

# FENÔMENOS PSICOSSOMÁTICOS E REFLEXÕES PSICANALÍTICAS

Isabela Cristina Lemos  
Jerto Cardoso da Silva

## RESUMO

A presente pesquisa parte de um estágio de Psicologia em um serviço-escola onde utilizou-se enquanto estratégia metodológica o estudo de caso, tendo em vista que existe uma delimitação conceitual daquilo que será objeto da investigação. Nesse caso, trata-se dos fenômenos psicossomáticos (FPS) compreendidos através de embasamento psicanalítico. Através dessa metodologia, faz-se a compreensão de forma breve da história clínica da paciente em questão, demarcando que há um cuidado ético nessa escrita o que pode por vezes delimitar as informações com o intuito de não reconhecimento da paciente. Especificamente sobre suas queixas estão as dores intensas pelo corpo, bem como dores de cabeça, que não são explicadas pelo saber médico. Deste modo, a discussão e resultados procuram relacionar conceitos com os sintomas e funcionamento e conhecer de forma mais contundente os fenômenos psicossomáticos. Discute-se as raízes da psicossomática, bem como características e modos de funcionamento de pacientes que apresentam FPS. Após, explicita-se o modo de comunicação desses pacientes que, nesses casos, pretende preencher os espaços de vazio aterrorizante. Pois, nos estados psicossomáticos é o corpo que funciona na lógica de lidar com os vazios, como não-saber e com a falta de sentido e lida dessa forma quando a mente se apresenta incapaz de elaborar algum conteúdo ou produto particular do inconsciente. A pesquisa procurou refletir também sobre aspectos dos FPS e a relação com a clínica psicanalítica, destacando que a relação materno-filial na constituição psíquica se configura enquanto possibilidade de um equilíbrio psicossomático. Ou seja, é preciso considerar a relevância das relações primordiais para a constituição desse equilíbrio, ponderando o valor crucial das experiências denominadas precoces tanto na organização da pulsão, quanto na estruturação das formações inconscientes e das defesas. Nesse sentido identifica-se nos relatos da paciente situações vivenciadas enquanto abandono no começo de sua história, bem como a dificuldade de expressão e um distanciamento desse corpo que sofre. Através do presente estudo, entende-se que a clínica psicanalítica nesses casos deve buscar um deslocamento, que perpassaria a história da doença à possibilidade que o paciente possa falar sobre a sua história de vida como um todo. É tarefa do psicanalista ir construindo junto com o paciente possíveis relações, enlaçando a ordem psíquica e orgânica que constroem uma relação que não é aleatória, mas que aos olhos do paciente é. As queixas, a doença, as dores, devem fazer sentido na dinâmica subjetiva do paciente.

**Palavras-chave:** Fenômenos psicossomáticos. Psicanálise. Caso clínico.

## INTRODUÇÃO

Essa pesquisa diz respeito a reflexões teóricas sobre fenômenos psicossomáticos, temática que surgiu em função de um atendimento que venho realizando no estágio de Psicologia em um serviço-escola. A paciente em questão é adulta e é atendida pelo serviço desde o segundo bimestre de 2017. Nesta pesquisa utilizou-se enquanto estratégia metodológica, o estudo de caso, onde serão ressaltados aspectos teóricos sobre os fenômenos psicossomáticos.

Fonseca (2007) aponta que os estudos sobre a psicossomática, mais especificamente em psicanálise dos fenômenos psicossomáticos (FPS) é um desafio, pois não há teoria específica e única sobre o tema. Além disso, justifica-se o presente estudo, visto que na clínica contemporânea os fenômenos psicossomáticos são expressões significativas. Consta neste trabalho, a exposição de aspectos acerca da metodologia empregada e depois a partir das discussões e resultado há um breve recorte para compreender o espaço ocupado pela psicossomática no campo da psicanálise, assim como reflexões iniciais sobre as raízes desses fenômenos. No tópico seguinte, procuro dar continuidade à discussão com reflexões de possíveis funcionamentos e características dos pacientes atravessados FPS. Assim, a ideia de corpo é esmiuçada, bem como considerações sobre a clínica e a relação com esses fenômenos.

