específicos para tais patologias, as queixas e ações a serem

²⁶ Mais uma vez tentei pensar com Pierre Bourdieu para me apropriar da sua idéias dos lugares socialmente construídos e seus efeitos e pensar usando uma expressão dele sobre a gravidade dos riscos da escrita, na vida, no corpo e no prazer.

partilhadas eram bastante similares as minhas, ou seja, ao invés de encontrar as respostas prontas que ingenuamente esperava, percebi que se tratava de um caminho que eu teria que construir. Entendo que foi nesse sentido que as palavras da orientadora de forma muito apropriada alertaram para o fato de que eu não encontraria uma fórmula. Mas, em quase 10 anos no serviço do SOMA, entendia que provavelmente eu teria muito a dizer, a dividir e, inclusive, a expor a respeito da experiência e das construções feitas. E que poderia ser lido por outros profissionais que eventualmente se identificariam com a trajetória e partilhariam das mesmas angústias. Entretanto, isso implicava em algo que fui entendendo ao longo dos meses era preciso me expor como analista, dividir e mostrar escolhas, estilo, sucessos, fracassos, hesitações, erros, enfim... processos naturais e vividos por todos os que decidem se embrenhar na psicanálise mas que, por outro lado, parecem ser cada vez menos testemunhados na escrita universitária.

A trajetória foi longa até que conseguisse elaborar o relato dos casos, não porque escrever sobre eles me parecesse tarefa árdua, pelo contrário, inclusive porque já havia feito isso diversas vezes para trabalhos em congressos, aulas ou mesmo para discussões clínicas no próprio SOMA. Mas, com o decorrer do tempo, nos atendimentos que impunham constantes reflexões, no ambulatório, na escrita, nas supervisões e em minha análise pessoal, fui pouco a pouco descobrindo que em meu imaginário e no meu processo de formação fui experimentando mudanças e transições internas e externas no modo como entendia a psicanálise. Lembro-me, depois do exame de qualificação, de uma conversa que tive com o professor Christian Dunker, na qual ele me disse, após a leitura do texto, que não me reconhecia ali. E tendo dito isso, perguntou-me: para quem você acha que está escrevendo? O que está te inibindo tanto? As palavras aqui reconstruídas talvez tenham sido usadas por ele de outro modo, que hoje eu não seja capaz de reconstruir fielmente, mas o sentido era este. Questões que há tempos norteavam a minha análise na angústia de ter que escrever e ao mesmo tempo não conseguir, uma verdadeira paralisação e inibição de transpor para o papel a trajetória que realizei; não me sentia à vontade e mais, percebia-me despreparada para isso.

Hoje, percebo que a ideia (me expor, expor os casos, construir uma exposição) parecia-me um problema mas, sobretudo, porque não havia me apropriado do meu trabalho e inquietações, da proximidade com pessoas com as quais gostaria de dialogar e que poderiam de alguma forma criar ressonâncias com o meu texto e experiência clínica. Claro que havia receio das críticas. Quando se elabora um texto há uma expectativa e espera-se um reconhecimento, há um lugar narcísico. No entanto, depois

de intenso trabalho subjetivo, assimilei que as discordâncias e as críticas que viriam não seriam dirigidas a mim, embora eventualmente pudessem ser, mas seriam, sobretudo, discordâncias quanto às questões teóricas e ao posicionamento clínico – ou, em outras palavras, o ataque seria ao texto e não a mim. De qualquer forma, parte do que me faz pensar que este adendo tem sentido para a tese diz respeito às transformações que foram experimentadas no decorrer do processo. Aos poucos fui entendendo o que antes ouvia e até mesmo reproduzia, mas sem dar-me conta da complexidade da questão: o trabalho clínico não exige apenas experiência teórica, mas exige também experiência de vida e maturidade que se ganha com o tempo. É evidente que toda a formação teórica é importante, o trabalho de supervisão é fundamental e a análise mais ainda, porém em meio a todo este processo existiu um *insight* fruto deste tempo de maturação.

A respeito da temática da exposição do psicanalista em seu trabalho clínico, Vitorello (2015) entende que este teme perceber-se vulnerável, admitindo falhas, intervenções passíveis de questionamentos e de rupturas com colegas que passam a contrariar algumas escolhas e apropriações. Ou seja, atribui-se um valor e dúvida, por vezes, quanto à autenticidade de cada um quando estes exploram de forma mais pessoal os modos de intervenção. É justamente com certo temor de crítica que muitas vezes os analistas costumam fazer pesquisas e estas construções teóricas do que contar a respeito de sua prática. Diz o autor:

(...) seria preciso, para reconhecer os psicanalistas, vê-los clinicar, pois no mundo dos salões, quero dizer, das instituições – como cremos aplicar-se a esta tese – nós só os ouvimos falar. Mostramos os nossos discursos e, na maior parte das vezes, escondemos nossa prática. Mas, na clínica, como dissemos, o que só é retórica se desmascara. Somente ali seria possível julgar nossas ações para a discussão se tornar fecunda. Inserir autenticidade na análise, da maneira que convém e no lugar propício, não é certamente uma tarefa indigna. É preciso, é verdade, um pouco de traição, para se permitir uma autenticidade. Mas, convém, ainda que seja por um breve momento e por uma breve autenticidade (Vitorello, 2015, p.212).

Por um tempo, no processo de transição e apropriação teórico-clínica sentia dificuldade em me localizar teoricamente. Ao que parece, sentia-me deslocada e fazendo intervenções e construções analíticas que pareciam um pouco descabidas para o meu percurso até ali. Ou, mais ainda, um forte receio de que o meu trabalho não fosse – para o olhar e julgamento de outrem – considerado psicanalítico. Ao mesmo tempo, admitia preocupação e cuidado ético, o que me fazia supor que os temores fossem justificados não por um comportamento inapropriado de minha parte, mas pela

transformação que estava vivendo e que implicava em diferente das formas de entender o sofrimento humano do ponto de vista psicanalítico, distinta das quais eu estava mais familiarizada. Parecia encontrar dificuldade em assimilar o que lia e confrontar e/ou integrar com a minha prática. Era quase como se as recomendações técnicas fossem impraticáveis. Na medida em que descobri Ferenczi, li os seus seguidores e compreendi um tipo de epistemologia clínica similar ao que me fazia sentido, me autorizei como analista e os meus pacientes, foram também capazes de apreender tal atitude. Por exemplo, quando me disseram que eu estava mais disponível a escutá-los, falava mais, estava de alguma forma mais sensível a cada um deles e consequentemente mais implicada. Talvez. Não porque antes não tivesse desejo de estar ou de escutar, mas é provável que estivesse desconfortável e me cobrando mais, o que se refletia inclusive na escrita. Ao localizar textos nos quais analistas se deparavam com situações de vida de forte desamparo, experimentavam muita angústia e, diante disso, eram convocados a apostar em transmitir suas sensações, em nomear as percepções e associações que haviam feito, isto me trouxe uma espécie de conforto por saber que a via escolhida era mais do que possível, era também validada por autores reconhecidos do campo analítico. E o resultado disso é que o tratamento com os pacientes foi aos poucos passando por transformações, minha análise progrediu muito e a redação da tese foi na mesma direção. Ou seja, mais do que para me formar como pesquisadora na universidade, o processo de escrita concorreu para a minha formação como analista. Portanto, se assim for possível reconhecer, a tese se constituiu em um ato analítico.

