Dor e sofrimento psíquico: uma reflexão sobre as relações e repercussões corpo e mente[1]

Norma Lottenberg Semer[2]

Resumo: Este artigo apresenta um breve relato do atendimento psicanalítico de pessoas com fibromialgia, realizado desde 2004, em um centro clínico de pesquisa em psicoterapia vinculado a uma instituição de ensino. A crescente presença de pacientes com pouco acesso ao simbólico em nossa clínica cotidiana tem estimulado a constante busca por ampliar o trabalho em terreno árido, bem como desenvolver recursos para o manejo dessas situações. Procuramos discutir as relações e repercussões entre dor física e dor psíquica nas diversas contribuições psicanalíticas, com a complexidade envolvida relacionada à continuidade *versus* descontinuidade psiquismo-soma.
Palavras-chave: dor física; dor psíquica; corpo-mente; somatizações; pesquisa em psicanálise.

Introdução

Hannah Arendt, em homenagem prestada a Isak Dinesen (pseudônimo da escritora dinamarquesa Karen Blixen, 1885-1962), citou o que a romancista dissera sobre a dor: "Todas as dores podem ser suportadas se você as puser em uma história ou contar uma história sobre elas" (Arendt, 2010, p. 115).

A dor é constitutiva da espécie humana, desde a função biológica protetora contra a automutilação ou mesmo pelas referências à dor e ao sofrimento encontradas na cultura, arte, religião. A dor sempre esteve presente nas formulações humanistas em geral – e, em particular, na psicanálise, pela possibilidade de transformação, por meio da simbolização, das vivências humanas geradoras de sofrimento, de modo a lhes dar sentido.

1 Trabalho apresentado em reunião científica da SBPSP, em 21 de outubro de 2010. A autora agradece aos participantes do Núcleo de Atendimento e Pesquisa em Psicanálise e Dor NAPPED, da disciplina de Psicoterapia do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP: André Felício Sobral, Antonio Carlos Dutra, Juliana de Cássia Leonel, Katia Semeraro Jordy, Maria Rita Garcia de Andrade, Roberta Katz Abela, Simone Godinho, Tatiana Gottlieb Lerman, Tatiana Roccato Fortes.
2 Membro associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo SBPSP, pesquisadora e supervisora da disciplina de Psicoterapia da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP.

A distinção entre dor física e psíquica talvez seja um tanto artificial. Toda experiência de dor física traz repercussões psíquicas, do mesmo modo que o sofrimento psíquico é também acompanhado por sensações corporais. É um problema complexo: dor física e dor mental, o que remete para uma questão de grande pertinência, que é a continuidade *versus* descontinuidade psiquismo-soma. Segundo Fleming (2003), essa foi uma das interrogações que perpassou todo o percurso freudiano. No "Projeto para uma psicologia científica" (1895/1988), a dor é tratada como entidade global; no trabalho "Inibição, sintoma e angústia" (1926/1988) há uma discriminação entre os conceitos de dor corporal e dor psíquica. A diferença é compreendida de acordo com a natureza do investimento: enquanto na dor física predomina o investimento de natureza narcísica, na dor mental predomina o investimento libidinal do objeto, ou seja, o hiperinvestimento deste. A autora assinala que há um consenso de que a dor seja simultaneamente um fenômeno psíquico e somático.

Freud introduziu o conceito na literatura psicanalítica como "dor na alma" (*Seelenschmerz*) e no "Projeto" (1895/1988) passou a distinguir dor e sofrimento, dor e desprazer, dor e angústia, bem como a ligação entre dor e desamparo. Para ele, a dor primordial é a condição de desamparo do bebê humano. Ao abandonar o "Projeto" e a concepção quantitativa, Freud passou a se dedicar ao estudo da angústia. Em "Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental" (1911/1988), ele se pergunta do que depende a capacidade de tolerar a frustração; em "Sobre o narcisismo: uma introdução" (1914/1988), apresenta o investimento na dor corporal; mas é em "Luto e melancolia" (1917/1988) que abordará a dor relacionada à perda do objeto amado. Mais tarde, em "Mais além do princípio do prazer" (1920/1988), Freud retoma a concepção quantitativa entre dor e prazer, bem como em "O problema econômico do masoquismo" (1924/1988). Finalmente, em "Inibição, sintoma e angústia" (1926/1988), traz novas concepções teóricas, ao diferenciar dor corporal, narcísica, da dor mental, envolvida em uma relação de objeto. Para Fleming (2003), apesar de nesse trabalho Freud ter se indagado sobre as situações em que a separação do objeto produz angústia, luto ou dor, o tema ainda não foi suficientemente abordado nas conceituações psicanalíticas.