Destacando alguns aspectos do caso que suscitou o interesse em destacar como objeto de investigação os fenômenos psicossomáticos, a paciente apresentava crises de choro durante a escuta do plantão psicológico do serviço, relatando estar sentindo muitas dores intensas por todo corpo, bem como dores de cabeça e alguns episódios de insônia. As queixas ligadas ao corpo não eram enlaçadas com algum acontecimento específico, ou seja, parecia não existir sentido e relação com a vida da paciente. Percebeu-se também a dificuldade em falar sobre essas queixas, a sensação é que não haviam palavras. As dores já ocorriam há alguns meses e a paciente questiona-se sobre o seu aparecimento apenas através de exames e consultas médicas. Dessa forma, realizou muitos exames para descartar patologias físicas e nada foi encontrado. Através das suas narrativas fica evidente que seu corpo responde muito aos seus estados emocionais, mas essa relação não se apresenta direta.

## **METODOLOGIA**

Enquanto metodologia para a realização dessa pesquisa utilizou-se como ferramenta o estudo de caso, considerando os cuidados éticos, bem como informações ainda incipientes devido ao pouco tempo de atendimento, existem mais reflexões acerca do objeto de investigação, os fenômenos psicossomáticos. Compreende-se por estudo de caso, “a escrita da clínica analítica, do *“pathos”*, incluindo, além da sua mera descrição, a sua teorização”. (GUIMARÃES; BENTO, 2008, p.93).

Assim, entende-se que o analista visa a saúde mental de seus pacientes e faz isso através de conhecimentos adquiridos na clínica, mas também por meio da teoria. Nesse sentido, cabe considerar o que é importante para a escrita da clínica analítica de forma muito sucinta: o primeiro passo a construção da história clínica, enfocando a sintomatologia, referente ao seu aparecimento e as manifestações, sendo após focado a história do tratamento do paciente para que assim, possa se fazer a escolha, ou mais

especificamente a delimitação da situação-problema, conforme Guimarães e Bento (2008). Assim, no item anterior expomos questões referentes a sintomatologia, para que posteriormente possa se fazer as reflexões teóricas.

Franke e Silva (2012) também ressaltam o compromisso assumido pela comunidade psicanalítica referente a produção de conhecimento, bem como reflexões que suscitem em evoluções acerca da teoria e técnica, evidenciando a importância em fazer pesquisa em psicanálise. Pode-se dizer que a psicanálise é um método de investigação do inconsciente e que os mesmos princípios que norteiam a clínica, devem nortear a pesquisa também, onde a realidade, ou seja, a relação que o paciente constrói com o mundo, é construída pela realidade psíquica. Para construção do estudo de caso é imprescindível a omissão de aspectos que possam vir a serem reveladores quanto à identidade do paciente. Dessa forma, o intuito de realizar pesquisa em psicanálise é a possibilidade de abrir novos sentidos sobre os dados, sendo essa sua essência, ou seja, é um instrumento de grande relevância para o fazer psicanalítico.

## **DISCUSSÃO E RESULTADOS**

### **Psicossomática: as suas raízes**

Volich, Ferraz e Arantes (1998) ao falarem sobre o termo psicossomática psicanalítica apontam que é explícito o quanto os estudos sobre psicossomática são afetados pela psicanálise e que esta deve ser compreendida a partir da psicanálise. Portanto, dentro dessa pesquisa se faz importante mencionar que a discussão teórica escolhida é uma área de relevância dentro desse saber.

Apesar de não criar uma teoria acerca da psicossomática, o pai da psicanálise, Sigmund Freud, realizou estudos revolucionários constatando que o corpo é suscetível as vicissitudes da mente e não apenas às causas biológicas. Entretanto, mesmo não construindo uma teoria específica sobre a temática seus estudos foram a base para que outros autores pudessem correlacionar o biológico e o psicológico. (PERES, 2006). Volich, Ferraz e Arantes (1998, p. 19) também ressaltam a relevância de Freud, “de ponta a ponta – nas suas descobertas sobre os sonhos e sobre a sexualidade, nos modelos do aparelho psíquico e das pulsões, sua obra apresenta uma reflexão sobre as relações entre o psíquico e o somático”.

Além disso, as pesquisas sobre corpo estão inseridas na psicanálise desde a sua fundação, focando no tratamento de doenças já que essas se manifestavam no corpo, no caso dos sintomas e da angústia (afetos). Entretanto, as afecções ditas somáticas ocuparam um lugar diferente, mas é importante destacar que a questão do corpo sempre se fez importante para a psicanálise. (FONSECA, 2010).

