

O corpo no divã

The body on the couch

Natália Medeiros Petitemberg¹ e Elisabete Beatriz Maldaner²

Resumo: Diante da frequente demanda psicossomática que chega à clínica psicanalítica, esta pesquisa qualitativa exploratória objetivou conhecer os desafios da prática clínica psicanalítica com pacientes psicossomáticos. Para tanto foram entrevistados quatro psicanalistas. O material coletado foi submetido à análise de conteúdo de Bardin. Os resultados apontaram o desafio de formular uma demanda de tratamento e ingressar no processo analítico com um paciente que está preso ao real do seu corpo, que traz em seu discurso uma fala concreta e um distanciamento afetivo. Destaca-se a importância do desejo do analista, assim como a necessidade de uma disponibilidade maior para realizar essa escuta. Evidenciou-se que a clínica psicanalítica com pacientes psicossomáticos impõe alguns desafios, na medida em que este paciente encontra-se tomado pelo corpo, sendo a primeira tarefa da análise um resgate desse sujeito e a formulação de uma demanda de tratamento, que venha possibilitar a formação de sintomas.

Palavras-chave: Psicossomática; Clínica Psicanalítica; Formação de sintomas.

Abstract: Viewing the frequent psychosomatic demand that reaches the psychoanalytic clinic, this exploratory qualitative research aimed to know the challenges of psychoanalytic clinical practice with psychosomatic patients. Four psychoanalysts were interviewed, and the collected material was submitted to Bardin content analysis. Results pointed the challenge of formulating a demand for treatment and entering the analytical process with a patient who is tied to the real body, bringing a concrete speech, and an affective distancing. The importance of the analyst's desire is highlighted, as well as the need for greater availability to perform this listening. It was evidenced the psychoanalytical clinic with psychosomatic patients imposes some challenges, as this patient is taken by the body, being the first task of the analysis a rescue of this subject and the formulation of a treatment demand that will permit the formation of symptoms.

Keywords: Psychosomatics; Psychoanalytic Clinic; Symptom formation.

¹ Graduada de Psicologia - Universidade Luterana do Brasil, ULBRA/Guaíba. E-mail: natipetit.psico@outlook.com .

² Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e da Personalidade (PUCRS), Formação em Terapia de Casal e Família. E-mail: maldaner@terra.com.br .

Introdução

Desde o princípio a psicanálise é perpassada pelas questões do corpo. Sua fundação está marcada pelos estudos que Freud desenvolveu acerca das manifestações corpóreas que as histéricas apresentavam. Segundo Lanius (2015) o corpo é sede dos eventos de toda ordem, abarcando desde o conflito histórico, até o comprometimento orgânico presente nos fenômenos psicossomáticos.

Apesar de não ter especificamente mencionado e explorado o termo psicossomática, Freud funda a psicanálise interrogando o corpo e em seu legado deixa as primeiras tentativas de compreensão da influência da dinâmica psíquica no corpo físico. Enquanto buscava descrever e compreender os tipos de neuroses, o autor descreve o que ficaria conhecido como “neuroses atuais” – separando-as em neurastenia e neurose de angústia – sendo a manifestação de um quadro clínico, que surge a partir de um conflito sexual que é atual, do momento presente da vida do paciente, diferenciando-se das psiconeuroses, nas quais o conflito tem origem infantil (Freud, 1898/1994).

Como manifestações típicas da neurastenia Freud (1898/1994) aponta: “pressão intracraniana, propensão à fadiga, dispepsia, constipação, irritação espinhal etc” (p.255). Tal apresentação difere em termos de causa e de mecanismos de formação quanto às psiconeuroses de defesa. Laplanche e Pontalis (2016) apontam que na descrição dos sintomas “atuais” desenvolvida por Freud encontramos principalmente uma origem somática e que a concepção de neurose atual parece nos remeter ao que hoje se compreende como afecções psicossomáticas.

Segundo Dál-Col e Poli (2016), entre as manifestações patológicas que se apresentam através do corpo e que podem chegar tanto à clínica médica, quanto à clínica psicanalítica, se sobressaem as doenças psicossomáticas, sintomas histéricos e a angústia. Para a psicanálise todo fenômeno persistente, que não se enquadra nas explicações biológicas médicas, nem nos sintomas de neuroses clássicas, são considerados doença psicossomática (Galdi & Campos, 2017).

Para diferenciar a manifestação psicossomática do sintoma histérico, Galdi e Campos (2017) pontuam que o sintoma conversivo não se manifesta através do corpo real, mas sim pelo corpo erógeno, estando este carregado de significados e obedecendo a uma estrutura de linguagem. Por outro lado, o fenômeno psicossomático não tem carga de significados inconscientes incidindo sob o corpo real.

Os autores Fernandes, Reys, Besset e Veras (2015) referem que a relação com o outro presente no conflito da formação do sintoma histérico está ausente na manifestação do fenômeno psicossomático. Apesar disso, destaca-se que não se está falando de uma estrutura específica, e sim de um fenômeno que pode se apresentar dentro da estrutura neurótica, psicótica ou perversa (Dál-col & Poli, 2016; Fernandes e cols., 2015).

Castro e Rinaldi (2017) referem-se ao uso do termo psicossomático para determinar a posição no discurso de um sujeito que apresenta uma doença referida como psicossomática, a qual a causa não pode ser apontada. Na condição de uma posição no discurso esta pode modificar-se, portanto, corroborando com a ideia de que não estamos tratando de uma estrutura.

