

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**NARRATIVAS DA DOR: ESTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES COM QUEIXAS
SOMÁTICAS RECORRENTES**

Adrissa Moura

Mestranda

Prof. Dra. Tagma Marina Schneider Donelli

Orientadora

São Leopoldo, junho de 2012.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

NARRATIVAS DA DOR: ESTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES COM QUEIXAS
SOMÁTICAS RECORRENTES

ADRISSA MOURA

Orientadora: Profa. Dra. Tagma Marina Schneider Donelli

Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

São Leopoldo, junho de 2012.

Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica

**NARRATIVAS DA DOR: ESTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES COM QUEIXAS
SOMÁTICAS RECORRENTES**

Elaborada por
Adriana Moura

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA

Tagma Marina Schneider Donelli, Prof^a. Dra.
(Presidente/Orientadora)

Maria Lúcia Tiellet Nunes, Prof^a. Dra.
(Membro)

Tânia Maria Cemin Wagner, Prof^a. Dra.
(Membro)

Sílvia Pereira da Cruz Benetti, Prof^a. Dra.
(Relatora)

São Leopoldo, junho de 2012.

Dedicatória

*Dedico este trabalho a todos aqueles que
padecem de dor e ainda não sabem como
nomeá-la.*

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Professora Tagma, que com sua serenidade e dedicação, guiou-me, durante todo o período de meu trabalho, ensinando-me não só a manter um olhar atento e crítico diante de tudo o que aprendi, mas também o valor imensurável da paciência e humildade como características indispensáveis a um bom pesquisador. Obrigada, querida professora, por dividir comigo tanto de tua sabedoria e por mostrar-me, através de tuas atitudes, ensinamentos que levarei por toda a minha vida.

Agradeço a meu amado esposo por ter sido a presença fiel, durante todo o período de meu Mestrado, e o incentivador primeiro de meu sonho, ainda quando nem eu acreditava estar pronta a realizá-lo. Obrigada, meu amor, por ter acreditado em mim e pela imensa importância que tu tens na realização deste sonho.

Às minhas filhas, amadas, que fazem com que eu queira ser alguém sempre melhor e que, mesmo sem saberem ao certo, o motivo de minhas ausências e do meu envolvimento com o trabalho, me apoiaram e deixaram claro o quanto torcem por mim sempre.

Agradeço aos meus pais por terem me mostrado a importância de se investir naquilo que sonhamos e por deixarem sempre claro o quanto acreditam em mim e em minha capacidade de realização.

Agradeço às minhas queridas irmãs por serem grandes incentivadoras de toda minha trajetória acadêmica, desde os auxílios práticos até às conversas estimuladoras, sempre mostrando o quanto acreditavam em mim e em meu trabalho.

Agradeço a meus avós por se constituírem presença essencial em minha vida, auxiliando-me em meus anos escolares, incentivando-me a me tornar uma pessoa cada vez melhor e investir em meu futuro.

Agradeço a todos os professores e colegas de Mestrado, que, durante estes dois anos, auxiliaram-me em algum aspecto de meu trabalho, mostraram acreditar em meu projeto, incentivaram-me, de alguma forma, a persistir e que, através de suas atitudes e seus trabalhos, me deram exemplos de dedicação, persistência e amor à pesquisa.

Agradeço à coordenação do NAPPI (Núcleo de Apoio e Pesquisa ao Processo de Inclusão), que me recebeu de braços abertos quando precisei mudar meu local de pesquisa, incentivando-me a não desistir e acreditando que faria um bom trabalho.

Agradeço aos amigos, que de alguma forma, incentivaram-me a fazer minha pesquisa, através de conversas que me estimulavam e de seus exemplos de esforço e superação.

E, acima de tudo, agradeço àquelas sem a qual esta pesquisa não seria possível: às participantes da pesquisa, que me confiaram as histórias de suas vidas, seus medos, anseios, traumas, alegrias e expectativas, colocando-se à disposição para serem úteis ao meu trabalho e acreditando na importância do mesmo. Sou muito grata ao seu auxílio desinteressado e à oportunidade que tive de conhecer suas histórias que, certamente, enriqueceram e modificaram minha trajetória profissional e deram sentido à minha pesquisa.

Quando somos sensíveis, quando nossos poros não estão tapados pelas implacáveis camadas, a proximidade da presença humana nos sacode, nos anima, entendemos que é o outro que sempre nos salva. E se chegamos à idade que temos é porque outros foram salvando nossa vida, incessantemente. Com a idade que tenho hoje, posso dizer, dolorosamente, que toda vez que perdemos um encontro humano uma coisa se atrofiou em nós, ou se quebrou.

Ernesto Sábato, A resistência

SUMÁRIO

RESUMO	10
ABSTRACT	11
INTRODUÇÃO	12
SEÇÃO I – ARTIGO TEÓRICO: FUNÇÃO MATERNA E ORGANIZAÇÃO PSICOSSOMÁTICA – UMA REVISÃO CONCEITUAL	16
1. INTRODUÇÃO	17
1.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA DA ESCOLA DE PSICOSSOMÁTICA FUNDADA POR PIERRE MARTY	18
1.2 O FENÔMENO DA SOMATIZAÇÃO	19
1.2.1 A ECONOMIA PSICOSSOMÁTICA	20
1.2.2 CONCEITOS DE MENTALIZAÇÃO E PENSAMENTO OPERATÓRIO	20
1.2.3 CONCEITO DE DEPRESSÃO ESSENCIAL	23
1.3 FUNÇÃO MATERNA E SOMATIZAÇÕES RECORRENTES	24
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
SEÇÃO II – ARTIGO EMPÍRICO: NARRATIVIDADE E ESTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES COM QUEIXAS SOMÁTICAS RECORRENTES	31
1. INTRODUÇÃO	33
1.1 VÍNCULO PARENTAL, NARRATIVIDADE E CONSTITUIÇÃO PSICOSSOMÁTICA	35
1.2 PENSAMENTO OPERATÓRIO, MENTALIZAÇÃO E SOMATIZAÇÕES RECORRENTES	37
1.3 A NARRATIVIDADE EM INDIVÍDUOS COM SOMATIZAÇÕES RECORRENTES	39
2. MÉTODO	43
2.1 DELINEAMENTO	43
2.2 PARTICIPANTES	43

2.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	43
2.4 INSTRUMENTOS	44
2.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	46
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
3.1 PARTICIPANTE: VERÔNICA	48
3.2 PARTICIPANTE: ANITA	55
3.3 PARTICIPANTE: CLEIDE	63
3.4 SÍNTESE DOS CASOS CRUZADOS	68
3.4.1 ESTÓRIAS DE VIDA E SINTOMATOLOGIA SOMÁTICA	68
3.4.2 PENSAMENTO OPERATÓRIO E MENTALIZAÇÃO	70
3.4.3 VÍNCULO PARENTAL	72
3.4.4 NARRATIVIDADE	73
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
REFLEXÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	85
ANEXO 2 – TCLE 1	86
ANEXO 3 - TCLE 2	87
ANEXO 4 – PARENTAL BONDING INSTRUMENT	88
ANEXO 5 – ESCALA DE ALEXITIMIA TAS – 26	89
ANEXO 6 – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	90

Resumo

Esta dissertação de mestrado é composta por dois artigos, sendo um deles artigo teórico e o outro, artigo empírico. O artigo teórico aborda a importância da função materna na constituição do pré-consciente do indivíduo e sua influência na capacidade de simbolização e elaboração de traumas, refletindo sobre a relação destes aspectos com a recorrência de somatizações. Baseia-se na Escola Francesa de Psicossomática, liderada por Pierre Marty, abordando alguns de seus principais conceitos. O artigo empírico aborda as histórias de vida de mulheres que apresentam queixas somáticas de modo recorrente. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com estudo de casos múltiplos, que tem como objetivo compreender a perspectiva das participantes em relação às suas histórias de vida e sintomatologia somática. Tem como referencial teórico a Escola Francesa de Psicossomática, com ênfase na abordagem de Pierre Marty e seus colaboradores, discutindo também as questões de vínculo parental e narratividade. Utiliza-se do Mini-Exame do Estado Mental, Escala de Alexitimia TAS-26, Parental Bonding Instrument e Entrevistas de História de Vida para desenvolver a investigação proposta. Os resultados obtidos apontam para semelhanças encontradas nos vínculos parentais, sobrecarga de responsabilidades, vivência de traumas, lutos e discurso empobrecido. Uma das participantes, apesar de ter respondido aos critérios de seleção, revelou-se com traços histriônicos, acenando para a possibilidade de uma crise conversiva ou de uma desorganização psicossomática temporária, o que acaba por enriquecer os questionamentos em torno do tema, que contemplam inclusive as possibilidades de equívoco da compreensão dos sintomas.

Palavras-Chave: Psicossomática. Função materna. Histórias de vida. Narratividade.

Abstract

This dissertation is organized in two articles: a theoretical article and an empirical article. The theoretical article focus on the phenomenon of somatization and the importance of the maternal role in establishing the preconscious of the individual and his capacity of symbolization and trauma development, reflecting on the connection among the recurrent somatic disorders. Its theoretical reference is the French School of Psychosomatics, emphasizing Pierre Marty's approach and some of his principal concepts. The empirical article focuses on women life stories who have recurrent somatics complaints. It is a qualitative exploratory research with multiple case studies that aims to understand the participants perspective in relation to their life stories and somatic symptomatology. Its theoretical reference is the French School of Psychosomatics, emphasizing Pierre Marty's approach, also discussing the issues of parental bonding and narrativity. The Mini Mental Test, the Toronto Alexithymia Scale – TAS 26, the Parental Bonding Instrument and the Life Stories Interviews are used to develop the research investigation. The results found point to the similarities in the parental bonds, responsibilities overload, trauma experience, grief and impoverished speech. One of the participants, despite have responded to the selection criteria, revealed histrionic traits, waving to the possibility of a conversive crisis or a themporary psychosomatic disorganization which ultimately enrich the questions around the issue, including the possibilities of misunderstanding the comprehension of the symptoms.

Keywords: Psychosomatics. Maternal role. Life Stories. Narrativity.

INTRODUÇÃO

Este volume apresenta a dissertação de Mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, intitulada “Narrativas da Dor: Estórias de Vida de Mulheres com Somatizações Recorrentes”. O foco deste estudo é a investigação das estórias de vida de mulheres que sofrem somatizações recorrentes.

O referencial teórico que sustenta esta pesquisa origina-se da Escola Francesa de Psicossomática criada e liderada por Pierre Marty (1918-1993) e demais autores que seguiram seus preceitos básicos na formulação de teorias complementares aos quatro conceitos-chave, criados por ele, que eram: Pensamento Operatório, Mentalização, Depressão Essencial e Desorganização Progressiva.

O modelo formulado por Marty e seus colaboradores surgiu com o intuito de delinear uma nova via de formação das manifestações corporais do sofrimento emocional. É apontado na literatura científica especializada como uma das vertentes da psicossomática mais consistente, pois possibilita o esclarecimento de alguns dos complexos processos subjacentes à interação mente-corpo (Ferraz, 1997; Horn & Almeida, 2003; Santos Filho, 1994; Silva & Caldeira, 1993; Smadja, 1995). O modelo mencionado é oriundo de pesquisas voltadas para a hipótese de uma construção incompleta ou de um funcionamento atípico do aparelho psíquico dos pacientes que somatizam de modo recorrente, diferente da construção e do funcionamento do aparelho psíquico dos neuróticos mentais. Este aparelho, por sua incompletude, seria deficitário, principalmente no que diz respeito às representações mentais do sujeito (Marty, 1993).

O interesse pelo tema surgiu a partir da constatação de que, na clínica psicológica, surgem inúmeros pacientes com queixas somáticas. Muitos destes já vêm encaminhados por médicos, ou outros profissionais da saúde, que tem uma compreensão dos sintomas, associando-os a questões emocionais, ou por sentirem necessidade de um acompanhamento psicológico pelo fato de conviverem, diariamente, com a dor. Entende-se que o paciente que sofre somatizações de modo recorrente, diferenciava-se dos demais, não respondendo às técnicas clássicas utilizadas em psicoterapia de orientação analítica, o que provoca uma reflexão acerca deste tema e o desejo de buscar estudá-lo de forma mais aprofundada.

Na busca de referências para a pesquisa, percebe-se que o aumento dos estudos voltados para o tema psicossomática denota uma tendência atual de uma visão integradora de soma e psique. Existem fortes tendências na direção de um entendimento de que tanto as

doenças orgânicas, quanto as doenças mentais sofrem influências mútuas, sendo interdependentes e que a exteriorização destes processos pode se dar, predominantemente, em uma destas áreas. Constatamos esta que não deixa de indicar que o sujeito doente sofre como um todo e que não pode mais ser visto de modo compartimentado.

O processo de somatização pode ser compreendido como uma tendência que determinados sujeitos têm de vivenciar e comunicar seus conflitos pela via do corpo. As doenças somáticas decorrem, geralmente, das inadequações do indivíduo às condições de vida que encontra. Quando a disponibilidade conjugada do aparelho mental e dos sistemas de comportamento se encontra ultrapassada, prejudicada por uma nova situação, é o aparelho somático que acaba respondendo (Marty, 1993).

As excitações produzidas no sujeito, a partir de questões vivenciadas em seu cotidiano, quando não são descarregadas através da via psíquica, acabam por acumular-se, atingindo de forma patológica os aparelhos somáticos (Marty, 1993; 1998). Sendo, portanto, o controle das excitações considerado o problema central das somatizações (Kreisler, 1999).

A prevalência da utilização da via orgânica para a descarga das excitações é associada a falhas no desenvolvimento do aparelho psíquico, que podem ser duradouras ou temporárias (Volich, 2000). Marty (1993) destacava a atividade fantasmática como responsável pela viabilização do escoamento das excitações. Definia-a como a responsável por integrar as demandas pulsionais e subsidiar a formação de sintomas reversíveis (mentais ou físicos). O indivíduo que tem esta atividade restrita se caracteriza por utilizar seu aparelho sensorio-motor como uma via privilegiada de exteriorização das demandas pulsionais, podendo demonstrar uma tendência à somatização.

O sujeito que tende a somatizar encontra-se impossibilitado de articular de modo linguístico suas fantasias arcaicas, que ficam enraizadas no inconsciente, sem ter acesso ao pré-consciente ou ao consciente. Como são mantidas no nível pré-simbólico, estas fantasias não encontram expressão nem mesmo nos sonhos (Marty, 1993).

Ao abordar-se a questão da constituição do sujeito que tende a somatizar, ressalta-se o caráter fundamental da função materna para a construção de um indivíduo com a economia psicossomática equilibrada (Kreisler, 1999; McDougall, 1983; Marty, 1993; Volich, 2000; Ranña, 1997; Mello & Herzog, 2008; Krystal, Giller & Cicchetti, 1986; Balint, 1993; Smadja, 1995; Green, 1980). Para Marty (1998), os indivíduos com tendência a somatizar têm este tipo de funcionamento em consequência de um desempenho inapropriado da função materna por excesso, ou insuficiência. Propõe que, na maior parte dos casos, trate-se de sujeitos criados por mães autoritárias, deprimidas, negligentes, superprotetoras, ou que, por

alguma razão, não foram capazes de proteger seus filhos das tensões que os acometeram no início da vida.

Gutfreind (2009) descreve a importância da função representativa materna na construção de uma identidade psíquica para o sujeito. A função materna tem a responsabilidade de interpretar e nomear os estados afetivos do bebê, o que acaba por promover uma progressiva dessomatização do aparelho mental daquele indivíduo. O desempenho adequado desta tarefa leva a criança a acessar a palavra e a desenvolver sua capacidade de simbolização (McDougall, 1989).

A experiência da enfermidade ganha significados diferentes a partir do entendimento e da história de vida de cada indivíduo envolvido neste processo. Os significados e as interpretações acerca da doença interferem no processo de enfrentamento da mesma e no lugar que esta ocupará na vida do sujeito (Volich, 2000). O modo como o sujeito interpreta sua doença ocorre a partir de um conhecimento construído através de referências que incluem a família, os profissionais da saúde que o tratam e todo o ambiente no qual está inserido. Em razão de toda esta interferência, a doença consiste num conceito processual, que é continuamente reformulado em cada processo interativo específico (Langdon, 1997).

Quando o indivíduo tem a possibilidade de atribuir um lugar aos seus sintomas somáticos, dentro de sua história de vida, e colocar-se numa posição de narrador de sua própria história, produz-se uma reconstrução de sentidos. Este processo, para alguém com tendência à somatização, funciona como uma descristalização de um funcionamento nocivo (Volich, 2000).

A intenção de se trabalhar a história de vida de um indivíduo somatizador recorrente perpassa a compreensão de condutas atuais, através da ressignificação de fatos passados. Quando se provoca um sujeito a compreender as razões de suas ações, acaba-se por imprimir sentido nestas. Para as pessoas com tendência à somatização, são justamente estas associações que são deficitárias em razão de sua baixa capacidade de representação. Ao ter que narrar o próprio drama para uma outra pessoa, o sujeito acaba por reconstruí-lo (Good, 1994; Langdon, 1997; Rosaldo, 1993; Lacan, 1953/1998) e esta ação, tem em si mesma, um potencial de mudança.

O método de *estória de vida* tem como foco principal a versão contada pelo sujeito e não, a veracidade dos fatos. Consistem em relatos de experiências e acontecimentos sujeitos à visão do narrador, sem ter a preocupação com a objetividade e veracidade dos fatos. O autor vê como principal benefício do ato de narrar a ação de apoderar-se de sua própria história (Bertaux, 2005).

Nas entrevistas centradas nas histórias de vida, existe a intenção de se obter informações a partir da subjetividade da vida de uma pessoa. É uma das formas mais ricas para a compreensão da experiência e perspectiva de um indivíduo (Santos & Santos, 2008).

Para Bakhtin (2004), as palavras e a forma como são comunicadas trazem à tona o mundo interior do sujeito, expressando os significados produzidos por ele. Deste modo, a palavra e a enunciação seriam a materialização de sua vida semiótica interior. A importância da narrativa reside, principalmente, nas possibilidades criadas por ela de o sujeito perceber-se, julgando suas ações e o curso de sua vida (Donald, 2002; Favoreto & Cabral, 2009).

Diante destas considerações, este estudo se divide em dois artigos: na primeira seção, apresenta um artigo teórico que discute a importância da função materna na constituição psicossomática de indivíduos que somatizam de forma recorrente, no tocante à instauração de seu pré-consciente; e, na segunda seção, apresenta um artigo empírico que relata o estudo realizado, visando articular os temas somatizações recorrentes, histórias de vida tópica e narratividade, através de estudo de casos múltiplos, com participantes que apresentam queixas somáticas recorrentes.

SEÇÃO I – ARTIGO TEÓRICO

FUNÇÃO MATERNA E ORGANIZAÇÃO PSICOSSOMÁTICA – uma revisão conceitual

Resumo

Este artigo teórico busca abordar o fenômeno da somatização e a importância da função materna na instauração do pré-consciente do sujeito, em sua capacidade de simbolização e elaboração de traumas. Relaciona o pré-consciente deficitário com o empobrecimento de representações mentais, que pode ser associado ao fenômeno das somatizações recorrentes. Para isto, apresenta uma revisão de literatura da teoria psicossomática elaborada por Pierre Marty e seus colaboradores, refletindo sobre seus principais conceitos. Destaca-se a necessidade de uma maior compreensão das estruturas familiares de indivíduos com queixas somáticas recorrentes e de mais pesquisas em torno da clínica com pacientes deste tipo por mostrarem-se pouco responsivos à técnica clássica utilizada na psicoterapia de orientação analítica.

Palavras-Chave: Psicossomática. Somatizações recorrentes. Função Materna.

Abstract

This study focus on the phenomenon of somatization and the importance of the maternal role in establishing the preconscious of the individual in his capacity of symbolization and trauma development. It relates the deficient preconscious with the mental representations impoverishment, which may be associated with recurrent somatization phenomenon. In order to do that, it presents a literature review of the psychosomatic theory elaborated by Pierre Marty and his collaborators, reflecting on their principal concepts. It emphasizes the need for better understanding of family structures of individuals with recurrent somatic complaints and more research around this kind of clinical patients for being less responsive to the classical technique used in analytical psychotherapy.

Key words: Psychosomatics. Recurrent Somatic Disorders. Maternal role

1. INTRODUÇÃO

A partir da revisão teórica realizada, apropriando-se da teoria sobre Psicossomática elaborada por Pierre Marty e seus colaboradores, este artigo tem como principal objetivo refletir sobre a importância da função materna na constituição do sistema representacional do indivíduo. Este, por sua vez, é considerado determinante na capacidade de simbolização do sujeito e seu déficit, associado à recorrência de somatizações.

O fenômeno psicossomático é percebido como consequência de um excesso de estímulos mal elaborados pela psique do indivíduo, que acaba por depositar-se na estrutura somática. O processo de somatização pode ser compreendido como uma tendência que determinados sujeitos têm de vivenciar e comunicar seus conflitos pela via do corpo. Quando a disponibilidade conjugada do aparelho mental e dos sistemas de comportamento se encontra ultrapassada, prejudicada por uma nova situação, o aparelho somático acaba respondendo por algo que o sujeito não deu conta através das vias psíquica e motora (Marty, 1993).

O modelo formulado por Marty e seus colaboradores é apontado na literatura científica especializada como uma das vertentes da psicossomática mais consistente, pois possibilita o esclarecimento de alguns dos complexos processos subjacentes à interação mente-corpo (Ferraz, 1997; Horn & Almeida, 2003; Santos Filho, 1994; Silva & Caldeira, 1993; Smadja, 1995). Sua teoria define um aparelho psíquico deficitário, principalmente no que diz respeito às representações mentais do sujeito, como algo relacionado aos indivíduos que somatizam recorrentemente (Marty, 1993).

As representações mentais dos indivíduos são associadas às finalidades de simbolização e elaboração de traumas, funções que dependem de um pré-consciente bem estruturado. Se existe um déficit nestas funções, o aparelho psíquico acaba por não dar conta dos estímulos externos, mais ou menos traumáticos, depositando no corpo a carga de libido que se originou do estímulo inicial.

O movimento de ultrapassagem das possibilidades de adaptação corresponde à noção de traumatismo para a Psicossomática. Este provoca um efeito desorganizador sobre os aparelhos mental e somático e esta desorganização tende a se propagar enquanto não encontrar um sistema que possa contê-la (Marty, 1993).

Para inúmeros teóricos que discutem o tema, o déficit na estruturação do pré-consciente do indivíduo pode ser relacionado a uma falha nas relações objetivas. Discutem o fato de que aquela que desempenha a função materna, nos anos iniciais de vida do bebê, têm considerável importância neste aspecto. Esta exerceria a função de pré-consciente da criança

em seus primeiros tempos de vida, quando ainda não possui seu aparelho psíquico totalmente estruturado. Com a incumbência de traduzir, nomear e dar sentido àquilo que a criança vivencia, os objetos primordiais (principalmente a mãe) funcionam como uma entidade pára-excitatória a fim de evitar que um excesso de estímulos prejudique o bebê, que ainda tem um pré-consciente precário para dar conta destes (Kreiser, 1999; Smadja, 1995; Balint, 1993; Marty, 1993; McDougall, 1983).

