

Fenômeno Psicossomático (FPS) – Entre a Psicanálise e a Medicina

Maria Carolina Bellico Fonseca*

Resumo

A autora parte do reconhecimento da importância da Medicina e da Psicanálise na abordagem do fenômeno psicossomático (FPS), para fazer uma reflexão acerca das diferenças entre esses campos de saber. De um lado, o discurso médico em sua cientificidade e objetividade e de outro, o discurso psicanalítico não normativo, que visa o surgimento do desejo e do sujeito do inconsciente; o primeiro evitando qualquer tipo de erro e o segundo fazendo do erro, do tropeço, uma baliza para o tratamento. Saberes diferentes que deveriam se aliar na escuta e tratamento do sujeito que, para além da doença, sofre também de angústia.

Palavras-chave: Fenômeno psicossomático (FPS); Medicina; Psicanálise ; Corpo; Discurso; Escuta

“É nesse ponto que se estabelece uma distinção radical entre psicanálise e medicina, pois é o princípio mesmo de uma função superegóica de uma ordem perante a qual devemos nos curvar e nos adaptar que a psicanálise põe em questão, tanto em sua relação com os poderes públicos quanto em uma cura individual. Ordem que está na base da sugestão hipnótica e da posição de sujeito que sabe assumida pelo médico.” (Jorge, MAC in Clavreul, J., 1983, p. 14)

* Membro do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais

Muitos progressos têm sido feitos tanto em medicina quanto em psicanálise. Na primeira, com o desenvolvimento da tecnologia, curas, antes tidas como impossíveis, têm sido vislumbradas e alcançadas vencendo, muitas vezes, o embate com a morte. Quanto à segunda, desde Freud, podemos dizer que se fizeram progressos significativos através do trabalho e das teorias de grandes analistas como Ferenczi, Klein, Lacan que, mesmo discordantes entre si, têm possibilitado uma maior compreensão do psiquismo e intervenção no tipo de sofrimento que este pode acarretar ao ser humano. Assim, as histéricas, obsessivos, fóbicos, perversos e psicóticos tiveram a chance de serem escutados para-além do histrionismo, da esquisitice, da maldade ou da loucura. Campos de trabalho diferentes, manejos diferentes na abordagem do indivíduo, mas que visam a saúde possível ao sujeito, quer seja através do bom funcionamento orgânico quer seja pelo encontro com o desejo.

Todavia há uma forma de adoecimento que resiste às pesquisas, exames e medicação, normalmente cede ao tratamento orgânico mas, sempre volta, colocando paciente e corpo médico diante de um enigma – o que é isso que não é virótico, bacteriano ou causado por agentes externos que *insiste* em reaparecer? Doenças que aparecem sob a forma de lesões e que acometem o corpo em surtos de psoríase, alopecia ou asma. Cânceres inexplicáveis mesmo considerando-se as investigações genéticas, uma vez que nem todos aqueles que possuem o gene desenvolvem a doença. Além disso, pesquisas importantes têm sido publicadas como a do Departamento de Saúde Pública da Universidade de Helsinki com 10.808 mulheres portadoras de câncer

de mama admitindo que (...) “os eventos da vida e as reações psicológicas que os acompanham podem também aumentar o risco de câncer de mama” (...) (Lillberg, K. *et al*, 2003, p. 422) e concluindo que o *stress* causado por fatores psíquicos pode interferir no aumento ou diminuição de secreção de vários hormônios e acelerar o desenvolvimento do câncer.

Médicos, enfermeiras, assistentes sociais, profissionais *psi*, dedicam-se ao cuidado desse tipo de paciente, às vezes chamado de “psicossomático”, que talvez seja o mais difícil que se apresenta para tratamento, pelo fato de seu “mal” resistir aos cuidados que lhe são dispensados. Quase sempre eles vão de consultório em consultório, após inúmeras e pouco frutíferas tentativas de tratamento, com um diagnóstico vago de “problema psicológico ou psicossomático” que, ou não compreendem ou não aceitam. Sua demanda é geralmente dedicada ao médico numa tentativa de certificação da causalidade física e, principalmente, de uma terapêutica salvadora que lhes resgate a saúde e até mesmo a vida. Quando encaminhados a analistas, às vezes consentem, com relutância, na aceitação de algo além do fisiológico em sua doença, mas nem por isso o tratamento transcorre com tranquilidade uma vez que não se sentem implicados no seu adoecer.