Lacan, em “O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise” (1954-1955/1987) sinaliza que as reações psicossomáticas estão fora do campo das construções neuróticas, pois não se referem a uma relação ao objeto, e sim a algo que se passa no limite das elaborações. Pontuando que “as relações

psicossomáticas estão no nível do real” (p.127). Essa ideia remete que parte do corpo ainda pertence ao real biológico, não aderindo à linguagem e ficando fora das elaborações simbólicas (Rinaldi, Nicolau & Pitanga, 2013).

Em “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” (1964/1985), Lacan afirma que o “inconsciente é estruturado como uma linguagem” (p.25). O autor pontua que a natureza, antes mesmo do estabelecimento das relações propriamente humanas, fornece significantes. Refere que antes de se reconhecer como eu, o homem precisa existir, e segundo ele, “um significante é o que representa um sujeito para um outro significante” (p.197).

Dor (1989), sobressalta que segundo Lacan, aceitar o sujeito como dividido é assumir que só há sujeito em ser falante. Nesse sentido, o autor salienta que a causa do sujeito está na consumação do inconsciente. Segundo ele, “em outras palavras é aceitar, que é a ordem do significante que causa o sujeito, estruturando-o num processo de divisão que faz advir o inconsciente” (p.103).

Lacan (1964/1985) esclarece que:

A psicossomática é algo que não é um significante, mas que, mesmo assim só é concebível na medida em que a indução significante, no nível do sujeito, se passou de maneira que não põe em jogo a afânise do sujeito (p.215).

Nesse sentido, Rinaldi e cols. (2013) pontuam que não ocorrendo a afânise do sujeito, não há intervalo no primeiro par da dupla de significantes S1 (significante mestre, ou significante materno) e S2 (significante da metáfora paterna). Nesse caso ocorre o que Lacan referiu como holófrase, sendo um emassamento, uma colagem, que se opera quando não ocorre a substituição do significante materno pelo significante da metáfora paterna. Segunda as autoras, diante desse emassamento o surgimento do sujeito fica impossibilitado, pois não há uma dialética na primeira dupla de significantes.

Chegaria até a formular que, quando não há intervalo entre S1 e S2, quando a primeira dupla de significantes se solidifica, se holófraseia, temos o modelo de toda uma série de casos – ainda que, em cada um, o sujeito não ocupe o mesmo lugar (Lacan, 1964/1985, p.225).

Segundo Fernandes e cols. (2015), o fenômeno não pode ser interpretado, pois sua estrutura é holófraseada, tornando-se tarefa analítica a leitura da holófrase, sem perder de vista as singularidades presentes em cada caso. Destacam ainda, que na presença dos fenômenos “estamos diante de um gozo específico, de um corpo marcado pela holófrase no real, como uma assinatura ou uma tatuagem indecifráveis, daí o fato de ter uma lesão correspondente” (p.558). “Os fenômenos psicossomáticos parecem mostrar no corpo uma escrita apenas como marcas registradas que não se inserem numa história, numa escrita da história libidinal capaz de ser contada, reconstruída, como nos sintomas neuróticos” (Dál-Col & poli, 2016, p.137-138).

Guir (1993) refere que no discurso desse paciente se encontram as holófrases, e que “em uma palavra encontra-se toda uma frase” (p.85). O autor salienta que durante as entrevistas iniciais, quando o perguntarmos sobre uma explicação, que não a médica, acerca da sua doença, o sujeito produzirá

significantes holófrases, estes podem ser encontrados também em sonhos, já na segunda etapa do tratamento.

Ventura e Nicolau (2014) descrevem essa clínica como desafiadora, pois a fala do paciente está voltada para sua escrita no corpo, e não passa pela via da transferência de amor e de saber. Caracterizam a fala do sujeito como vazia e que não permite manejo pela via simbólica, sendo que a escrita no corpo não é legível e precisa ser decifrada, para que possa avançar na produção de sentido.

Segundo Germano (2010), seguindo uma linha de pensamento lacaniana se compreende que o corpo para o psicossomático é fonte ilimitada de gozo. O autor pontua, que diferentemente do que ocorre na histeria de conversão, a palavra está fora dessa manifestação, promovendo uma escrita no corpo que não se pode ler.

Diante de um fenômeno, que está para além da técnica interpretativa, essa pesquisa se justifica pela frequência com que a demanda psicossomática apresenta-se na clínica psicanalítica contemporânea (Cordeiro & Ortiz, 2015; Martins, 2017). Assim como pela importância de se conhecer os relatos e as discussões em torno do tema, para que se possa avançar na compreensão desses fenômenos e do processo clínico de tratamento (Cordeiro & Ortiz, 2015).

Para tanto se objetivou conhecer os desafios da prática clínica psicanalítica com pacientes psicossomáticos, buscando explorar o manejo clínico utilizado com pacientes psicossomáticos; investigar se através da clínica psicanalítica ocorre o esbatimento dos sintomas físicos; identificar se é possível construir com o paciente a subjetivação dos sintomas somáticos e descrever as diferenças no posicionamento do analista na clínica psicanalítica com pacientes psicossomáticos.

Método

O método utilizado neste estudo tem natureza qualitativa exploratória. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (CEP HMIPV) sob o número do parecer 3.207.685 em 19 de março de 2019.

