

Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos

Leônia Cavalcante Teixeira

A clínica dos fenômenos psicossomáticos, no contexto das (re)orientações do poder terapêutico na atualidade, questiona a hegemonia do olhar biomédico característica dos recortes que incidem sobre o corpo. Abordaremos, neste ensaio, aspectos do mal-estar na atualidade a partir da psicopatologia somática e suas interações aos saberes e práticas da clínica do psicológico na perspectiva da psicanálise. Para tanto, iniciamos com uma breve reflexão acerca do corpo na perspectiva da psicanálise e da importância das relações primordiais para a constituição do equilíbrio psicossomático. Ressaltamos, nesse sentido, autores que trouxeram contribuições ao campo das psicopatologias somáticas. Em um segundo momento, é abordado o sofrimento psíquico em pessoas com neoplasia, considerando que o processo de adoecimento é historicamente construído, isto é, os modos de padecimento encontram-se circunscritos a saberes e práticas sócio-culturais, a modalidades de experiência do corpo, da dor, do prazer e até mesmo da cura. As implicações do mal-estar na atualidade trazem à tona as resistências dos saberes e práticas psicológicas a atribuir fundamental importância ao corpo na construção das subjetividades, especialmente quando são pelas corporeidades sofridas nos campos dos fenômenos psicossomáticos, dos estados-limite, das depressões e da hipocondria que os sujeitos se apresentam à cena analítica. O repensar dos lugares do corpo no nosso momento civilizatório é importante para que as atuais versões do sofrer que acolhemos em análise possam ser contextualizadas na cena social. Ressaltamos que abordamos o câncer a partir da interface da medicina e psicanálise, privilegiando as psicopatologias orgânicas como referencial teórico-clínico.

Palavras-chave: Psicanálise, psicopatologia, corpo, psicossomática, câncer

Os fenômenos psicossomáticos constituem uma expressão significativa da clínica psicológica na atualidade. A clínica mostra as atuais facetas dos modos de subjetivação postos em cena pela psicopatologia somática, evidenciando como o imaginário da época colore o panorama sintomático dos sofrimentos subjetivos. Ressaltamos que os destinos da emergência do corpo na clínica psicológica situam-no como veículo e plataforma do sofrimento, deixando-se falar através das queixas somáticas e da ausência de implicação do sofredor na história do corpo doente.

A partir do título “um corpo que dói” – desabafo que toma corpo no processo de análise de uma mulher mastectomizada e com metástase –, intencionamos discutir sobre o câncer à luz da psicanálise, considerando o lugar do corpo para a psicanálise e a anatomia fantasística balizadora da experiência de dor, a indiferenciação entre dores psíquica e física, a precocidade da experiência traumática e as possibilidades de seu reaparecimento, transfigurada em uma neoplasia.

Lugares clínicos e teóricos do corpo que padece

Considerando que as somatizações constituem uma das queixas mais freqüentes nas consultas psiquiátricas e psicológicas, a investigação sobre o tema ocupa lugar de destaque na agenda dos pesquisadores na área da saúde, sendo importante enfatizar que existem quadros de somatizações que não se acomodam às categorizações psiquiátricas, interrogando suas explicações nosográficas, bem como as conseqüências em termos de diagnóstico e prognóstico. Volich (2002, p. 219) enfatiza o lugar da experiência hipocondríaca na relação com o outro:

... moldando as representações do corpo, oferecendo imagens para a sua existência, transgredindo a ordem da fisiologia e da anatomia, subvertendo o funcionamento dos órgãos e sistemas vitais, a histeria, os

fenômenos psicossomáticos e a hipocondria sempre ofereceram ao sujeito, desde o início de sua existência, recursos para lançar ao outro o apelo para o alívio de seu sofrimento, muitas vezes indizível.

No fenômeno psicossomático, o corpo é afetado em sua realidade orgânica e funcional, sendo tal manifestação capturadas por exames clínicos, laboratoriais e imagéticos. Há uma lesão, por exemplo, quando o caso é câncer. É, portanto, preciso distinguir que nem todas somatizações são da mesma ordem, já que as somatizações históricas não afetam o real do corpo, embora possam paralisá-lo, cegá-lo, anestesiá-lo...

Os episódios psicossomáticos, muitas vezes, são tratados por especialidades médicas que terminam por não apreender as múltiplas determinações e seus complexos sentidos, já que partem do olhar biomédico centrado na noção de organismo e de patologia. O monopólio exigido por alguns setores da medicina em relação ao encaminhamento terapêutico de pacientes portadores de somatizações também pode ocorrer quando tais pacientes são primeiramente atendidos em centros de tratamento psicológico e têm suas somatizações tratadas como manifestações históricas. Como podemos ver, a abordagem dos fenômenos psicossomáticos é complexa e não comporta visões unilaterais, já que, especialmente, a gravidade de certos casos exige olhares plurais sobre o sofrimento e as possibilidades de encaminhamento terapêutico.

Por acometerem os sujeitos em sua economia psíquica, as manifestações psicossomáticas demandam alternativas de apreensão teórica que não se limitem à leitura do corpo como organismo. O quadro clínico de tais afecções apresenta-se de modo complexo, não se conformando facilmente às explicações etiológicas reducionistas e, conseqüentemente, tampouco aos esquemas de tratamento nelas baseados. Apesar da importância do contato dos profissionais do campo médico e de áreas afins com construções de sentido que incluem o subjetivo no fenômeno do adoecer, optamos por privilegiar as leituras das psicopatologias orgânicas a partir de campos de investigação teórico-clínicos da psicanálise. Ressaltamos que os campos da Medicina Psicossomática e da Psicologia Médica (Mello Filho, 1988; 1992) constituem espaços importantes nas abordagens das patologias, já que enfatizam os aspectos psicológicos, ou emocionais, na etiologia, curso e prognóstico. Entretanto, observamos que a visão preponderante é a de que as relações entre o estado psicológico e o soma se estabelecem linearmente. As idéias de psicogenicidade e de somatogênese (ibid.), que correspondem ao estudo da gênese dos sintomas ou das patologias a partir de causas psicológicas, não possui, a nosso ver, o lugar de importância conceitual que tinha nas primeiras décadas do século XX com a Medicina Psicossomática. Pensar no adoecer orgânico não conversivo, a partir da psicanálise, implica considerar a unidade psiquê-soma – psicossoma –, bem como a etiologia multifatorial das patologias.