É sabido que Freud não dirigiu suas pesquisas à psicossomática, porém, vários psicanalistas, desde Groddeck, têm se dedicado ao estudo deste tipo de afecção que faz fronteira com o corpo e o psiquismo, mas poucos construíram um saber consistente. Constantemente confundido com o sintoma neurótico, esse fenômeno clínico tão difícil de ser abordado, que desafia médicos e psicanalistas, diferencia-se do sintoma por não ter estrutura metafórica e não

se deixar apreender pela linguagem, por se tratar de uma manifestação do real. Como tal ele condensa angústia, gozo e muito sofrimento no corpo. A medicina tenta abordá-lo com exames e medicações de última geração, mas ele sempre escapa. O mesmo ocorre com as teorias *psi* – algumas tratam as manifestações do fenômeno psicossomático como o fazem com o sintoma neurótico caindo numa atribuição de sentido de consistência imaginária. O fenômeno psicossomático (FPS), por ser uma incidência do real, não tem sentido como o têm as formações do inconsciente, trata-se antes de um enigma, um hieróglifo, como nos lembra Lacan (1975), impossível de ser totalmente apropriado por teorias. Ele é, antes, bordejado.

Não pretendemos aqui negar o valor de nenhum tipo de saber, reconhecemos a importância da medicina e da psicanálise na abordagem de afecções psicossomáticas, ou seja, não estamos propondo nenhum tipo de *psicologização*, seria antes uma reflexão acerca das diferenças e impossibilidades na condução dos casos a partir dos lugares do médico e do analista, pois existe uma demanda de tratamento que precisa ser atendida, ou melhor escutada, tanto pelo saber veiculado pela medicina quanto por aquele veiculado pela psicanálise. São diferentes formas de tratamento desse real que deveriam se somar, mas que muitas vezes se excluem... Discursos diferentes, com agentes e verdades diferentes, como nos lembram Clavreul (1983).

O discurso médico sustenta-se por sua cientificidade e objetividade, que são o seu “imperativo metodológico”, como nos lembra esse autor; isso implicará na exclusão da subjetividade tanto do médico quanto do paciente, ambos alienados no saber da ciência.

Ao contrário do analista, que defende o direito à subjetividade e ao desejo impossíveis de serem captados pelo discurso científico, o médico, praticante de uma ciência herdeira das teorias cartesianas, é levado em sua formação a assumir esse saber como verdade. Sua formação se dá entre mestres e seu objetivo é tornar-se um deles – mestre do conhecimento sobre a doença e a cura do indivíduo, responsáveis e responsabilizados pela vida e pela morte. O médico tem ao seu dispor o conhecimento acumulado desde Hipócrates e toda tecnologia de última geração com possibilidade de esquadrihar cada célula do organismo humano. Ele, deste modo, não se dirige ao sujeito, mas a um corpo que pode ser manipulado, cortado, examinado e que a medicina tenta apreender com exames e terapêuticas ultramodernas. Corpo dessubjetivado cujo saber sobre a doença é negado, assim como a interferência do psiquismo no adoecer, ou, como diz Benoit (1989), nega-se a existência de uma “vida secreta do paciente”, para além das leis do organismo-máquina. Assim, podemos dizer que não há uma escuta em termos analíticos, seria antes uma leitura de sintomas corporais balizada por normas do bom funcionamento, ou da saúde em termos biológicos.

O sujeito, tanto do médico quanto do paciente, não tem lugar nesse discurso normativo. Ambos são capturados por esse algo que lhes preexiste e que lhes designa previamente um lugar, lugar de quem sabe das leis de funcionamento do corpo e lugar de quem sofreu/provocou a infração dessas leis. Lugares que não deixam espaço para afeto ou sensibilidade; aliás, a figura caricata do médico frio, distante, cientista é comum no imaginário das pessoas. Tal figura se aproxima mais de um juiz que julga o cumprimento das leis e

aplica sanções, do que de alguém que se dedica ao tratamento de pessoas.

