

## ... Até que a doença nos separe? A conjugalidade e o adoecer somático

Aline Vilhena Lisboa

*Universidade Federal de Juiz de Fora*

Terezinha Féres-Carneiro

*Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio*

### RESUMO

Nesse trabalho busca-se analisar alguns aspectos da conjugalidade e o processo de adoecimento somático. Postula-se que alguns operadores psíquicos como a identificação, a projeção/introjeção e a incorporação conjugados a um baixo investimento libidinal podem contribuir para somatizações de um ou de ambos os cônjuges. Postula-se ainda que o comprometimento destes operadores, aprisionados a um “objeto-morto” herdado de outras gerações, pode estar acompanhado por um trauma não elaborado, que se originou na relação mãe-filho. Ressalta-se que um dos caminhos para a saúde do casal compreende a possibilidade de elaboração da herança psíquica, às vezes, impregnada por um fantasma geracional sepultado num dos cônjuges.

**Palavras-chave:** Adoecimento somático; conjugalidade; operadores psíquicos; transmissão intergeracional; desinvestimento libidinal.

### ABSTRACT

*“... Until illness do us part?” Conjugality and the somatic illness*

This paper aims to analyze a few aspects of conjugality, and the process of somatic illness as well. It is postulated that some psychic mechanisms, such as identification, projection/introjection and incorporation, along with low libidinal investment may contribute towards somatization of one or both members of the couple. It is further postulated that the ailing of these mechanisms, attached to a “dead-object” inherited from other generations, might be followed by a non-elaborated trauma, originated in the mother-child relationship. It is remarked that one way leading to a couple’s health includes the possibility of psychic inheritance, sometimes impregnated by a generational phantom “buried” within one of the spouses.

**Keywords:** Somatic illness; conjugality; psychic mechanisms; intergenerational transmission; libidinal disinvestment.

No mundo contemporâneo, na contramão dos avanços e dos recursos da medicina e da farmacologia, são reconhecidos inúmeros adoecimentos somáticos nas diversas faixas etárias em circunstâncias que escapam, algumas vezes, do determinismo genético. Observa-se cada vez mais uma estreita relação entre a saúde psíquica dos sujeitos e a história subjetiva familiar com o adoecimento somático. Os fatores ambientais, econômicos e sociais colaboram com tais somatizações à medida em que podem dificultar as representações e os investimentos afetivos do sujeito diante da vida. A fusão de fatores físicos e psíquicos num ambiente familiar, por exemplo, tem-se revelado grande promotor de adoecimentos, observados em

investigações com famílias e casais que apresentam somatizações (Cunha e Lisboa, 1999; Filgueiras e cols, 2007; Lisboa, 2005 e Lisboa e Féres-Carneiro, 2005).

Em atendimentos clínicos, é cada vez mais frequente o aparecimento de somatizações em casais. As dermatites atópicas, as gastrites, a labirintopatia, a asma e a hipertensão são doenças mais comuns e se apresentam tanto no início dos atendimentos clínicos quanto no decorrer deles. Em casos mais graves, como o câncer de mama, o casal tenta elaborar o momento de sofrimento, e a análise é centrada a partir de associações e representações da doença (Cunha e Lisboa, 1999). Em alguns casos, a doença reatualiza um trauma ou conflito anterior não elaborado pelos cônjuges.

Geralmente, casais que demandam atendimento psicoterápico não apresentam queixas de adoecimentos como questão principal, mas reconhecem o corpo doente diante do conflito psíquico. Muitos casais, em psicoterapia, procuram manter a relação conjugal, tentando reencontrar uma identidade própria, que fôra mesclada por acontecimentos traumáticos, por fantasmas e por traços herdados de figuras parentais ancestrais. Por outro lado, há certos casais que buscam a dissolução dos laços nos atendimentos clínicos, o que pode levar a eclosão de algumas somatizações em meio ao processo de crise e separação (Diniz e Brum, 1992).

