



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

CARLA OLIVEIRA FERNANDES

**A PSICANÁLISE MAIS ALÉM DO SILÊNCIO DO
FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO**

Rio de Janeiro
2014

Carla Oliveira Fernandes

**A PSICANÁLISE MAIS ALÉM DO SILÊNCIO DO
FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Silva Lopes Besset

**Rio de Janeiro
2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Fernandes, Carla Oliveira.

A psicanalise mais além do silêncio do fenômeno psicossomático./Carla Oliveira Fernandes.
– Rio de Janeiro: UFRJ, 2014.

Dissertação (Mestrado em Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de
Concentração: Subjetividade, Cultura e Práticas Clínicas).

Orientação: Profa. Dra. Vera Lúcia Silva Lopes Besset.

1. Corpo. 2. Fenômeno psicossomático. 3. Transferência. 4. Direção do tratamento.

I. Besset, Vera Lúcia Silva Lopes (Orient.). II. Universidade Federal do
Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Carla Oliveira Fernandes

**A PSICANÁLISE MAIS ALÉM DO SILÊNCIO DO
FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vera Lúcia Silva Lopes Besset (Orientadora)
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Angelica Bastos de Freitas Rachid Grimberg
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Edilene Freire de Queiroz
Universidade Católica de Pernambuco

Rio de Janeiro
2014

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Vera Lopes Besset, pelas preciosas contribuições durante o meu percurso e por todo apoio na minha aposta de trabalhar o tema da presente dissertação.

À CAPES, pelo apoio financeiro, fundamental para a minha formação acadêmica.

Ao psicanalista Bernardino Horne, pelo empenho em sustentar a transmissão da teoria psicanalítica a partir da clínica, ao apoiar a discussão sobre o fenômeno psicossomático em um cartel do CPCT.

Aos psicanalistas da Escola Brasileira de Psicanálise da Seção Bahia, agradeço através dos nomes de Nora Gonçalves, Sônia Vicente, Marcelo Veras, Marcela Antelo e Reinaldo Pamponet, pelas contribuições fundamentais para a minha formação em psicanálise.

Aos colegas Júlia Solano (amiga querida de longos anos, que vem compartilhando comigo a formação em psicanálise), Rogério Barros (amigo querido e futuro colega de ponte aérea), Maria Luiza Sarno e Júlia Jones, pelas ricas discussões do cartel do CPCT, essenciais para o meu entendimento sobre o tema desta dissertação.

Às Professoras Angélica Bastos e Edilene de Queiroz, pelas riquíssimas contribuições em meu exame de qualificação, que me auxiliaram na construção deste trabalho, e por aceitarem o convite de compor esta banca.

À Ana e Giancarlo, pela dedicação em ajudar no apoio logístico do curso de Mestrado na Pós-Graduação.

Ao meu pai (*in memoriam*), pelos ensinamentos e pela transmissão do apreço pela leitura e pela escrita.

À minha mãe e meus irmãos, pelo carinho e pelo apoio nos momentos difíceis, fundamental para o meu prosseguimento no trabalho.

Aos amigos Alessandro Costa, Dija Costa e Matheus Marinho, por sempre me acolherem no Rio de Janeiro, acompanhando de maneira muito próxima essa minha caminhada.

Aos amigos que fiz ao longo da Pós-Graduação, Andréa Rolo, Bruno Reys, Fábio Barreto, Gabriela Dupim, Marina Espinoza, Pedro Moacyr, Livia Carvalho e ao amigo Claudio Melo, por compartilhar a aventura da ponte aérea sempre com muito humor.

Aos demais amigos e familiares que torceram por essa conquista e me acompanharam nesta jornada.

RESUMO

FERNANDES, Carla Oliveira. **A psicanálise mais além do silêncio do fenômeno psicossomático**. Rio de Janeiro, 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

A histeria, com os embaraços provocados no corpo, permitiu a Freud desenvolver o fundamento da psicanálise, ao observar que as conversões cediam à medida que as pacientes falavam sobre o que lhes causava sofrimento. Dando continuidade à teoria freudiana, Lacan indica que o homem, por ser atravessado pela linguagem, está condenado a um padecimento incurável que repercute em um mal-estar na relação com seu corpo. A entrada na linguagem produz um traumatismo que deixa marcas, cabendo a cada um encontrar uma solução singular, sendo o sintoma uma das saídas possíveis. Algumas formas de sofrimento no corpo, como os fenômenos psicossomáticos, estão aquém do sintoma, não se ofertam à interpretação. Essas manifestações apontam os limites do saber teórico-clínico da psicanálise, face à impossibilidade de articulação do sofrimento em palavras. São pacientes que, frente ao encontro com um evento traumático, produzem respostas mudas no corpo. Em lugar da fala, o silêncio. Assim, enquanto na histeria se trata de um corpo que “entra na conversa”, o fenômeno psicossomático, por um lado, se apresenta em corpos que se calam, e por outro, agitam-se com presença de um gozo específico que não cede facilmente ao tratamento pela palavra. Como fazer falar o corpo, considerando que a fala é a principal ferramenta da psicanálise? Para percorrer essa questão, o presente estudo aborda como tema de pesquisa o fenômeno psicossomático e sua concepção para a psicanálise lacaniana. Investiga-se a noção de corpo, a definição de fenômeno psicossomático e as especificidades da direção do tratamento visando a construir um saber sobre essa resposta muda. Através da discussão de casos, dois testemunhos de passe e duas vinhetas clínicas discutiram-se algumas possibilidades de a psicanálise atuar frente a essas manifestações. Os achados apontam para a importância do diagnóstico diferencial para entender a que serve o fenômeno psicossomático na vida de cada sujeito. A partir daí, sob transferência, considera-se possível apostar na invenção do inconsciente como uma saída, como ensinam os casos de neurose, e em uma mutação para um gozo menos mortífero, para o caso de psicose. Este estudo indica que as contribuições do último ensino de Lacan são fundamentais para a abordagem do fenômeno psicossomático. Trata-se de uma forma de sofrimento no corpo que aponta para os limites da incorporação da linguagem, o que revela a necessidade da visada do analista em direção ao real.

Palavras-chave: corpo; fenômeno psicossomático; transferência; direção do tratamento.

ABSTRACT

FERNANDES, Carla Oliveira. **Psychoanalysis beyond the silence of psychosomatic phenomenon**. Rio de Janeiro, 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

With the suffering caused by the hysterical symptom, Freud develops psychoanalysis, concluding that as the patients talked about what made them suffer, the conversions could be cured. Continuing Freud's theory, Lacan indicates that men, being inserted on language, is doomed to an incurable malady that affects the relationship that one develops with your own body and causes suffering. The language produces a trauma which produces bodies marks. In this context, each human has your unique solution, the symptom is one of the possible solutions. Some forms of suffering on the body, such as psychosomatic phenomenon, fall short of the symptom, not proffer to interpretation. These demonstrations show the limits of theoretical-clinical psychoanalysis, given the impossibility of expressing pain through words. These are patients who facing the encounter with a traumatic event, produce responses all over the body. Instead of speech, silence. So while in hysteria it is a body which "enters the conversation", the psychosomatic phenomenon, firstly, presents in bodies that are silent, on one hand, and on the other, are characterized by the presence of an specific enjoyment that does not yield easily through the talking cure treatment. Concluding that the psychoanalytical treatment is possible by the talking cure method, how is it possible to break the silence of the psychosomatic phenomenon? To develop this issue, this study discuss the research topic psychosomatic phenomenon and its conception to Lacanian psychoanalysis. It also investigates the notion of the body, the definition of psychosomatic phenomenon and the specific direction of treatment pursuing the built of knowledge about these specific cases of patients that produce mute responses on their bodies. Through discussion of cases, two witnesses of concluded treatments and two clinical vignettes discussed some possibilities of psychoanalysis treatment against these manifestations. The findings highlight the importance of differential diagnosis to understand the purpose of the psychosomatic phenomenon in the life of each subject. Thereafter, on transfer, it is considered possible to bet on the invention of the unconscious as an outlet, that is the lesson we learn on the cases of neurosis. On the case of psychosis, however, we can observe a mutation to a less deadly jouissance. This study indicates that the contributions of the last teaching of Lacan are fundamental to the approach of psychosomatic phenomenon. It is a form of suffering through the body that points to the limits of the incorporation of language, which reveals the need to acknowledge the real dimension by the analyst throughout the treatment.

Keywords: Body; psychosomatic phenomenon; transfer; treatment direction.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1. O corpo na clínica psicanalítica: de Lacan a um retorno a Freud	17
1.1 O corpo no ensino de Lacan.....	18
1.1.1 Em corpo, mais e mais, ainda.....	26
1.2 O corpo na teoria freudiana.....	32
1.2.1 Zonas erógenas, pedaços do corpo.....	34
1.2.2 A constituição do corpo na teoria freudiana.....	36
1.3 Sintoma, angústia e corpo.....	40
CAPÍTULO 2. O fenômeno psicossomático a partir de Lacan	45
2.1 Antecedentes históricos da psicossomática.....	46
2.2 O fenômeno psicossomático em Lacan.....	54
2.3 As formas de escrita no corpo e o fenômeno psicossomático.....	58
2.3.1 Sintoma e fenômeno psicossomático.....	58
2.3.2 Holófrase: escrita ilegível?.....	67
2.4 Uma introdução à topologia dos nós a partir do fenômeno psicossomático.....	71
CAPÍTULO 3. Do hieróglifo no deserto a arqueologia sob transferência	77
3.1 A pele habitada pelo fenômeno psicossomático.....	82
3.1.1 Do lúpus ao luto e da aposta no inconsciente como uma saída possível.....	85
3.1.2 Loucos demasiado loucos: quando a loucura está na pele.....	90
3.1.2.1 Uma psoríase insensata.....	91
3.1.2.1 O fenômeno psicossomático como suplência.....	94
3.2 Negro gato?.....	97
3.3 O que há de comum no fenômeno psicossomático: corpo que se cala.....	101
CONCLUSÃO	104
REFERÊNCIAS	111

INTRODUÇÃO

Podemos dizer que o “acontecimento” psicanálise deixou marcas indeléveis no corpo epistemológico que atravessa os diferentes campos do saber. Com o conceito de inconsciente evidenciou-se um corte que subverteu o cogito cartesiano, abalando a certeza da máxima do indivíduo¹: “penso, logo existo”, redirecionando-a rumo à evanescência do sujeito². Em outras palavras, “penso onde não sou, sou onde não penso” (Lacan, 1998 [1964]). Avançando ao último ensino de Lacan (2011 [1974]), o cogito foi subvertido a “penso, logo gozo”³.

Com a psicanálise, o discurso científico racionalista fundado por Descartes (1986) foi colocado em questão. Enquanto a medicina avançou buscando encontrar as respostas do mal-estar do “corpo-máquina” no funcionamento orgânico, com a teoria freudiana essa lógica foi subvertida, já que o inconsciente evidencia que o eu não é senhor de sua própria casa (FREUD, 2007/1923).

Em paralelo ao surgimento da psicanálise, a humanidade pôde assistir aos avanços no campo da medicina, com o surgimento de tecnologias cada vez mais sofisticadas, tais como exames de imagem, com a promessa de localizar precisamente no órgão a origem das patologias (FOUCAULT, 2008). Não deixemos de lado os efeitos positivos do avanço científico, como o aumento da expectativa de vida, os benefícios do diagnóstico precoce para o tratamento das doenças, dentre muitos outros. Entretanto, a crença no avanço da ciência como solução para o sofrimento repercute na busca incessante pelo bem-estar e pela superação da morte.

¹ Indiviso, não dividido.

² Dividido, barrado pela linguagem, que advém no intervalo da cadeia significante (S1-S2).

³ Lacan (1974) expressou da seguinte maneira: de *je pense, donc je suis* (penso, logo sou) a *je pense, donc je jouis* (penso, logo gozo), traduzido como “penso, logo go(z)sou”, pois há uma homofonia entre *jouis* e *suis* (gozar e ser).

Assistimos então a uma onda de culto ao corpo, que, segundo Queiroz (2008), se transforma “no culto ao cérebro que, de um órgão do corpo, responsável pelo sistema nervoso, passou a ser visto pela neurociência como ‘sujeito’ das ações humanas” (p. 01).

Longe de propor uma relação harmônica do sujeito com seu corpo, tal como preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), que passou a entender o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar biopsicossocial – sendo esta inclusive uma definição norteadora das políticas públicas de saúde em todo mundo –, a psicanálise considera que toda ideia de equilíbrio, de homeostase, é fadada ao fracasso, haja vista a profunda discordância entre o sujeito e o corpo, a divisão incurável a que o traumatismo da linguagem o condena (DESSAL, 2012).

Com o seu surgimento, a psicanálise foi capaz de revelar que o corpo não é determinado por sua constituição orgânica, mas regido por uma lógica inconsciente. A pulsão, conceito limítrofe entre o orgânico e o psíquico, foi o termo utilizado por Freud (2007/1915) para explicar que o homem, afetado pela palavra, a qual repercute em representações psíquicas e deixa marcas que ficam registradas desde seu nascimento, não é um ser meramente biológico.

O sujeito, atravessado pela linguagem, sofre no corpo seus efeitos. O corpo histérico, por exemplo, através de uma anatomia imaginária que não segue a lógica orgânica, converte o sofrimento em uma disfunção no corpo (BESSET, 2008). Desse modo, o corpo, como afirma Freud (2007/1930), é uma das fontes capazes de causar o mal-estar do homem. Corroborando com essa ideia, Lacan (2011[1974]) declara que a nossa relação com o corpo “contribui para o mal-estar no mundo” (p. 29). O autor prossegue com a pergunta: do que temos medo? E responde que tememos o nosso corpo. A angústia é justamente o sentimento que se manifesta diante da “suspeita que nos vem de nos reduzir a nosso corpo” (idem).

Além do sintoma histérico, podemos observar também os impasses na relação com o corpo em outras manifestações, tais como os fenômenos psicossomáticos (FPS)⁴, objeto de nossa investigação, e as dores crônicas. Além desses, cada vez mais, na atualidade, observamos a intensificação do mal-estar com o corpo, na medida em que o avanço da ciência possibilita que o homem conheça minuciosamente o corpo próprio, nem que seja por meio de imagens de exames de ressonância magnética ou tomografia computadorizada, por exemplo. Concordamos com Brousse (2009) quando afirma que esse desvelamento nos confronta mais diretamente com um corpo despedaçado, quebrando a ideia de uma imagem corporal unificada. Desse modo, temos como efeito, uma angústia massiva, e as pessoas precisam, cada vez mais, acessar exames para tentar garantir uma estabilidade ao corpo. É como se a ameaça do despedaçamento permanecesse sempre à espreita: devemos vigiar o que acontece com nossos corpos para não adoecer. Como nos diz Foucault (1979/1974), é a biopolítica⁵ a serviço do controle dos corpos, que repercute na busca incessante pelo corpo belo e saudável.

Em *Adeus ao corpo*, o antropólogo Le Breton (2003) faz uma análise da sociedade atual a partir do uso massivo de práticas que causam mudanças inevitavelmente visíveis ou marcas indeléveis no corpo, tais como a tatuagem, as cirurgias estéticas, a modelagem dos corpos pela musculação, denominada *body building*, dentre outras, e nos sinaliza que “há um jogo entre o homem e seu corpo” (p.28). O autor prossegue dizendo que “uma versão moderna do dualismo não opõe mais o corpo ao espírito ou à alma, porém, mais precisamente, ao próprio sujeito (...) temos o corpo virado ao avesso como uma luva” (idem). Ou seja, o corpo tornou-se a via pela qual as pessoas, eternamente em busca de uma encarnação provisória do eu,

⁴ Utilizaremos ao longo do trabalho a sigla FPS para fazer referência ao fenômeno psicossomático.

⁵ De acordo com Fahi Neto (2010), este é um “termo utilizado para designar algum tipo de prática política” (p. 17). No caso das práticas relacionadas ao campo da medicina, envolve forças que “formatam nossos corpos” (idem) por meio de normas instituídas, inclusive nas políticas públicas de saúde e suas determinações de como devemos agir para nos mantermos saudáveis.

tentam garantir sua existência, num esforço hercúleo de exteriorizar e projetar isso para o mundo. Não se faz mais apenas uso de roupas e acessórios como influência da moda, mas o próprio corpo passou a ser a principal vestimenta exposta na vitrine ao olhar do Outro e a serviço do modo de gozo de cada um.

Diante do encontro com o traumatismo da linguagem, uma variedade de invenções e usos possíveis do corpo aparece na clínica, incluindo o sintoma. Na atualidade, a sociedade não está mais organizada em torno de um significante mestre, dispensando a função paterna como referência. Essa constatação levou a Lacan (2005[1963]) à pluralização dos Nomes-do-Pai, que impõe ao sujeito a necessidade de encontrar soluções singulares frente ao mal-estar estruturante da condição humana (BESSET et. al., 2010b; ESPINOZA, 2013). De acordo com Bastos (2008), quando comenta sobre o caso de James Joyce, Lacan (1975/2005) “invoca a distinção entre o pai como nome e o pai como aquele que nomeia, este último suscetível de pluralização, segundo os artifícios de nomeação que cada um forja” (p. 355).

O falasser, desbussolado, “embaraça-se com seu corpo”, como afirma Besset (2008). Assim, além do sintoma como saída, evidenciamos também a incidência de outras formas de sofrimento no corpo como respostas possíveis, tais como os fenômenos psicossomáticos e as dores crônicas, por exemplo. Essas manifestações, que sempre existiram, chegam atualmente na clínica com mais frequência não só pelo aumento da incidência de casos, mas em decorrência do próprio avanço da medicina, capaz de realizar diagnósticos mais precisos e reconhecer os limites de sua intervenção.

Ao tratar aqui especificamente do fenômeno psicossomático, verificamos, nesses casos, a impossibilidade de que o sofrimento seja articulado através da fala, como ocorre nas conversões histéricas, por exemplo. São pacientes que, frente ao encontro com um evento

traumático, testemunham um verdadeiro fracasso do simbólico, produzindo lesões no corpo, respostas mudas que não se prestam à interpretação. Se esse sofrimento fica impossibilitado de se articular no discurso, como operar frente ao silêncio do fenômeno psicossomático? Como fazer falar o corpo?

A partir dessas questões, elegemos como tema de pesquisa da presente dissertação o fenômeno psicossomático e sua concepção para a psicanálise lacaniana. Nosso objetivo foi abordar a direção do tratamento possível quando estamos diante de pacientes que apresentam fenômenos psicossomáticos, haja vista que se trata de uma forma específica de sofrimento no corpo.

Destacamos que o interesse em pesquisar as especificidades do fenômeno psicossomático na psicanálise adveio da experiência clínica da autora como praticante de um cartel do Centro Psicanalítico de Consulta e Tratamento (CPCT) da Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Bahia (EBP-BA). Os membros do cartel atendiam pacientes com doenças dermatológicas, tais como vitiligo e psoríase, que eram encaminhados pelo Setor de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Bahia (Hospital Universitário Professor Edgard Santos - HUPES) para a primeira entrevista na EBP-BA. A parceria com o Hospital foi viabilizada pelo Mais-Um do cartel, o psicanalista Bernardino Horne. O tratamento de tais pacientes nos levou a perceber as diferenças entre as manifestações psicossomáticas e os sintomas, tais como postulados por Freud.

Além disso, a contingência do encontro com as discussões do Núcleo de Pesquisa Clínica Psicanalítica (CLINP), que investiga temas referentes ao corpo e à dor, coordenado pela professora Vera Lopes Besset, do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IP-UFRJ), conduziu-nos às questões que nortearam o presente trabalho: qual o estatuto do corpo no fenômeno psicossomático? De

que corpo falamos quando estamos diante de pacientes que apresentam tais fenômenos? Partindo dessas questões, vislumbramos o seguinte problema de pesquisa: qual o fazer da psicanálise que trabalha com o sintoma que “entra na conversa” (FREUD, 1893-1895, BESSET et. al, 2010a), quando se depara com o silêncio do fenômeno psicossomático?

Vale destacar que partimos do pressuposto de que o fenômeno psicossomático difere do sintoma. Enquanto o sintoma possibilita que o corpo fale, já que, mesmo com um núcleo de gozo irreduzível à significação, é possível em alguma medida articular o sofrimento pela palavra, no FPS estamos diante de um corpo que se cala, emudecido, pois se trata de um gozo silencioso e específico (Lacan, 1998[1975]) que se fixa no corpo sob a forma de uma lesão. Ou seja, trata-se de modos de gozo distintos, pois são diferentes formas de escrita. O sintoma está relacionado ao gozo fálico, pois o campo simbólico está em questão em interface com o real (LACAN, 2011[1974]). O FPS não se refere ao simbólico, põe em jogo os registros imaginário e real e se apresenta como lesão no corpo (MONRIBOT, 2008).