Em relação a isso, Fonseca (2007) coloca que o ser humano sempre procurou pelo

alívio de suas dores, tendo a medicina e a ciência um espaço fecundo a partir desse desejo de “curar-se”. Contudo, existem formas de adoecer que escapam aos limites orgânicos e se relacionam ao sujeito que sofre. Nesse sentido, “o corpo é a sede de manifestações que ao mesmo tempo escapam a esse saber médico e anunciam que há um sujeito em causa. Neste cenário, a via somática é a privilegiada para as manifestações do sujeito, como tentativa de constituição de uma demanda ao Outro”. (RINALDI, NICOLAU e PITANGA, 2013, p.97).

Pensando sobre as raízes não apenas teóricas, mas relacionadas ao sofrimento dos sujeitos, Ávila (1996) aponta que analiticamente o corpo sofre de forma psicossomática quando a mente está se apresentando incapaz de elaborar algum conteúdo ou produto particular do inconsciente. “O sintoma psicossomático é, simultaneamente, uma queixa e uma questão subjetiva”. (ÁVILA, 1996, p.187). O que quer dizer que mesmo que a pessoa não se pergunte acerca dos seus sintomas e das suas dores não pode negar o universo de significações em que está mergulhado.

Outra tentativa de pensarmos sobre as raízes da psicossomática é a partir de McDougall (2000) que explica que sua ocorrência se dá quando psiquismo está privado de palavras. Ou seja, alguma representação foi ejetada do consciente e não foi recuperada sob forma de sintoma ou sublimação. Nesse sentido, algumas cenas clínicas me lembram da dificuldade da paciente conseguir expressar o que está sentindo ou aquilo que já sentiu. Dessa forma, segundo a autora, o psiquismo tenta preencher esse vazio com mensagens primitivas de origem somato-psíquicas, igualmente como durante a primeira infância, pois o infans não possui capacidade verbal. “Todos somos capazes de somatizar nossas dores mentais nos momentos em que nossas defesas habituais falham diante do sofrimento psíquico”. (MCDUGALL, 2000, p.66).

Já Fonseca (2007) tratando do fenômeno psicossomático (FPS) fala dessas origens refletindo acerca do trauma, ou seja, quando um acontecimento escapa as leis da linguagem e não é traduzido pelo simbólico. “Algo do real do trauma, escapando às leis da linguagem, não sendo traduzido em palavras e se manifestando como uma mostra no corpo”. (FONSECA, 2007, p. 232).

Isso nos leva as denominações, para a medicina quando não há causa orgânica em algumas disfunções é denominado de psicossomática, enquanto que no escopo teórico da psicanálise é preciso fazer a distinção entre sintoma e fenômeno psicossomático (FPS), especialmente para o manejo clínico.(RINALDI,NICOLAUEPITANGA,2013). Nesse sentido, dentro das discussões psicanalíticas a ideia de psicossomática parte de pressupostos diferentes e não da mesma lógica que o saber médico. Além disso, nem todas as questões orgânicas relacionadas ao psíquico são enquadradas dentro dos fenômenos psicossomáticos, muitos são os casos em que está se tratando de sintomas

especificamente.

### **Funcionamento e características**

Pensando um pouco sobre os sujeitos que apresentam FPS, é importante refletir com a autora McDougall (1996) uma psicanalista que a partir do trabalho de psicossomatistas que possuem orientação psicanalítica fez reflexões sobre o funcionamento e especificidades. Através de entrevistas com muitos pacientes em centros especializados chegou-se a aspectos comuns dos sujeitos que apresentavam afecções psicossomáticas, o que culminou no desenvolvimento de alguns conceitos principais para compreender seu funcionamento. Um conceito é o pensamento operatório que diz respeito ao modo de se relacionar com o mundo e consigo, mas também ao modo de se expressar e pensar, a autora aponta que é como se não houvesse representação das palavras. Da mesma forma, as pesquisas também caracterizam a alexitimia, quando o sujeito não consegue colocar em palavras seus estados de afeto e não o distingue entre eles, como característica.