Em psicanálise, ao contrário, o analista se dirige a um sujeito, sujeito que sofre daquilo que não pode ser colocado em palavras e que, por vezes, *passa ao corpo* numa última forma de expressão. Diferentemente da medicina, aqui não se faz uma seleção daquilo que é dito pelo paciente restando-se apenas o que convém ao estabelecimento de um diagnóstico e de um tratamento a fim de se evitar uma possível indução ao erro. Não, em psicanálise a palavra é livre e o analista não tem um conhecimento prévio daquilo que possa ser importante para cada caso, de acordo com normas pré-estabelecidas. O discurso analítico não é normativo, ele visa o surgimento do desejo e do sujeito do inconsciente recalçados. Ao contrário do discurso médico que necessita se proteger contra o erro que pode ser fatal, aqui, o erro é o fio condutor e possibilita a apreensão de *flashes* daquilo que sempre nos escapa, mas que pode ser capturado na escuta. A psicanálise trabalha, assim, com a desalienação do sujeito nos significantes de um Outro, indo contra o discurso dominante, atuando, portanto, como um discurso revolucionário ao auxiliar na libertação da palavra e do desejo. A medicina, de maneira inversa, perpetua tal alienação, como nos lembra Jorge (1980).

O corpo em psicanálise está além do organismo-máquina esquadrihado pela ciência; ele é paralelo ao corpo biológico, não é dado desde o nascimento, mas construído nas primeiras relações com a mãe, que, ao cuidar de seu filho, marca-lhe o corpo libidinalmente, à medida que o deseja e lhe atribui significados. Em outros termos, o corpo do *infans* vai deixando de ser um simples organismo biológico

e vai sendo humanizado, marcado pela energia sexual e pelo desejo, e dele o indivíduo vai se apropriando, ou não. É desse corpo pulsional, erógeno, que se trata em psicanálise; corpo marcado, em última instância, pela linguagem e pela falta, cuja satisfação é sempre incompleta, desencanaçada, o que mantém o sujeito como eterno desejante. Desejo de muitas expressões, muitas roupagens, e que só finda com a morte do organismo.

Trata-se de um corpo diferente daquele ao qual a ciência médica se dedica: corpo organismo, matéria reativa, máquina cujas falhas podem ser estudadas, examinadas, manipuladas, medicadas, enfim, compreendidas pelo cientista. Valas (1988) afirma que o corpo biológico não é real, pois o real deste corpo é “pulverizado” à medida que nos aproximamos dele por meios científicos, enquanto que, em psicanálise, “quando falamos de corpo trata-se do corpo próprio em seu aspecto animal, corpo vivo emparelhado ao gozo através da libido, quer dizer do desejo” (Valas, 1988, p.7). Além disso, como se trata do corpo de um ser falante (*parlêtre*), ele é, também, um organismo que, a partir da incorporação da linguagem, pode ser analisado em três dimensões: o Real, o Simbólico e o Imaginário:

? Corpo real \Rightarrow é a carne viva com sua pulsação de gozo. Aqui o corpo próprio é considerado o Outro radical (A).

? Corpo simbólico \Rightarrow é o corpo vazio separado de seu gozo pela operação do significante (o gozo se refugia nas zonas erógenas). Esse corpo é o Outro do significante, significante que despedaça o corpo próprio.

? Corpo imaginário \Rightarrow é o que dá forma e consistência de corpo ao vivente antes que se dissolva pela morte (Valas, 1988, p. 7-8).

Podemos pensar que a ciência biológica, diante do organismo enfermo, tende a desconsiderar o ser pulsional, uma vez que a dimensão do gozo é excluída, promovendo uma clivagem no sujeito – soma/psique – na qual apenas o corpo, como organismo, ou um conjunto composto por partes, receberá sua atenção, exames e medicação. A segunda parte, a psique, estrutura psíquica inconsciente, inundada pela libido, marcada pela linguagem, quando lembrada, está esvaziada do sujeito e se torna objeto da psiquiatria. Como nos diz Lacan: “O que ocorre não é que a ciência se oponha ao sujeito, é que o arranca da linguagem, o expulsa. Cria fórmulas de uma linguagem vazia de sujeito” (Lacan, 1967). O indivíduo, assim alijado de seu ser pulsional, semicompreendido, queda dessubjetivado, apassivado pelo saber da ciência, e se alia a ela para combater um “mal/mau”, que lhe é sempre externo – não existe furo nesse saber, tudo tem explicação, tudo tem resposta mesmo que vaga (daí a metáfora usada para referir-se à ciência como “conhecimento paranoico”), pois ao arrancar o sujeito da linguagem o que se nega é sua dimensão inconsciente, aquela que nos traz o mal-entendido. Até mesmo o “fator emocional”, quando lembrado, é usado como resposta obturadora de uma outra dor, diante da qual há um desconcerto tanto do paciente quanto do médico. Emocional que muitas vezes se confunde com a intenção consciente, que podemos constatar nas falas do tipo: “Fulano fez um câncer.”