Referi-me, ao longo do trabalho, a uma impressão de desconforto e dúvida que permeou desde os primeiros tempos do exercício clínico até a escrita da tese. Demorei a compreender a natureza desses desconfortos. Diante dos diálogos de Roudinesco e Derrida, “*De que amanhã...*” (2004) encontro respaldo. O primeiro texto faz alusão a heranças e me permite pensar no temor e nos riscos de “trair a confiança” dos autores que me ajudavam a pensar, de não saber pensar com eles. “*Escolher sua herança*” é o

capítulo que abre o livro dos diálogos e leio ali: “a melhor maneira de ser fiel a uma herança é ser lhe infiel” (p.11). Na posição do herdeiro como diz se sentir Derrida, ele pondera: “é preciso primeiro saber e saber reafirmar o que vem ‘antes de nós’ e que portanto recebemos antes mesmo de escolhê-lo e nos comportar sob esse aspecto como sujeito livre (...)”. Reafirmar, o que significa isso? Não apenas aceitar essa herança, mas relançá-la e mantê-la viva” (p.12). No plano do trabalho e da formação sinto-me sempre nos limites entre buscar saber e buscar saber reafirmar, mas o desconforto diminui quando penso que é preciso reinterpretar as heranças, construir a fidelidade pelas infidelidades. Teria conseguido mostrar a extensão dos embates dessa posição pelas escolhas feitas para a escrita da tese?

O que tratar quer dizer no que tange aos sofrimentos psíquicos e corporais quando estes assumem múltiplas e complexas modalidades para se referirem aos traumas vividos pelos sujeitos? Para a Psiquiatria a nomeação deste processo pode ser traduzida pelos diagnósticos de Transtornos Somatoformes e de Sintomas Somáticos que, a partir de uma investigação mais detida, do ponto de vista histórico, encontra raiz na psicanálise, isto é nos quadros de histeria. Hoje, diante da diversidade encontrada para as manifestações de sofrimento, deve-se ir além da neurose para sua compreensão e, com isso, encontrar respaldo também nos quadros psicossomáticos, borderline, personalidade limítrofe, fronteirios etc. Submetidos às injunções históricas, ao processo de nomeação e diagnóstico e aos modos de tratar, nota-se um cruzamento de fronteiras disciplinares e limites de percepção e de conhecimentos daqueles encarregados a assistirem os que sofrem. Diante desses mal-estares, a pergunta se impõe: o que tratar quer dizer? Por que não admitir de saída que nomear já é tratar. Por que os doentes, ao terem seu mal nomeado, muitas vezes acreditam que ele será sanado? Os médicos sabem o que é, sabem como tratá-lo? Conhecem o remédio que lhes convém. É um conforto que corresponde à pressa do mundo de hoje. Mas, e se houver

dificuldades para nomear? Também haverá para tratar. Estes são os casos aqui trabalhados.

O esforço de explicitação da tese é tanto resultado de anos de trabalho clínico no serviço do ambulatório de Transtornos Somatoformes quanto dos impasses aqui já explorados. O título da tese só pode ser melhor explicado nas páginas finais após um intenso processo de dedicação. Ao elaborar seu texto sobre o que denominou *A economia das trocas linguísticas*, Pierre Bourdieu em (2008) o intitulou *O que falar quer dizer*²⁷. O problema da linguagem e dos discursos foi então fortemente discutido e suas determinações no domínio oral, na escrita e em seus usos foi matéria de análise. Muito tempo depois, a propósito de suas relações intelectuais com Michel Foucault, Mathieu Lindon tomou para si a inspiração de Bourdieu e assim intitulou seu livro: *O que amar quer dizer* (2014). A aproximação e a apropriação evidenciaram o desejo de ambos de dar conta de especificidades que se constroem nas relações e contextos – questão para a sociologia, a psicologia, as ciências, as ficções, a vida... Isso parece pertinente ao remeter-se à psicanálise onde a transferência, o vínculo e o amor configuram-se como recursos no tratamento. Neste momento, valendo-se destas apropriações, optei por definir o título da pesquisa como *O que tratar quer dizer*, mais do que uma pergunta é o prenúncio de uma tese que se quer sustentar. Acredita-se que para tratar dos pacientes é preciso escutar o que eles teriam a dizer, ouvir os seus relatos de modo que a partir do acolhimento e do trabalho analítico se encontrem possibilidades de que eles mesmos possam *falar* a respeito de si (possam se tratar), assim como, eu enquanto analista e pesquisadora adquiro condições de escrever acerca do que configura tais modos de sofrimento. *Tratar* implica empatia, disponibilidade, tempo, escuta, esforços conjuntos de nomeação. Os recursos aqui assinalados configuram-se parte dos manejos possíveis para que se consiga construir formas criativas para enfrentar os traumas, sofrimentos e sintomas, para lidar com questões que se impõem na sessão, mas que nem sempre encontram representação ou palavra a priori. Novas perspectivas com as quais ele seja capaz de encontrar potencialidades para *amar* e relacionar-se consigo e com o outro sem que, para isso, seja preciso recorrer exclusivamente às produções corporais como via de descarga.

Ainda que se reconheçam problemas no que tange a análise mútua definida por Ferenczi, a forma de organização da tese é uma escolha consciente e expressiva ao

²⁷ Na edição original francesa: *Ce que parler veut dire: L'économie des échanges linguistiques*. Paris: Librairie Arthème Fayard, 1982. A edição brasileira inverteu a ordem do título: *A economia das trocas linguísticas: o que falar quer dizer*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008, 192p.