Isso nos levou à suposição de que a direção do tratamento também é específica nesses casos. É preciso, sob transferência, viabilizar que a libido concentrada no corpo se desloque ao campo da fala, permitindo a mutação de um gozo fixado na lesão a um gozo mais fluido, significantizado pelo simbólico. Ou seja, é preciso romper o silêncio indo ao cerne do gozo emudecido para que o sofrimento comece a ser representado através da fala e não apenas apresentado no corpo. Consideramos a importância de estabelecer o diagnóstico diferencial nas entrevistas preliminares, para entender a que serve o fenômeno psicossomático na vida de cada paciente, e intervir de acordo com as possibilidades de cada caso.

Para alcançar nosso objetivo de abordar a direção do tratamento na clínica do FPS foi realizada uma revisão bibliográfica partindo da investigação de noções fundamentais como corpo e FPS nas obras de Freud e Lacan. A investigação das fontes primárias foi o eixo

norteador para pesquisar as fontes secundárias, por meio de textos de autores contemporâneos que trabalham essa temática sob o viés da psicanálise lacaniana.

No primeiro capítulo fizemos um percurso pela concepção de corpo na teoria psicanalítica de Lacan a um retorno a Freud. A nossa proposta foi percorrer um movimento inverso tendo em vista que o último Lacan se aproxima do primeiro Freud. Fizemos referência a esse ponto de convergência, elegendo o corpo como eixo norteador. Munidos da noção de corpo, para entender de que corpo se trata no FPS, no segundo capítulo abordamos a definição de fenômeno psicossomático para a psicanálise lacaniana, partindo das formulações de Lacan e de seus comentadores.

Com o objetivo de abordar a direção do tratamento possível, no terceiro capítulo tratamos do FPS na clínica psicanalítica através de dois relatos de passe em que aparecem fenômenos psicossomáticos, o primeiro, um caso em que há a irrupção de um lúpus eritematoso sistêmico e o segundo, de uma rinite alérgica. Além disso, trabalhamos duas vinhetas clínicas de pacientes que apresentavam psoríase, um caso em que a doença se manifesta em uma estrutura neurótica e o outro, em uma estrutura psicótica. A discussão dos casos clínicos favoreceu a elaboração de argumentos teóricos a partir da clínica, já que se trata de uma pesquisa com o respaldo psicanalítico. Por fim, na conclusão, discutimos as principais questões em torno da definição de FPS e da abordagem aos pacientes que apresentam essa forma de sofrimento no corpo, sugerindo questionamentos para investigações futuras. Consideramos fundamental o aprofundamento dessa temática na psicanálise, que se vê, cada vez mais, frente ao desafio de dialogar sobre o FPS com outros campos do saber.

CAPÍTULO I

O corpo na clínica psicanalítica: de Lacan a um retorno a Freud

“É sem dúvida a existência do nosso corpo, semelhante para nós a um vaso em que estaria encerrada a nossa espiritualidade, que nos induz a supor que todos os nossos bens interiores, as alegrias passadas, todas as nossas dores, estão perpetuamente em nossa possessão”.
(Marcel Proust, 1922-1923/2008)

O que é o corpo para a psicanálise? Sabemos que foi pela histeria que a psicanálise teve seu início. Se, no princípio, foi o amor de transferência que permitiu a fundação da prática psicanalítica, como situa Lacan (1992[1960-1961]), podemos dizer que foi pelo embaraço com o corpo na histeria que as portas se abriram a essa possibilidade. Ao nos voltarmos a Freud e a Lacan, verificamos que o corpo sempre esteve em questão desde o início (BESSET, ZANOTTI, TENENBAUM, SCHIMIDT, FISCHER, FIGALE, 2010a). Além disso, convém destacar que a psicanálise é uma prática que não pode acontecer sem a presença efetiva dos corpos, como afirma Miller (2003):

a presença dos corpos, de dois corpos, é uma condição de operação analítica. Não há análise por escrito, não há análise por telefone, não há análise via internet. [...] mesmo reduzido ao mínimo de sua presença, o corpo vivo não pode ser subtraído da operação analítica (p. 28).

Considerando o tema de pesquisa desta dissertação, no presente capítulo abordamos a concepção de corpo em Lacan e retomamos as formulações freudianas para entender o que a psicanálise nos ensina a respeito dessa enigmática definição. Assumimos a temática do corpo como eixo norteador para nos apropriarmos de conceitos fundamentais e podermos avançar quanto à definição de FPS, de qual corpo trata a psicanálise lacaniana quando estamos diante dessas manifestações.

A princípio, se percorrermos de um modo panorâmico sobre o tema tanto na obra lacaniana, como na obra freudiana, o que teremos como resposta são fragmentos, peças soltas e dizeres pontuais em alguns momentos da teoria, que não são capazes de nos revelar de modo esclarecedor a complexidade que envolve a questão do que é um corpo para a psicanálise. Entretanto, ao nos aprofundarmos nessa pesquisa, veremos que o corpo assume uma relevância clínica, sendo necessário considerá-lo, já que a fala possui o poder de “afetar o corpo e o pensamento” (BESSET et. al, 2010a, p. 01).

1.1 O corpo no ensino de Lacan

Lacan (1985[1972-1973]), em seu último ensino, indica que o gozo é propriedade do corpo vivo que fala. O autor demarca com isso a singularidade dos seres de linguagem, que é gozar do próprio corpo. Assim, percebendo cada vez mais a relevância de considerar o corpo na prática psicanalítica, ele substituiu o termo *falta-a-ser* por *falasser* para se referir ao homem (MILLER, 1998). Essa mudança sugere que há uma passagem de uma definição centrada na articulação significativa, que implica o sujeito no registro da falta, do desejo, e outra, centrada no gozo. O conceito de *falasser* comporta o sujeito mais o corpo, a substância gozante. Se, de certa forma, no seu primeiro ensino, Lacan se absteve de destacar o conceito de corpo, apesar de não deixá-lo de lado, posteriormente se deu conta de que não é possível fazer referência ao gozo sem o corpo (*idem*).

Enfatizamos que, longe de excluir a noção de corpo da psicanálise, Lacan (1998[1949]), no princípio, situou-o na ordem imaginária, quando teorizou sobre o estágio do espelho. É preciso fazer a ressalva de que, nesse momento, para Lacan entra em jogo a definição de imaginário real, da consistência imaginária, pois Lacan se ocupava da etologia e das implicações do imaginário no real do corpo. No caso da pomba, por exemplo, quando esta vê

a imagem de seu semelhante, isso repercute em alterações fisiológicas que ativam os mecanismos biológicos para reprodução. Ou seja, está em jogo uma imagem que tem um efeito real no organismo (Brousse, 2009).

O estágio do espelho é, para Lacan (1998 [1949]), o que favorece a constituição do eu, de uma imagem unificada do corpo: “basta compreender o estágio do espelho como uma *identificação*, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja: a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem” (p. 97, grifos do autor). Considerando que o humano é prematuro, e, como afirma Lacan (1998 [1949]), “está mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação” (p. 97), esse momento a ser atravessado é fundamental para a construção da imagem do corpo, o que favorece a relação com a realidade. É a essa imagem que o *infans* se aliena e que, de algum modo, fornece-lhe uma estabilidade em contrapartida ao caos em que estava mergulhado.

Antes de passar por esse estágio, o *infans* vivencia a experiência de um corpo despedaçado, peças soltas aqui e ali que se confundem entre o que é dele e o que é do outro (idem). A partir do olhar do Outro⁶, a criança se vê e se reconhece no espelho e começa a construir uma unidade corporal, o que possibilita que comece a diferenciar até onde vai o limite entre o eu e o outro, o limite do seu corpo próprio. Por isso Lacan (1998[1949]) afirma que há uma *identificação*: o eu se identifica com o corpo, nesse momento, para diferenciá-lo do outro, permitindo ao *infans* a vivência de um júbilo que apazigua o mal-estar do despedaçamento. Posteriormente a criança entra na dialética da demanda e há uma passagem de “ser” o corpo para “ter” o corpo.

⁶ Lacan define o Outro (lê-se *grande outro*, escrito com inicial maiúscula, para diferenciar do *outro*, com inicial minúscula, que corresponde ao outro da realidade) como o tesouro dos significantes.

Em um segundo momento da teoria, que podemos caracterizar pelo destaque conferido ao registro simbólico, Lacan (1998 [1953]) passou a considerar tudo o que é da ordem do imaginário como fadado à ilusão, sendo a linguagem o principal artifício, a principal ferramenta da psicanálise. Ele retoma o estádio do espelho a partir do esquema óptico por meio dos espelhos côncavo e convexo para falar da ilusão óptica e diz que se trata de uma ilusão produzida pela linguagem (BROUSSE, 2009).

Lacan (1998[1960]) utiliza-se da experiência do “buquê invertido” de Bouasse. Em linhas gerais, ela permite verificar que, a depender da posição do olho diante de um espelho côncavo, é possível ver uma imagem real de um vaso com flores quando, de fato, ele não as contém. Segundo Brousse (2009), a ideia apreendida do esquema óptico é a de que a imagem do corpo é um vaso e que os objetos de gozo que estão fora, ao mesmo tempo são vistos dentro do vaso. É a linguagem que permite transformar a experiência em relação à imagem em uma experiência de gozo. Disso resulta, no estádio do espelho, o seguinte: a depender “da posição” do *infans* diante do espelho, que é o olhar do Outro, apreende-se a imagem da unidade corporal. Lacan (1998[1960]) enfatiza a importância da linguagem, nesse momento, e explicita que o atravessamento do estádio do espelho não se produz sem a entrada na linguagem.

Posteriormente, quando teoriza sobre o objeto *a* e fala dos objetos parciais da pulsão, Lacan (2005[1962-1963]) progressivamente reintroduz o corpo de outro modo, pondo essa questão em relevo. O objeto *a*, extraído da articulação da demanda com o Outro e do processo de

separação deste, nesse momento é definido como objeto causa de desejo⁷. É preciso ter em vista que esse objeto não é permanente. Sua característica principal, por ser objeto causa de desejo, é comportar um vazio, que, de forma metonímica, permite uma substituição por objetos distintos (LACAN, 2005 [1962-1963]). É isso que move o humano e permite que continue a desejar e a prosseguir na vida, elegendo causas distintas para ocupar esse lugar vazio.

Lacan (idem) relaciona, inicialmente, o objeto *a* ao seio no circuito da pulsão oral. Trata-se de um objeto localizado no corpo da mãe, mas que, a princípio, é vivenciado pela criança como seu, já que, como abordamos anteriormente, só depois do estágio do espelho é possível estabelecer essa diferenciação entre ela e o outro.

Do mesmo modo que a placenta forma uma unidade com a criança, há juntos, a criança e a mama. A mama é como que aplicada, implantada na mãe. É isso que lhe permite funcionar estruturalmente no nível do *a*, que se define como algo de que a criança é separada de maneira interna à esfera de sua própria existência. (...) A relação com a mama é estruturante para a subsistência e para a manutenção da relação com o desejo. Posteriormente, a mama se tornará objeto fantasístico (p. 256-258).

Assim, Lacan (2005[1962-1963]) relaciona o objeto *a* com as zonas erógenas e, em seguida, como dissemos acima, com o circuito da pulsão. Além do seio como objeto da pulsão oral, há as *fezes* como objeto da pulsão anal, a *voz*, como objeto da pulsão invocante e o *olhar*, como objeto da pulsão escópica. Podemos dizer que esses objetos, referentes às zonas erógenas, zonas de borda, implicam o corpo e são extraídos na relação com o Outro. Quando retoma o conceito de pulsão em Freud, considerando-o como um dos quatro conceitos fundamentais da

⁷ A partir do Seminário 17, *O avesso da psicanálise*, Lacan (1970/1992) conceitua o objeto *a* também como objeto mais-de-gozar.

psicanálise⁸, Lacan (1998[1964]) indica que é preciso destacar, para além da satisfação de alcançar o alvo (*goal*), o circuito pulsional. O trajeto da pulsão e o retorno ao seu circuito é o que está em jogo e se evidencia em destaque: “essa teoria está presente em Freud. Ele nos diz em algum lugar que o modelo ideal que poderia ser dado de auto-erotismo é o de uma boca que só beijaria a si mesma” (p. 170). Nessa perspectiva, o corpo é entendido como um meio de gozo que viabiliza o trajeto da pulsão, com a ressalva de que o próprio corpo pode ser alvo do circuito pulsional. Vejamos esse trecho:

Essa articulação nos leva a fazer da manifestação da pulsão, o modo de um sujeito acéfalo, pois tudo aí se articula em termos de tensão, e não tem relação ao sujeito, se não de comunidade topológica. Pude articular para vocês o inconsciente como se situando nas hiências que a distribuição dos investimentos significantes instaura no sujeito, e que se figuram no algoritmo de um losango (◊) que ponho no coração de qualquer relação do inconsciente entre a realidade e o sujeito. Muito bem! É no que algo no aparelho do corpo é estruturado da mesma maneira, é em razão da unidade topológica das hiências em jogo, que a pulsão tem seu papel de funcionamento do inconsciente (LACAN, 1998[1964] p. 171-172).

Percebemos, aqui, a relação entre corpo e pulsão em referência às “hiências”, às zonas erógenas que compõem o corpo. Com a avançar da teoria, o autor vai enfatizando a importância do corpo na prática psicanalítica e considera essencial que o analista, na direção do tratamento, opere no nível do gozo (MILLER, 1998, MILLER, 2005, MONRIBOT, 2008). É preciso incorporá-lo à análise para cerni-lo. Isso é fundamental para a prática clínica com pacientes que apresentam fenômenos psicossomáticos, pois se trata justamente de um gozo específico (LACAN, 1998[1975]) que se localiza no corpo sob a forma de uma lesão, conforme trabalharemos no próximo capítulo.

⁸ Os demais são transferência, repetição e inconsciente.

Assim, considerar a vertente do gozo no tratamento é primordial. Com o intuito de discutir as questões em torno do gozo que se apresenta em pacientes com fenômenos psicossomáticos, nos propomos, então, a abrir parênteses para entender o conceito de gozo elaborado na abordagem lacaniana, partindo dos ensinamentos freudianos. Miller (2008b) esclarece que há ao menos três termos na teoria freudiana que correspondem ao gozo em Lacan: *Befriedigung*, *libido* e *lust*. O primeiro significa satisfação pulsional. A pulsão é um conceito limite entre o psíquico e o somático (FREUD, 2007/1915) que se apoia na necessidade do organismo quando a criança chega ao mundo, mas que progressivamente se distancia da necessidade para se articular a uma demanda, como veremos mais adiante. A partir do momento em que se instaura a demanda, há exigências de satisfação pulsional. *Befriedigung* pode ser definido como o real da satisfação dessas exigências (MILLER, 2008b).

Já a definição de *libido* está relacionada a algo que circula entre o eu e o outro, tomado como objeto de investimento libidinal (FREUD, 2007/1914). É na relação com a realidade, no eixo imaginário, que a *libido* opera e movimenta o falasser. No conceito de *lust* o que está em jogo é o princípio da regulação, da homeostase (MILLER, 2008b). Por ser uma função que condiciona a experiência, está relacionada ao simbólico, que determina a vivência humana. Assim, o gozo só é introduzido na existência humana porque o corpo é atravessado pela linguagem, ou seja, o corpo da linguagem é incorporado a um corpo de carne (MILLER, 2004).

Temos, então, nesses conceitos de *Befriedigung*, *libido* e *lust*, na teoria freudiana, que se relacionam ao conceito de gozo na teoria lacaniana (MILLER, 2008b), o predomínio dos registros real, simbólico e imaginário respectivamente. Abrimos parênteses aqui para situar que Lacan (1953) considera a existência humana a partir de três registros, denominados como

“registros essenciais da realidade humana” (p. 02): o simbólico, o imaginário e o real. O imaginário corresponde ao todo, ao conjunto, às imagens, às relações e às semelhanças. O simbólico possui a propriedade de separar e nomear e o real se funda pelo que não tem sentido, está ali onde paramos de imaginar, é irrepresentável. Real, simbólico e imaginário se constituem como três anéis separados uns dos outros e formam o nó que caracteriza a existência do falasser, enlaçados por um quarto, o *sinthoma*.

Lacan (2007[1975-1976]) utiliza essa antiga grafia da palavra sintoma para designar o artifício que advém em resposta ao encontro com o furo da linguagem. Ou seja, diante do encontro com o real da experiência o *sinthoma* é uma resposta possível. O autor retira a ideia do nó do brasão da família Borromeu, formado pelo nó borromeano, composto por três anéis enlaçados de tal modo que, quando um se rompe os demais ficam soltos. No caso da configuração da realidade humana, real, simbólico e imaginário estão separados, o que os enoda é o quarto nó, o *sinthoma*, como podemos visualizar na figura a seguir:

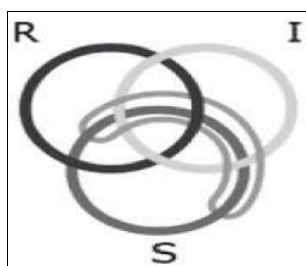


Figura 01: Real, Simbólico, Imaginário e Sinthoma

Voltando ao corpo na perspectiva dos três registros, concordamos com Miller (2004) quando afirma que:

“não se trata, somente, do corpo imaginário, do corpo sob a forma de sua forma. Não se trata do corpo-imagem, desse que o conhecemos, ao qual nos referimos, porque opera no estádio do espelho, esse corpo especular que duplica o organismo. Não se trata, também, do corpo simbólico, aquele que, recorrentemente, faz vir, sob a pena de Lacan, a metáfora do brasão” (p. 14).

No último ensino de Lacan (2003[1975]), estamos diante de um corpo afetado pelo gozo, que tem como causa o significante, a partir do momento em que está inserido na linguagem. O autor utiliza o termo *acontecimento de corpo* para explicar quanto à fixação de gozo no ser falante a partir do momento em que é atravessado pela linguagem. O gozo acontece no corpo, é uma afetação que anima o corpo e que é da ordem da contingência.

Lacan (2003[1975]) fez referência ao acontecimento de corpo pela primeira vez em *Joyce, o Sintoma*, ao dizer: “deixemos o sintoma no que ele é: um acontecimento corporal, ligado a que: a gente o tem, a gente tem ares de, a gente areja a partir do que a gente o tem. Isso pode até ser cantado, e Joyce não se priva de fazê-lo” (p. 565)⁹. Aqui se evidencia a noção de sintoma, que comporta gozo, atrelado à definição de acontecimento de corpo referido à cantoria da lalíngua joyciana. Ele parece tentar nos transmitir com isso que o acontecimento de corpo está ligado a uma canção, às ressonâncias do significante no corpo e utiliza-se de um contexto homofônico que remete a *alíngua*. Trata-se de um ruído que afeta o corpo produzindo gozo.

Entendemos, a partir de Miller (2003a), que “esta definición del acontecimiento del cuerpo podría decirse que es una condensación. De hecho, se trata siempre de acontecimientos discursivos que deixaram huellas en el cuerpo, que lo perturban y producen sintomas en él” (p. 373). Há um excesso de excitação que advém do impacto do significante e deixa marcas no corpo, abrindo os caminhos para a formação do sintoma. Isso também é o que ocorre no FPS, há um excesso de gozo que não pode ser simbolizado e que se apresenta diretamente no corpo,

⁹ Do jogo de palavras em francês “l’on l’a, l’on l’a de l’air, l’on l’aire, de l’on l’a”.

condensado na forma de uma lesão (MONRIBOT, 2008), conforme discutiremos no capítulo a seguir.

A psicanálise, desde seu fundamento, ensina-nos que é pela fala que é possível reduzir o sofrimento do gozo do sintoma, pois permite entrar em jogo a articulação significante (BESSET e. al, 2010a). Entretanto, diferentemente do sintoma, o FPS não se articula ao discurso (CASTELLANOS, 2009). Retomamos aqui nesse ponto o nosso problema de pesquisa e as questões que nortearam a nossa dissertação: qual o fazer da psicanálise que trabalha com o sintoma que “entra na conversa” (FREUD, 1893-1895, BESSET et. al, 2010a), quando se depara com o silêncio do fenômeno psicossomático? Se o sintoma, que afeta o corpo, de um modo particular, é possível de ser tratado pela psicanálise, seria possível tratar os casos de pacientes que apresentam fenômenos psicossomáticos? Qual a diferença entre ambos? Assumindo a perspectiva do último ensino de Lacan, que mantém no horizonte considerar os impactos do significante no corpo produzindo gozo, aprofundaremos nesse aspecto para construir as bases teóricas em direção ao nosso problema de pesquisa nos próximos capítulos.

1.1.1 Em corpo, mais e mais, ainda

Podemos localizar, no Seminário 20, *Mais, ainda*, o momento de virada em que o corpo assume uma relevância na teoria lacaniana. O título desse seminário em francês, *encore*, remete homofonicamente a *en-corps* (MILLER, 2000), ou seja, em corpo, ou ainda, a Um corpo. Isso revela um destaque conferido ao corpo (ainda, em corpo, Um corpo), que não poderia deixar de se destacar na prática da psicanálise. Além disso, Lacan (1985[1972-1973]) faz referência à importância de considerar o registro imaginário e afirma que o ponto de

partida do imaginário “é a referência ao corpo e ao fato de que tudo aquilo que por ele se representa, nada mais é do que o reflexo de seu organismo” (MILLER, 2000, p. 02). Pouco tempo antes disso, Lacan (LACAN, 2012[1971-1972]) aborda o conceito de Um, introduzindo a frase “Yad’lun”, “Há Um” (p. 132). Trata-se do gozo como fato, do gozo do Um, que passa ao largo do Outro. Aqui já encontramos pistas para responder as nossas questões, já que o FPS se apresenta no corpo como um gozo que não se articula ao campo do Outro.