Participaram deste estudo quatro psicanalistas. Os critérios de inclusão foram tempo mínimo de cinco anos de graduação em psicologia, formação em psicanálise e experiência no atendimento clínico de pacientes psicossomáticos. Como critérios de exclusão adotou-se não ter formação em psicanálise, ou estar atuando apenas no campo teórico.

Para a busca dos participantes, o primeiro entrevistado foi escolhido por conveniência e os demais a partir do método bola de neve, no qual um participante indica outro que atenda aos critérios de inclusão da pesquisa. Cada entrevista foi agendada de acordo com a disponibilidade dos participantes, e antes de iniciar a coleta de dados eles leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como instrumento para coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, formulada a partir dos objetivos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Os resultados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin (1977), na qual os dados passam por leitura detalhada e posteriormente são organizados em categorias, para que então seja possível produzir síntese e seleção dos resultados que culminarão em compreensões acerca do conteúdo coletado.

Para preservar o anonimato dos participantes, os profissionais serão

identificados de forma genérica com o termo “psi” acompanhado de numerais variando de 1 a 4, conforme a ordem da realização das entrevistas.

A psi 1 é doutora em psicanálise clínica e pesquisa e atua na clínica há 17 anos, sendo também docente em curso de pós-graduação e coordenadora de grupos de estudos. A psi 2 tem especialização em psicossomática e psicanálise, atualmente é docente em curso de formação de analistas, realiza trabalho de cunho social e atua na clínica há 32 anos. A psi 3 é doutoranda em medicina, atua na clínica há 28 anos e é vinculada a um centro de formação. O psi 4 atua na clínica há 39 anos, é membro fundador de uma instituição que forma analistas e participa de grupo de estudos.

Resultados e discussão

As entrevistas realizadas forneceram grande quantidade de material para ser analisado. A princípio não se objetivou analisar e discutir os aspectos do paciente, contudo o discurso do paciente está presente na fala de todos os entrevistados, como um aspecto que insere as questões clínicas que serão discutidas, tornando-se indispensável apresentar e discutir essa categoria, mesmo que brevemente. Diante disto, foram criadas três categorias de resultados que atendessem aos objetivos da pesquisa: *discurso do paciente*, *a prática clínica* e *o posicionamento do analista*.

A primeira categoria refere-se ao *discurso do paciente* psicossomático, versando sobre como este se apresenta à clínica psicanalítica. Os entrevistados descrevem certa dificuldade do paciente em relacionar o que ocorre em sua vida e o que acontece em seu corpo, pobreza de associações e um distanciamento afetivo que se apresenta em um discurso concreto. No recorte abaixo esses aspectos se evidenciam:

[...] alguma impossibilidade de se apropriar no seu discurso, alguma coisa do seu ser está em suspenso, alguns pontos cegos assim... [...] Ele não vê conexão ali, não vê nenhuma associação e a capacidade de associar as ideias assim como a gente diz em psicanálise, associação livre de ideias, é bastante pobre, um discurso muito linear, mesmo quando formula uma queixa, é uma queixa bem sem nuance (psi 2).

Rinaldi e cols. (2013) discutem a prática analítica com sujeitos que apresentam fenômenos psicossomáticos através de duas experiências clínicas. Corroborando com a descrição apresentada nas entrevistas, as autoras apontam no discurso do paciente dificuldade em abandonar sua doença, mantendo-o nos sintomas corporais e não construindo uma demanda endereçada ao analista. Elas descrevem um discurso permeado por uma fala descritiva e concreta.

Figueiredo (2016), a partir de um caso clínico, aborda aspectos da clínica psicanalítica com pacientes psicossomáticos. A autora sinaliza a presença desses fenômenos descrevendo que o discurso da paciente era voltado a queixas do que ocorria em seu corpo não fazendo relação com o simbólico, assim não se apresentando no campo da linguagem. Segundo Germano (2010), diante de um intenso investimento que ocorre no próprio corpo, no discurso desses pacientes percebe-se a carência e certa impossibilidade que está posta para associação livre, pois faltam palavras para o sujeito psicossomático.

Dessa dificuldade em conectar o que lhe acontece com o que sente, de

trazer isso para seu discurso, decorre um entrave à entrada no processo de análise, conforme pode ser evidenciado na fala da psi 1: “[...] *ele tem muita dificuldade em fazer uma relação entre o que lhe acomete, a doença que lhe acomete e a sua própria implicação subjetiva*”.

A partir da forma como esse paciente se apresenta em seu discurso, nos aproximamos da próxima categoria, a *prática clínica*, que irá explorar alguns aspectos da prática analítica com esses pacientes.

Os entrevistados apontam que os pacientes psicossomáticos tendem a buscar a clínica médica e com facilidade se entregam ao saber da medicina, pois entendem que o que acontece em seu corpo se relaciona apenas com o orgânico. Porém, quando chegam à clínica psicanalítica, sejam encaminhados pelo médico, ou atravessados por outro motivo, com dificuldade se constroem uma relação transferencial.

Volich (2016) aponta que na maioria dos casos esses pacientes vêm encaminhados pelo médico e não compreendem o sentido da indicação. Pontua que essa não compreensão e, por vezes, até certa desvalorização, pode aparecer ainda no primeiro contato clínico. Quando chegam à clínica psicanalítica, os pacientes psicossomáticos já tiveram seu sofrimento nomeado, passando o corpo a ser referência do que estão sentindo, a partir disso apresentam dificuldade de construir um novo sentido para o que lhe acontece, tornando-se esta uma barreira para o processo de análise (Germano, 2010).