McDougall (1991) afirma que "na posição de analistas, é a dor e o mal-estar psíquico que constituem a dimensão fundamental do nosso campo de observação e de exploração cotidiana" (McDougall, 1991, p. 152). De fato, a dor é o que leva uma pessoa à procura de análise e – pela impossibilidade de suportá-la – promove a formação de sintomas.

O conceito de dor mental tem adquirido maior importância na teoria e na clínica psicanalítica, principalmente em razão da contribuição de Bion (1963), que considera a dor psíquica um dos elementos de psicanálise e pressupõe ser a capacidade de continência e tolerância à dor um dos pilares do desenvolvimento do indivíduo.

Quanto à diferença entre dor e sofrimento, ambos dizem respeito a experiências afetivas. Fleming (2003) assinala que "etimologicamente, sofrer se refere à capacidade de suportar, tolerar e conter no espaço psíquico da experiência, enquanto a dor, proveniente de um verbo intransitivo, não contempla a tolerância e transborda da área psíquica" (Fleming, 2003, p. 37).

Teorias

Várias são as concepções que abordam a relação entre as emoções e o corpo. Para McDougall (1991), as manifestações corporais são expressões corriqueiras tanto de conflitos

internos quanto de acontecimentos externos da vida cotidiana. Assinala essa autora que a resposta a situações estressantes envolverá aspectos variados de organização e integração da personalidade. A doença surgirá quando as condições internas para enfrentar e manejar frustração e tensão forem insuficientes. McDougall (1994) compreende o fenômeno da somatização como um mecanismo mental de defesa. Usa o termo "potencialidade psicossomática", ou seja, qualquer indivíduo, neurótico ou psicótico, pode somatizar se um limiar de conflito ou de dor psíquica for ultrapassado. Os pacientes somatizadores muitas vezes "não têm palavras para dar nome a seus estados afetivos ou não conseguem distinguir um estado afetivo do outro" (McDougall, 1991, p. 26). A esse fenômeno, Nemiah e Sifneos (1970) denominam alexitimia,[3] incapacidade para descrever com palavras os sentimentos, dadas as dificuldades para localizar sensações corporais, diferenciar os afetos e integrar fantasia e experiência afetiva.

Marty (1994) introduz a noção de pensamento operatório como subjacente ao fenômeno e à queixa somática recorrente de pacientes "psicossomáticos", conceito que enfatiza pobreza da vida imaginativa e da afetividade, e presença de bloqueios na capacidade de representar ou elaborar as demandas pulsionais que o corpo dirige à mente. Quando falham as possibilidades de sonhar, fantasiar, pensar, restam ao indivíduo a via orgânica e a ação como descarga da excitação que não pode ser elaborada psiquicamente. O autor usa a expressão "falha no processo de mentalização" como impossibilidade das representações psíquicas – fantasias, sonhos, associações de ideias – base da vida psíquica, já que permitem o pensar, o elaborar, o refletir.

Na teoria de Bion (1962), é função do pensamento transformar as experiências, emocionais e sensoriais de um estado bruto em uma forma mais elaborada e simbolizada. Essa transformação dos aspectos desprovidos de significado em algo que possa ser utilizado para pensar, discriminar, avaliar e decidir é designada como função α. Os dados sensoriais e as emoções em estado bruto são denominados elementos β. Se as experiências emocionais não são transformadas pela função α, acumulam-se sob forma de estímulos que tendem a perturbar o aparelho mental e devem por isso ser eliminados. Essa eliminação pode ocorrer por várias vias, por exemplo, pelas alucinações ou pelas perturbações psicossomáticas. Bion (1962) propõe que a doença psicossomática encontra-se fora da área da função simbólica e desprovida de significado, e se relaciona ao fracasso das representações da vida emocional, dada a impossibilidade de transformação por meio da função α.

A experiência

Este trabalho refere-se a uma experiência de investigação em psicanálise em um contexto institucional de serviço público universitário na cidade de São Paulo, desde 2004. Teve como objetivo levar a psicanálise a pacientes habitualmente sem acesso a esse tratamento, além do interesse em promover pesquisa em psicanálise na universidade. A partir da observação das dificuldades emocionais de pacientes com fibromialgia, procuramos investigar a possibilidade de mudanças psíquicas desses pacientes, por meio do atendimento psicanalítico.

Fibromialgia significa "dor nos músculos e nos tecidos fibrosos", ligamentos e tendões, e caracteriza-se por uma sensação de dor difundida por todo o corpo. É uma síndrome

3 Do grego: *a* = sem; *lexis* = palavra; *thymos* = coração, afetividade.

com várias manifestações clínicas: fadiga, indisposição geral, distúrbios do sono – sendo a dor, moderada ou severa, seu principal sintoma. Sua prevalência está em torno de 2% a 4% na população geral; 80% a 90% dos pacientes são do sexo feminino, com idade média variando entre 30 e 60 anos.