A partir do exposto, este artigo pretende ampliar a compreensão da relação da função materna com a falha no sistema representacional do indivíduo, que está associada a processos recorrentes de somatização.

1.1 Perspectiva Histórica da Escola de Psicossomática fundada por Pierre Marty

A obra freudiana marcou de forma inegável a evolução das concepções da relação entre o somático e o psíquico. Ao longo de sua prática clínica, através de suas inquietações e proposições, Freud constituiu as questões básicas para reformular os modelos que deram origem ao entendimento de psicossomática que se tem hoje (Volich, 2000). No final do século XIX, descobriu a realidade dinâmica do Inconsciente e criou a Psicanálise. Foi a revolução psicanalítica que permitiu o estabelecimento dos princípios econômicos, psicodinâmicos e genéticos que governam e organizam a unidade psicossomática de um indivíduo (Marty, 1993).

Na obra *Introdução ao Narcisismo* (1914/1980), Freud associou as causas das doenças orgânicas à distribuição da libido, que estaria represada modificando o Ego. Neste caso, a libido que deveria ser investida nos objetos, estaria sendo redirecionada a ele. Estabeleceu também uma teoria sobre o aparelho psíquico que se apóia em noções de carga e descarga, numa regulação que tende a restaurar a homeostase, conceito central na teoria da psicossomática. Em 1923, ao fazer uma retrospectiva de seu percurso, ponderou que a psicanálise não seria uma panacéia, mas traria uma compreensão insuspeita das relações entre o psíquico e o somático (Volich, 2000).

Pierre Marty (1918-1993) liderava um grupo de pesquisadores franceses que delineou uma nova forma de compreensão das manifestações corporais oriundas do sofrimento emocional (Volich, 2000). Trabalhou em suas pesquisas ao lado de Michel Fain, Michel de M'Uzan, Léon Kreiser, Christian David entre outros. Fundou, em 1972, o Instituto de Psicossomática de Paris, apesar de, juntamente de seus colaboradores, já estar trabalhando em suas teorias desde a década de 50. Ressaltavam, desde o início, a importância das relações intersubjetivas no funcionamento psicossomático do indivíduo (Volich, 2000). Apontavam a

falta de especificidade das situações conflituais encontradas na época do surgimento das afecções somáticas (Aulagnier, 2000; Tomazelli, 1998; Jeammet, Reynaud & Consoli, 2000).

Marty e seus colaboradores prosseguiram as pesquisas na hipótese de uma construção incompleta, ou de um funcionamento atípico do aparelho psíquico dos pacientes somáticos, diferente da construção e do funcionamento do aparelho psíquico daqueles com estruturação neurótica. Este aparelho, por sua incompletude, seria deficitário, principalmente, no que diz respeito às representações mentais do sujeito (Marty, 1993).

1.2 O Fenômeno da Somatização

Todos os acontecimentos e situações que vivenciamos atingem nossa afetividade e desencadeiam excitações que devem ser descarregadas ou “escoadas” de alguma forma. As principais formas de escoamento e descarga de que dispomos se constituem na elaboração mental das excitações sentidas e nos comportamentos motores e sensoriais ligados ou não ao trabalho mental. Quando estas excitações produzidas no sujeito não se descarregam ou escoam, elas acabam por acumular-se, atingindo de forma patológica os aparelhos somáticos (Marty, 1993; 1998).

Na psicossomática, o movimento de ultrapassagem das possibilidades de adaptação corresponde à noção de traumatismo. Este fenômeno é caracterizado por provocar um efeito desorganizador sobre os aparelhos mental e somático. Esta desorganização tende a se propagar enquanto não encontrar um sistema que possa contê-la (Marty, 1993; Kreisler, 1999).

As situações traumatizantes podem provocar um afluxo de excitações instintuais, uma queda no índice de excitações, ou, até mesmo, uma composição dos dois fenômenos. O fluxo das excitações instintuais e pulsionais constitui o problema central das somatizações (Marty, 1993; 1998).

Normalmente, os traumatismos atingem, em primeiro lugar, o aparelho mental, que procura negociar em si mesmo a variação das excitações que as desorganizações provocam. Desta maneira, o aparelho mental obstrui, bloqueia e modera ou não, os movimentos de desorganização, antes que esta chegue ao domínio somático (Marty, 1993; Volich, 2000).

Os distúrbios psicossomáticos constituem-se em tentativas de reestabelecimento de equilíbrio do organismo, que não consegue enfrentar as tensões às quais está submetido com recursos mais evoluídos. Como não tem êxito desta forma, o organismo recorre, de forma regressiva, a recursos mais primitivos em busca de equilíbrio. A manutenção deste equilíbrio

regressivo perdurará mais ou menos dependendo da duração da tensão e/ou da capacidade do organismo de reorganizar-se (Volich, 2000).

1.2.1 A Economia Psicossomática

As três vias de descarga de excitações podem ser hierarquizadas, tendo a via orgânica como a primeira de uma ordem crescente de evolução. Cada organismo buscará responder aos estímulos com seus recursos mais evoluídos em busca de uma reorganização. Neste sentido, o fato de utilizar-se de uma resposta orgânica pode parecer mais interessante economicamente, pois poupa recursos do organismo. Esta prevalência da utilização da via orgânica para a descarga das excitações é associada a falhas no desenvolvimento do aparelho psíquico, que podem ser duradouras ou temporárias (Volich, 2000).

Para uma viabilização do escoamento das excitações, Marty (1993) destacou a atividade fantasmática como a responsável por integrar as demandas pulsionais e subsidiar a formação de sintomas reversíveis (mentais ou físicos). O indivíduo que tem esta atividade restrita se caracteriza por utilizar seu aparelho sensório-motor como uma via privilegiada de exteriorização das demandas pulsionais, o que pode levá-lo a somatizações recorrentes.

1.2.2 Conceitos de Mentalização e Pensamento Operatório

Com a finalidade de denominar a capacidade de o sujeito elaborar traumas vivenciados, foi instituído por Pierre Marty o conceito de *mentalização*, centrado nas aptidões representacional e de simbolização. Os indivíduos bem mentalizados seriam ricos de representações e pensamentos, que estariam, permanentemente, à sua disposição. Existiriam também os sujeitos de mentalização incerta, que oscilariam entre momentos de boa e má mentalização e, ainda, os indivíduos mal-mentalizados, que, aparentemente, seriam deficitários em sua capacidade representacional (Marty, 1993; 1998). Através da capacidade de mentalização, atuam os mecanismos que operam a regulação das energias inconscientes, instintivas, pulsionais, libidinais e agressivas. As patologias psicossomáticas se dão em consequência do fracasso da mentalização, que pode ocorrer de modo permanente ou em caráter episódico (sob a influência de um transbordamento transitório, por angústia ou depressão) (Kreisler, 1999).

Paradoxalmente ao conceito de Mentalização, surgiu o conceito de Pensamento Operatório (PO), proposto em 1962 por Marty e M'Uzan, que consistia numa forma inédita de conceituação da atividade psíquica, diferentemente da neurose e da psicose (Casetto, 2006). O PO estaria baseado na hipótese de uma construção incompleta ou de um funcionamento

atípico do aparelho psíquico dos pacientes com tendência a somatizar. Sua diferença mais significativa em relação aos aparelhos psíquicos neuróticos e psicóticos seria o funcionamento deficitário da função representativa dos sujeitos. Este déficit estaria diretamente ligado a um pré-consciente inconsistente e mal elaborado.

Para Marty e M'Uzan (1962), o PO estaria associado a falhas nas relações primordiais do bebê com quem desempenha a função materna. Utilizado para designar um estilo de raciocínio concreto que estaria voltado para a realidade externa, com uma vida interior empobrecida e ausência de reações afetivas frente a situações de perdas ou traumas. Elaborado para designar um funcionamento deficitário do pré-consciente e suas atribuições representativas, parte do princípio que as atividades fantasmáticas e oníricas, responsáveis por integrar as tensões pulsionais e proteger a saúde física individual são deficitárias nos indivíduos com este tipo de pensamento. Para Marty e seus colaboradores, esta carência funcional encontra-se diretamente ligada às perturbações somáticas (Marty, 1993; Volich, 2000; Peres, 2006).

O PO é marcado por uma propensão à ação em detrimento da simbolização. São pensamentos excessivamente orientados para a realidade externa e, prioritariamente, vinculados à materialidade dos fatos, denotando a existência de uma carência funcional do psiquismo. Isto sugere que o inconsciente não consegue se comunicar mediante o emprego de representações e tende a encontrar no comportamento sua única possibilidade de expressão (Horn & Almeida, 2003; Silva & Caldeira, 1993). O indivíduo portador deste empobrecimento subjetivo percebe-se incapaz de nomear suas emoções e sentimentos e diferenciá-las das sensações corporais, tendo em vista a precariedade de sua noção de si mesmo e de realidade (Marty, 1993).

O PO não utiliza mecanismos mentais neuróticos ou psicóticos. Surge desprovido de valor libidinal e nem sempre permite a exteriorização de uma agressividade. Pode ser considerado uma modalidade do processo secundário. O pensamento encontra-se ligado a coisas e não a conceitos abstratos, sugerindo a precariedade da conexão com as palavras (Marty, 1993). É importante salientar que o psiquismo dos sujeitos com este tipo de funcionamento não se encontra totalmente divorciado do inconsciente. Existem contatos arcaicos com conteúdos inconscientes, mas isto não proporciona o desenvolvimento de elaborações integradoras da vida pulsional (Silva & Caldeira, 1993). Portanto, o PO acaba por ser um fator diretamente associado ao adoecimento (Vieira, 1997; Ferraz, 1997).

Quando conceitua *Vida Operatória*, Kreisler (1999) afirma que deve ser diferenciada de um perfil de personalidade, mas deve ser entendida como uma modalidade de

funcionamento, que pode ser estrutural ou episódica (sob a forma de passagens operatórias). As passagens operatórias indicariam uma desorganização e a base da vida operatória seria um defeito de funcionamento do pré-consciente, que acabaria por isolar o inconsciente.

O sujeito que tem o PO, possui um pré-consciente deficitário, portanto, sua função de proteger a vida consciente dos excessos da vida pulsional é falha. Consequentemente seu papel de filtragem e de metabolização dos processos inconscientes, que transformam os modos de representação inconsciente, tornando-os acessíveis ao pensamento e à linguagem não são adequados ou suficientes (Marty, 1993; Kreisler, 1999; Ranña, 1997).

Marty (1990) afirma que quanto mais rico de representações permanentes e ligadas entre si for o pré-consciente, mais chance terá uma patologia eventual de registrar-se no aparelho psíquico do indivíduo. Em contrapartida, quanto mais pobre for o pré-consciente do sujeito em quantidades, continuidades e ligações de representações, maior será a probabilidade de uma patologia se instalar no registro somático.

O PO tem uma relação direta com a dificuldade que os somatizadores recorrentes têm de elaborar psiquicamente afetos potencialmente desestruturantes. Isto faz com que acabem utilizando estratégias defensivas arcaicas para evitar consequências emocionais que escapem ao seu controle. Este processo ocorre de modo inconsciente e exclui sentimentos intoleráveis em suas representações (McDougall, 1991). A autora, mesmo não fazendo parte da Escola fundada por Pierre Marty, discorre sobre conceitos trabalhados por ele junto de seus colaboradores, entre eles, o PO. Diferencia a exclusão de sentimentos da repressão porque não ocorrem conscientemente e, do recalque porque não transformam emoções em material inconsciente (McDougall, 1983). Segundo Peres (2006), esta tendência seria semelhante a um mecanismo de defesa: o *repúdio para fora do ego* (Freud, 1894). Este recurso excluiria sentimentos do plano da consciência, levando o indivíduo a agir como se nunca tivesse apresentado os conteúdos por ele repudiados. Diferencia-se, porém, deste conceito freudiano, no que diz respeito a fenômenos alucinatórios e delirantes e pela configuração como defesa específica das psicoses (Peres, 2006).

Os sentimentos ejetados do aparelho psíquico destes sujeitos que tendem a somatizar não geram como subprodutos alucinações ou delírios, perdendo-se sem nenhum tipo de compensação psíquica, tendendo a reduzir-se a pura expressão somática. Este processo pode promover uma cisão entre o corpo anatômico e o corpo erógeno, culminando na ressomatização do afeto (McDougall, 1989; Montagna, 1988; Rocha, 1989). Neste caso, o afeto não fica concebido como um acontecimento puramente mental ou físico. A emoção é essencialmente psicossomática, pois o fato de ejetar a parte psíquica de uma emoção permite à

parte fisiológica exprimir-se como na primeira infância. Aqueles que empregam este tipo de ação de modo contínuo contra a dor mental (quando a elaboração mental seria mais adequada) correm o risco de aumentar sua vulnerabilidade psicossomática. As fantasias aterrorizantes que poderiam tornar-se dizíveis são apagadas da consciência por meios primitivos de clivagem e identificação projetiva, ficando desprovidas de afeto e valor simbólico, o que suscita respostas somáticas e não psíquicas diante de uma angústia que é indizível (McDougall, 1991).

Peres (2006) afirma que os afetos dos pacientes somáticos não encontram nenhum dos três destinos descritos por Freud (1894b/1996) porque quando são excluídos não são convertidos, deslocados, ou transformados. Para McDougall (1989), estes afetos desaparecem do aparelho psíquico mediante a exclusão de representações associadas a eles, que podem causar sofrimento. Esta estratégia tende a desequilibrar a economia afetiva do indivíduo, ao que McDougall (1989) chamou de *desafetação*. Este processo consistiria num desligamento do indivíduo de seus próprios sentimentos. Esta desafetação leva o sujeito a apresentar uma dificuldade para nomear seus sentimentos e emoções e, até mesmo, compreendê-los e diferenciá-los. Leva-os também ao estabelecimento de vínculos pouco consistentes (Bunemer, 1995).

A associação de desafetação e somatização não deve ser indiscriminada porque qualquer indivíduo pode apresentar sintomas corporais quando seu aparelho psíquico não dá conta das excitações às quais é submetido. Porém, o sujeito que não é portador deste tipo de funcionamento somatiza somente em situações extremas, que tornam inoperantes os mecanismos de defesa menos radicais que o repúdio para fora do ego. Os desafetados tendem a ejetar da consciência qualquer afeto potencialmente desestruturante e, conseqüentemente, acabam apresentando reações orgânicas perante o sofrimento mental com maior frequência e intensidade (McDougall, 1989).

1.2.3 Conceito de Depressão Essencial

A Depressão Essencial também é vista como frequente causadora de desorganizações somáticas. Esta se diferencia dos estados depressivos clássicos nos quais o sujeito apresenta riqueza em sua sintomatologia mental, denotando dor, tristeza, culpa entre outros sintomas. Caracterizada pela redução do tônus libidinal e dos instintos de vida, constitui-se numa das manifestações clínicas principais da presença do instinto de morte (Marty, 1993; Volich, 2000; Santos Filho, 1994).

Na Depressão Essencial, há um desinvestimento nas relações afetivas

interpessoais, tonalidade soturna, mas sem a perda da auto-estima, como na depressão mentalizada. Tende a passar despercebida pelo meio porque o sujeito que tem esta depressão não deixa de fazer suas atividades rotineiras, que se encontram comprometidas apenas com sua materialidade, mas de forma mecanizada e desvitalizada (Marty, 1993). Segundo Kreisler (1999), constitui-se numa ruptura do equilíbrio homeostático entre as pulsões de vida e de morte. Trata-se de um processo de alto risco somático, por romper tanto defesas mentais, como defesas biológicas.

Diferencia-se da depressão neurótica, do luto e da melancolia porque não evidencia nenhum trabalho de elaboração. É uma *depressão sem objeto*, caracterizada por um profundo desamparo, que pode estar sendo ignorado pelo próprio sujeito. Este não apresenta queixas de cunho emocional, mas sim uma profunda fadiga e a perda de interesse por tudo que o rodeia (Volich, 2000). É descrita como um processo desencadeado a partir de um trauma e que pode durar alguns meses, colocando o sujeito em uma posição vulnerável ao adoecimento (Casetto, 2006).

1.3 Função Materna e Somatizações Recorrentes

As somatizações recorrentes são associadas a sujeitos que vivenciaram falhas nas relações com seus objetos primordiais. Salienta-se o excesso de excitação e estimulação como desencadeadoras de patologias somáticas recorrentes, que podem ter início já na infância, ou, mais tarde, na vida adulta. (Kreisler, 1999; Marty, 1993; McDougall, 1983; Balint, 1993). Fala-se, especialmente, de um desempenho inapropriado da função materna, por excesso, ou insuficiência. Na maior parte dos casos, trata-se de sujeitos criados por mães autoritárias, deprimidas, negligentes, superprotetoras, ou que, por alguma razão, não foram capazes de proteger seus filhos das tensões que os acometeram no início da vida. Como consequência disto, a repressão dos afetos e o colapso dos mecanismos de defesa do ego podem resultar em transtornos psicossomáticos (Marty, 1998; Krystal, Giller & Cicchetti, 1986).

Ao abordar-se a questão da constituição psíquica do sujeito que tende a somatizar, ressalta-se o caráter fundamental da função materna para a construção de um indivíduo com a economia psicossomática equilibrada (Kreisler, 1999; McDougall, 1983; Marty, 1993; Volich, 2000; Ranña, 1997; Mello & Herzog, 2008; Krystal, Giller & Cicchetti, 1986; Balint, 1993; Smadja, 1995; Green, 1980). A mãe, ou aquele que desempenha a função materna, além de ser responsável pela proteção da criança às ameaças físicas e satisfação de suas necessidades fisiológicas, tem o papel de organizadora de comportamentos e funções do lactente, colocando-se também como intérprete de suas reações. Por meio desta *gerência materna*, o

bebê terá acesso à aquisição de competências específicas, que lhe permitirão um desenvolvimento autônomo, atingindo níveis desenvolvidos e harmônicos de funcionamento (Kreiser, 1999).

De forma bastante semelhante, Ranña (1997) afirma que a presença da mãe deve garantir ao bebê a satisfação de suas necessidades vitais e também protegê-lo contra estímulos que ainda não é capaz de assimilar, função denominada por Freud (1914/1980) como pára-excitatória, que também é teorizada por Marty (1993) como responsável pela contenção e filtragem dos estímulos dirigidos ao bebê. Tanto a excitação contínua voltada para uma função eletiva (a evacuação, por exemplo), como os comportamentos de superproteção materna com exclusão do pai podem ser desencadeadores de perturbações somáticas. Inclusive as inconstâncias quantitativas e qualitativas do vínculo do bebê com aquele que desempenha a função materna prejudicam a construção de defesas psicossomáticas (Kreiser, 1999).

A qualidade das resistências físicas de um sujeito dependerá, em grande parte, da solidez de sua constituição mental. A desorganização das defesas psíquicas traz consigo as defesas biológicas. A fragilidade psíquica do indivíduo pode estar ligada a separações reiteradas, na infância, responsáveis por prejudicar o equilíbrio psicológico, afetando o sentimento de segurança afetiva da criança, que é fundamental. A angústia de separação não se atenua com as repetições e sim, torna-se mais aguda, pois o vínculo com a mãe tem como uma de suas peças-chave para a solidificação: a continuidade (Kreiser, 1999).

O indivíduo que tende a somatizar foi um lactante que se tornou autônomo antes do tempo, tendo que controlar tudo para resistir ao perigo vindo do meio externo. Mais tarde, na vida adulta, será um sujeito incapaz de comunicar-se consigo mesmo, não sendo capaz de reconhecer-se, nem aos outros (McDougall, 1983). Para a autora (1991), estes sujeitos têm dificuldade de elaborar psiquicamente afetos potencialmente desestruturantes. Isto faz com que acabem utilizando estratégias defensivas arcaicas para evitar consequências emocionais que escapam ao seu controle. Este processo ocorre de modo inconsciente e exclui sentimentos intoleráveis em suas representações. Aulagnier (1978) sustenta que as funções corporais constituem a matéria-prima das representações psíquicas, pois a atividade representacional equivale ao trabalho de metabolização orgânica.

A primeira realidade de toda a criança é o inconsciente de sua mãe. Como nunca ocuparam um lugar na cadeia simbólica, os elementos pré-verbais não encontram expressão no fantasma recalado, não tendo possibilidade de retornar e obter uma realização parcial através do sintoma neurótico. A capacidade de captar o afeto de um outro precede a aquisição da linguagem. A criança não tem outra alternativa senão reagir à experiência afetiva da mãe.

Já a capacidade materna de captar os afetos do filho e lhes dar uma resposta, dependerá de seu desejo e aptidão. A criança não possui existência psíquica além do que representa para sua mãe. Além de ser a fonte da vida para seu filho, a mãe também se constitui em seu aparelho de pensar (McDougall, 1983).

A criança busca com avidez o olhar da mãe, que não deve ser apenas especular, mas sim, conter uma representação desta criança, que se constitui enquanto sujeito a partir do reconhecimento desta mãe em relação a ela. Através de apenas um olhar, a criança pode reconhecer-se como um sujeito com um lugar e valor próprios. Se ocorrer de o olhar materno desviar-se para uma dor que exclui a criança, este se torna incapaz de refletir algo. Pode também acontecer de a mãe procurar seu próprio reflexo na criança, como uma confirmação de sua própria existência. Nestas duas situações, a auto-imagem da criança, captada no início de sua vida psíquica, possivelmente será fugidia e dará origem a um sentimento de integridade narcísica e autoestima, proporcionalmente, fugidios (McDougall, 1983).

A partir do exercício da função representativa do bebê, a mãe promove uma progressiva dessomatização do aparelho mental do filho. O desempenho adequado desta tarefa leva a criança a acessar a palavra e a desenvolver sua capacidade de simbolização (McDougall, 1989).

Deste modo, a depressão materna está diretamente associada ao desencadeamento dos transtornos psicossomáticos recorrentes no bebê. A separação da mãe se estabelece como um fator importante da depressão do lactente, mas pode ser igualmente prejudicial o contato com uma mãe fisicamente presente, mas emocionalmente ausente. Os períodos mais vulneráveis do bebê são aqueles do estabelecimento da relação de objeto, o segundo semestre do primeiro ano e os meses que se seguem (Kreisl, 1999).

O processo de subjetivação dos indivíduos que tendem a somatizar, muitas vezes, reporta a uma vivência traumática precoce que, por conta de um transbordamento de intensidades provocado por um trauma, gera a necessidade de que o indivíduo mobilize em si mesmo medidas de proteção elementares a fim de evitar um colapso narcísico. Esta postura do indivíduo tem conseqüências, posteriormente, nas relações deste com tudo que lhe é externo. Este passa a privilegiar a defesa como via principal pela qual o psiquismo se constitui (Mello & Herzog, 2008).

Quando o indivíduo experimenta, precocemente, uma falha na relação com os objetos primordiais, tenderá a temer qualquer desilusão que remeta a esta experiência. O temor se justifica em função do restrito repertório de respostas ante o desmoronamento psíquico. Desta forma, os processos subjetivos passam a ser marcados pela impossibilidade de

lidar com o desencontro objetal, em razão do efeito traumático daquele primeiro desencontro, caracterizando um funcionamento extremamente defensivo. Este funcionamento impossibilita o estabelecimento de vinculações objetais efetivas, desvitalizando a subjetividade do sujeito. O indivíduo portador deste empobrecimento subjetivo e desta desvitalização torna-se suscetível à sintomatologia psicossomática. Percebe-se incapaz de nomear suas emoções e sentimentos e diferenciá-las das sensações corporais, tendo em vista a precariedade de sua noção de si mesmo e de realidade (Mello & Herzog, 2008).