admitir que para ocupar-se dos que sofrem, é preciso também observar a sua própria história, as suas modalidades de adoecer e admitir que elas servem como instrumento para o trabalho clínico. É provável que isso possa funcionar com todos os pacientes que poderiam se submeter à psicanálise mas, sublinha-se, em especial, com uma clínica na qual os eventos de realidade compõem e produzem repercussões importantes tanto para o paciente quanto para o profissional que dele se ocupa. Assim, não se pode deixar de incluir um cuidado e maior atenção também à subjetividade do analista. Estar advertido de que o tratamento e a assistência aos sujeitos implicam em algumas inquietações que vão “colocá-lo em questão”. De qualquer modo, admite-se que para isso faz-se necessário que o terapeuta tenha condições, assim como uma equipe de profissionais, como é o caso do SOMA, para lidar com a passagem do tempo de várias formas. Uma vez que as associações, confiança e transformações no trabalho clínico demoram a ser observadas. O mesmo vale para a importância do recurso de nomeação dos sentimentos por parte do analista e de suas próprias percepções: ainda que possam ser elementos fundamentais para o processo, é preciso que o vínculo esteja bem estabelecido. Do contrário, corre-se o risco de uma intervenção precoce que pode levar a consequências imprevisíveis, cristalizando ainda mais o trauma. Acredita-se, com isso, que a função de testemunha e validação do sofrimento talvez conduza a resultados importantes para que o sujeito adquira melhor entendimento de si e de suas experiências. Ainda assim, defende-se que o alívio dos sintomas é uma consequência do cuidado e assistência aos que frequentam o serviço. Espera-se que a terapêutica consiga com cada analisando auxiliá-lo a reconhecer e desfrutar de seus recursos e potencialidades que ali se encontram enfraquecidas por uma condição clínica e subjetiva. Nota-se uma resistência em abrir mão deste lugar, o que ganha força nas afirmações: “se eu me curar eu morro” e “eu não quero melhorar”, um esforço que equivale a deixar a sua própria construção de quem se é, abandonar uma possível marca identitária. A função de testemunha e de suporte não é algo fácil, requer paciência e um trabalho de elaboração que envolve diálogo entre analistas, trocas com profissionais de outras especialidades, leituras que permitam a construção de novos entendimentos que possam somar-se aos já adquiridos tal como ocorreu aqui.

A exposição dos relatos clínicos e as intervenções ao longo dos tratamentos, as visitas institucionais na busca por respostas e partilha das angústias e a familiaridade com novos textos demonstram ultrapassar a clínica mais filiada à neurose. Os traumas e suas conexões com o irrepresentável, na ausência de simbolizações, e as teorias que

sustentam a psicossomática, também se apresentaram como recursos para a construção e o melhor entendimento do que aqui se quer sustentar. Admite-se que a escolha exclusiva por uma filiação teórica ou outra não seria tão produtiva, sendo que parte da extensão da tese liga-se a esse processo. A escrita configurou-se como uma tentativa de elaboração para tornar legível o encontro com os elementos e experiências traumáticas vividas por mim junto aos pacientes, mas também as questões relacionadas à minha história, que só puderam ser recuperadas devido a minha mobilização para o entendimento dos problemas do tratamento. Como no caso das recordações a respeito da eclusa às quais, por anos, eu mesma não conferia grande importância, mas que ao serem atualizadas demonstraram ser uma figura potente para a descrição da função analítica. A imagem da eclusa confere ao analista a atribuição de lidar com os excessos de ambos. Assim, como nesta figuração, ele deverá conseguir drenar a quantidade de água, afetos, nomeações, construções e interpretações no momento em que ocorrem, de forma a prevenir os transbordamentos e as inundações que, se não tiverem atenção, podem produzir consequências inesperadas e lamentáveis. Portanto, o que tratar quer dizer? Cuidado, paciência, potencialidades, nomeações e construções que requerem a participação do analista e podem prolongar-se em (re)começos, (re)conhecimento e (novas) narrativas.

REFERÊNCIAS

ABUD, C. C. Dores e Odores, **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line**, São Paulo, v. 7, n. 1, p.111-126, mai. 2007.

ABUD, C. C. **Representações do somático e do psíquico na cultura de uma organização universitária e hospitalar brasileira**. 2011. 219f. Tese (Doutorado em Administração de Empresas). Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011.

ABUD, C. C ; et al. Metodologia de ensino em Psicologia Médica e atenção integral ao paciente, **Revista Brasileira de educação Médica**, Rio de Janeiro, v.36, n. 3, p. 436-441, sept.2012.

AILLAUD, J. D. **Les enjeux éthiques de l'offre d'écoute en milieu médical**. 2011. 490f. Thèse (Doctorat en Psychologie). Université de Provence, Aix Marseille I, 2011.

AISENISTEIN, M. Contratransferência e transferência nos casos difíceis. In: Federação Brasileira de Psicanálise. Montevideo: FEPAL, 2008. Disponível em: <febrapsi.org.br/publicacoes/artigos/capsa2008_marilia1.doc>. Acesso em: 13 jun.2018.

AKIMOTO JÚNIOR, C. K. **Potencial iatrogênico da Psicanálise**. 2016. 282f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

ALONSO, S. L.; FUKS, M. P. **Histeria**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, 276p.

ALVAREZ, A. O escritor e crítico literário. In: _____. **A voz do escritor**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006, 160p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-I**. 1. ed. Washington: APA; 1952, 145p.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. (2nd ed). Washington (DC): American Psychiatric Association, 136p.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II**. 3. ed. Washington: APA; 1980, 503p.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III**. 3. ed. Washington: APA; 1994, 507p.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV**. 4. ed. Washington: APA; 2000, 904p.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR**. 4. ed. rev. Washington: APA; 2003, 880p.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V**. 5th ed. Washington: APA; 2013, 993p.

ANDRADE, C. D. de. Confidência do Itabirano. In: _____. **Obra completa**. 2 ed. Rio de Janeiro, Aguilar, 1967, 1600p.

ANDRADE L, WALTERS, E. E.; GENTIL, V.; Laurenti, R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, London, v. 37, n.7, p. 316-25, jul.2002.

ANDRADE L et al. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. London, v.43, n.1, p.45-53, jan. 2008.

ANTONELLO, D.; GONDAR, J. A escrita do traumático. **Estudos da Língua(gem)**, Vitória da Conquista, v.11, n.1, p.165-185, jun-2013.

ANZIEU, D. **O Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988, 300p.

ARENDT, H. **A condição humana**. São Paulo: Editora Forense Universitária, 2000, 352p.

ÁVILA, L. A. A alma, o corpo e a psicanálise. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 35-39, 1997.

_____. **O Eu e o Corpo**. São Paulo: Escuta, 2004, 208p.

_____. Isso dói – Dor e sofrimento em Freud e Groddeck. **Revista de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Porto Alegre**, Porto Alegre, v.18, n.1, p. 87-102, 2016.

ÁVILA, L. A. & TERRA, J. R. A histeria e as suas metamorfoses. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.15, n.1, p. 27-41, 2012.

BARSKY, A. J.; ORAY, E. J., BATES, D. W. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity, **Arch. Gen. Psychiatry**, United States of American v.62, n. 8, p. 903-910, aug. 2005.

BARBOSA NETO, E. & ROCHA, Z. Corpo cuidado, esquecido e simbólico. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 7-24, dez.2013.

BARTORELLI, B.; et al. Transtornos Somatoformes e Personalidade In: Mario Rodrigues Louzã Neto... [et al.]. **Transtornos de Personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

_____ et. al. Transtornos Somatoformes e Personalidade In: Mario Rodrigues Louzã Neto... [et al.]. **Transtornos de Personalidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, no prelo.