Os casos mais graves de somatização ou de estado crônico de adoecimento podem romper os laços conjugais, às vezes, já fragilizado por fissuras existentes desde o início da relação de namoro. Estas fissuras podem representar não só traumas, perdas ou lutos reais não elaborados por um dos cônjuges, como também um conteúdo ancestral herdado sem representação. Observa-se ainda que certos adoecimentos graves, culminando no óbito, levam a uma ruptura incondicional da convivência dos cônjuges, podendo levar o outro à morte tempos depois. O envolvimento e o comprometimento psíquico de casais em meio à doença e morte de um cônjuge representa uma realidade pouco explorada por pesquisas.<sup>1</sup>

Uma das mais graves somatizações observadas em nosso trabalho de pesquisa, desde 1999, desenvolvido no Núcleo Interdisciplinar de Investigação Psicossomática (NUIPSO) da Universidade Federal de Juiz de Fora e em investigação mais recente (Lisboa, 2005), tem sido o câncer de mama que, em alguns casos, desestrutura a relação conjugal. Nos casos estudados nos últimos quatro anos no NUIPSO percebe-se a existência de alguns pontos em comum nos relatos de mulheres com câncer de mama. A dificuldade financeira, a existência de uma figura materna empobrecida de representações e de afeto e o relacionamento conjugal com um parceiro alcoolista são alguns aspectos que vêm configurando o contexto problemático no processo de adoecimento. Ainda estas mulheres possuem na família um pai ou irmão alcoolista, com pouco investimento libidinal e participação na relação conjugal e familiar (Cunha e Lisboa, 1999; Filgueiras e cols. 2007; Lisboa, 2005; Lisboa e Féres-Carneiro, 2005).

Embora tenham sido citadas algumas características do grupo familiar, que compõem o contexto do adoecimento, este estudo teórico chama a atenção para certos aspectos do funcionamento psíquico da família, mais particularmente, do casal, que podem representar risco de adoecimento. Acredita-se na existência de fatores psíquicos implicados na escolha conjugal que

contribuem para o adoecimento somático e que estão permeados por uma herança psíquica “não saudável” da história familiar de cada cônjuge. Diante de algumas particularidades conjugais e comuns, observadas em famílias avaliadas pela pesquisa desenvolvida no NUIPSO, destacamos duas questões que compõem a qualidade do funcionamento psíquico do casal. A fim de que se possa pensar sobre a conjugalidade e suas possíveis articulações com o processo de adoecimento somático, destacamos a projeção e a introjeção como operadores psíquicos importantes da relação. Esses dois operadores psíquicos vêm permeados com elementos de uma herança psíquica não elaborada.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é apresentar alguns pressupostos teóricos em relação aos operadores psíquicos projeção e introjeção, presentes na relação conjugal, que podem colocar em risco a saúde somática. Considerando tais operadores amalgamados por uma herança psíquica transmitida pelas gerações anteriores, a nossa questão abarca a idéia que a projeção e a introjeção, com conteúdos conflituosos ou traumáticos, podem compor uma situação progressiva de desinvestimento libidinal no casal.

Antes de serem apresentados os esclarecimentos teóricos necessários acerca dos referidos operadores psíquicos e da relação conjugal aborda-se, inicialmente, a concepção de adoecimento somático.

## PRESSUPOSTOS TEÓRICOS BÁSICOS SOBRE O ADOECER SOMÁTICO

A compreensão do adoecer somático passa a ter, a partir do final do século XIX, uma visão interativa da psique e do soma. Desde então, alguns psicanalistas franceses, como Marty (1993), colaboraram com esta visão concebendo a patologia somática como uma continuidade evolutiva e funcional entre o orgânico e o psíquico. Isto quer dizer que, em uma afecção somática grave, por exemplo, o câncer, o sujeito passaria por um processo de desorganização progressiva evolutiva de desinvestimento libidinal em si mesmo e em relação aos outros. Sem a preocupação de associar o adoecimento a um tipo de personalidade e a uma condição ambiental de estresse, o mesmo autor aponta que o adoecer não possui um sentido lógico e, às vezes, é irrepresentável. Para o mesmo autor, o sujeito possui um funcionamento atípico do aparelho psíquico, diferente do funcionamento do aparelho psíquico dos neuróticos. O adoecimento seria decorrente de uma falha na representação das tensões psíquicas, descarregando diretamente no corpo as excitações não elaboradas. Além de uma visão inconsciente do adoecimento somático, apontada inicialmente por Marty (1980), pode-se obter também, a partir de Déjours (1989) uma

<sup>1</sup> Estas postulações são baseadas em observações clínicas de pesquisa.

compreensão ao apresentar o adoecimento como um processo que tem sentido, quando este é simbolizado na relação terapêutica. Para este autor, o adoecimento tem sentido de reorganização psíquica. A doença permite o sujeito realizar novas representações, a partir de um material traumático.

Déjours (1989) compreende, tanto quanto Marty (1993), que o adoecimento somático ocorre em consequência de um funcionamento mental atípico, com o apagamento das defesas mentais do sujeito, além de se dar uma neutralização dos processos pré-conscientes no trabalho de representação. O mesmo autor postula ainda a possibilidade de uma somatização simbolizadora, reativando o processo de criação das representações mentais e retomando os significados de um corpo fragilizado pela doença.