A teoria balintiana, entre outras, explica de forma consistente este modo de subjetivação a partir de um trauma, que acaba por constituir sujeitos com falhas em suas funções simbólicas. Balint (1993) utiliza o termo “falha básica” para descrever uma irregularidade na estrutura total do sujeito. Esta irregularidade pode vir a romper-se, provocando uma alteração profunda em sua estrutura, gerando consequências em sua subjetividade, tanto em aspectos psíquicos, como em aspectos somáticos. A falha básica teria origem numa discrepância entre as exigências de amor de um indivíduo e o que este receberia como resposta a estas, por parte dos objetos primordiais durante os primeiros tempos de sua constituição psíquica.

Leite e colegas (2003) também associam o fenômeno psicossomático a traumas vivenciados na infância e à sensação de desamparo. No processo de somatização, há um fracasso do recalque e o afeto acaba por ligar-se a um órgão. Este manejo psíquico equivocado implica num ganho secundário. Fala-se numa espécie de gozo, num ganho com o sofrimento. Os fenômenos somáticos seriam como uma tatuagem no corpo, imprimiriam uma marca daquilo que não foi dito, que não pode ser acessado pela via do sentido. O desencadeamento do fenômeno psicossomático estaria diretamente ligado à recusa de vivenciar o desamparo.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria sobre Psicossomática, elaborada por Pierre Marty e seus colaboradores, utilizada nesta revisão como base teórica para a compreensão do fenômeno psicossomático e de outros conceitos aqui trabalhados, embasa a compreensão de indivíduo como um todo, constituído de soma e psique num processo interrelacionado. Aponta que todos os fenômenos vivenciados pelo sujeito, sejam os somáticos, ou os psíquicos, são influenciados por estas duas vias, diferenciando-se, apenas, em seu modo de expressão. Provoca, portanto, a reflexão de que o sujeito deve ser contemplado de modo integral, inclusive na clínica psicoterápica, em busca de uma maior compreensão deste e de seu funcionamento.

Ao falarmos sobre somatizações, é essencial refletir sobre a importância das relações primordiais na constituição do indivíduo que sofre este processo de modo recorrente. Entende-se que a constituição psíquica e somática depende, em grande parte, de alguém que desempenhe funções que o corpo e a psique do bebê não conseguem desempenhar por si só. Neste aspecto, a importância da função materna e também da família como um todo se colocam como temas de importante e pertinente investigação.

Diante disto, faz-se necessário um aprofundamento nas pesquisas que dizem respeito às famílias de pessoas com transtornos psicossomáticos a fim de se pensar em ações preventivas que contemplem estes processos desorganizadores que se instauram no meio familiar e, principalmente, nas relações do bebê com suas figuras parentais. A iniciativa de se estabelecer um olhar atento ao contexto no qual o indivíduo se desenvolve e se constitui, psiquicamente, pode auxiliar de maneira ímpar na compreensão do fenômeno psicossomático e, principalmente, de sua recorrência.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- Aulagnier, P. (2000). Nascimento de um corpo, origem de uma história. In McDougall e cols. (Orgs.). *Corpo e História*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aulagnier, P. (1978). *A violência da interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Balint, M. (1993) *A falha básica: Aspectos terapêuticos da regressão*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bunemer, E. (1995). Desafetação: a dificuldade de investir no objeto. *IDE*, 26, 28-42.
- Casetto, S.J. (2006). Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. *Revista Psychê*, 10(17), 650-659.
- Donald, A. (2002). The words we live in. In: Greenhalgh, T., Hurwitz, B. (Orgs.). *Narrative based medicine*. London: BMJ Books.
- Ferraz, F.C. (1997). Das neuroses atuais à psicossomática. In Ferraz, F.C. & Volich, R. M. (orgs.). *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freud, S. (1980). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In. S. Freud, Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud, v.14. Trad. J. Salomão. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1894/1996). Carta 18 (J. L. Meuer, Trad.). Em Salomão, J. (org.). *Ed. Standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud, vol. I*, Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (1980/1988). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta.
- Horn, A. & Ameida, M.C.P. (2003). Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses atuais. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37(1), 69-84.
- Jeammet, P., Reynaud, M., & Consoli, S. (2000). *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Kreisler, L. (1999) *A Nova Criança da Desordem Psicossomática*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Krystal, J. H., Giller, E. L., & Cicchetti, D.V. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: Introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 84-94.
- Leite, A.C.C., Freire, J.G., Pereira, M.E.C., & Assadi, T.C. (2003). O menino e o efeito pirilampo. Um estudo em psicossomática. *Ágora: Estudos em teoria psicanalítica*, 6(1), 119-123.
- Marty, P., & M'Uzan M. de. (1962). O pensamento operatório (V.A.C. Bensson, Trad.) *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1), 1994, 165-174.

- Marty, P. (1993). *A Psicossomática do Adulto*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e Psicossomática*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- McDougall, J. (1983). *Em defesa de uma certa anormalidade - teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1989). *Teatros do eu* (O Coddá, Trad.). R.J: Francisco Alves.
- McDougall, J. (1991). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mello, R., & Herzog, R. (2008). Subjetividade e defesa na obra de Michael Balint. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4, 1121-1142.
- Montagna, P. (1988). A respeito de Joyce McDougall. *IDE*, 16, 39-41.
- Peres, R. S. (2006). O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joice McDougall. *Psicologia Clínica*, 18(1), 35-41.
- Ranña, W. (1997). Psicossomática e o infantil: uma abordagem através da pulsão e da relação objetal. In: Ferraz, F.C. & Volich, R.M. (Orgs.). *Psicossoma: Psicossomática Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rocha, F. (1989). Introduzindo o tema: a linguagem do corpo. Reflexões 2. *IDE*, 19, 102-108.
- Santos Filho, O.C. (1994). Psicanálise do paciente psicossomático. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1), 111-128.
- Silva, A. F. R. D. & Caldeira, G. (1993). Alexitimia e Pensamento Operatório: a questão do afeto na psicossomática. In Mello Filho, J. (org.). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Smadja, C. (1995). Le modèle psychosomatique de Pierre Marty. *Revue Française de Psychosomatique*, 7, 7-25.
- Tomazelli, E. (1998). *Corpo e Conhecimento: Uma visão psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vieira, W.C. (1997). A Psicossomática de Pierre Marty. In Ferraz, F.C. & Volich, R.M.(orgs.). *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. S.P: Casa do Psicólogo.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

SEÇÃO II – ARTIGO EMPÍRICO

NARRATIVIDADE E ESTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES COM QUEIXAS SOMÁTICAS RECORRENTES

Resumo

O presente artigo busca compreender as histórias de vida de mulheres que apresentam queixas somáticas recorrentes através de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com estudo de casos múltiplos. Centra-se nas narrativas das participantes, associando sua narratividade e o olhar que têm sobre sua história ao fato de apresentarem queixas somáticas recorrentes. Utiliza-se o Mini-Exame do Estado Mental e a Escala de Alexitimia – TAS 26 para selecionar as participantes, sendo este último instrumento também usado para analisar sua capacidade de simbolização. A qualidade do vínculo parental é compreendida com o auxílio do Parental Bonding Instrument (PBI) e as Entrevistas de História de Vida para ampliar a compreensão da forma com a qual as participantes percebem suas trajetórias e sintomatologia. Os resultados obtidos apontam para semelhanças encontradas nos vínculos parentais, sobrecarga de responsabilidades, vivência de traumas, lutos e discurso empobrecido. Uma das participantes, apesar de ter respondido aos critérios de seleção, revelou-se com traços histriônicos, acenando para a possibilidade de uma crise conversiva ou de uma desorganização psicossomática temporária, o que acaba por enriquecer os questionamentos em torno do tema, que contemplam inclusive as possibilidades de equívoco da compreensão dos sintomas.

Palavras-chave: Somatizações recorrentes. Narratividade. Histórias de Vida.

Abstract

This study focus on women life stories who have recurrent somatic complaints. It is a qualitative exploratory research with multiple case studies. Focus on the participants narratives, associating their narrativity and their perspective in relation to their life stories to their recurrent somatic complaints. The Mini Mental Test and the Toronto Alexithymia Scale – TAS 26 are used to select the participants and the TAS 26 is also used to understand the participants capacity of symbolization. The Parental Bonding Instrument is used to assist in the understanding of their parental bond and the Life Story Interviews are used to understand in depth the participants perspective about their stories and somatic symptomatology. The

results found point to the similarities in the parental bonds, responsibilities overload, trauma experience, grief and impoverished speech. One of the participants, despite have responded to the selection criteria, revealed histrionic traits, waving to the possibility of a conversive crisis or a temporary psychosomatic disorganization which ultimately enrich the questions around the issue, including the possibilities of misunderstanding the comprehension of the symptoms.

Keywords: Recurrent Somatic Disorders. Narrativity. Life stories.

1. INTRODUÇÃO

Alguns acontecimentos vivenciados pelos sujeitos em seu cotidiano podem estar além de sua capacidade de elaboração. Estas situações são denominadas de traumas e, muitas vezes, por não serem elaborados adequadamente pelo aparelho psíquico, acabam utilizando-se da via orgânica, ou seja, depositando-se no corpo do sujeito. Alguns indivíduos têm este como seu padrão de funcionamento: como possuem um aparelho psíquico deficitário em alguns aspectos, administram os traumas vivenciados em seu dia-a-dia através do aparelho somático, processo que se torna recorrente em alguns casos.

O distúrbio psicossomático constitui-se numa tentativa de estabelecimento de equilíbrio do organismo, que não consegue enfrentar as tensões às quais está submetido com recursos mais evoluídos. O organismo faz tentativas de enfrentar as tensões por meio destes, mas, como não tem êxito, recorre a recursos mais primitivos, como a via orgânica, para escoamento da carga libidinal envolvida no trauma vivenciado. A manutenção deste funcionamento regressivo em busca de equilíbrio perdura mais ou menos tempo dependendo da duração da tensão e da capacidade do organismo de reorganizar-se (Marty, 1993; Volich, 2000).

As três vias de descarga de excitações podem ser hierarquizadas tendo a via orgânica como a primeira de uma ordem crescente de evolução. Cada organismo busca responder aos estímulos com seus recursos mais evoluídos em busca de uma reorganização. Alguns organismos se utilizam de uma resposta orgânica por parecer mais interessante economicamente, pois poupa recursos mais elaborados. A prevalência da utilização da via orgânica para a descarga das excitações é associada a um desenvolvimento deficitário do aparelho psíquico, que é relacionado por diversos autores a falhas nas relações do bebê com seus objetos primordiais (Volich, 2000, McDougall, 1983).

A capacidade de o sujeito elaborar traumas vivenciados centra-se em suas aptidões representacionais e de simbolização. Estas funções estão diretamente ligadas às atividades do sistema pré-consciente da psique, o qual atua operando a regulação das energias inconscientes. As patologias psicossomáticas se dão em consequência de um déficit no funcionamento do pré-consciente, o que é atribuído, principalmente, a uma falha na função materna, que teria como um de seus propósitos a instauração de um pré-consciente adequado no indivíduo que se encontra em desenvolvimento (Marty, 1993, 1998; McDougall, 1983; Volich, 2000; Kreisler, 1999).

Ao abordar-se a questão da constituição do sujeito que tende a somatizar, resalta-

se o caráter fundamental da função materna para a construção de um indivíduo com a economia psicossomática equilibrada (Kreiser, 1999; McDougall, 1983; Marty, 1993; Volich, 2000; Ranña, 1997; Mello & Herzog, 2008; Krystal, Giller & Cicchetti, 1986; Balint, 1993; Smadja, 1995; Green, 1980). Para Marty (1998), os indivíduos com tendência a somatizar têm este tipo de funcionamento em consequência de um desempenho inapropriado da função materna por excesso, ou insuficiência. Propõe que, na maior parte dos casos, trate-se de sujeitos criados por mães autoritárias, deprimidas, negligentes, superprotetoras, ou que, por alguma razão, não foram capazes de proteger seus filhos das tensões que os acometeram no início da vida.

Gutfreind (2009) descreve a importância da função representativa materna na construção de uma identidade psíquica para o sujeito. A função materna tem a responsabilidade de interpretar e nomear os estados afetivos do bebê, o que acaba por promover uma progressiva dessomatização do aparelho mental daquele indivíduo. O desempenho adequado desta tarefa leva a criança a acessar a palavra e a desenvolver sua capacidade de simbolização (McDougall, 1989).

A experiência da enfermidade ganha significados diferentes a partir do entendimento e da história de vida de cada indivíduo envolvido neste processo. Os significados e as interpretações acerca da doença interferem no processo de enfrentamento da mesma e no lugar que esta ocupará na vida do sujeito (Volich, 2000). O modo como o sujeito interpreta sua doença ocorre a partir de um conhecimento construído através de referências que incluem a família, os profissionais da saúde que o tratam e todo o ambiente no qual está inserido. Em razão de toda esta interferência, a doença consiste num conceito processual, que é continuamente reformulado em cada processo interativo específico (Langdon, 1997).

Quando o indivíduo tem a possibilidade de atribuir um lugar aos seus sintomas somáticos, dentro de sua história de vida, e colocar-se numa posição de narrador de sua própria história, produz-se uma reconstrução de sentidos. Este processo, para alguém com tendência à somatização, funciona como uma descristalização de um funcionamento nocivo (Volich, 2000).

A intenção de se trabalhar a história de vida de um indivíduo somatizador recorre à compreensão de condutas atuais, através da ressignificação de fatos passados. Quando se provoca um sujeito a compreender as razões de suas ações, acaba-se por imprimir sentido nestas. Para as pessoas com tendência à somatização, são justamente estas associações que são deficitárias em razão de sua baixa capacidade de representação. Ao ter que narrar o próprio drama para uma outra pessoa, o sujeito acaba por reconstruí-lo (Good,

1994; Langdon, 1997; Rosaldo, 1993; Lacan, 1953/1998) e esta ação, tem em si mesma, um potencial de mudança.

O método de *estória de vida* tem como foco principal a versão contada pelo sujeito e não, a veracidade dos fatos. Consistem em relatos de experiências e acontecimentos sujeitos à visão do narrador, sem ter a preocupação com a objetividade e veracidade dos fatos. O autor vê como principal benefício do ato de narrar a ação de apoderar-se de sua própria história (Bertaux, 2005).

Nas entrevistas centradas nas histórias de vida, existe a intenção de se obter informações a partir da subjetividade da vida de uma pessoa. É uma das formas mais ricas para a compreensão da experiência e perspectiva de um indivíduo (Santos & Santos, 2008).

Para Bakhtin (2004), as palavras e a forma como são comunicadas trazem à tona o mundo interior do sujeito, expressando os significados produzidos por ele. Deste modo, a palavra e a enunciação seriam a materialização de sua vida semiótica interior. A importância da narrativa reside, principalmente, nas possibilidades criadas por ela de o sujeito perceber-se, julgando suas ações e o curso de sua vida (Donald, 2002; Favoreto & Cabral, 2009).

Diante destas considerações, este estudo apresenta um artigo empírico que relata a pesquisa realizada, visando articular os temas: somatizações recorrentes, histórias de vida tópicas, vínculos parentais e narratividade, através de uma pesquisa qualitativa, de estudo de casos cruzados, com participantes que apresentam queixas somáticas recorrentes.

1.1 Vínculo Parental, Narratividade e Constituição Psicossomática

As somatizações recorrentes são associadas por diversos autores (Kreisler, 1999; McDougall, 1983; Marty, 1993; Volich, 2000; Ranña, 1997; Mello & Herzog, 2008; Krystal, Giller & Cicchetti, 1986; Balint, 1993; Smadja, 1995; Green, 1980) a processos deficitários na constituição do sujeito, fato atribuído, em muitos aspectos, a falhas nos vínculos parentais. A mãe, ou aquele que desempenha a função materna, além de ser responsável pela proteção da criança às ameaças físicas e satisfação de suas necessidades fisiológicas, tem o papel de organizadora de comportamentos e funções do lactente, colocando-se também como intérprete de suas reações.

Associam-se os indivíduos com tendência a somatizar a um desempenho inapropriado da função materna em suas relações primordiais. Fala-se em mães que, por alguma razão, não foram capazes de proteger seus filhos das tensões que os acometeram no início da vida. Em consequência disto, a repressão dos afetos e o colapso dos mecanismos de defesa do ego podem resultar em transtornos psicossomáticos (Marty, 1998; Krystal, Giller &

Cicchetti, 1986).

Freud (1914/1980) definiu como função pára-excitatória, aquela desempenhada pela mãe no sentido de auxiliar o bebê a dar conta dos estímulos a ele dirigidos, que também é teorizada por Marty (1993) como responsável pela contenção e filtragem dos estímulos dirigidos ao bebê. Para que isto aconteça, é necessário que a mãe consiga ter um olhar dirigido ao filho e às suas necessidades. A mãe que é incapaz de reconhecer o próprio filho enquanto sujeito, muitas vezes, é uma mãe que tampouco tem esta compreensão de si mesma. Isto faz com que se torne incapaz de auxiliá-lo a nomear o que sente e vivencia, pois não consegue fazê-lo nem consigo mesma. Conseqüentemente, a função representativa que esta mãe tem de desempenhar também fica deficitária (Gutfreind, 2009). Para Bowlby (1979), a construção de um vínculo saudável depende de um ambiente narrativo a fim de que se possibilite a construção de uma identidade psíquica para o sujeito. A narratividade parental opõe-se à desintegração, pois dá sentido àquilo que ainda não foi nomeado. A boa troca simbólica entre mãe e bebê trata-se de algo fundamental porque permite a este último que vivencie seu segundo nascimento, o subjetivo (Corso & Corso, 2006).

Coriat (1997) coloca as inscrições parentais como de extrema importância por serem responsáveis por construir histórias para os filhos, com significantes que poderão deixar rastros tanto em seu aparelho psíquico, como no somático. Considera-se, neste processo, o lugar em que os pais colocam a criança perante seus desejos, podendo criar lugares que sinalizam para a diferença, normalidade, estorvo, ou, até mesmo, para o júbilo de suas vidas.

No início de sua vida, a criança não tem outra alternativa senão reagir à experiência afetiva da mãe. A capacidade materna de captar os afetos do filho e lhes dar uma resposta, dependerá de seu desejo e aptidão e será determinante na constituição psíquica dele. A criança não possui existência psíquica além do que representa para sua mãe. No início do desenvolvimento psíquico da criança, a mãe se constitui em seu aparelho de pensar (McDougall, 1983).

Quando a mãe, responsável pelo desenvolvimento psíquico do bebê, está ausente física, ou psiquicamente pode ocasionar a depressão do lactente (Kreisler, 1999) o que pode favorecer a dificuldade de elaborar psiquicamente afetos potencialmente desestruturantes. Isto faz com que este bebê acabe utilizando estratégias defensivas arcaicas para evitar conseqüências emocionais que escapem ao seu controle. Este processo ocorre de modo inconsciente e exclui sentimentos intoleráveis em suas representações (McDougall, 1991).

A qualidade das resistências físicas de um sujeito dependerá, em grande parte, da

solidez de sua constituição mental. A desorganização das defesas psíquicas traz consigo as defesas biológicas. A fragilidade psíquica do indivíduo pode estar ligada a *separações reiteradas*, na infância, responsáveis por prejudicar o equilíbrio psicológico, afetando o sentimento de segurança afetiva da criança, que é fundamental. A angústia de separação não se atenua com as repetições e sim, torna-se mais aguda, pois o vínculo com a mãe tem como uma de suas peças-chave para a solidificação: a continuidade (Kreisler, 1999).

Balint (1993) utiliza o termo “falha básica” para descrever uma irregularidade na estrutura total do sujeito. Esta irregularidade seria oriunda de uma inadequação na relação com aquela que desempenha a função materna, por excesso ou falta. E acarretaria prejuízos em sua subjetividade, tanto em aspectos psíquicos, como em aspectos somáticos. A falha básica teria origem numa discrepância entre as exigências de amor de um indivíduo e o que este receberia como resposta a estas, por parte dos objetos primordiais durante os primeiros tempos de sua constituição psíquica.

Filgueiras e colaboradores (2007) definem o conceito de interfantasmática no grupo familiar, ou seja, a possibilidade do exercício de fantasmática entre seus membros. Este processo consistiria num importante organizador psíquico que depende da qualidade do acolhimento, da interpretação e da elaboração das angústias, conflitos e fantasias construídos vivenciados dentro do seio familiar. Sendo este também um dispositivo de elaboração de traumas e promoção de sentidos.

1.2 Pensamento Operatório, Mentalização e Somatizações Recorrentes

Para Marty e M'Uzan (1962), as falhas nas relações primordiais do bebê com quem desempenha as funções materna e paterna teriam uma relação direta com o que vieram a chamar de Pensamento Operatório (PO). Este conceito, também nomeado de *vida operatória*, é utilizado para designar um estilo de raciocínio concreto, voltado para a realidade externa, com uma vida interior empobrecida e ausência de reações afetivas frente a situações de perdas ou traumas. Elaborado para designar um funcionamento deficitário do pré-consciente e suas atribuições representativas, parte do princípio que as atividades fantasmáticas e oníricas, responsáveis por integrar as tensões pulsionais e proteger a saúde física individual são deficitárias nos indivíduos com este tipo de pensamento. Para Marty (1993), esta carência funcional encontra-se diretamente ligada às perturbações somáticas.

O PO é marcado por uma propensão à ação em detrimento da simbolização. São pensamentos excessivamente orientados para a realidade externa e, prioritariamente, vinculados à materialidade dos fatos, denotando a existência de uma carência funcional do

psiquismo. Isto sugere que o inconsciente não consegue se comunicar mediante o emprego de representações e tende a encontrar no comportamento sua única possibilidade de expressão (Horn & Almeida, 2003; Silva & Caldeira, 1993). O indivíduo portador deste empobrecimento subjetivo e desta desvitalização torna-se suscetível à sintomatologia psicossomática. Percebe-se incapaz de nomear suas emoções e sentimentos e diferenciá-las das sensações corporais, tendo em vista a precariedade de sua noção de si mesmo e de realidade (Marty, 1993).

O PO não utiliza mecanismos mentais neuróticos ou psicóticos. Surge desprovido de valor libidinal e nem sempre permite a exteriorização de uma agressividade. Pode ser considerado uma modalidade do processo secundário. O pensamento encontra-se ligado a coisas e não a conceitos abstratos, sugerindo a precariedade da conexão com as palavras (Marty, 1993). É importante salientar que o psiquismo dos sujeitos com este tipo de funcionamento não se encontra totalmente divorciado do inconsciente. Existem contatos arcaicos com conteúdos inconscientes, mas isto não proporciona o desenvolvimento de elaborações integradoras da vida pulsional (Silva & Caldeira, 1993). Portanto, o PO acaba por ser um fator diretamente associado ao adoecimento (Vieira, 1997; Ferraz, 1997).