É possível identificar quatro versões do gozo do Um na teoria lacaniana: o gozo do corpo próprio, o gozo centrado na parte fálica do corpo ou o gozo masturbatório, o gozo da palavra¹⁰, que significa que quando se fala se goza; e a sublimação (MILLER, 2000). Temos então uma definição de corpo como uma substância que fala e que goza de maneiras distintas: “o lugar do gozo é sempre o mesmo, o corpo. Ele pode gozar masturbando-se ou simplesmente falando. Pelo simples fato de falar, esse corpo não está ligado ao Outro. Ele está ligado apenas a seu próprio gozo” (p. 104). Propomos pensar o FPS como uma das formas possíveis de gozar do corpo próprio, conforme abordaremos no próximo capítulo. Quanto à prevalência do gozo, citamos Lacan (1985[1972-1973]):

Não é lá que se supõe propriamente a experiência analítica? A substância do corpo, com a condição de que ela se defina apenas como aquilo de que se goza. Propriedade do corpo vivo, sem dúvida, mas nós não sabemos o que é estar vivo, senão apenas isto, que um corpo, isso se goza. O corpo de um goza de uma parte do corpo do Outro (p. 35).

Apesar de indicar a prevalência do Um que goza (LACAN, 2012[1971-1972]), o autor não exclui a problemática do Outro em seu último ensino. Além de fazer referência ao fato de que

¹⁰Destacamos o conceito de alíngua, que segundo Miller, se refere a “fala antes do seu ordenamento gramatical e lexográfico” (Miller, 2000 p. 101). Trata-se da palavra concebida como gozo, disjunta da estrutura de linguagem ou da comunicação.

se goza de uma parte do corpo do Outro, ele situa também que gozar de Um corpo é gozar de um corpo que o Outro simboliza. É preciso fazer essa ressalva porque, na clínica, é necessário levar em consideração tanto o campo do Um, tendo no horizonte a vertente do gozo, como o campo do Outro, considerando a vertente do significante na análise (SILVA JUNIOR & BESSET, 2010). Se antes havia um destaque conferido ao simbólico, Lacan vai percebendo que não é possível abordar o conceito de corpo sem considerar os registros imaginário e real na perspectiva de que os três estão em equivalência em termos de importância (BROUSSE, 2009).

Em *A Terceira*, Lacan (2011[1974]) aborda novamente a relação entre dimensão imaginária e corpo e nos diz que o corpo se introduz na economia de gozo através da imagem: “a relação do homem com seu corpo, se há algo que destaca que ele é imaginário, é o alcance que a imagem aí adquire” (p.22). A partir daí, ele se pergunta por que o homem é tão subserviente à imagem, por que a imagem adquire essa importância, e menciona que a prematuração está em causa: “a preferência pela imagem vem do fato de que o homem antecipa sua maturação corporal” (idem). Ou seja, para o humano, a imagem adquire um valor fundamental, haja vista que a imagem do corpo próprio antecipa a maturação orgânica. Desse modo, podemos pensar que, se o corpo próprio é experimentado em déficit, a alienação à imagem possibilita recobrir essa falta, sendo então a adoração, o júbilo, a relação primordial que o falasser tem com seu corpo:

o amor próprio é o princípio da imaginação. O falasser adora seu corpo porque ele crê que o tem. Na realidade ele não o tem, mas seu corpo é a única consistência, consistência mental, é claro, pois seu corpo sai fora a todo instante (...) o corpo decerto não se evapora e, nesse sentido, ele é consistente. É precisamente o que é antipático para a mentalidade, porque ela crê nisso, ter um corpo para adorar. É a raiz do imaginário” (Lacan, 2007 [1975-1976], p. 64).

Assim, é possível demarcar a diferença entre *ser* um corpo e *ter* um corpo (LACAN 2007[1975-1976]; VERAS, 2006). A experiência da entrada na linguagem permite ao animal humano acreditar que tem um corpo e fazer uso deste. Os demais animais, por não estarem submetidos à linguagem, pois estão em jogo apenas os registros real e imaginário, não precisam se haver com isso. Entretanto, o fato de ter um corpo não garante uma estabilidade, pois como diz Lacan (2007[1975-1976]) no trecho acima, *o corpo sai fora a todo instante*, produzindo um mal estar. O neurótico acredita que tem um corpo, mas isso pode ser abalado quando advém angústia e o sujeito se confronta, provisoriamente, com o fato de ser um corpo (LACAN, 2005[1962-1963]). Já no caso de uma psicose esquizofrênica, por exemplo, ser um corpo, um corpo fragmentado, se impõe constantemente. Veremos mais adiante que também no fenômeno psicossomático o sujeito se depara todo instante com um corpo imposto, apresentado, e não representado.

Convém destacar, do trecho acima citado, a noção de *consistência*, pois com ela Lacan (2007[1975-1976]) nos dá uma pista em direção ao corpo na relação entre imaginário e real: “pela consistência que o corpo tem, de ser pote. É preciso aprender essa ex-sistência e essa consistência como reais, posto que apreendê-las é o real (...). O imaginário mostra aqui sua homogeneidade com o real.” (p. 19). Essa é uma noção importante, pois remete justamente à interface onde se localiza o fenômeno psicossomático, entre real e imaginário (MONRIBOT, 2008). A lesão é consistente, pode ser mensurável, observável. Ao tocar o ponto de aproximação com o real, Lacan (2007[1975-1976]) sugere pensar o corpo pela consistência justamente porque essa é a forma mais desprovida de sentido, nada nos força a imaginá-la. Vejamos esse trecho:

O que quer dizer consistência? Quer dizer o que mantém junto, e é por isso que ela é, aqui, simbolizada pela superfície. Com efeito, pobre de nós, só temos a ideia da consistência pelo que se

constitui saco ou trapo. É a primeira ideia que fazemos disso. Mesmo o corpo, nós o sentimos como pele, retendo em seu saco um monte de órgãos” (p. 63).

Assim, no último ensino de Lacan, o corpo é um elemento primordial, relacionado à consistência (*corps-sistant*¹¹), como correlato da forma. No seminário 24, *L'insu que sait de l'une bévue s'aile à mourre*, Lacan (1976-1977) comenta: “percebi que consistir queria dizer que seria preciso falar de corpo, que há um corpo do imaginário, um corpo do simbólico – é a ‘alíngua’ - e um corpo do real, do qual não se sabe como ele sai” (inédito). Abordamos aqui a definição de corpo no registro real, se fazendo presente de maneira concreta, podemos dizer, pelo gozo; e no registro imaginário, pela adoração da imagem, o que permite a construção de uma unidade corporal, de uma imagem unificada. É preciso localizar o corpo também no registro simbólico, onde se implica “o sujeito falante, capaz de representar e converter para o corpo os seus pensamentos, fantasias, etc.” (QUEIROZ, 2004 p. 103).

Lacan (1985[1972-1973]) afirma que o significante determina o regime de gozo do ser falante. Sendo assim, o gozo do corpo é gozo da linguagem, pois “o gozo do corpo de que se trata é um gozo do corpo habitado por um sujeito do significante, quer dizer, não um gozo bruto, não um gozo anterior ao significante; no falasser o gozo do corpo é ligado ao significante como sua consequência” (MILLER, 1998, p. 101). Concordamos com a leitura que Miller (1998) realiza da teoria freudiana a partir de Lacan, quando afirma que a fantasia “Uma criança é espancada” vai justamente nessa direção do corpo marcado pelo significante:

Essa fantasia não é a anulação de gozo, na direção do sujeito barrado ou do (-φ); trata-se da produção de gozo pelo significante, pois o gozo do corpo, no ser falante, supõe que seja marcado pelo significante. Gozar de um corpo, na espécie do falasser, passa sempre por bater no corpo, estragá-lo de alguma forma, ou pelo menos pelo fato de se chocar com ele, e isso

¹¹Jogo de palavras que indica, em francês, a consistência a partir do corpo.

pode até destruí-lo; o que a fantasia “Uma criança é espancada” revela é o sadismo do significante (p. 101).

Podemos depreender daí que há um saber no dito popular de que *a palavra tem poder*. Trata-se do poder do significante de marcar o corpo. Sendo assim, há implicações para a psicanálise, já que é através da fala que o tratamento se torna possível (BESSET et. al, 2010a). Com o corpo em destaque no último ensino, a visada em direção ao real do gozo na análise é imprescindível. Para Solano-Soarez (2003), é preciso fazer um esforço para ir mais além do inconsciente, é necessário se opor à articulação de saber e “degradar a linguagem” (p. 04). Aqui nos aproximamos do nosso objetivo, que é abordar a direção do tratamento em pacientes que apresentam fenômenos psicossomáticos, que não se articulam ao discurso porque o inconsciente não está em questão. É pela via do fora sentido (*sens juis*) que é possível tocar o gozo nesses casos.

É através do ato analítico na perspectiva da *poética herética*, que joga com o duplo sentido do significante, com o que ecoa no dizer do paciente, que é possível produzir efeitos no corpo (SOLANO-SUAREZ, 2003). Trata-se de ler, na fala, os significantes que, de alguma maneira, ressoam no corpo. Indicamos que esse ponto do último ensino de Lacan se aproxima das primeiras elaborações freudianas, na medida em que, ainda nas publicações pré-psicanalíticas, Freud se ocupava da incorporação das primeiras marcas advindas do campo perceptivo a partir da relação da criança com o mundo (FREUD, 2007/1886-1899). Avancemos ao conceito de corpo na teoria freudiana tentando encontrar os pontos de aproximação entre Freud e Lacan.

1.2 O corpo na teoria freudiana

Em seus primeiros textos, nas *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos*, Freud (2007/1886-1899) começa a falar de marcas mnêmicas que ficam registradas desde a infância. Trata-se de marcas de memória que deixam uma trilha no corpo, envolvendo as zonas erógenas. Na Carta 52, um dos manuscritos dessas publicações, Freud (2007/1896) cita como exemplo um paciente que costumava chorar quando dormia, da mesma forma como fazia aos 22 meses de idade, para que fosse levado para a cama por sua mãe. As experiências vividas deixam marcas que são registradas desde muito cedo na vida da criança, são como escrituras que só posteriormente vão sendo traduzidas. O recalque, mecanismo da neurose, é justamente uma “falha” nesse processo motivada pelo desprazer, que não permite que a tradução se opere (FREUD, 2007/1986).

As zonas erógenas vão sendo delimitadas muito precocemente desde o nascimento da criança na relação com a mãe ou seu substituto, incluindo o toque com as mãos, o olhar, a voz, que produzem traços de memória que deixam marcas, as quais, a princípio, não possuem representação. O primeiro registro das percepções (Wz¹²) deixa uma marca, nomeada por Freud (2007/1896) como *Fixierung*, que é impossível de ser representada, mas já deixa um registro perceptivo no corpo da criança. O segundo registro, traço Ub¹³, começa a se relacionar a lembranças conceituais, mas ainda não acessíveis à consciência. Posteriormente vão sendo inscritas a pré-consciência (Vb¹⁴) e a consciência (Bews). Podemos visualizar o que foi dito no esquema proposto por Freud (2007/1896) a seguir:

¹²*Wahrnehmungszeichen*: indicação da percepção.

¹³*Ubewusstsein*: inconsciência.

¹⁴*Vorbewusstsein*.

W¹⁵ – Wz – Ub – Vb – Bews

Quando discorre sobre os ataques histéricos, ainda nas publicações pré-psicanalíticas, Freud (2007/1888) define as zonas erógenas como:

lugares hipersensibles del cuerpo cuya estimulación leve desencadena un ataque, el aura del cual suele iniciarse con una sensación proveniente de ese lugar. Estos lugares pueden tener su sede en la piel, en las partes profundas, huesos, mucosas, y hasta en los órganos de los sentidos; son más frecuentes en el tronco que en las extremidades y muestran ciertas predilecciones (p. 47).

É importante ressaltar que ele localiza essas zonas na pele, partes profundas, ossos, nas mucosas, nos órgãos do sentido. Nos *Tres ensayos de teoría sexual*, ele diz que “la piel, que en determinados lugares del cuerpo se ha diferenciado en los órganos de los sentidos y se ha modificado hasta constituir una mucosa, y que es, por tanto, la zona erógena por excelencia” (FREUD, 2007/1905, p. 154). Podemos estabelecer uma relação entre a pele, zona erógena por excelência, e a noção de superfície de que nos fala Lacan (2005[1976]) quando se refere ao conceito de corpo. Voltaremos a esse ponto no terceiro capítulo, quando abordaremos as especificidades dos fenômenos psicossomáticos que se apresentam na pele.

Além disso, Freud (2007/1888) relaciona as zonas erógenas com as conversões histéricas, e declara que essas zonas possuem uma função particular em qualquer uma das estruturas: neurose, psicose e perversão. Isso indica que foi pelo sintoma histérico que as questões do corpo se apresentaram à psicanálise (BESSET et. al, 2010a). É fundamental destacar a importância do sintoma histérico para o avanço desse campo teórico, pois é possível afirmar, como abordamos anteriormente, que foi pelos embaraços com o corpo que a teoria freudiana

¹⁵Neurônios onde as percepções têm origem.

estabeleceu um corte epistemológico no pensamento científico vigente, rompendo com a ideia do “corpo-máquina”, com suposto funcionamento determinado por mecanismos orgânicos.

Mesmo com o intuito de construir uma teoria científica desde o princípio, com fundamentos retirados do campo da biologia, percebemos que, na teoria freudiana, o inconsciente sempre esteve em questão. Foi partindo do sintoma com evidências visíveis no corpo, como as conversões histéricas, que Freud (2007/1895) começou a demonstrar que não existe uma equivalência entre corpo e organismo (BESSET et. al, 2010a). Ou seja, o sintoma porta um modo de funcionamento próprio que não segue a lógica funcional do organismo, mas uma lógica inconsciente.

1.2.1 Zonas erógenas, pedaços do corpo

Freud se ocupa das questões referentes aos sintomas na histeria e ao inconsciente no início e evolui com definições mais precisas em relação às zonas erógenas nos *Tres ensayos de teoría sexual*, considerando a importância de cada uma delas nas etapas do desenvolvimento infantil para a constituição do aparelho psíquico humano e, também, do corpo (FREUD, 2007/1905). A princípio a boca se comporta como uma zona erógena (*zona oral*) e, segundo Freud (2007/1905), associa-se inicialmente à necessidade do alimento:

Diríamos que los labios del niño se comportaron como una *zona erógena*, y la estimulación por el cálido aflujo de leche fue la causa de la sensación placentera. Al comienzo, claro está, la satisfacción de la zona erógena se asoció con la satisfacción de la necesidad de alimentarse. El quehacer sexual se apuntala *{anlehn}* primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella (p. 164-165, grifos do autor).

Assim como a zona oral, a *zona anal* é fonte de prazer e serve de apoio à sexualidade em outras funções corporais. “Los trastornos intestinales tan frecuentes en la infancia se ocupan de que no falten excitaciones intensas en esta zona” (FREUD, 2007/1905 p. 168). Reter as fezes, por exemplo, produz sensações prazerosas na criança. O conteúdo intestinal é tratado como parte de seu próprio corpo e é oferecido inclusive como um presente aos pais. Uma terceira zona erógena, a *zona genital*, fonte de prazer que está ligada à micção e à masturbação infantil, compreende as atividades que vão influenciar a vida sexual adulta. No processo de desenvolvimento da criança, cada zona erógena vai sendo libidinizada a partir do contato com o outro (seja a mãe, seu substituto ou as pessoas ao redor da criança) e assim, vão se construindo as bordas do corpo da criança, vão se estabelecendo os limites entre o seu corpo próprio e o corpo dos demais, já que, no princípio de sua existência, esses limites não estão postos.

A propriedade erógena pode se ligar de maneira mais marcante a certas partes do corpo, produzindo experiências de satisfação, sejam elas prazerosas ou não, e está ligada às marcas mnêmicas que vão produzindo uma trilha a partir de pontos de fixação, que vão constituindo o corpo da criança. Vemos com isso que, aos poucos, o entendimento sobre como ocorre a constituição do corpo vai se delineando para Freud. Com o avançar da teoria, no período entre 1914 a 1916, ele escreve os textos sobre alguns dos conceitos fundamentais da psicanálise e dedica certos trechos ao entendimento da concepção de corpo, apesar de não designar um artigo específico para o tema.

1.2.2 A constituição do corpo na teoria freudiana

Em *Introducción del narcisismo*, Freud (2007/1914) explica sobre o narcisismo demonstrando a importância desse momento para a constituição do eu e, podemos dizer, conseqüentemente, do corpo. O eu é uma unidade que não está presente desde o início no homem, é construído a partir da relação com o outro. Antes do narcisismo, no princípio, há a prevalência do *autoerotismo*, ou seja, o bebê, quando chega ao mundo, tem suas primeiras satisfações autoeróticas experimentadas em relação às funções vitais. Freud (2007/1914) afirma que é necessário que algo aconteça, uma nova ação psíquica, para que haja uma passagem do autoerotismo ao *narcisismo*, que é a etapa em que a libido gira em torno do eu e, desse modo, o constitui enquanto unidade. Posteriormente a libido passa também a se voltar aos objetos do mundo, quando é possível a saída do narcisismo para a fase *objetal*, de modo que a relação da criança com a realidade externa é favorecida. A passagem por essas etapas é fundamental para constituir o corpo da criança, estabelecendo um limite entre o eu e a realidade externa. Podemos pensar a constituição do corpo unificado como o que permite a demarcação desse limite para a criança e, assim, vai diferenciá-la do outro.

É importante destacar que, nesse momento, Freud (2007/1914) estabelece distinção entre a libido do eu e a libido objetal, sendo que, quanto mais uma é empregada, mais a outra se esvazia. Ele nos dá como exemplo o caso de uma pessoa apaixonada, que parece desistir de si mesma em favor do objeto de amor – há um esvaziamento da libido do eu e um investimento libidinal no objeto amado. Inversamente, há o caso de uma pessoa que sente dor ou um mal-estar orgânico, e que, diante do sofrimento, retira o interesse libidinal dos objetos e passa a se ocupar apenas da zona corporal que lhe causa dor. Como nos diz Machado de Assis (1996) em *Memórias póstumas de Brás Cubas*:

“fui descalçar as botas, que estavam apertadas. Uma vez aliviado, respirei à larga, e deitei-me a fio comprido, enquanto os pés, e todo eu atrás deles, entrávamos numa relativa bem-aventurança. Então considerei que as botas apertadas são uma das maiores venturas da terra, porque, fazendo doer os pés, dão azo ao prazer de as descalçar. Mortifica os pés, desgraçado, desmortifica-os depois, e aí tens a felicidade barata, ao sabor dos sapateiros e de Epicuro (...) Quatro ou cinco dias depois, saboreava esse rápido, inefável e incoercível momento de gozo, que sucede a uma dor pungente, a uma preocupação, a um incômodo... Daqui inferi eu que a vida é o mais engenhoso dos fenômenos, porque só aguça a fome, com o fim de deparar a ocasião de comer, e não inventou os calos, senão porque eles aperfeiçoam a felicidade terrestre. Em verdade vos digo que toda sabedoria humana não vale um par de botas curtas” (p. 68).

Freud (2007/1914) destaca que a dor possui uma função nesse processo de delimitação do corpo, pois a partir do momento em que sentimos dor, obtemos um novo conhecimento de nossos órgãos e assim chegamos a alguma ideia de nosso corpo. Quando a vida no silêncio dos órgãos (LERICHE, 1936) é abalada é possível adquirir outra percepção do corpo próprio.

É preciso ressaltar o papel da sexualidade na constituição do corpo para Freud (2007/1914). Quando fala das zonas erógenas ele indica que essas podem ser substitutas dos órgãos genitais, na medida em que geram prazer e que esse prazer sexual não está ligado apenas às zonas genitais, mas pode ser direcionado a qualquer parte do corpo. No trecho destacado acima podemos localizar a sensação de prazer causada pelo alívio de retirar as botas: “um rápido, inefável, incoercível momento de gozo que sucede a uma dor pungente, a uma preocupação, a um incômodo” (ASSIS, 1996, p. 68). Ou seja, a dor localizada nos pés é fonte de desprazer e seu alívio descrito como um momento de felicidade. Freud (2007/1930) revela que esse momento pontual de felicidade é justamente a satisfação pulsional.