BARANGER, M.; BARANGER, W. La situación analítica como campo dinâmico. **Revista Uruguaya de Psicoanálisis**, Montevideo, v.4, n1, p.3-54, 1961.

BARANGER, M. A mente do analista: da escuta à interpretação. **Revista Brasileira de Psicanálise** São Paulo, v.26, n.4, p.573-586, 1992.

BARTHES, R. **O prazer do texto**. São Paulo: Perspectiva, 2006, 78p.

BATISTA, J. B. V. Saúde e Trabalho: quando se vai além do limite. In: Jaqueline Brito e Eugênia Chaves. **A expressão do Pathos e a Saúde possível**. João Pessoa: Editora do CCTA, 2016, 151p.

BENJAMIN, W. **Obras escolhidas**. Trad. Sergio Paulo Rouanet. 10. reimpr. São Paulo: Brasiliense,. v. 1: magia e técnica, arte e política, [1933] 1996, 272p.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T.; ALVES, R. N. (2003) **Quem cuida também merece cuidados: conhecendo e prevenindo o burnout**. Maringá: Eduem.

BERLINCK, Manoel Tosta. A dor.**Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 46-58, Sept. 1999.

BISMUTH, A. F. Espaces psychiques mis en abysme du moi inconscient. **Revue Française de psychanalyse**. Paris, v. 81, n.5, p.1496-1501, 2016.

BLÉVIS, M. Les difficultés de la clinique psychothérapeutique en institution. In : Valérie BOUCHERAT HUE, dir.; Daniel WIDLÖCHER, préf.; Jean Cournut. **Les psychothérapies psychanalytiques en institution: approche psychologique et clinique**. p.289-301, 2001, 212p.

BOMBANA, J. A. Somatização e conceitos limítrofes: delimitação de campos. **Psiquiatria na Prática Médica**. São Paulo, v.33, n.1, p.17-19, 2000.

_____. Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.55, n.4, p.308-312, 2006.

BOMBANA, J. A., ABUD, C. C., PRADO, R. A., Assistência e ensino de psicoterapia no programa de atendimento e estudos de somatização (PAES-UNIFESP), **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v.14, n.1, p.10-14, 2012.

BOMBANA, J. A.; DUARTE, C. S. A possibilidade de uma abordagem grupal. **Revista Percurso**, São Paulo, v.19, n.2, p.65-72, 1997.

BOMBANA, J. A., LEITE, A. L. S. S., MIRANDA, C. T. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.22, n.4, p.180-184, 2000.

BOURDIEU, P. L'illusion biographie. **Actes de la Recherche em Sciences Sociales**. Paris, v.62-63, p. 69-72, juin1986

_____. **A economia das trocas linguísticas: o que falar quer dizer.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008, 192p.

BREUER, J.; FREUD, S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.II, pp. 39-189, [1893], 1969, 441p.

BRETTE, F. Traumatismo. In: Alain de Mijolla. (Direção). **Dicionário Internacional da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Imago, p.1930-1931, 2005, 2204p.

BRUNONI A. R. Transtornos mentais comuns na prática clínica. **Rev Med.** São Paulo, 87, n.4, p.251-63, out.-dez2008.

CALVINO, I. **Por que ler os clássicos.** São Paulo: Companhia das Letras, 1993, 279p.

CARVALHO, M. R.; LUSTOSA, M. A. Interconsulta psicológica. Rio de Janeiro, **Rev. SBPH.** v.11, n.1, p.31-47, 2008.

CASETTO, S. J. Psicossomática e instituição hospitalar. In: (Orgs.) Flávio Carvalho Ferraz, Rubens Marcelo Volich. **Psicossoma I–Psicanálise e Psicossomática.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, 237p.

CATANI, J. A função do enquadre analítico no contexto hospitalar: possibilidades e limites de atuação. **Revista Psicologia e Saúde,** Campo Grande, v. 5, n.1, p.25-31, jan./jun.2013.

_____. Ler, Escrever e Inscrever a Histeria: Os Novos Nomes, Os Novos Sintomas e a Velha Neurose. In: (Orgs.) Pedro Ambra, Nelson da Silva. Jr., **Histeria e Gênero – o sexo como desencontro.** São Paulo: nVersus, 2014a, p.53-81, 287p.

_____. Histeria, transtornos somatoformes e sintomas somáticos: as múltiplas configurações do sofrimento psíquico no interior dos sistemas classificatórios. **Jornal de Psicanálise,** São Paulo, v.47, n.86, p.115-134, 2014b.

_____. **Sofrimentos Psíquicos: as lutas científicas da Psicanálise e da Psiquiatria pela nomeação, diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Zagodoni Editora, 2015, 224p.

CATANI, J.; MORETTO, M L. T. A dor no limite do corpo e da psique: reflexões sobre a clínica psicanalítica e psiquiátrica. Porto Alegre, **Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre.** v.18, n.1, p.165-183, 2016.

CATHÉBRAS, P. **Troubles fonctionnels et somatisation: comment aborder les symptômes médicalement inexplicés.** Paris: Masson, 2006, 240p.

CÉLÉRIER, M. C. **Psychothérapie des troubles somatiques.** 2ème édition. Paris: Dumond, 2003, 234p.

CHEMAMA, R; Traumatisme In: Dictionnaire de Psychanalyse. Direction des: Roland Chemama; Bernard Vandermersch. Larousse: Paris, p.53-595, 2006, 602p.

CHARON, R. Préface. In: Direction des Pr. François Goupy et Pr. Claire Le Jeunne. **La médecine narrative: une révolution pédagogique?** Direction des: François Goupy et Claire Le Jeunne. Paris: Éditions Med-Line, 2017, 258p.

COELHO, C. L. DE S; ÁVILA, L A. Controvérsias sobre a somatização. São Paulo, **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.34, n.6, p.278-284, 2007.

COELHO JUNIOR, N. E. **A força da realidade na clínica freudiana**. São Paulo: Escuta, 1995, 206p.

_____. Fala, escuta e campo terapêutico em Psicanálise. Apêndice – Psicanálise, corpo e setting. In: Luís Cláudio Figueiredo e Nelson Coelho. **Ética e Técnica em Psicanálise**. 2ª ed. São Paulo: Escuta, p.97-106, 2008.

_____. A importância de André Green para a psicanálise contemporânea. São Paulo, **Revista Percurso**, ano XXV, n.49/50, p.141-152, jun.2013.

_____. Prefácio: Os tempos do trauma. In: Eugênio Canesin Dal Molin. **O terceiro tempo do trauma: Freud, Ferenczi e o desenho de um conceito**. São Paulo: Perspectiva: Fapesp, p.XIII- XXI, 2016, 241p.