Em psicanálise dizemos que o corpo é tomado pela pulsão desde o início da vida. Antes da entrada da linguagem, podemos pensar, em termos puramente lógicos, que se trata do corpo todo, não castrado, em estado de gozo. É a partir da intervenção do significante

da lei, da metáfora paterna, que haverá um corte e um esvaziamento desse gozo, ou seja, a pulsão passará a ser restrita às bordas corporais, às zonas erógenas. Pois

“...a incorporação da estrutura de linguagem exerce sobre o corpo um efeito preciso, que é a separação do corpo e do gozo, princípio a que se pode chamar sua evacuação, seu esvaziamento, o fato deste gozo estar reservado a certas zonas do corpo, ditas erógenas por Freud. E isso nos conduz a supor o corpo – eu desenvolvi recentemente este tema – como deserto de gozo – o que tem relação com o hieróglifo no deserto” (Miller, 1990, p.92).

Além disso, como resultado dessa ação significativa ocorre a fragmentação, desvitalização e mortificação do corpo. “A incorporação da estrutura tem um efeito mortífero, mas o gozo, ao contrário, é uma função vital (...) a linguagem mata o corpo (...) a articulação significativa mesma é fragmentadora para o corpo” (Miller, 1999, p.27) .

Não se trata, portanto, do corpo como um simples organismo da natureza, mas de um efeito de linguagem, marcado pelo Outro. Daí não podermos pensar, em psicanálise, na separação soma/psique como o faz a ciência médica ao criar a terminologia psicossomática. Ao contrário, aqui se tira a barra entre o psíquico e o soma e pensam-se os dois juntos, faces de uma mesma coisa, como numa banda de *Moebius*, na qual não se pode determinar onde se inicia uma e termina a outra, na qual o sintoma em um está enraizado no outro. Por outro lado, não queremos dizer que, por ser um efeito de linguagem, tudo o que ocorre no

corpo tem resposta, pois o significante não tem como abarcar, dar sentido a tudo que vem do real, ou seja, lidamos com o furo no saber, diferente do saber da ciência que forclui aquilo que não é literalizado.

Posturas diferentes, lugares diferentes, saberes necessários. Não é possível exigir que o médico seja analista na relação médico-paciente, pois existe um lugar ao qual ele é convocado que é incompatível com essa utopia. Por outro lado sabemos que mesmo ao analista médico deve ser vetado o esquadrinhamento do corpo pelo saber da ciência devido à dificuldade de se sustentar, enquanto agente de discurso, em dois lugares tão diferentes e excludentes na relação com o paciente: causa de desejo e S1. O caminho talvez seja a sensibilização de alunos e profissionais da ciência médica para um outro tipo de escuta desse paciente que se coloca como um desafio ao seu saber – o psicossomático. Escuta de um outro conteúdo, para além do significante, pois deveria caber a ele não apenas tratar do biológico, mas ainda escutar, sensibilizar e encaminhar os pacientes para abordagem de um outro saber. Isso não impediria que ele continuasse a ser médico com toda objetividade que a ciência lhe exige e talvez o ajudasse a se manter sujeito na condução da cura, um sujeito mais humano, menos passivo diante da ordem vigente e da primazia do discurso capitalista que tem, entre outros, o efeito de diminuir o tempo das consultas para o aumento da produção, e que se deixa levar, muitas vezes, pela lei de mercado ditada pelas indústrias farmacêuticas. Com tão pouca crítica, tão pouco tempo e ainda pressionado pelo mercado, não há sujeito, não há lugar para a escuta, apenas para o esquadrinhamento do corpo pelos raios X e seu

enquadramento na ordem da Ciência.