Quando teoriza sobre o conceito de pulsão, do alemão *Trieb*, Freud (2007/1915) põe em questão a relação entre o *psíquico* e o *somático*, sinalizando que este é um conceito limítrofe entre ambos. Trata-se do representante dos estímulos que se originam no organismo e que produz efeitos no campo psíquico. Nesse momento, Freud faz uma comparação entre os estímulos do mundo externo, que alcançam o campo perceptivo, e os estímulos pulsionais, originados no próprio organismo. A exemplo disso, faz a distinção entre a luz que incide sobre a visão como um estímulo externo e a secura da membrana mucosa da faringe ou a irritação da membrana mucosa do estômago como estímulos pulsionais. Observamos que os exemplos utilizados como estímulos pulsionais se referem às membranas mucosas, o que possui uma relação com a definição de corpo no último ensino de Lacan, como borda que constitui uma superfície (membrana mucosa) e envolve um vazio. Trata-se do corpo percebido como pele, como afirma Lacan (2007[1975-1976]).

Para Freud (2007/1915) os estímulos pulsionais, que se originam no organismo, alcançam o campo psíquico de modo contínuo, exercendo uma pressão constante no sentido de trabalhar sua ligação com o corpo. Podemos localizar, nesse ponto, uma distinção entre corpo e organismo: o estímulo pulsional é proveniente do organismo, mas só chega ao registro psíquico sob a forma de um representante pulsional. O corpo advém como resultado dessa ligação, ou seja, se constitui como um efeito da relação entre somático e psíquico. Sendo assim, o corpo não pode ser equiparado ao organismo, não é possível ao homem acessar diretamente o que acontece em seu organismo porque os estímulos pulsionais são traduzidos psiquicamente como representantes. Para Freud (2007/1915), embora a pulsão tenha origem no organismo, nós só podemos alcançá-la por sua exigência de satisfação, que é como se revela no campo psíquico.

Em *El yo y el ello*, Freud (2007/1923) explicita claramente a relação entre o psíquico e o somático através da definição de Eu (*Ich*), ao afirmar que o eu é, antes de tudo, um *eu corporal*, a projeção mental da superfície do corpo. Ele afirma que a unidade do eu se forma a partir das sensações que o corpo lhe envia¹⁶. Sensações estas advindas das exigências de satisfação pulsional e de estímulos que se originam no mundo externo. Para que o eu se constitua é necessário que traduza as sensações corporais internas e externas, que são como referências que auxiliam a demarcar suas fronteiras. Sendo assim, apesar da ideia da unidade corporal ser possível com a constituição do eu, podemos supor que essa unidade não é estável, ela sofre abalos e modificações ao longo da vida.

Isso foi o que Freud (2007/1914) evidenciou ao analisar a vivência da fragmentação corporal que ocorre nas neuroses e, mais radicalmente, nas psicoses, como no caso da esquizofrenia, nomeada na época como demência precoce. Nessa última, a imagem do corpo está ausente ou, quando presente, é de precária consistência e constantemente ameaçada. No caso da instabilidade do corpo na neurose, Freud (2007/1910) sugere que as zonas do corpo, servindo a diferentes finalidades, são atravessadas por mecanismos inconscientes, podendo inclusive perder sua função. Assim como a boca pode servir para beijar, comer ou falar, os olhos servem para enxergar e também para obter prazer em olhar e ser olhado.

Ao explicar o que ocorre no caso da cegueira histórica, por exemplo, Freud (2007/1910) demonstra como um sintoma pode romper com a estabilidade da imagem corporal unificada. Ele prossegue explicando que, nesse caso, quando um desejo inconsciente é incompatível com o eu, o prazer sexual em olhar aciona os mecanismos de defesa, impedindo que esse conteúdo

¹⁶É importante enfatizar também o papel das identificações na formação do eu, que Freud (2007/1921) trabalha de modo mais aprofundado no capítulo VII de *Psicología de las massas y análisis del yo*.

seja acessível à consciência. Ocorre então uma perturbação do olho e do ato de ver, o que gera a cegueira. Percebemos, aqui, a unidade corporal ameaçada pelo sintoma histérico (BESSET et. al, 2010a). Freud considera como objetivo do tratamento, nessa época, interpretar o sentido do sintoma para que se reduza o quantum de energia dispendida para sua manutenção. O sintoma é um ciframento a ser decifrado pelo analista. Entretanto, ele começa a perceber que não é possível eliminá-lo por completo porque há um núcleo do sintoma que não pode ser tocado pela interpretação.

1.3 Sintoma, angústia e corpo

Nessa direção, Miller (2008a) sugere dois momentos distintos da teoria freudiana quanto ao sintoma, um em que é considerado como metáfora, decifrável a partir da interpretação do analista, e outro como satisfação pulsional, que garante um ganho primário, com um núcleo inacessível à interpretação, irredutível à ordem significante. O autor localiza o marco dessa passagem em *Inhibición, síntoma y angustia*, que aponta em direção ao gozo, ao real da experiência de satisfação. Nessa obra o deciframento de modo a revelar o que o sintoma esconde não está em primeiro plano, mas sim o sintoma como:

un modo de satisfacción que escapa al principio de placer ya que se manifiesta como displacer. No esta referido a un inconsciente que querría decir y que dice de modo encubierto. Está referido a la pulsión en tanto ella quiere gozar y logra gozar de manera desviada (MILLER, 2008a, p. 64-65).

Temos, aqui, uma aproximação entre esse segundo momento da obra freudiana e o último ensino de Lacan, que aponta em direção ao real, ao que é da ordem do sem sentido. *Inhibición, síntoma y angustia* é uma elaboração posterior de Freud aos textos *Mais allá del principio de placer* (2007/1920), *Psicología de las massas y análisis del yo* (2007/1921) e o *El yo y el ello*

(2007/1923), que remetem a uma clínica em direção ao real, semantófora, em contraposição aos textos *La interpretación de los sueños* (2007/1900), *Psicopatología de la vida cotidiana* (2007/1901) e *El chiste y su relación con lo inconsciente* (2007/1905), que remetem a um Freud interessado pelo deciframento, a uma clínica em direção ao sentido, semantofílica. Além disso, Miller (2008a) pergunta por que Freud inscreve o sintoma na mesma série que inibição e angústia e não articulado ao sonho e ao ato falho e nos diz que isso se deve ao fato de Freud nos mostrar o sintoma não mais como uma formação do inconsciente, mas articulado a uma satisfação pulsional, o que leva a Lacan a construir a teoria sobre o gozo.

Em *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud (2007/1926) destina o primeiro capítulo à inibição e diz que é possível pensá-la como uma restrição normal de uma função do eu, sem necessariamente ter uma implicação patológica. Quando a inibição causa uma paralisação que traz prejuízos para a vida da pessoa, compondo um processo patológico, torna-se um sintoma. Miller (2008a) afirma que a série inibição, sintoma e angústia “es una serie de las trabas del funcionamiento” (p. 68) e destaca que a inibição se relaciona de entrada com a libido – “en todos los casos Freud aísla lo que conduce al yo a renunciar a una función de la que podría disponer, y esta renuncia a una función se debe a un investimento mal situado de la libido” (p. 69).

Destacamos, nesse ponto de virada, um novo entendimento de Freud (2007/1926) acerca da angústia, até então concebida como um sinal de perigo, uma reação à perda, à ameaça de castração. A angústia, antes desse momento, sinalizava todas as situações que remontam o perigo de se separar de seus órgãos genitais, daí Freud (2007/1909) fazer referência à angústia de castração. Verificamos que a angústia está referida ao corpo, à ameaça da perda real do pênis, no caso do menino e à perda do objeto amoroso, no caso das meninas.

Entretanto, em *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud (2007/1926) fala do surgimento da angústia diante do encontro com situações que remetem ao desamparo, sendo que o nascimento é tomado como protótipo da situação de perigo que o eu repete e reproduz ao longo da vida. A angústia não é mais encarada como um sinal de perigo frente a uma ameaça de castração, já que o nascimento não é experimentado subjetivamente como uma separação da mãe, visto que o feto, como uma “criatura narcísica”, está alheio à sua existência como um objeto. Temos aqui a angústia tomada como um tratamento frente ao desamparo. O que remete, na teoria lacaniana, à definição da angústia como o que advém do encontro com o real. Retomaremos esse ponto no próximo capítulo.

Quando fala sobre as neuroses traumáticas, as neuroses de guerra, Freud (2007/1926) percebe que, nestes casos, uma ameaça à pulsão de autopreservação (ao narcisismo) poderia por si só produzir uma neurose sem qualquer mescla de fatores sexuais. Ele esclarece que isso ocorre porque o inconsciente parece nada conter que pudesse representar o conceito de aniquilamento da vida, nada que se assemelhe à morte jamais pode ter sido experimentado. Sendo assim, um soldado, diante do encontro com uma experiência real de desamparo, por não possuir recursos para lidar com o evento traumático, produz uma neurose. Convém indicar que Freud (2007/1926) começa a perceber que a causa dos sonhos recorrentes de guerra sonhados por ex-combatentes se deve ao fato de que, no momento da vivência traumática, não foi possível produzir angústia como uma defesa frente ao desamparo. O sonho advém, então, como uma tentativa de produzir algum tipo de antecipação para lidar com o trauma, produzir angústia.

Podemos pensar que, frente ao desamparo, em uma perspectiva freudiana (FREUD, 2007/1926), ou com o traumatismo da linguagem (LACAN, 1998[1975]), numa leitura lacaniana, a constituição do eu e, conseqüentemente, da imagem da unidade corporal, funciona como uma defesa eficaz. Entretanto, essa não é uma solução que garante uma estabilidade, pois o corpo não é um fato dado. Como abordamos nesse capítulo, o corpo, a princípio, é vivenciado em pedaços, como fragmentos localizados no circuito pulsional que envolve as zonas erógenas e, paulatinamente, vai sendo organizado, na medida em que o eu se constitui (FREUD, 2007/1926, LACAN, 1998[1949]). Frente ao encontro com situações traumáticas, essa unidade pode sofrer um abalo e daí advir angústia (LACAN, 2005[1962-1963]) como um recurso para lidar com essa ameaça até que a estabilidade corporal se mantenha novamente.

Entretanto, verificamos que, em certos casos, isso não ocorre dessa forma. A impossibilidade de dar algum tratamento em resposta ao encontro com situações traumáticas repercute em um modo de adoecimento no corpo diferente do sintoma tal qual como compreendido pela psicanálise. É o que acontece com os casos que Freud (2007/1926) explica como “neuroses de guerra”. Ele as define também como “neuroses traumáticas”, justamente por se constituírem em decorrência da importância do trauma na causação da neurose. Podemos dizer que, na clínica com pacientes com fenômenos psicossomáticos (FPS), deparamo-nos com casos em que o encontro com o evento traumático produz uma lesão no corpo. São situações a que, ao invés de produzirem uma inibição, um sintoma ou angústia, os pacientes respondem diretamente com o corpo, sem possibilidade de contar com qualquer anteparo psíquico para lidar com o trauma.

A psicanálise freudiana nos forneceu ferramentas para o tratamento de casos em que o sintoma, ao ser deslocado para o campo da palavra, seja representado no discurso e, desse modo, o sofrimento se reduza. Isso foi o que Freud nos demonstrou ao abordar minuciosamente os casos clínicos ao longo de sua obra. Entretanto, mesmo no sintoma, como pudemos perceber acima, há uma parcela que se refere à satisfação pulsional inassimilável na fala. Freud (2007/1926) nos deu uma pista nesse sentido, entretanto, ainda é um enigma para a psicanálise como conduzir o tratamento de pacientes que respondem principalmente com formas de adoecimento que não são assimiladas pelo campo da fala. Lacan nos deixou algumas pistas ao se aprofundar sobre o conceito de gozo em seu último ensino e indicar a relevância de considerar o corpo na prática analítica.

Por outro lado, mesmo com Lacan, ainda não temos uma resposta clara sobre como operar nesses casos e a psicanálise se vê cada vez mais frente a esse desafio quando convocada a responder diante dos modos de adoecimento no corpo (BESSET, GASPARD, DOUCET, VERAS, COHEN, 2010b), seja com os chamados “novos sintomas”, tais como a anorexia, bulimia, as patologias de passagem ao ato, seja com manifestações que sempre existiram, mas que convocam tratamento pela psicanálise, como os fenômenos psicossomáticos e as dores crônicas (BESSET et. al, 2010b). Para prosseguir nessa direção, abordaremos, no capítulo a seguir, primeiramente a definição do conceito de fenômeno psicossomático a partir de Lacan, já que Freud não elaborou uma teoria nesse viés, para, posteriormente, avançar quanto à direção do tratamento na clínica com pacientes que apresentam tais fenômenos.

CAPÍTULO II

O fenômeno psicossomático a partir de Lacan

*“Meu corpo não é meu corpo,
é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-se
E é de tal modo sagaz
que a mim ele oculta”.*

Carlos Drummond de Andrade (1984)

Conforme abordamos no capítulo anterior, a concepção de corpo é fundamental para a clínica psicanalítica, já que, desde Freud, esse campo teórico demonstrou que o que singulariza o homem é o fato de ter um corpo (MILLER, 2004). É a linguagem que atravessa o corpo, lançando o ser de fala na dialética do ter, o que permite diferenciar-se das demais espécies e existir no mundo de modo singular. Por outro lado, a ilusão de ter um corpo significa embarçar-se com ele a todo instante, pois, assim como indica Miller (2004): este corpo é um corpo por onde se passam as coisas, coisas imprevistas, coisas que escapam. (...) Estas coisas imprevistas são acontecimentos que deixam traços desnaturalizantes, disfuncionais para o corpo” (p. 50).

Considerando o fenômeno psicossomático como uma das formas nas quais o embaraço com o corpo se apresenta, abordamos no presente capítulo, visando alcançar o nosso problema de pesquisa, a definição dessa concepção sob a perspectiva da psicanálise a partir das contribuições de Lacan e seus comentadores. Fazemos a ressalva de que há inúmeros trabalhos relevantes sobre psicossomática, tais como as pesquisas realizadas pela Escola de Chicago (ALEXANDER & SELESNICK, 1980), pela Escola de Boston (SIFNEOS, 1973) e pela Escola Psicossomática de Paris (MARTY, M’UZAN, 1983), entretanto, estas se fundamentam em conceitos distintos daqueles trabalhados na abordagem lacaniana. Por outro lado, Lacan só menciona o FPS em intervenções pontuais ao longo do seu ensino, o que dificulta que haja um consenso de seus comentadores sobre o tema. Como a teoria se constrói

a partir da clínica, consideramos possível avançar rumo a uma teorização a partir dos ensinamentos dos casos. Assim, privilegiamos os trabalhos de autores que fazem menção ao caso clínico como estratégia para pensar o que acontece em pacientes com fenômenos psicossomáticos. Desse modo, discutir a direção do tratamento caso a caso se justifica na medida em que ainda não temos respostas claras sobre como agir frente a essas manifestações. Objetivando contextualizar o tema, fizemos um breve apanhado histórico sobre a concepção de psicossomática para avançar quanto a esta definição a partir da abordagem lacaniana.

2.1 Antecedentes históricos da psicossomática

O termo *psicossomática* foi descrito pela primeira vez em 1818 pelo médico Heinroth (MELO FILHO, 1992; GUIR, 1988) para explicar as influências das paixões sexuais sobre as doenças do corpo. As origens desse termo e a ideia da relação entre psíquico e o somático, entretanto, remontam ao berço da civilização ocidental. No século V a.C. Anaxágoras, filósofo grego pré-socrático, estabeleceu a distinção entre *psique*¹⁷ e *soma*. Posteriormente, as formas de interação entre mente e corpo foram abordadas tanto no campo da filosofia como na medicina, seja através de correntes que visavam aproximá-los, seja através de abordagens dualistas (GUIR, 1988).

Hipócrates, considerado o pai da medicina (STRAUB, 2005), fundamentou sua prática baseado em uma teoria que preconizava a indivisibilidade entre corpo e mente, buscando atrelar o conhecimento do organismo humano à personalidade a partir de quatro humores: fleuma, sangue, bílis negra e bílis amarela. Canguillem (2012), ao falar da medicina grega, comenta:

¹⁷ Termo que remete à personificação da alma, que de acordo com a mitologia grega era representada pela bela mortal *Psiquê*.

a natureza (*physis*), tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença (...) o que está em equilíbrio no homem, e cuja perturbação causa doença são quatro humores, cuja fluidez é precisamente capaz de suportar variações e oscilações (p. 10).

Conforme essa abordagem monista, o excesso de um dos humores no organismo, como a bílis negra, por exemplo, está relacionado a uma personalidade melancólica. Assim, o tratamento do paciente deve ser fundamentado nesse princípio. Essa teoria foi retomada por Galeno e persistiu até o século XVIII (STRAUB, 2005). Percebemos nessa concepção a tentativa de entender o homem sob uma perspectiva holística, o que se tentou resgatar posteriormente, no século XX, com o surgimento da medicina psicossomática (MELLO FILHO, 2005), como abordaremos mais adiante.

Já em uma perspectiva dualista, dividindo o homem em *res cogitans* e *res extensa*, Descartes (1986), no século XVI, defendeu a ideia de uma separação radical entre mente e corpo. À medicina cabia estudar o “corpo-máquina” e à filosofia e à religião, a mente. Essa separação foi um ato na história da humanidade, pois instaurou um antes e um depois. Se esse ato foi fundamental para o avanço da medicina, antes privada de realizar pesquisas pelas proibições da Igreja Católica na Idade Média, também representou um corte irreparável entre o psíquico e o orgânico, que prevalece em muitos campos até os dias atuais (ALBERTI & ELIA, 2008).

Assumindo outra perspectiva, o surgimento da psicanálise, que adveio do corte com o pensamento cartesiano, implicou em um entendimento diferenciado sobre a relação entre o psíquico e o somático (FINK, 1998). A pulsão, conceito limítrofe entre ambos, talvez seja uma das maiores contribuições de Freud (2007/2015) para ajudar a pensar esse funcionamento, que não é tão simples de imaginar. Para Lacan (1998[1960]), é a linguagem o artifício responsável pela mediação entre o psíquico e o somático. No seu último ensino o

autor apoiou-se na topologia dos nós e do toro¹⁸ justamente para dimensionar a consistência do corpo e suas bordas (LACAN, 1976-1977; NASIO, 2011).

No que se refere à psicossomática, Freud fez alusão apenas uma vez ao termo, em uma carta datada de 1923 a Weisacker (VALAS, 1990; LIART, 2012), entretanto, não se ocupou de trabalhá-lo em sua obra. Foi seu contemporâneo, Groddeck¹⁹, quem mais se aprofundou em direção à construção de uma teoria em torno dessa noção. Groddeck (2011) dizia que toda doença tinha um sentido que, se fosse decifrado pelo médico, o paciente dela se libertaria. Ele entendia que as doenças eram metáforas de conflitos não representados, sendo necessário entender a que serviam. Para tanto, fez uma série de registros de relatos de pacientes, além de se utilizar de suas próprias vivências, para descrever os fatores associados ao adoecimento.

Vejamos esse trecho:

meu décimo sétimo ano de vida registrou acontecimentos que foram decisivos para todo o meu desenvolvimento posterior e que estão intrinsecamente relacionados com a minha estória da inflamação de garganta. Eu tive até então uma espécie de escarlatina disfarçada. Fazendo uma retrospectiva, suponho que nesse caso também atuou a força protetora do inconsciente frente a complexos sexuais, que haviam sofrido uma remexida recente e precisavam ser recalçados. O processo da doença provocou uma inflamação diftérica na garganta, com formação de abscessos e uma inflamação dos rins que se tornou crônica. Talvez fosse possível procurar saber porque o Isso foi escolher justamente a inflamação dos rins para policiar minha vida. Mas também quanto a isso só posso apresentar suposições e nenhuma razão concludente. Apenas gostaria de indicar que minhas primeiras lembranças giram em torno de tonéis para colher a água das chuvas, calhas e fontes, e que até a puberdade conservei uma tendência à enurese noturna (p. 22).

¹⁸ Antes disso, Lacan (1998[1953]) utilizou-se da estrutura da linguagem apoiado em Saussure e nos matemas, fundamentando-se na matemática, para tentar abordar essa questão.

¹⁹ Médico alemão que clinicava em Baden-Baden, de quem Freud tomou emprestado o termo ‘das Es’ e o adaptou, traduzido em português como *isso*. Entretanto, o uso dessa palavra, como o próprio Freud indicou, certamente remonta a Nietzsche (Strachey, 1996).

Nessa perspectiva da doença como metáfora, estaríamos, para Groddeck (2011) frente a corpos que falam, a doenças que dizem algo através do corpo. Esse pressuposto, semeado no terreno fértil de um período marcado pelo surgimento da psicanálise, constituiu as bases para a medicina psicossomática (MELLO FILHO, 2005). Essa especialidade da medicina se configurou como uma antítese ao pensamento científico vigente de que a origem das doenças só poderia ser pensada a partir de relações de causalidade orgânica (STRAUB, 2005). Com isso, em 1939 foi fundada nos Estados Unidos a Associação Americana de Psicossomática (*American Psychosomatic Society*), que dedicou-se a pesquisar os impactos da interação mente/corpo na incidência das doenças físicas, publicando mensalmente seus estudos (MELO FILHO, 2005).