A autora concorda com esses traços que podem apontar como um “esboço de personalidade psicossomática”, entretanto, os fenômenos anteriormente citados funcionam como função defensiva, pois levam a um estágio em que não há distinção entre objeto de sujeito de forma estável. “Essa regressão explicava, em minha opinião, o fato de que as mensagens enviadas pelo corpo ao psiquismo, ou inversamente, eram inscritas psiquicamente sem representações de palavras, como no início da infância”. (MCDOUGALL, 1996, p.27).

Peres (2006) faz uma revisão sobre dois teóricos clássicos que trabalham com a psicossomática no âmbito da psicanálise, Pierre Marty e Joyce McDougall, que já foi brevemente abordada neste trabalho e que se destacam nesse campo. O autor desenvolve mais acerca do conceito de pensamento operatório que diz respeito a pesquisas do primeiro teórico citado, afirmando, contudo, que não se trata apenas de uma modalidade de pensamento, mas sim de um modo de organização psíquica. Esse modo de organização se expressa de variadas formas: pensamentos superficiais, pouco valor libinal investido, pensamentos orientados para realidade externa, o que sugere que exista um comprometimento da capacidade de simbolização. Ainda se constata que existem condutas pouco elaboradas que tem a função de diminuir a pressão das excitações, sendo que as palavras servem como instrumento de descarga e não possuem vinculação com elementos simbólicos.

Uma característica que ainda está sendo estudada acerca do pensamento operatório se refere a diminuição da atividade fantasmática, já que essa tem a função de diminuir as excitações e realizar a integração de pulsões. Contudo, tal teórico não

desenvolveu teorias quanto a gênese desse modo de funcionamento, conforme Peres (2006),

É preciso reconhecer, por fim, que Marty e seus colaboradores não elaboraram hipóteses suficientemente esclarecedoras acerca da etiologia do pensamento operatório. O que se postula é que esse modo de funcionamento psíquico se encontra intimamente relacionado a desarmonias afetivas ocorridas na primeira infância em virtude do desempenho inapropriado – excessivo ou insuficiente – da função materna. (PERES, 2006, p.170).

Já a revisão de Peres (2006) acerca dos conteúdos de Joyce McDougall, diz respeito a “desafetação” ideia proposta por ela, que os afetos muito potentes se tornam desestruturantes e são incapazes de serem elaborados por pacientes somáticos. Dessa forma utilizam defesas muito arcaicas como propósito de evitar mobilizações afetivas. Tal processo ocorre de forma inconsciente e tem a função de excluir representações que tenham sentimentos de intolerabilidade. Contudo, esse processo não pode ser comparado ao recalque, pois não há transformação de emoções em material inconsciente, o que ocorre é mais comparado à um processo radical, de não pertencimento ao ego, “tal recurso não somente promove a exclusão de sentimentos do plano da consciência, mas também leva o indivíduo a agir como se nunca tivesse tido acesso aos conteúdos repudiados”. (PERES, 2006, p.171).

Com isso, Peres (2006) afirma que o sujeito é considerado “desafetado”, tem dificuldade de compreender seus próprios sentimentos e os das pessoas que estão a sua volta e utiliza muito o ato em si e não o trabalho mental, como nas neuroses. Entretanto, apesar deste padrão é provável que nos momentos mais estressores e de sofrimento, essas pessoas desenvolvam relações fusionais na tentativa de recriar a ilusão de unidade com a figura materna. Porém, o que pode ocorrer é a dificuldade de o indivíduo conseguir se distinguir do outro. Enquanto fator etiológico da desafetação se tem as perturbações das relações iniciais mãe-bebê, onde entende-se que a figura materna deve amparar as tensões do bebê, no intuito de protegê-lo, devendo interpretar as comunicações e estados afetivos dele.

Vale ressaltar que tanto o pensamento operatório e esse entendimento da desafetação são apenas possíveis reflexões e características prováveis sobre os pacientes que apresentam tendências a somatização. Apesar de divergências entre esses dois autores, os dois postulam que há uma marcante diminuição da capacidade de elaborar psiquicamente, “não obstante, os referidos autores reconhecem a multicausalidade do adoecimento e não atribuem exclusivamente a determinantes psíquicos a eclosão de enfermidades somáticas”. (PERES, 2006, p.174).