A teoria psicossomática de Marty (1980, 1993) ressalta os processos primários do aparelho psíquico e aponta a qualidade de representação e a depressão essencial como função e estado peculiares do funcionamento psíquico individual do somatizante. Ainda há outras concepções teóricas que apontam certas características do adoecimento somático em nível inconsciente e pré-consciente, tais como os conteúdos recalçados, a dissociação da pulsão de vida e de morte, os movimentos de fixação e de regressão do psiquismo, os traumas intrapsíquicos e as angústias difusas. O mesmo autor postula ainda que a somatização acontece ou em consequência de uma depressão objetual, como perda, luto, acontecimentos traumáticos reais, ou por uma depressão difusa, sem objeto, o que mina aos poucos no sujeito as suas relações libidinais com os outros objetos e pessoas.

Neste trabalho, destacam-se duas contribuições de Marty para auxiliar a análise das somatizações em casal: a qualidade das representações e o desinvestimento libidinal existentes no processo de introjeção e projeção, muito encontrado na construção da identidade conjugal (Féres-Carneiro, 2004). A possibilidade de somatização pode ocorrer a partir de um desinvestimento libidinal gradativo do sujeito em consequência de situações traumáticas não elaboradas e de um estreitamento das representações. O estreitamento das representações pode causar uma baixa qualidade das projeções e das introjeções do sujeito (Abraham e Torok, 1995).

A não elaboração de um trauma pode mostrar-se pelos muitos sinais de depressão latente que vão repressando a capacidade de representação ao longo do tempo. A partir de uma depressão latente, o sujeito pode apresentar uma angústia difusa ao se encontrar numa aflição mais profunda, com o ego submerso num afluxo de movimentos pulsionais não dominados e sem possibilidade de representação (Cunha, 1996; Cunha e Lisboa, 1999; Filgueiras e cols, 2007). Essa

angústia difusa é um estado arcaico de transbordamento de excitações psíquicas que precede a depressão essencial, configurando uma depressão sem objeto e sem auto-acusação. O essencial da depressão consiste no rebaixamento do nível do tônus libidinal sem qualquer contrapartida econômica mental positiva, ocorrendo um apagamento progressivo do sujeito em toda a dinâmica mental. Nesse curso de desinvestimento libidinal, a qualidade do funcionamento mental do sujeito cai, correndo o risco de incorporar objetos, fantasmas e traços “mortos” herdados de um legado próximo ou ancestral.

Segundo Marty (1998), grandes possibilidades de somatização são encontradas naqueles que apresentam um crescente desinvestimento libidinal e desorganização psíquica. A desorganização psíquica vai acontecendo ao longo do desenvolvimento do sujeito e compreende uma desorganização do pré-consciente, cujas representações de palavras podem reduzir-se a representações de coisas, perdendo progressivamente os componentes afetivos, simbólicos e metafóricos. Alguns conteúdos psíquicos são configurados desde as relações pré-verbais e vinculares com a mãe, sendo recalçados, e retornando, posteriormente, em um dado momento da vida do sujeito. Este retorno pode ocorrer em momentos significativos dentro do grupo familiar e na escolha conjugal. Tais conteúdos podem envolver traumas que ficam encrustadas em um membro e ressurtem em circunstâncias significativas despertadas por acontecimentos significativos como casamentos e nascimentos (McDougall, 2001; Ruiz Correa, 2000).

Inúmeras questões podem ser elencadas a respeito de fatores influenciadores, internos e externos, no adoecimento somático. Além de fatores psíquicos, o ambiente familiar compreende um meio constituinte e intermediador das condições de saúde dos vínculos estabelecidos antes do nascimento do bebê. Para Winnicott (1967[1999]), a família é um meio desestruturante da saúde do corpo, uma vez que a qualidade do vínculo entre os membros em risco a saúde.

Vale ressaltar que o contexto social-cultural não é desconsiderado e este é respeitado para que se possa compreender certas formas de representação de saúde e de doença.

Segundo Winnicott (1967[1999]) e Lisboa e cols. (2007), o adoecimento somático, sob o ponto de vista do contexto externo, está de acordo com a vida saudável levada pelo sujeito. Vida esta que é caracterizada tanto por medos, conflitos, dúvidas, frustrações, quanto por características positivas. A maneira como estes sentimentos e conflitos são contidos e significados pode comprometer a saúde, não só mental, como física de um ou de ambos os conjugês, e conseqüentemente dos filhos. O casal serve de continente para que o

corpo do bebê seja recebido e salvaguardado de suas intensas excitações, e deve adaptar-se de forma satisfatória às necessidades individuais do mesmo. O primeiro autor acrescenta, ainda, que uma grande parte da vida saudável tem a ver com as várias modalidades de relacionamento objetual e com um processo de “vai-e-vem”, ou movimento pulsional entre o relacionamento com os objetos internalizados.