_____. A matriz ferencziana. In: Luís Cláudio Figueiredo e Nelson Coelho. **Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise**. São Paulo: Blucher, 117-185, p. 2018, 304p.

COONS, P. M. The Prevalence of Multiple Personality Disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, Canadá, v. 14, n.3, sept.1991, p.503-517.

CORCOS, M E PIRLOT, G. **Qu'est-ce-que l'alexithymie?** Paris: Dumond, 2011, 129p.

DAL MOLIN, E. C. Posfácio: As pequenas palavras. **Sofrimentos Psíquicos: as lutas científicas da Psicanálise e da psiquiatria pela nomeação**, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Zagodoni, p.191-197, 2015, 224p.

DAL MOLIN, E. C. **O terceiro tempo do trauma: Freud e Ferenczi e o desenho de um conceito**. Editora: Perspectiva: Fapesp, 2016, 264p.

DEJOURS, C. **Recherche psychanalytiques sur le corp: répression et subversion en psychosomatique**. Paris: Payot, 1989, 182p.

_____. **Les dissidences du corps: répression et subversion en psychosomatique**. Paris: Payot, 2017, 192p.

DELORENZO, R. M. T. Corpo sem homem: fabricam-se. In: Lucía Barbaro Fuks, Flávio Carvalho Ferraz. (org.) **Desafios para a psicanálise contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2003, 272p.

DERRIDA, J. Do que amanhã: diálogo / Jacques Derrida; Elisabeth Roudinesco. Rio de Janeiro, 2004, 329 p.

DICKINSON, E. **Delphi Complete Works of Emily Dickinson**. Illustrated. Delphi Poets Series Book 2, United Kingdom: English Edition, 2012, 2807p.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 2012, 317p.

DUHRSSSEN, A.; JORSWIECK, E. An empirical and statistical inquiry into the therapeutic potential of psychoanalytic treatment. Germany, **Der Nervenarzt**; v.36, n.4, p.166–169, 1965.

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento**. São Paulo, Annablume, 2011, 658p.

_____. **Mal-estar, Sofrimento e Sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. São Paulo, Boitempo, 2015, 413p.

_____. Epílogo – Crítica da razão diagnóstica: por uma psicopatologia não-toda. In: Vladimir Safatle, Nelson da Silva Junior e Christian Dunker. (Orgs.). **Psicopatologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico**. São Paulo: Autêntica, p.317-351, 2018, 351p.

DUPARC, F. **Le travail du psychanalyste: accueil de la diversité et stratégies cliniques**. Paris: Les Éditions d’Ithaque, 2017, 207 p.

DZIERZYNSKI, N.; BOUAZIZ, N.; PIOT, M. A. Medicine Narrative et Psychanalyse. In: Direction des Pr. François Goupy et Pr. Claire Le Jeunne. **La médecine narrative: une révolution pédagogique?** Direction des: François Groupy et Claire Le Jeunne. Paris: Éditions Med-Line, 2017, 258p.

EIZIRIK, C. Tempo e vínculo na atualidade. **Desafios da Clínica contemporânea: temporalidades e vínculos**. Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, mar 2018.

ELLENBERGER, H. F. **The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry**. New York: Basic Books Inc, 1970, 982p.

ENGEL, G. Conversion Symptoms. In: Macbryde, D. **Symptoms and Signs in Clinical Medicine**. Philadelphia: Lippincott Ed, p. 650-668, 1970.

FENDRIK, S.; JERUSALINSKY, A. **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011, 280p.

FERENCZI, S. Transferência e Introjeção. In: _____. **Psicanálise I**. Tradução A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, v.I, p.87-123, [1909], 1992, 286p.

_____. O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios. In: _____. **Psicanálise II**. Tradução A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, v.II, p.39-53, [1913], 1992, 440p.

_____. O silêncio é de ouro. In: _____. **Psicanálise II**. Tradução A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, v.II, p.315-316, [1916], 1992, 440p.

_____. Prolongamentos da “técnica ativa”. In: _____. **Psicanálise III**. Tradução A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, v.III, p.117-135, [1920], 1992, 504p.

_____. A adaptação da família à criança. In: _____. **Psicanálise IV**. Tradução A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, v.IV, p.1-16, [1927], 1992, 330p.

_____. Elasticidade da técnica psicanalítica. In: _____. **Psicanálise IV**. Tradução A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, v.IV, p.29-42, [1928], 1992, 330p.

_____. A criança mal acolhida e a sua pulsão de morte. In: _____. **Psicanálise IV**. Tradução A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, v.IV, p.55-60, [1929], 1992, 330p.

_____. Princípio de relaxamento e neocatarse. In: _____. **Psicanálise IV**. Tradução A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, v.IV, p.61-78, [1930], 1992, 330p.

_____. Análises de crianças com adultos. In: _____. **Psicanálise IV**. São Paulo: Tradução A. Cabral. Martins Fontes, v.IV, p.79-95, [1931], 1992, 330p.

_____. **Diário clínico**. Tradução A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, [1932], 1990, 273 p.

_____. Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In: _____. **Psicanálise IV**. Tradução A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, v.IV, p.111-121, [1933], 1992, 330p.

_____. Reflexões sobre o trauma. In: _____. **Psicanálise IV**. Tradução A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, v.IV, p.111-121, [1934], 1992, 330p.

FERNANDES, M. H. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, 127p.

FERRAZ, F. Das neuroses atuais à psicossomática. In: Flávio Carvalho Ferraz, Rubens Marcelo Volich. (Org.) **Psicossoma I: psicossomática psicanalítica** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, 237 p.

_____. A loucura suprimida: normopatía, pós-modernidade e instituições psicanalíticas. In: Lucía Barbaro Fuks, Flávio Carvalho Ferraz. (org.) **Desafios para a psicanálise contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2003, 272p.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público.** (1ªed.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997, 186p.

FIGUEIREDO, L. C. Presença, implicação e reserva. In: **Ética e Técnica em Psicanálise.** Luís Cláudio Figueiredo e Nelson Coelho. 2ª ed. São Paulo: Escuta, p.13-54, 2008.

_____. **As diversas faces do cuidado – novos ensaios de psicanálise contemporânea.** São Paulo: Escuta, 2009, 232p.

_____. A pesquisa clínica em psicanálise: reflexões a partir de André Green. São Paulo, **Revista Percurso**, ano XXV, n.49/50, p.133-140, jun. 2013.

_____. **Cuidado, Saúde e Cultura: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante.** São Paulo: Escuta, 2014, 168p.

_____. Preliminares à consideração das matrizes. Luís Cláudio Figueiredo. **Adoecimentos Psíquicos e Estratégias de Cura. Matrizes e Modelos em Psicanálise.** São Paulo: Blucher, 2018, p.26-39, 303p.