## **Fenômeno psicossomáticos – quando o corpo fala**

Existem algumas formas de adoecer que possuem uma raiz inconsciente e um sentido psíquico expresso, ou seja, parecido com as formações de sintomas nas neuroses. Contudo, em nem todos os adoecimentos pode-se realizar essa ligação, sendo que é dessa forma de adoecimento que esse trabalho vem tratando. Tal forma particular de adoecer é conhecida como fenômeno - o FPS (fenômeno psicossomático) como já anteriormente citei, sendo que este não possui estrutura metafórica diferindo do sintoma. (RINALDI, NICOLAU E PITANGA, 2013).

Dessa forma, Teixeira (2006) me fez refletir sobre a paciente em questão, já que aponta que nos FPS existe alguma lesão real evidenciada inclusive por exames, afirmando que nem todas as somatizações são da mesma ordem, por exemplo, no caso dos sintomas histéricos que não afetam o real do corpo. “O fenômeno psicossomático – marcado por uma sintomatologia somática não conversiva – expõem o dos de expressão do sofrimento psíquico no corpo-organismo, por alterações funcionais ou lesionais”. (TEIXEIRA, 2006, p.24).

Conforme Fonseca (2007) o corpo em psicanálise é muito diferente do que a medicina considera, pois, as escutas partem de lugares diferentes. A psicanálise parte da escuta do sujeito inconsciente, enquanto que para a medicina o corpo e o sujeito são olhados através do saber formal, lógico e científico. Na psicanálise é um sujeito escutado, é um corpo marcado pela pulsão e pela linguagem, é erogeneizado, enquanto na medicina ele é um sujeito e um corpo falado, que pode ser manipulado e dissecado. “Dessa forma, o adoecer aos olhos da Psicanálise é diferente de aos olhos da Medicina por manifestar-se não apenas num organismo, mas num corpo marcado pela linguagem e pela pulsão”. (FONSECA, 2007, p. 230).

McDougall (2000) baseada em suas experiências de análise relata que por muitos anos negligenciou as incursões dos processos do corpo nos tratamentos psicanalíticos não percebendo o quanto perdia conseqüentemente material potencial para o processo. Faz a metáfora de que os pacientes adultos que tem doenças somáticas são como bebês, mais especificamente tem o funcionamento psíquico parecido com eles, já que não conseguem utilizar as palavras enquanto veículo de seu pensamento só tendo a possibilidade de reagir psicossomaticamente a emoções complexas ou dolorosas.

Os fenômenos psicossomáticos, segundo McDougall (2000) não estão limitados apenas às doenças do soma, são “tudo aquilo que atinge a saúde ou a integridade física quando os fatores psicológicos desempenham algum papel”. (MCDUGALL, 2000, p. 22). A autora ainda traz a relação entre os primeiros anos de vida e as eclosões psicossomáticas, onde determinadas vivências ou modos de funcionamento mental na primeira infância são fatores que predispõe tais sintomas. Nesse sentido, é marcante o

relato da paciente sobre situações que ocorrem nos seus primeiros anos de vida e que ainda lhe tocam de forma intensa, situações essas que foram interpretadas como abandonos.

A experiência da autora sugere que em algum momento todos seus analisandos somatizavam e que esses momentos em que as eclosões psicossomáticas surgiam normalmente coincidiam quando o nível habitual de tolerância era ultrapassado. Contudo, ela também percebeu que algumas pessoas se expressavam e reagem por meio dos fenômenos psicossomáticos a variadas situações geralmente não mencionavam no decorrer no tratamento analítico as afecções, acreditando que essas não tinham relação com seu estado psicológico, ou seja, demonstrando pouca implicação. Dessa forma, a autora percebeu uma espécie de “padrão de comunicação” desses pacientes pela via corporal, realizando a comparação com pacientes psicóticos onde o pensamento desses pode ser considerado uma “inflação delirante” que pretende preencher os espaços de vazio aterrorizante, enquanto que nos estados psicossomáticos é o corpo que funciona nessa lógica do pensamento psicótico para lidar com os vazios, com o não-saber e com a falta de sentido. (MCDUGALL, 2000).