Os pacientes com fibromialgia, ao perambular pelas mais variadas clínicas médicas, com queixas vagas, dores crônicas ou outras dificuldades, esperam do médico uma atitude de acolhimento e compreensão, mas isso nem sempre ocorre e frequentemente desencontros acontecem.

Na formação médica, pouca atenção é dada à subjetividade; assim, muitas vezes o médico não consegue atender a tantas necessidades do paciente. O modelo biomédico (Capra, 1982) tem se mostrado restrito para dar conta de outras demandas de cada indivíduo. As explicações da anatomia e da fisiologia não são suficientes para compreender as variações entre as pessoas, dada a dimensão simbólica da realidade corporal. O saber médico contempla uma das representações do corpo, o corpo biológico, mas há também o corpo erógeno e o corpo representado psiquicamente, desde que Freud e Breuer (1893) propuseram um funcionamento psíquico do corpo além do organismo biológico. A situação de não ser compreendido pelo médico é vivida pelo paciente com desânimo, o que pode aumentar a sensação de dor. Por vezes, o próprio paciente só consegue vislumbrar aquilo que é mais conhecido: solução concreta, objetiva e imediata, em que o sofrimento é localizado e reconhecido como doença do corpo.

A vivência de dor é sempre algo subjetivo, por isso a escolha do tema neste trabalho. Além do mais, a síndrome fibromiálgica constitui-se de diversos pontos dolorosos, mas não há quaisquer exames laboratoriais ou critérios diagnósticos objetivos. Percebemos certa especificidade da dor; entendemos a dor como uma comunicação e expressão. A dor física concentra todas as dores, é um continente das infelicidades e o apego à dor e à doença passa a ser o eixo da vida.

O trabalho psicanalítico é uma experiência que pode criar condições para o desenvolvimento psíquico, promover a mentalização dos fenômenos somáticos, expandir o mundo interno com maior participação de fantasias e de sentimentos. A expectativa é de que o paciente, em seu desenvolvimento ao longo do processo, não mais utilize o corpo como via de descarga ou como modo de comunicação.

A proposta de atendimento pressupõe aceitar que a doença e a dor são partes integrantes da organização mental de uma pessoa. O objetivo do psicanalista é, então, despertar o interesse do paciente para seu próprio funcionamento psíquico, a partir de um encontro vivo entre duas pessoas que se comunicam. O paciente tem a oportunidade, por meio das experiências transferenciais e contratransferenciais, de reeditar as vivências de falta, de falha, de trauma, identificando-as, nomeando-as, enfim, metabolizando-as no processo de elaboração.

Por meio do acolhimento presente nessa relação, espera-se que essas pessoas possam estabelecer vínculos mais sólidos consigo mesmas e com a vida. O objetivo do trabalho consiste no desenvolvimento, mudanças e transformações do funcionamento mental que levam à construção do "sujeito simbólico".

Acompanhamos treze mulheres, entre 35 e 71 anos de idade (idade média de 49 anos), com nível de instrução predominantemente baixo, de variadas procedências: sete da região

nordeste (Bahia, Pernambuco, Sergipe e Ceará), duas de Minas Gerais, uma do interior de São Paulo e três da capital (uma delas nascida na Itália). A maioria se encontrava inativa no início do atendimento. As pacientes são provenientes do ambulatório de reumatologia da Unifesp e são atendidas no Centro Clínico de Pesquisa em Psicoterapia do Departamento de Psiquiatria da mesma universidade.

A equipe é composta por nove profissionais, entre psicólogos e psiquiatras com treinamento em orientação psicanalítica, coordenados por uma psicanalista. Cada um desses profissionais atende uma paciente por um longo prazo – assim, duplas diversas são formadas.

Quanto às características das pacientes, trata-se de população sofrida e carente do ponto de vista econômico, intelectual e emocional, com precariedade de vínculos e de cuidados. As histórias de vida envolvem perdas, migrações, separação da família, sofrimentos precoces. Além de necessidades básicas, que precisam ser contempladas, presencia-se uma "desnutrição emocional". A maioria das participantes apresenta reduzido repertório simbólico; provém de famílias com muitos filhos, sendo os pais trabalhadores rurais. Algumas têm pouco conhecimento a respeito de suas origens, bem como da vida atual de outros familiares, o que sugere fragilidade dos vínculos.

Grupo de trabalho

As reuniões da equipe acontecem uma vez por semana, com a duração de uma hora e meia. São reuniões clínicas: a partir do relato das sessões, procuramos pensar o manejo das situações, com foco no estabelecimento e consolidação do vínculo, e com o objetivo de elaborar as vivências que ocorrem nas sessões. É o momento de *rêverie*, em que frequentes associações com imagens, livros, filmes surgem espontaneamente e nos auxiliam na tarefa, por vezes árida, do contato com um mundo empobrecido, destroçado e inóspito da vida de nossas pacientes.