FIGUEIREDO, L. C. e COELHO JUNIOR, N. E. Introdução. Luís Cláudio Figueiredo e Nelson Ernesto Coelho Junior. **Adoecimentos Psíquicos e Estratégias de Cura. Matrizes e Modelos em Psicanálise.** São Paulo: Blucher, 2018, p.9-25, 303p.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Ed. Forense-Universitária, 1980, 129p.

_____. **A história da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1991, 551p.

FORTES, S; VILLANO L.A.B; LOPES C.S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the at the Family Health Program units in Petrópolis, Rio de Janeiro. São Paulo, **Rev Bras Psiquiatr**, v.30, n.1, p.32-7, 2008.

FRANCES, A. **Voltando ao normal: como o excesso de diagnóstico e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle.** Rio de Janeiro: Versal Editores; 2016.

FREITAS, C.; WEREBE, D.; BARTORELLI, B.; & FRÁGUAS, R.; Efeitos da Transferência em um caso de Somatização. In: **15th World Congress of Psychiatry**, Buenos Aires realizado de 18 a 22 de setembro de 2011.

FREUD, S. Relatório sobre meus Estudos em Paris e Berlim. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.I, p. 31-42, [1886a], 1969, 441p.

_____. Observação de um Caso Grave de Hemianestesia em um Homem Histerico. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.I, p. 51-57, [1886b], 1969, 441p.

_____. Histeria. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.I, p. 67-82, [1888], 1969, 441p.

_____. Hipnose. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.I, p. 125-133, [1891], 1969, 441p.

_____. Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.I, p. 175-191, (1889-1893 [1893]), 1969, 441p.

_____. Rascunho K: As neuroses de defesa (Um conto de fadas para o Natal - 1º de janeiro de 1896). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.I, p.241-249, (1887[1896]), 1969, 441p.

_____. Rascunho L – Notas I (2 de maio de 1897). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.I, p. 268-270, (1892-1899 [1950]), 1969, 441p.

_____. Projeto para uma psicologia científica. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Tradução J. Salomão. 2ª ed. - Rio de Janeiro: Imago, v.I, p.301-409. (1895,[1950]),1969, 441p.

_____. Sobre psicoterapia. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Trad. J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v. VII, p.239-251, [1904], 1969, 573p.

_____. Fragmentos de análise de um caso de histeria. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.VII, p.01-119, (1901,[1905a]), 1969, 573p.

_____. Três ensaios sobre a sexualidade. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Trad. J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v. VII, p.231-244, [190b] 1969, 573p.

_____. O chiste e sua relação com o inconsciente. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Trad. J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v. VIII, p.13-265, [1905c], 1969, 247p.

_____. Cinco Lições de Psicanálise. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Trad. J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.XI, p.13-51, (1910[1909]), 1969, 252p.

_____. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.XI, p. 125-136, [1909/1910], 1969, 252p.

_____. Concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.XI, p.193-203, [1910], 1969, 252p.

_____. A dinâmica da transferência. In: _____. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relato em autobiografia (“O caso Schreber”): artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913).** Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, v.10, p.133-147, [1912], 2010, 372p.

_____. Introdução ao narcisismo. Obras In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.XIV, p.111-131, [1914], 1969, 463p.

_____. Recordar, Repetir e Elaborar. Obras In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.XII, p.189-203, [1914], 1969, 463p.

_____. Conferência XVI: Psiquiatria e Psicanálise. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.XVI, p.289-304, [1917], 1969, 573p.

_____. Uma dificuldade da Psicanálise. **História de uma neurose infantil: (“O homem dos Lobos”): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)** / Sigmund Freud; tradução e notas Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras. v.14, p.240-251, [1917], 2010, 424p.

_____. O inquietante. **História de uma neurose infantil: (“O homem dos Lobos”): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)** / Sigmund Freud; Tradução e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras. v.14, p.297-324, [1919], 2010, 424p.

_____. Além do Princípio do Prazer. **História de uma neurose infantil: (“O homem dos Lobos”): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)** / Sigmund Freud; Tradução e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras. v.14, p.122-311, [1920], 2010, 424p.

_____. O Ego e o Id. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Trad. J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.XIX, p.13-83, [1923], 1969, 394p.

_____. A perda da realidade na neurose e na psicose Id. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Trad. J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.XIX, p.225-234, [1924], 1969, 394p.

_____. Inibição, Sintoma e Angústia. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Tradução J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.XX, p.95-207, [1926], 1969, 325p.

_____. Novas conferências introdutórias à Psicanálise – Acerca de uma visão de mundo. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos.** Trad. Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, v.XVIII, p.123-354, [1933], 2010, 495p.

_____. Análise terminável e interminável. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos. Trad. J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.XXIII, p.239-248, [1937a], 1969, 362p.

_____. Construções em análise. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos. Trad. J. Salomão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago, v.XXIII, p.289-304, [1937b], 1969, 362p.

GABBARD, G. O. Introduction: A New Look at Evidence About Reduced Cost of Medical Utilization Following Mental Health Treatment, Washington, **Journal of Psychotherapy Practice and Research** n.7, v.1, p.65-67, 1998.

GALLUCCI NETO, J. & MARCHETTI, R. L. Histeria: somatização, conversão e dissociação. P. D. Alvarenga, & A. G. Andrade. **Fundamentos em Psiquiatria.** São Paulo: Manole, p. 339-362, 2008, 646p.

GAMMA, F. Troubles Somatoformes: une experience de groupe psychotherapeutique. Paris: **Psychotherapies**; vol. 21, n.4, p.203-213, 2001.

GERHARDT, C de S. et al. O corpo e a formação analítica. **Calibán: Revista Latino-americana de Psicanálise**, Montevideo, v.14, n.1, p.38-47, 2016.

GONDAR, J.; ANTONELLO, D. F. O analista como testemunha. **Psicologia USP**, São Paulo, v.27, n.1, p.16-23, 2016.

GONDAR, J. Interpretar, agir, “sentir com”. **Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política.** Eliana Schueler Reis e Jô Gondar.(orgs.). Rio de Janeiro: 7 Letras, 33-52, 2017, 230p.

GOUPY, F. Introduction. In: **La médecine narrative: une révolution pédagogique?** Direction de: François Groupy et Claire Le Jeunne. Paris: Éditions Med-Line, 2017, 258p.

GRANOFF, W. Ferenczi: falso problema ou verdadeiro mal-entendido. **Agora - Revista de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v.I, n.1, p.129-150, jul/dez1998.

GRODDECK G. **Livro d'Isso**. São Paulo: Perspectiva, 1984, 248p.

_____. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Perspectiva, 1992, 320p.

HACKING, I. **Múltipla Personalidade e as Ciências da Memória**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995, 358 p.

