

SAÚDE MENTAL E CORPO —

UMA APROXIMAÇÃO À PSICOSSOMÁTICA

Karla Betsy

Tenente Psicóloga da PMMG

Maria de Fátima de Araújo Tavares Brasil

Tenente Psicóloga da PMMG

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é fazer uma aproximação entre os temas saúde mental e corpo, observando as peculiaridades e dificuldades que derivam da dicotomia corpo-mente. Desenvolveremos o presente estudo levando em conta o conceito de saúde como um bem-estar, o melhor possível, para alguém que se acha em sofrimento físico e/ou mental, levando também em conta a existência do sujeito para além da doença, sujeito este, único, repleto de complexidade e diversidade.

Abordaremos as noções de corpo para a Medicina e para a Psicanálise, o sintoma histórico, as somatizações e o fenômeno psicossomático. Ao final, apresentaremos as atuais correntes em psicossomática.

Abordar o corpo remete-nos imediatamente à Medicina, já que é este seu campo de estudo e objeto de intervenção. Em nossa clínica nas unidades da PMMG, recebemos freqüentemente pacientes encaminhados por colegas médicos. Muitas vezes, tais pacientes já percorreram um longo caminho de investigações clínicas e chegam ao psicólogo na esperança de que possa elucidar e resolver seus problemas somáticos.

A Medicina e a Psicanálise possuem, cada qual, seu próprio referencial teórico com relação ao corpo. Nomeando-se as diferenças entre essas ciências, é possível compreender melhor a especificidade e o alcance de cada uma, facilitando, dessa maneira, a reflexão e a prática interdisciplinar.

2 O CORPO PARA A MEDICINA E PARA A PSICANÁLISE

O homem torna-se diferenciado dos animais pela capacidade de se comunicar pela palavra. A palavra é o veículo que nomeia, ordena e estrutura o mundo humano desde seus primórdios, de tal forma que corpo e palavra são partes indissociáveis de nossa existência. O corpo que se apresenta ao médico é, pois, o de um ser *falante*. Além disso, o corpo também fala através de suas disfunções e dores.

A Medicina, através de seu percurso de constituição como campo de saber, foi atribuindo ao médico alguns lugares específicos. No início, o médico possuía um lugar tradicional de autoridade e prestígio. Sua função parecia-se com a de um sacerdote. A medicina de Hipócrates possuía um cunho filosófico, em que se buscava a cura para os enfermos a partir do entendimento do significado de certos fatos na origem das enfermidades. Corpo e alma se entrelaçavam. Com o surgimento do pensamento racionalista cartesiano e da ciência positivista, passou-se a buscar as razões dos fatos nas observações empíricas passíveis de explicação racional. A investigação científica ocupou-se da elucidação da cadeia de causa-efeito. A Medicina tornou-se científica e curativa, visando à eficácia do tratamento.

A antiga conduta do médico que visava a ter acesso ao trajeto e às vicissitudes da vida de cada paciente em particular, aos poucos, foi sendo mudada em função da exigência científica. O médico foi-se tornando cada vez mais fisiologista e técnico, com vistas a manter o funcionamento dos aparelhos do organismo.

A partir do pensamento cartesiano, o organismo humano passou a ser visto como uma máquina. Se o corpo é uma máquina, a doença, por sua vez, é um distúrbio mecânico nessa máquina, necessitando de reparos. A Medicina passou a abordá-lo dentro dessa metáfora de máquina complexa, observando-o, descrevendo-o, nomeando-o para registrar a normalidade de formas e funcionamento do corpo, assim como suas anomalias e patologias. Ao médico cabia diagnosticar, medicar e curar o corpo como sede da vida biológica.

A Medicina mapeia o corpo através do que vê. Falar de um coração é a mesma coisa que falar de coração em qualquer parte do mundo. O saber é universal, o significante coração é inseparável do significado. A doença é diagnosticada por seus sinais e sintomas. O sintoma é tornado um sinal sob um olhar que examina, identifica, compara e generaliza, agrupando em determinados conjuntos até formar os quadros nosológicos das doenças.

No entanto, apesar de todo o trabalho criterioso e sistemático da Medicina, existe algo que resiste a qualquer apreensão pela linguagem, cujas leis da Biologia são insuficientes para contê-lo. “*Nesse corpo, há uma pulsão que se chama vida, da qual tenta-se dar conta com biologias e biografias*”¹. É precisamente nesse ponto que Freud depara com pacientes apresentando paralisias, as quais não respondiam à categoria do pensamento científico. Ele se encontrou com um sujeito sobre o qual a ciência não tinha todo o saber, onde o médico não podia responder à demanda de cura pelas terapêuticas vigentes. Algo ia além da idéia de corpo anatomo-fisiológico. Este algo além foi nomeado *Inconsciente*.