No casal, as relações objetais predominantes podem favorecer, ampliar e reformular a interação do mesmo. Portanto, pode-se dizer, juntamente com Kernberg (1995), que é a falta de integração das relações objetais internalizadas, sejam boas ou más, que conduz o casal a uma primitiva idealização nas relações amorosas, levando-o ao conflito e a destruição do relacionamento. É por esta postulação que se pode compreender, também, o processo de adoecimento e sua relação com a falta de internalização integrada do objeto materno, ligado a um estado de desamparo inicial. Neste caso, o desamparo pode significar um ponto de partida para um progressivo desinvestimento libidinal e uma desorganização psíquica em um dos cônjuges. Por outro lado, Déjours (1989) acrescenta que algumas somatizações sobrevêm fora dos processos de desorganização psíquica progressiva, ou desinvestimento libidinal, pois o sujeito somatizante reorganiza e retoma, pela doença, a evolução mental antes interrompida ou neutralizada por um conflito psíquico ou trauma impactante de difícil elaboração, tentando fazer novas ligações psíquicas diferentes.

A partir dos pressupostos lançados, destaca-se que no processo de adoecimento do corpo no grupo familiar existe um conjunto de questões intersubjetivas próprias do casal, antecessoras a própria relação e a condição de somatização. A relação conjugal está vinculada a uma história geracional, apresentando na geração atual um desinvestimento libidinal gradativo, a partir de um acontecimento traumático reatualizado e vivenciado no próprio corpo. Em situação clínica, observam-se complexas tramas da história familiar dos cônjuges e as vicissitudes intersubjetivas em jogo que podem influenciar no adoecimento somático.

Nesse sentido, o tema “conjugalidade e adoecer somático” suscita uma vasta discussão, pois reconhecemos que o adoecimento somático num casal pode estar relacionado com outras falhas associadas à qualidade psíquica da relação conjugal.

## CONJUGALIDADE E ADOECER SOMÁTICO

A organização inconsciente do casal para Eiguer (1984) corresponde a um mundo compartilhado, onde os parceiros intercambiam objetos inconscientes. O vínculo conjugal é definido como uma superposição

de duas relações de objeto. Desse modo, pode-se pensar que na história de um casal somatizante existiriam falhas na qualidade de projeção e de introjeção de traços constituintes do laço. Diante de um acontecimento traumático, o vínculo do casal pode sofrer um abalo gradativo por causa, dando início a um progressivo desinvestimento libidinal. É nesse espaço psíquico que o vínculo conjugal pode estar identificado com um objeto doente, levando um dos cônjuges ao adoecimento somático. Para Fères-Carneiro (2004) uma destas falhas leva a um empobrecimento libidinal da sexualidade do casal. Isso implicaria uma possibilidade de adoecimento, na medida em que as projeções estejam comprometidas com traços adoecidos da história familiar do casal. Assim, o empobrecimento libidinal no casal pode significar a identificação de um dos cônjuges com um traço doente de uma figura parental ou ancestral levando-o a projetar, assim, toda uma problemática anterior em sua relação conjugal atualmente (Lisboa, 2005).

Como foi dito, inicialmente, além de alguns aspectos do funcionamento mental do sujeito no processo de adoecimento somático, também é importante levar em consideração as relações intersubjetivas existentes no casal e a existência de uma bagagem da história consciente e inconsciente das famílias de origem, influenciando a conjugalidade. Antes da formação do casal, existe uma história anterior ao laço conjugal que ocupa um lugar na relação. Observa-se que heranças deixadas pelas figuras parentais são reatualizadas e ocupam o imaginário e a fantasia do novo casal em cada momento de mudança.

Segundo Anzieu (1993), o encontro da realidade imaginária do casal e de suas heranças ancestrais é marcada por organizadores específicos. É por meio destes organizadores que a família se constitui. Eiguer (1985, 1995) comenta, ainda, a respeito da diferença regida pela composição de um grupo familiar, uma vez que este apresenta uma modalidade de funcionamento psíquico inconsciente diferente do funcionamento individual. Este funcionamento deverá interferir na integração e na coesão intersubjetivas do casal a se formar, a partir de referenciais transgeracionais, de objetos ancestrais representados e de atividades fantasmáticas. Dessa forma, a história de um casal pode apresentar fantasmas que atravessam as gerações, dificultando a fluidez libidinal do relacionamento.

