

## **Fenômeno psicossomático: marca e resposta no corpo**

*Flavia Bonfim*

Abordar a temática do fenômeno psicossomático (FPS) é um esforço de realizar uma escrita sobre a experiência de trabalho em uma instituição de reabilitação física. Nela, o corpo aparece em destaque, não mais silenciado, visto que o sofrimento corporal denuncia sua existência. Um corpo em toda a sua estranheza, deformado, limitado, que dói, que não responde aos comandos do sujeito.

A respeito dos ditos fenômenos psicossomáticos, observa-se que a "causalidade anatomopatológica não é suficiente para explicar a doença, a evolução e até mesmo a sua extinção"<sup>1</sup>. Do mesmo modo, Wartel<sup>2</sup> menciona uma dificuldade para estabelecer a etiologia da enfermidade, além de sua eclosão estar ligada a eventos da história do sujeito. Esse é o caso da artrite reumatoide.

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica, autoimune, que acomete principalmente articulações, causando dor intensa, deformidades progressivas e incapacidade funcional. As articulações mais afetadas são mãos, joelhos, cotovelos, pés e ombros. É mais frequente em mulheres e costuma iniciar-se entre 30 e 50 anos de idade, mas compromete também homens e crianças.

Dentro das afecções ditas psicossomáticas, a artrite reumatoide é incluída. Após escutar e perceber as relações estabelecidas com seu corpo, sua história, seu adoecimento, com o simbólico, pude constatar, em muitos dos pacientes que acompanhei, que a artrite reumatoide se apresentava como um FPS e, assim, verificar no caso a caso como esta formulação pode se aplicar ou não. Em pontos específicos do seu discurso era possível constatar o sujeito inteiramente

ausente na enunciação, testemunhando a gelificação significativa referida por Lacan no caso de lesão psicossomática.

Trata-se de ressaltar não a doença em si como sendo psicossomática, mas o modo particular do sujeito apresentar uma resposta (lesão no corpo permanente ou em surtos) às experiências traumáticas, apontando para uma direta inscrição no corpo diante da falta de elaboração simbólica e indicando que nele "a metáfora paterna funciona em certos sítios do discurso e não em outros"<sup>3</sup>.

Isso, então, se articula com a proposição de Lacan apresentada no *Seminário 11* de que o FPS "não põe em jogo a afânise do sujeito"<sup>4</sup>, ocorrendo uma holófrase - gelificação entre S1 e S2 - e prejudicando a dialética que possibilita o surgimento do sujeito no intervalo entre os significantes. A ausência da afânise implica em dizer que o significante materno não é substituído pelo significante da metáfora paterna, de modo que S1 e S2 permanecem colados e o sujeito fica impossibilitado do deslizamento e da representação significante em determinado ponto. Algo fica estagnado e não abre espaço para a emergência do sujeito, sinalizando que a metáfora paterna funciona precariamente. Assim, no FPS, a localização do sujeito é problemática, acarretando que "alguns momentos específicos do discurso provocam um desencadeamento no corpo"<sup>5</sup>.

Miller<sup>6</sup>, porém, destaca que pensar o FPS a partir da representação significante do sujeito é apenas uma vertente da questão, sendo necessário avançar na dimensão do gozo. Extraímos precisamente de Lacan essa indicação visto que, em seu texto "Conferência em Genebra sobre o sintoma", ele nos orienta que se deve sempre abordar o psicossomático a partir da "revelação do gozo específico que há na sua fixação"<sup>7</sup>. É disso que ele supõe que a invenção do inconsciente possa ser útil a algo no tange, nesse caso, a revelação do sentido, a respeito de um gozo específico - o

que já preconizaria uma modificação quanto a posição do sujeito frente a seu adoecimento.

Tomando como referência a artrite reumatoide, entramos no terreno das doenças autoimunes. No caso dela, este tipo de reação leva à inflamação progressiva dos tecidos que revestem as articulações, causando danos em cartilagens, ossos, tendões e ligamentos próximos às juntas. Gradualmente, a articulação perde sua forma e alinhamento, podendo até ser completamente destruída. Sobre esse funcionamento particular do corpo, Wartel<sup>8</sup> ressalta que nas doenças "auto-imunes" o corpo é o próprio inimigo e sofre como se fosse o corpo de um outro.