É com a clínica da histeria e da hipocondria que a representação subjetiva do corpo é considerada, em contrapartida à visão hegemônica do organismo. O corpo em Freud (1895, 1905, 1914) corresponde àquele que ele soube escutar para além dos ruídos neuro-anátomo-fisiológicos, tornando-se, portanto, seu autor e de seus destinos, bem como das possibilidades de acolhida de seu sofrimento em termos terapêuticos. A experiência do corpo como enigma foi escutada por Freud, que, com a perspicácia desenvolvida pelos ensinamentos da clínica, soube não se contentar com a simples equivalência do corpo ao organismo, desenhando uma cartografia na superfície, densidade e volume corpóreos que surpreenderia à lógica histórica de construção sintomática, acolhendo-a e decifrando-a. Histeria e hipocondria ressaltam a anatomia imaginária fundante de um de um estatuto de corpo distinto da leitura médica e biológica da anatomo-patologia.

Acolhendo os ruídos do corpo, Freud (1914[1915], p. 99) ressalta a organização hipocondríaca como a retirada do “interesse da libido do mundo externo e dos objetos de amor, concentrando-a no órgão que lhe prende atenção”. Histeria e hipocondria aproximaram a psicanálise do fenômeno psicossomático, defrontando-a com desafios que não eram facilmente convocados à palavra, à expressão da vida onírica e fantasmática, à elaboração dos trabalhos de luto; enfim, à montagem de uma história nos moldes de um romance familiar.

Freud (1895), ao abrir as portas da investigação clínica ao corpo doente, interroga as convicções dualistas soma-mente, ao afirmar que os sintomas psíquicos exercem função na economia subjetiva manifestando-se no substrato corporal. Aliás, ele fez mais que isso, instituindo o conceito de pulsão entre o somático e o psíquico, como operador da organização e dinâmica subjetivas.

O fenômeno psicossomático – marcado por uma sintomatologia somática não conversiva – expõe modos de expressão do sofrimento psíquico no corpo-organismo, por alterações funcionais ou lesionais. O fundador da psicanálise, desde cedo, assumiu as dificuldades em tratar doenças orgânicas, admirando Ferenczi quando esse se atirava nas águas turvas do adoecer somático desafiador das elaborações sobre as conversões e a hipocondria. Ferenczi (1993, p. 381) escreve que “foi necessário esperar o advento do método psicanalítico introduzido por Freud para se poder explicar até uma profundidade antes insuspeitada a vida pulsional onde o corpo e o psiquismo não param de influenciar-se mutuamente.

Embora Freud (1896, 1998) tenha começado a lidar com o adoecimento somático não conversivo a partir do campo das neuroses atuais, a clínica à escuta de pacientes somatizadores vem assinalando o lugar dos momentos iniciais da constituição do psiquismo nos destinos da organização libidinal. As experiências precoces delineiam modos de funcionamento somático a partir da constituição da imagem corporal. A clínica das adições, somatizações, psicoses e estados limítrofes nos solicita a acentuar o lugar fundamental da relação materno-filial na

constituição subjetiva, possibilitando um espaço de elaboração psicossomático do bebê. Klein (1991; 1996), Winnicott (1983; 2001), Dolto (1984) e Lacan (1966) iluminam, na cena teórica psicanalítica, o valor crucial das experiências precoces na estruturação da organização pulsional, das defesas e das formações do inconsciente.

Com Klein (1991; 1996), as noções de supereu arcaico, conflitos edipianos e das posições esquizo-paranóide e depressiva acentuam o caráter de precocidade do psiquismo, enquanto que Winnicott (1983; 2001) já o ressalta pelas funções maternas de holding, handling e apresentação de objetos. Com Lacan (1966) e Dolto (1966), as respectivas proposições da constituição do eu a partir da metáfora especular na qual o corpo despedaçado do bebê é unificado por antecipação como efeito do olhar materno e das castrações simbologênicas necessárias às mudanças da relação com o outro e do trajeto pulsional no circuito corporal.

Salientando a importância de tais contribuições, enfatizamos a imagem inconsciente do corpo 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, já que, como explicita Nasio (1995, p. 225), tal imagem “visa a dar conta da atividade psíquica precoce do lactente, das figurações corpóreo-psíquicas do sujeito em relação”.

Retomando autores contemporâneos a Freud, destacamos a relevância das contribuições de Ferenczi (1992; 1993; 2002) e de Groddeck (1992; 1994; 2004) que muito expandiram a investigação psicanalítica do adoecimento somático não conversivo. Ferenczi (1992a; 2002) propôs os conceitos – apreendidos na sua experiência clínica com as neuroses atuais – de patoneurose e neurose de órgão, ressaltando o caráter narcísico do adoecer, marcante nos rumos do tratamento e da cura. O autor, no texto “As patoneuroses” (1992, p. 294) conceitua a patoneurose ou neurose de doença da seguinte forma: “parece que, em numerosos casos, a libido retirada do mundo externo não é investida no ego como um todo mas, essencialmente, no órgão doente ou ferido, e provoca ao nível do ponto doente ou ferido sintomas que devemos atribuir a um recrudescimento local da libido”. Ao postular o papel fundamental da dinâmica do auto-erotismo e do narcisismo, Ferenczi (2002, p. 377) forja, em 1926, o conceito de neurose de órgão, visando a desenvolver a classificação freudiana de neuroses atuais e de psiconeuroses, a partir de sua prática hospitalar e de consultório. Ele escreve: “numerosas doenças correntes têm origem psíquica mas manifestam-se por uma disfunção real de um ou de vários órgãos. Dá-se-lhes o nome de neurose de órgão. Visto que comportam simultaneamente distúrbios subjetivos e objetivos, foi necessário distingui-las da histeria, mas é difícil definir a fronteira que as separa

desta última ou de inúmeras enfermidades orgânicas” (2002, p. 377). Ferenczi desenvolve, no texto “As neuroses de órgão e seu tratamento”, casos de neurastenia – “a neurose de órgão mais conhecida”, segundo o autor (2002, p. 377) –, neurose de angústia e neuroses monossintomáticas (asma nervosa, neuroses de estômago, distúrbio intestinal grosso, neuroses cardíacas, enxaqueca), ressaltando que “o curso de toda enfermidade orgânica é, aliás, afetado favorável ou desfavoravelmente por influências psíquicas” (ibid., p. 381).

Com Groddeck (1926, p. 21), a tese de que toda doença orgânica é igualmente psíquica, bem como o inverso, ganha relevância: a doença corresponde a uma solução, apesar de problemática, para os conflitos inconscientes. Freud enfatizou uma descrença na aplicabilidade da terapia psicanalítica a todos os casos, apresentando algumas de suas limitações. Dentre elas, ele destacava que “pessoas que recebem assistência médica em hospitais” (1895[1894], p. 310) poderiam se beneficiar de ajuda por métodos suplementares, o que nos leva a pensar que ele se referia aos pacientes que sofriam de doenças somáticas de etiologia orgânica. Ele sublinha que seu método vinha se mostrando eficaz no tratamento de casos severos de histeria e neurose obsessiva.