Os processos existentes no funcionamento psíquico do casal nos levam a pensar nas suas complexas relações com as circunstâncias do adoecimento. As projeções, as introjeções e o investimento libidinal compreendem alguns operadores e estados importantes no processo de saúde e doença dos cônjuges.

Para Magalhães e Féres-Carneiro (2003), a conjugalidade pode ser considerada uma dimensão privilegiada no processo de recriação do eu, quando a estabilidade da relação corresponde à manutenção do estado amoroso, em razão do investimento realizado pelos parceiros por ocasião do engajamento conjugal. Da mesma maneira que para Puget e Berenstein (1994), “a criação de um objeto casal compartilhado será resultante inédita da conjugação dos representantes de cada um, onde a posição esposa-esposo adquire um conteúdo significativo” (p. 06). Dessa forma, a conjugalidade tem o seu valor estruturante antecedido pelos ideais de conjugalidade que podem ser transmitidos pelo casal parental mais próximo, os pais. Daí, a postulação de que um dos caminhos da somatização compreenderia o comprometimento da qualidade de investimento lidinal dos cônjuges em seus projetos de vida, na relação sexual e na reelaboração de histórias herdadas das gerações anteriores.

A história geracional de um casal pode promover conflitos sucessivos, encontrando condição de adoecimento, na medida em que traumas ou conteúdos censurados não puderam ser simbolizados devidamente e não tiveram um lugar de expressão. O adoecer do corpo pode ter um sentido paradoxal no casal, ao representar uma inscrição real e dolorosa de uma herança negativa e ancestral não elaborada, mas que ao mesmo tempo vem denunciar a possibilidade de uma transformação e elaboração dessa herança (Lisboa, 2005; Lisboa e Féres-Carneiro, 2005).

Na vida conjugal há acontecimentos significativos que são permeados pelos legados herdados. O nascimento do filho, a relação mãe-bebê, a integração da função paterna podem promover a eclosão de conflitos, levando o casal a reorganizar, ou não, sua relação vincular. As situações de conflito e trauma no casal familiar são decorrentes da qualidade dos vínculos estabelecidos. Os vínculos têm como função unir, atar os laços libidinais e afetivos, fortalecendo a intersubjetividade do casal contra os fantasmas herdados. Para Puget e Berenstein (1993), o tecido vincular de um casal serve para definir o mundo intersubjetivo como diferente do intrasubjetivo, posicionando o sujeito diante do outro por duas vias de compreensão: uma, pelos aspectos mais inconscientes da relação, e outra, pelos aspectos intersubjetivos propriamente ditos, configurados pelas alianças e pactos conscientes e pré-conscientes. Acredita-se que os pactos e as alianças estabelecidos inconscientemente numa escolha conjugal podem configurar uma fantasmática vincular comprometida com elementos negativos de uma história geracional e, por conseguinte, facilitar uma eclosão de doenças (Ruiz Correa, 2000).

Nicolló (1993) ressalta que na consituição do casal há um espaço de oscilação contínua, em que cada cônjuge é uma extensão do outro, ao mesmo tempo em que é diferenciado do outro. Muitas patologias podem emergir diante da falta de diferenciação no casal e do impasse de transformação das relações.

Compreende-se que a escolha conjugal poderá ser realizada a partir de identificações conflituosas transgeracionais com a repetição de objetos adoecidos que se inscrevem no corpo e não são percebidos e, muito menos, re-significados. Na escolha conjugal, quando um dos cônjuges somatiza ou os dois adoecem alternadamente, postula-se que essa condição implica numa introjção de traços de um objeto doente ou a incorporação propriamente dita de um objeto morto ou doente, e que é projetada ou sepultada no outro. Compreende-se que este objeto origina-se de traços geracionais, procurando na geração atual uma forma de representação. A herança psíquica, com registros de impressões pré-verbais, trazida da relação com a mãe, pode se reatualizar e não encontrar espaço para ser significada.

Eiguer (1995) conceitua o objeto como representações transgeracionais, uma vez que estas representações são inconscientes e implicam na possibilidade de transformação do sujeito ou do casal na geração atual. Esta possibilidade de transformação está ligada a uma boa qualidade das representações investidas pelo casal. A capacidade de transformação estará associada à maneira com a qual o casal articula a libido, identificando o que é “meu”, “seu” e “nosso”, a fim de que seja nomeado aquilo que permanece nas interseções da conjugalidade.