Se por um lado o avanço da ciência repercutiu na supressão da subjetividade do processo de adoecimento (FOUCAULT, 2008), em outro extremo, a tentativa da medicina psicossomática em encontrar respostas em processos subjetivos conduziu a um determinismo psicológico. Com efeito, passou-se a culpabilizar o doente por sua doença (SONTAG, 1984), excluindo o que é da ordem do real do corpo. Dito de outro modo, parafraseando Exupéry (1943): *tu te tornas responsável pela doença que cativas*. Se não souber lidar com seu sofrimento, adoecerá. Isso é o que indica Sontag (1984), quando afirma que:

basicamente, a doença é interpretada como um acontecimento psicológico e as pessoas são estimuladas a acreditar que elas adoecem porque (inconscientemente) querem adoecer, que podem curar-se pela mobilização da vontade, ou que podem escolher entre morrer e não morrer da doença (p. 73).

Entendendo que a psicanálise assume outra perspectiva, a de que entre a causa do padecimento e seus efeitos há uma hiância que não se pode dar conta (LACAN, 1998[1964], ANSERMET, 2013), propomos abordar, aqui, a definição de fenômeno psicossomático com prudência. Assumimos a proposta de fazer uma leitura a partir da psicanálise lacaniana sem prescindir dos efeitos positivos do avanço da ciência e da tecnologia para subsidiar o

diagnóstico e o tratamento das doenças. Se há uma lesão no corpo, é necessário que a medicina cumpra o seu papel buscando identificar os processos biológicos subjacentes e assim, minimizar o sofrimento do paciente (CASTELLANOS, 2009; GASPARD, 2012). À psicanálise cabe ofertar um suporte para o tratamento, viabilizando que o paciente elabore seu sofrimento pela palavra. Trazemos aqui o esquema proposto por Liart (2012, p. 67) na figura abaixo, que localiza o FPS na interface entre psicanálise e medicina:

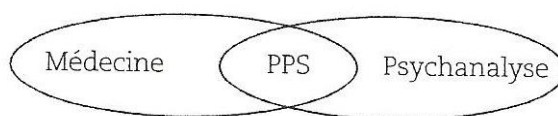


Figura 02

Na obra freudiana como já mencionamos, não há uma elaboração teórica em torno da noção de “psicossomática”. O termo que mais se aproxima deste é **complacência somática** (*somatisches Entgegenkommen*), utilizado por Freud (2007/1905) para falar da histeria de Dora, com essa expressão designando a “parte tomada pelo corpo no nascimento do sintoma histérico” (KALTENBECK, 2003, p. 57). Ou seja, é uma condição para a conversão. O sintoma histérico é uma forma de adoecimento que está articulada ao campo psíquico e possui uma relação com o passado do paciente, sendo que o fator sexual desempenha um papel preponderante. O fenômeno psicossomático, por outro lado, comporta uma lesão subjacente e não implica necessariamente em um enredo relacionado ao seu surgimento (MONRIBOT, 2008).

Em termos da concepção do FPS para a abordagem lacanianiana, as definições da teoria freudiana que mais se aproximam são as de neurose atual (FERRAZ, 2005) e neurose traumática. As neuroses traumáticas, conforme discutimos no capítulo anterior, indicam que um evento traumático é capaz de produzir uma neurose sem que haja necessariamente uma

relação direta com fatores sexuais do passado do paciente, como no caso de ex-combatentes de guerra (FREUD, 2007/1926). Assim como as neuroses atuais, nomeadas dessa forma porque se relacionam a um evento traumático recente na vida do paciente (FREUD, 2007/1916-1917).

Devemos precisar que a princípio Freud (2007/1898) diferenciou as *psiconeuroses*, que abarcavam a histeria e a neurose obsessiva²⁰, das *neuroses atuais*, categoria que envolve a neurose de angústia e a neurastenia. Enquanto as neuroses atuais possuem uma prevalência de fenômenos somáticos, as psiconeuroses estão relacionadas às experiências sexuais, que remontam à infância do paciente, e apresentam uma prevalência de sintomas psíquicos. O trecho da obra freudiana, citado abaixo, indica essa diferenciação:

Ahora tengo que llamarles la atención sobre la decisiva diferencia entre los síntomas de las neurosis actuales y los de las psiconeurosis, de cuyo primer grupo, el de las neurosis de transferencia, tanto nos hemos ocupado hasta aquí. En ambos casos los síntomas provienen de la libido y son, por tanto, aplicaciones anormales de ella, un sustituto de la satisfacción. Pero los síntomas de las neurosis actuales -la presión intracraneana, una sensación dolorosa, un estado de irritación en un órgano, el debilitamiento o la inhibición de una función- no tienen «sentido» alguno, carecen de significado psíquico. No sólo se exteriorizan predominantemente en el cuerpo (como lo hacen también, por ejemplo, los síntomas histéricos), sino que ellos mismos son procesos enteramente corporales, en cuya génesis faltan todos los complejos mecanismos anímicos de que hemos tomado conocimiento. Entonces, ellos son realmente lo que por tanto tiempo se creyó que eran los síntomas psiconeuróticos. (FREUD, 2007/ 1916-1917, p. 352).

A clínica freudiana demonstra que, além do fator temporalidade associado à causação das neuroses, enquanto nas psiconeuroses há a mediação do recalque na formação dos sintomas, nas neuroses atuais isso não ocorre, o que resulta em somatizações (FREUD, 2007/1916-

²⁰ Posteriormente as psiconeuroses foram denominadas como *neuroses de transferência*, por serem susceptíveis à transferência no percurso da análise.

1917). No caso da neurose de angústia, as principais somatizações ocorrem a partir da angústia: taquicardia, sudorese, uma expectativa angustiada, ataques de angústia e irritabilidade geral; diferentemente da neurastenia, caracterizada por uma fadiga intensa, sensações de dor, pressão intracraniana (FREUD, 2007/1886-1899; 2007/1916-1917). Apesar dessas particularidades, em ambos os casos, frente à impossibilidade de elaboração psíquica do evento traumático, a excitação não representada tem acesso livre ao plano somático, culminando na prevalência de manifestações no corpo (FREUD, 2007/1916-1917).

Apesar de não utilizar o termo *psicossomática* nesses casos, Freud (2007/1916-1917) indica que existem formas distintas de responder corporalmente frente a situações traumáticas. Enquanto alguns pacientes apresentam sintomas relacionados a conteúdos inconscientes recalçados, outros respondem principalmente com somatizações sem sentido, sem significado psíquico. Verifica-se que aqui, nestes últimos casos, há uma teorização distinta da doença como metáfora, tal como propunha Groddeck (2011) e uma semelhança com a concepção do FPS conforme a abordagem lacaniana, como discutiremos mais adiante.

Foi justamente nesse ponto da teoria freudiana que a Escola de Chicago, fundada por Franz Alexander e seus colaboradores na década de 30, a Escola Psicossomática de Paris, que tinha como principais teóricos Pierre Marty, Michel M'Uzan, Christian David e Michel Fain, e a Escola de Boston, ambas na década de 70, se apoiaram para construir uma teoria sobre a psicossomática (FERRAZ, 2005). Apesar de divergirem da proposta lacaniana, essas foram as principais abordagens responsáveis pelas teorizações sobre a psicossomática, sendo necessário citá-las. Vejamos brevemente algumas das contribuições desses autores.

Marty e M'Uzan (1983) formulam a hipótese de que há um modo de funcionamento específico nos casos dos pacientes ditos “psicossomáticos”. Eles sugerem uma quarta estrutura psíquica, além da psicose, da perversão e da neurose, que se caracteriza pelo *pensamento operatório*, definido como um pensamento empobrecido. Já Sifneos (1973), da Escola de Boston, utiliza-se do termo *alexitimia*²¹ para tentar circunscrever o que acontece nesses casos: uma dificuldade em descrever e sentir as emoções. Muitos autores deram seguimento a essas formulações e continuam produzindo trabalhos nessa direção.

Porém, em contrapartida, isso repercutiu em uma banalização do uso do termo psicossomática, o que promoveu uma confusão em torno da explicação de certas doenças que a medicina não encontrava respostas claras. Assim, foi se atribuindo uma causalidade psíquica a essas doenças em “un cajón de sastre en que cabe cualquier cosa: las causas más diversas, desde factores de personalidad a emociones, pasando por el estrés o determinado déficit de la personalidad” (GARCIA-ROMERO, p. 107). Ou seja, na ausência de uma explicação biológica sobre a etiologia de algumas doenças, o componente “emocional” acabou abarcando uma série de explicações (fatores de personalidade, estresse, emoções contidas) que tentam atribuir relações de causalidade, sem considerar a complexidade que envolve o adoecimento. Assumindo outra perspectiva, Lacan propõe abordar esses casos de outro modo. Vamos agora fazer um percurso discutindo suas contribuições em torno do tema.

²¹ Do grego *a* (sem), *lexis* (palavra), *thumus* (ânimo ou afetividade) (SILVA e CALDEIRA, 1992).

2.2 O FPS em Lacan

Com o seu ensino, Lacan (1953) propõe trazer à tona a discussão acerca do corpo afetado pela linguagem, estrutura fundamental do ser falante, entendendo as manifestações do corpo como acontecimentos relacionados à incidência do significante. No que se refere aos fenômenos psicossomáticos, o autor explica as lesões no corpo também a partir da relação com a linguagem. De acordo com Fux (2001):

Esta retificação na abordagem da psicossomática promovida por Lacan descarta, pois a psicologização, ou seja, não se trataria de efeito das manifestações afetivas ou das variações de humor nem resultado de modificações de temperamento ou carência de afeto e muito menos da prevalência da vontade ou de força espiritual (p. 21).

Lacan (1998 [1964]) aborda o FPS ao se referir a certas doenças psicossomáticas, elaborando uma teoria pelo viés do impacto da linguagem sobre o ser falante. Ele realiza colocações pontuais sobre o tema ao longo de seu ensino, o que por um lado dificulta um entendimento consensual de seus seguidores sobre o FPS, mas por outro, servem-nos de pistas para esclarecer o que está em jogo em pacientes com tais fenômenos. Sua primeira elaboração data de 1948, a partir da apresentação de um caso clínico de hipertensão arterial relacionada a uma tensão psíquica advinda de um estresse não específico, gerando uma lesão no rim (LACAN, 1948).

Chama atenção o fato de que, ao se referir à psicossomática, Lacan (1998[1955-1956]) não faz uso do termo sintoma, mas sim *fenômeno* termo também utilizado para definir as manifestações da psicose. No entender de Barreto (2001) trata-se de um “fenômeno porque acarreta algo de anormal, produz uma mudança na textura tecidual do corpo” (p. 32). Apesar de fazer um paralelo entre o FPS e a psicose, Lacan (1998[1955-1956]) não relaciona o FPS a

uma estrutura específica ou a uma quarta estrutura além da psicose, da neurose e da perversão. Podemos pensar o FPS como uma manifestação transestrutural que pode aparecer em qualquer uma das estruturas clínicas.

Outro ponto a esclarecer é que na abordagem lacaniana o FPS indica a descontinuidade entre o psíquico e o somático (BARRETO, 2001). Isto, distintamente da concepção da medicina psicossomática, que pressupõe uma abordagem holística, interacionista (MAC FADDEN, 2000). Para Almeida Filho (2000) a tentativa de conceber o homem de modo holístico, abarcando a relação entre todos os fatores implicados no adoecer, repercutiu em uma idealização quase transcendente em torno da noção de um ser fundamentalmente *biopsicossocial*, como se fosse possível considerar o homem como um ser completo.

Para a psicanálise lacaniana não há como pensar o homem como completo, pois ele é atravessado pela linguagem (LACAN, 1998 [1975]). E o FPS atesta justamente o lado mais radical da impossibilidade de uma harmonia com o corpo. Há uma separação entre sujeito e corpo no FPS que é similar ao que ocorre na psicose, apesar de haver particularidades em ambos os casos. Lacan (1998[1955-1956]) sugere a hipocondria²² como o ponto em comum entre ambos e afirma:

encontra-se aí sem dificuldade esse algo de particular que está no fundo tanto da relação psicótica como dos fenômenos psicossomáticos com os quais essa clínica se ocupou de modo todo especial, e que para ela são certamente a via de introdução à fenomenologia desse caso (p. 352).

Além das preocupações em torno do próprio corpo, característica da hipocondria, Lacan (1998[1955-1956]) afirma também que o FPS irrompe “sem dialética alguma, sem que nenhuma interpretação possa marcar sua correspondência com alguma coisa que seja do

²² Na hipocondria as preocupações em torno do próprio corpo assume a condição quase autônoma de reger a vida do paciente que sofre. A libido fica investida no corpo, ao invés dos objetos do mundo (FREUD, 2007/1914).

passado do sujeito” (p. 352), se apresentando diretamente no corpo. Conforme já abordado, isso é similar ao que Freud (2007/1916-1917) observou nos casos de neuroses atuais. Por isso Lacan (1998[1955-1956]) pontua que esses fenômenos são “estruturados de modo bem diferente do que se passa nas neuroses, a saber, onde há não sei que impressão ou inscrição direta de uma característica, e mesmo, em certos casos, de um conflito, no que se pode chamar de um quadro material que apresenta o sujeito enquanto ser corpóreo” (idem). Ou seja, a libido é investida no corpo.

Partindo da diferença entre ser um corpo e ter um corpo (LACAN, 2007[1975-1976]), podemos pensar que tanto as psicoses como os fenômenos psicossomáticos põem em jogo ser o corpo. Por outro lado, há particularidades: na psicose ser um corpo advém do corpo fragmentado que se impõe na alucinação e, no fenômeno psicossomático, das lesões que regem a vida do paciente.

Isso ocorre porque, nesses casos, há uma orfandade do Nome-do-Pai (NP)²³ que não está relacionada necessariamente a uma *foraclusão*, mecanismo que ocorre na psicose (LACAN, 1998 [1955-1956]), mas a um ponto onde frente ao encontro com o real não foi possível fazer uso do NP como um artifício (SZAPIRO, 2011). É preciso abrir parênteses aqui, pois se trata de uma inconsistência simbólica que na verdade é estrutural, está para todos, não se apresenta apenas na estrutura psicótica (MILLER, 2003a). Ao falar da *foraclusão* generalizada, que implica no aforismo de que *todos são delirantes*, Lacan (2012[1971-1972]) afirma que o Outro não existe, trata-se de um mito construído pelo neurótico. O NP advém como um

²³ Termo proposto por Lacan (1999[1957-1958]), a partir de Freud, ao formalizar a passagem pelo Édipo como responsável pela escolha estrutural do sujeito. A inscrição do Nome-do-Pai, advinda com a entrada de um terceiro (o pai), produzindo um corte na relação mãe-criança, tem por efeito a produção da significação fálica, permitindo ao sujeito inscrever-se na partilha dos sexos. O Nome-do-Pai é um ordenador (ESPINOZA, 2013) que permite ao sujeito ter um corpo. Posteriormente, Lacan (1992[1969-1970]) vai mais além do Édipo e pluraliza essa função, que pode materializar-se de diversas formas, considerando-a como um artifício construído em resposta à *foraclusão* generalizada (MILLER, 2003c).

artifício, uma suplência (LACAN 2007[1975-1976]), em resposta ao furo do encontro com a linguagem, acontecimento este traumático para o falasser.

Lacan (1973-1974) nomeia *troumatisme*²⁴ esse momento de encontro com a linguagem, caracterizado pelo choque do significante no corpo. Conforme abordamos no capítulo anterior, Lacan (2003[1975]) define como acontecimento de corpo esse impacto primeiro do significante no corpo, que se escreve como *alíngua*, “un eco del eco” (MILLER, 2003, p.372). Trata-se do enxame de significantes que ressoam no corpo, deixando marcas. Por um lado o significante vivifica o falasser produzindo gozo, mas por outro lado, também o mortifica, pois deixa marcas indelévels. Por isso, Lacan (1998 [1975]) diz que a linguagem é um “cancro” (p.11), um câncer que “implica, desde o início uma espécie de sensibilidade” (idem).

Concordamos com Stiglitz (2011) ao afirmar que o FPS é um laboratório para entender os efeitos do impacto do significante no corpo, pois se trata de um ponto de falha do simbólico que evidencia os impasses na incorporação da estrutura de linguagem. Esse fracasso do simbólico permite a inscrição de um gozo específico (LACAN, 1998[1975]), através de uma forma de escrita específica, distinta daquela do sintoma. Propomos discutir as particularidades da escrita do FPS e do sintoma, para entender as especificidades da abordagem na clínica em cada um deles, assumindo a definição de escrita como o efeito do significante no corpo que mais se aproxima do real (LACAN, 2003[1972]).

²⁴ Neologismo advindo do jogo de palavras em francês que condensa “trauma” e “furo” (*trou*).

2.3 As formas de escrita no corpo e o FPS

Lacan (1998) explica que há uma distinção entre o escrito e a fala e situa a psicanálise no “meio caminho” (p. 496) entre ambos. Ele prossegue dizendo que “o escrito distingue-se, com efeito, por uma prevalência do *texto*” (idem). É através da fala, instrumento essencial da prática psicanalítica, que é possível “ler o texto” representado no dizer do paciente (MILLER, 2011). Não se trata do enredo contado, dos ditos, mas do dizer que revela o que há de singular em cada caso. Para avançar nesse ponto, propomos discutir as diferenças entre a forma de escrita do sintoma e a escrita do FPS.

2.3.1 Sintoma e FPS

Conforme abordamos, quando Lacan (1985[1954-1955]) afirma que o FPS está fora das construções neuróticas, ele marca que há uma diferença fundamental em relação ao sintoma, modo de satisfação pulsional particular da neurose. Para Lacan (2003[1975]) o sintoma está referido ao acontecimento de corpo, já que, desde Freud (2007/1926), trata-se de uma satisfação substitutiva que advém em ligação com as primeiras marcas que abriram os caminhos para sua formação.

A partir de Lacan (2003[1975]) podemos pensar que o sintoma está relacionado a *alíngua*, acontecimento de corpo que funda a singularidade do falasser. O impacto do significante no corpo o afeta e produz sintomas, “pero solo en la medida en que el sujeto em cuestión sea apto para ler y descifrar estas marcas. Y es que finalmente esto tiende a reducirse a que el sujeto encuentre los acontecimientos con los que se trazan sus sintomas” (MILLER, 2003a p. 373).

A psicanálise nos ensina que o sintoma, enquanto formação do inconsciente, porta em si uma mensagem que tem o valor de verdade para o sujeito, revelando o que é da ordem do seu desejo, mas também de seu modo de gozo (BESSET et. al, 2010a). Ou seja, por um lado, está relacionado à cadeia significativa, na medida em que é uma metáfora. Assim, pode entrar na cadeia discursiva e a partir daí, ser simbolizado pela palavra, o que produz como efeito a redução do sofrimento em questão. Por outro lado, está relacionado a alíngua, na medida em que vem do real (LACAN, 2011[1974]), e assim, é satisfação, gozo. No seu último ensino Lacan (2011[1974]) afirma que:

o sentido do sintoma é o real, na medida em que ele se põe de través para impedir que as coisas caminhem, no sentido em que elas ganham a si mesmas de modo satisfatório – satisfatório pelo menos para o mestre, o que não quer dizer que o escravo sofra com isso de algum modo, longe disso (p. 18).

Outro ponto fundamental a ser destacado é que o sintoma está relacionado ao gozo fálico (J_ϕ), é “uma irrupção” (LACAN, 2011[1974], p. 31) desse modo de gozo localizado na interface entre simbólico e real, conforme podemos visualizar na figura a seguir:

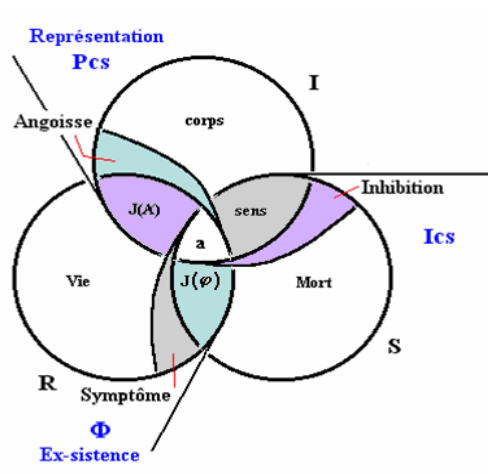


Figura 03

Lacan (2011[1974]) esclarece que o gozo fálico está fora do corpo, é “anômalo ao gozo do corpo” (p. 22). Isso quer dizer que o gozo fálico está calcado na fantasia ($\$ \diamond a$)²⁵, resultado da operação de separação, que permite que o falasser formule uma resposta sobre o que é no desejo do Outro e assim se constitua enquanto desejante. Aprofundaremos esse ponto mais adiante. O gozo fálico, na medida em que se relaciona ao simbólico, pode ser articulado ao campo da fala (LACAN, 2011[1974]). Assim como o sintoma, representável pela palavra em alguma medida. Por outro lado, a interface com o real indica que o sintoma não se reduz ao gozo fálico. Ou seja, há um núcleo do sintoma inacessível à palavra (MILLER, 2008a). É através da fala que é possível significantizar algo do real, isso é o que está no horizonte do tratamento psicanalítico (BESSET et. al, 2010a).