Kreisler (1999) afirma que o PO, ou Vida Operatória devem ser diferenciados de um perfil de personalidade, porque consistem numa modalidade de funcionamento, que pode ser estrutural ou episódica (sob a forma de passagens operatórias). As passagens operatórias indicariam uma desorganização e a base da vida operatória seria um defeito de funcionamento do pré-consciente, que acabaria por isolar o inconsciente.

O pré-consciente tem a função de proteger a vida consciente dos excessos da vida pulsional. Tem um papel de filtragem e de metabolização dos processos inconscientes, transformando os modos de representação inconsciente para torná-los acessíveis ao pensamento e à linguagem. Ao pré-consciente cabe a função de ligação da representação de coisa (representação visual do inconsciente) e a representação de palavra. Canaliza o escoamento das excitações e mantém a estabilidade do sujeito. A ligação entre inconsciente e consciente que faz o pré-consciente é elemento central no sistema defensivo em relação às desorganizações somáticas. O mau funcionamento destas ligações produz a descarga de pulsões no soma. A qualidade do pré-consciente dependerá da organização das defesas psíquicas, sua resistência ou vulnerabilidade frente a situações traumáticas (Kreisler, 1999).

Um pré-consciente bem constituído, tem plenamente desenvolvida sua capacidade de *mentalização*. Através desta capacidade, atuam os mecanismos que operam a regulação das energias inconscientes, instintivas, pulsionais, libidinais e agressivas. As patologias

psicossomáticas se dão em consequência do fracasso da mentalização, que pode ocorrer de modo permanente ou em caráter episódico (sob a influência de um transbordamento transitório, por angústia ou depressão) (Kreisler, 1999).

A capacidade de mentalização do sujeito, definida por Pierre Marty (1993), aponta para o sucesso ou insucesso deste sujeito em sua economia psicossomática. Consiste em operações de representação e simbolização por meio das quais o aparelho psíquico regula as energias instintivas e pulsionais, libidinais e agressivas. É responsável pelas atividades de fantasia, sonho e criatividade, que são essenciais na regulação do equilíbrio psicossomático (Volich, 2000). Fonagy e Bateman (2006) associam a aquisição da capacidade de mentalização a um processo intersubjetivo da criança e de seu cuidador que possibilita a regulação e o controle das próprias emoções, entre outras características, capacitando o sujeito a representações de sentimentos, emoções e desejos.

1.3 A Narratividade em Indivíduos com Somatizações Recorrentes

O poder salutar da narratividade na vida dos indivíduos é bastante abordado por diversos autores, sendo considerado, na maior parte das vezes, como um dispositivo de ressignificação da vida. A dificuldade ou incapacidade narrativa impossibilita o sujeito de imprimir um sentido à sua estória e isto acaba por esvaziar a própria vida de sentido podendo levá-lo à morte. Esta morte pode ser psíquica e até mesmo física, levando-se em conta a relação da somatização recorrente com uma incapacidade narrativa. Corso e Corso (2006) mencionam que as palavras funcionam como um invólucro de subjetividade que envolve as pessoas e que sem este invólucro, não se vive.

A experiência da enfermidade ganha significados diferentes a partir do entendimento e da estória de vida de cada indivíduo envolvido neste processo. Os significados e as interpretações acerca da doença interferem no processo de enfrentamento da mesma e no lugar que esta ocupará na vida do sujeito (Volich, 2000). A possibilidade de narrar sua história e de encontrar um lugar para sua enfermidade, produz no indivíduo uma reconstrução de sentidos, que, para alguém com tendência à somatização, funciona como uma descristalização de um funcionamento nocivo.

Narrar é antitraumático porque cria vínculos (Golse, 2004) e elabora questões, promovendo uma distância dos fatos, garantida pelo símbolo entre o sujeito e o que ele vive (Bertrand, 1998; Clancier, 1998). Por mais traumático que seja um fato, suas consequências mais nocivas serão decorrentes da impossibilidade de narrá-lo (Gutfreind, 2009).

O modo como o sujeito interpreta sua doença ocorre a partir de um conhecimento

construído através de referências que incluem a família, os profissionais da saúde que o tratam e todo o ambiente no qual está inserido. Em razão de toda esta interferência, a doença consiste num conceito processual, que é continuamente reformulado em cada processo interativo específico (Volich, 2000). A performance das histórias funciona como um facilitador da compreensão deste processo. A audiência e o contexto influem naquilo que vai ser dito. As narrativas são necessárias e úteis, não só para conhecer melhor uma história, mas também para ter condições de resolvê-la. Funcionam como uma ferramenta de elaboração dos traumas. Acenam com a possibilidade de novos entendimentos do que ocorreu, de modo a preencher com sentido fatos que, anteriormente, encontravam-se esvaziados deste (Baumann, 1977).

Um dado bastante significativo nas narrativas de história de vida de sujeitos com tendência à somatização, é seu esvaziamento de conteúdo afetivo, parecendo apenas relatos de fatos, sem uma conotação emocional (Marty, 1993). Esta característica, típica de indivíduos com o funcionamento operatório, sinaliza ao entrevistador uma falha no pré-consciente do indivíduo, que fará com que a fluência da entrevista se torne bastante difícil e necessite de mais intervenções do entrevistador nos momentos adequados.

A intenção de se trabalhar a história de vida de um indivíduo somatizador recorrente perpassa a compreensão de condutas atuais através da ressignificação de fatos passados. Quando se provoca um sujeito a compreender as razões de suas ações, acaba-se por imprimir sentido nestas. Para as pessoas com tendência à somatização, são justamente estas associações que são deficitárias em razão de sua baixa capacidade de representação. Ao ter que narrar o próprio drama para uma outra pessoa, o sujeito acaba por reconstruí-lo (Good, 1994; Langdon, 1997; Rosaldo, 1993; Lacan, 1953/1998) e esta ação, tem em si mesma, um potencial de mudança.

Segundo Rosaldo (1993), as narrativas, mais do que refletir condutas, servem para construir novas condutas, pois não consistem apenas na explicação sobre um determinado tema. São consideradas ferramentas de análise destinadas a identificar como os pacientes dão forma e voz ao seu sofrimento (Kleinman, 1988). A importância das narrativas também reside na assimilação do que é ouvido, incorporando-se às próprias experiências daquele que ouve (Benjamin, 1996; Bruner, 1997). O que o ouvinte fará com o que acabou de escutar pode se tornar extremamente importante. Para um sujeito com o funcionamento operatório, a devolução que é dada pelo interlocutor, a partir de seu discurso, pode gerar mudanças em sua compreensão dos fatos e na forma de lidar com eles.

Guimarães e Leal (2006) colocam a narrativa como mediação entre o indivíduo e a sociedade, afirmando que, quando se trata de sujeitos que estão se comunicando, há sempre

um viés relacional, que é produzido na ação de afetar e ser afetado por outro sujeito na mediação narrativa. Para estes autores, as narrativas oferecem recursos para lidar com os acontecimentos, que emergem na aparente repetição da experiência. Utilizam o termo *olhar narrativizante* para nomear a função do olhar do interlocutor e sua importância para estabelecer articulações entre os diversos fragmentos da narrativa e fazer com que esta ganhe sentido.

A narratividade como ferramenta para trabalhar a história de vida dos sujeitos é vista como instrumento terapêutico para os indivíduos com somatizações recorrentes. Na história de vida, o pesquisador não tem a intenção de confirmar a autenticidade dos fatos, pois o importante é o ponto de vista de quem está narrando (Santos & Santos, 2008). As histórias de vida são semelhantes ao que se denomina de narrativa de vida, mencionada por Bertaux (2005) como relatos de experiências e acontecimentos sujeitos à visão do narrador, sem ter a preocupação com a objetividade e veracidade dos fatos. O autor vê como principal benefício do ato de narrar a ação de apoderar-se de sua própria história.

Nas entrevistas centradas nas histórias de vida, existe a intenção de se obter informações a partir da subjetividade da vida de uma pessoa. É uma das formas mais ricas para a compreensão da experiência e perspectiva de um indivíduo (Santos & Santos, 2008). O método utiliza-se das trajetórias pessoais, buscando conhecer as informações contidas na vida pessoal do informante, oferecendo riqueza de detalhes sobre o tema. Dá-se ao sujeito a liberdade para dissertar livremente sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador (Santos & Santos, 2008).

Um aspecto bastante expressivo do método de história de vida ressaltado por diversos autores (Bertaux, 1980; Camargo, 1981; Glat & Duque, 2003) é o diálogo constante que se estabelece entre o pesquisador e o informante durante a entrevista. Não é considerada apenas uma coleta de dados, mas sim uma oportunidade de reflexão para ambos, pois quando relata sua vida, o sujeito a reavalia junto do entrevistador. O entrevistador acaba por tornar-se um aprendiz da verdade do outro (Augras, 1989).

Para Bakhtin (2004), as palavras e a forma como são comunicadas trazem à tona o mundo interior do sujeito, expressando os significados produzidos pelo indivíduo. Deste modo, a palavra e a enunciação são a materialização da vida semiótica interior do sujeito. A importância da narrativa para o indivíduo está nas possibilidades criadas por ela de o sujeito perceber-se, julgando suas ações e o curso de suas vidas (Donald, 2002; Favoreto & Cabral, 2009).

Entende-se que o desenvolvimento da narratividade tem uma relação direta com a

capacidade de simbolização. A partir da revisão teórica realizada, percebe-se que muitos autores apontam as narrativas de indivíduos que somatizam de modo recorrente como esvaziadas de emoção, denotando apenas um tom objetivo e concreto. Tendo em vista o exposto, esta pesquisa teve como objetivo investigar e compreender as narrativas de estória de vida das participantes e a relação destas com sua sintomatologia somática.

2. MÉTODO

2.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com delineamento de estudo de casos cruzados (Yin, 2005). A pesquisa exploratória teve como objetivo proporcionar maior familiaridade com as questões levantadas a partir do objetivo do estudo (Flick, 2009). A partir da teoria sobre Estudo de Casos Cruzados, cada caso foi analisado individualmente e, posteriormente, foi feita uma comparação dos casos, analisando possíveis convergências e divergências (Yin, 2005).

2.2 Participantes

Participaram deste estudo três mulheres adultas, todas com mais de 25 anos de idade, que frequentavam os Grupos de Família do NAPPI (Núcleo de Apoio e Pesquisa ao Processo de Inclusão) por terem filhos sendo atendidos no serviço. As participantes foram indicadas pelas assistentes sociais que coordenam os Grupos de Família por relatarem variadas e recorrentes queixas somáticas durante os encontros dos grupos. As participantes preencheram os requisitos de seleção para a pesquisa que consistiam em ter resultados positivos na Escala de Alexitimia (TAS- 26) e pontuação indicando prejuízo cognitivo abaixo do ponto de corte no Mini-Exame do Estado Mental.

2.3 Procedimentos de Coleta de Dados

Foi feito um contato inicial com a coordenação do local a fim de ter acesso às participantes, que se tratavam de mães de crianças atendidas no Serviço, que, durante o período de atendimento semanal dos filhos, frequentavam os Grupos de Família que ocorriam concomitantemente. Estas mães, nos encontros dos grupos, apresentavam queixas de sintomas somáticos recorrentes e foram encaminhadas para a pesquisadora, que fez um contato inicial por telefone para agendar um primeiro encontro.

O projeto de pesquisa foi apresentado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), tendo sido observadas todas as recomendações éticas para a realização de pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, e a Resolução nº 016 de 09 de dezembro de 2000 do Conselho Federal de Psicologia, que regulamentam a pesquisa com seres humanos.

No primeiro encontro, a pesquisadora fez uma explanação do estudo e de seus

procedimentos éticos, utilizando-se do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que estava voltado apenas para o consentimento das participantes em relação à etapa inicial de seleção da pesquisa. Esta consistiu num primeiro contato com as participantes, tratando-se da seleção das mesmas a fim de buscar o perfil adequado. Após a aceitação do termo pelas mulheres pré-selecionadas, realizou-se uma entrevista inicial a fim de coletar dados sócio-demográficos e aplicou-se o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-26). Este encontro inicial repetiu-se com cinco diferentes participantes, mas apenas três preencheram os critérios anteriormente descritos. O segundo contato, então, foi feito apenas com as três participantes com o perfil adequado para agendar o segundo encontro no qual foi apresentado o segundo TCLE, desta vez, para participar efetivamente da pesquisa. No segundo encontro, as participantes responderam à aplicação do Parental Bonding Instrument (PBI) e a uma entrevista voltada para a descrição do início da sintomatologia somática e sua recorrência. No terceiro encontro, realizou-se a entrevista de história de vida, que foi dividida em dois encontros de aproximadamente uma hora cada um. Todas as entrevistas foram gravadas em mídia *mp3* e transcritas.

A coleta de dados nas entrevistas foi considerada completa quando a pesquisadora chegou ao que considerou que se tratava do ponto de saturação, definido por Bertaux (1980) como o ponto em que o entrevistador, após certo número de entrevistas, acredita que não apreenderá nada de novo em relação ao objeto de estudo.

A pesquisadora fez uma devolução dos resultados da pesquisa para as terapeutas familiares que coordenam os Grupos de Família, frequentados pelas participantes, a fim de auxiliá-las a ter uma abordagem mais adequada dos casos. Para as participantes que desejarem, também será dada uma devolução individual dos resultados da pesquisa.

2.4 Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

2.4.1 Entrevista inicial: consistiu numa entrevista semi-estruturada com o objetivo de coletar dados sócio-demográficos e aplicar a Escala TAS-26 e o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

2.4.2 Escala de Alexitimia de Toronto – TAS 26 (Taylor, Ryan & Bagby, 1985): é um instrumento de auto-avaliação de 26 itens, desenvolvido para medir o grau de alexitimia segundo quatro fatores: F1 - habilidade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais; F2 - habilidade de sonhar acordado; F3 - preferência por focalizar eventos externos em vez de experiências internas e F4 - habilidade para comunicar

os sentimentos a outras pessoas. Possui respostas do tipo Likert de 5 pontos em que 1 corresponde a discordo inteiramente; 2, discordo; 3, não sei; 4, concordo e 5, concordo plenamente. Os escores totais variam entre 26 e 130, sendo que, na versão original, para escores acima de 74 (inclusive), o sujeito é considerado alexitímico (Taylor, Ryan & Bagby, 1985). E, para valores intermediários, isto é, entre 62 e 74, nada se pode afirmar.

2.4.3 Mini-Exame do Estado Mental – MEEM (Folstein & cols., 1975): Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal, orientação espacial, atenção e cálculo, linguagem, capacidade construtiva visual e memória de curto prazo. É denominado mini porque concentra apenas aspectos cognitivos das funções mentais e exclui humor e funções mentais anormais. Inclui 11 itens divididos em duas seções. O ponto de corte utilizado para indicar comprometimento cognitivo foi 17 pelo fato de que as participantes apresentavam pouca escolaridade. Nesses casos, sugere-se que o ponto de corte tradicional que consiste em 24, seja substituído por 17. O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos até um total máximo de 30 pontos o qual corresponde à melhor capacidade cognitiva.

2.4.4 Parental Bonding Instrument - PBI (Parker & cols., 1979): O PBI tem o objetivo de medir a contribuição do comportamento dos pais no desenvolvimento de um vínculo adequado entre pais e filhos. Trata-se de um instrumento auto-aplicável tipo Likert (de 0 a 3), com 25 perguntas em relação ao pai e à mãe em que o sujeito responde o quão parecido aquele comportamento é com o comportamento dos pais até os seus 16 anos. Este instrumento mede dois construtos: o primeiro, afeto mais consistente e claramente bipolar (afeto, calor, disponibilidade, cuidado, sensibilidade versus frieza e rejeição) e o segundo, controle ou proteção (controle, intrusão versus encorajamento da autonomia).

2.4.5 Entrevista de estória de vida (Bertaux, 2005): é uma entrevista qualitativa que visa à compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos comportamentos das participantes e de sua sintomatologia (Creswell, 2007). Tem o intuito de investigar e compreender a leitura que as participantes fazem dos fatos que vivenciaram, não tendo como foco a veracidade dos fatos relatados e sim, o modo como são compreendidos pelos narradores da estória. A entrevista de estória de vida iniciou-se com uma questão impulsionadora que norteou o início do discurso das entrevistadas. Como questão impulsionadora utilizou-se a seguinte frase: “Fale-me de como iniciaram seus sintomas”. Esta questão tinha por objetivo manter o foco da narrativa na área do tópico e no período da

biografia que interessava ao entrevistador. Este primeiro estágio seguiu-se de investigações mais aprofundadas da narrativa no qual foram preenchidas algumas lacunas dos discursos das entrevistadas. O último estágio da entrevista consistiu em perguntas que o entrevistador dirigiu ao entrevistado, buscando relatos teóricos do que aconteceu com o intuito de imprimir um significado àquilo que fora relatado.

2.5 Procedimentos de Análise dos Dados

O estudo dos casos foi embasado na teoria de Creswell (2007) e Yin (2005), explorando em profundidade os relatos de vida das participantes. Escolheu-se o método de estudo de casos cruzados pela intenção de se lidar com as condições contextuais de história de vida das participantes ligadas ao fenômeno da somatização recorrente. Considera-se um dos métodos mais adequados de investigação que exige profundidade compreensiva das características dos casos estudados, de modo individual e comparativo.

Os instrumentos utilizados TAS 26, PBI e MEEM foram analisados com base nas orientações próprias de cada um deles. As Entrevistas de História de Vida, após serem gravadas e transcritas, foram lidas e analisadas conforme os aspectos que tratavam de eventos traumáticos, privações na infância, vínculo com cuidadores, relacionamentos, sintomatologia somática e estilo narrativo. Estes aspectos foram descritos na ordem apresentada pelas participantes, durante sua entrevista, e, após, analisados conjuntamente, de modo a comparar diferenças e semelhanças entre os casos.

A Entrevista Inicial, utilizada para colher os dados sócio-demográficos das participantes, foi realizada na sede do NAPPI, de modo individual, na qual também foram aplicados os instrumentos Mini Exame do Estado Mental e Escala de Alexitimia - TAS 26, ambos utilizados para selecionar as participantes. Com o MEEM, foi considerado o ponto de corte para que as participantes fossem selecionadas para a segunda etapa da pesquisa. Descartando, portanto, mulheres com déficit cognitivo, o que influenciaria no empobrecimento do discurso e falta de compreensão do instrumento Parental Bonding. No TAS 26, foram selecionadas as participantes que tiveram resultado positivo para alexitimia, equivalente ao Pensamento Operatório, por ser um conceito discutido neste trabalho. Com o PBI, foi também considerado o ponto de corte, analisando de modo aprofundado os vínculos parentais, associando as questões abordadas no instrumento com as narrativas das pacientes a partir do que surgiu sobre seu vínculo parental nos discursos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes passaram por uma etapa inicial de seleção na qual responderam ao Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e TAS-26 com o intuito de avaliar se tinham o perfil adequado para a pesquisa. Após a etapa inicial, foi feita entrevista inicial para coletar dados sócio-demográficos, aplicação do Parental Bonding Instrument (PBI) e Entrevista de Estória de Vida Tópica na qual foram estimuladas a narrar suas histórias de vida voltadas para sua sintomatologia somática. Foi utilizada como questão impulsionadora “Fale-me de como iniciaram seus sintomas”. A descrição dos casos a seguir foi feita a partir da narrativa de cada participante, mantendo-se as histórias de vida na ordem que as participantes contaram-na, durante a entrevista, para enfatizar as características de sua narrativa. Após a descrição, realizou-se uma discussão dos casos de forma individual, articulando-os com os conceitos trabalhados na pesquisa e, posteriormente, análise cruzada, avaliando aspectos comuns e diferenças dos três casos abordados.

Quadro 1. Este quadro apresenta os resultados dos instrumentos MEEM e TAS 26, utilizados para selecionar as participantes, demonstrando os resultados daquelas que foram selecionadas.

TAS 26	Verônica	Anita	Cleide
Fator 1: habilidade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais	28 pontos	40 pontos	30 pontos
Fator 2: habilidade de sonhar acordado	13 pontos	12 pontos	11 pontos
Fator 3: preferência por focalizar eventos externos em vez de experiências internas	20 pontos	20 pontos	18 pontos
Fator 4: habilidade para comunicar os sentimentos a outras pessoas	19 pontos	18 pontos	19 pontos
Total (ponto de corte: 74)	79 pontos	90 pontos	78 pontos
Total MEEM (ponto de corte: 17)	23 pontos	27 pontos	29 pontos

3.1 Participante: Verônica

Verônica é uma mulher de 48 anos de idade, solteira e mãe de dois filhos: uma filha de 17 anos e um filho de 11 anos de idade. Foi indicada para a pesquisa pela coordenadora dos Grupos de Família do NAPPI pelo fato de apresentar queixas somáticas recorrentes durante os encontros grupais. Seu vínculo com o Serviço é através do filho mais novo que tem deficiência auditiva. Mora com seu pai e os dois filhos e trabalha numa padaria próxima à sua casa, como auxiliar de limpeza há, aproximadamente, um ano.

Verônica apresentava um olhar e um jeito de falar quase infantis o que, mais tarde, durante a análise do caso, compreendeu-se que estava relacionado, inclusive, ao seu olhar em relação aos fatos de sua vida. Apesar do ritmo de seu discurso ser lento, remetendo a uma falta de energia ou depressão, seus olhos azuis brilhavam durante toda a entrevista. Parecia estar entusiasmada com o fato de poder falar de si mesma e de ser escutada. Estava adequadamente vestida e cuidadosamente arrumada (no sentido de demonstrar cuidado com a aparência). Disse que estava participando da pesquisa porque faria o que acreditasse ser necessário para melhorar sua situação, pois era muito difícil conviver com a dor. Entendeu-se, naquele momento, que Verônica estava fazendo uma associação de seus sintomas somáticos com algo que ia além deles e que acreditava que minha pesquisa poderia auxiliá-la.

Pontuou que suas dores e doenças atrapalhavam sua vida e que, por isso, não sentia vontade de usar roupas bonitas e se enfeitar, mas que tinha esperança de curar-se por ser “bastante sonhadora”, pois “sonhar ajuda-a a esquecer a dor”.

Na seleção de participantes, Verônica fez 23 pontos no MEEM, o que descarta possibilidade de déficit intelectual e teve os seguintes resultados no TAS-26: fator 1 - 38 pontos, fator 2 - 13 pontos, fator 3 - 20 pontos, fator 4 - 19 pontos, o que comprova resultado positivo para funcionamento alexitímico, aspectos necessários para a pesquisa.

3.1.1 Estória de Vida e Sintomatologia somática

Após a questão impulsionadora, Verônica começou sua narrativa discorrendo sobre suas fortes dores abdominais. Explicou que estas dores seriam decorrentes de uma cirurgia que sofrera aos 41 anos de idade para a retirada do útero e ovários, pois tinha hemorragias decorrentes de miomas. Os sangramentos teriam começado aos 37 anos de idade e a cirurgia teria ocorrido quatro anos depois. Como seqüela da cirurgia, teria ficado com a “bexiga caída”, o que seria responsável pelas dores abdominais. Pontuou que estas dores eram fortes demais e que os analgésicos receitados pelos médicos não produziam efeito. Referiu, na entrevista, que estaria com uma cirurgia marcada para a colocação de uma tela para a

contenção da bexiga dali a dois meses.