Na trama intersubjetiva do casal, vão-se entrelaçando alguns processos psíquicos importantes ou operadores psíquicos, provocando efeito na subjetividade daquele que adoece. Segundo Granjon (1993) e Aulagnier (1995[2001]), desde o nascimento, o bebê recebe de sua mãe as primeiras impressões do meio externo e suas necessidades são contidas e nomeadas a partir de suas solicitações. Considerando tal situação, Kaës (1997) revela que a identificação é um conceito decisivo para articular duas faces, a interna e a externa, de um espaço, de um grupo e de uma relação. Partindo do pressuposto de que a identificação compreende um processo psíquico, presente na escolha conjugal, o cônjuge somatizante pode sofrer, de algum modo, por aquilo que ele identifica em seu parceiro(a), uma vez que esta identificação/projeção represente a sua própria forma de reencontrar o trauma, ora vivenciado na relação com a figura materna. Isto quer dizer que o adoecimento somático de um dos cônjuges pode estar associado ao comprometimento deste com algum membro da família anterior pela projeção/

introjeção. Nesse processo existe uma retomada de um material não elaborado, cujo comprometimento das representações está associado a um traço libidinal desvitalizado recebido em herança psíquica (Lisboa, 2005).

Observa-se em pesquisas realizadas e em atendimentos clínicos de famílias (Cunha e Lisboa, 1999; Lisboa, 2005; Lisboa e Féres-Carneiro, 2005), que em alguns adoecimentos somáticos, principalmente em mulheres com câncer de mama, a constituição da subjetividade faz da identificação/projeção/introjeção importantes operadores psíquicos, uma vez que estes estejam comprometidos com a qualidade da relação com o primeiro objeto de amor. Tal relação com o primeiro objeto de amor, a mãe, reaparece de outra maneira na relação do casal. As primeiras impressões e sentimentos pré-verbais, carregados pelo sujeito desde a relação primitiva com a mãe, podem comprometer a saúde do casal. Tais impressões podem levar ao adoecimento, uma vez que venha representar uma incorporação de um objeto ou parte de um objeto adoecido, transmitido pela figura materna e somatizada no corpo.

Num casal, o reconhecimento da doença do outro, ou de estar doente, se fundamenta na interpretação e na interdiscursividade que ambos dão às suas próprias angústias. Para Abraham e Torok (1995), a projeção tem como função expulsar os desejos, os sentimentos e até os objetos perdidos, enlutados ou internalizados parcialmente na tentativa de transformar os impasses e as repetições herdadas pelos cônjuges, estabelecendo uma interseção entre o que é de um e o que é da relação conjugal. Já a introjeção, para Abraham (1975[1995]), procura ampliar o Eu por meio dos objetos de amor, permitindo ao psiquismo um movimento de crescimento e de retraimento ao mesmo tempo. Desse modo, o movimento de retraimento do psiquismo leva a pensar que no adoecer do corpo possa ocorrer a introjeção/incorporação de traços de objetos desvitalizados ou mesmo “mortos” do objeto de amor (Azevedo, 2001; Abraham e Torok, 1995). Uma hipótese sobre o adoecer somático no casal compreenderia a introjeção mal elaborada, ou melhor, de uma incorporação do objeto, pois é nessa passagem que se pode observar um objeto incorporado, sem representação e sepultado no corpo. Em outras palavras, a incorporação de um fantasma, por exemplo, se instala como sombra na intersubjetividade do casal, corroendo os movimentos libidinais e comprometendo a saúde (Lisboa, 2005; Lisboa e Féres-Carneiro, 2005).

A constituição do aparelho pré-consciente do casal fica comprometida a partir do momento em que este for devidamente destituído ou incapaz de nomear,

de significar e de interpretar as necessidades de um e de outro. Em trabalhos clínicos, observa-se certa dificuldade de acolhimento de um dos parceiros quando o outro adocece. Percebe-se que o adoecimento de um cônjuge pode fragilizar a relação, pois se torna campo fértil para fantasias e fantasmas perturbadores. No adoecimento de um dos cônjuges, o fantasma se estabelece como sombra de um legado de representações transgeracionais e intersubjetivas, comprometidas até com os objetos póstumos (Abraham e Torok, 1995).