Pensar no tratamento de pacientes marcados pelo adoecimento somático corresponde a dar à clínica sua magnitude, isto é, poder pensar no sofrimento fora dos esquemas de simbolização, no qual o corpo pulsa em dor, uma dor indizível e refratária às intervenções que visam às formações do inconsciente.

A psicopatologia somática constitui um campo de desafios à clínica, constituindo-se pela não implicação do sujeito em seu sofrer, sendo este figurado pelos destinos de um corpo lesionado e dolorido, assim como pelas prescrições médicas. A construção de discursos pelo sujeito sobre sua dor de existir mostra-se suprimida, padecendo o corpo em sua concretude. É nesse sentido que o fenômeno psicossomático interroga o fazer clínico, já que constitui árduo desafio tornar legível o sujeito-corpo-doença no jogo simbólico que não se reduz ao exercício funcional do biológico.

Clínica psicossomática psicanalítica: à escuta da dor do câncer...

Os significados do câncer e dos aspectos comportamentais, desenvolvimentais e interacionais nele envolvidos despertam a atenção das clínicas médica, psicológica e psicanalítica. Pesquisas sobre as características do paciente com câncer, da personalidade e da família com câncer iluminam fenômenos observáveis importantes: proteção excessiva da mãe, hipersensibilidade afetiva, conflito familiar, pouca agressividade, mudanças fugazes de vínculo, dentre outras.

Ao considerar esses estudos, sublinho que, apesar de serem significantes na constituição de um campo teórico-clínico útil na elaboração de estratégias de prevenção e tratamento, opto por caminhar em outra direção. Ou seja, a escuta psicanalítica coloca questões diferenciadas que ensaiamos responder através das possibilidades teóricas abertas por Freud (1895, 1900, 1914, 1915, 1920, 1923) ao problematizar a constituição do psiquismo, a organização pulsional, o narcisismo e o romance familiar. A consideração das possibilidades e implicações dos percursos dos membros da família é enriquecido quando as alternativas construídas no campo do singular são inseridas na lógica dos laços parental, fraterno, conjugal e coletivo.

O soma adoecido mostra-se, transferencialmente nas sessões de análise, pelas queixas, lamentações e narrativas dos périplos médicos percorridos pelo enfermo (Teixeira, 2002a, 2002b). As relações com o diagnóstico, com as terapêuticas medicamentosas e cirúrgicas, dietas, e com o prognóstico constituem temas constantes no contar dos pacientes com câncer. Os relatos, monotonamente detalhados, de sessões de radioterapia e quimioterapia preenchem o tempo e o espaço das sessões. É a história da patologia que se delinea, com todos os périplos e desvios pelas clínicas, hospitais, aparelhos, receitas e medicamentos.

As elaborações freudianas do narcisismo assumem lugar fundamental quando lidamos com processos de dor e mal-estar orgânicos, já que “o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera” (Freud, 1914[1915], p. 98).

As queixas orgânicas recorrem à ciência para seu entendimento, porém apontam para o que resta, o que escapa da apreensão do corpo como carne, abrindo espaços a novos e inusitados entendimentos.

Essas questões ressaltam olhares diversos que podem guiar os procedimentos terapêuticos frente aos desafios endereçados pelos portadores de doenças orgânicas. As doenças reconhecidas como psicossomáticas pela Medicina denunciam as limitações e impotências dos referenciais médicos e psicológicos, quando focalizados isoladamente no processo de tratamento daqueles que padecem no real do corpo. Os processos de desencadeamento, evolução, agravamento e desenlace das manifestações psicossomáticas interrogam os aspectos psicológicos nelas envolvidos. A influência das condições da dinâmica familiar como potencializadoras das causas alérgicas já era destacada como fator importante na abordagem das somatizações graves. Mello Filho (1988; 1992) lembra que os processos de identificação, luto e angústia, por exemplo, quando contextualizados na história do paciente, possibilitam construir um quadro complexo das manifestações psicossomáticas, seus agenciadores e suas repercussões.

O sofrimento, por mais dependente de uma neoplasia, põe o sujeito face às impotências, limites e decadência corporais expondo-o à perspectiva da morte e precipitando defesas e estratégias de enfrentamento que excedem a dimensão do organismo. A doença, as prescrições e os medicamentos adquirem sentido na dinâmica subjetiva, não dizendo respeito apenas à enfermidade como objeto de investigação biomédica (Teixeira, 2002b).

Assim, os campos de investigação e intervenção no sofrimento orgânico constituem espaços férteis, porque próprios à participação dos analistas. O enfoque da psicanálise destina um olhar privilegiado às condições subjetivas singulares, familiares e sociais como aspectos importantes na organização psíquica e no processo do adoecer, incluindo a experiência de estar doente e não-doente, a escolha da patologia e do órgão acometido e os modos de relações do doente com sua enfermidade e sofrimento. Enfim, “as formas de morar e trabalhar, de sofrer e desejar, de adoecer e cuidar e de viver e morrer” (Brant, 2001, p. 228).

Nesse sentido, vale ressaltar que as contribuições da psicanálise não se limitam ao campo de intervenção somente com o doente, mas também se estender ao âmbito da epidemiologia, com a mudança do eixo das categorias indivíduo e “populações humanas específicas” para o de sujeito. No artigo “O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia”, Brant (2001) desenvolve rica argumentação em favor da inclusão da subjetividade na consideração do “modelo metodológico e a ampliação de seu objetivo para além de instrumento estatístico coadjuvante da saúde pública e da prática clínica” (ibid., p. 221). Tal argumentação mostra-se interessante em relação ao câncer, já que ele nos confronta às questões da morte, da sexualidade, da castração e do trauma, consistindo o diagnóstico um momento que coloca em xeque a organização subjetiva, processo ressaltado pelo “estigma do câncer como uma doença fatal” (Quintana, 1999, p. 107). Essa correspondência linear entre câncer e morte cai sobre o sujeito, deixando-o em uma situação de desamparo, de sentimentos de solidão e de falta de afeição que se assemelha à situação de trauma psíquico descrita por Freud (1937). Brant (2001) nos alerta sobre as implicações da investigação epidemiológica que não considera tais aspectos, mas somente dados estatísticos, contribuindo para leituras determinísticas do processo saúde-doença, bem como em relação à consolidação de um perfil da doença ao qual o sujeito doente deva corresponder. A referência identitária ocupa lugar importante no câncer que aparece na figura de um brasão familiar, denunciando jogos identificatórios que, quando iluminados na relação transferencial, cartografando a “doença como metáfora” (Sontag, 2002) na esfera geracional.