Sobre esse corpo como inimigo, de fato, os pacientes com artrite testemunham uma verdadeira batalha com seu corpo, de modo a suportá-lo frente à intensidade da dor. Como em uma guerra, é preciso conhecer o inimigo, conhecer o que aumenta a dor e evitar se expor. Esse é o movimento dos pacientes que vão aos poucos deixando de se submeter a certos esforços físicos, como andar longas distâncias, realizar afazeres domésticos mais pesados, pegar peso... Mas quando o surto algíco se instala, como em uma batalha, é necessário recuar e só lhe resta evitar a movimentação. Assim, em momentos de crise, muitos não suportam nem levantar da cama. Na guerra, não se conhece o inimigo por completo - o que implica em não saber sobre seu corpo, nem por que ele responde e se manifesta por meio de um gozo mortífero que destrói cartilagens e ossos. Um gozo que não reservado às zonas erógenas, segundo Miller<sup>9</sup>, produz ataque localizado no corpo.

Miller<sup>10</sup> argumenta que a estrutura da linguagem separa corpo e gozo, de modo que se processa um esvaziamento que implica no fato deste gozo estar reservado a certas zonas do corpo que são propícias, mais do que outras, a funcionar como erógenas. Normalmente, esse gozo separado do corpo, entra novamente fazendo um retorno no corpo, recuperando um

alto índice de gozo. Miller diz, todavia, que no FPS, há um gozo regressado; separado do corpo que possui um modo particular de reentrada no corpo que não se dirige as zonas erógenas, mas que ataca o corpo.

Lacan, no *Seminário 3*, propõe que as lesões psicossomáticas são "fenômenos estruturados de modo bem diferente do que se passa na neurose", sendo uma "impressão ou inscrição direta [...] que apresenta o sujeito enquanto ser corpóreo"<sup>11</sup>. Freud considerava que o sintoma é uma manifestação do inconsciente, tem relação com o desejo e está sujeito à decifração. O sintoma apresenta uma estrutura de linguagem (Condensação/Metáfora e Deslocamento/Metonímia), implicando em uma substituição, mas que fica aberta a modificações a partir do surgimento de algo da verdade do sujeito. Contrapondo as manifestações corporais na histeria e nos FPS, Pitanga escreve:

A crueza de sua manifestação é destituída de qualquer poesia e imprime uma diferença em relação às formas históricas que situam no corpo erógeno representações inconscientes recalçadas<sup>12</sup>.

Miller<sup>13</sup> destaca assim que, diferentemente do sintoma histórico, no FPS, a parte do corpo afetada é sem representação, não se rendeu à simbolização. Situa-se nos limites da estrutura da linguagem. Assim, pondera Ansermet sobre o fenômeno psicossomático:

Não é um sintoma no sentido analítico do termo. Está aquém do sentido, sem relação metafórica com o conflito psíquico, rebelde a toda interpretação, não implicando o simbólico. Ele antes resulta de um curto circuito radical do simbólico. Em seguida a uma falha de metaforização, o corpo começaria a se manifestar de um modo impossível de ser decifrado<sup>14</sup>.

O FPS não é da ordem do grito; não faz apelo ao Outro. Precisamente, Lacan o denomina como um hieróglifo. Tal noção apresentada em 1975 constitui uma forma de retomar o que ele tinha então proposto quase vinte anos antes sobre a

ideia da psicossomática como "inscrição no corpo", porém, agora podendo levar em consideração seus avanços sobre a dimensão real em jogo na experiência subjetiva. Nesse sentido, ele diz sobre o FPS:

é algo da ordem do escrito. Em muitos casos, não sabemos lê-lo. Seria preciso dizer, aqui, alguma coisa que introduzisse a noção de escrito. Tudo se passa como se algo estivesse escrito no corpo, alguma coisa que se oferece como enigma<sup>15</sup>.

Continuando, Lacan situa que nesses casos "o corpo se deixa levar para escrever algo da ordem do número"<sup>16</sup>. A respeito do que o corpo se deixa escrever, lembro-me da fala de uma paciente, Joana, sobre o ressentimento com seu pai, da vida sofrida que teve de extrema pobreza, trabalho pesado na infância, além da perda de sua mãe e de seu irmão. Resumindo e aglutinando o que viveu, ela diz: "*são como cicatrizes, tal como a artrite, sem cura*". Joana é categórica ao situar sua lesão como uma marcação do corpo. E o que marcou de forma mais radical seu corpo parece ter sido a relação com seu pai. Ao longo dos atendimentos, construiu a hipótese de que a causa de sua artrite - no caso, era dimensão da dor que era enfatizada - se deu em função do peso que pegou durante a infância. Conta que seu pai não queria que ela estudasse e brincasse; só trabalhasse, de modo que antes dos 10 anos já trabalhava na roça com o irmão. Contava que não podia nem se alimentar, se não trabalhasse o dia inteiro.