Segundo Nicolau (2008), diante da impossibilidade de apontar uma referência orgânica para a doença, mas frente à lesão, a medicina tende a oferecer rótulos como “stress” e “doença psicossomática”. Complementa informando ao paciente que ele não tem nada e o encaminha ao psicólogo. Esse paciente, que já chega à clínica rotulado como psicossomático, apresenta dificuldade em se analisar, visto que seu sofrimento está referido à dimensão corporal e dificilmente consegue subjetivá-lo (Figueiredo, 2016; Nicolau, 2008).

Os entrevistados pontuam que primeiramente o psicanalista deve realizar uma escuta e um diagnóstico, para então conduzir as intervenções de acordo com o que se apresenta. As autoras Rinaldi e cols. (2013) apontam que para a medicina, o que se apresenta sem causa orgânica é diagnosticado como doença psicossomática, todavia para a psicanálise é indispensável conduzir a uma diferenciação entre sintoma e fenômeno psicossomático.

Nesse sentido os resultados remetem à diferença presente na escuta oferecida na clínica psicanalítica, que está para além da oportunizada na clínica médica, que toma apenas o corpo real. Como pode ser ilustrado no recorte a seguir: “[...] *eu não vou escutar as tripas dela, eu não tô escutando o estômago dela, eu tô escutando a dificuldade dela em subjetivar, em erotizar, em se queixar, colocar palavras nesse corpo, sobre esse corpo*” (psi 2).

Corroborando com essa diferença apontada, Figueiredo (2016) e Germano (2010) referem que a psicanálise não se propõe a deslocar o sentido para o da causalidade, não se limitando a estabelecer relação de causa e efeito entre o orgânico e o psíquico, pois sua escuta é dirigida à singularidade de cada sujeito.

Os resultados salientam que ao realizar a escuta desse discurso que privilegia o sofrimento do corpo e identificar a presença do fenômeno psicossomático, está posto o desafio de avançar na formulação da demanda de tratamento. Esse processo analítico tende a exigir maior investimento nas entrevistas iniciais, possibilitar a esse paciente o tempo que ele precisa para se implicar no tratamento analítico e avançar em direção à transferência. Em referência a esse aspecto desafiador, a fala da psi 1 evidencia:

[...] que ele saia daquela queixa pra fazer uma demanda... então se demora. Muitas vezes falam que o trabalho com psicossomático seria uma pré-análise, vamos dizer assim, ou seja, que demora um período a mais nas entrevistas iniciais que a gente chama pra que o paciente comece a se engajar no tratamento, é um trabalho maior pré-analítico do que na análise propriamente dita.

Freud (1913/1996) nos adverte sobre um processo prévio no tratamento, em que se deve oportunizar ao paciente a fala e dentro disso intervir ou explicar apenas o necessário para manutenção do discurso do paciente. As autoras Rinaldi e Cols. (2013), esclarecem que durante esse processo inicial “a tarefa do analista é de escuta, atenção flutuante ao que está sendo comunicado, até que algo se defina como uma demanda” (p.99).

Guir (1988), em referência às entrevistas iniciais, pontua que esse paciente está capturado por suas lesões referindo a importância de se construir certo afastamento simbólico das mesmas. Orienta que é preciso buscar conhecer o percurso médico e tratamentos realizados até então, considerando também os nomes dos medicamentos utilizados, as ocasiões em que os fenômenos já se apresentaram, aspectos familiares, datas e acontecimentos. Sugere também solicitar uma explicação natural sobre a doença e sua lembrança mais antiga. Ele aponta que as entrevistas iniciais podem se estender por meses e até anos, dirigindo-se ao divã quando ele não precisa mais da imagem do analista para se sustentar.

Santos Filho (2010) demarca que as manifestações psicossomáticas têm uma forte correlação com datas, que referem-se a comemorações universais ou pessoais, e acontecimentos, que remetem a eventos de perda e separação, seja através da morte, desemprego, rompimento nas relações, entre outros. Na busca do sentido dessa correlação se constitui a primeira tarefa do analista, promover uma reconstituição histórica e cronológica que possa propiciar integração das datas e acontecimentos com as manifestações somáticas. Segundo o autor esse movimento pode possibilitar que o paciente se direcione às primeiras construções de relação entre seus sintomas orgânicos e aspectos da sua vivência, podendo produzir significado para o tratamento.

Percebe-se a importância de se investir nas entrevistas iniciais, e buscar junto a esse paciente a construção de uma história em torno da sua queixa corporal, uma narrativa que faça sentido e possa ir em direção à formulação de uma demanda de tratamento.

Segundo Lanius (2015), um fenômeno psicossomático tomado sozinho não corresponde a nada, pois se remete a uma constelação de signos comprometidos entre si. Dessa forma, a autora salienta a necessidade de buscar junto à história familiar do paciente uma referência, algo que possa transpor a sua própria história. Rotta (2015) refere que as doenças somáticas surgem quando a vida do sujeito lhe impõe exigências para além dos recursos que este dispõe para lidar, provocando uma desorganização na economia psicossomática.

Nesse sentido, o trabalho com paciente psicossomático precisa cruzar os ciclos de repetição, é preciso acompanhá-lo por um longo período e verificar que este já tem outras formas de lidar com os acontecimentos da sua vida. Esse aspecto pode ser evidenciado na fala da psi 1: “*tem que ter um trabalho contínuo de pelo menos um certo período em que se vê que não se repete mais, se começa a constatar que ali onde deveria se repetir, porque era o mecanismo, não se repete mais*”.