É o deslocamento da história da doença neoplásica para a história do doente que a análise busca. A construção do romance familiar pelo paciente o faz mergulhar, pela transferência, no árduo trabalho de edificação do corpo

psicanalítico, corpo que só existe na alteridade, pelo olhar do outro que o desenha eroticamente e que, na análise, pode ser acolhido na rede do amparo subjetivo.

A mobilização das manifestações orgânicas, por mais que afastem os pacientes da implicação no adoecimento, os colocam em uma posição passível de ser trabalhada transferencialmente.

A clínica dos fenômenos psicossomáticos se constitui pelos efeitos do que extrapola os objetivos vitais, porém estes evidenciam a clivagem do sujeito, os destinos do afeto, a angústia e as possibilidades de construção de sentido. A doença somática, desde a época de Freud (1895, 1896, 1898, 1908, 1910, 1914, 1915, 1917) – apesar de seu ceticismo em relação à aplicabilidade do método psicanalítico a pacientes orgânicos –, ressalta a ruptura epistemológica com a divisão corpo-mente, possibilitando a legibilidade da imagem inconsciente do corpo, como também da emergência e dos destinos dos afetos. Diferentemente do quadro nosológico em que Freud situou as neuroses atuais – precursoras das psicopatologias somáticas –, na clínica atual de pacientes com câncer, as relações precoces e os momentos primitivos de constituição do eu são enfatizados. A importância do trabalho clínico visa a permitir que o sujeito se posicione frente à doença sem experimentar a autocensura melancólica de aspectos regressivos expresso na dor impossível da iminência de sua destruição como sujeito. A reconstrução da rede simbólica pela inclusão do corpo biológico, o trabalho psíquico e a elaboração de sintomas psíquicos se fazem possíveis na construção de uma história suportada pela transferência.

A investigação das psicopatologias somáticas impõe-se como tema de interesse para a clínica, exigindo re-elaborações metapsicológicas que contemplem as figurações do sofrimento e dos lugares do corpo no atual momento civilizatório. Com a ênfase da psicanálise no destino pulsional do recalque, a problemática do afeto parece ter ficado em um plano pouco iluminado pelas teorizações, causando uma lacuna, muitas vezes, comprometedora dos rumos dos atos clínicos. Tratamos, neste breve ensaio, dos destinos do corpo nas somatizações não psicóticas e neuróticas, abordando o câncer. Pensamos que a supressão merece atenção no campo das vicissitudes do afeto, especialmente quando os processos de subjetividade hegemônicos interrogam o estatuto do corpo na sua singularidade, extravagância e desmesura.

Resgatar as elaborações freudianas acerca dos destinos do afeto e das representações palavra e coisa (Freud, 1895, 1905, 1915), por exemplo, pode abrir espaço para a escuta dos ruídos de dor expostos na amargura dos corpos enfermos que pedem socorro.

Aliás, podemos até construir hipóteses psicopatológicas variadas em relação ao adoecimento do corpo – o que denota que não estamos congelados numa clínica de normas rígidas e de servidão a autores e escolas de pensamento –,

porém não podemos esquecer que a ruptura epistemológica que inaugura a radicalidade da clínica freudiana insere-se na tradição filosófica na qual corpo e psique não são diferentes, confundindo-se em uma unidade que denominamos psicossomática. É esse corte com a cultura da anátomo-patologia (Foucault, 2004) que instaura a possibilidade de uma clínica da escuta, segundo Berlinck (2000, p. 370), predominantemente visual, “já que ocorre no âmbito das transferências que produzem, primeiramente, afetos e imagens”.

Com a nova ordem corporal inaugurada por Freud em sua ficção pulsional, entendemos o adoecer a partir de “alterações na distribuição da libido”, tal qual nos escreve Freud (1914, p. 98). Resta-nos possibilitar que o patológico tenha lugar, assumindo sentidos para o sujeito sofrente do corpo. Esta constituiu nossa aposta com sujeitos que sofrem, no real de seus corpos, por neoplasias.

A forte demanda do sujeito portador de doenças orgânicas ao procurar a análise reside na conquista de um cúmplice a mais para a sua dor. O que podemos oferecer a ele são possibilidades de vida com a angústia e com o mal-estar, possibilidades de repensar a si mesmo na tentativa de não tornar insuportável a já tão irremediável dor de existir (Lacan, 1998, p. 788).

As implicações da clínica com somatizadores apontam para o questionar os lugares do analista e de seus escudos transferenciais e teóricos. Especialmente, elas focalizam o repensar das idéias preconcebidas quanto às definições de psicanálise, na maioria das vezes, cristalizadas pela repetição como sagradas e não re-inventadas no cotidiano da clínica, já que não permitem testemunhar a extraordinária riqueza técnica e metapsicológica, devendo beneficiar nossa concepção de cura psicanalítica *standart*”.

A clínica de pacientes portadores de doenças orgânicas retira o caráter de inquestionabilidade de noções como as de sexualidade, sonho, sintoma e transferência, por exemplo. Na mesma linha, incita-nos, nós analistas, a recorrer a autores como Groddeck (1992, 1994, 2001), Ferenczi (1992, 1993, 2002), Klein (1991, 1996), Winnicott (1983, 2001), Lacan (1966), Marty (1993, 1997), Nasio (1993, 1997), McDougall (1999, 2001), Masud Khan (1984). Não hesitando em interrogar os modelos hegemônicos do fazer clínico, a escuta do sofrimento não se restringe ao campo paradigmático do consultório individual, mas pode constituir outros settings - como em ambulatórios de saúde, ao pé-do-leito em enfermarias - nos quais a experiência transferencial possa construir um espaço de continência às queixas, demandas de cura da dor que toma conta do corpo, abrindo horizontes para a passagem da fala sobre a história da doença para a história do doente.

A ênfase da clínica recai sobre as possibilidades de o analista vir a suportar a demanda do paciente-doente, oferecendo-lhe o *holding* no qual a perda, o abandono, a fusão aniquilante, a identificação primitiva ao psiquismo da mãe

possam ter lugar na ficcionalização de sua história, incluindo a doença e seus agiornamentos, como a transferência do sujeito com a Medicina, os médicos e os medicamentos precisa ser inicialmente acolhida para que a possibilidade de construção de uma demanda de análise se dê pela retificação subjetiva. Tal mudança de lugar frente aos seus sintomas e sofrimento é condição para a transferência. A implicação, portanto, do sujeito sofrente dos males do corpo no seu padecer constitui momento crucial no delineamento do processo analítico, porém aprendemos, pela clínica, que o estado de adoecimento, tal qual Freud (1914, p. 98) já preconizara – tendo sido bem influenciado por Ferenczi – implica um investimento maciço de narcisismo no eu: “o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera. ‘Concentrada está a sua alma’, diz Wilhelm Busch a respeito do poeta que sofre de dor de dentes, ‘no estreito orifício do molar’”.