Os fatores mais frequentes, comuns e pungentes, que chamam a nossa atenção, se referem às condições de vida dessas pacientes, a luta diária pela sobrevivência, o sofrimento para criar os filhos, a violência presente em suas experiências cotidianas, ao lado de solidão e desamparo. É útil lembrar que são pessoas cujo instrumento de trabalho é o corpo.

Vinhetas clínicas

Srª J

A Srª J mais uma vez na sessão mostra sua preocupação com o órgão "baço". A terapeuta relata no grupo que já não podia mais escutar essa queixa: o "baço", outra vez o "baço", o que vou fazer com isso?

Não há nada a fazer, a não ser oferecer a escuta analítica, a disponibilidade, o interesse. Aos poucos, conforme foi possível à terapeuta tolerar as repercussões desse contato, outras conversas puderam surgir.

A Srª J sempre se mostrou muito preocupada com seu corpo e com suas dores: *sensação de pontada, agulha furando, primeiro foi o braço direito, o outro e passou para as pernas.* Associava seu adoecimento a problemas familiares. Desde o início do trabalho, seus

sentimentos de abandono estavam presentes: tinha medo de que a terapeuta esquecesse o horário da sessão e não comparecesse. Com a experiência de atendimento, a Srª J passa a se sentir ouvida e respeitada. A relação com a terapeuta se configura com mais confiança e ela dá mostras de gratidão. Percebe a importância dos encontros e sente os benefícios que a terapia lhe traz (incluindo o fato de não mais sentir a dor da fibromialgia). Comenta que, mesmo quando tomava antidepressivos, não se sentia melhor, e consegue se dar conta da importância de falar com alguém, experiência até então desconhecida.

A Srª J está determinada a interromper as consultas médicas no ambulatório de reumatologia. Conta que os médicos não acreditam nela quando diz que não sente mais dores no corpo. Exigem que ela se exercite e que se matricule em uma academia, mesmo sabendo que não há possibilidades financeiras para tal. Sente-se desacreditada pelos médicos, que a tratam de maneira mais rude e incisiva. Em contrapartida, ela responde de modo agressivo, e percebe-se sozinha e humilhada. A terapeuta tenta mostrar outros caminhos e alternativas existentes. Como o clima na sessão é amigável, a terapeuta brinca com ela dizendo que ela é "queixo-duro". A Srª J ri muito e diz que é verdade. Ela se considera muito "respondona". E passa a citar situações que passou com o marido que corroboram a interpretação dada pela terapeuta. A Srª J vem se sentindo mais à vontade com a terapeuta, mesmo para expor suas dificuldades em relação a sua feminilidade, seu medo da morte e do abandono. De forma simples, revela sua gratidão: oferece a terapeuta um pano para enxugar pratos, delicadamente bordado por ela.

Srª C

Para minha família é como se eu não existisse. A Srª C costumava falar sobre seu sentimento de solidão ao chegar a São Paulo. Falava com seu irmão e ele não respondia. Tinha uma caixa cheia de cartas enviadas para a mãe que voltavam: a mãe não ia buscá-las no correio. *A pessoa não se sente viva, apesar de estar viva*. Conta ter passado oito anos em São Paulo sem contato com a mãe.

A Srª C. trabalhava na roça e não pôde estudar. Percebia-se como uma pessoa sem condições de aprender, diferente dos irmãos homens, em quem observava essas potencialidades. Via-se desqualificada como mulher em razão de suas dificuldades para engravidar. Iniciou a psicoterapia apresentando queixas sobre as dores e descrevendo seus atendimentos médicos e os caminhos percorridos para receber esses atendimentos. Depois de algum tempo, comenta nas sessões sobre o desencontro e a distância em relação a sua mãe. Aos poucos, se interessa por assuntos íntimos e pessoais, sobretudo aqueles relacionados aos aspectos femininos. Quando a terapeuta engravida, no primeiro ano de atendimento, a Srª C, três meses depois, também engravida.

Em determinada sessão, a Srª C comenta: "*Minha mãe me ligou pela primeira vez*!". Quando ela se torna mãe, estreita-se sua relação com a própria mãe. Ela se mostra contente por ser encontrada pela mãe, que nunca ligara desde sua vinda para São Paulo. Essa ligação parece ser fundamental para que ela também possa exercer sua maternidade com maior segurança, contando com a mãe viva dentro de si.