Questionada quanto ao início de sua sintomatologia somática, relatou que, por volta dos 17 anos de idade, apresentava fortes dores de cabeça, formigamento nos membros superiores e inferiores e desmaios recorrentes. Ao investigar estes sintomas, a família teria recebido do médico o diagnóstico de arritmia cardíaca. Pontuou que fora medicada durante algum tempo e que, mais tarde, o médico especialista teria suprimido o uso da medicação por ter percebido melhora em seu quadro.

Os sintomas cardíacos teriam retornado após o nascimento da primeira filha quando começou a apresentar hipertensão. Nesta ocasião, utilizou medicação durante dois anos e seu quadro regularizou, mas teria voltado a apresentar estes sintomas em janeiro deste ano. Relatou também que, há mais de três anos, começou a apresentar sintomas de labirintite, mas que teria começado a usar medicação para isto há pouco tempo. No início de janeiro deste ano, teria começado a sentir tremores nas mãos e nos braços e que, em consulta médica, teria recebido o diagnóstico de Mal de Parkinson.

Verônica referiu que sua mãe se suicidara quando tinha 16 anos de idade. Acreditava que este fato estaria ligado com a menopausa da mãe, pois esta teria começado a demonstrar sintomas de depressão a partir daí.

Contou que, pouco antes de suicidar-se, a mãe teria lhe dito que, caso acontecesse algo com ela, queria que Verônica cuidasse de seus irmãos, que eram pequenos na época. Quando questionei como se sentira na ocasião da morte da mãe, disse que “não era de sofrer muito pelas coisas, que era uma pessoa alegre”, e que não tivera muito tempo para pensar no ocorrido, pois tinha muito o que fazer, pois já trabalhava e cuidava dos irmãos mais novos.

A respeito de sua vida amorosa, Verônica pontuou que nunca fora casada, mas que, quando mais jovem, tinha sido noiva durante anos e que o noivo a teria abandonado sem dar muitas explicações. Questionei a respeito da qualidade de sua relação com ele, se tinham muitas brigas, ou se, na época, pensara em alguma motivação da parte do noivo para que fizesse o que fez. Respondeu que não, que ele tinha um temperamento um tanto difícil, mas que não brigavam porque ela era uma pessoa que não gostava de brigas, que o aceitava do jeito que era.

Perguntei, então, quem seria o pai de seus filhos, ao que respondeu que sua filha mais velha era fruto de um namoro e que, quando o seu namorado ficara sabendo da gravidez, teria dito que não assumiria, pois ela teria descoberto estar grávida já após o término da relação. Questionei como ela se sentira naquela ocasião. Respondeu que não ficara muito triste porque sempre quisera muito ter um bebê e que, desde o começo, sabia que sua filha

seria uma menina. Referiu que, quando sua filha nasceu, tratava-a como se fosse uma boneca, sempre bem arrumada, com fitas no cabelo. Pontuou, porém, que após o parto, voltou a ter sintomas hipertensivos e que sua disritmia teria voltado.

Quando sua filha era ainda bebê, Verônica contou que se sentia muito sozinha, morando na casa que era de seus pais. Seu irmão também morava lá, na época, mas tinha períodos nos quais ele não estava em casa. Falou que sentia medo de ficar sozinha naquela casa apenas com seu bebê, que escutava estalos na casa e, hoje, associa estes a dores que sentia nos membros superiores e inferiores. Disse que, quando ouvia os estalos, sentia tontura, dores e enjoos e que, certa vez, teria ficado de cama, sem conseguir andar tamanha era sua dor nas pernas. Associa também estes sintomas ao fato de que sua tia (irmã de sua mãe) teria muita inveja de sua família e que, por muitas vezes, prejudicou-a através de trabalhos de umbanda e feitiçarias.

Quanto ao segundo filho, contou que este seria fruto de um estupro que sofrera de seu próprio namorado. Relatou que teria começado este namoro, após o nascimento de sua filha e que teria durado pouco tempo. Teriam rompido porque “ele não prestava”, usava drogas e abusava da bebida. Certa noite, ele teria ido à casa de Verônica e a obrigado a manter relações sexuais com ele. Afirmou que, nesta ocasião, engravidou de seu segundo filho. Perguntei como se sentira na ocasião do abuso e, depois, ao saber que engravidara em decorrência daquele episódio. Respondeu, novamente, que não tivera muito tempo para ficar triste porque, desta vez, tinha sua filha para cuidar e que gostara do fato de estar grávida de novo, pois “adorava crianças”.

Seu segundo filho, porém, sempre fora bastante doente. Contou que sofria de falta de ar (asma) e que convulsionara num episódio de queda quando bem pequeno.

Verônica relatou que, há alguns anos, um vizinho passou a gostar dela e eles teriam começado a namorar. Disse que era uma pessoa muito correta, que tratava bem de seus filhos, dava-lhe coisas e fazia ranchos para ajudá-la. Pontuou que gostava dele também, mas que não entendia porque nunca tiveram contato sexual. Ele teria dito que a respeitava e que não “faria nada com ela antes de estarem casados”. Falou que sua relação com este vizinho teve de terminar porque seu pai não o aceitava bem, já que estava morando com Verônica novamente, após ter ficado viúvo pela segunda vez. Questionei-a quanto ao fato de não ter enfrentado o pai nesta situação, já sendo uma mulher adulta e independente ao que ela respondeu que o pai precisava dela, pois estava doente e não tinha quem cuidasse dele. Pontuou mais uma vez que não gostava de brigar e que, portanto, evitara este conflito sacrificando sua relação.

3.1.2 Compreensão da Estória de Vida a partir dos Conceitos de Pensamento Operatório e Mentalização de Pierre Marty

Mesmo com a questão impulsionadora que remete ao início dos sintomas, Verônica começou pelo relato das dores abdominais, que se tratam de sintomas atuais. Cogita-se esta conduta, relacionando-a ao fato de que o sujeito que tem funcionamento operatório, importa-se principalmente com o fatural e o presente (Marty, 1993; Volich, 2000). E, mesmo em seus relatos dos outros sintomas, conseguiu fazer uma relação emocional com os sintomas físicos apenas uma vez. Diversos autores (Marty & M'Uzan, 1962; Marty, 1993, 1998; Volich, 2000; McDougall, 1991; Lima & Carvalho, 2008; Maciel & Yoshida, 2006; Pedinielli & Rouan, 1998) apontam para a difícil percepção de alexitímicos e indivíduos com PO da relação entre sintomas físicos e acontecimentos traumáticos em suas vidas. Da mesma forma, mencionam uma grande dificuldade na associação de dores do soma a dores psíquicas.

Verônica teve pontuação positiva para alexitimia na Escala TAS-26 o que aponta para um funcionamento operatório da psique no que diz respeito à sua função representacional. Apesar de fazer algumas associações de seus sintomas somáticos a situações específicas de sua vida, não via, em geral, uma relação direta entre o sofrimento somático e o psíquico. Apontou relação apenas das dores que sentia quando escutava barulhos na casa em que morava quando sua filha era bebê, ainda assim não reconhecendo, nem nomeando este medo. Não demonstrava, porém, ter relacionado seus sintomas na adolescência à perda traumática da mãe por suicídio e parece nem ter se dado conta da própria dor psíquica, afirmando mais de uma vez não ter tempo para ficar triste por ter muitas responsabilidades. McDougall (1991) afirma que quando a ausência de reação é muito pronunciada, tem-se, em alguns momentos, a sensação de se estar diante de um distanciamento esquizóide, mas que este tipo de reação é bastante comum em sujeitos com um funcionamento psicossomático desorganizado. Verônica despertava este tipo de sensação, parecendo, em alguns momentos, manter um distanciamento patológico dos fatos e traumas que faziam parte de sua estória de vida. Esta postura chamada por McDougall (1991) de *superadaptção* denota, na verdade, a fragilidade psíquica de Verônica e a necessidade que teve de desenvolver uma impermeabilidade às dores psíquicas, que acabavam por causar-lhe dores somáticas.

Pode-se perceber, desde o início dos sintomas de Verônica, uma relação direta com traumas vivenciados por ela que não foram adequadamente elaborados. Cogita-se, pelos resultados do PBI e por sua narrativa, que seu vínculo, principalmente com a mãe, era bastante prejudicado.

Verônica pode ter utilizado suas somatizações recorrentes como mecanismo de defesa para dar conta de seus sucessivos traumas tanto em relação às perdas sofridas quanto ao excesso de responsabilidades atribuídas a ela precocemente. Pensa-se, portanto, na falha das funções materna e paterna como objetos primordiais, que teriam como um de seus papéis a instauração da função simbólica em Verônica em seus primeiros anos de vida. Consequentemente cogita-se um pré-consciente deficitário, pois estaria empobrecido de recursos simbólicos para a elaboração de traumas. Verônica teria desenvolvido o Pensamento Operatório em consequência desta falha parental. A falha nas relações com os objetos primordiais são determinantes na instauração de um pré-consciente deficitário, pois são os objetos primordiais os responsáveis pelo desenvolvimento da função simbólica do bebê com a instauração do pré-consciente (Marty, 1993; 1998; Volich, 2000; McDougall, 1989; 1991; Balint, 1993; Gutfreind, 2010; Kreisler, 1999). Entende-se que um pai ausente e uma mãe deprimida (como sinaliza em seu discurso) não teriam exercido seus papéis de forma a auxiliá-la na construção de um pré-consciente adequado.

Em vista disto, Verônica não teria desenvolvido sua capacidade de mentalização, que decorre, justamente, de um pré-consciente enriquecido de função simbólica para elaborar fatos traumáticos que vivenciou. Questiona-se, porém, o fato de mencionar no início de sua entrevista que era “bastante sonhadora” e que “sonhar ajuda a esquecer a dor”. Creio que esta conduta de sonhar vem como uma forma de Verônica recriar uma nova vida para si mesma, algo que a transportasse para além de seus sintomas que estavam se tornando insuportáveis. Mas não no sentido de elaborar os fatos que tinham se tornado pesados demais, não como uma simbolização de traumas vivenciados, mas como uma forma de tolerar a dor física através dos sonhos.

O empobrecimento de sua capacidade de simbolização e de compreensão dos fatos ocorridos fica claro em trechos de seu discurso como quando disse “eu não entendia porque minha mãe não se sentia feliz. Meu pai dava tudo que tinha de bom pra ela: dava roupa, uma boa casa, jóias (...) Não sei o que mais ela queria (...)”. Esta fala denota uma incompreensão da infelicidade materna. Parece que sua visão dos fatos não tem um alcance de que a mãe poderia estar insatisfeita com coisas de ordem emocional e afetiva e que presentes ou coisas de ordem material não supririam.

Quando questioneei sobre seu sofrimento em relação ao estupro cometido pelo ex-namorado, Verônica afirmou “não me lembro, acho que não sofri muito”, referindo que sentira desta forma porque seu desejo de ser mãe novamente era muito grande. Parece, com isso, não tratar o assunto com a intensidade e o tom que deveria ter. Denota não conseguir

simbolizar a dor decorrente de uma violência sexual. Já quanto às consequências positivas deste fato, Verônica consegue enxergar o lado bom de ter engravidado, como se o fato de que sua gravidez ser oriunda de um estupro, não fosse tão relevante. O fato de enxergar de forma mais evidente o lado bom do fato e ter dificuldade em perceber o lado negativo, aponta, mais uma vez, para uma conduta voltada para a autodefesa. Para McDougall (1983), quando o sujeito fica “ensurdecido” para as dores psíquicas e torna isto algo constante, ocorre uma ruptura do elo entre o corpo e a psique, propiciando um terreno favorável às eclosões psicossomáticas patológicas no lugar do arranjo psíquico que deveria ter ocorrido.

3.1.3 Análise de resultados do PBI e narrativa de Verônica quanto ao vínculo parental

Verônica demonstrou em sua entrevista e no PBI que não recebia a atenção e o auxílio que necessitava. Classificou como *moderadamente parecido* o item quatro que afirma “Parecia emocionalmente frio comigo” e utilizou a mesma classificação para a afirmação “Compreendia meus problemas e preocupações”. Já no item “Era carinhoso comigo”, utilizou a classificação *moderadamente diferente*. Verônica parecia perceber que algo era deficitário, mas não de forma explícita, já que utilizou as classificações intermediárias *moderadamente parecido* e *moderadamente diferente*. No aspecto *controle x autonomia*, no item “Gostava que tomasse minhas próprias decisões” utilizou a classificação *muito diferente*; no item “Deixava que eu decidisse as coisas por mim mesmo” utilizou a mesma classificação. Em “Tentava me fazer dependente dele (a)”, utilizou *muito parecido*. Estes itens demonstram a falta de autonomia que sentia em algumas situações de sua infância e adolescência, não se sentindo apta a fazer escolhas, mas tendo que, ao mesmo tempo, exercer responsabilidades que não tinha idade para ter. No item “Gostava de conversar sobre as coisas comigo” classificou como *muito diferente* o que comprova, de certo modo, a falha na função materna de simbolização e elaboração de traumas, mencionada em relação aos sujeitos de funcionamento operatório e/ou alexitímicos. Pode-se perceber, através de alguns dados trazidos por Verônica, tanto em sua entrevista, quanto no PBI em relação à conduta materna, que demonstram que, provavelmente, esta mãe não desempenhara sua função de forma adequada. O pai, por sua vez, era bastante ausente em vista do trabalho na roça e pelo fato de ter uma visão antiquada das funções materna e paterna. Acredita-se que este pai estaria acomodado com o fato de que a filha primogênita desempenhava o papel que sua esposa não conseguia desempenhar.

Para McDougall (1983), o papel da mãe na nomeação dos estados afetivos também é fundamental para a organização psicossomática da criança. A criança só poderá ter consciência dos sinais que seu corpo emite e estar apta a elaborar simbolicamente, através do

pensamento verbal e da vida imaginária, constituídos na relação mãe/bebê.

Ainda no PBI, os itens de afeto bipolar, apontam que, na leitura de Verônica dos fatos, a frieza e a rejeição vivenciadas na infância e no início da adolescência estavam levemente aparentes, mas não de forma total em razão da dificuldade que tinha de perceber estas faltas. Em relação aos aspectos de controle x proteção, pode-se perceber também uma visão um tanto ambígua dos fatos. Ao mesmo tempo que, em diversos itens, Verônica aponta sua percepção de que não tinha muita autonomia em suas escolhas, em alguns itens, podia-se perceber que não sentia tanto este controle o que imagino que estaria associado ao fato de que já tinha muitas responsabilidades e com elas, tinha de tomar algumas decisões.

3.1.4 A Narratividade de Verônica

Quanto à forma com a qual Verônica fez sua narrativa, entendi que optou por começar seu relato dos sintomas pelas dores abdominais porque era o que mais lhe incomodava naquele momento, sendo esta uma característica de sujeitos com PO, o fato de ficarem com sua atenção voltada para a atualidade e o fatual (Marty & M'Uzan, 1962; Marty, 1993; Volich, 2000).

Durante a entrevista, demonstrou poucas vezes que algo do que contava lhe desagradava com intensidade. Denotava prazer em contar sua estória, mas como se esta fosse de outra pessoa. Em alguns momentos, parecia estar contando uma estória de ficção. Sua narrativa era empobrecida de relatos de sentimentos e emoções, mas era bastante rica em detalhes práticos e objetivos.

Percebi que quando a questionava sobre o que sentira em relação aos fatos, se ficara triste ou não, respondia como se tivesse sentenças prontas, como “barreiras” que tornavam seu discurso impenetrável: “Eu não tinha muito tempo para chorar e sofrer (...)”, “Eu sempre adorei crianças (...)”. Dificilmente, Verônica se colocava como sujeito de seu desejo durante a entrevista. A impressão que transmitia era a de que sua vida acontecera a despeito de suas vontades: “Eu era amiga dela porque ninguém mais queria ser meu amigo (...) Acho que me achavam muito burra”, “Nós acabamos nos separando porque o meu pai não concordava com o nosso namoro, mas eu gostava dele”. Os únicos desejos relatados eram o de ter filhos e não brigar, ambos colocando-a num lugar de, novamente, doar-se e ceder.

O estilo narrativo de Verônica era empobrecido no que tangia a manifestações simbólicas, como metáforas, por exemplo. O ritmo de seu discurso era lento e retratava mais sensações físicas do que sentimentos. Gutfreind menciona a importância da narratividade (2009; 2010) como dispositivo antitraumático. Afirma que as consequências mais nocivas de

um trauma não são os fatos em si, mas a impossibilidade de narrá-los. A narrativa empobrecida de Verônica denota a deficiência de seu aparelho psíquico no que diz respeito às simbolizações, o que confirma o perfil do somatizador recorrente.

3.2 Participante: Anita

Anita é uma mulher de 47 anos de idade, tem três filhos (filha de 18 anos, filho de 16 anos e filho de doze anos) e é viúva há oito anos. Trabalha como doméstica há um ano em casa de família. Não tem companheiro e mora com os dois filhos mais novos. Sua filha primogênita, porém, mora com o marido no mesmo terreno, numa casa nos fundos.

Anita foi encaminhada para a pesquisa pelo fato de já ter frequentado o Serviço por causa de seu filho mais novo que apresentava problemas de conduta na escola. Aceitou o convite para participar da pesquisa, mas não esboçou reações de entusiasmo ou desejo de participar. Pareceu ter aceitado por obrigação. Imagino que, para ela, a idéia inicial de participar da pesquisa tenha lhe despertado a mesma sensação de muitas coisas que fazia no seu cotidiano: que tinha de fazer, mas não sentia prazer, nem encontrava um sentido nestas coisas.

Anita aparentava ser uma mulher bastante sofrida e cansada. Revelava um olhar desprovido de brilho e entusiasmo, o que denotava também em seu tom de voz e forma de narrar sua estória. Vestia-se de modo simples, bastante esportivo (com camiseta, calças de abrigo e tênis) e não usava maquiagem.

Na seleção de participantes, fez 27 pontos no MEEM, o que descarta possibilidade de déficit intelectual. Teve os seguintes resultados no TAS-26: fator 1 – 40 pontos, fator 2 – 12 pontos, fator 3 – 20 pontos, fator 4 – 18 pontos, o que comprova resultado positivo para funcionamento alexitímico, aspectos necessários para a pesquisa.

3.2.1 Estória de Vida e Sintomatologia Somática

Após a questão impulsionadora, Anita começou sua narrativa discorrendo sobre fortes dores na perna esquerda que teriam começado no ano passado. Descreveu-as como “uma dor dormente”, “um formigamento”. Pontuou que sua outra perna também doía algumas vezes.

Foi diagnosticada com fibromialgia no ano de 2010. Referiu que usou medicação por mais de um ano e que teria parado de usá-la porque teve de sair de seu outro emprego, o que fez com que perdesse o convênio médico. Descreveu os sintomas da fibromialgia como “caroços por todo o corpo” aos quais associava episódios de muita dor. Pontuou que, na

época, buscou auxílio médico porque a dor era tão intensa que não conseguia pisar no chão.

Relatou que tem miomas no útero e que vem tomando medicação para parar de menstruar porque tem hemorragias. Refere que estes sintomas começaram há, aproximadamente, nove meses. Pontuou, porém, que sempre tivera fortes cólicas menstruais desde a menarca.

Referiu também seu diagnóstico de diabetes, que recebera há seis meses. Saliou que era algo hereditário pelo fato de seu irmão sofrer da mesma doença. Usou medicação para diabetes durante três meses e fez novos exames. Como o quadro demonstrou boa evolução, pode reduzir a medicação. Pontuou que, por estes dias, deveria estar voltando a consultar com o médico para ver como estava seu quadro, mas que ainda não tinha ido porque “tudo era muito difícil”.

Contou sentir muitas dores na coluna, principalmente, na parte lombar. Teria começado com estas dores após a morte do marido, pois teria passado a trabalhar demais para sustentar a família, o que poderia ter prejudicado sua coluna. Relatou também que tem tendinite no braço, o que foi igualmente associado ao seu tipo de trabalho e ao problema na coluna.

Por fim, mencionou ter arritmia cardíaca. E que teria descoberto esta patologia antes de engravidar do primeiro filho, tendo que fazer uso de medicação para o coração durante todas as suas três gestações. Pontuou que parou de usar esta medicação logo após ter o último filho porque fora constatado “que não teria mais nada”.

Anita relatou que começara a usar fluoxetina após a morte do marido por estar com sintomas de depressão, mas que interrompera seu tratamento, mais de uma vez, neste meio tempo. Há aproximadamente um ano, parou de usar fluoxetina e teve o que foi nomeado de Crise de Pânico pelo médico. Na ocasião, foi hospitalizada e encaminhada para um psiquiatra que emitiu este diagnóstico. Descreve que sentia tremores por todo o corpo, suor frio, palpitações, sensações de estar sendo sufocada e de que iria morrer. Por este motivo, voltou a usar antidepressivo.

Disse que, há mais ou menos seis meses, teve “algumas incomodações” e começou a desenvolver um quadro semelhante à última crise, mas que não chegou a culminar numa internação. Atualmente, usa fluoxetina.

Quanto ao seu passado, Anita descreveu-se como a irmã mais nova de três filhos. Falou de sua infância, destacando o fato de o pai ser alcoolista e violento e de sua mãe ser bastante carinhosa e compreensiva. Pontuou que sempre fora apegada com a mãe e que ainda o é até hoje. Seu pai era “querido” quando não estava alcoolizado. Disse que beijava sua mãe

e contava estórias para os filhos, mas que isto não era muito frequente. Referiu que o pai brigava bastante com seus irmãos e pontuou que costumava proteger seu irmão mais novo.

Perguntei se tinha recordações de quando teriam surgido seus primeiros sintomas físicos de dor ou desconforto, ao que respondeu que fora aos doze anos, pois sentia tremores nos olhos. Quando questionei em que situações estes sintomas surgiriam, pontuou que não lembrava se isto ocorria em momentos nos quais estava incomodada com algo.

Relatou que, na adolescência, tinha fortes cólicas menstruais, que faziam com que tomasse chás e medicações para a dor. E que, quando teve sua menarca, não sabia do que se tratava e que contara à irmã o que ocorrera, achando que estava machucada.

Contou que “a vida da mãe era um inferno”, que esta “sofria dos nervos” e que a primeira crise da mãe teria ocorrido quando sua irmã fugiu de casa. Disse que a mãe desmaiava, ficava com o corpo todo rígido e que acabou tendo que usar medicação “para os nervos”. Relatou que a mãe tentara o suicídio por duas vezes, abusando de medicação.

Seu pai era muito rígido e que não permitia que as filhas namorassem. Salientou, porém, que, quando conheceu seu esposo, este teria enfrentado seu pai, indo à sua casa e pedindo-a em namoro. Referiu que o pai acabara gostando de seu falecido marido e permitindo o namoro.

Anita falou de seu marido, dizendo “ele foi tudo pra mim: pai, amigo e esposo”. Logo depois, contou que tinha medo de suas reações, pois era muito temperamental e reagia de modo intempestivo. Referiu que, muitas vezes, principalmente após ter descoberto que estava com câncer, ele perdia a paciência e jogava coisas no chão, quebrava coisas dentro de casa.

Quando questionei se usava de violência com ela e com as crianças, relatou que a teria empurrado, uma vez, porque estavam discutindo. Nesta ocasião, quase caíra em cima de seu filho mais novo, que era bebê e estava deitado em sua cama.