Lembramos Fedida (1999), ao trabalhar com o texto freudiano Tratamento psíquico (tratamento da alma) de 1898, se pergunta sobre o sentido da ação terapêutica, indo buscar, no pharmakon de Platão e nas interessantes elaborações de Derrida, a importância da dualidade paradoxal presente em toda e qualquer intervenção terapêutica, marca inclusive da figura do analista como terceiro. Este toque de Fedida é importante por justificar sua tese mais ousada na discussão sobre a psicofarmacologia e a presença da substância química na clínica terapêutica: através da “bifocalidade terapêutica” (p. 195 e 228), o medicamento só tem sua eficácia na economia psíquica do sujeito, quando é significado pelo paciente: “é a fala (transferencial) que qualifica uma molécula química em medicamento” (p. 185-6).

O soma adoecido exige ser escutado pelos murmúrios de dor, sendo este momento de acolhimento pelo analista necessário para que a implicação do doente no seu sofrimento possa se dar, abrindo campo para a mudança de posição do sujeito em relação ao que espera do analista, podendo situar as queixas iniciais na transferência. Abordar o adoecer orgânico como fenômeno psicossomático significa considerar que, juntamente com outros aspectos – genéticos, ambientais, fisiológicos, estilo de vida – a organização psíquica e seus modos de endereçamento libidinal deve ser considerada na abordagem da lesão orgânica, já que os destinos da excitação pulsional se dão no organismo, denotando, como propõe Marty (1993), uma diminuição da capacidade de simbolização das demandas pulsionais.

Este momento lógico de reposicionamento do paciente frente às queixas e ao analista merece atenção peculiar quando tratamos de pacientes com câncer. Geralmente, são pacientes encaminhados por médicos ou familiares, estejam os doentes em internamento – no caso do psicanalista que atende em instituições hospitalares ou congêneres, como clínicas de prevenção e tratamento rádio e

quimioterápico – ou em consultórios particulares, o que significa que, ao chegar ao analista, é a relação com os saberes e práticas biomédicas que colore o discurso do paciente. Não defendemos aqui uma clínica diferenciada aos pacientes que padecem por doenças somáticas, porém enfatizamos que a relação psicanálise-medicina e suas vicissitudes não pode ser negligenciada pelo psicanalista, cabendo a ele problematizá-la.

Mello Filho (1992, 2001), Teixeira (2002a, 2002b), Volich (2002) ressaltam as peculiaridades de ambos os campos e a não correspondência entre os discursos, as terapêuticas e os objetivos da cura, entretanto fica claro que não que aprender com tais diferenças e, principalmente, que a onipotência ameaça a ética tanto da medicina – expressa no *corpus hipocraticum* – quanto da psicanálise, pela assunção do sujeito de desejo.

A clínica nos ensina que as entrevistas preliminares, consideradas como momento de apresentação de queixas se dirigem ao analista apresentando-se pela concretude – partes do corpo apontadas, tocadas, acariciadas; cicatrizes cirúrgicas expostas; sintomas clínicos detalhadamente dramatizados; prescrições e nomenclaturas médicas minuciosamente declamadas e materialmente mostradas – clamando cumplicidade a sua dor, pedindo que o analista testemunhe o que “só quem passa por isso!” pode supor existir.

O paciente, centrado metonimicamente na materialidade da lesão do câncer, roga ao analista o que o saber biomédico parece lhe oferecer, isto é, o analista é buscado como mais um cúmplice do que o câncer lhe causa e, como tal, pode circunscrever seu padecimento com um saber que lhe traga certezas, que balize e dê forma à sua dor. Cabe a nós, analistas, saber dirigir, manejar o tratamento visando a acolher o sofrimento deste corpo que lateja, inflamado pela lesão, pela constituição de um espaço de continência de sua angústia, bem como um espaço simbólico que suporte a premência do organismo doente e que lhe dê legitimidade para que, por “doses de conta-gotas”, o corpo pulsional possa se fazer presente no discurso do paciente.

A clínica nos defronta com os riscos de não recebermos esse corpo-organismo – justificados por indicações teóricas de que quando não há implicação subjetiva, não há análise possível. Sim, esta é uma premissa que nos diferencia de uma visão ortopédica, corretiva e de aconselhamento. Porém, ao oferecermos escuta ao organismo que se rebela frente aos nossos olhos, consideramos que, naquele momento para aquele sujeito, sua experiência subjetiva encontra-se embotada e é apostando no que escapa do pensamento operatório (Marty, 1993; Mello Filho, 1992, 2000) que nos engajamos no processo de escuta, suportando que o inconsciente fale pelo organismo lesionado, que transferencialmente soframos no nosso corpo o peso da materialidade da dor. É preciso que possamos suportar as possibilidades pelas quais o sujeito dá conta de se experimentar no processo

de adoecimento orgânico, investindo, concomitantemente, nas possibilidades do paciente se surpreender com o que lhe escapa da realidade externa, de sua vida cotidiana marcada pelo desfilar de eventos, de coisas, de pessoas através de representações carregadas de afetos, sonhos, fantasias, metáforas, simbolismo, atos falhos, lapsos, chistes. No contexto transferencial, o organismo e o somático – representações do corpo para a biologia e a medicina, respectivamente – começam a ceder às pressões da lógica do erotismo, das pulsões e seus destinos e o sujeito-corpo-desejo irrompe pela inflamação do corpo desejante no lugar do corpo-organismo que lateja, lateja, lateja...

Ressaltamos a importância do manejo do tratamento pelo analista como possibilidade do paciente que tem na doença orgânica não conversiva a sustentação de sua experiência, o alvo do investimento narcísico. Sua aposta nas surpresas é mobilizadora da transferência, surpresas que podem afetar o solipsismo do organismo, fazendo falar o sujeito não pela lógica da anatomopatologia, porém pela lógica da representação, que subverte o corpo-organismo, possibilitando a construção de uma história rumo à verdade do sujeito.

A doença à luz da psicanálise ratifica o corpo em sua positividade, não reduzindo-o ao registro do biológico, mas assumindo-o como sexual e pulsional, isto é, como construído no regime alteritário que o retira da ordem auto-erógena, mergulhando-o nas malhas do social, do outro.