### **FPS e reflexões para a clínica psicanalítica**

Para a psicanálise, o fenômeno psicossomático é uma manifestação do real, “diferente do sintoma, que inscrito no registro simbólico revela o desejo inconsciente, o FPS é uma mostra não passível de ser decifrada pelo significante, ponto de angústia sobre o qual o indivíduo não possui um saber” (FONSECA, 2007, p. 231). Tais considerações surgiram através de Jacques Lacan onde por meio de seminários, especialmente o número XI o autor refletiu sobre tais fenômenos, de acordo com ele nos FPS existe uma solidificação da cadeia significante, pois as operações significantes não se realizam, assim, a emergência do desejo fica comprometida.

Dessa forma, pode-se dizer que não há endereçamento no FPS ele está na dimensão da holófrase, diferentemente do sintoma que está na dimensão da metáfora e dentro da cadeia significante. Portanto, é diferente do sintoma e das somatizações, porque o sujeito não se vê implicado e não traz nenhum tipo de interpretação sobre o que sente. (FONSECA, 2007). O sintoma está enlaçado ao simbólico, o paciente o traz na experiência analítica e tem valor de enigma para o sujeito.

Contudo, o autor (Fonseca, 2007) se questiona sobre como trabalhar com os FPS se eles não são apreensíveis pela cadeia de significantes? Segundo ele, o FPS é acionado por um significante que no sujeito tem um efeito traumático, e, portanto, é possível que o psicanalista possa trabalhar, sendo indicado inclusive por Lacan. Inclusive foi a partir dos estudos de Lacan que foi dada a possibilidade de pensar com maior propriedade teórica.



Após retomar essas diferenciações entre fenômenos psicossomático e sintoma, trago Teixeira (2006) que reflete sobre o espaço e lugar de destaque da relação materno-filial na constituição psíquica e que dá a possibilidade de um equilíbrio psicossomático do bebê. Ou seja, é preciso considerar a relevância das relações primordiais para a constituição desse equilíbrio, considerando o valor crucial das experiências denominadas precoces tanto na organização da pulsão, quanto na estruturação das formações inconscientes e das defesas. Nesse sentido, uma ideia se torna peça-chave: o inconsciente corporal

(...) como marco da encarnação do sujeito de desejo, se construindo por vínculos afetivos, ou seja, investimentos libidinais que se fazem na alteridade. Como lugar do desejo e dos conflitos pulsionais, a imagem inconsciente do corpo e sua constituição precoce constituem conceito relevante na clínica das afecções ditas psicossomáticas. (TEIXEIRA, 2006, p. 25).

Seguindo ainda no destaque as experiências primitivas, a noção de trauma relacionado ao FPS é citada por Fonseca (2007), afirmando que nem tudo que o psiquismo vive é elaborado e perpassa a via simbólica. Trazendo Freud (1938), percebemos que ele fala do trauma como impressões primitivas da infância, onde o sujeito ainda não possuía linguagem, ou estava começando a falar, ou seja, não ficam lembranças no inconsciente, mas sim traços. Ainda segundo o autor os traumas podem ser comparados a cicatrizes, sendo também compreendido que o trauma acontece no corpo do indivíduo que registra o que aconteceu e os traços encontram-se em uma camada profunda. Portanto, no FPS considera-se que ocorreu um “transbordamento pulsional nas vivências traumáticas que rompem o semblante significante, o excesso não tem como ser amarrado, flutua como energia livre, como pura angústia. O FPS seria uma forma de laço, de amarração ou de tratamento dessa angústia que escapou”. (FONSECA, 2010, p. 79).

Já Lacan, conforme Fonseca (2007) reafirma a universalidade do trauma, contudo, a relaciona a linguagem, mais especificamente a entrada na linguagem, como se todo ser falante fosse traumatizado, sendo para ele, trauma, quando algo do real é inassimilável e incompreensível relacionado a realidade sexual. Isso ocorre para todos, quando existe um encontro como real e que nesse momento são ressignificados como trauma. Entretanto, essa repetição ocorre de modos diferentes para cada sujeito, o sujeito no caso do FPS não constrói um saber sobre, ele acaba adoecendo,

(...) Esse inassimilável pode produzir efeitos e afetos, plenos de angústia, que desorientam o sujeito, arrancando-o da cena simbólica ao tirar-lhe as palavras da boca. Resta ao sujeito criar, construir um saber possível que, ao mesmo tempo que bordeja o horror dessa vivência, dando alguma vazão ao afeto aprisionado, aponta para ela. A fantasia, tida por Lacan como “janela para o real” por estar entre o real e o simbólico, é uma possibilidade de pôr fim à vivência de ‘não-ser’, de ‘não-ter’ desejo, trazida pelo trauma. Mas existem outras possibilidades menos saudáveis e o

adoecer está entre elas. (FONSECA, 2007, p. 234).