Relatou também que o marido envolvera-se em crime de estelionato e estivera preso durante bastante tempo por causa disto. Pontuou que criara sua filha mais velha sozinha e que a menina não permitia que o pai a corrigisse porque não a tinha criado. Quando questionei de como se posicionara quanto ao crime do marido, referiu que não opinava em relação às coisas que ele fazia.

Anita descreveu seu falecido marido como um pai muito exigente. Pontuou, porém, que gostava mais quando era vivo porque ele fazia com que os filhos respeitassem-na, o que ela não conseguia fazer sozinha. Questionei se, ao bater nos filhos, hoje em dia, tentava reproduzir a conduta do marido, ao que respondeu afirmativamente, mas que não constatava

bons resultados.

Durante seu relato, pontuou que associava o início de seus sintomas à morte do marido e também a fibromialgia ao sofrimento de sua perda. A associação que fazia, porém, era ligada apenas ao fato concreto de ter que fazer trabalho pesado nas faxinas que passara a realizar com frequência para sustentar a família.

McDougall (1983) descreve a dor como um elo constituído entre soma e psique e observa que a relação entre os dois terrenos é tal que quando a dor surge num deles provoca, inevitavelmente, efeito no outro, ao menos enquanto o psicossoma funcionar como um todo. Sendo todos os sujeitos psicossomáticos, alguns podem ter a permeabilidade entre soma e psique bloqueadas, ou confundir o conteúdo afetivo penoso com a sensação corporal dolorosa. Pensa-se, a partir desta explicação, que Anita sofre deste bloqueio entre soma e psique, o que faz com que não consiga distinguir a dor de ter perdido o marido, da sensação dolorosa corporal da fibromialgia, forma que seu organismo arranhou para reorganizar-se em vista da sensação caótica do luto.

3.2.2 Compreensão da Estória de Vida a partir dos conceitos de Pensamento Operatório e Mentalização de Pierre Marty

Anita conseguiu fazer algumas associações de sintomas físicos seus a fatos ocorridos e emoções negativas que constatara sentir. Fez uma conexão, principalmente, do início da fibromialgia à morte do marido. Em todos os momentos que referiu este fato, trouxe, através de palavras, sentimentos de dor, desorganização interna e externa, vazio e perda. Esta mensagem era passada ao interlocutor através de seu discurso, mas não de suas expressões faciais que pouco se modificavam. Demonstrou bastante dificuldade em descrever o que sentira e ainda sentia com o falecimento do marido. Quando expressou que ele era tudo para ela, conseguiu transmitir a grande dimensão que tinha em sua vida, mas não nomeou, em momento algum, sentimentos como *tristeza* e *saudade*. O discurso de Anita mostrou-se bastante empobrecido, com ausência de expressões de sentimentos e emoções e uma preponderância de fatos concretos, características discursivas dos indivíduos que tem PO segundo diversos autores (Marty & M'Uzan, 1962; Volich, 2000; McDougall, 1991; Aisenstein, 1994; Braunschweig, 1993). Conseguiu apenas expressar a falta que o marido fazia em questões práticas de sua vida como na criação dos filhos e na resolução dos problemas do cotidiano, coisas que ainda não se sentia apta a fazer.

Quando questionada se gostava da companhia do marido, Anita relatou que ele sempre a esperava com o chimarrão pronto no final do dia. Não utilizou os termos *saudade*,

amor e gostar. Não utilizou palavras que expressassem sentimentos e emoções em relação a ele. Esta sua dificuldade de nomear sentimentos e emoções, mesmo quando tentava expressar de outras formas o quanto marido fora importante em sua vida fortalece a hipótese de um funcionamento operatório. Apontou, em diversos momentos, perdas e traumas dos quais não dera conta, através de reações e sintomas físicos. Na educação dos filhos, que se tornara bastante difícil de conduzir, demonstrava seu sofrimento agredindo-os e adoecendo. Pontuou, mais de uma vez, episódios nos quais ficara impedida de comparecer à escola do filho mais novo para conversar com os professores por estar com alguma dor. Num dos episódios, relatou não ter conseguido sair da cama. Cogita-se, neste caso, que esta era a forma com a qual Anita lidava com os frequentes problemas disciplinares que o filho tinha na escola por não conseguir elaborá-los utilizando a via psíquica.

Além de pouco utilizar-se de palavras que nomeassem sentimentos e emoções, chamava a atenção o fato de que não se colocava enquanto sujeito de seus relatos na maior parte das vezes. Não demonstrava emoção alguma durante sua entrevista, mesmo quando relatava momentos bastante difíceis de sua vida. Aparentava, durante todo o tempo, uma apatia que poderia estar associada a um extremo cansaço, resignação ou depressão. Não falou de escolhas suas durante a narrativa. Tanto no que dizia respeito ao seu casamento, ao fato de ter tido filhos, de criá-los a seu modo, ou reproduzindo a forma com a qual o marido os criava, Anita parecia estar apenas “indo com a maré”, sem ter consciência de seus desejos e suas implicações. Seus relatos careciam de envolvimento, prazer, ou desprazer. McDougall (1991) descreve a “personalidade psicossomática”, a partir de sua experiência clínica, falando do aparente distanciamento, da relação deslibidinizada, operatória e a pobreza de expressão ao captar e comunicar vivências afetivas. Traços estes que atestam a existência de um arranjo protetor que é responsável por acionar uma defesa massiva contra a dor mental em todos os seus aspectos: na relação com a própria imagem, frente às exigências pulsionais e na relação com os outros. Anita deixava transparecer, em sua narrativa e na relação com a pesquisadora, esta defesa, parecendo, durante todo o tempo, não se envolver no relato de sua própria história.

Os indivíduos com este funcionamento, vivendo esta relação estéril consigo mesmos e com o mundo externo criam esta defesa com o objetivo de proteger-se de uma sensação de perda da identidade, contra o temor potencial de decepção de toda a relação objetal (McDougall, 1983; Balint, 1993).

Pode-se concluir que a intensificação dos sintomas de Anita tenha se dado após o falecimento do marido, fato extremamente traumático, que não conseguiu dar conta através da via psíquica. Antes disto ocorrer, relatou o problema cardíaco descoberto na gestação,

momento que por si só acarreta um desgaste psicológico que Anita também pode ter *resolvido* através de uma somatização.

A partir deste exposto, faz-se necessário refletir sobre uma capacidade de mentalização deficitária da participante, que parece ter muita dificuldade de simbolizar os fatos que vivencia, acabando por depositar no corpo o excesso de estímulos que não conseguiu dar conta através da psique.

A falta de reflexão de Anita sobre o que vivia e a falta de consciência de sua subjetividade também apareciam através das inúmeras vezes nas quais se utilizou da resposta “Não sei” quando a questionava sobre suas implicações emocionais nos fatos que contava. Quando lhe perguntei por que dizia que seu marido fora tudo para ela quando também relatara que era extremamente agressivo e controlador, Anita respondeu que não sabia por que sentia desta forma. Também respondeu que não sabia por que perdia a paciência tão fácil com os filhos e por que não se sentia pronta para ter um novo relacionamento amoroso.

3.2.3 Análise dos resultados do PBI e a narrativa de Anita quanto ao vínculo parental

Anita demonstrou em sua narrativa as dificuldades que tivera na relação com o pai. Retratou-o como um homem agressivo, que tinha poucos momentos de docilidade e preocupação com os filhos. Caracterizou o pai como pouco carinhoso e muito castrador: “Tínhamos que ficar em silêncio total na mesa. Se alguém risse, apanhava dele [o pai] (...)”, “Minha irmã fugiu de casa porque queria namorar (...) Meu irmão saiu de casa porque não aguentava ver o pai maltratando a mãe”. As ocasiões nas quais Anita relatava que o pai agredia a mãe física e verbalmente foram as poucas vezes nas quais demonstrou certa emoção em seu relato e colocou-se enquanto sujeito na situação. Disse, em determinado momento, “a gente sentia raiva do pai quando ele batia na mãe (...) Não me importava quando ele batia em mim, mas quando ele batia na mãe e ela passava mal, dava raiva!”, “Eu, a minha irmã e o meu irmão, a gente torcia pra que a mãe se separasse do pai. Uma vez eles se separaram por um tempo e a mãe ficou bem melhor, mas depois eles voltaram (...)”, “(...) antes de ele [o pai] morrer, era só a mãe que cuidava dele e, mesmo assim, ele tratava ela muito mal. Ele não bebia mais, mas continuava sendo estúpido (...)”. Estas falas de Anita provocam uma reflexão de que conseguia demonstrar sua subjetividade no que dizia respeito à relação dos pais. Trouxe em seu relato, de diversas formas, o grande amor que sentia pela mãe, o quanto ainda eram próximas e a raiva que sentia do pai pelo fato de fazer a mãe sofrer. Salienta-se o fato de que a participante não expressou raiva do pai quando referiu o modo como ele tratava a ela e aos irmãos, mas conseguiu demonstrar contrariedade quando falara da atitude do pai com a

mãe, como se esta necessitasse ser protegida.

No PBI, pela qualidade de suas respostas, deduz-se que tomou como referência apenas a relação com a mãe. Classificou como *muito diferente* os itens “Não me ajudava tanto quanto eu necessitava” e “Parecia emocionalmente frio comigo”; e como *muito parecido* os itens “Parecia compreender meus problemas e preocupações” e “Era carinhoso comigo”. Estes são alguns exemplos de respostas dadas nos itens de afeto bipolar, o que atesta uma relação carinhosa e satisfatória, relatada na entrevista apenas com a mãe. Nas questões de controle x proteção, utilizou-se de classificações intermediárias, como por exemplo, nos itens “Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões”, “Deixava que eu decidisse as coisas por mim mesmo”, “Não queria que eu crescesse” e “Deixava-me vestir de qualquer jeito que desejasse” classificou como *moderadamente parecido* . Apenas na questão “Tentava me fazer dependente dele (a)”, utilizou a classificação *muito diferente* . A partir disto, pode-se refletir que a vivência de controle e proteção que Anita tinha (provavelmente em relação à mãe) era de equilíbrio, sem ter excesso de liberdade, ou sentir-se sem autonomia. Porém, faz-se necessário refletir na possibilidade de a mãe de Anita ser uma mulher depressiva. Não fica claro em seu discurso se a tentativa de suicídio da mãe ocorrera num momento de depressão ou se este era o perfil de sua mãe. Pensa-se, portanto, numa mãe que, apesar de ser carinhosa, poderia não estar presente efetivamente na vida de Anita em vista da depressão e de um pai ausente e agressivo. Com esta hipótese, pode-se cogitar numa falha nas relações objetais da participante que possa ter influenciado seu funcionamento operatório.

3.2.4 A Narratividade de Anita

Anita demonstrou, durante todo o tempo da entrevista, uma narrativa empobrecida, com pouco vocabulário, ausência de metáforas e preponderância de fatos concretos. Como citado, anteriormente, utilizou apenas uma vez, o termo “raiva” quando falou do que sentia quando o pai agredia a mãe e, nesta mesma situação, colocou-se como sujeito da situação, posicionando-se contra o pai e a favor da mãe, dizendo que ela e os irmãos desejavam que os pais se separassem.

O ritmo do discurso de Anita era bastante lento, denotando cansaço, apatia e uma falta de envolvimento em relação àquilo que era relatado. Utilizou-se da expressão “Não sei”, por diversas vezes, quando questionei o que sentia em relação aos fatos relatados. Não sabia dizer o que sentia pelo marido, não sabia expressar por que lhe fazia tanta falta mesmo tendo sido um homem bastante difícil de lidar e não enxergava semelhanças em seu casamento e no casamento de seus pais, mesmo ambos tendo diversos pontos em comum.

Por muitas vezes, Anita teve dificuldade de compreender o que lhe era perguntado durante a entrevista, dizendo “Como assim? Não sei... Não sei por que isso aconteceu...” Parecia não refletir sobre as coisas que vivenciara, apenas vivia os fatos sem ter opinião sobre eles.

Em todo seu discurso, os únicos momentos nos quais expressou desejar algo em sua vida atual foram quando falou de suas dores e de que gostaria que passassem e quando disse que gostaria de ter um emprego melhor: “Queria que estas dores no corpo sumissem (...) Queria arranjar um médico que me curasse (...)”; “Eu queria poder trabalhar com outra coisa. Serviço doméstico judia muito da gente. Já tô velha pra essas coisas.” Ainda assim, os desejos de Anita eram relacionados a fatos concretos: o fim de suas dores físicas e um emprego novo. Na primeira fala, quando falou das dores, questionei se não imaginava que estas poderiam intensificar-se com as incomodações do dia a dia. Utilizei o exemplo do comportamento do filho mais novo: “Tu não achas que aquele episódio no qual o Luciano [o filho mais novo] quebrou o rádio do Pedro [o filho do meio] pode ter aumentado tuas dores nas costas naquela noite?” ao que Anita respondeu com aparente apatia: “Não sei (...) Pode ser (...)” Resolvi manter o assunto e coloquei: “Tu pensas que tuas dores, a fibromialgia, por exemplo, podem ter uma ligação com outras dores, aquelas que se relacionam às tuas emoções?”. Anita respondeu: “Que emoção, do quê?”. Falei: “Já pensou que tuas dores no corpo possam ter uma relação com teu sofrimento de coisas que te deixaram triste, ou decepcionada, ou perdida, sem saber o que fazer?”. Respondeu “Acho que a fibromialgia começou com a morte do Hugo [marido] (...) [refletiu um pouco]. É que eu tive que trabalhar demais, mais do que eu tava acostumada. E era só faxina pesada (...)” Percebe-se que houve uma tentativa de associar as duas coisas, mas a tendência de Anita de remeter tudo ao concreto, preponderou. A participante percebeu que o início de suas dores pelo corpo todo (a fibromialgia) começaram logo após o falecimento do marido, mas conseguiu apenas fazer uma associação de fatos concretos a este luto.

A dificuldade de narrar sua história impede o sujeito de imprimir um sentido a esta e isto acaba por esvaziar de sentido a própria vida (Corso & Corso, 2006) o que pode explicar a postura deprimida de Anita em relação à sua vida, demonstrada por seu discurso, sua aparência e sua narratividade. Kreisler (1999) coloca a depressão como uma circunstância decisiva desencadeante da desorganização psicossomática e a dor física intensa e prolongada como geradora de depressão acenando para o funcionamento patológico psicossomático como um processo que se retroalimenta.

3.3 Participante: Cleide

Cleide é uma mulher de 57 anos de idade, casada e com dois filhos: rapaz de 24 anos de idade e moça de 19 anos de idade. Atualmente, é dona de casa, mas trabalhou como secretária de um médico durante muitos anos. Foi encaminhada para a pesquisa através dos Grupos de Família do NAPPI por apresentar queixas somáticas recorrentes. Seu vínculo com o Serviço é através da filha mais nova que frequenta a EJA (Educação de Jovens e Adultos) de uma escola municipal.

Cleide aparenta ter mais idade do que realmente tem, apresentando uma aparência de “matrona”. Veste-se de modo simples e não usa maquiagem. Embora seu discurso tenha se mostrado um tanto pessimista, as faces de Cleide estavam sempre ruborizadas, denotando certo entusiasmo ao falar, mesmo que o conteúdo de seu discurso fosse queixoso.

Na seleção de participantes, fez 29 pontos no MEEM, o que descarta possibilidade de déficit intelectual. Teve os seguintes resultados no TAS- 26: fator 1 – 30 pontos, fator 2 – 11 pontos, fator 3 – 18 pontos, fator 4 – 19 pontos, o que comprova resultado positivo para funcionamento alexitímico, aspectos necessários para a pesquisa.

3.3.1 Estória de Vida e Sintomatologia Somática

Após a questão impulsionadora, Cleide começou sua narrativa discorrendo sobre fortes dores que sentia pelo corpo todo, principalmente, nas costas e nas pernas que atribuiu ao diagnóstico de fibromialgia que tem há seis anos. Referiu também sofrer de enxaqueca, mas pontuou que, há mais de ano, não a incomodava. Além destes sintomas, relatou sofrer de hipertensão e tomar medicação para isto há mais de vinte anos.

Quanto à sua estória de vida, Cleide mostrou-se muito amargurada em sua narrativa. Demonstrou entender que nunca teve opções em sua vida. A todo momento, fazia seus relatos pontuando que as coisas que vivenciara teriam acontecido não tanto por sua vontade, mas por desejos alheios aos seus.

Já no início de sua juventude, fora mandada para um convento de freiras, no interior do estado, para auxiliar as freiras em seu hospital e assim ganharia estudo, casa e comida. Refere ter sido muito bem tratada lá e que cogitara o fato de se tornar uma delas, mas que acabara não o fazendo porque “o destino não quis assim”. Relatou que pedira a seu pai para ficar no convento e tornar-se freira, mas este teria se posicionado contra. Nesta mesma época, surgira a oportunidade de Cleide trabalhar no hospital da congregação, auxiliando um médico que era ginecologista e obstetra. Acabara aceitando esta proposta e este fora seu trabalho durante muitos anos.

Relatou que, logo depois de começar neste novo emprego, conhecera seu marido. Afirmou que nunca gostara muito dele, mas que ele havia insistido muito para que se casassem e que, por isso, acabara se casando com ele. Contou que seu pai nunca aceitara bem seu casamento pelo fato de seu marido ser negro e Cleide e sua família serem de origem italiana, preconceito este que a própria participante deixou transparecer em relação ao esposo em algumas de suas falas.

Referiu que tinha saído do interior há uns cinco anos e que, por este motivo, tinha parado de trabalhar como auxiliar do médico com quem trabalhar durante muitos anos. Disse que sentia falta de seu ofício e que, hoje em dia, apenas auxiliava o marido em sua oficina mecânica, que ficava nos fundos de casa e vendia pastéis e outros salgados, que fazia em casa.

Cleide relatou que o marido a irritava, pois era muito parado e não tinha ambições. Chegou a dizer que, muitas vezes, fazia seu serviço e o dele, quando perguntei se entendia de mecânica. Respondeu que não, mas que acabava recebendo seus clientes e resolvendo outras coisas na oficina porque, frequentemente, seu marido estava deprimido e não saía do quarto nem para trabalhar.

Durante seu discurso, Cleide queixou-se, diversas vezes, de sentir-se sobrecarregada por ter que dar conta de “tudo” em sua casa. Queixou-se também que o serviço da casa era muito pesado e que, com suas dores, ficava ainda mais difícil fazê-lo. Contou também que só ela se preocupava com os filhos, pois o marido não tinha uma boa relação com ambos e não os auxiliava na resolução de seus problemas. Lamentou a saída do filho de casa, pois tinha passado a viver com a namorada e a nora, segundo seu discurso, “(...) é uma guria que não vale muita coisa (...)” “(...) é uma porcariazinha que nem sabe cozinhar direito!”.

Pontuou também estar muito preocupada com a filha, pois dormia até tarde com o namorado (dentro de sua casa) e tinha voltado a fumar maconha. Acabava perdendo seus empregos e não queria saber de estudar. Relatou que tinha que fazer tudo para a filha, que a tratava como se fosse um bebê: preparava seu banho, arrumava seu quarto, fazia-lhe pratos especiais para que comesse e tinha que chamá-la pela manhã para que acordasse e desse conta de seus compromissos. Inclusive, no segundo encontro para a Entrevista de Estória de Vida, Cleide pediu para interromper seu relato para ligar para a filha, pois esta teria um curso pela manhã. Neste mesmo encontro, relatou que a filha ainda tentava “mamar” no peito. Relatou que, em algumas situações, quando estavam sentadas no sofá, a filha levantava-lhe a blusa e tentava mamar. Questionei de que modo a filha fazia isto, tendo em vista o fato de que Cleide não teria leite e como ela reagia a esta atitude da filha, ao que respondeu que não tinha leite e,

por isso, Suzana (a filha) só brincava com o bico do seio e que ela (Cleide) não fazia nada.

Quanto à infância, Cleide não relatou muita coisa, disse apenas que vinha do interior, que os pais, os irmãos e ela trabalhavam na roça e que “(...) a vida era muito dura lá!” Contou que era a terceira filha de oito irmãos, que seus pais eram secos e rudes e que sua mãe não parecia ser uma pessoa feliz. Disse que os visitava com pouca frequência, mas demonstrou ter um bom relacionamento com seus irmãos e irmãs, principalmente, com uma de suas irmãs, que vinha, seguidamente, visitá-la.

Durante toda sua narrativa, a participante mostrou-se bastante disposta a falar, seu tom era queixoso, mas demonstrava em suas expressões faciais que aquela entrevista lhe dava prazer. No final do último encontro, pediu-me se podia me fazer uma pergunta, já que eu era psicóloga, e talvez pudesse ajudá-la. Respondi que sim, que tentaria ajudá-la, dentro de minhas possibilidades. Cleide, então me perguntou se teria algo que podia fazer para ter mais vontade de “fazer sexo” já que seu marido gostava muito disto e ela não sentia vontade como ele. Respondi, então, que enquanto pesquisadora, não poderia fazer este tipo de intervenção, mas sugeri que buscasse este auxílio com um ginecologista, ou, se tivesse desejo, que buscasse uma psicoterapia.

3.3.2 Compreensão da Estória de Vida a partir dos Conceitos de Pensamento Operatório e Mentalização de Pierre Marty

Cleide teve pontuação positiva para alexitimia na Escala TAS-26 o que aponta para um possível funcionamento alexitímico. Embora, desde o primeiro encontro, tenha dado indícios de uma estrutura de personalidade com traços histéricos.

Manteve uma postura próxima da pesquisadora, sorriu diversas vezes e provocou assuntos diversos aos tratados na entrevista, como questões sobre a vida pessoal da pesquisadora e o pedido de auxílio a respeito de uma dificuldade em sua vida sexual. Chorou em dois momentos de seu relato. Os temas mais recorrentes referidos na entrevista não eram a respeito de dores físicas, mas sim de fatos, em seu cotidiano familiar, que lhe provocavam sofrimento psíquico.

Não utilizou metáforas para se expressar, mas demonstrou, diversas vezes, não ter tanto prejuízo em sua capacidade de simbolização, quando, por exemplo, comparou a nora a uma “porcariazinha” e disse gostar das paredes do hospital no qual trabalhava porque branco lhe trazia paz. Sua narrativa era permeada de termos que demonstravam sentimentos e emoções e suas expressões faciais deixavam transparecer que as sentia com intensidade.

Apesar do resultado na Escala TAS-26, surgiu a questão de se estar lidando com

alguém com funcionamento operatório apenas devido a uma desorganização temporária. Volich (2000) afirma que o sujeito pode *estar* com o PO apenas em determinada fase de sua vida que, por algum motivo, tenha se desorganizado. Igualmente o afirma Kreisler (1999) quando diz que o fracasso da mentalização do sujeito pode ocorrer apenas em caráter episódico. Este pode não ser o funcionamento padrão deste sujeito. O fato de ter resultado positivo para alexitimia no TAS-26, possa, talvez, apontar que Cleide encontra-se numa fase de sua vida na qual não esteja conseguindo dar conta, psiquicamente, de algumas coisas.