HEBBRECHT, M. Rêve contre-transférentiel et moi inconscient. **Revue française de psychanalyse**, Paris, v. 81, n.5, p.1474-1477, dec. 2016.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Hospital das Clínicas: uma breve história. Disponível em: <http://hc.fm.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=485&Itemid=303>. Acesso em: mai. 2017

JUNG, K. F. Corpus: a procura de simbolização. **Calibán: Revista Latino-americana de Psicanálise**, Montevideo, v.14, n.1, p.26-37, 2016.

KHAN, M. M. R. **The privacy of the self: papers on psychoanalytic theory and technique**. London: Karnac Books, 1974, 344p.

KIRMAYER, L. J.; YOUNG, A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. **Psychosom Med**, United States of American, v.60, n.4, p.420-30, jul-aug,1998.

KRAENKER, S. Quando qualquer semelhança não é mera coincidência: o lugar da construção de caso na pesquisa psicanalítica. **Lat. Am. Fundam. psychopathol**, São Paulo, v.4, n.2, p253-259, nov.2007.

KUPERMANN, D. Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na Psicologia Hospitalar. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.6-20, 2016.

_____. **Estilos do cuidado: a psicanálise e o traumático**. São Paulo: Zagodonni, 2017, 176p.

LACAPRA, D. **Writing History, Writing Trauma**. Baltimore, London, The John Hopkins University Press, 2001.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001, 576p.

LAURENTI, R. (1991). Análise de informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças, São Paulo, **Revista de Saúde pública**, v.25, n.6, p.407-417, 1991.

LAZZARO, C. D.S. & ÁVILA, L. A. Somatização na prática médica. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v.11, n.2, p.2-5, abr-jun.2004.

LINDON, M. **O que amar quer dizer**. São Paulo: Cosac Naify, 2014, 288p.

LOPES, A. D, LICHTENSTEIN, A. William Osler. **Ver. Med.** (São Paulo). v.86, n.3, p.185-8, jul.-set.2007.

MAAT, DE S. et al. The Effectiveness of Long-Term Psychoanalytic Therapy: A Systematic Review of Empirical Studies. **Journal Harvard Review of Psychiatry**, Boston, v.17, n.1, p.1-23, 2009.

MACEDO, H. O de. **Cartas a um jovem psicanalista**. São Paulo: Perspectiva, 2012, 321p.

MÃE, V. H. **O paraíso são os outros**. São Paulo: Cosac Naify, 2014, 32p.

MAI, F. Somatization Disorder: A Practical Review. **Canadian Psychiatric Association**, Ottawa, v.49, n10, p.652-662, 2004.

MAI, N. **Estética das consequências e o universo da concentração nos filmes de Lav Diaz**. Disponível em: <<http://multiplotcinema.com.br/2018/06/estetica-das-consequencias-e-o-universo-da-concentracao-nos-filmes-de-lav-diaz/>> Acesso em: 13 julho 2018.

MAIA, A. B.; MEDEIROS, C.P.; FONTES, F. O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. **Estilos clin.**, São Paulo, v.17, n.1, p.44-61, 2012.

MÁRAI, S. **As brasas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999, 172p.

MARKLE, W. H; FISHER, M. A.; SMEGO JR., R. A. **Compreendendo a saúde global**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

MARQUES, J. **Pós-graduações miram Medicina mais humanizada**. O Estado de S Paulo. 10 de outubro de 2017. Disponível em: <<http://educacao.estadao.com.br/noticias/geral,pos-graduacoes-miram-medicina-mais-humanizada,70002036345>>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2018.

MARTINEZ, D. M. C., RICO, R. I., HERNÁNDEZ, J. A. F., & JIMÉNEZ, J. L. Costos de los síntomas somatoformes. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, Ciudad de México, v.35, n.1, p.31-36, 1997.

MARTINS, V. A. **Psicossomática e Transtornos de Somatização: caracterização da demanda em hospital escola no período de 1996 a 2004**. 2007. 77f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MARTY, P. A psicossomática do adulto. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, 87p.

MARTY, P. & M'UZAN, M. O pensamento operatório. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.28, n.1, p.165-174, 1992.

MCDUGALL, J. **Teatros do eu**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989, 222p.

_____. **Teatros do corpo**. São Paulo: Martins Fontes, 1996, 194p.

MÉSZÁROS, J. Elementos para a teoria contemporânea do trauma: mudança de paradigma de Ferenczi. **Revista Percurso**, São Paulo ano XXIII, n.46, junho de 2011.

MEZAN, R. Pesquisa em Psicanálise: algumas reflexões. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v.39, n.70, p.227-241, 2006.

_____. **Tronco e os ramos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, 613p.

MINERBO, M. **Diálogos sobre a clínica psicanalítica**. São Paulo: Blucher, 2016, 213p.

MOREIRA, L. E. M. Her majesty, hysteria! [Sofrimentos psíquicos: as lutas científicas da Psicanálise e da Psiquiatria pela nomeação, diagnóstico e tratamento]. **Revista Percurso**, São Paulo, ano XXVIII, n.55, dez.2015.

MORETTO, M L. T **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, 217p.

_____. **O psicanalista num programa de transplante de fígado: experiência do “outro em si”**. 2006. 251f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). São Paulo, Universidade de São Paulo, 2006.

MORETTO, M. L.; et al. “Cuidando de Quem Cuida”: Assistência Psicológica ao Trabalhador da Saúde. **Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, 2013, 11 (1), 52-65 52.

MORETTO, M. L. T, & PRISZKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. **Tempo psicanalítico [online]**, Juiz de Fora, v.46, n.2, p.287-298, 2014.

MUMFORD, E. et al. A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. **The American Journal of Psychiatry**, Washington, DC, v.141, n.10, p.1145-1158, oct.1984.

_____. A New Look at Evidence About Reduced Cost of Medical Utilization Following Mental Health Treatment. **Journal of Psychotherapy Practice and Research**, United State of American, v.7, n.1, p.67-86, 1998/winter.

NASIO, J. D. **A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008, 127p.

NICKEL M, et al. Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: a randomized, controlled study. **J Psychosom Res**, Reino Unido, v.61, n.4, p.507-513, oct. 2006.

OMALLEY P.G. et al. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. **The Journal of family practice**, v.48, n.12, p.980-90, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. 8a revisão das **Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte**. Washington, D.C., Organização Panamericana de Saúde (OPAS), [1965], 1969.

_____. 9a revisão das **Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte**. vol.1. Genebra: Organização Mundial de Saúde, [1975], 1978.

_____. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições, Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, 352p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **OMS lança nova classificação internacional de doenças. (2018)** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-lanca-nova-classificacao-internacional-de-doencas/>>. Acesso em: 20 de junho 2018.

PAULIN, L. F.; OLIVEIRA, T. C. Transtornos somatoformes. Tema: Como diagnosticar e Tratar. **RBM**, São Paulo, v.70, n.11, p.390-394, 2013.

PENNEBAKER, J. W.; BEALL, S. K. Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, DC, v.95, n.3, p.274-281, aug 1986.