Quanto aos analistas, vale o alerta de que, em se tratando de FPS, a medicina tem também um saber sobre a lesão orgânica que deve ser respeitado e considerado – analisando com câncer pode morrer caso não seja medicado. Além disso, vale também lembrar a recomendação de Valas sobre como operar com isso na clínica:

“(...) Como fazer? Justamente deixar o sujeito dizer, deixar ir de maneira refletida o livre jogo de sua angústia, de modo que possa se produzir um distanciamento, uma flutuação, por onde o sujeito terá a oportunidade de sair desse ponto de petrificação, de congelamento, fixado que está no gozo específico de sua lesão. Pouco a pouco ela vai ganhar sentido para ele” (Valas, 2004, p.124).

Cautelosamente, porém, esse autor adverte que, em caso de remissão do FPS, não é possível afirmar que ela foi obtida graças a “intervenção precisa referente a um significante causal” (como ocorre com o sintoma), uma vez que o analista age mais sobre uma “constelação” de significantes “que vão se agenciar segundo a ordem de uma outra cadeia” (Ibidem); daí muitas vezes elas (as remissões) acontecerem sem o conhecimento do analista e até mesmo do analisando. Além disso, ele observa que “deixar livre a angústia, quer dizer também não muita angústia” (Valas, 2004, p.126), o que pressupõe uma intervenção médica, quando ela se faz necessária, uma vez que a palavra não é todo-poderosa.

Saberes diferentes que podem se aliar na escuta e tratamento de indivíduos que necessitam, entre outras coisas, apropriar-se de suas angústias, ou talvez seja melhor dizer, bordejá-las.

Talvez, assim, seja possível diminuir as passagens ao corpo efetuadas através de lesões orgânicas, escritas impossíveis de serem lidas, mas cujo gozo pode ser diminuído pela via da palavra.

Abstract

The author starts recognizing the importance of the Medicine and the Psychoanalysis in the approach of the psychosomatic phenomenon (PSP), to make a reflection concerning the differences between these fields of knowledge. Of a side, the medical field, more scientific and objective and of another one, the psychoanalytical field not normative, that has in view the desire and the unconscious subject. The first one avoids any kind of error and the second deals with it. In the author's opinion, these different knowledges would be allied on the treatment of the subject that, beyond the disease, also suffers with the anxiety.

Keywords

Psychosomatic phenomenon (PSP); Medicine; Psychoanalysis; Body; Discourse - listening

LILLBERG K., VERKASALO, P.K., KAPRIO, et al. *Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: A cohort study in American Journal of Epidemiology*, v. 157, n. 5, 2003, USA.

MILLER, J.-A. Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático. P. 87-97. IN WARTEL, Roger et al. *Psicossomática e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

MILLER, J.-A. Extimidad del goce – Hacia uma clinica lacaniana del FPS, p. 13-39. IN GORALI, Vera (Compilación). *Estudios de psicossomática*. Buenos Aires: Atuel-Cap, v. 4, 1999.

VALAS, P. El cuerpo en la biología, la medicina y el psicoanálisis, p. 5-10. IN *Vectores del acontecer analítico*, 4/5, Nov/1988. Publicación de la Biblioteca Internacional de Psicoanálisis.

VALAS, P. Um fetiche para ignorantes: a psicossomática, p. 113-126. IN *O corpo do outro e a criança*. Rio de Janeiro, ano XXIII, n. 33, 2004. Publicação da Escola Letra Freudiana.

Recebido em 18/05/2007

*Endereço para correspondência:
Rua Santa Rita Durão, nº 321 - sala 511
Bairro Funcionários - BH -MG
Cep 30140-110*

Referências

BENOIT, P. *Psicanálise e medicina – teoria e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. 142 p.

CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983. 274 p.

JORGE, M.A.C. Discurso médico e discurso psicanalítico, p. 7-25, in CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983. 274 p.

LACAN, J. La lógica del fantasma in *Los Seminários de Jacques Lacan*. Edição eletrônica em espanhol. Clase 15, de 12 de abril de 1967.