Embora exista quase que um consenso quanto aos aspectos básicos das somatizações, estas são ainda confundidas com o fenômeno conversivo, teorizado por Freud (1914/1980). Para ele, a hipótese de conversão indicava que conflitos psíquicos poderiam se transformar em manifestações corporais, mas a materialidade do distúrbio não exigiria qualquer dano estrutural (Casetto, 2006). Esta seria a diferença básica entre o fenômeno conversivo e o fenômeno da somatização, pois este último estaria diretamente relacionado a um dano estrutural nas funções representativas do sujeito. Em *Algumas lições elementares da psicanálise*, Freud (1914/1980) afirma que os fenômenos psíquicos dependem em alto grau da estrutura somática e, por sua vez, também teriam fortes efeitos sobre os processos corporais.

A falta de autenticidade orgânica do fenômeno conversivo também consiste em um dos argumentos da diferenciação deste em relação à somatização recorrente. O histérico utiliza seu corpo como uma via de comunicação, de linguagem. Já na patologia psicossomática, as desordens expressadas são autenticamente orgânicas. Enquanto que o paciente histérico fala por meio de seu corpo, o paciente que tende a somatizar sofre em seu corpo (Kreisler, 1999).

3.3.3 Análise de resultados do PBI e narratividade de Cleide quanto ao vínculo parental

Durante a entrevista, Cleide trouxe poucas informações sobre sua relação com seus pais. Disse que eram “(...) pessoas do interior, meio broncos (...)”, que ambos eram pessoas secas e que não lhe davam carinho, nem a seus irmãos. Relatou que trabalhavam muito e que tinham uma compreensão diferente da parentalidade. Tomou a si mesma como exemplo como uma mãe diferente da sua quando disse “Eu nunca bateria nos meus filhos como minha mãe nos batia (...) de vara! Deixava uns vergões dessa altura” (mostrou com os dedos indicador e polegar). Quanto ao pai, chamou-o de “gringo muito duro”, referindo que ele pouco falava e que quando o fazia era para mandar ou sentenciar os filhos, como quando a mandou morar com as freiras, ou quando a proibiu de se tornar uma delas.

O PBI de Cleide corroborou seu discurso, demonstrando nas questões de afeto

bipolar, uma compreensão da participante de bastante frieza por parte dos pais e, nas questões de controle x proteção, um sentimento de desencorajamento da autonomia e um autoritarismo exacerbado. Na questão “Falava comigo com voz meiga e amigável”, classificou como *muito diferente*. Usou esta mesma classificação para as afirmações “Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer” e “Era carinhoso comigo”. Nas questões “Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões” e “Dava-me tanta liberdade quanto eu queria”, classificou como *moderadamente diferente*. Nas questões “Não me ajudava tanto quanto eu necessitava” e “Não queria que eu crescesse” classificou como *moderadamente parecido*. Respostas que mostram um grande distanciamento da figura parental, que pode ter lhe causado uma série de prejuízos.

Tomando estes dados como referência para pensar o vínculo parental de Cleide, pensa-se numa vinculação empobrecida, que, provavelmente, assim o foi desde seus primeiros anos de vida. A instauração de um pré-consciente falho, neste contexto, faz-se provável. Ainda assim, em seu discurso, Cleide sinalizou mais vezes traços histriônicos, no lugar de sinais de um PO ou alexitimia. Afirma-se isto em razão de seu tom aparentemente sedutor na interação com a entrevistadora, das queixas em relação ao masculino (personalizadas no marido) e no fato de colocar-se como aquela que resolvia tudo e, ao mesmo tempo, era a vítima das situações.

3.3.4 A Narratividade de Cleide

Cleide produziu uma narrativa bastante queixosa em seu conteúdo, utilizando-se, principalmente, de seus problemas familiares como tema principal. Pouco se utilizou de metáforas, mas fez algumas simbolizações em seu discurso. Fez comparações relativas à nora (como citado anteriormente) e reflexões sobre o marido e sua relação conjugal. Disse que seu marido não lhe dava alegrias e que era “um sujeito sem ambição”. O ritmo de sua narrativa oscilava entre momentos de lentidão no discurso, nos quais parecia cansada e amargurada (com dois episódios de choro), momentos de discurso nervoso e até de sorrisos quando contou do grupo de dança do qual estava participando. O olhar de Cleide era bastante atento a todo ambiente e à pesquisadora. Seu discurso era interrompido, em alguns momentos, para fazer comentários aleatórios como, por exemplo a cor das cortinas e o quanto a pesquisadora era parecida com uma pessoa conhecida sua.

Cleide tentou, durante todo o tempo, dar à entrevista um tom de conversa entre amigas, fazendo algumas confissões e perguntas de cunho particular. Denotou, portanto, uma postura sedutora e envolvente, remetendo muito a uma conduta típica de personalidade

histérica.

3.4 Síntese dos Casos Cruzados

Quadro 2. Sintetiza os temas investigados, apontando para as suas semelhanças e diferenças .

	Verônica	Anita	Cleide
PO Mentalização	- alexitímica - baixa capacidade de mentalização	- alexitímica - baixa capacidade de mentalização	- alexitímica (possibilidade de desorganização temporária) - baixa capacidade de mentalização temporária
Vínculo Parental	- mãe deprimida - pai ausente	- mãe carinhosa e presente (possibilidade de depressão) - pai violento	- mãe pouco carinhosa e muito rígida - pai pouco carinhoso e muito rígido
Narratividade	- discurso empobrecido - ausência de metáforas e vocábulos que remetam a sentimentos e emoções	- discurso empobrecido - ausência de metáforas e vocábulos que remetam a sentimentos e emoções	- discurso queixoso e sedutor - utilização de algumas metáforas e vocábulos remetendo a emoções

Verônica e Anita são mulheres com histórias de vida que se assemelham em diversos pontos. Apesar de diferirem em um aspecto bastante importante que é a relação com a mãe, parecem estar contando a mesma história em alguns momentos. Cleide possui uma história de vida com mais pontos diferentes. Aparentemente, sem perdas significativas, ou lutos mal elaborados. Talvez com uma investigação mais aprofundada, num processo psicoterápico, emergissem lutos de outras ordens na história de Cleide. Com o objetivo de tornar esta síntese clara, decidiu-se subdividi-la em itens relacionados aos principais temas abordados na pesquisa.

3.4.1 História de Vida e Sintomatologia Somática

Anita e Verônica trouxeram perdas significativas em suas histórias de vida, que podem ter sido mal elaboradas tanto por sua complexidade, quanto pelo fato de apresentarem possível funcionamento operatório. Verônica perdera a mãe de suicídio, fato que, traumático por si só, teve sua repercussão potencializada em vista do modo como a mãe faleceu. Teve traumas e perdas recorrentes, narrados em sua entrevista, como o fim de suas relações amorosas, o fato de ter de criar os dois filhos sozinha, sem reconhecimento, nem a presença paterna, a doença do filho mais novo e o fato de sempre ter se sentido incapaz de aprender, impossibilitando-a de conseguir um emprego melhor. Anita teve a perda do esposo, com o qual se cogita que tinha uma relação de extrema dependência, a violência presenciada em casa, durante toda a infância e adolescência, e a tentativa de suicídio materna.

Pesquisas recentes com sujeitos que somatizam de modo recorrente apontam, na história destes, questões associadas a acontecimentos traumáticos e lutos não elaborados (Jasmin e cols., 1990; Stora, 1991; Mello Filho, 1994). Bandeira e Barbieri (2007) apontam a vulnerabilidade do ego à frustração (causada pela perda) como condição para a predisposição psíquica do adoecer.

Nas narrativas de História de Vida de Anita e Verônica, as participantes demonstram dificuldade de lidar com pulsões agressivas. Ambas demonstram, através de seu discurso e de sua postura, uma passividade exagerada em relação aos fatos, provocando uma reflexão voltada para o destino que dão aos seus impulsos agressivos. Para Bandeira e Barbieri (2007), quando ocorre uma impossibilidade de elaboração e expressão de pulsões agressivas, através de representações psíquicas, estas pulsões acabam se voltando contra o próprio sujeito, sendo investidas no soma.

Na narrativa de Cleide, suas pulsões, não só as agressivas e os destinos dados a elas ficam mais evidenciados. Isto ocorre tanto no momento do discurso, quando consegue expressar a raiva que sente do marido e da nora, o amor e preocupação pela irmã e pelos filhos e o prazer em dançar. Emoções e afetos que deram *um tom mais colorido* ao seu discurso, diferentemente dos outros dois discursos que tinham *um tom mais cinzento*.

As três participantes ocupavam lugares de cuidadoras em suas famílias. Em relação às duas primeiras, isto possibilita a reflexão de que não se permitiam demonstrar agressividade em vista deste lugar. Ou melhor, talvez não se permitissem nem ao menos senti-las.

No caso de Verônica, esta expressou “não ter tempo para essas coisas [brigar e discutir]”, provocando a reflexão que, na verdade, não tivesse espaço para demonstrar estes sentimentos. O único momento de sua narrativa no qual pode se perceber cuidados de outrem

em relação a ela foi em seu último relacionamento amoroso. Referiu que seu namorado lhe trazia ranchos para ajudá-la, visitava-a todos os dias, tratava-a muito bem e parecia preocupar-se com seus filhos. Mas este homem teve de sair de sua vida pelo fato de o pai de Verônica não ter aceitado esta relação. Fato este que chama a atenção, pois a participante não mencionara este tipo de atitude do pai em relação aos outros namorados que tivera, mesmo sendo estes bem menos atenciosos e demonstrando, com o tempo, que não estavam bem intencionados na relação. A partir disto, pode-se pensar que o pai, como talvez o restante de sua família, desejasse, comodamente, que Verônica ficasse sempre ocupando o lugar de cuidadora de todos.

Anita, possivelmente, reproduzia o funcionamento e a conduta de sua mãe, também passiva demais em relação à violência do marido e muito dependente deste, não conseguindo separar-se mesmo estando insatisfeita com a relação. Atualmente, buscava neutralizar os comportamentos agressivos e impulsivos dos filhos (filha com diagnóstico de bipolaridade e filho com problemas de conduta agressiva na escola e em casa). Sua passividade configurara-se diferentemente da de Verônica, pois batia nos filhos, na tentativa de obter o “respeito” que pensava que tinham pelo pai, mas utilizava-se disto como seu único recurso, pois não conseguia impor-se de outra forma e acabava permitindo que os filhos conduzissem a vida familiar em seu lugar.

A passividade de Cleide era narrada em sua estória de vida através das situações nas quais se colocou como sem ter escolha. Pensa-se, porém, na possibilidade de que a participante tivesse uma visão pessimista dos fatos, posicionando-se sempre como aquela que não desejava os acontecimentos. Porém, percebia-se através do modo vibrante como discursava em muitos momentos e pelos conteúdos dos fatos relatados, que não parecia ser próprio de sua conduta a passividade que tentava transparecer.

As más relações familiares, vivenciadas por todas as participantes, tanto em sua família de origem, quanto na família que formaram com seus filhos, são apontadas por Bandeira e Barbieri (2007) como aspectos relacionados a somatizações recorrentes pela dificuldade que as participantes tem de elaborar os traumas vivenciados.

3.4.2 Pensamento Operatório e Mentalização

Além dos fatos traumáticos que poderiam desencadear somatizações em qualquer tipo de indivíduo, Anita e Verônica apresentam indicativos de Pensamento Operatório, o que faz com que a elaboração destes traumas e lutos sejam impossibilitados pela via representacional, fazendo com que acionem a via somática em busca de um reequilíbrio

(Marty, 1993; Volich, 2000; Smadja, 1990; Silva & Caldeira, 1992, Sífneos, 1996).

No caso de Cleide, não existem relatos de fatos traumáticos num sentido mais aparente, mas sim, uma série de problemas familiares que a estavam sobrecarregando. Como cogitado anteriormente, a participante, possivelmente, teria se desorganizado com este acúmulo o que acarretaria um funcionamento operatório temporário (tendo em vista, principalmente, o resultado do TAS- 26). A outra possibilidade seriam crises conversivas, que são facilmente confundidas com somatizações. McDougall (1991) aponta que, na histeria, o corpo seria emprestado para a psique conforme o desejo desta. Na somatização, o corpo faria seu próprio pensamento. Talvez para Cleide, seu corpo fosse um instrumento de sua psique a fim de expressar algo que estivesse recalcado, fato que não se faz possível em indivíduos com PO.

Anita e Verônica denotavam sinais de PO em seu discurso, através da pobreza de representações, metáforas e da dificuldade de fazer conexões de seus sintomas físicos aos sofrimentos psíquicos vivenciados. A negação da ligação de fatores psicológicos relacionados às doenças é bastante comum nos sujeitos com funcionamento operatório (McDougall, 1983; Volich, 2000; Marty, 1993).

Bandeira e Barbieri (2007) mencionam o PO e a alexitimia como mecanismos de defesa auxiliares, quando o sujeito evita entrar em contato com conteúdos que o ego não seria capaz de suportar. Seria um esvaziamento do mundo psíquico para proteger-se da depressão. Confirmam, através de sua pesquisa, hipóteses de diversos autores da literatura psicossomática relativa à dificuldade de elaboração afetiva dos somatizadores recorrentes, além da negação e repressão dos afetos e prejuízo na simbolização.

Os mesmos pesquisadores que apontam os traumas e lutos não elaborados como provocadores de uma desorganização psicossomática, justificam este processo afirmando que estes sujeitos que passam a somatizar de modo recorrente, na maior parte das vezes, demonstram empobrecimento de representações e de capacidade associativa de idéias (Jasmin e cols., 1990; Marty, 1998; Stora, 1991; Volich, 1998).

Para Volich (2000), estas falhas do desenvolvimento ou experiências da vida desorganizadoras e traumáticas comprometem a estrutura e o funcionamento do aparelho psíquico, que pode ocorrer de forma duradoura ou temporária. No caso de Verônica e Anita, diferentemente de Cleide, o processo de somatização que vivenciam é recorrente. Deduz-se que estas deficiências do aparelho psíquico de ambas sejam estruturais e que conduzam à utilização de recursos mais rudimentares por seus organismos em forma de reações orgânicas como tentativas de reequilíbrio de sua energia vital. Cogita-se que ambas as participantes, na

falta de um aparelho psíquico satisfatório nas funções de representação, fantasia, sonho e simbolização, acabassem dando conta de seus traumas, através de sintomas físicos.

Em relação à predisposição de Anita para infecções respiratórias, viroses e às torções nos tornozelos recorrentes, reflete-se sobre os relatos de McDougall (1991) a partir de observações de seus pacientes e de suas expressões somáticas. A autora afirma que os fenômenos psicossomáticos não ficam limitados às doenças do soma, devendo incluir tudo o que atinja o corpo real (diferentemente da conversão histérica que tem como seu alvo o corpo imaginário), chegando, inclusive, às suas funções autônomas. Considera-se, portanto, tudo aquilo que esteja associado à saúde, ou à integridade física ligados aos fenômenos psicossomáticos, incluindo, nesta gama, predisposições a acidentes corporais e falhas do sistema imunológico.

3.4.3 Vínculo Parental

Sendo o afeto um conceito limítrofe entre corpo e psique, não deve ser encarado como um evento puramente psíquico. Consiste numa ponte de comunicação entre soma e psique antes da aquisição da fala e oferece a primeira demarcação de um estatuto simbólico para o eu-somático. A captação do afeto materno pelo bebê desempenha um papel fundamental na manutenção da unidade do psicossoma e na compreensão de suas perturbações patológicas (McDougall, 1991). No aspecto de expressão do afeto, Verônica e Cleide assemelham-se em sua estória de terem sido criadas na roça por pais e mães frios e severos. Verônica, porém, tinha o agravante de ter uma mãe depressiva e suicida, não ficando claro como era o humor da mãe de Cleide (se tinha depressão ou não). Quanto a Anita, apesar de fazer uma descrição de mãe bastante diferente das outras duas, seu sofrimento conjugal e a tentativa de suicídio apontam para o fato de que esta mãe também possa ter falhado em sua função materna por não ter tido condições de desempenhá-la adequadamente em razão de seu sofrimento psíquico.

As funções paternas desempenhadas pelos pais das três participantes também são retratadas com falhas: o pai de Verônica por ser omissos e um tanto ausente e o pai de Anita por acumular a característica de ausência do primeiro com o fato de ser alcoolista e violento e o pai de Cleide por ser distante e muito autoritário.

A partir disto, reflete-se que uma relação objetal entre o bebê e as figuras parentais esvaziada de afeto e representações acaba organizando este sujeito em desenvolvimento em torno de comportamentos e situações concretas. Suas atividades se esvaziam de fantasias e voltam-se para o plano sensório-motor, caracterizando-se por uma atonia afetiva (indiferença

em relação aos objetos) (Volich, 2000). Esta atonia afetiva pode delinear-se, na vida adulta, como constituinte de uma personalidade somatizadora, como no caso de Anita e Verônica.

Kreisler (1992) conceitua a Síndrome do Comportamento Vazio como uma reação à carência materna precoce, que pode perpetuar-se por meio de uma relação materna de abandono habitual. Caracteriza-se por um vazio de afetos e representações e um funcionamento submetido ao automatismo e à repetição. A vida da criança acaba se organizando em torno de comportamentos, coisas e situações concretas. Suas atividades tornam-se esvaziadas de fantasia e voltadas, principalmente, para o plano sensorio-motor. Este comportamento vazio da criança pode cristalizar-se se a relação parental não for modificada, estabilizando-se como deficiências da organização mental que podem ser causadoras de transtornos psicossomáticos recorrentes.

3.4.4 Narratividade

Apesar de terem aparências bastante diferentes no que diz respeito ao cuidado consigo mesmo e jeitos de olhar diferentes (Verônica transmitia entusiasmo no olhar e Anita transmitia apatia), as narrativas de ambas as participantes se assemelhavam em sua impessoalidade (utilização de tom de voz desprovido de emoção), ausência quase que total de simbolizações e metáforas, ritmo da fala lento e ausência de vocábulos que expressassem sentimentos e emoções, características estas utilizadas por diversos autores como McDougall (1983), Volich (2000) e Smadja (1995) pra descrever características do discurso de somatizadores recorrentes.

Verônica narrava sua estória de vida com certa formalidade e bastante impessoalidade, como se não estivesse contando fatos que vivenciara, mas a estória de outra pessoa. Já Anita contava sua estória com extrema apatia, ausência de expressões faciais ou alteração no ritmo da narrativa. Não parecia estar contando uma estória, parecia estar fazendo algum relato de algo a que não estivesse ligada.

Ambas as formas de narrar remetem ao fato de as participantes não se colocarem como sujeitos do próprio desejo, tendo uma percepção alheia aos fatos de sua vida. Como já mencionado nos itens anteriores, esta conduta reflete muito mais do que uma narrativa desinteressante, aponta para traços de um funcionamento de sujeito. Pensa-se num indivíduo desprovido de vida onírica, de fantasia, de representações, de simbolismo, recursos necessários para enriquecer uma narrativa e uma estrutura psíquica saudável. Os discursos de Anita e Verônica complementam o resultado encontrado no TAS-26, aplicado em ambas, e o fato de somatizarem de modo recorrente, típicos de funcionamento operatório e alexitimia.

No caso de Cleide, a narrativa, apesar de queixosa, configurava-se numa “conversa animada” em muitos momentos. A participante demonstrava em seu rosto os afetos despertados por seus relatos e tentava interagir com a entrevistadora. Não se utilizou muito de metáforas, nem simbolismos, mas, em vários momentos, utilizou-se de vocábulos que expressavam afetos e emoções. Como nos itens anteriores, a narratividade de Cleide diferencia-se do perfil das outras duas por não trazer aspectos de um funcionamento operatório de fato. Todos os sinais que esta participante deu, durante sua entrevista, foram de que, possivelmente, não se trata de um indivíduo com PO de modo estrutural. Seria necessária uma investigação mais aprofundada para saber se estamos tratando de um caso de desorganização temporária que leve à somatização, ou de uma estruturação histórica com crises conversivas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise dos três casos clínicos permitiu uma série de reflexões voltadas tanto para os objetivos estabelecidos, inicialmente, no projeto da pesquisa, quanto para outros temas que permeiam o universo humano e, principalmente, o da Psicossomática. Presume-se que as adversidades que as participantes vivenciaram, relatadas em suas entrevistas de Estória de Vida, tenham ultrapassado suas condições psíquicas de elaboração, o que fez com que recorressem a mecanismos primitivos de descarga de energia libidinal, como as regressões psicossomáticas. A partir dos instrumentos utilizados, pode-se perceber indicativos de um funcionamento operatório e alexitímico das participantes, o que corrobora as obras de diversos autores que associam o fenômeno das somatizações recorrentes a este tipo de funcionamento. Quanto à importância do vínculo parental na constituição psicossomática do indivíduo, foram narradas pelas participantes histórias de vínculos deficitários relacionados à figura materna, paterna, ou um déficit nas relações com ambos, alertando para o possível prejuízo que estas falhas em suas relações primordiais possa lhes ter acarretado.

Durante as narrativas de Verônica e Anita, ficaram claras as semelhanças em diversos aspectos, como a ausência de metáforas, simbolizações, vocábulos que descrevessem sentimentos e emoções e ausência de envolvimento aparente com o conteúdo narrado. Estas características apontam mais uma vez para um possível funcionamento operatório, pois refletem a dificuldade representacional das narradoras.

O caso de Cleide diferencia-se em diversos pontos dos outros dois casos, desde os aspectos de sua história de vida, com ausência de lutos e traumas aparentes até os aspectos discursivos, com narrativa mais enriquecida e temas diferenciados, voltados para emoções e afetos. Dados estes que refutam as hipóteses de PO e alexitimia. Cabe ressaltar que este caso consistiu numa surpresa para a pesquisadora, que se viu desafiada a pensar os dados e resultados da pesquisa com esta participante de um outro modo, cogitando hipóteses que não estavam previstas para a pesquisa. Salienta-se, com isto, a necessidade de se ampliar as pesquisas empíricas que trabalhem e investiguem as diferenças e semelhanças das somatizações e das conversões históricas a fim de esclarecer dúvidas que surgem em situações como esta.

Entende-se que a narratividade tenha uma finalidade terapêutica para as pessoas, esperando-se que as participantes da pesquisa tenham se beneficiado deste processo pela possibilidade de narrarem suas histórias e interagirem com o entrevistador. Neste sentido, acredita-se na possível reinvenção da história de cada uma com o objetivo de que suas

percepções possam ter sido alteradas em alguns aspectos.

Observa-se o adoecimento recorrente das participantes e suas dores como uma tentativa de reorganização de sua homeostase interna. Como afirmam alguns autores utilizados no corpo teórico da pesquisa, o adoecimento sinaliza que algo está errado. E se o indivíduo consegue sinalizar este processo de alguma forma é porque está em busca da resolução de seu dilema, mesmo sendo através da via somática, que se constitui, naquele momento, em seu recurso disponível de elaboração. O adoecimento do corpo, reconhecido pelo sujeito, implica também numa tentativa de reconhecimento do Eu, pois o corpo pertence ao Eu e à sua unidade. Na dor e na doença, reside a subjetividade de alguns indivíduos e é a partir da compreensão desta dor que se faz possível a compreensão deste sujeito.

Este trabalho provoca a reflexão das possibilidades da clínica com pacientes que somatizam de modo recorrente e acena com a necessidade de uma reinvenção da clínica psicanalítica tradicional nestes casos. Como alguns pesquisadores do tema já discorrem, a clínica com este tipo de paciente segue, em diversos momentos, o sentido inverso das técnicas e abordagens tradicionais. No lugar de desfazer mecanismos de defesa para acessar as neuroses dos sujeitos, a clínica com os somatizadores recorrentes auxilia-os a instaurar suas defesas, muitas vezes, desempenhando a função materna na pessoa do terapeuta.