Em relação às dificuldades encontradas na condução desse tratamento, os resultados também apontam o desafio de se instalar o fenômeno transfe-rencial com pacientes psicossomáticos, pois dele depende a relação com esse outro que sabe algo sobre ele, se deparando com o desafio de ter que descobrir algo sobre si mesmo. Os resultados indicam a importância de o analista estar investindo nesse processo analítico ainda mais com o seu desejo. A fala dos entrevistados psi 2 e psi 4, trazem esses aspectos:

[...] essa transferência ela é difícil de se instalar no paciente, a relação com esse outro que sabe é muito difícil. Ele não se importa em oferecer seu corpo para a ciência, pro saber da ciência, isso em nada vai tocar no saber dele, em nada vai deslocar o que tá ali nele, mas sabe que quando ele tá na presença do inconsciente, porque se ele tá na presença do analista, tá na presença do inconsciente também, ele sobressalta, ele resiste, ele embarreira (psi 2).

[...] o vínculo em análise é a transferência do paciente, se há um estabelecimento da transferência ou não é uma maneira de descrever isso, e quando há, pro lado do paciente, por mais inconsciente que isso seja, é que esse que me escuta saberá me dizer do que eu soufr [...] onde há essa suposição de saber se instala a transferência (psi 4).

Segundo Lacan (1964/1985), “a transferência é um fenômeno em que estão incluídos, juntos, o sujeito e o psicanalista” (p. 219). O autor pontua que para que haja transferência é necessário que em algum lugar tenhamos o sujeito suposto saber (S.s.S).

Nessa perspectiva as autoras Rinaldi e cols. (2013) pontuam que inicialmente, com pacientes psicossomáticos, não parece se constituir as condições mínimas do final das entrevistas iniciais e a entrada em análise, com a articulação da demanda e endereçamento dela ao outro, como suposto saber. Segundo as autoras “a instauração do ato analítico só se realiza com a demanda, por parte do analisante, de se desembaraçar de um sintoma” (p.99).

Todavia, não se trata de pensar uma modalidade própria de transferência, mas de saber que esta será instalada com particular dificuldade, visto que esse paciente está impossibilitado de endereçar ao analista uma demanda subjetiva, pois seu gozo está fixado no real do seu corpo (Figueiredo, 2016). E, é nesse cenário que o desejo do analista deve operar, para permitir que um saber seja construído.

As entrevistas reforçam que é muito difícil trabalhar esse conteúdo na clínica, visto que a posição em que o sujeito se encontra é de estar fixado nesse gozo do corpo. Nesse sentido, ainda que frente a uma enfermidade real, é preciso ir conduzindo o trabalho dentro do conteúdo que o paciente está trazendo, pois no lugar de analista não há urgência, o tempo do tratamento é o tempo do paciente.

[...] o psicanalista não tem urgência, não é preciso salvar a vida daquele paciente, é preciso sim escutar o que de vida fala

nele, e são as pulsões de morte [...] é saber com isso respeitar o tempo do paciente, e quem marca o tempo do paciente é ele, na sua fala dirigida ao analista” (psi 4).

Mesmo que preso ao real do corpo será pela via da fala do paciente que se encontrará um caminho que faça enlaçamento entre inconsciente e fenômeno psicossomático avançando assim em direção a um sujeito suposto saber, que posteriormente terá que ser destituído, para que assim se construa uma via de fala endereçada ao Outro (Ventura, 2011). Inicialmente o psicanalista irá ocupar o lugar de Outro para este analisando, porém com o tempo esse lugar aos poucos irá se destituindo para que este que fala possa se autorepresentar (Ribeiro, 2016).

Apesar de difícil e exigente, os entrevistados sinalizam que é possível avançar na relação analítica, e que diante disso o paciente tem a possibilidade de ir ao encontro de uma integração entre seu corpo e inconsciente, passando a modificar a forma como se relaciona com o mundo e com as pessoas, e a ressignificar a sua vida.

O trabalho clínico, como pontua a psi 3 vai “[...] ajudando ele a integrar corpo e mente, a se conectar melhor com suas emoções, compreender sua história e a se cuidar melhor, adoecer melhor, ou melhorar de doenças e sintomas”. O que a clínica psicanalítica busca, é trazer o corpo simbólico para o tratamento analítico, permitir que esse paciente simbolize o suficiente esse corpo real, a ponto de poder formar seus sintomas. Conforme apontado pela psi 1 “[...] ali onde há fenômeno psicossomático não há sujeito. Uma vez que a gente descongela ali essa lesão, advém um sujeito, advindo um sujeito ele tem a possibilidade de representação através de um significante”.

Martins (2017) refere que é possível construir uma nova forma de expressar o significante encarnado no corpo. A partir de seu entendimento, o sujeito tem a possibilidade de expressá-lo pela palavra, produzindo metáfora. Dessa forma irá romper com o silêncio provocado por seu sofrimento, que até então só pôde ser expresso através do fenômeno psicossomático. Salienta que se busca nessa clínica a ressignificação da doença e a possibilidade de externar o conteúdo inconsciente metaforicamente. Se isso for possível, haverá uma melhora das afecções apresentadas. Corroborando com o que a psi 2 salienta:

[...] quando eles conseguem fazer outros sintomas aí a gente sabe que ele tá metaforizando, a gente tem paciente pra tratar, a gente tá trabalhando, ele tá produzindo, ele tá se analisando, e ele vai na direção também de deslocamento desses sintomas ele vai construindo na verdade, como se ele tivesse construindo uma narrativa outra né, uma outra narrativa da sua própria história.