Ao longo do atendimento, a Srª C deixa de ser tão só a sobrevivente e passa a desenvolver-se pessoalmente. Desde sua gravidez, e após o nascimento da filha, com intensidade

cada vez maior, ela vive várias experiências que a estimulam e lhe suscitam muitas emoções. A vinda de um bebê e o acesso ora favorecido ao mundo das emoções e à vida de relações remetem-na para uma eclosão de paixões e sentimentos, que ainda não sabe administrar muito bem. A Srª C gostaria de ter um "*quintal*", no qual encontrasse segurança: uma zona protegida, para viver a vida com toda a sua intensidade. O "*quintal*" da análise não é apenas um local seguro, mas um local em que as experiências da vida podem ser vividas, sentidas, pensadas e compartilhadas.

Srª V

De repente, conversando com alguém, me vejo falando alto, quase gritando, chegando a ofender quem está do meu lado.

Esta fala foi motivo de muita reflexão durante as sessões, até que a paciente, depois de narrar cenas similares, acrescenta: "*Agora tem sido um pouco diferente, pois depois que a situação passa, eu percebo que é da minha cabeça, que ninguém está brigando comigo*". Com tristeza, conta que começou a perceber as pessoas assustadas e desconcertadas. Certa vez em que estava na casa da sogra, notou as pessoas a olhando com espanto. Correu então ao banheiro, fechou-se lá e se olhou no espelho. Viu seu cenho franzido, sua cara fechada, viu-se de cara feia. Deu-se conta aí do que se passava com ela, sem saber o motivo.

Apesar da fibromialgia, a principal queixa da paciente nas sessões era a de que ela não conseguia controlar suas emoções. De tempos em tempos, também se queixava de dores nos braços e depressão, o que a levava a passar horas seguidas deitada, sem forças para se levantar e enfrentar os afazeres domésticos.

Outra dimensão do trabalho pode ser expressa por uma maior noção de si. Passa a identificar estados emocionais: "*Pelo menos agora eu sei que o nervoso é meu. Antes eu começava a brigar com os outros. Agora eu fico nervosa, mas logo eu penso: por que eu estou falando alto? O que eu tenho?*".

Em outra sessão, conta sobre uma dor de cabeça que provoca coceira e ardência no couro cabeludo:

Srª V: "*Hoje estou melhor, mas ontem eu estava sufocada, parecia que eu ia explodir!*".

A: Vejo que seu corpo está bem movimentado, e o resto como está?

Depois de ficar um pouco em silêncio, diz:

Srª V: "*Acho que não tem mais nada, pois estou aqui pensando e só me lembro do corpo*".

A: Se é só seu corpo que existe, agora eu entendo porque você se queixa de dores no corpo, pois só ele trabalha. Se você está aborrecida, triste, irritada, tudo fica no seu corpo. Seu corpo é "pau pra toda obra".

Srª V: "*Só quero ficar na cama; pode uma pessoa só querer ficar deitada? Cansada de que? Eu ando muito desanimada…*".

A: Mas, aqui comigo, eu vejo você animada, conversando, pensando no que digo; se estivéssemos, por exemplo, em uma cozinha, seríamos uma dupla mais ou menos assim: uma pica e corta, a outra cozinha; uma lava, a outra seca.

Vemos nessa sessão as dificuldades relacionadas à intolerância e à falta de recursos para enfrentar as vicissitudes da vida. Mais de uma vez ela pergunta para a analista como fazer para ter ânimo, ter paciência com os outros e com o filho, o que demonstra também

sua impaciência para com o trabalho de terapia e sua pressa em receber, sem criar por seus próprios meios.

Comentários

A experiência do grupo de trabalho acontece em um centro clínico inserido em um complexo universitário e de saúde. É uma clientela diferente dos consultórios, em que há uma procura por análise. Nos centros de atendimento, as pessoas são geralmente enviadas pelos médicos em razão de alguma queixa corporal: "tenho asma, colite, psoríase, você pode me ajudar?" É possível que ainda não tenham despertado para o interesse em explorar o que se passa em suas mentes.

Mesmo levando em conta tais características, observa-se nas pacientes uma busca pelo contato humano, pela possibilidade de serem compreendidas em suas aflições e se sentirem acompanhadas em seu sofrimento.

Ao longo dos atendimentos, as pacientes mostram desenvolvimento em alguns aspectos, expressando com mais liberdade reações emocionais antes bloqueadas. A tendência que predomina é a exteriorização, em que tudo é resolvido fora de si e com pouca condição de elaboração interna, embora algumas consigam integrar um pouco mais as experiências. O caso dessas pacientes revela que, dada suas condições tão precárias, é preciso inicialmente construir "uma mente", registros psíquicos, para depois se pensar em mudanças. Em trabalho anterior (Semer, 1990), percebi que por vezes, pessoas com queixas corporais revelam, em termos do funcionamento psíquico, um "deserto" interior – pessoas com carência de um aparelho mental constituído e de recursos.