As recomendações freudianas exigem certo tempo de paciência por parte do analista para que se possa superar as resistências e o paciente consiga endereçar uma demanda ao analista. Todavia, mesmo sabendo que a psicanálise acontece em cada experiência de forma singular, é preciso construir uma clínica do paciente psicossomático, visto que esse tempo de formulação da demanda, por exemplo, e outras especificidades podem ser diferentes: “Ainda que saibamos que a psicanálise se dá no um a um, temos a tarefa de, amparados na teoria psicanalítica e em nossa prática, construir algo que se possa chamar de uma clínica do paciente psicossomático, fazendo frente a essas especificidades”. (RINALDI, NICOLAU e PITANGA, 2013, p.100).

Trazendo um exemplo, Rinaldi, Nicolau e Pitanga (2013) demonstraram diante de um atendimento de uma paciente com uma estrutura neurose histérica e atravessada por fenômenos psicossomáticos que foi possível a passagem do FPS ao sintoma, possibilitando que o analisante fizesse emendas e como consequência desaglutinou o gozo fixado no corpo podendo produzir sentido. A insistência da escuta do inconsciente amparada e sustentada pelo desejo do analista possibilitou a entrada da operação simbólica, e dessa forma, o trabalho analítico.

Guir (1990) aponta ainda através dos estudos de Lacan que o pai é considerado uma função do real, sendo que o acometimento desses fenômenos tem concernência com o real, portanto, pode-se dizer que uma falha na instauração da função paterna instituiu FPS. Assim, no discurso no paciente reflete que essa metáfora paterna funciona apenas em alguns espaços e em outros não. Assim, os FPS não são como uma estrutura, assim como já foi dito, mas ocorre em alguma parte do discurso essa for aclusão, ou seja, um indivíduo neurótico que foi marcado pela castração tem uma parte do gozo não tratada pela via simbólica e que estabelece um enlaçamento no corpo. O sujeito fica submetido ao imperativo do gozo do Outro em algum ponto do discurso, e é justamente nesse ponto que o sujeito fica impedido de advir, ou seja, o FPS advém de um “tipo específico de condensação de gozo, de uma forma de tratar o gozo que escapa à ordem simbólica, uma forma de adoecimento humano que escapa à ordenação da linguagem e do significante fálico”. (FONSECA, 2010, p.78-79).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após o exposto, enquanto considerações finais afirmo que no decorrer da construção desta pesquisa deparei-me com a complexidade desses fenômenos, especialmente nos materiais teóricos. Ao passo que compreender os FPS foi uma tarefa difícil acredito que tal complexidade também se escancara com a ocorrência deles nos

sujeitos, onde as experiências precoces se as primeiras relações ocupam um lugar de destaque, em que o corpo e linguagem não se dissociam.

Penso também que foi a partir das discussões de Lacan que há uma maior compreensão desses fenômenos e que a partir dela que há o embasamento as discussões de outros psicanalistas. Após esse estudo compreendo claramente também a diferença dos “corpos” com as quais a psicanálise e a medicina trabalham. Percebo também que no discurso dos pacientes com FPS o corpo se apresenta por meio das queixas e narrativas dos caminhos édicos pelo qual o paciente já percorreu, bem como o discurso carregado de frustração diante de um saber que falhou, o que me fez refletir também sobre a posição que a medicina ocupa hoje, obviamente diante de todo um contexto e construção histórica. Nesse sentido, após as leituras identifico algumas questões na paciente anteriormente referida, quanto a falta de palavras, a dificuldade de simbolização, bem como seu distanciamento frente ao sofrimento do corpo e o seu discurso preso ao discurso médico.

Penso que a clínica psicanalítica nesses casos deve buscar um deslocamento, que perpassaria a história da doença à possibilidade que o paciente possa falar sobre a sua história de vida como um todo. Ávila (1996, p.191) contribui com a discussão ao apontar que o psicanalista,

Partindo da queixa, indo em direção a história do sujeito, recorrendo à sua trajetória familiar, indagando de sua vida no sentido mais amplo, estamos buscando articular significações que permitam mobilizar esta questão subjetiva e levá-la a encontrar uma “saída verbal”: uma enunciação.