Fernandes e cols. (2015) acerca da prática analítica com pacientes psicossomáticos asseveram que se deve buscar identificar o momento em que se deu o congelamento dos significantes, tratando-se de uma clínica da leitura do que se apresenta como holófrase. Para os autores esses casos apontam para “uma clínica onde prevalece um modo de gozo circunscrito no corpo, refratário ao simbólico” (p.557), sendo necessário um esforço por parte do analista, para permitir um tratamento através da fala do gozo que está fixado na lesão.

Ainda sobre a prática clínica, Lanius (2015) pontua que com fenômenos

psicossomáticos não se trata de uma interpretação de metáfora, visto que não se trata de metáfora, mas sim de realizar uma possibilidade de passagem daquilo que está escrito no corpo, para o campo da fala.

Os aspectos do fazer clínico evidenciados refletem-se no posicionamento do analista, questão que foi ressaltada nas entrevistas, e que gerou a terceira e última categoria: o *posicionamento do analista*.

Em relação ao posicionamento do analista, o psi 4 orienta:

A primeira questão é a atitude, o posicionamento do analista, onde, se o sujeito traz queixas em relação ao seu corpo, ao funcionamento do corpo, algum sintoma, se o analista presta atenção pra isso, se ele escuta isso, se isso faz questão pra ele [...] a primeira coisa é o analista não fazer dissociação entre corpo e mente. [...] o lugar do analista é poder ser digamos, quem recebe tudo quanto que o paciente tenha pra dizer, e em sendo destinatário, de tudo quanto que o paciente tenha pra dizer, o paciente vai colocando em sua fala o analista em diferentes posições.

Evidencia-se a importância de um analista que acolhe esse corpo real que está sendo falado, que ofereça escuta a essas queixas. Nesse sentido, como pôde ser evidenciado o analista precisa permitir que esse corpo real seja escutado, e posteriormente simbolizado, conforme a psi 2 especifica:

Eu digo que se existe uma psicossomática da psicanálise é essa... de acolher o paciente que com sua dor psíquica, falada no corpo, trazida no corpo, mas dar condições a ele de escutá-la, escutar o que ele diz dela, o que ele tem a dizer dela, essa é a especificidade, ficar muito firme nesse propósito, não perder isso de vista nunca.

Os resultados ressaltam que a clínica com pacientes psicossomáticos exige do analista uma disponibilidade maior para escuta, uma disposição para ser mais ativo e estar investindo ainda mais nesse tratamento com o seu desejo.

Figueiredo (2016) pontua que se trata de deixar o paciente falar e através da fala anunciar sua doença. Essa fala deve ser sustentada pelo desejo do analista insistindo em apostar que na medida em que se anuncia o fenômeno psicossomático será colocado em questão, promovendo então um deslocamento entre a fala e a doença, e acreditando que enquanto o paciente fala algo do sujeito pode surgir.

Rinaldi e cols. (2013) referem que em sustentar a análise com o seu desejo, o analista opera em manutenção do desejo do paciente, podendo conduzir o sujeito a uma mudança em referência a sua posição frente ao saber. O desejo do analista está em provocar no analisante o desejo de saber a verdade sobre si mesmo, sendo que é o saber do inconsciente que irá sustentar o lugar do analista e não seu saber teórico (Figueiredo, 2016; Ventura, 2011).

Nesse sentido, Jorge (2017) aponta que existe diferença entre o desejo do analista e o desejo de ser analista. A partir de uma situação clínica de Laurence Bataille, o autor ilustra que ao desejar representar algo para o sujeito, mesmo

que isso signifique o papel de analista, isso representa um deslocamento do desejo do analista para o de ser analista.

Esse apontamento corrobora com o risco que os entrevistados sinalizaram, referenciando que para além da dificuldade do paciente em se implicar no processo analítico, tem a questão de se o analista tem condições de suportar essa transferência, se ele está ciente de suas limitações. Nesse sentido eles advertem a importância do analista estar muito bem analisado, em conformidade com suas questões internas e ciente de que não será o salvador do seu paciente, muito menos desejar sê-lo. A fala da psi 2 adverte:

Se o analista não tá realmente bem advertido no seu desejo de escutar, no limite da sua prática, e se ele tá apenas encarnado nessa suposição de saber como se fosse uma realidade né, eu sei, vou dar conta, é ter esse cuidado. Se o caso é realmente tratável por ele, isso é um desafio.

O analista precisa estar muito bem advertido disso, e conter algumas interpretações, sendo essa, uma análise que exige maior tato e cuidado no que concerne às intervenções. Esse aspecto pode ser ilustrado no recorte da fala da psi 2:

[...] esses pacientes eles exigem da gente certo rigor maior de escuta, de intervenção e muito cuidado, a gente não pode nunca com paciente em situação psicossomática fazer alguma intervenção muito fechada, a gente tem que ter muito cuidado pra não deixar ele lidar com sua angústia, de uma maneira que não acue, que não o aterrorize, saber que tem um outro atrás no divã, ou na frente, na poltrona, não importa, mas que está ali para acolher a sua angústia, para que ele se encoraje e não para aumentá-la.