Lacan (2011[1974]) designa como *letra* a unidade significante elementar que remete ao real. Trata-se do núcleo irredutível do sintoma. O sintoma é justamente o envelope formal que recobre a letra, como uma pérola que se constitui em torno do grão de areia. Conforme indica Lacan (idem), a letra é escrita do real que está articulada a alíngua, “não existe letra sem lalíngua” (p. 25). O autor ainda a define como o “suporte material que o discurso concreto toma emprestado da linguagem” (Lacan, 1998, p. 498). O ciframento de gozo do sintoma se faz em torno da letra. Desse modo, a interpretação, para tocar a letra, “deve visar o essencial no jogo de palavras para não ser aquela que alimenta o sintoma com o sentido” (LACAN, 2011[1974], p. 25).

Em Lacan (1998, 2003[1972]), há uma relação entre letra e sintoma através de duas perspectivas: primeiro, o sintoma está relacionado à letra como um significante (S1) que se articula a outro significante (S2), produzindo um sentido. Trata-se da letra no nível simbólico,

²⁵ Lê-se S barrado punção de *a*. A grafia da punção (\diamond) remete justamente à alienação (*v*) e à separação (\wedge).

como o autor trabalha a princípio (LACAN, 1998). Posteriormente, Lacan (2003[1972]) concebe a letra mais próxima do real. Segundo Laurent (2013), “passa-se do sistema falante ao sintoma como escrita” (p. 03).

Já o fenômeno psicossomático não se relaciona à letra ou ao gozo fálico. De consistência diferente do sintoma, o FPS não pode se articular à cadeia significante (MONRIBOT, 2008). Trata-se de uma forma de escrita que é da ordem do número isolado, que não faz série (ARAMBURU, 1999), uma contagem absoluta de gozo em um ponto que não é possível se ligar ao discurso. Entendemos que isso está relacionado ao Um, ao gozo do corpo próprio, que passa ao largo do Outro (LACAN, 1985[1972-1973], MILLER, 2000). Não há 0, 1, 2 e assim sucessivamente. Há Um.

Por comportar essa forma de escrita, o FPS se produz de forma distinta do sintoma: “uma vez que o mecanismo foi detonado, ele se repete em impulsos periódicos, como pulsações de gozo” (VALAS, 2004, p. 120). Além disso, enquanto no sintoma histérico não há uma lesão subjacente, no fenômeno psicossomático há um substrato orgânico, uma lesão, é como se houvesse um curto-circuito no processo de subjetivação que fere o corpo (MONRIBOT, 2008).

Isso ocorre porque o FPS não está referido ao simbólico como o sintoma. Como o campo simbólico fracassa em fazer barreira ao gozo, advém uma lesão sem que haja possibilidade de mediação pelo campo psíquico (QUEIROZ, 2008). Se o sintoma é uma resposta do falasser ao desejo do Outro, as lesões psicossomáticas se produzem para além da subjetividade, no corpo condicionado e sem defesa (VALAS, 2004). Dito de outro modo, se o sintoma envolve uma resposta do falasser em torno da pergunta sobre quem ele é no desejo do Outro, a lesão

psicossomática é um fenômeno que comporta um gozo *petrificado* e não implica a formulação de uma pergunta subjetiva (RIGLOS, RACIOPPI, STARÓPOLI, 2005).

Remetemos aqui a formulação dessa pergunta ao momento da constituição do falasser. Para Myssior (2010), o FPS leva a supor que um evento traumático “tenha ocorrido muito precocemente, talvez no tempo da constituição do narcisismo” (p.77). Isso implica na fixação da libido no corpo, por isso Lacan (1998 [1955-1956]) faz referência à hipocondria. Segundo Fux (2001), na psicossomática parece “que a libido se torna corporificada sob a forma do adoecimento do órgão: a lesão seria a libido corporificada. O órgão *escolhido* para adoecer parece ganhar valor de significante e adquire uma função erógena” (p. 24).

Fazendo uma referência ao ato na clínica, Ansermet (2003) sugere que, enquanto o sintoma é da ordem do acting out, o FPS “está mais próximo da passagem ao ato” (p. 174). O sintoma de conversão, por exemplo, teria uma função de apelo ao Outro, uma resposta atuada sem que se saiba ao certo porque isso ocorre. A passagem ao ato, em contrapartida, não se dirige a ninguém (LACAN, 2005 [1962-1963]). O ato no corpo toma o lugar da elaboração mental.

McDougall (1983) também aproxima o fenômeno psicossomático do ato: “essa explosão no corpo, que não é nem uma comunicação (neurótica), nem uma restituição (psicótica), tem uma função de ato, de descarga, que provoca um curto-circuito no trabalho psíquico” (p. 134). Além disso, indica que há uma semelhança, pelo fato de corresponder ao ato, às patologias que nomeia como *atos-sintomas*, como a toxicomania e a bulimia, por exemplo: “descobrimos nesses casos uma carência da elaboração psíquica e uma falha na simbolização, as quais são compensadas por um agir de caráter compulsivo, procurando desta forma reduzir a intensidade da dor psíquica pelo caminho mais curto” (idem). Ou seja, na somatização o

corpo não fala, age. Isso foi o que Freud (2007/1916-1917) também percebeu ao falar das neuroses atuais, o que não pode ser dito é diretamente somatizado. Com Lacan entendemos o seguinte: o que não é simbolizado retorna ao real do corpo.

Besset et al. (2009), corroborando com Miller (1997), indicam que nesses casos em que o sintoma não “entra na conversa” e não faz laço com o Outro estamos diante de *sintomas mudos*. “Trata-se de sintomas que se apresentam no corpo nos quais a vertente da satisfação se destaca, ao mesmo tempo em que o apelo ao Outro parece ausente” (BESSET et. al, 2009, p. 153). São sintomas definidos como mudos porque não se oferecem ao sentido, trata-se de um gozo sob a forma de silêncio pulsional mais radical, o que se apresenta na clínica como um desafio à psicanálise, que tem a fala como sua principal ferramenta. Sugerimos, a partir da concepção de sintomas mudos, que estamos frente a corpos que se calam, corpos que se encerram no silêncio, sendo difícil a esses pacientes fazerem uso da palavra como meio de representar o sofrimento.

Podemos pensar aqui que há um ponto de aproximação entre os sintomas mudos (MILLER, 1997; BESSET et. al, 2009), como as dores crônicas, e o fenômeno psicossomático, na medida em que não se oferecem à interpretação. O FPS, assim como os sintomas mudos, é uma resposta que se apresenta no corpo, diferentemente do sintoma, que “entra na conversa” por representar um sofrimento articulável através da fala (Freud, 2007/1893-1895). As discussões sobre as particularidades desses fenômenos e das dores crônicas nas reuniões do CLINP conduziram-nos a pensar nos pontos em comum e nas diferenças entre essas manifestações. Por um lado, apresentam-se em corpos que se calam, estão aquém do sintoma. Por outro, se no FPS há uma lesão observável, nas dores crônicas não há lesões que justifiquem em termos orgânicos a intensidade do sofrimento relatado pelos pacientes.

Diferentemente dessas manifestações, no sintoma é possível entrar em jogo a *articulação* de um significante que remete a outro significante (S1-S2), o que permite que o falasser construa um saber sobre seu sofrimento. No intervalo entre os significantes é possível que o sujeito emerja²⁶. Abordando aqui especificamente o FPS, Lacan (1998[1964]) indica que nesse caso não está em jogo uma articulação, mas uma *indução significante*.

Lacan (1998[1964]) utiliza-se dessa noção para explicar o mecanismo operante nas lesões psicossomáticas. Nesse momento faz referência ao termo *Vorstellungrepräsentanz*, traduzido como representante da representação, e à função do Outro nas operações de alienação e separação. O autor menciona a psicossomática nesse contexto, afirmando que: “são coisas, em aparência, muito afastadas de nosso domínio” (p. 215). Em seguida, pontua:

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 (Lacan, 1998 [1964], p. 215).

Mas o que isso quer dizer? Lacan (1998 [1964]) refere-se justamente à psicossomática ao comentar que não há afânise, o desaparecimento do sujeito, denominado em outro momento como *fading* do sujeito. O que está em jogo não é uma articulação significante, um significante que remete a outro significante (S1-S2), pois não há um intervalo na cadeia discursiva. Se não há intervalo, não há afânise e o sujeito não pode advir. Por conseguinte, não há dialética do desejo. Destacamos a referência ao sujeito, marcado pela falta e evanescente, pois emerge na hiância da cadeia discursiva. Segundo Miller (2003), o sujeito é

²⁶ Referimos aqui o termo sujeito, utilizado por Lacan (1998[1964]) nesse momento do seu ensino, em lugar do falasser, que utiliza com o avançar da teoria.

produzido pelo significante, “que es de logica pura. Y en este sentido, lo que Lacan lhama el sujeto se mantiene perfectamente fuera del cuerpo, fuera de la vida, sin lo cual la práctica de ler no tendría sentido” (p. 376).

A constituição do sujeito ocorre a partir do campo do Outro via operações de alienação e separação (LACAN, 1998[1964]). A alienação consiste no véu que leva o sujeito a aparecer, por um lado, como sentido produzido pelo significante que captura do Outro e por outro, como afânise, já que este significante não diz tudo sobre o seu ser (idem). A alienação envolve então uma escolha forçada: ao mesmo tempo em que se garante sua essência, o sujeito fica eclipsado pelo desaparecimento. Lacan (1998[1964]) exemplificou esse dilema traduzido na seguinte expressão: a bolsa ou a vida! “Se escolho a bolsa, perco as duas e a vida sem a bolsa, é uma vida decepada” (p.201). Já a operação de separação, esta é o que permite ao sujeito encontrar uma resposta sobre quem é no desejo do Outro e obter como resultado a fantasia fundamental ($\$ \diamond a$), o suporte que permite que saia do lugar de objeto do Outro, instaurando-se assim a dialética do desejo. Para Lacan (1998[1964]), esse desejo não é representativo da necessidade, pois pressupõe a falta.

No FPS, o autor afirma que é na medida em que uma necessidade venha estar implicada na função de desejo que esses casos podem ser concebidos. O sujeito não se apresenta como ser de falta, o desejo não está em causa, é antes a necessidade que ocupa esse lugar, por *indução significante*. Isso é mais fácil de ser entendido em relação ao que ocorre com os animais domesticados, que Lacan (2003/1973) nomeia como animais *d’hommetiques*²⁷ justamente por sofrerem a influência da presença humana, da presença da linguagem.

²⁷ Homofonia que no francês remete a domésticos e homem (homme).

Desse modo, podemos apreender que, mesmo o animal estando submetido apenas aos registros real e imaginário, quando domesticado sofre efeitos da linguagem, podendo advir um fenômeno psicossomático. Não é incomum nas clínicas veterinárias os clientes atribuírem patologias humanas e sentimentos aos seus bichos de estimação que adoecem. Podemos pensar esse fenômeno justamente como resultante de uma patologia do significante. Segundo Valas (2004), “a lesão fica profundamente enraizada no imaginário, uma vez que é o imaginário que dá consistência ao real do corpo” (p. 120).

Para exemplificar esse ponto Lacan (1998 [1964]) utiliza-se da experiência pavloviana, que envolve o condicionamento a partir do registro da necessidade de fome. Nesse caso, o experimentador funciona como o Outro, produzindo reflexos condicionados. Entretanto, por se tratar de um animal não falante, a percepção nada tem de representação. O sujeito em questão é apenas o experimentador. O experimento se passa da seguinte maneira: o experimentador faz um cachorro ouvir o som de uma corneta ao mesmo tempo em que lhe oferece o que comer. Repete varias vezes até obter o condicionamento. A partir daí, quando toca a corneta, mesmo sem oferecer alimento, verifica que o cachorro produz secreções gástricas, podendo provocar uma úlcera no animal (VALAS, 2004).

O significante introduzido pelo experimentador (som) se traduz em uma espécie de equivalência à oferta do alimento e, por indução, associa-se esse significante a um ciclo de necessidades interrompidas. Os comandos do Outro produzem “por indução significante uma lesão corporal” (VALAS, 2004, p. 120). Trazendo para a clínica, os imperativos do Outro podem “induzir a uma lesão corporal quando se interfere numa necessidade fundamental e o sujeito não consegue mais se defender contra a injunção do Outro” (idem).

De acordo com Doguet-Dziomba (2008), nesses casos: “o sujeito cessa de ser representado, sua desapareção falta, e estamos em presença não mais de uma articulação significativa, mas de um significante único não articulado, um S1 absoluto” (p. 131). O efeito psicossomático advém, portanto, quando não há um intervalo entre S1 e S2, quando estes se solidificam, se holofraseiam. Se não há intervalo, não há afânise. O S1 absoluto, que não se remete a um S2, é justamente uma *holófrase*, escrita que se impõe no FPS (MILLER, 2003b). Vejamos as particularidades dessa forma de escrita.

2.3.2 Holófrase, escrita ilegível?

A holófrase é um termo fundamental para entender o que ocorre no fenômeno psicossomático, podemos pensá-la como uma escrita que imprime uma marca no corpo. Trata-se de um congelamento de significantes (MONRIBOT, 2008) que se impõe ao falasser e que se apresenta também na psicose e na debilidade: “quando não há um intervalo entre S1 e S2, quando a primeira dupla de significantes se solidifica, se holofraseia, temos o modelo de toda uma série de casos – ainda que, em cada um, o sujeito não ocupe o mesmo lugar” (LACAN, 1998[1964], p. 225). No caso da psicose, “essa solidez, esse apanhar a cadeia significativa primitiva em massa, é o que proíbe a abertura dialética que se manifesta no fenômeno da crença” (idem). No caso da debilidade, a criança fica assujeitada ao Outro, há uma rigidez imposta pela holófrase. Já no FPS, a holófrase se impõe sob a forma de uma lesão.

A holófrase é um modo de escrita que produz uma marca no corpo e, por não se articular ao discurso, é ilegível, como um *hieróglifo* (Lacan, 1998 [1975]). “Tudo se passa como se algo estivesse escrito no corpo, alguma coisa que se oferece como enigma. Não é de algum modo surpreendente que tenhamos esse sentimento como analistas” (p. 13-14). Entretanto, “há algo

para ser ler, diante do qual, frequentemente boiamos” (p. 14). O autor então aproxima essa forma de escrita hieroglífica à ordem do número, uma linguagem distinta da linguagem alfabética e que está mais próxima ainda do real.

Mas o que Lacan (1998[1975]) tenta nos transmitir com isso? O hieróglifo se define como uma escrita enigmática da civilização antiga (HOLANDA, 1988), de difícil decifração, remetendo à ordem do impossível da leitura, e, conseqüentemente, de sua tradução. Trata-se do impossível que remete ao real, o que Lacan (1998[1975]) refere também como uma cifragem que está do lado do número. No FPS estamos diante de uma contagem absoluta do gozo em um ponto, escrito no corpo como um número que não faz série (ARAMBURU, 1999) e que não é da ordem do signo, mas da assinatura (MILLER, 2003b).

Miller (2003b) sublinha que o FPS contorna a estrutura de linguagem e que Lacan o explica por uma série de analogias: hieróglifo, marca, assinatura, número, que tentam significantizar o que é da ordem do real. Não poder dizer de forma precisa sobre o que é o fenômeno psicossomático indica que *há um valor de real* no FPS. Real e imaginário estão em jogo, o que envolve o corpo em questão (LACAN, 1998[1975]). Algo ou alguma coisa que remete a uma ausência de representação. Trata-se de Um corpo, como Lacan (1985[1972-1973]) trabalha no final do seu ensino, do gozo do Um, referido ao corpo próprio. Podemos pensar que o corpo do FPS se apresenta como uma *Pedra de Roseta*.

A Pedra de Roseta é um pedaço de um monumento do Egito Antigo similar a uma pedra, encontrada durante escavações na cidade de Roseta, localizada ao norte do Egito, e atualmente exposta no Museu Britânico em Londres (EVES, 1995). Nela consta uma escrita hieroglífica que foi fundamental para a decifração dos hieróglifos egípcios. Foi Jean-François

Champollion, em 1822, o responsável por essa tradução, o que favoreceu o entendimento dos demais escritos egípcios (idem). É curioso destacar que a escrita hieroglífica podia ser escrita em linhas ou colunas, em qualquer direção. Para identificar a direção de leitura de um determinado texto, deve-se analisar para onde os sinais estão voltados (EVES, 1995). Conforme indica Freud (2007/1939), o hieróglifo, que era composto por sinais que representavam objetos e sinais que remetiam a sons, é uma forma de escrita primitiva que remonta os primórdios da invenção do alfabeto.

Corroborando com Freud, Lacan (1962, Lição VII) indica que o hieróglifo egípcio refere-se a um tipo a leitura que é da ordem do signo e que aparece antes do uso da escrita alfabética. Trata-se de uma forma escrita que ilustra de forma radical que o “valor de significante da imagem nada tem a ver com sua significação” (LACAN, 1998, p. 514). A coruja, na língua egípcia antiga, por exemplo, representava a letra *m*. Assim, diferentemente da letra, que remete à escrita alfabética, no FPS estamos frente a um modo de escrita mais arcaico, da ordem do hieróglifo ou da ordem numérica, da contagem absoluta (LACAN, 1998[1975]).

Podemos pensar que o corpo, no fenômeno psicossomático, é como uma Pedra de Roseta, cuja forma de escrita fundamental é um hieróglifo, uma holófrase. No FPS trata-se de uma forma de se embarçar com o corpo que nos remete ao poema de Carlos Drummond de Andrade (1928), à pedra no meio do caminho:

No meio do caminho tinha uma pedra
Tinha uma pedra no meio do caminho
Tinha uma pedra
No meio do caminho tinha uma pedra.
Nunca me esquecerei desse acontecimento
Na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
Tinha uma pedra
Tinha uma pedra no meio do caminho

No meio do caminho tinha uma pedra (p. 01).

A pedra no meio do caminho pode ser lida como a fixação (*Fixierung*) de gozo que comporta a lesão no FPS (LACAN, 1998[1975]) e que não deixa de lembrar ao falasser que ele é um corpo. Miller (2004) comenta a relação entre a pedra e a dor ao dizer que esta última petrifica o falasser, que fica paralisado, impedido de seguir sua vida adiante. É o que ocorre também com os pacientes que são regidos por fenômenos psicossomáticos, que ficam submetidos a um modo de gozo petrificado na lesão. Nesse sentido, destacamos o trecho que Miller (2004) afirma que Lacan:

introduz o reino da pedra pela dor (...). A dor é o que o ser vivo evita à condição de que possa se mover, e ele não pode se mover quando a dor vem do interior. Lá, ele está como que petrificado. É a razão pela qual Lacan indica que, o ser que não tem a possibilidade de se mover, sugere-nos a presença de uma dor petrificada. Com efeito, em oposição ao corpo vivo, encontramos a pedra e o reino da pedra (p.34).

Ao falar de holófrase Lacan (1998[1964]) faz referência justamente ao congelamento significativo, que podemos entender como uma petrificação. Se em um primeiro momento ele indica que a holófrase é o conceito fundamental para entender o que ocorre no FPS, no último ensino refere-se ao número, ao hieróglifo, para ratificar que se trata de uma escrita que não implica em uma articulação significativa (LACAN, 1998[1975]). Destacamos nesse ponto a alusão ao número que não faz série (ARAMBURU, 1999), de ordem distinta da letra, tal qual ocorre no sintoma. Enquanto a letra é um fragmento da língua possível de se articular ao discurso em alguma medida, o número, por se tratar da ordem de uma contagem absoluta, de uma escrita não alfabética, seria possível passar ao discurso? Haveria aqui uma barreira que inviabilizaria o tratamento psicanalítico? Ou estaríamos, nesse ponto do número que não faz série, frente ao irreduzível do gozo que se apresenta também na letra do sintoma?

Se na sequência ao falar de número Lacan (1998[1975]) fala de hieróglifo, isso indica-nos que essa forma de escrita pode ser lida se for tomada pelo analista como a Pedra de Roseta para Champollion, como um enigma a ser decifrado, lido na cadeia discursiva do paciente. A lesão, como uma indução significativa, nos conduz, assim como sugere Fux (2001), à suposição de que o FPS “seja vulnerável aos efeitos da fala e permeável a psicanálise. Assim sendo, por efeito do dispositivo analítico, elas (as lesões) seriam reversíveis ou controláveis pela incidência que o simbólico exerce sobre a inércia da libido” (p. 22). Desse modo, a ordem da ilegibilidade da holófrase pode ser, sob transferência, convertida em uma possibilidade de tradução (GARCÍA-ROMERO, 2013), tema este do nosso próximo capítulo.