E não há dúvida de que o Inconsciente freudiano tem uma incidência sobre o corpo. Na conversão histérica, quando se decifra o sintoma, surge algo da ordem do Inconsciente.

A Psicanálise lida também com o corpo, porém o faz de maneira diversa da Medicina. Ela lida com a fala, sendo uma prática da fala que concerne ao corpo. O homem é, antes de tudo, um ser de linguagem, um ser falante, que habita o corpo com seu discurso peculiar e único. Corpo e psiquismo formam um todo complexo que se articulam pela palavra. O corpo não é apenas um organismo que funciona, mas um receptáculo, um lugar de inscrições primitivas, de significações desde os primórdios da vida. O corpo é constituído de vida falante, corpo de demanda, corpo desejante, e, como tal, é abordado pela Psicanálise.

A Psicanálise utiliza-se de conceitos amplos, gerais, mas sempre visa a construir um saber particular sobre o sofrimento de cada pessoa. Cada caso é um novo caso, pois é diferenciado pelas vicissitudes de sua história, de sua singularidade.

A partir dessa concepção do corpo, é possível considerar os efeitos da linguagem nos sistemas orgânicos intactos, produzindo alterações que se traduzem em sintomas, como a impotência sexual, em somatizações, como a cefaléia tensional, ou em fenômenos psicossomáticos, como a úlcera péptica.

Atualmente, a abordagem do sofrimento físico de um paciente requer, seja qual for o profissional de saúde, além da necessária investigação das causas orgânicas, a busca do entendimento da pessoa do

¹ QUINET, Antônio - “*O corpo e seus fenômenos*”. Transcrição de conferência pronunciada em Belo Horizonte, em 25/07/88. Papéis do Simpósio (SCF).

doente, da participação de sua vida relacional na formação da doença. “*A enfermidade humana é caprichosa, na medida em que ela tem um sentido além de uma causa*”². Desta maneira, entendemos que o paciente, ao pedir ajuda a um profissional de saúde, demanda outra coisa além da cura dos seus sintomas.

A doença lhe serve de *passaporte* na busca de ajuda para suas inquietações pessoais. Segundo Lacan, é absurdo pensar que se possa identificar a demanda do paciente como demanda de cura.

3 O SINTOMA HISTÉRICO E O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

O sintoma histérico, as somatizações e o fenômeno psicossomático são tipos de manifestações que podem acometer o corpo.

3.1 O Sintoma Histérico

Freud tomou o sintoma histérico como modelo básico do sintoma neurótico. Nos “Estudos sobre a Histeria”, Freud afirmou que os sintomas neuróticos são rebentos de recalcado, formações que permitem ao recalcado ter acesso ao Consciente. Em resultado do recalque ao conteúdo inconsciente surge o sintoma, e dessa forma ocorre a realização do desejo inconsciente. Existe no sintoma um enigma a ser decifrado, e a este enigma Lacan chamou de *significante*.

Em Psicanálise, o sintoma não consiste um sinal de doença, podendo ser até o seu substituto. Dessa forma, não leva necessariamente a um enquadramento do paciente nas classificações já consagradas em Medicina. Ao contrário da Medicina, considera ser o sintoma *um bem do sujeito*, o qual foi constituído como *uma saída para a saúde* diante da percepção de algo insuportável. Ainda que seja uma saída precária, o sintoma acaba por garantir certa ordem ao sujeito.

Na busca de compreensão do caminho de formação do sintoma e no entrelaçamento entre corpo e psiquismo, Freud observou que o sintoma histérico tinha *uma anatomia própria do corpo*, ou seja, que se organizava em torno do *nome dos órgãos*, num conjunto de idéias formadas sobre determinado órgão. O sintoma segue uma anatomia ideacional, sendo *corpo psíquico*, modelado com formas imaginárias.

Ainda nos “Estudos sobre Histeria”, Freud cita o caso de Cecile Von M. que manifestava dor de cabeça num certo ponto da testa. Pelo trabalho de análise, viu que se tratava de uma conversão, no corpo, do olhar penetrante da avó que lhe perfurava a testa. A relação do sintoma com este *significante* só apareceu mediante o trabalho de decifração e evidencia a existência de uma estrutura de linguagem. Segundo Lacan, o sintoma é uma metáfora formada pela substituição de um *significante* por outro *significante*.