Aisenstein (2015) observa que o tratamento do paciente psicossomático precisa se diferenciar da clínica do neurótico. Em referência a considerações técnicas, a autora caracteriza sessões que ocorram face a face, salienta a importância de apoio por parte do analista e atenção especial para possíveis alterações qualitativas no que se refere ao funcionamento psíquico. A tarefa da interpretação, nesses casos, está dificultada, enquanto o uso de técnicas associativas facilita o processo de conversação. A autora pontua ainda a importância de um investimento por parte do analista para promover envolvimento do paciente com o processo, auxiliando-o a perceber que todos têm uma história que vale a pena ser contada.

Germano (2010) também corrobora que a clínica com pacientes psicossomáticos exige muito mais do analista, pois a interpretação simbólica não tem o mesmo efeito que na clínica com o neurótico, exigindo uma entrega maior de paciência e disponibilidade interior para se manter nessa posição, que muito se distancia da comumente desempenhada com o neurótico. Como pode ser ilustrado através da fala da psi 2: *“tu tem que garimpar a subjetividade do paciente, isso é um processo muito delicado, muito difícil de fazer”*. Ela ainda salienta: *“poucos analistas suportam fazer, a gente fica numa posição puramente livresca, e compreendendo disposições teóricas da psicanálise, a gente não faz esse tipo de intervenção, que é da especificidade da psicossomática”*.

Nasio (1993) pontua que na posição do analista existe a necessidade de nomear essas formações. Segundo o autor, isso significa dar nome à lesão, é dizer algo para permitir que o paciente também diga, é nomear para que o outro nomeie. Lanius (2015) corrobora apontando que frente ao paciente psicossomático uma possibilidade de trabalho para o analista seria comunicar em palavras para este o que se está vendo, para que o mesmo possa escutar e a partir disso atribuir a estas palavras diferentes sentidos. Nesse sentido cabe ao analista disponibilizar ao paciente as palavras que lhe faltam (Germano, 2010).

Considerações finais

Considerando os aspectos que se apresentam na clínica com pacientes psicossomáticos evidenciou-se a importância que as entrevistas iniciais têm nesse tratamento, visto que delas depende um endereçamento da demanda por parte do paciente em relação ao analista. É nesse aspecto que essa clínica irá se diferenciar, pois exigirá maior tempo e investimento nessa parte do processo, sendo esse também o desafio dessa prática analítica.

O corpo real apresenta-se marcado no discurso desse paciente, que é permeado por queixas físicas. É a partir da escuta dessas queixas que parecem não dizer nada, que se partirá para buscar junto a esses pacientes acontecimentos e fatos da sua vivência, que ao longo do processo desvelarão a possibilidade da construção de uma demanda de tratamento endereçada a esse analista.

Cabe ao analista investir nesse processo de tratamento com o seu desejo, fazer-se presente e estar disponível. A escuta, como em todo processo analítico, está em destaque como ferramenta para o analista, e é através dela que se dará todo o processo. Salienta-se, a importância de acolher esse corpo e tolerar a escuta dessa fala, que parece não fazer questão a esse trabalho.

O desejo do analista aparece como peça fundamental na manutenção desse tratamento, visto que o paciente está envolto em suas queixas do corpo real, e é essa insistência em apostar na possibilidade de o paciente avançar em direção ao seu inconsciente, que inicialmente sustentará a análise.

A pesquisa evidenciou que é possível o paciente avançar em direção à simbolização e a formação de sintomas, para além da descarga no corpo, beneficiando-se do campo da fala. Contudo, salienta-se que o tratamento é longo, e que é preciso acompanhar esse paciente por diferentes estágios da vida, atravessando junto com ele os ciclos de repetição.

Compreende-se que a chave deste tratamento está na condição criada nas entrevistas iniciais, nas quais o analista deverá acolher esse corpo, acolher essa queixa, e então dar a esse paciente voz e espaço; permitir que esse corpo fale; se expresse e se organize; se simbolize e se direcione a algo do sujeito que parece não estar presente, mas que através do corpo se mostra, grita e anuncia sua presença, mesmo que ele não queira saber nada sobre isso.

Aponta-se que essa pesquisa apresenta limitações quanto à compreensão oferecida acerca do sujeito psicossomático, assim como quanto aos objetivos que se tornaram demasiadamente amplos para serem abordados com a especificidade e profundidade que mereciam. Enfatiza-se, que dada à amplitude e complexidade da temática, as entrevistas realizadas ofereceram vasto conteúdo que poderia também ser explorado e discutido.

Salienta-se também a importância de que mais estudos sejam realizados acerca da prática clínica com pacientes psicossomáticos, explorando esse pro-

cesso inicial do tratamento e as especificidades presentes no posicionamento do analista, visto que se verificou que essas manifestações têm se apresentando com frequência na clínica psicanalítica tornando-se indispensável que se produza mais conhecimento sobre esse fazer analítico.

Destaca-se também a relevância de se produzir estudos em referência a descrição e compreensão de quem é o paciente psicossomático, uma vez que dentro da própria psicanálise encontram-se diferentes entendimentos e abordagens, reforçando a relevância em se produzir mais pesquisas nessa área, para que seja possível avançar em compreensões mais sólidas.

Para finalizar, volta-se ao corpo que chega à clínica, e como salienta Nasio (1993), o corpo para a psicanálise não é o carnal, e sim um corpo que perdemos e recuperamos repetidas vezes. “É um corpo do “entre-dois”, um corpo do intervalo – e é preciso fazer um esforço enorme para habituar-se à ideia de que o corpo do paciente deitado não é o corpo que se encontra no divã” (p.86).