Os objetos póstumos, segundo Torok (1968[1995]), vêm pela introjeção póstuma, que compreende uma maneira do sujeito entender a morte não elaborada de um de seus genitores. Ou seja, o sujeito, após a morte de um dos pais, tenta adoecer e se curar, com um sentido paradoxal, procurando compreender e representar com a própria doença aquilo que os próprios pais não conseguiram entender com a doença deles. Ainda Abraham (1975[1995]) acrescenta que os fantasmas não são os falecidos que vêm possuir a subjetividade de um dos membros, mas são as lacunas deixadas no sujeito pelos segredos dos outros. Se um fantasma não está ligado à perda de um objeto, ele não poderia ser o resultado de um luto falho, mas a incorporação de um túmulo em si, ou daquilo que não foi elaborado pelo outro ancestral. Seguindo, completa “o fantasma que volta a encarnar é o testemunho da existência de um morto enterrado no outro” (p. 395). O efeito do fantasma se estende de uma geração para outra, atenuando progressivamente ou extinguindo-se diante de novas possibilidades de transformação, a partir de uma escolha amorosa.

Retomando a idéia de adoecimento somático no casal, tem-se em mente que a escolha amorosa também pode estar comprometida com a imagem impressa da mãe arcaica, desinvestida de libido, cujos laços conjugais atuais foram imbricados por traços oriundos das primeiras relações pré-verbais do bebê com a figura materna. Em caso de adoecimento de um dos cônjuges, a somatização se transmitiria de pais para filhos por esses traços. A partir dessa consideração, pode-se estabelecer uma relação entre adoecimento somático, escolha conjugal e relação materno-bebê. Para Granjon (1993), o nascimento de um filho corresponde a um organizador familiar específico, cujo momento faz mobilizar o casal conjugal e toda a família. O nascimento constitui-se num organizador das pulsões de vida e de morte desse grupo, apresentando as suas imbricações, suas diferenciações e suas composições tanto em nível dos espaços intrapsíquicos, quanto em nível do espaço psíquico familiar, ou particularmente do casal. O adoecimento do corpo fundamentar-se-ia nas circunstâncias do nascimento, e ressurgiria em momentos significativos como a escolha conjugal, não

permitindo que esta possa funcionar e elaborar o legado do passado pelas gerações anteriores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de uma gama de fatores colaboradores para o adoecimento somático do casal, a existência de baixa qualidade de projeções e de introjeções, permeadas por um crescente desinvestimento libidinal, revela-se uma rede de articulações possíveis onde as histórias familiares dos cônjuges podem representar um dos conteúdos comprometedores da saúde.

Postula-se a existência de uma estreita relação entre adoecimento do corpo e as relações vinculares do casal. O vínculo tecido pelo casal pode apresentar um desinvestimento gradativo de libido, a partir de uma identificação com um objeto-morto. As relações intersubjetivas de um casal podem conter fatores psíquicos comprometidos com traços doentes, herdados inconscientemente da história familiar dos cônjuges. A identificação, a projeção e a introjeção compreendem alguns processos psíquicos de base na relação conjugal que podem estar associados a uma personagem da história familiar parental ou ancestral. O desinvestimento libidinal é mantenedor de um “morto-fantasma” transmitido pelas gerações e ressuscitado na relação atual. Considera-se o adoecimento somático no casal a possibilidade da existência de um fantasma herdado, que atravessa a escolha conjugal e é ressuscitado no decorrer da relação. Um dos cônjuges adocece por não ter encontrando na relação um outro lugar de representação e transformação do fantasma em herança. A herança transmitida inicia-se na história familiar anterior do casal, cuja história pré-verbal com a figura materna pode ter sido comprometida com a presença de um objeto-doente ou de um objeto-morto herdado pela mãe, colocando em risco a qualidade do funcionamento psíquico dos sujeitos envolvidos.

Considerando a somatização como um desinvestimento libidinal progressivo no processo de projeção e introjeção, o casal pode ter a sua relação invadida por um fantasma do passado. Este fantasma pode ser atribuído a um trauma anterior vivenciado e a um conteúdo velado herdado nas primeiras relações com a mãe e projetado na relação conjugal atual. O comprometimento do vínculo libidinal no casal reflete-se também, na qualidade das projeções/identificações e introjeções necessárias para a construção e transformação da relação conjugal ao longo do tempo.