Consideramos fundamental pensar o FPS a partir do último ensino de Lacan, haja vista que se trata de uma forma de sofrimento no corpo mais próxima do real (MILLER, 2003b). Lacan (1974-1975) se apoiou na topologia dos nós para buscar respostas sobre como escrever a clínica, o que favorece o entendimento acerca de manifestações tais como o FPS. Sendo assim, propomos, à guisa de introdução, abordar uma discussão em torno desse ponto.

2.4 Uma introdução à topologia dos nós a partir do FPS

Conforme abordamos no capítulo anterior, Lacan (1953) considerou a existência de três registros que fazem parte da dimensão da experiência humana: o real, o simbólico e o imaginário. Esses registros, que possuem a consistência tórica (LACAN, 1976-1977), são artifícios que nos ajudam a escrever como se organiza cada caso. Sugerimos aqui, a partir de algumas referências de Lacan sobre FPS e seus comentadores, pensar como se enlaçam os registros nessa manifestação em particular.

Primeiramente Lacan (1985[1954-1955]) afirma que no fenômeno psicossomático “não se trata de uma relação ao objeto, mas de uma relação a algo que está no limite das nossas elaborações - o real” (p. 123). Nesses casos o real se impõe como uma ferida no corpo frente ao fracasso do simbólico em fazer barreira. Temos aqui uma primeira pista de que o real está em jogo, há um valor de real no FPS (MILLER, 2003b). Em outro momento, Lacan (2008[1975]) indica que “o psicossomático é algo que, de todo modo, no seu fundamento, está profundamente arraigado no imaginário” (p. 14). Assim, o imaginário também está em jogo. Trata-se de um fenômeno de borda (MYSSIOR, 2010), situado no limite entre esses dois registros. O simbólico, entretanto, não está em questão (ARAMBURU, 1999). É justamente quando a dimensão simbólica não entra em cena diante de um evento traumático que pode surgir um FPS.

Podemos localizar o FPS então entre imaginário (I) e real (R), há um enlaçamento do I ao R por meio da lesão, como indica Monribot (2008). Concordamos com Aramburu (1999) quando afirma que “en el FPS lo imaginário e lo real están encadenados, sobremontados (...) lo que queda libre es lo simbólico” (p. 176). É como se o registro imaginário continuasse no registro real, deixando livre o simbólico.

Utilizaremos também como referência a alusão que Lacan (2011[1974]) faz à inibição, ao sintoma e à angústia na escrita dos nós. Conforme podemos visualizar na Figura 03, a angústia se localiza no ponto de intrusão do real no imaginário, é um sinal do real que afeta o corpo. Entretanto, é necessário estabelecer as diferenças entre FPS e angústia (MONRIBOT, 2008), já que o FPS se localiza justamente no ponto de intersecção entre imaginário e real.

A angústia é um conceito que, desde Freud, sofreu muitas alterações com o avançar da teoria, conforme indicamos no capítulo anterior. Podemos dizer que isso também ocorreu com Lacan, que nos fornece distintas definições, apesar de não serem concepções que deixam cair por terra o que foi considerado antes, mas se complementam e tentam apontar os momentos de surgimento da angústia.

Lacan (2005[1962-1963]) afirma que a angústia *não é sem* objeto, pois surge diante de algo. Podemos depreender daí que a angústia advém do encontro com o algo que é da ordem do real, sendo que o falasser está implicado aí. Diferentemente do medo, na angústia:

o sujeito é premido, afetado, implicado no mais íntimo de si mesmo. (..) Lembrei, a esse respeito, a estreita relação da angústia com esse aparelho que chamamos de defesa, e, nesse caminho, tornei a apontar que é justamente do lado do real, numa primeira aproximação, que temos de procurar, da angústia, *aquilo que não engana* (LACAN, 2005[1962-1963], p. 191, grifo nosso).

Nesse ponto destacamos que esse algo que é da ordem do real que Lacan (2005 [1962-1963]) refere é o objeto *a*. A angústia é sinal de certos momentos da relação do sujeito com esse objeto e, por isso, é um sinal para o analista. Ele afirma, ainda, que é pelo viés da angústia que se pode falar do objeto, na medida em que ela é a sua única “tradução subjetiva”.

No seminário dedicado à angústia, Lacan (2005[1962-1963]) aborda diversos momentos de surgimento da angústia. Retomando o texto *Inhibición, síntoma y angustia*, esclarece que “o primeiro momento de angústia, que a experiência analítica abordou pouco a pouco em torno do trauma de nascimento, esta observação nos permite acentuá-lo e articulá-lo melhor do que aquilo que, no começo, foi grosseiramente abordado sob a forma da frustração” (p. 340). Após esse primeiro momento de aspiração de um meio intrinsecamente Outro, há um segundo, relacionado ao desmame:

o momento mais decisivo na angústia de que se trata, a angústia do desmame, não é propriamente que, nesse momento, o seio faça falta à necessidade do sujeito, mas antes que a criança pequena cede o seio a que está apensa como se fosse uma parte dela mesma (idem, p. 340).

A angústia surge então entre o gozo e o desejo – a criança sai da condição de *infans*, precisa abrir mão da condição exclusiva de *substância gozante*, se podemos falar assim, para perder gozo e se separar do Outro, o que tem como consequência a queda do objeto *a* e o surgimento do campo do desejo (LACAN, 1998[1964]). Para Lacan (2005 [1962-1963]) a angústia “revivifica toda a dialética do desejo (...) cada etapa da estruturação do desejo, devemos situar o que chamarei de ponto de angústia” (p. 252-253). A angústia, aí, surge pelo fato de a criança não saber o que é no desejo do Outro. A fantasia que advém como resposta à pergunta *Que vuoi?* se configura como uma espécie de amparo, de suporte do desejo e é a janela que permite ao falasser enxergar a realidade.

Voltando à série inibição, sintoma e angústia proposta por Freud (2007/1926), Miller (2008a) indica que esta é uma série de travas do funcionamento, como abordamos no capítulo anterior. A inibição é uma “trava” que está relacionada à locomoção (entre imaginário e simbólico, uma nomeação imaginária), a angústia relacionada intimamente com o corpo (invasão do real no imaginário, uma nomeação real) e o sintoma, com o campo simbólico (entre simbólico e real, uma nomeação simbólica). Podemos pensar então inibição, sintoma e angústia como defesas, soluções, frente ao impossível de ser representado?

Considerando que, no caso da angústia, já há uma espécie de defesa frente ao real, é preciso demarcar então a diferença em relação ao FPS. De acordo com Monribot (2008) existe uma tendência a explicar que o estresse como resposta a eventos estressores é a causa o

adoecimento nos casos de pessoas que apresentam lesões psicossomáticas. Entretanto, nesses casos ocorre exatamente o contrário: o FPS surge quando justamente não é possível se angustiar (idem). Ou seja, não é uma angústia excessiva que causa um problema somático, mas a ausência da possibilidade de angústia, já que a angústia surgiria justamente como uma defesa contra o real.

Assim, se a angústia está no intermédio entre gozo e desejo, o FPS é uma manifestação que está aquém da angústia. Há apenas gozo, um gozo em seu silêncio pulsional mais radical. Isso é o que podemos perceber na clínica com pacientes que apresentam tais fenômenos. Muitas vezes eles procuram o analista pela indicação do médico, que supõe que há algo relacionado ao fator “emocional” que não vai bem (FUX, 2001). Outras vezes são pacientes que chegam ao analista por outros motivos e de repente, *voilà*, quase que de modo indiferente falam de um fenômeno psicossomático que estava ali há anos. São casos que requerem uma atenção especial e prudência por parte do analista (MONRIBOT, 2008) e que devem, como já é de práxis da psicanálise, ser tratados um a um. Trazendo essas observações a partir de nossa experiência, é preciso ter cautela e entender a que serve o FPS. Se há desejo do analista e a aposta também do lado do paciente é possível caminhar em direção a um tratamento.

Mas como passar do hieróglifo no deserto, do gozo do Um, à possibilidade de tratamento pela palavra? Para Lacan (1998[1975]), a direção do tratamento está em viabilizar a representação desse gozo específico do FPS. A partir da segunda clínica lacaniana, podemos considerar o fenômeno psicossomático como uma manifestação no corpo passível de ser abordado dentro de uma práxis, a psicanálise, tendo em vista um direcionamento ao real. Dessa forma, só a partir da clínica é possível tentar circunscrever uma teoria sobre o que está em jogo na eclosão do FPS em cada caso.

Ressaltamos a importância de considerar o estatuto do corpo no fenômeno psicossomático partindo da clínica, considerando que foi pela clínica com as pacientes histéricas que o paradigma científico de que o sintoma é meramente orgânico foi subvertido pela psicanálise (BESSET et. al, 2009). Desse modo, abordaremos no próximo capítulo dois relatos de passe em que aparecem fenômenos psicossomáticos, o primeiro, um caso em que há a irrupção de um lúpus eritematoso sistêmico e o segundo, de uma rinite alérgica. Além disso, discutiremos duas vinhetas clínicas de pacientes que apresentavam psoríase, um caso em que a doença se manifesta em uma estrutura neurótica e o outro, em uma estrutura psicótica.

CAPÍTULO III

Do hieróglifo no deserto à arqueologia sob transferência

“Parece que o horror diz: silêncio!”.

Victor Hugo (2012/1966)

Abordamos, no capítulo anterior, as particularidades do fenômeno psicossomático e o desafio que se impõe à psicanálise, que tem a fala como sua principal ferramenta, já que o FPS é como um hieróglifo, uma forma de escrita que não se articula ao discurso. Ou seja, não quer dizer nada para ninguém, não produz sentido, diferentemente do sintoma, que “entra na conversa” (FREUD, 2007/1893-1895, BESSET et. al, 2010a). Conforme afirma García-Romero (2013): “la escritura del fenómeno no está hecha para ser leída, es una escritura real, del orden del número, de la que lo simbólico queda excluido” (p. 198).

Assim, retomamos aqui nosso problema de pesquisa: se o FPS não pode ser lido, qual o fazer da psicanálise quando se depara com essa manifestação silenciosa? Qual o tratamento possível? Se há um impossível da leitura que remete ao real, caberia à psicanálise tratar esses casos? Considerando que o ensino lacaniano nos convida a não recuar frente às psicoses (LACAN, 1998[1955-1956]), entendemos que não devemos recuar também quando estamos diante de pacientes que apresentam fenômenos psicossomáticos. Assim, propomo-nos a discutir, no presente capítulo, como conceber a direção do tratamento nesses casos.

Retomando o que já abordamos anteriormente, é no momento em que se esgotam os recursos terapêuticos que o médico conclui que “aquela” doença é de “fundo emocional” (FUX, 2001, p. 23) e encaminha o paciente que está sofrendo para um tratamento psicanalítico. No entanto, para que se instaure um tratamento, é preciso que aquele que chega demande uma resposta ao psicanalista sobre o que lhe ocorre, supondo-lhe um saber. Destacamos que o sofrimento não

está necessariamente relacionado à lesão, mas principalmente ao contexto que leva o paciente a responder com um adoecimento no corpo. Assim, os princípios norteadores da clínica psicanalítica não são diferentes para esses casos. É através da fala, tendo em vista as intervenções sob transferência, que o tratamento é possível.

Porém, como se trata de um fenômeno que está na interface entre medicina e psicanálise, é imprescindível uma abordagem interdisciplinar. Segundo Fux (2001), a clínica do FPS “nos exige bastante reserva e prudência, pois não pode prescindir de um intercâmbio ou assistência multidisciplinar” (p. 26). É fundamental o diálogo com outros profissionais, já que a lesão também precisa ser tratada pelo médico e/ou por outros especialistas, quando necessário. Entretanto, para a psicanálise, são os significantes singulares que se destacam na fala do paciente e a escuta do relato do drama pessoal que devem prevalecer. É preciso ter cautela até que se tenha clareza a que serve o FPS na vida de cada um e o tratamento possível em cada caso, partindo do diagnóstico diferencial nas entrevistas preliminares. Como indica Fux (2001), “ele poderá se recusar a modificar a modalidade de gozo na qual está aprisionado, pois talvez acredite ser esta a única à qual tem direito” (p. 26). Ou então, nos casos de psicose, por exemplo, o FPS pode funcionar como um artifício que cumpre uma função de estabilização.

Verificamos que há diferenças entre a forma de escrita do sintoma, que é de ordem alfabética e implica uma forma de gozo irreduzível, que possui valor de letra, (LACAN, 1998[1975], MONRIBOT, 2008) e o FPS. Este está do lado da escrita hieroglífica, com um modo de gozo que imprime uma marca no corpo, da ordem do número que não faz série. Se foi possível a Champollion decodificar o hieróglifo na Pedra de Roseta, seria possível ao analista ler e decifrar a escrita que se impõe no fenômeno psicossomático?

Lembramos que, para se ler a escrita hieroglífica, era necessário fazê-lo de diversos modos, identificando a direção para onde os sinais estavam voltados, os símbolos que representavam letras e os símbolos que representavam números. Sublinhamos que esse trabalho de leitura é fundamental ao analista, que deve saber ler os significantes que aparecem na fala do paciente (MILLER, 2011) e intervir a partir daí. Ou seja, identificar o dizer que ressoa no que é dito, os significantes que remetem à singularidade do falasser.

Se, por um lado, o tratamento de pacientes com fenômenos psicossomáticos não foge aos princípios que norteiam a psicanálise, que opera através da fala e sob transferência, por outro lado, percebemos algumas particularidades nesses casos. Enquanto o quantum de gozo do sintoma pode ser reduzido “em uma análise linguageira, por ser ele mesmo estruturado como uma linguagem” (Lacan, 1998 [1953] p. 270), verifica-se que isso não é o que ocorre quando estamos diante de pacientes que apresentam essas outras manifestações. No sintoma, o inconsciente está em causa (GARCÍA-ROMERO, 2013). Já o FPS é testemunho do fracasso do inconsciente para cifrar um gozo que se inscreve diretamente no corpo, lesionando-o. Só estão em jogo o gozo e o corpo. Ressaltamos, aqui, que esse fracasso remete apenas ao ponto onde há a lesão.

Para Lacan (2008[1975]) é “pela revelação do gozo específico que há na sua fixação, que sempre é preciso visar abordar o psicossomático. É nisso que podemos esperar que o inconsciente, a invenção do inconsciente, possa servir para alguma coisa. É na medida em que esperamos dar-lhe o sentido do que se trata” (p. 14). Se esse gozo específico se localiza no corpo, é preciso intervir para produzir mutações no gozo, permitindo que a libido fixada no órgão seja redirecionada a outros objetos. É por meio da invenção do inconsciente sob transferência que é possível fazer essa passagem.

Partindo da experiência com pacientes com fenômenos psicossomáticos, Szapiro (2011) indica que, se nas entrevistas preliminares há uma pobreza na produção de formações do inconsciente, com a entrada em análise há uma mutação que permite a instauração do inconsciente:

a partir de la entrada en análisis (que en muchos casos coincidió com la remisión del fenómeno) se han producido manifestaciones de formaciones del inconsciente y como efecto de la cura un descongelamiento del goce en juego en la fijación del fenómeno psicossomático produciéndose así, un cambio en la modalidad de goce pulsional (p. 147).

As entrevistas preliminares se configuram como o momento de se estabelecer a transferência para que, a partir daí o tratamento seja possível. No decorrer da análise, é preciso investigar os ditos que se impõem em cada caso, ou, quem sabe, chegar até a holófrase que produziu a lesão. Isso, na verdade, é o que Freud (2007/1905[1904]) já em sua época, indicava, ao dizer que o fazer do analista é semelhante ao fazer do artista na escultura, ao falar do tratamento psicanalítico. Ele se utiliza dessa metáfora apoiando-se em Leonardo da Vinci: enquanto a técnica da pintura se fundamenta *per via di porre*, depositando na tela a tintura que não estava ali antes, a da escultura se faz *per via di levare*, retirando da superfície da pedra a escultura nela contida.

Em termos lacanianos, *per via de levare* é possível lapidar a escrita existente na palavra. Ou seja, identificar os significantes que se relacionam ao sofrimento e remetê-los ao discurso, o que implica em uma perda de gozo. Para Lacan (1998[1975]) esse é o único exorcismo que a psicanálise é capaz: o deciframento. Decifrar o gozo cifrado, seja no sintoma, seja no FPS. Nessa vertente, o saber-fazer frente às manifestações que estão mais próximas do real e que afetam diretamente o corpo nos remete, na clínica, ao ato analítico.

Para refletir sobre a direção do tratamento utilizamo-nos, aqui, de uma metáfora que Freud gostava de usar para falar sobre a investigação psicanalítica, a metáfora da exploração arqueológica (GAY, 1991). Pensamos ser oportuna essa comparação quando falamos do tratamento de pacientes com fenômenos psicossomáticos, pois se trata justamente de uma escrita hieroglífica no corpo. Se os arqueólogos procuram os vestígios materiais das culturas passadas, muitas dessas já extintas, a partir de objetos que restaram dos povos antigos, ao analista cabe investigar, através da fala do paciente, os vestígios do impacto da linguagem no corpo, as ressonâncias que ecoam indicando o que restou do trauma. As cidades antigas seriam como sítios arqueológicos da psique. Ao falar do trabalho do psicanalista, Freud (2007/1937) afirma que:

Su trabajo de construcción o, si se prefiere, de reconstrucción muestra vastas coincidências con el del arqueólogo que exhuma unos hogares o unos monumentos destruidos y sepultados. En verdad es idéntico a él, sólo que el analista trabaja en mejores condiciones, dispone de más material auxiliar, porque su empeño se dirige a algo todavía vivo, no a un objeto destruido; y quizá por otra razón además. Pero así como el arqueólogo a partir de unos restos de muros que han quedado en pie levanta las paredes, a partir de unas excavaciones en el suelo determina el número y la posición de las columnas, a partir de unos restos ruinosos restablece los que otrora fueron adornos y pinturas murales, del mismo modo procede el analista cuando extrae sus conclusiones a partir de unos jirones de recuerdo, unas asociaciones y unas exteriorizaciones activas del analizado. Y es incuestionable el derecho de ambos a reconstruir mediante el completamiento y ensambladura de los restos conservados. También muchas dificultades y fuentes de error son las mismas para los dos. Una de las tareas más peliagudas de la arqueología es, notoriamente, determinar la edad relativa de un hallazgo; si un objeto sale a la luz en cierto estrato, ello a menudo no decide si pertenece a este o ha sido trasladado a esa profundidad por una posterior perturbación. Bien se colige el correspondiente de esa duda en las construcciones analíticas (p. 261).

Pensando a partir dos casos de FPS, é preciso fazer uma ressalva quanto à prudência que deve ter o analista ao se deparar com o conteúdo que emerge na fala do paciente. Assim como ao

arqueólogo é necessário ter cautela durante as escavações, ao analista cabe calcular como é possível intervir em cada caso. Nos casos de psicose, o FPS pode funcionar como uma defesa para evitar um desencadeamento, ou nos casos de neurose, o apreço do paciente a esse modo de gozo pode servir a favor da resistência, impedindo que o tratamento siga seu curso. Assim, propomo-nos a discutir como passar do hieróglifo no deserto à arqueologia sob transferência a partir de casos clínicos, entendendo que a direção do tratamento é singular a cada caso. Ao mesmo tempo, refletimos sobre as particularidades do tratamento de pacientes com fenômenos psicossomáticos pelo viés do descongelamento do gozo específico, como indica Lacan (1998 [1975]).

Discutimos inicialmente três casos de fenômenos psicossomáticos que se apresentam na pele. O primeiro, um testemunho de passe de uma analista que sofria de lúpus eritematoso sistêmico, o segundo, uma vinheta clínica de uma paciente com psoríase e o terceiro, uma vinheta clínica de um paciente com psoríase cuja patologia assumiu a função de uma nomeação. Em seguida, abordamos o relato de passe de um analista que sofria de rinite crônica e a saída possível com o tratamento. Antes de passar aos casos, abordamos algumas especificidades dos FPS na pele. Guir (1988) explica que há particularidades nas patologias cutâneas, de ordem distinta de fenômenos psicossomáticos em locais do corpo que não convocam o olhar do Outro.

3.1 A pele habitada pelo FPS

Valéry (1960) afirma que o que há de mais profundo é a pele. Esse dito expressa, de forma poética, toda a complexidade em torno da pele, órgão que, ao mesmo tempo em que é superfície, comporta uma série de sensações, representações, relações de troca com o mundo.

Essa dupla face da pele, que poderíamos pensar a partir da topologia da fita de Moebius, aparece também em Nietzsche (2001):

Oh, esses gregos! Eles entendiam do *viver*! Para isto é necessário permanecer valentemente na superfície, na dobra, na pele, adorar a aparência, acreditar em formas, em tons, em palavras, em todo o Olimpo da aparência! Esses gregos eram superficiais – *por profundidade*! (p. 15; grifo do autor).