Além disso, o sintoma comporta um *gozo* que faz com que exista uma resistência do paciente a livrar-se dele. Esse gozo provém da fantasia sexual que o determina. A causalidade do sintoma está nessa fantasia sexual, tratando-se do corpo imaginário. Não haveria nenhuma lesão orgânica, o que seria da ordem do *corpo real*.

3.2 O Fenômeno Psicossomático

O termo “*psicossomática*” surgiu pela primeira vez em 1818, quando Heinroth criou as expressões “*psicossomática*” e “*somatopsíquica*”, mostrando distinções acerca da direção e dos determinantes de certas

² PEREIRA, Alexandre de Araújo - “Medicina e Perspectivas Psicanalítica”. Revista Pistemossomática, Vol. II, 1992.

doenças. A tentativa era, diante da separação mente-corpo, apresentar um corpo teórico que respondesse ao que a clínica exigia. Em Freud, o termo aparece apenas uma vez em carta endereçada a Vitor von Weizsacker, em 1923. Freud admitia a possibilidade do comprometimento orgânico de certas manifestações psíquicas.

Falar de psicossomática é falar de um tema complexo que envolve uma série de conceitos, é falar de um campo de contornos imprecisos, é recolocar o que herdamos da dicotomia que a ciência nos apresenta entre o corpo e o psíquico. A Medicina, como psicossomática, é uma tentativa de retomar a medicina de Hipócrates. É muito mais uma ideologia dentro do saber médico sobre a saúde e o adoecer, sobre as práticas de saúde e pesquisas diante de certas doenças e certos doentes.

A questão da doença e do corpo lesado, fundamental na psicossomática, é o que aproxima médico e psicanalista, abrindo espaço de interlocução. Os fenômenos psicossomáticos causam problemas a ambos. *“Dentro do campo médico, sua etiopatogenia é imprecisa e raramente existe um tratamento específico. Do ponto de vista histológico as lesões são múltiplas. Existe uma relação com o sistema HLA - sistema antígeno-leucocitário de histocompatibilidade - e com o sistema imunológico”*³.

Do ponto de vista da Psicanálise, os fenômenos psicossomáticos podem ocorrer nas diferentes estruturas - neurótica, psicótica e perversa. O que caracteriza o fenômeno psicossomático não é uma estrutura precisa, mas um fenômeno, um fato. Não há um sintoma. São lesões no corpo real e não no corpo fantasmático, como é o caso do sintoma histérico. No Fenômeno Psicossomático, não existe um discurso - a pessoa fala como se fosse algo fora dela, não há endereçamento a alguém. Isto nos leva a diferenciar o Fenômeno Psicossomático da conversão histérica, em que enfermidades afetam o corpo imaginário e simbólico, sem lesões anátomo-fisiológicas, sendo subjetiváveis e podem ceder em função de uma interpretação.

O Fenômeno Psicossomático é uma lesão orgânica *induzida* pelo significante. Sua causalidade concerne à linguagem na medida em que provém da repetição de certo significante ao sujeito. Entretanto, não tem sentido, não é estruturado como um sintoma. Segundo a tipologia de Lacan para o Fenômeno Psicossomático, o corpo se oferece como tela de inscrição a um tipo de gozo que escapa à sexualidade. O corpo captura um *gozo pulsional* que produz uma marca, um furo no corpo. A inscrição do Fenômeno Psicossomático vai para a superfície do corpo (como no caso do eczema) ou para a superfície dos órgãos (como no caso da colite ulcerativa) de forma intradutível, isto é, sem palavras.

O que se busca através do trabalho de análise é construir uma possibilidade de o Fenômeno Psicossomático ser sintomatizado e, a partir daí, ser permeável à ação da fala. O sujeito pode passar a perceber que as lesões em seu corpo fazem parte integrante de sua história. Essa possibilidade é muito variável de caso para caso, pois, segundo Lacan, o Fenômeno Psicossomático é um hieróglifo, sendo sua leitura muito duvidosa.

Segundo Marisa Decat, quanto ao Fenômeno Psicossomático, exige-se que haja lesões no corpo, ficando excluídas aí as doenças orgânicas clássicas. É necessário demonstrar o efeito da linguagem na determinação da lesão. *“O Fenômeno Psicossomático apresenta surgimento, mobilização e desaparecimento em função de acontecimentos localizados na história do sujeito, marcando sua especificidade referente ao campo da linguagem. Este aspecto permite assinalar a diferença de uma lesão puramente orgânica, a qual não apresenta esta mobilização”*⁴.