A clínica psicanalítica põe em questão a participação do sujeito na doença, visando a operar uma interrogação em relação ao seu lugar frente a si mesmo a partir da construção de possibilidades de ressignificação do adoecer orgânico na experiência do corpo erógeno, além do corpo biológico doente que se torna consistente através de uma manifestação devastadora que rompe o silêncio dos órgãos.

As abordagens psicanalíticas das psicopatologias orgânicas se inscrevem em um discurso que, considerando a já difícil transferência paciente-analista, organiza, por suas possibilidades de escuta, diferentes formas de demanda do sofrimento e de seus paradoxos. Freud em *Sobre o início do tratamento: Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I* (Freud, 1913, p. 186), escreve que “a força motivadora primária da terapia é o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado que deste se origina”. Lacan, posteriormente, trata as vicissitudes da aderência terapêutica considerando que demanda de cura não equivale, necessariamente, ao desejo de curar (Lacan, 1966).

A relação entre doença e subjetividade presentifica como o corpo do desejo se põe à mercê de somatizações, erguendo a problemática da eclosão dos fenômenos psicossomáticos na atualidade. Lidar clinicamente com corpos doentes que buscam a saúde como sinônimo de vida sem se implicarem como sujeitos no adoecer presume considerar o corpo na sua amplitude semântica, nos campos da biomedicina, dos saberes e práticas psi.

Como os discursos dos sujeitos com câncer evocam, quase sempre, a etiologia das doenças, crucial é considerar como as idéias de saúde, vida e morte circulam no imaginário coletivo, fonte na qual bebem os sofredores dos males do corpo ao apresentarem os padecimentos, suas contingências familiares, culturais e sociais.

Negar que, apesar da análise com pacientes sofredores de enfermidades somáticas visar a retificação da posição subjetiva, são os discursos científicos e, em especial, o da biomedicina, que delimitam espaços discursivos na rede social nos quais os sujeitos passeiam com mais ou menos desenvoltura, não nos parece justo. Nesse sentido, tanto as concepções já usuais e norteadoras das práticas médicas diluídas no social, como as inovações biotecnológicas merecem destaque, embora essas últimas ainda não participem, de modo massivo, dos modos de experiência do sujeito quanto aos usos do corpo. Mesmo assim, consideramos que o campo das ciências biomédicas ocupa lugar nuclear na construção dos sentidos da vida, direta ou indiretamente, não podendo ser deixado de lado quando o paciente fala de sua dor e quando a apreendemos pelos referenciais psicanalíticos. Os modos pelos quais os dispositivos sociais trabalham pela produção de corpos dóceis, não facilmente afetáveis pela extravagância do pathos (Berlinck, 2000; Pereira, 1998) como singularidade, passa pelas propostas da medicina ocidental moderna.

Entender a clínica à escuta das doenças orgânicas significa, antes de tudo, concebê-la como invenção do sujeito, como momento em que ele emerge, mesmo que atado às amarras do corpo sofredor e gozante. O estatuto do corpo no câncer incita à consideração dos usos que o sujeito faz da corporeidade na economia subjetiva, singular e inscritora de seu corpo em um laço social interrogador de suas posições na existência.

Tentar dar conta, pela análise, do sofrimento que se manifesta na concretude corpórea exige do analista uma sintonia com os lugares do corpo, com suas experimentações, vivências. Restabelecer a saúde perfeita constitui um dos ideais da biomedicina, para a qual o Bem almejado é a saúde. Questioná-lo parece ser a via mais lúcida pela qual podemos acolher o sofrimento expresso pelas manifestações orgânicas, sofrimento que demanda o reconhecimento dos afetos e da construção subjetiva da imagem corporal.

O ethos que suporta as experiências médica e psicanalítica em seus enfoques dos fenômenos psicossomáticos deve residir na não exclusão do doloroso e do insuportável da vivência subjetiva, da experimentação do corpo em suas possibilidades nos campos da saúde e da doença, da instalação de enigmas que impliquem o sujeito na ficção de sua história.

Como máxima da prática terapêutica, seja médica ou analítica, entendemos que o pathos precede o logos. É a experiência ética consigo e com os outros que

deve nortear o exercício clínico. O sofrimento manifesto na polissemia das expressões subjetivas deve constituir o ponto de partida dos saberes e das atuações no campo da clínica.

Acolher o corpo doente organizado fora dos esquemas de simbolização significa percorrer um árduo caminho no qual, inicialmente, não há espaços de interrogação sobre a relação da vida com o mal-estar corporal. A construção do setting terapêutico se dá sobre o reconhecimento que há algo que fala pelo corpo ator e paciente que se relaciona a um saber próprio do sujeito que se irrompe, rompendo o corpo e seu equilíbrio psicossomático, um saber que se inscreve no corpo que resiste a ser confrontado com a dúvida, com o contraditório e o afetivo do discurso.

A partir das possibilidades de subjetivação na cultura contemporânea, vemos que a corporeidade ocupa lugares teóricos e clínicos plurais e que as políticas do corpo, embora apontem prioritariamente para a equivalência entre o estado de saúde e a vida, também apontam para saberes que não se enquadram nos rigores das racionalidades médicas ocidentais presentes no modelo biomédico. Atentar para as relações de poder/saber constituintes das configurações dos campos de experiência subjetiva, nos quais as idéias de vida, morte, saúde e doença se atualizam constitui um dos pressupostos do exercício clínico.

A enfermidade implica uma certa condição de vida que interroga a saúde. Vida e saúde não são campos que se equivalem. O processo da vida inclui a doença e a presença iminente da morte, embora o imaginário moderno rechace as experiências de sofrimento como longevidade, o sentido de patológico merece ser evocado como operador de questionamentos de visões maniqueístas do processos de saúde e doença, sendo o adoecer entendido como desaventurança, infelicidade, como desestabilizador do processo vital. Entender o pathos no que ele apresenta de originário parece ser uma arma teórico-clínica de enfrentamento de pontos de vista que expulsam o mal-estar, autêntica manifestação do sofrimento e de suas vicissitudes do existir humano. O pathos se situa no campo do excesso, da desmesura, do sofrimento e da paixão que se apossam do homem exigindo dele passividade, alterando sua natureza, transformando-o em um ator que experimenta algo da ordem da exuberância, da falta de medida (Berlinck, 2000).

Nesse contexto, a relação tipicamente moderna saúde/doença perde força em detrimento de uma questão ética na qual o construir-se como sujeito inclui as noções de vida e de morte como valores. A consideração do corpo nas relações com outros corpos se desvia da concepção de doença como incapacidade, estendendo-a como uma prática de si que se constrói no registro político, das demandas, do entrecruzamento de subjetividades. As relações entre doente, doença e medicina se instituem, portanto, na trama histórica das concretudes do existir humano.