Referências

- Aisenstein, M. (2015). Abordagem psicodinâmica do paciente psicossomático. Em C. L. Eizirik, R. W. Aguiar, S. S. Schestatsky (orgs.), *Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Clínicos* (3a ed., pp. 659-667). Porto Alegre: Artmed.
- Bardin L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Castro, J. L., & Rinaldi, D. (2017). A psicossomática no discurso. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, 20(2), 263-277. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v20n2/1415-4714-rlpf-20-2-0263.pdf>
- Cordeiro, S. N., & Ortiz, N. D. (2015). Quando o corpo se faz presente como meio de existência do sujeito: um caso de psicossomática. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 17(1), 83-94. Recuperado em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=171
- Dal-Cól, D. M. L., & Poli, M. C. (2016). Fenômenos Psicossomáticos: uma questão para a Psicanálise. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 11(2), 122-140. Recuperado em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_22/pdf/11-Fenomenos_psicossomaticos_Uma_questao_para_a_psicanalise.pdf
- Dor, J. (1989). *Introdução à leitura de Lacan: O inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Fernandes, C. O., Revs, B. N., Besset, V. L. & Veras, M. F. A. dos S. (2015). Corpo e fenômeno psicossomático na clínica psicanalítica. *Psicologia em Revista*, 21(3), 547-561. Recuperado em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n3/v21n3a09.pdf>
- Figueiredo, I. (2016). *Fenômenos Psicossomáticos: o manejo da transferência*. Curitiba, Apriis.
- Freud, S. (1994). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: S. Freud. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição Standard brasileira, Volume 3. Primeiras publicações psicanalíticas* (3a ed., pp. 249-270). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1898).
- Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise I). In: S. Freud. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição Standard brasileira, Volume 12. O caso de Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos* (pp. 137-158). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1913).
- Galdi, M. B., & Campos, E. B. V. (2017). Modelos Teóricos em Psicossomática Psicanalítica: Uma Revisão. *Temas em Psicologia*, 25(1), 29-40. Recuperado em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2017000100003

-
- Germano, Z. (2010). A clínica da Psicossomática (Considerações Psicanalítica). *Revista Olhar Científico - Faculdades Associadas de Ariqueemes*, 1(2), 154-167. Recuperado em: <http://olharcientifico.kinghost.net/index.php/olhar/article/view/43/27>
- Guir, J. (1993). Seminário V. In: J. -D., Nasio. *Psicossomática: as formações do objeto a*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Guir, J. (1988). *A psicossomática na clínica lacaniana*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Jorge, M. A. C. (2017). *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1987). Introdução ao Entwurf. In: J. Lacan. O seminário livro 2. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (pp. 123-133). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1954-1955).
- Lacan, J. (1985). O inconsciente freudiano e o nosso. In: J. Lacan. *O seminário livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (pp. 23-32). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1964).
- Lacan, J. (1985). O sujeito e o outro (I): a alienação. In: J. Lacan. *O seminário livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (pp. 193-204). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1964).
- Lacan, J. (1985). O sujeito e o outro (II) a afânise. In: J. Lacan. *O seminário livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (pp. 205-217). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1964).
- Lacan, J. (1985). Do sujeito suposto saber, da díade primeira e do bem. In: J. Lacan. *O seminário livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (pp. 218-230). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1964).
- Lanius, M. (2015). *Corpo à mostra as consequências clínicas da relação corpo/discurso*. Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2016). *Vocabulário da Psicanálise* (4a ed.). São Paulo: Martins Fontes – selo Martins.
- Martins, A. J. F. (2017) *O corpo em ato na clínica de orientação psicanalítica contemporânea*. Dissertação de Mestrado, Fundação Universidade Federal da Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil.
- Nasio, J. -D. (1993). *Psicossomática: as formações do objeto a*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Nicolau, R. F. (2008) A psicossomática e a escrita do real. *Revista Mal-estar e subjetividade*, 8(4) 959-990. Recuperado em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v8n4/06.pdf>
- Ribeiro, I. L. (2016). *Psicoterapia de orientação psicanalítica: transferência, contratransferência e o imperativo do gozo na contemporaneidade*. Tese de Mestrado, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil.
- Rinaldi D., Nicolau R. F. & Pitanga, Claudia Escórcio Gurgel do Amaral (2013). Do fenômeno psicossomático ao sintoma: a aderência do sujeito ao diagnóstico médico e ao trabalho analítico. *Ágora na.spe* (16), 95-108. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v16nspe/07.pdf>
- Rotta, A. S. B. P. (2015). Do vazio à constituição da simbolização. Um caso de artrite reumatoide. In: A. M., Soares, C. R., Rua, R. M., Volich, M. E. P., Labaki (orgs.), *Psicanálise e Psicossomática: Casos clínicos, construções* (pp. 183-198) São Paulo: Escuta.
- Santos Filho, O. C. dos (2010). Psicoterapia Psicanalítica do paciente somático. In J. de Mello Filho, M. Burd. (orgs.), *Psicossomática Hoje* (2a ed., pp. 481-490). Porto Alegre: Artmed.
- Ventura, I. de F. (2011). *O manejo da transferência na clínica dos fenômenos psicossomáticos: o que pode ser enodado*. Tese de Mestrado, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
- Ventura, I. de F., Nicolau R. F. (2014). A direção do tratamento na clínica dos fenômenos psicossomáticos. *Revista Subjetividades*, 14(2) 250-256. Recuperado em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v14n2/07.pdf>
-