PENNEBAKER, J. W. & SEAGAL, J. D. Forming a Story: The Health Benefits of Narrative. **J Clin Psychol** United States of American, v.55, n.10, p.1243-1254, oct.1999.

PEREIRA, B.B. de L. M., 57 anos, solteira, 7 filhos...A implicação do sujeito em situação hospitalar. **Revista Percurso**; São Paulo, v.19, n.2, p.37-42, 1997.

PESSOA, F. **Livro do desassossego: composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livros na cidade de Lisboa**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, 542p.

PIGLIA, R. **Formas breves**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004, 118p.

PINHEIRO. T. **Ferenczi: do grito à palavra**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995, 132p.

PUSKAS, D. **Dans l'atelier du psychanalyste: thérapie et créativité**. Montréal: Liber, 2017, 192p.

REIS, M. L. O. **Infância e memória: histórias de psicanálise com crianças**. Curitiba: Editora CRV, 2016, 139p.

REIS, E. S.; GONDAR, J. Com Ferenczi. **Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política**. _____. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2017, 230p.

ROBINSON, R. S. Temporalidades e trauma na clínica atual. **Desafios da Clínica contemporânea: temporalidades e vínculos**, São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. mar.2018.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998, 874p.

ROUSSEAU-DUJARDIN Trauma. In: **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise : o legado de Freud a Lacan**. Editado por: Pierre Kaufmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996, 790p.

ROSENBERG, B. **Masochismo mortífero e masochismo guardião da vida**. São Paulo: Escuta, 2003, 208p.

ROST, K., KASHNER, G.M.; SMITH, G. R. Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: improved outcomes at reduced costs. **General hospital psychiatry** Massachusetts, v.16, n.6, p.381-387, 1994.

SANTOS, N. C. A., et al. Consultation-liaison psychology: demand and assistance in general hospital. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n.2, p.325-334, 2011.

SCHLESINGER H. J, et al. Mental health treatment and medical care utilization in a fee-for-service system: outpatient mental health treatment following the onset of a chronic disease. **Am J. Public Health**; Washington, DC, v.73, n. 4, p.422-429, 1983.

SCHMELLING-KLUDAS C, FRFSCHLIN R, BOLL-KLATT A. Stationery psychosomatische Rehabilitation for Turkische migranten: Inpatient Psychosomatic Rehabilitation for Turkish Migrants: What Can Be Realized, What Are the Effects? **Rehabilitation**, United States of American, v.42, p.363-70, 2003.

SCHOENFELD, M. A. et al. Neural correlates of hysterical blindness, Cambridge, **Cereb Cortex**, v.21, n.10, p.2394-2398, oct.2011.

SCHOR, D. **Heranças invisíveis do abandono afetivo: um estudo psicanalítico sobre as dimensões da experiência traumática**. 2016. 150f. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SHAW. J.; CREED. F. The cost of somatization. **Journal of Psychosomatic Research**, Florence, v.35, n.2/3, p.307-312, 1991.

SIFNEOS, P. E., APFEL-SAVITZ, R.; FRANKEL, F. H. The phenomenon of Alexithymia: Observations in neurotic and psychosomatic patients. **Psychotherapy and Psychomatics**, Bologna, v.28, n.1-4, p.47-57, feb.1977.

SILVA, H. **Considerações sobre planejamento de eclusagens na Hidrovia Tietê-Paraná**. 2015.106f. Dissertação. (Mestrado em Engenharia de Produção) Faculdade de Engenharia da Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2015.

SILVA JUNIOR, J. S. **Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais: um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal**. 2016. 139f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SILVEIRA, A. M. B. Per via di pore, per via di levare, per via di... vivere. **Ide (São Paulo)**, São Paulo, v. 33, n.51, p.82-92, dez. 2010.

SMAIRA, S. I., KERR-CORRÊA, F.; CONTEL, J. O. B. Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: a case-control study. **Rev Bras Psiquiatr.** Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.18-25, 2003.

SMILEVSKI, G. **A irmã de Freud**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013, 336p.

SIMONETTI, A. **Psicologia Hospitalar e Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, 240p.

SMITH, G. R.; MONSON, R & RAY, D.C. Psychiatric consultation in somatization disorder. **The England Journal of medicine** Massachusetts, v.314, n.22, p.1407-1413, 1986.

SOUSSAN, P. B. Petit traité de la douleur moderne. Que faire de sa douleur sinon une histoire...? **La souffrance de l'être: formes modernes et traitements**. Toulouse: Érès Éditions, 2014, 245p.

SOUZA, M. L. R. **Vertentes da Psicanálise. O hospital. A violência. A clínica. A escrita**. São Paulo: Person, 2017, p.357.

SPESSOTO, L. B. Reescrevendo o imbricamento da via di porre e da via di levare do analista que enfrenta a fúria dos superegos. **Ide [online]**. São Paulo, v.33, n.51, p.119-127, 2010.

TANIS, B. Formação - pesquisa; sociedades de psicanálise - universidade: a delicada questão das fronteiras. São Paulo: **Jornal de Psicanálise**, v.39, n.70, p.309-325, 2006.

_____. A escrita, o relato clínico e suas implicações éticas na cultura informatizada. São Paulo: **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.16, n.1, p.29-43, 2014.

_____. Manejo clínico das temporalidades: enquadre interno do analista **Desafios da Clínica contemporânea: temporalidades e vínculos**, São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, mar.2018.

THOMASSEN R, et al. Somatoform disorders in consultation-liaison psychiatry: a comparison with other mental disorders. **General Hospital Psychiatry**, Massachusetts, v.25, n.1, p.8-13, 2003.

TÓFOLI, L. F., ANDRADE, L. H.; FORTES, S. Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 33, Supl.1, p.59-69, 2011.

TRINDADE, J. **Manual de Psicologia Jurídica para operadores do Direito**. 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009, 856 p.

UCHITEL, M. **Além dos Limites da Interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997, 160p.

_____. **Neurose Traumática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, 215p.

VITORELLO, D. M. **Autenticidade: O psicanalista entre Ferenczi e Lacan**. 2015. 230f. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

VOLICH, R. M. **Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise**. 10ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, 392p.

_____. O campo transferencial como fundamento clínico da ação terapêutica. In: Michele Kamers, Heloísa Marcon, Maria Lívia Tourinho Moretto (org.) **Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde**. São Paulo: Escuta, p.89-111, 2016, 400p.

WAINER, B. A. et al. **El cuerpo en escena**. Coordinado por Elsa Rappaport de Aisenberg,. Buenos Aires: Lumen, p.45-53, 2012, 239p.

XU, J.; et al. The economic burden of mental disorders in China: implications for health policy. **BMC Psychiatry**, United States of American, v.11, n16, p.137, may 2016.

ZUZMAN, W. A opção sógnica e o processo simbólico. **Revista Brasileira de Psicanálise**. São Paulo, v.28, n.1, p.153-164, 1994.