³ “Os Fenômenos Psicossomáticos” - A Psicossomática na Clínica Lacaniana.

⁴ MOURA, Marisa Decat - Psicossomática Hoje? Revista *Percurso* nº 39.

3.3 Correntes da Psicossomática

Patrick Valas situa em três correntes as teorias da psicossomática:

1- *Os Fenômenos Psicossomáticos têm um sentido.*

Representam essa corrente : Grodecck, Dunbar, Alexander e Gama.

Esta corrente fez grande sucesso nos Estados Unidos desde a II Guerra Mundial até início dos anos 60. A partir da década de 70, entrou em declínio.

2- *Os Fenômenos Psicossomáticos não possuem um sentido.*

Representam essa corrente: R. Held, P. Marty, Fain, M'Uzan, David e Dejours. Esta é a posição da Escola Psicossomática de Paris. Para esses autores, os Fenômenos Psicossomáticos ligam-se a uma verdadeira carência das atividades da representação. A questão não é encontrar um sentido nestes fenômenos, mas dar-lhes um, construindo para o doente um fantasma e colocando-o à disposição.

3- *Os Fenômenos Psicossomáticos têm sentido próximo da conversão histérica, mas não totalmente.*

Representante: Valabrega. Ele estende a noção de conversão. Ao lado da conversão histérica e conversão emocional, ele fala da conversão psicossomática. Para ele, o fantasma psicossomático é diferente do fantasma neurótico. Ele estaria no corpo do paciente, que pode chegar a não reconhecê-lo.

Os fantasmas se formam num momento, quando a relação simbólica com o meio vivencial não foi elaborada.

4 O SINTOMA DE ANA

Ana veio ao consultório indicada pela Clínica Cirúrgica, após ter passado por vários médicos e exames, sem encontrar a causa determinante do crescimento abdominal apresentado há certo tempo. Havia também sido avaliada pela Psiquiatria com indicação de psicoterapia.

Contava 43 anos na ocasião. Vivia com B e tinha quatro filhos. Os dois filhos mais velhos eram de seu primeiro marido, A, e os dois mais novos, do relacionamento atual.

O pai de Ana era militar e já havia falecido. A mãe morrera muito antes do pai, quando Ana estava com 11 anos. Era muito agarrada à mãe e, sendo a caçula, recebia mimos de todos, exceto do pai. Depois da morte da mãe, transferiu o vínculo de dependência e proteção para a irmã mais velha. Essa irmã já havia também morrido cerca de 4 anos atrás, com problema de hipertensão.

Ana encontrava-se deprimida; vivia na cama, não se cuidava, não fazia as tarefas domésticas, não cuidava dos filhos. Exigia da menina (12 anos) que cuidasse da casa. Mostrava-se sempre irritada, com nervos à flor da pele, sendo muito agressiva com os filhos, principalmente com a filha e o caçula. Certa vez, chegou ao ponto de acorrentá-los para bater e, de outra, a atirar uma faca no menor.

Já com o filho mais velho era bem diferente. Ele não morava em casa, vivia com uma moça e estava escondido da polícia. O marido não admitia que esse filho morasse com eles. Ana se transformava quando o filho aparecia - o humor mudava, levantava-se da cama, fazia comida, mimava-o como podia. Tal

diferença de tratamento era, segundo Ana, pelo fato desse primeiro filho ser o retrato de A, o homem a quem amava, mas que a havia abandonado. Ao mesmo tempo que ver o filho era bom, também trazia lembranças desse amor perdido. Tão logo ele ia embora, caía na cama, deprimida. Apresentava distúrbios do sono, com insônia à noite e sonolenta durante o dia. Sintoma curioso, já que o marido era vigilante, trabalhava à noite e folgava de dia, e com o qual não suportava relacionamento sexual.

Além do sintoma abdominal e dos sintomas psíquicos, Ana tinha hipertensão arterial e gastrite. Com o decorrer da análise, Ana foi percebendo o quanto lhe era insuportável o distanciamento das pessoas que amava e das quais dependia. Relatava sonhos nos quais a mãe e a irmã vinham buscá-la. Certa vez, ela se dá conta de seu desejo de engravidar como forma de reaver os vínculos perdidos. Após essa sessão, o sintoma desaparece. Tratava-se de pseudociese, isto é, gravidez psicológica, expressão no corpo falante do desejo de manter-se colada, ligada a A, ou a qualquer outro que garantisse sua completude. Após esta sessão, a pseudociese se desfez, e Ana apareceu com o abdômen normal.