É provável que em alguns casos também seja necessária a construção de uma identidade que ficou perdida e esquecida, comprometida pela falta de imaginação, por um nível intelectual rebaixado, por uma atitude de pouco envolvimento e dificuldade de mentalização. Isso seria mais um fator a comprometer a possibilidade de representações ou de fantasias, dado o investimento em modos mais primitivos de registros da experiência, sobretudo o corporal.

Nas fases iniciais as queixas de dor e as descrições corporais são frequentes. Com o passar das sessões, outras questões passam a ocupar o espaço da psicoterapia: relacionamentos, projetos de vida, dificuldades familiares. Dessa forma, a doença e as dores deixam de ser o eixo de sustentação da identidade e uma expansão do mundo mental é observada. Essa experiência tem mostrado que pacientes com queixas somáticas podem se beneficiar de um acompanhamento psicanalítico, e que há uma evolução em seu desenvolvimento psíquico, a partir da consolidação desse vínculo. À medida que se sentem reconhecidas como pessoas portadoras de uma história, de uma identidade, e que são empaticamente compreendidas em seu sofrimento, surgem condições para que elas também possam se acolher, se aceitar e perceber a necessidade de cuidar de si além das dores e das queixas.

As mudanças psíquicas habitualmente esperadas, e que ocorrem em curto prazo, referem-se à redução de sintomas, mudança de foco nas sessões e algumas mudanças nos relacionamentos, em razão da relação com o terapeuta. Por exemplo, no caso da Srª C: o enriquecimento e a vitalização dos objetos internos, a partir da experiência com sua analista, permitiu um desabrochar de potencialidades. Foi possível desenvolver a intimidade

com o analista e, consequentemente, a intimidade consigo mesma. Por meio de elaborações e reparações, esse encontro pôde ser introjetado, com uma nova configuração do mundo interno. A Srª C passou a se relacionar de modo criativo com outros habitantes intrapsíquicos e conseguiu assim associar a experiência analítica com um "quintal", cenário de vida e de novas possibilidades. Presentificou-se aqui uma capacidade de simbolização, no sentido de juntar, unir, vincular e realizar a dupla criativa. Anteriormente, não havia "*playground*" para identificações: predominava uma extrema fragilidade narcísica, acompanhada por um precário sistema psíquico de defesas. O encontro necessário com a alteridade, por meio da pessoa do terapeuta, permitiu tecer uma história transferencial.

Quanto a Srª J, é possível que, sentindo-se acolhida em suas angústias terroríficas, expressas pela preocupação com o órgão "baço", pôde ela se vincular a sua analista e introjetar modelo de relação mais construtivo. Stolorow (1980) ressalta que o fator principal nos atendimentos – sobretudo de pacientes com queixas corporais – é a comunicação empática. O sentimento de ter sido profundamente compreendido é o que torna o paciente capaz de se vincular ao terapeuta. O paciente sente que seus medos mais profundos de autodesintegração e perda de si mesmo, representados nas preocupações somáticas, foram compreendidos empaticamente.

Algumas pacientes desenvolveram melhor condição de tolerar frustração pela ampliação de recursos pessoais. Outras puderam perceber, nomear e vivenciar experiências de angústia e dor psíquica, ao lado do terapeuta. Assim, a Srª V identificou seus sentimentos ao lado da analista. Suas dificuldades de lidar com a dor mental, bem como a ausência de *rêverie,* colaboraram para a criação de uma estrutura de superego rígido, com buscas narcísicas de satisfação, intolerância à frustração e predomínio do princípio do prazer. Essa configuração tem dificultado a aceitação da realidade, externa e interna. É necessária a presença de uma mãe com capacidade de *rêverie,* para acolher, digerir, metabolizar e devolver ao bebê as primitivas experiências afetivas que projeta nela. A partir da introjeção do objeto continente – a analista –, a Srª V tem constituído sua autocontinência emocional.

Da mesma forma, outras pacientes ampliaram e construíram novos relacionamentos e saíram de um isolamento em que anteriormente se encontravam. No entanto, os aspectos relativos a questões da identidade, da constituição do si mesmo ainda estão por vir e, decerto, com o desenvolvimento do trabalho analítico, será possível observá-los posteriormente.

Considerações finais

Com relação aos nossos objetivos – transformação de um modo de funcionar pela descarga por uma capacidade de simbolização –, podemos perceber que é um processo longo e construído de modo artesanal. É possível caminhar da dor física à dor psíquica?