Além disso, como o paciente não demonstra (ou demonstra muito pouco) implicação com seus processos de adoecimento, nos casos de FPS, é tarefa também do psicanalista ir construindo junto com o paciente possíveis relações, enlaçando a ordem psíquica e orgânica que constroem uma relação que não é aleatória, mas que aos olhos do paciente é. As queixas, a doença, as dores, devem fazer sentido na dinâmica subjetiva do paciente. Para Teixeira (2006) a clínica com pacientes marcados pelo adoecimento somático configura-se em um desafio devido a não implicação do sujeito no seu sofrimento. A tarefa é tornar legível e compreensível o sujeito-corpo-doença que está implicado em um jogo simbólico e não meramente no funcionamento biológico.

Como o atendimento ainda está sendo realizado acredito que é preciso procurar identificar de forma mais contundente se as questões que a paciente vem apresentando encaixam-se mais enquanto sintoma ou FPS, já que apesar da dor ser real e intensa não existem lesões físicas comprovadas. Contudo, pelos atendimentos que estou realizando, a paciente começou a falar mais da sua história, no caso das situações percebidas como abandono e que ocorreram quando ela era bebê, tanto por parte de sua mãe, quanto do seu pai, bem como a falta de reconhecimento/olhar de sua mãe enquanto figura de filha, que perdura até hoje. Existem diversos pontos em que a questão do “corpo” - seja ele nas

suas variadas dimensões - que surgem no discurso, assim como melhoras repentinas das dores e seu retorno com crises agudas.

## REFERÊNCIAS

ÁVILA, Lazslo Antonio. *Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica*. 2. ed. São Paulo: Escuta, 1998.

FONSECA, Maria Carolina Bellico. Do trauma ao fenômeno psicossomático (FPS): lidar com o sem-sentido?. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 10, n. 2, p. 229-244, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982007000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982007000200006)>. Acesso em: 20 jun. 2017.

FONSECA, Maria Carolina Bellico. Há laço no Fenômeno Psicossomático: do que se trata?. *Reverso*, v. 32, n. 59, p. 77-82, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952010000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000100010)>. Acesso em: 26 jun. 2017.

FRANKE, Débora; SILVA, J. C. Da escuta à escrita: A construção do caso clínico em psicanálise. *Psicanálise & Barroco em Revista*, v. 10, n. 2, p. 42-61, 2012. Disponível em: <http://132.248.9.34/hevila/Psicanalise&barrocoemrevista/2012/vol10/no2/2.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2017.

FREUD, Sigmund. *Moisés e o monoteísmo*, v.XXIII, p.13-161. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago. 1939/1975.

GUIMARÃES, Roberto Mendes; BENTO, Victor Eduardo Silva. O método do “estudo de caso” em psicanálise. *Psico*, v. 39, n. 1, 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1484/0>. Acesso em: 26 jun. 2017.

GUIR, Jean. Fenômenos psicossomáticos e função paterna. In: WARTEL, Roger (org). *Psicossomática e psicanálise*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1990.

MCDUGALL, Joyce. *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PERES, Rodrigo Sanches. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Psicologia clínica*, v. 18, n. 1, p. 165-177, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v18n1/v18n1a14.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017.

RINALDI, Doris; NICOLAU, Roseane Freitase; PITANGA, Claudia Escórcio Gurgeldo Amaral. Do fenômeno psicossomático ao sintoma: a aderência do sujeito ao diagnóstico médico e o trabalho analítico. *Ágora (Rio J.)*. 2013, vol.16, n.spe, pp.95-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v16nspe/07.pdf>. Acesso em: 18 jun.2017.

TEIXEIRA, Leônia Cavalcante. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology online*, v. 6, n. 1, 2006. Disponível em: [http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin\\_american/v3\\_n1/um\\_corpo\\_que\\_doi.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v3_n1/um_corpo_que_doi.pdf). Acesso em 26 jun. 2017.

VOLICH, Rubens Marcelo; FERRAZ, Flávio Carvalho; ARANTES, Maria Auxiliadora de Almeida Cunha (Org.). *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.