A partir daí, vai sendo trabalhado o luto relativo a tais perdas que figuravam como substitutos da vivência da castração simbólica. A análise entra num segundo tempo. Ana melhorou significativamente. Tornou-se mais alegre, animada, cuidada, voltou a cuidar da casa, chegando até mesmo a sair de casa sozinha para ir ao armazém e à análise. Os sonhos com as pessoas mortas cessaram, e passou a falar da relação com os filhos e com B.

No entanto, meses depois, a despeito de toda melhora apresentada, a pressão arterial tornou-se mais difícil de ser controlada, tendo episódios de crise hipertensiva.

Certo tempo depois, Ana interrompe a análise pelo fato do descredenciamento do seu convênio. Neste ponto interroga-se: o que tudo isso queria dizer? O que o sintoma conversivo estava recobrando? O que sua remissão deixa descoberto sem tempo hábil para ser suficientemente elaborado?

O sintoma histérico é uma formação de compromisso, sendo o substituto possível de um conflito intrapsíquico. O sintoma, como já foi dito, é um bem do sujeito que lhe vem garantir certo equilíbrio. Na desmontagem do sintoma, o vazio aparece. Nada mais triste para um sujeito histérico do que constatar que não tem doença, não tem nada. Nada havia dentro de Ana - nenhum bebê, nenhuma completude. O insuportável da incompletude teve que ser dirigido para outro lugar, o corpo real.

A hipertensão passa a ocupar o cenário e, como Fenômeno Psicossomático, não seria abordável à análise? Ana “privilegia” essa doença agora. Até que ponto a remissão do sintoma conversivo teria levado a que o foco se deslocasse para o corpo real? Ana toma o corpo como objeto de sua fala, e como algo em si, não passa pelo seu controle. Parece que Ana elege, nesse ponto da análise, a hipertensão como aquilo que novamente possa escapar ao controle do outro, seja médico, psicólogo ou qualquer profissional. E, caso tenha obtido controle da hipertensão, o que viria depois?

Uma questão que se coloca é a difícil diferenciação prática entre sintoma histérico e Fenômeno Psicossomático, uma vez que o último pode ocorrer em qualquer estrutura, em qualquer ocasião de vida do sujeito, fazendo ou não análise. Pode surgir até mesmo num momento de final de análise. Entende-se que a análise não barra seu surgimento. O Fenômeno Psicossomático pode ser também considerado uma saída para o sujeito.

Diante dessas e de tantas outras questões que poderiam ser colocadas em discussão, o psicanalista ou o psicólogo também se acham diante de um *não saber* tal como os médicos. É preciso coragem de ambas as partes para se enveredar nesse campo fascinante e enigmático.

REFERÊNCIAS

- ALAIN-MILLER, Jacques. **“Intervención”** - Estudos de Psicossomática, vol. I
- AMERICANO DO BRASIL, Isidoro. **Quando o corpo fala por si**. Conferência pronunciada em Belo Horizonte, em 11/10/91.
- FREUD, Sigmund. **Estudos sobre Histeria**. Standard Edition, Vol. 2, 1885.
- FILHO, Júlio de Melo. **Psicossomática Hoje**. Artes Médicas.
- GUIR, Jean. **A psicossomática na Clínica Lacaniana**. Jorge Zahar Editor, RS, 1992.
- MOURA, Marisa Decat. **Psicossomática Hoje?**. Revista *Reverso*, n. 39, maio 1995.
- NASIO, J.D. **Psicossomática** - as formações do objeto. A. Jorge Zahar, RS, 1992.
- PALONSKY, Cyntia - Seminário: Subjetividade e Doença Orgânica - 1996/1997.
- PEREIRA, Alexandre de Araújo. Medicina e Perspectiva Psicanalítica. Revista **Epistemossomática** vol II.
- QUINET, Antônio. **O corpo e seus fenômenos**. Conferência pronunciada em Belo Horizonte em 25/03/88. Papéis do Simpósio. SCF.
- SAFOUAN, Moustapha. Seminário: Angústia, Sintoma e Inibição. Ed. Papirus, 1989.
- VALAS, Patrick. **Horizontes da Psicossomática**. “Entrevista com Jean Guir e Patrick Valas” - *Analítica*, n. 48. Publicação do Setor de Estudos Psicanalíticos em Psicossomática do SCF.
- WARTEL, Roger et al. **Psicossomática e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, RS, 1994.