Procuramos na literatura algumas hipóteses que pudessem ajudar a pensar essas características observadas em nosso grupo. Valenstein (1973) refere-se ao apego à dor como uma dificuldade para processar as mudanças psíquicas. Os afetos de qualidade dolorosa referem-se a eventos ocorridos precocemente na vida desses pacientes, provavelmente durante o primeiro ano de vida. Assinala o autor que se os afetos – sobretudo aqueles mais primitivos, associados com as experiências do *self* – tomam, predominantemente, uma direção da dor, então um padrão é estabelecido, no qual afetos dolorosos marcam as primeiras

relações e, provavelmente, mais tarde, as representações de objeto e as representações de si mesmo. Esses aspectos formam-se mais em bases afetivas do que cognitivas – o que também contribui para que as mudanças sejam mais lentas. Nesse sentido, é possível que haja o apego à dor, porque as experiências associadas representam o *self* e os primeiros objetos. Desistir desses afetos é como ter que renunciar a uma parte de si mesmo. Para Costa (2008), as carências de um vínculo empático na primeira infância – que permita o desenvolvimento da subjetividade e da atividade fantasmática – têm como uma de suas consequências clínicas a manifestação de patologias nas quais um narcisismo, com atividades mentais empobrecidas, é acompanhado de uma tendência a somatizações. Costa aborda pacientes com queixas corporais, bem como outros, regredidos, no contexto da "clínica do desvalimento". Mostra ele a necessidade de um novo paradigma capaz de ampliar a psicanálise para uma mente primitiva, carente de instruções psíquicas e de subjetividade. Conforme outros já assinalaram, ressalta esse autor que todas as pessoas apresentam pontos de vulnerabilidade em seu desenvolvimento arcaico e, em momentos de maior exigência, podem regredir e apresentar uma patologia do desvalimento. Tais pacientes apresentam uma forte tendência a desenvolver sintomas somáticos, que costumam ser subestimados e podem levá-los à morte.

Com relação ao modo como os pacientes se relacionam com seus afetos, o autor recomenda que o trabalho deva ter como meta a construção das experiências não sentidas, para que sejam significadas na relação analítica. A atitude do analista deve ser facilitadora, reanimadora, explicativa, discriminativa e inter-relacionada. Para que esse tratamento seja bem-sucedido, afirma Costa (2008), deve ser necessária uma permanente e ativa vitalidade do analista, sem comprometimento da neutralidade.

Confirmando nossas experiências quanto às repercussões nos terapeutas, assinala ele também que, no campo da contratransferência, o analista corre o risco de se identificar com o paciente, contaminar-se por seu desânimo e apatia ou entrar em um estado de impaciência ou raiva para tirá-lo da passividade. Muitas vezes, temos percebido o empenho dos terapeutas em mostrar novas possibilidades aos pacientes; outras vezes, os terapeutas negam lados mais perturbados do funcionamento psíquico dos pacientes, presos ao desejo de mudança e de evolução, o que nem sempre acontece.

Quanto à possibilidade do trabalho psicanalítico com essas pacientes, é preciso pensar na contratransferência, que se refere ao próprio psicanalista e a seu sofrimento, sua tolerância à dor mental. Para Bion, a possibilidade de "psicanalisar" depende da condição do analista de suportar a dor mental. Fleming (2003) mostra a importância de que o analista possa reconhecer sua própria dor psíquica e revela que muitos analistas têm se dedicado a falar sobre sua própria dor mental. Considera ele que a possibilidade da mente do analista acolher, sentir a dor mental suscitada é que torna possível o reconhecimento e a elaboração das emoções contratransferenciais, sem o perigo da ação ou da paralisia. Horn (2008) também considera o trabalho da contratransferência fundamental nos pacientes psicossomáticos. Assinala que esses pacientes "inúmeras vezes têm necessidade de que seja feito um trabalho preliminar, no sentido de criar condições que lhes permitirão alguns vínculos, com a esperança de que um trabalho analítico possa acontecer posteriormente" (Horn, 2008, p. 56).

Milheiro (1996) enfatiza que a transformação da dor física em dor moral, e desta em sofrimento (ansiedade), pode ocorrer se a dor física for contida em uma relação com o outro, objeto externo (mãe) ou objeto interno, protetor e suficientemente bom.

A dor mental ou física é um fenômeno-limite entre corpo e mente, em um complexo de emoções e sensações de ansiedade, aflição, desamparo, para os quais a pessoa não encontra palavras ou representações, e que pode posteriormente ser contido na situação terapêutica. A relação terapêutica ocorre com um terapeuta disponível, que não vai julgar nem retaliar, e nem se deixar destruir pela destrutividade do paciente (Fleming, 2003). Segundo essa autora, a retomada aos lugares da dor mental é um longo processo, em que o analista procura acompanhar de perto o paciente, para aumentar seu grau de tolerância à frustração, relacionar emoções e pensamentos e reconstruir ou mesmo construir as histórias pessoais, a identidade e a capacidade de ressonância emocional.