A clínica com pacientes marcados pelo câncer constitui terreno paradigmático de investigação do psíquico. Os modos contemporâneos do adoecer põem em xeque posturas técnicas e postulados teóricos cristalizados nas práticas da medicina e da psicanálise. O problema da dor crônica, por exemplo, coloca em cena “uma espécie de experiência–limite” (Rey, 2000, p. 386) que interroga os saberes/poderes de ambos os campos. Como escreve Rey (2000, p. 388): “o problema da dor toca em tudo o que se relaciona ao ato médico com o doente, sendo esta determinada pelo nível de certeza que está em jogo na medicina”. Quanto à emergência dos apelos expostos pelas mazelas orgânicas e a aura de sofrimento que as acompanha exigem o acolhimento, por parte do analista.

A consideração do estranho, do bizarro e mesmo do grotesco no conceito de vida se dá pela possibilidade de pensá-la pela experiência da finitude como doadora de sentido. Abordar as vicissitudes das modalidades possíveis de construção subjetiva no espaço clínico constitui tarefa ética. Aliás, todo processo de análise deveria sê-la!

Considerações finais

36

O atendimento de pacientes com patologias graves instaurou muitas interrogações, especialmente quanto à potência da clínica e ao fundamental movimento clínica-teoria-clínica. Com eles, pude mergulhar na beleza de uma clínica instigante e deflagradora de interrogações. A possibilidade de lidar com trabalhos de lapidação teórica de conceitos como circuito pulsional, desejo, identificação, simbolização, fantasia, luto e constituição egóica nos autores citados, abriu caminhos inusitados de escuta e interesse investigativo acerca dos mecanismos primários na constituição psíquica e nos lugares do corpo na clínica e na teoria psicanalíticas.

As psicopatologias somáticas implicam carências de pensamento - carências a serem postas em palavras -, que não se conformam aos enquadres sugeridos pelo paradigma do recalque, encaminhando-nos a, de fato, termos que nos colocar na posição de artífices da psicanálise. A partir da não ênfase nas questões etiopatogênicas, a verdade da patologia do paciente pode ser construída na transferência, pela ficção do mito e do romance familiar no trabalho psíquico de construção da história do doente e de seu sofrimento.

A clínica dos fenômenos psicossomáticos atualiza a problemática da corporeidade na contemporaneidade, exigindo que a psicanálise se questione acerca de seus postulados metapsicológicos e de sua técnica quando fracassa na constituição de um espaço transferencial no qual o romance do sintoma, sobre o

qual se apoia, pode ser ficcionado. Tomamos esses fracassos em sua positividade, já que constitutivos da ética psicanalítica, atualizando em termos clínicos e metapsicológicos, a inventividade que marcou Freud e que ilumina a escuta dos que se dispõem a acolher o saber inconsciente, o desejo, o afeto, ao assumir o trabalho analítico como espaço de co-invenção de subjetividades.

A prática psicanalítica que expurga o corpo em sua positividade inviabiliza a superação do dualismo corpo, soma, carne/alma, psique, espírito. Entender corpo e aparelho psíquico como indistintos é tarefa do analista que trata do padecer da materialidade corpórea. Berlinck (2000, p. 189-90), no belo texto *Insuficiência imunológica psíquica*, chama a atenção, por meio de interessantes metáforas bélicas, para o fato dos riscos de tal perspectiva. Ele escreve:

Esse desconhecimento (do corpo) é campo fértil para fantasias melancólicas que enfraquecem sobremaneira as defesas a ataques virulentos externos. Fantasias que produzem representações frágeis e pobres do próprio corpo são equivalentes a fantasias maníacas que contêm uma concepção onipotente do corpo. Essas fantasias inconscientes que revelam um desconhecimento, uma falta de intimidade com o corpo e, até mesmo, uma recusa do reconhecimento da existência do corpo são, muitas vezes, responsáveis pela insuficiência imunológica a ataques virulentos externos.

Ratificando as opiniões ora expostas, concordamos com Debray (2001, p. 9) quando afirma que “separar nos indivíduos humanos o que atua na cena psíquica do que se vive ao nível do corpo é injustificado. De fato a antiga dicotomia psique/soma não resiste a esta evidência: somos todos seres psicossomáticos”.

Referências

- BRANT, L. C. (2001). O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. *Ciência & saúde coletiva*, 6(1), p. 221-31.
- BERLINCK, M. T. (2000). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta.
- DEBRAY, R. (2000). *Épître à ceux qui somatisent*. Paris: PUF.
- DOLTO, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Éditions du Seuil.
- FÉDIDA, P. (1999). *Depressão*. São Paulo: Escuta.
- _____. (2001). *Des bienfaits de la dépression: éloge de la psychothérapie*. Paris: Odile Jacob.
- FERENCZI, S. (1926). As neuroses de órgão e seu tratamento. In: *Psicanálise III: Obras*

completas. São Paulo: Martins Fontes.

____ (1992). As patoneuroses. In: *Psicanálise II: Obras Completas*. São Paulo: Martins Fontes.

____ (2002). A respeito das psiconeuroses. In: *Psicanálise I: Obras Completas*. São Paulo: Martins Fontes.

FOUCAULT, M. (2004). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense.

Freud, S. (1895[1894]). Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada “neurose de angústia”. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago, 1976. v. 8.

____ (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago, 1976. v. 8.

____ (1900). A interpretação dos sonhos. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago, 1976. v. 4.

____ (1913). Sobre o início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago, 1976. v. 12.

____ (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago, 1976. v. 14.

____ (1915). As pulsões e seus destinos. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago, 1976. v. 14.

____ (1915). Apêndice de O Inconsciente. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago, 1976. v. 14.

____ (1917). Luto e melancolia. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago, 1976. v. 14.

____ (1920). Além do princípio de prazer. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago, 1976. v. 18.

____ (1923). O eu e o isso. In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Imago, 1976. v. 19.

GRODDECK, G. (1992). *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. São Paulo: Perspectiva.