## REFERÊNCIAS

- Abraham, N., & Torok, M. (1995). *A casca e o núcleo*. São Paulo: Escuta.
- Abraham, N. (1975[1995]). Pequenas anotações sobre o Fantasma. In N. Abraham, & M. Torok. *A casca e o núcleo* (pp. 391-97). São Paulo: Escuta.
- Anzieu, Didier. (1993). *O Grupo e o Inconsciente: o imaginário grupal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aulangnier, Piera. (1985[2001]). Nascimento de um corpo, origem de uma história. In J. McDougall. *Corpo e História* (pp. 105-149). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Azevedo, M. M. dos A. (2001). *O adoecimento do seio e a transmissão psíquica*. [Dissertação de Mestrado], Rio de Janeiro: Departamento de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 113f.
- Cunha, M. S. R. da. (1996). *Trauma e Impasse nos três tempos do adoecer somático*. [Tese de Doutorado], Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia da PUC-RJ. 308f.
- Cunha, M. S. R. da, & Lisboa, A. V. (1999). *Pesquisa sobre o risco do adoecer em mulheres com historia familiar de câncer de mama*. Juiz de Fora: Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Déjours, C. (1989). *Repressão e Subversão em Psicossomática – Investigações psicanalíticas sobre o corpo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Diniz, T., & Brun, G. (1992). *“Terapia do divórcio”*. Nova Perspectiva Sistêmica. Instituto de Terapia Familiar.
- Eiguer, A. (1984). *La thérapie psychanalytique de couple*. Paris: Dunod.
- Eiguer, A. (1985). *Um divã para a família*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Eiguer, A. (1995). *O parentesco fantasmático: transferência e contratransferência em terapia familiar psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Féres-Carneiro, T. (2004). Construção e dissolução do laço conjugal na terapia de casal. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp. 201-214). Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio.
- Filgueiras, M. S. T.; Lisboa, A. V.; Macedo, R. M.; Paiva, F. G.; Benfica, T. M. S.; Vasques, V. A. (2007) Avaliação Psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. In *Estudos de Psicologia*. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Campinas, SP, (24)4, 551-60.
- Granjon, E. (1993). *La naissance: organisateur spécifique familial*. Grenoble: APSYG.
- Kaës, R. (1997). *O grupo e o sujeito do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kernberg, O. T. (1995). *Psicopatologia das relações amorosas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lisboa, A. V. (2005). *Família e adoecimento do corpo: estudo da transmissão psíquica geracional e da intersubjetividade familiares*. [Dissertação de Mestrado], Departamento de Pós-graduação em Psicologia da PUC Rio de Janeiro. 109f.
- Lisboa, A. V., & Féres-Carneiro, T. (2005). Quando o adoecimento assombra e une o grupo familiar. In *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, 17, 184, 40-48.
- Lisboa, A. V., Féres-Carneiro, T., Jablonski, B. (2007). Transmissão intergeracional da cultura: um estudo sobre uma família mineira. In *Psicologia em Estudo*, Maringá, SC, 12, 1, 51-59.
- McDougall, Joyce et al. (2001). *Corpo e História*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2003). A conjugalidade na série identificatória: experiência amorosa e recriação do eu. In *Revista Pulsional de Psicanálise*, São Paulo, 16, 176, 41-50.

- Marty, P. (1980). *L'ord. psychosomatique*. Paris: Payot.
- Marty, P. (1993). *A Psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e Psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nicolló, A. (1995). O modelo psicanalítico de funcionamento do casal. In M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu (Org.). *O casal em crise* (pp. 75-90). São Paulo, Sumus.
- Puget, J., & Berenstein, I. (1993). *Psicanálise do casal*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ruiz Correa, O. B. (2000). *O Legado Familiar: a tecelagem grupal da transmissão psíquica*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Torok, M. (1968[1995]). Doença do luto e fantasia do cadáver saboroso. In N. Abraham, & M. Torok. *A casca e o núcleo* (pp. 215-35). São Paulo: Escuta.
- Winnicott, D. W. (1967[1999]). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. Winnicott. *Tudo começa em casa* (pp. 03-22). São Paulo: Martins Fontes.

Recebido em: abr./2007. Aceito em: fev./2008.

**Autoras:**

Aline Vilhena Lisboa – Doutoranda em Psicologia Clínica pela PUC-Rio. Membro pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Investigação em Psicossomática da Universidade Federal de Juiz de Fora. alinevlisboa@ig.com.br  
Terezinha Féres-Carneiro – Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/SP, Pós-doutorado em Psicoterapia de Casal e Família pela Universidade de Paris 5, Professora Titular do Departamento de Psicologia da PUC-Rio. teferca@psi.puc-rio.br

**Endereço para correspondência:**

TEREZINHA FÉRES-CARNEIRO  
Rua General Góes Monteiro, 8 – Bloco D, apto 2403  
CEP 22290-080, Rio de Janeiro, RJ  
E-mail: teferca@psi.puc-rio.br