Mesmo depois de adulta e casada, seu pai continuava a influenciar sua vida e, como se não tivesse opção, não conseguia deixar de seguir suas imposições. Parecia estar assim fadada à submissão de seus ditos. Verificamos aqui que o desejo do Outro não aparece ao sujeito como falta, sendo inquestionável. "O Outro não parece poder funcionar aí como lugar, mas antes como sentença e inscrição; e a afetação orgânica parece aí funcionar como sinete de

identidade no seio de um organismo informe"<sup>17</sup>. A esse respeito, argumenta Valas:

Tudo se passaria de certo modo como se o sujeito sentisse a imposição sobre si das significações confusas do desejo do Outro que, à força de se repetir, causaria trauma. Sobre o grafo do desejo, no lugar do compromisso sintomático S(A), se inscrevem as lesões corporais dos fenômenos psicossomáticos<sup>18</sup>.

Joana teve sua doença desencadeada aos 20 anos - o que não é comum no caso de artrite - após nascimento de sua primeira filha. Aqui a questão da paternidade e do número parece ter um lugar importante, tal como aponta Guir<sup>19</sup>. Ele chama a atenção que tanto o desencadeamento, quanto uma melhora do FPS, pode estar associado a um nascimento, assinalando uma relação com a função paterna, mais especificamente, com a dimensão da paternidade, na medida em que convoca a necessidade de se referenciar no Nome-do-Pai para poder responder a esse lugar. Por outro lado, é também no nascimento que o número intervém, na medida em que se introduz mais um na linhagem.

Laurent destaca que é não comum o corpo se deixar escrever algo da ordem do número; pelo contrário, o que é escrito no corpo advém da entrada na linguagem, das marcas significantes, a exemplo do: "ele está ficando barrigudo como seu pai", semelhança física em que o traço passa no corpo'<sup>20</sup>. Isso assinala que o corpo é parasitado pela linguagem e é a partir do significante, também, que a via do gozo encontra seu lugar, demonstrando como simbólico e real podem se articular. O corpo que goza é um corpo afetado pelo significante e é, nesse sentido, que, segundo Lacan, sabemos que um corpo está vivo, porque nele "isso se goza" e "isso só se goza por corporizá-lo de maneira significante"<sup>21</sup>. Em seus termos, o "significante é causa de gozo"<sup>22</sup>.

As indicações lacanianas a respeito do FPS como: assinatura, hieróglifo, número, nome próprio, cartucho, traço, são formas que apontam não para o simbólico, mas unicamente para a dimensão real em jogo, para aquilo que não faz série e, portanto, não é possível encontrar um sentido. Assim, os FPS opõem-se ao estatuto do significante. Este se situa na dimensão simbólica, se inscreve e se articula em uma cadeia. Assim, deparamo-nos com um tipo de lesão que se apresenta na materialidade do corpo como traço escrito no corpo, que singulariza uma maneira de gozo sob a forma de fenômeno psicossomático, do qual escapa qualquer saber e, também, desejo de saber - endereçamento ao Outro por parte do sujeito. Escrita que não serve para ler, é ilegível. Se podemos situar como algo que "se oferece como enigma" - inclusive ao analista - é porque, localizado fora do campo simbólico, não é passível de sentido; é resistente à interpretação, comportando essa marca incompreensível, na medida em que "não sabemos lê-lo".

Se o FPS não é para ser lido, qual a direção de tratamento possível?

Antes, porém, de tentar formalizar alguma possibilidade de resposta, tomo mais um caso - o de Maria. Ela tem artrite reumatoide há 10 anos e consegue localizar com precisão o início de sua doença. Conta que se deu após a morte de seu irmão. Este tinha câncer, tendo cuidado dele no hospital. Em um estado de agitação ficava a resolver tudo o que era necessário durante esse período. Frente à notícia de sua morte, diz: "*não senti nada*". Mais uma vez, na correria, assumiu as responsabilidades de resolver tudo o que dizia respeito ao velório do mesmo. Anestesiada, ficou até o enterro - momento em que suas dores começaram.