____ (1994). *O homem e seu isso*. São Paulo: Perspectiva.

____ (2004). *O livro d'Isso*. São Paulo: Perspectiva.

INFANTE, D. P. (1998). O fenômeno psicossomático na infância: notas a partir de um referencial laciano. In: VOLLICH, R. M. et al. *Psicossoma*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- KHAN, M. R. (1984). *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- KLEIN, M. (1991). *Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963*. Rio de Janeiro: Imago.
- ____ (1996). *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945*. Rio de Janeiro: Imago.
- LACAN, J. (1966). Psicoanálise y Medicina. In: *Intervenciones y textos I*. Buenos Aires, Manatíal.
- ____ (1963). Kant com Sade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.
- ____ (1966). Lê stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. In: *Écrits I*. Paris: Éditions du Seuil.
- MARTY, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ____ (1997). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- MELLO Filho, J. de (1988). *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- ____ (2001). *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- ____ e col. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ____ e col. (2000). *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ____ e col. (2004). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- NASIO, J.-D. (1993). *Psicossomática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- ____ (1997). *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- PEREIRA, M. E. C. (1998). Formulando uma psicopatologia fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(1), março, p. 60-76.
- QUINTANA, A. M. (1999). Traumatismo e simbolização em pacientes com câncer de mama. *Temas em Psicologia*, 7 (2), p. 107-18.
- REY, R. (2000). *Histoire de la douleur*. Paris: Découverte.
- SONTAG, S. (2002). *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal.
- TEIXEIRA, L. C. (2002a). O lugar da psicoterapia na clínica da depressão. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 1 (1), p. 62-4.
- ____ (2002b). Os lugares do sofrimento e do processo de cura entre medicina e psicanálise: reflexões sobre a iatrogenia. *Revista Universa: ciências biológicas, da saúde e médicas*, 1, setembro, p. 81-94.

____ (2002c). Iatrogenia e transferência. Considerações sobre o término da análise. *Psicoanálisis y el hospital*, (21), junho, p. 103-8.

VOLICH, R. M. (2002). *Hipocondria: impasses da alma, desafios do corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

WINNICOTT, D. (1969). *De la pediatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.

____ (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: ArtMed.

____ (2001). *Holding e interpretação*. Rio de Janeiro: Martins Fontes.

Resumos

La clínica de los fenómenos psicossomáticos, en el marco de las (re) orientaciones del poder terapéutico en la actualidad, interroga la hegemonía de la mirada biomédica que incide sobre el cuerpo. Destacamos en este ensayo aspectos del malestar en la actualidad desde la psicopatología somática y sus indagaciones hacia las prácticas de la clínica de lo psicológico en la perspectiva del psicoanálisis. Iniciamos con una breve reflexión en torno al cuerpo en la perspectiva del psicoanálisis y sobre la importancia de las relaciones primordiales para la constitución de lo equilibrio psicossomático, destacándose los autores que contribuyeron para el campo de las psicopatologías psicossomáticas. En un segundo momento abordamos el sufrimiento psíquico en personas con neoplasias, por una perspectiva de la construcción histórica de las enfermedades circunscritas a las prácticas socioculturales, a las modalidades de experiencia del cuerpo, del dolor, del placer e incluso de la cura. En la actualidad, el malestar en la cultura induce a las resistencias de las ciencias y de las prácticas psicológicas en la tarea de atribuir la importancia fundamental al cuerpo en la construcción de las subjetividades, en especial cuando el sujeto se presenta en la escena analítica a través del sufrimiento que emana del cuerpo, en función de los fenómenos psicossomáticos, de los estados límites, de las depresiones y de la hipocondría. El acto de reflexionar sobre los lugares del cuerpo en el marco actual de la civilización es importante para que las formas del sufrimiento que acogemos en análisis puedan ser ubicadas en la escena social. En este trabajo abordamos el cáncer desde el encuentro formado por la medicina y el psicoanálisis, con especial relieve a las psicopatologías orgánicas como una referencia teórica y clínica.

Palabras claves: Psicoanálisis, psicopatología, cuerpo, psicossomática, cáncer

La clinique des phénomènes psychosomatiques dans le contexte des (re) orientations du pouvoir thérapeutique dans l'actualité met en question l'hégémonie du regard biomédical caractéristique des divisions du corps. Ce travail portera sur les aspects du malaise dans l'actualité à partir de la psychopathologie somatique et leurs

questionnements aux savoirs et pratiques de la clinique du psychologique dans l'approche de la psychanalyse. Pour cela, nous commençons par une petite réflexion à propos du corps dans l'approche de la psychanalyse et de l'importance des rapports primordiaux pour la constitution de l'équilibre psychosomatique. Nous mettons en relief, dans ce sens, les auteurs qui ont apporté des contributions au domaine des psychopathologies somatiques. Dans un deuxième moment, nous traitons de la souffrance psychique chez les gens atteints d'affection néoplasique en considérant que le processus de tomber malade est historiquement construit, c'est à dire, les moyens de tomber malade sont circonscrits à des savoirs et des pratiques socioculturelles, à des modalités d'expérience du corps, de la douleur, du plaisir voire de la guérison. Les implications du malaise dans l'actualité font émerger les résistances des savoirs et des pratiques psychologiques au moment où elles attribuent une fondamentale importance au corps dans la construction des subjectivités, surtout quand elles subissent des effets de matérialisation dans les domaines de phénomènes psychosomatiques des états limites des dépression et de l'hypochondrie présente chez les gens analysés. La nouvelle manière de penser les parties du corps dans notre moment de la civilisation est important pour que les actuelles versions de la souffrance qui sont analysées puissent être mises en contexte dans la scène sociale. Nous soulignons que notre approche du cancer est faite à partir de l'interface de la médecine et de la psychanalyse, en privilégiant les psychopathologies organiques comme référentiel théorique et clinique.

Mots clés: Psychanalyse, psychopathologie, corps, psychosomatique, cancer

The clinic of the psychosomatic phenomena, in the context of the current therapeutic power (re)orientation, questions the hegemony of the biomedical approach characteristic of the ideas on what happens to the body. We will approach, in this essay, aspects of the current discomfort in society starting from the somatic psychopathology and its questioning on the knowledge and practices of the psychological clinic from a psychoanalytic perspective. In order to do so, we began with a brief reflection concerning the body in the psychoanalytic perspective and the importance of the primordial relationships for the constitution of the psychosomatic balance. We emphasize, in that sense, authors that brought contributions to the field of the somatic psychopathology. In a second moment, the psychic suffering of people with neoplasm disease is approached, considering that the sickness process is built historically, that is, the suffering patterns are bounded by socio-cultural knowledge and practices, by modalities of experience of the body, of the pain, of the pleasure and even of the cure. The implications of the current discomfort in society bring to the surface the resistances of the psychological practices and knowledge to attribute fundamental importance to the body in the construction of the subjectivities, especially when the subjects come to the analytical scene with suffering corporeal entities in the field of the psychosomatic phenomena, or state-limit, depressions and hypochondria. Rethinking the place of the body in our civilization is important so that the current versions of suffering that we

receive in analysis can be contextualized in the social scene. We emphasize that we approach the cancer from the interface of medicine and psychoanalysis, privileging the organic psychopathologies as the theoretical-clinical referential.

Key words: Psychoanalysis, psychopathology, body, psychosomatic, cancer