O atendimento dessas pacientes tem mostrado que é possível contribuir para a construção de uma mente capaz de conter emoções e experiências intensas, que até então não puderam ser representadas, significadas e simbolizadas. Por outro lado, o desenvolvimento dessa condição psíquica é lento, artesanal, não linear e com diversos obstáculos em seu percurso. De qualquer forma, a possibilidade para os pacientes de ter um encontro humano, com uma escuta privilegiada, que os acolha em sua angústia, solidão e desamparo psíquico, representa uma chance de atingir uma condição de vida mental que vá mais além da pura sobrevivência e dê sentido à existência. Para os membros da equipe, é uma oportunidade de ampliação do contato humano com outras realidades, da percepção além da clínica mais tradicional, constituindo um desafio, no sentido de se aventurar por terras brutas, mas férteis. Portanto, continuaremos em nossa caminhada na direção das possíveis transformações da dor em crescimento.

Dolor y sufrimiento psíquico: una reflexión sobre las relaciones y repercusiones entre cuerpo y mente

Resumen: *Este artículo presenta un breve relato de la atención psicoanalítica de personas con fibromialgia, realizado desde el 2004, en un centro clínico de investigación en psicoterapia vinculado a una institución de enseñanza. El aumento de pacientes que tienen poco acceso a lo simbólico en nuestra clínica cotidiana, ha estimulado la constante búsqueda por ampliar el trabajo en un terreno árido, así como recursos para manejar esas situaciones. En este trabajo, tratamos de discutir las relaciones y repercusiones entre dolor físico y dolor psíquico en las diversas contribuciones psicoanalíticas, con la complejidad involucrada relacionada con la continuidad versus discontinuidad psique-soma*
Palabras clave: *dolor físico; dolor psíquico; cuerpo-mente; somatizaciones; investigación en psicoanálisis.*

Pain and psychic suffering: a reflection on relations and repercussions between body and mind

Abstract: *This paper presents a brief report on the psychoanalytical treatment, since 2004, of people with fibromyalgia in a psychotherapy research clinical setting associated with a public university healthcare service. The increase of patients with little access to symbolic functioning has stimulated us to find ways to amplify work in arid terrain, as well as the development of resources for the handling of these situations. In this paper, we discuss the relations and repercussions between physical and psychic pain in several psychoanalytical theories. For this, we will take into account the complexity involved in continuity versus psyche-soma discontinuity.*
Keywords: *physical pain; psychic pain; body-mind; somatizations; research in psychoanalysis.*

Referências

Arendt, H. (2010). *Homens em tempos sombrios*. São Paulo: Companhia de Bolso.

Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.

Bion, W. R. (1963). *Elements of psycho-analysis*. London: Heinemann.

Costa, G. P. (2008). Psicopatologia psicanalítica contemporânea: clínica do desvalimento. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(2), 89-101.

Fleming, M. (2003). *Dor sem nome: pensar o sofrimento*. Porto: Afrontamento.

Freud, S. & Breuer, J. (1988). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud.* (Vol. 2, pp. 39-53). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893).

Freud, S. (1988). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 1, pp. 347-397). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).

Freud, S. (1988). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (Vol. 13, pp. 237-248). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).

Freud, S. (1988). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (Vol. 14, pp. 81-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

Freud, S. (1988). Luto e melancolia. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (Vol. 14, pp. 275-292). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).

Freud, S. (1988). Inibição, sintoma e angústia. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* (Vol. 20, pp. 81-171). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).

Horn, A. (2008). Construções em psicossomática psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(3), 56.

Marty, P. & M'Uzan, M. (1994). O pensamento operatório. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1), 165-174.

Mc Dougall, J. (1991). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Mc Dougall, J. (1994) Corpo e linguagem. Da linguagem do soma às palavras da mente. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1).

Milheiro, J. (1996). Dor no corpo… dor moral. *Revista Portuguesa de Psicanálise,* 15, 7-16.

Nemiah J. & Sifneos P. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O Hill (ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine*. (pp. 26-34). London: Butter Worths.

Semer, N. L. & Yazigi L. (1990). Douleur chronique, réponses d'anatomie au rorschach et narcissisme primaire. *Psychologie Médicale*, 22, 697-700.

Stolorow, R. D. (1982). On feeling understood. *International Journal of Psychoanalytical Psychotherapy*, 9, 415-417.

Valenstein, A. F. (1973). On attachment to painful feelings and the negative therapeutic reaction. *Psychoanalytical study of the child,* 28, 365-392.

[Recebido em 30.8.2011, aceito em 22.3.2012]

Norma Lottenberg Semer

[Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo SBPSP]

Rua Batataes, 391, 101

01423-010 Jardim Paulista, São Paulo, SP

Tel: 11 3884-1985

norma.lsemer@terra.com.br