O confronto com o real traumático da morte ficou, portanto, sem nenhuma mediação simbólica, no qual o FPS emergiu como uma resposta sem subjetivação. Foi então o

"corpo como Outro que toma nota do que sucedeu, nesta ligação ambígua com evento traumático"<sup>23</sup>. Mesmo reconhecendo o evento disparador de sua doença, isso permanece, contudo, opaco, não causando enigma, interrogação, nem associações - sendo possível verificar na clínica semelhante movimento nos pacientes com esse diagnóstico. Comum também é como as afecções no corpo ganham destaque em detrimento ao sujeito, que só sabe começar a dizer de si a partir da presença ou ausência da dor. E, não raro, o aumento da dor é a primeira resposta frente a alguma dificuldade vivida.

Após iniciar seu tratamento interdisciplinar, Maria seguia com grande evolução. Passados dois anos, entretanto, seu marido adoeceu também de câncer. Maria solicita alta para cuidar dele. Pedido, este, que aponta para um movimento de repetição em sua vida: cuidar do outro e negligenciar a si mesma. Intervenho para que ela tente vir ao menos uma vez por semana e ela aceita. Nos atendimentos, dizia-se preocupada se entraria em crise após aquele momento difícil passar, pois a situação era parecida com o início de sua doença. Questiono se não haveria outra possibilidade de resposta. Três meses depois, seu marido falece. Reitero o convite de seguir falando. Convite, este, de dar lugar a outra forma de dor: a da perda do marido. Assim, Maria pôde abrir espaço para o luto - o que permitiu outro tipo de resposta que não pela via do corpo. Há três anos, não apresenta novo surto da doença.

Assim, o que podemos apostar em um trabalho diante do paciente que apresenta uma lesão psicossomática é fazer um convite para que ele fale não com o intuito de produzir efeitos miraculosos e instantâneos, mas como uma espécie de preparação de um trabalho de simbolização, onde a doença terá sido um disparador para que cada sujeito se confronte com o seu modo de funcionamento e, quem sabe, encontre vias inéditas, que não o sofrimento do corpo, para lidar com a

dor de existir<sup>24</sup>. Seria, então, transformar o FPS em sintoma, "converter-se em questão sobre o desejo"<sup>25</sup>.

Maria não conseguiu dar a sua doença o estatuto de sintoma a ponto de interrogá-lo, nem sua artrite (é claro!) desapareceu, mas este caso nos possibilita verificar os efeitos da fala ao permitir o sujeito começar a construir outras formas de resposta para a sua "dor".

---

<sup>1</sup> PITANGA, C. (2006). "Psicanálise e Psicossomática: por uma análise possível". Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, p.13. Dissertação de Mestrado.

<sup>2</sup> WARTEL, R. (2003). *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

<sup>3</sup> GUIR, J. (2003). "Fenômenos psicossomáticos e a função paterna". In: *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p.48.

<sup>4</sup> LACAN, J. (1998[1964]). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p.215.

<sup>5</sup> IDEM. Ibidem.

<sup>6</sup> MILLER, J.-A. (2003). "Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático". In: *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

<sup>7</sup> LACAN, J. (1998[1975]). "Conferência de Genebra sobre o sintoma". In: *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n.23. São Paulo: Editora Eólia, p.14.

<sup>8</sup> WARTEL, R. (2003). Op. cit.

<sup>9</sup> MILLER, J.-A. (2003). Op. cit.

<sup>10</sup> IDEM. Ibidem.

<sup>11</sup> LACAN, J. (2002[1955-1956]). *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p.352.

<sup>12</sup> PITANGA, C. (2006). Op. cit., p.53.

<sup>13</sup> MILLER, J.-A. (2003). Op. cit.

<sup>14</sup> ANSERMET, F. (2003). "O fenômeno psicossomático". In: *A clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, p.170.

<sup>15</sup> LACAN, J. (1998[1975]). Op. cit., p.13-14.

<sup>16</sup> IDEM. Ibidem.

<sup>17</sup> MERLET, A. (2003). "Todo órgão determina deveres". In: *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p.34.

<sup>18</sup> VALAS, P. (2003). "Horizontes da psicossomática". In: *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p.83.

<sup>19</sup> GUIR, J. (2003). Op. cit.

<sup>20</sup> LAURENT, É. (2003). "Os nomes do sujeito". In: *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p.29.

<sup>21</sup> LACAN, J. (1985[1972-1973]). *O seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p.35.

<sup>22</sup> IDEM. Ibid., p.36.

<sup>23</sup> MILLER, J.-A. (2003). Op. cit., p.94.

---

<sup>24</sup> WARTEL, R. (2003). Op. cit.

<sup>25</sup> MILLER, J.-A. (2003). Op. cit., p.97.