Ainda é necessário que se realizem mais pesquisas empíricas em torno do tema psicossomática, principalmente no tocante à clínica com pacientes com transtornos psicossomáticos para o aprofundamento deste tipo de abordagem, desde seus objetivos até suas técnicas, tendo como intuito principal o restabelecimento da harmonia do indivíduo com o ambiente e consigo próprio.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aisenstein, M. (1994). Da Medicina à Psicossomática e à Psicanálise (J. M. Canelas Neto, Trad.). *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1), 99-110.
- Aulagnier, P. (1978). *A violência da interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bakhtin, M. (2004). *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Huatec.
- Balint, M. (1993) *A falha básica: Aspectos terapêuticos da regressão*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bandeira, M. & Barbieri, V. (2007). Personalidade e câncer de mama e do aparelho digestivo. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 23(3), 315-322.
- Baumann, R. (1977). *Verbal art as a performance*. Massachussets: Newbury House Publischer.
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida*. Barcelona, Espanha: Belaterra.
- Bertrand, M. (1998). Valeurs et limites du narratif em psychanalyse. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 23-26.
- Bowlby, J. (1979/1990). *Formação e rompimento dos laços afetivos*, São Paulo: Martins Fontes.
- Bruner, J. (1997). *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Camargo, A. (1981). The actor and the system: trajectory of the Brazilian political elites. In: Bertaux, D. (Org.) *Biography and society*. Beverly Hills: Sage Publications Inc.
- Braunschweig, D. (1993). Implications techniques de la théorie em psychosomatique. In: *Revue Française de Psychosomatique*, 3, 23-26.
- Clancier, A. (1998). La parole et l'écriture. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 931-935.
- Coriat, E. (1997). *A psicanálise clínica de bebês e crianças pequenas*. Porto Alegre: Artes e ofícios.
- Corso, D. & Corso, M.(2006). *Fadas no Divã – Psicanálise nas histórias infantis*, Porto Alegre: Artmed.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de Pesquisa*. Porto Alegre: Artmed.
- Donald, A. (2002). The words we live in. In: Greenhalgh, T., Hurwitz, B. (Orgs.). *Narrative based medicine*. London: BMJ Books.
- Favoreto, C.A.O. & Cabral, C.C. (2009). Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 7-18.
- Ferraz, F.C. (1997). Das neuroses atuais à psicossomática. In Ferraz, F.C. & Volich, R. M.

- (orgs.). *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Filgueiras, M. S. T. & cols. (2007). Avaliação psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. *Estudos Psicol.*, 24(4), 98-107.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 411-430.
- Freud, S. (1980). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In: S. Freud, Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud, v.14. Trad. J. Salomão. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1894/1996). Carta 18 (J. L. Meuer, Trad.). Em Salomão, J. (org.). *Ed. Standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud, vol. I*, Rio de Janeiro: Imago.
- Golse, B. (2004). O que nós aprendemos com os bebês? Observações sobre as novas configurações familiares. In: Solis-Ponton, L.(Org.). *Ser pai, ser mãe – parentalidade: um desafio para o próximo milênio*, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Good, B. (1994). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Univesity Press.
- Green, A. (1980/1988). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta.
- Guir, J. (1988). *A psicossomática na clínica lacaniana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Gutfreind, C. (2009). Promoção, narração, brincadeira e imaginação em saúde. In: Lenz, M.L.M. & Flores, R.(Orgs.). *Atenção à saúde da criança*, Porto Alegre: Editora Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.
- Gutfreind, C. (2010). *Narrar, ser pai, ser mãe*. Rio de Janeiro: DFL.
- Hauck e cols. (2006). Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Revista Psiquiátrica do RS*, 28(2), 162-168.
- Horn, A. & Ameida, M.C.P. (2003). Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses atuais. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37(1), 69-84.
- Jasmin, C. (1990). Cancer et psyché: le renouveau. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 827-844.
- Kleinmann, A. (1988). *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- Kreisler, L. (1999). *A Nova Criança da Desordem Psicossomática*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Krystal, J. H., Giller, E. L., & Cicchetti, D.V. (1986). Assessment of alexithymia in

- posttraumatic stress disorder and somatic illness: Introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 84-94.
- Lacan, J. (1953/1998). *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. Escritos*. Rio de Jaú: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1975/1988). Conferência em Genebra. In: *Intervenciones y textos 2*, Buenos Aires: Manantial.
- Langdon, E. J. M. (1997) Shamanism, narratives and structuring of illness. *Horizontes Antropológicos*, 3(6), 187-214.
- Leite, A.C.C., Freire, J.G., Pereira, M.E.C., & Assadi, T.C.(2003). O menino e o efeito pirilampo. Um estudo em psicossomática. *Ágora: Estudos em teoria psicanalítica*, 6(1), 119-123.
- Lima, C. P. & Carvalho, C. V. (2008). Fibromialgia: uma abordagem psicológica. *Aletheia*, 28, 36-42.
- Maciel, M. J. N. & Yoshida, E. M. P. (2006). Avaliação da alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica*, 5, 43-54.
- Marty, P., & M'Uzan M. de. (1962). O pensamento operatório (V.A.C. Bensusan, Trad.) *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1), 1994, 165-174.
- Marty, P. (1990). Psychosomatique et psychanalyse. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 615-624.
- Marty, P. (1993). *A Psicossomática do Adulto*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e Psicossomática*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- McDougall, J. (1983). *Em defesa de uma certa anormalidade - teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1989). *Teatros do eu* (O Coddá, Trad.). R.J: Francisco Alves.
- McDougall, J. (1991). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mello, R., & Herzog, R. (2008). Subjetividade e defesa na obra de Michael Balint. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4, 1121-1142.
- Pedinielli, J. L. & Rouan, G. (1998). Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 20, 370-400.
- Peres, R. S. (2006). O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joice McDougall. *Psicologia Clínica*, 18(1), 35-41.
- Ranña, W. (1997). Psicossomática e o infantil: uma abordagem através da pulsão e da relação objetal. In: Ferraz, F.C. & Volich, R.M. (Orgs.). *Psicossoma: Psicossomática Psicanalítica*.

São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rosaldo, R. (1993). *Culture and truth. The remarking of social analysis*. Boston: Beacon Press.

Santos, I. M. M. & Santos, R. S. (2008). A Etapa de Análise do Método de História de Vida – Uma Experiência de Pesquisadores de Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 714-9.

Silva, A F. R. D. & Caldeira, G. (1992). Alexitimia e Pensamento Operatório, a questão do afeto na psicossomática. Em J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje* (pp. 113-118). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Silva, A. F. R. D. & Caldeira, G.(1993). Alexitimia e Pensamento Operatório: a questão do afeto na psicossomática. In Mello Filho, J. (org.). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Smadja, C. (1990). La notion de mentalisation et l'opposition névroses actuelles/ névroses de défense. *Revue Française de Psychanalyse*, 54(3), 787.

Smadja, C. (1995). Le modèle psychosomatique de Pierre Marty. *Revue Française de Psychosomatique*, 7, 7-25.

Sífneos, P. (1996). Alexithymia: Past and Present. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7), 137-143.

Vieira, W.C. (1997). A Psicossomática de Pierre Marty. In Ferraz, F.C. & Volich, R.M.(orgs.). *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. S.P: Casa do Psicólogo.

Volich, R. M. (1998). Câncer de mama, entrelinhas, entranhas: perspectivas psicanalíticas. *Boletim de Novidades Pulsional*, 107, 16-24.

Volich, R. M. (2000). *Psicossomática*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Winnicott, D. W. (1949/1988). A mente e sua relação com o psique-soma. In: *Winnicott, D. W. In: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Martins Fontes.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Yoshida, E. M. P. (2007). Validade da versão em português da Toronto Alexithymia Scale-TAS em amostra clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 389-396.

REFLEXÕES FINAIS

A realização deste trabalho representou uma etapa muito importante de minha vida profissional e acadêmica, fazendo-me perceber que a pesquisa, além de constituir-se em uma investigação de ordem objetiva e subjetiva é, acima de tudo, um exaustivo exercício de reflexão. Pude refletir, durante todo o período no qual realizei este trabalho, sobre as implicações do pesquisador e de como é necessário o processo de análise e desconstrução de algumas idéias para que se possam construir outras que realmente falem do que se constatou na investigação.

O fato de ter de estudar o tema Psicossomática foi apaixonante e levou-me a ter uma outra compreensão de sujeito em diversos aspectos. Levou-me também a descobrir uma clínica diferente, voltada para o indivíduo que tem a somatização como sua via principal de descarga libidinal e que provoca uma desconstrução do modelo clássico de psicoterapia psicanalítica, fazendo-me refletir sobre a importância de pensar na clínica para cada sujeito, respeitando suas particularidades.

Penso que o fato de ter optado por realizar uma pesquisa qualitativa com estudo de casos cruzados, desenvolveu minha capacidade de estudar a fundo um caso clínico e de articular teoria e prática em busca de uma compreensão mais aprofundada do tema escolhido. Considerando também a iniciativa de cruzar os resultados e a discussão dos dois casos foi muito enriquecedora no entendimento dos casos clínicos, da teoria utilizada como base para o trabalho e no exercício da escrita como ferramenta de pesquisa.

É importante destacar uma contribuição significativa deste estudo na articulação dos temas narratividade e psicossomática. Constitui-se em pesquisa inovadora na qual se produz uma tentativa de uma compreensão diferenciada da psicossomática e de sua relação com as histórias de vida e narratividade dos sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bakhtin, M. (2004). *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Huatec.
- Balint, M. (1993) *A falha básica: Aspectos terapêuticos da regressão*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida*. Barcelona, Espanha: Belaterra.
- Donald, A. (2002). The words we live in. In: Greenhalgh, T., Hurwitz, B. (Orgs.). *Narrative based medicine*. London: BMJ Books.
- Favoreto, C.A.O. & Cabral, C.C. (2009). Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 7-18.
- Ferraz, F.C. (1997). Das neuroses atuais à psicossomática. In Ferraz, F.C. & Volich, R. M. (orgs.). *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Good, B. (1994). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Univesity Press.
- Green, A. (1980/1988). Narcisismo de vida, narcisismo de morte. São Paulo: Escuta.
- Gutfreind, C. (2009). Promoção, narração, brincadeira e imaginação em saúde. In: Lenz, M.L.M. & Flores, R.(Orgs.). *Atenção à saúde da criança*, Porto Alegre: Editora Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.
- Horn, A. & Ameida, M.C.P. (2003). Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses atuais. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37(1), 69-84.
- Kreisler, L. (1999) *A Nova Criança da Desordem Psicossomática*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Krystal, J. H., Giller, E. L., & Cicchetti, D.V. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: Introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 84-94.
- Lacan, J. (1953/1998). *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. Escritos*. Rio de Jaú: Jorge Zahar.
- Langdon, E. J. M. (1997) Shamanism, narratives and structuring of illness. *Horizontes Antropológicos*, 3(6), 187-214.
- Marty, P. (1993). *A Psicossomática do Adulto*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e Psicossomática*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- McDougall, J. (1983). *Em defesa de uma certa anormalidade - teoria e clínica psicanalítica*.

Porto Alegre: Artes Médicas.

McDougall, J. (1989). *Teatros do eu* (O Coddá, Trad.). R.J: Francisco Alves.

Mello, R., & Herzog, R. (2008). Subjetividade e defesa na obra de Michael Balint. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4, 1121-1142.

Ranña, W. (1997). Psicossomática e o infantil: uma abordagem através da pulsão e da relação objetal. In: Ferraz, F.C. & Volich, R.M. (Orgs.). *Psicossoma: Psicossomática Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rosaldo, R. (1993). *Culture and truth. The remarking of social analysis*. Boston: Beacon Press.

ANEXOS

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****RESOLUÇÃO 014/2012**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 11/202 **Versão do Projeto:** 11/01/2012 **Versão do TCLE:** 11/01/2012

Coordenadora:

Mestranda Adrissa Moura (PPG em Psicologia)

Título: Narrativas da dor: histórias de vida de mulheres com tendência à somatização.

Parecer: O projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 11 de janeiro de 2012.



Prof. Dra. Cátia de Azevedo Fronza
Coordenadora adjunta do CEP/UNISINOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A pesquisa intitulada "Narrativas da Dor: Estórias de Vida de Mulheres com Tendência à Somatização", coordenada pela mestranda Adrissa Moura, com orientação da Prof^a Dr^a Tagma Marina Schneider Donelli, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado em Psicologia Clínica – da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, tem por objetivo compreender as estórias de vida de mulheres que sofrem somatizações de forma recorrente, que foram encaminhadas ao Setor de Psicologia do Departamento de Saúde da Mulher da Secretaria da Saúde do Município de São Leopoldo. Acredita-se que uma compreensão aprofundada das estórias de vida destas mulheres pode ser relevante na abordagem psicoterapêutica das mesmas, tornando-a mais adequada para este perfil de pacientes.

Se você optar por participar desta pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas sobre sua história de vida, principalmente no tocante ao seu adoecimento e também terá que preencher um instrumento voltado para avaliar seu vínculo com seus pais e de como agiam até seus dezesseis anos de idade. Isto deverá ocorrer em, aproximadamente, três encontros, com duração aproximada de uma hora. A entrevista de História de Vida será gravada em mp3 e, posteriormente, transcrita.

Você pode se negar a responder qualquer pergunta, caso se sinta constrangida ou desconfortável. Sua participação é voluntária e não prevê nenhum tipo de remuneração. Assim, você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao atendimento que virá a receber no Serviço de Psicologia. Além disso, você pode fazer perguntas e solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade. Dúvidas que surgirem poderão ser esclarecidas diretamente com a pesquisadora através do número de telefone (51) 99326989. Você também poderá solicitar uma devolução sobre os resultados dos instrumentos.

Os dados deste estudo serão guardados em um banco de dados e serão tratados de forma anônima, preservando sua identidade. Seu nome será mantido no anonimato, mas os dados obtidos a partir da pesquisa poderão ser utilizados para publicações em artigos e eventos científicos.

O material gravado em mp3 não revelará seu nome e será arquivado por dez anos. Após este prazo, este material será inutilizado. Se você concorda em participar desta pesquisa, é necessário assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora e a outra ficará com você.

Declaração de Consentimento

Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo com a participação nesta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

_____, ____ de _____ de 2012.

CEP - UNISINOS
 VERSÃO APROVADA
 Em: 11/01/2012

Nome da participante: _____

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A pesquisa intitulada "Narrativas da Dor: Estórias de Vida de Mulheres com Tendência à Somatização", coordenada pela mestrandia Adrissa Moura, com orientação da Profa. Dra. Tagma Marina Schneider Donelli, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado em Psicologia Clínica – da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, tem por objetivo compreender as estórias de vida de mulheres que sofrem somatizações de forma recorrente, que foram encaminhadas ao Setor de Psicologia do Departamento de Saúde da Mulher da Secretaria da Saúde do Município de São Leopoldo. Acredita-se que uma compreensão aprofundada das estórias de vida destas mulheres pode ser relevante na abordagem psicoterapêutica das mesmas, tornando-a mais adequada para este perfil de pacientes. Para que esta pesquisa seja possível, é necessário que as participantes respondam aos questionários que constituem a primeira etapa da mesma.

Se você optar por participar desta pesquisa, será necessário responder a algumas questões para identificação das participantes: informações pessoais como nome, data de nascimento, profissão, entre outras. Terá também que preencher dois instrumentos, sendo o primeiro voltado para a avaliação de seu estado mental e o segundo, para questões pertinentes aos sintomas físicos, emoções e sentimentos em relação a estes. Após esta primeira etapa, você poderá ser convidada a participar da segunda etapa da pesquisa, a qual terá um menor número de participantes.

Você pode se negar a responder qualquer pergunta, caso se sinta constrangida ou desconfortável. Sua participação é voluntária e não prevê nenhum tipo de remuneração. Assim, você poderá desistir de participar da seleção a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao atendimento que virá a receber no Serviço de Psicologia. Além disso, você pode fazer perguntas e solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade.

Dúvidas que surgirem poderão ser esclarecidas diretamente com a pesquisadora. Você também poderá solicitar uma devolução sobre os resultados dos instrumentos.

Se você concorda em participar desta pesquisa, é necessário assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora e a outra ficará com você.

Declaração de Consentimento

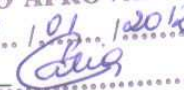
Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo com a participação nesta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

_____, ____ de _____ de 2012.

Nome da participante: _____

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
 Em: 11.02.2012


Parental Bonding Instrument (Versão para o português brasileiro)

Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se lembra sobre sua mãe/pai até os seus 16 anos, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente
Falava comigo com uma voz meiga e amigável	()	()	()	()
Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	()	()	()	()
Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	()	()	()	()
Parecia emocionalmente frio(a) comigo	()	()	()	()
Parecia compreender meus problemas e preocupações	()	()	()	()
Era carinhoso(a) comigo	()	()	()	()
Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	()	()	()	()
Não queria que eu crescesse	()	()	()	()
Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	()	()	()	()
Invadia minha privacidade	()	()	()	()
Gostava de conversar sobre as coisas comigo	()	()	()	()
Freqüentemente sorria para mim	()	()	()	()
Tendia a me tratar como bebê	()	()	()	()
Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	()	()	()	()
Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	()	()	()	()
Fazia com que eu sentisse que não era querido(a)	()	()	()	()
Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	()	()	()	()
Não conversava muito comigo	()	()	()	()
Tentava me fazer dependente dele(a)	()	()	()	()
Ele(a) sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele(a) estivesse por perto	()	()	()	()
Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	()	()	()	()
Deixava-me sair tão freqüentemente quanto eu queria	()	()	()	()
Era superprotetor(a) comigo	()	()	()	()
Não me elogiava	()	()	()	()
Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	()	()	()	()

Escala de Alexitimia TAS-26

São os seguintes itens que compõem cada fator com respostas do tipo Likert de 1 a 5:

Fator 1:

- Quando choro sempre sei por quê.
- Frequentemente fico confuso sobre qual emoção estou sentindo.
- É difícil para mim encontrar as palavras certas para os meus sentimentos.
- Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.
- Quando estou perturbado, não sei se estou triste, amedrontado, ou com raiva.
- Frequentemente fico intrigado com sensações em meu corpo.
- Tenho sentimentos que não posso identificar muito bem.
- É difícil para mim descrever como me sinto em relação às pessoas.
- As pessoas pedem para eu descrever mais os meus sentimentos.
- Não sei o que está acontecendo dentro de mim.
- Frequentemente eu não sei porque estou com raiva.

Fator 2:

- Sonar acordado é uma perda de tempo.
- Frequentemente sonho acordado com o futuro.
- Passo muito tempo sonhando acordado sempre que não tenho nada para fazer.
- Raramente sonho acordado.

Fator 3:

- Saber as respostas dos problemas é mais importante do que saber as razões das respostas.
- Para mim não é suficiente que algo seja feito. Eu preciso saber por que e como funciona.
- Prefiro analisar problemas, ao invés de apenas descreve-los.
- Prefiro deixar as coisas acontecerem em vez de entender por que aconteceram daquele jeito.
- Estar em contato com as emoções é essencial.
- Deve-se procurar por explicações mais profundas.

Fator 4:

- Gostaria de não ser tão tímido.
- Pareço fazer amigos tão facilmente quanto as outras pessoas.
- Gosto de deixar as pessoas saberem minha opinião sobre as coisas.
- Sou capaz de descrever meus sentimentos facilmente.
- Uso muito minha imaginação.

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**ORIENTAÇÃO**

- * Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês). 5 PONTOS
- * Onde estamos (país) (estado) (cidade) (**rua ou local**) (andar). 5 PONTOS

REGISTRO

- * Dizer três palavras: **PENTE RUA AZUL**.

Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde.

Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado.

Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: ____ 3 PONTOS

ATENÇÃO E CÁLCULO

- * Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65)

Alternativo1: série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1) 5PONTOS

EVOCAÇÃO

- * Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul) 3 PONTOS

LINGUAGEM

- *Identificar lápis e relógio de pulso 1 PONTO
- * Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá”. 3 PONTOS
- * Seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão”. 1 PONTO
- * Ler ‘em voz baixa’ e executar: **FECHE OS OLHOS** 1 PONTO
- * Escrever uma frase (um pensamento, idéia completa) 1 PONTO
- * Copiar o desenho:

TOTAL:**1. ORIENTAÇÃO**

- * Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).
- * Onde estamos (país) (estado) (cidade) (**rua ou local**) (andar).

Instrução: Pedir ao paciente que diga o ano, estação do ano, o dia da semana, o dia do mês e o mês no qual nos encontramos. Não dar dicas. Quanto às estações do ano, nos estados do Sul do Brasil, é possível utilizar estações do ano, já que estas são bem marcadas e há forte influência na cultura para as datas que separam todas as estações do ano. Nas demais regiões do Brasil, há versão publicada por pesquisadores de São Paulo com item substituto.

*** Utilizamos rua para visitas domiciliares (quando espera-se que o paciente saiba realmente seu endereço) e local para visitas hospitalares ou em outras instituições. Não há necessidade de confirmar ao paciente se está correto ou não, apenas passe ao próximo item.

2. REGISTRO

* Dizer três palavras: **PENTE RUA AZUL**. Pedir para prestar atenção, pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: ____

Instrução: Dizer as 03 palavras pausadamente e com dicção clara. Estas palavras devem ser sempre as mesmas. O estudo de validação diagnóstica (sensibilidade) desta versão para demência, feito com outros testes cognitivos, verificou várias características lingüísticas das palavras até chegar nestas três, mantendo-se fiel aos critérios de escolha das encontradas na versão original do Mini Mental em inglês. O paciente deve repetir após. Registrar o número de palavras evocadas. Quando o paciente não evoca as 03 palavras, deve-se repetir pedindo que o mesmo preste bem atenção e repita novamente. Não se registra o escore desta vez (o escore do item é o da 1ª evocação). Quando o paciente não evoca as 3 palavras nesta 2ª tentativa, deve-se repetir novamente as 3 palavras para que ele as repita. Fazer isto até 5 vezes e registrar o número de repetições (é preciso ter certeza que o paciente adquiriu as 3 palavras para a evocação tardia!!).

3. ATENÇÃO E CÁLCULO

* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65)

Alternativo1: série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)

Instrução: No alternativo não se deve utilizar o original “soletrar a palavra ”MUNDO” de trás para frente”. Os brasileiros não têm treinamento cultural no soletrar e por outro lado têm muito mais familiaridade com números e cálculos matemáticos simples (soma e subtração). Desta forma, a alternativa de repetição de série de dígitos NÃO avalia exatamente as mesmas funções, apenas memória operacional (e atenção), no entanto não há outra prova correspondente de mesma velocidade de aplicação.

EVOCAÇÃO

* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)

Instrução:

LINGUAGEM

*Identificar lápis e relógio de pulso

* Repetir: “Nem aqui, nem alí, nem lá”.

* Seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão”.

* Ler ‘em voz baixa’ e executar: **FECHE OS OLHOS**

* Escrever uma frase (um pensamento, idéia completa)

- Copiar o desenho.