Assim, como indica Ferraz (2013), há um estatuto paradoxal da pele como superfície dotada de profundidade, remetendo-nos a uma noção de corpo “radicalmente diversa da usual, inaugurando-se uma visão de interior que já não se opõe ao exterior, sendo produzido em continuidade (um contínuo indiscernível) com a superfície porosa da pele” (p. 02). Por um lado, a pele é o invólucro do corpo, uma superfície que delimita a borda com o mundo exterior, um órgão de comunicação com o meio (ANZIEU, 1989). Por outro, possui toda uma representação em torno da intimidade e da proximidade, tem cheiro, cor, uma textura singular, pode ser tocada, mostra-se de diversas formas ao olhar do Outro (JEUDY, 1998). Em nossa cultura, é comum ouvirmos alguém, ao se sentir atraído por outro, dizer que há uma *questão de pele* em jogo. A pele é alvo de investimento libidinal não só do falasser como também do outro.

Como superfície, a pele pode ser também uma tela de inscrição. Desde os primórdios da civilização, o homem utilizou-se de pinturas e adornos para enfeitá-la, quando ia à caça ou à guerra (JEUDY, 1998). Com o passar do tempo, a cosmética foi ganhando cada vez mais espaço na sociedade contemporânea. As tatuagens, os *piercings* apontam para a escolha de um modo singular de exibição. Trata-se da pele exposta tal qual um quadro ao olhar do Outro. Pensando o FPS como uma forma de escrita no corpo, entendemos que há especificidades quando falamos de uma lesão na pele, que se dá a ver, diferentemente de uma lesão em outra

parte do corpo, como uma úlcera, ou uma retocolite ulcerativa, dentre outros, que não atraem necessariamente o olhar do Outro.

De acordo com Guir (1988), os fenômenos psicossomáticos na pele têm “por efeito atrair e fixar a atenção do meio, permitindo o sujeito observar os outros olhando-o (...) a marca na face permite evitar o cruzamento dos olhares e assegura ao portador da afecção um domínio sobre a imagem do outro” (p. 82). O autor ainda traz um dado curioso: os cegos de nascimento praticamente não apresentam essas afecções, o que permite supor que de fato “a imagem do outro está implicada nesse processo” (idem).

Como indicado no primeiro capítulo, Freud (2007/1905) afirma que a pele é a zona erógena por excelência. A fixação da libido na pele traz um ganho primário de satisfação e comporta também um ganho secundário, a tentativa de se fazer ver, de atrair o olhar do Outro. Quinet (2002) esclarece que Freud relaciona o objeto olhar à Coisa: “aquilo que está sempre lá, causando o interesse libidinal” (p. 49). *Das Ding* denota o campo do gozo, é êxtima ao falasser e se encontra principalmente no âmbito escópico. “É a pulsão escópica que confere ao objeto desejado do mundo sensível seu caráter de beleza e permite ao sujeito ‘tocá-lo com os olhos’ e desnudá-lo com o olhar” (idem, p. 49).

Diferentemente dos demais fenômenos psicossomáticos, as manifestações na pele convocam o Outro desde o olhar. A partir da nossa experiência atendendo a pacientes com psoríase e vitiligo, verificamos que, em muitos casos, havia um questionamento dirigido à praticante em relação ao que lhes ocorria²⁸. Sendo a pele um órgão limite que convoca o olhar, introduzindo, assim, o campo do Outro, poderíamos pensar que, nesses casos, o FPS permitiu a

²⁸ Essas observações clínicas foram discutidas entre os membros do cartel do CPCT, da EBP-BA, do qual a autora foi integrante.

transferência e a instauração do Sujeito suposto Saber²⁹. Passemos aos casos clínicos para aprofundarmos a nossa discussão.

3.1.1 Do lúpus ao luto e da aposta no inconsciente como uma saída possível

Trata-se da experiência analítica de Araceli Fuentes García-Romero, à qual temos acesso por seu testemunho de passe, no qual figura o relato de um fenômeno psicossomático. Mesmo com uma enfermidade autoimune que lhe trazia muito sofrimento, ela demanda tratamento em função de um luto impossível de ser feito: sua mãe havia morrido quando ela tinha apenas oito meses. O que restou desse acontecimento traumático foram as palavras que escutava repetidamente em sua infância: toda vez que suas vizinhas a encontravam diziam – *Ah!sesuamãelhevisse*³⁰. Esse dito, com valor de holófrase, a petrificava. Era um dito que fazia alusão ao olhar da mãe morta.

Em análise, recordou-se do que um primo dizia: “que sorte teve essa menina com Dona Maria”, a segunda mulher de seu pai. Essa frase também estava relacionada à morte de sua mãe. Associa essas frases a um sintoma, uma dor de ouvido persistente que a acompanhou durante toda a infância. Com a análise, o luto impossível de ser feito, por se tratar de uma perda muito precoce, começou a ser elaborado.

No decorrer da análise, sua história foi se desvelando. Quando tinha 30 anos e seu pai adoeceu, foi tomada por um estranho pressentimento de que a morte dele seria muito perigosa

²⁹ O Sujeito suposto Saber (SsS) é, ao mesmo tempo, o pivô da transferência e um termo que vem estabelecer a distinção entre o outro imaginário e o lugar de operação da linguagem, o Outro, evidenciando que na análise não se trata de uma relação intersubjetiva (LACAN, 2003[1967]).

³⁰ Tradução nossa para o português. Do espanhol: “*Ay!sisumadrelaviera*” (GARCÍA-ROMERO, 2013 p. 108).

para ela. Esteve ao lado do pai nesse momento e, depois de um tempo, ele morreu. Apesar de amá-lo muito, não sentiu nada nessa hora, “ni pena, ni dolor; permaneció sumida en un extraño estado de congelación” (GARCÍA-ROMERO, 2013 p. 110). Nenhum dos afetos frequentes por ocasião da perda de um ente querido acometeu-a naquele momento. Frente a essa segunda perda avassaladora, estava petrificada, não conseguiu reagir. Segundo a autora, essa ausência de afeto era signo “de que el cuerpo no ha sido afectado como debiera. En su caso, algo había ocurrido para que su cuerpo no estuviera afectado por la pérdida de un ser querido” (idem, p. 110).

Podemos perceber que, diante do evento traumático, há um fracasso do simbólico em tratar o sofrimento oriundo da perda, em permitir a elaboração do luto. Há um sofrimento sem afeto – um silêncio, uma petrificação que lhe advém ao invés de reagir. Pouco tempo depois dessa perda, surgiu uma enfermidade do sistema imunológico, um lúpus eritematoso sistêmico, que afetava principalmente sua pele e suas articulações. Precisou ficar hospitalizada e tratada com altas doses de corticoide. Sua vida estava ameaçada, assim como pressentiu antes. Na análise, ela pôde se dar conta de que esse pressentimento referia-se a “um saber inscrito en la estructura: un duelo no hecho había impedido hacer outro” (idem, p. 11).

Cabe, aqui, abrir parênteses para explicar as particularidades do lúpus. Trata-se de uma doença autoimune, de causa desconhecida para a medicina, que acomete o tecido conjuntivo, responsável por nutrir, ligar, proteger e sustentar os demais tecidos. As doenças autoimunes se caracterizam pelo fato de que o sistema imunológico, que deveria combater os agentes externos, tais como vírus e bactérias, combate as próprias células do organismo. No caso do lúpus eritematoso sistêmico, a doença pode afetar vários órgãos e, se não tratado pode levar à

morte. A prevalência é mais comum em mulheres, sendo a incidência nove vezes mais alta do que em homens (KLIPPEL, 1997; UROWICTZ & GLADMAN, 2000).

No caso de Araceli Fuentes, as manchas roxas sobre a pele e as dores nas articulações foram os primeiros sinais do lúpus. Frente à impossibilidade de elaborar o luto da morte do pai, de um segundo luto não elaborado, a doença surge como uma resposta. O real se inscreve diretamente no corpo, ferindo-o. A mancha advém como o olhar inscrito na pele, o olhar da mãe morta que a rondava através do dito das vizinhas se atualiza frente à perda do pai. Conforme afirma García-Romero (2013), a separação do corpo da mãe não havia terminado de se produzir. A primeira perda precoce foi uma contingência que inviabilizou a operação de separação, o que repercute, conseqüentemente, na ausência da afânise (LACAN, 1998 [1964]). Se não há afânise, o sujeito do inconsciente não pode advir na cadeia significante. Assim, ao invés de um sintoma como resultado do encontro com o evento traumático, advém o FPS, onde estão implicados os registros Imaginário e o Real, enlaçados por meio da holófrase relacionada à lesão: *Ah!sesuamãelhevisse*. A holófrase “había funcionado como memoria de goce que se activó cuando el sujeto se vio confrontado con la necesidad de hacer otro duelo” (GARCÍA-ROMERO, 2013 p. 111).

Entretanto, mesmo com o sofrimento gerado pela doença, ela não falava do lúpus na análise. Não falava sobre isso porque não havia nada o que dizer. Muitas outras coisas causavam o interesse de falar na análise, como a dificuldade em se separar de parceiros que a devastavam ou das vezes em que se separava de amigos queridos e não sentia nada. Sobre o fenômeno psicossomático, apenas silêncio. Não se queixava quando sentia dores, para ela o lúpus era “un real sin ley del que se ocupaba la medicina” (GARCÍA-ROMERO, 2013, p. 111).

Porém, com a análise e a instauração do Sujeito suposto Saber, o FPS começa a entrar na cena transferencial pela via escópica. Ela passou a demandar que a analista visse suas manchas. Pedia que a analista visse as marcas em sua pele, as que estavam expostas e as ocultas sob a maquiagem. Achava que assim ela acreditaria no seu sofrimento. Essa era uma forma de ser vista. Em um sonho, a analista olhava sua garganta e pronunciava o nome da doença que a afetava: lúpus. No sonho, ao pronunciar o nome da doença, rompe-se o silêncio em torno desse modo de gozo. A transferência é a via que permite deslocar a libido represada na lesão para o campo do Outro.

O tratamento permitiu, também, a queda da identificação paterna, que implicava em um regime de gozo escópico. Entretanto, apesar de um destaque conferido ao objeto olhar, o objeto voz também se fazia presente por trás do olhar da mãe morta. Era a holófrase relacionada aos ditos das mulheres da sua vizinhança: *Ah!sesuamãelhevisse*. De acordo com García-Romero (2013), essa holófrase repercutia em seu corpo, produzindo um mal-estar até culminar em uma lesão. A dor de ouvido na infância era uma primeira resposta ao mal-estar.

Durante o percurso da análise, uma contingência ocorreu: a partir de um *acting out*, foi possível desmembrar a holófrase e articular os significantes (que estavam congelados) ao discurso. Ela trabalhava num consultório com uma amiga, onde trabalhava igualmente uma colega que tinha câncer há anos e que costumava dizer que só estava viva ainda porque queria ver seus filhos crescerem. Um dia, estando sozinha no consultório, atendeu por telefone o pedido de uma senhora que queria que essa colega tratasse o seu filho. Sem pensar, decidiu que seria ela mesma quem o atenderia: “roubou” o menino da colega que iria morrer e fez isso sem culpa. Ao contar na sessão, sua analista interpretou: “él no va a ver morir, ella no lo va a

ver crecer” (GARCÍA-ROMERO, 2013 p. 112). A intervenção da analista teve valor de ato, causou-lhe um estremecimento, tocou seu corpo.

Foi por meio do *acting out* que a holófrase se conectou ao desejo do Outro (GARCÍA-ROMERO, 2013). Ao roubar o menino do olhar daquela que iria morrer, esse ato tenta dar conta do trauma, do olhar da mãe morta que estava sempre presente como uma ferida na pele. A intervenção da analista desmembrou os significantes que estavam soldados: *sesuamãelhevisse*. Esse ato coloca um intervalo nos significantes a partir do dito: “ella no lo va a ver... crescer, él no la va a ver... morir” (idem, p. 112) e isso permitiu a separação entre olhar e morte e olhar e visão. Segundo García-Romero (2013), foi a partir dessas operações que o luto começou a ser elaborado, pois enquanto o olhar e a morte estavam soldados e a visão e o olhar confundidos, a perda não podia se inscrever simbolicamente.

A singularidade do caso indica que o FPS surge como uma tentativa do falasser de se fazer ver por meio de um gozo que imprime uma marca na pele. O gozo que não se modula pela fantasia se fixa na pele. O lúpus vem demarcar, na superfície da pele, a presença da ausência de contato, do investimento libidinal mediado pelo desejo do Outro. Ser vista aparece no só depois, com o FPS.

A contingência que causou o *acting out* e o ato da analista demarcaram um antes e um depois na análise, permitindo a elaboração do luto. A melhora da doença se produziu pouco a pouco: “los brotes se espaciaron y perdieron virulencia” (idem, p. 113). Assim, a análise permitiu a passagem do lúpus ao luto, um trabalho de elaboração de uma perda avassaladora, pois ocorreu justamente em um momento muito precoce na vida dessa mulher. A morte da mãe se passou em um momento em que não era possível contar com recursos simbólicos para um trabalho de luto. Esse dado corrobora com a suposição de Myssior (2010) de que o FPS está

referido a um evento traumático muito precoce. Não havia ocorrido ainda a operação de separação, o que só foi se concluir com a análise – a separação entre o objeto olhar e a morte, o que permitiu que o campo do desejo emergisse e fizesse um contraponto à pulsão de morte.

Esse foi o primeiro tempo da análise, que permitiu uma mudança de escritura a partir da inscrição simbólica do luto, antes não elaborado. O FPS adveio justamente frente à impossibilidade de fazer um sintoma. A análise não foi um processo fácil, pois partiu do real em direção à possibilidade de significantizar o que antes era irrepresentável. A invenção do inconsciente se consolida na análise e permite que o simbólico funcione de forma mais consistente, de modo a bordejar o furo impossível de representação. O gozo específico do FPS escrito como mancha na pele, da ordem do número, era um gozo escópico que não passava pela castração. Com o avançar da análise, o mais de gozar da fantasia, que tinha a ver com a herança do gozo escópico do pai, escreveu-se como letra. Segundo García-Romero, a análise permitiu a passagem a “un nuevo modo de goce que es a la vez cuerpo y vacío, no más cuerpo que vacío. Um relieve con el que ella trata de saber hacer” (GARCÍA-ROMERO, 2013, p. 114).

3.1.2 Loucos demasiado loucos: quando a loucura está na pele

Vejamos agora duas vinhetas clínicas de pacientes que apresentavam psoríase. A primeira, de uma jovem que tinha sua doença como “louca”, era como uma manifestação insana, desregulada. A segunda, de um homem de 50 anos em cuja história clínica fica evidente que o FPS assume a função de uma nomeação frente ao furo onde havia a forclusão do Nome-do-Pai. São dois casos interessantes que ilustram o sofrimento em uma perspectiva do último ensino laciano, de uma clínica continuísta. A loucura se manifesta na pele independentemente da estrutura, neurótica ou psicótica, o que remete ao aforismo da

forclusão generalizada. Há uma desordem que inviabiliza que o simbólico seja capaz de fazer barreira ao gozo. A psicanálise é um tratamento possível.

Como são dois casos de psoríase, abrimos parênteses para explicar que esta é uma doença dermatológica inflamatória crônica, que acomete homens e mulheres em proporções semelhantes e comumente apresenta recidivas. É “caracterizada por pápulas secas, bem circunscritas, cobertas por escamas prateadas e placas de tamanho variável (GUIR, 1988, p. 77). As lesões geralmente descamam, deixando marcas na pele.

3.1.2.1 Uma psoríase insensata

Mariela é uma jovem que inicia o tratamento psicanalítico encaminhada por seu dermatologista, que lhe diz que sua doença era “louca” (SZAPIRO, 2011, p. 20). A psoríase começou um ano depois de sua menarca, de modo repentino, localizada principalmente na nuca e nos cotovelos. Coçava os locais afetados com tanta força que se feria, a ponto de rasgar a roupa. Diz que prefere se ferir a sentir a sensação das picadas na pele causadas pela psoríase. No decorrer das entrevistas preliminares, começa a falar sobre sua dificuldade em se vincular amorosamente aos homens e não toca no tema da psoríase, a queixa que a havia levado à consulta. Quanto aos homens, diz que não se sente desejada, que eles apenas a consideram como uma amiga para quem contar as aventuras amorosas.

A analista destaca um primeiro momento do tratamento, quando Mariela fala do medo de andar pelas ruas por temer ser violentada por algum homem. Lembra que na ocasião de sua menarca, sua mãe lhe disse para ter cuidado com os homens, que são perigosos. Fala também do medo de aparecer um *tubarão* quando está no mar ou na piscina e associa esse significante

ao órgão sexual masculino. Com isso, a transferência vai se estabelecendo e ela pode falar, cada vez mais, de suas dificuldades.

Mariela mora com os pais e a irmã mais nova, que sofre de asma. A analista investiga e verifica que, na família materna, há casos de psicose e de neuroses graves. O avô materno de Mariela havia se internado em hospitais psiquiátricos várias vezes e sua avó materna atribui todo o drama da família à *loucura* do marido. Trata-se de uma família atravessada pela loucura de várias formas.

Apenas depois de um tempo de tratamento, após associações com o drama familiar, Mariela começa a falar da psoríase. Antes disso era apenas silêncio sobre esse ponto. Diz que “la mata con la indiferencia: a palabras electrocutantes – dice – oídos desenchufantes”, pois estava “enchufada con la psoriasis, enchufada con todo” (SZAPIRO, 2011, p. 21). Ou seja, tentava lidar com a doença pela indiferença, assim como tentava ficar indiferente aos ditos da família materna em torno da loucura. Às palavras que lhe afetavam o corpo, tentava fechar os ouvidos. Entretanto, mesmo com essa tentativa, estava sempre ligada à psoríase e a todo o drama que ocorria ao seu redor. O mal-estar estava estampado na sua pele.

Fala que já não precisava ir a um médico que a *visse*, pois sabia que a psoríase não vinha apenas da pele, era como se viesse de outro lugar, “como si fora de loca” (idem, p. 21). Era uma loucura que se apresentava na pele. Prossegue dizendo que herdou a psoríase de seu avô, que era louco e asmático, assim como sua irmã herdou a asma. Esse dito é reforçado pelo médico, que diz que se trata de uma herança genética.

Mariela estava calcada na convicção de que esse era o seu destino, de que sua vida estava marcada de modo irreversível pelas desventuras herdadas da família de sua mãe. A analista, então, pergunta pela herança do seu pai e a paciente começa a falar do amor pela escrita e a capacidade de resolver situações. Fala do alívio que sentia frente às intervenções paternas diante das situações caóticas da família materna. Por outro lado, diz que seu pai sempre resolve as coisas e que não quer depender das soluções dele para viver. “En algún lugar mi papá ya puso la mano, me molesta que ponga esse dólar de más” (idem, p. 22), diz. Ao que a analista intervém questionando por que pede ao pai para que pague as sessões da análise.

O pai tinha uma profissão que o fazia *organizar* o dinheiro de empresas. A intervenção da analista teve valor de ato, instaurando um antes e um depois na análise. Na sessão seguinte a paciente disse que havia se *organizado*, colocado as coisas em seu lugar. A partir desse momento, a psoríase regride definitivamente e a análise segue seu curso. Mariela começa a se questionar sobre o seu lugar no desejo da mãe, assim como o lugar da mãe no desejo da sua avó materna. Pergunta-se em relação ao seu querer ser louca e faz uma passagem da loucura na pele à fissura pelos estudos, que leva a cabo com veemência. Além disso, desconstrói-se também o dito materno de que os homens são perigosos, o que a fazia recuar das relações amorosas. Assim, coloca-se a possibilidade de se fazer objeto causa de desejo dos homens.

Pela transferência, à medida que Mariela começa a falar sobre o seu sofrimento, o gozo fixado no fenômeno psicossomático se desloca à palavra. Há um descongelamento do gozo específico que comporta o FPS, como diz Lacan (1975/1998). Se antes era impossível para ela falar da psoríase, com o tratamento esse silêncio começa a ser rompido. Além disso, a holófrase contida no significante *louca*, que era um imperativo que atravessava a sua história familiar, é desconstruída na análise (SZAPIRO, 2011). Esse imperativo estava relacionado ao

objeto voz, à voz mortífera dos ditos da tia, que costumava lhe contar histórias sobre loucos. Curioso que, depois disso, Mariela se apaixonou justamente por um homem que trabalha como locutor, que a deseja, diferentemente do que fazia o pai com sua mãe ao ficar no lugar daquele que a tranquilizava. O gozo mortífero do objeto voz, antes fixado na pele, desloca-se a um gozo que a vivifica.

Além disso, a partir da intervenção da analista ao questionar sobre o que havia herdado do pai, introduz-se a possibilidade do estabelecimento de outra forma de amarração dos nós, agora sustentada pelo Nome-do-Pai. Ela se percebeu capaz de organizar a própria vida. O destino de ser louca através de uma psoríase insensata, que a feria de modo avassalador, é colocado em questão e deixa de funcionar como uma assertiva imutável.

3.1.2.2 O fenômeno psicossomático como suplência

E quando o FPS aparece em uma estrutura psicótica? Apoiando-nos na abordagem do último ensino lacaniano, da topologia dos nós como forma de escrever os modos de amarração em cada caso, interessa-nos inicialmente entender a que serve o fenômeno psicossomático na vida de cada paciente. Segundo Monribot (2008), não é raro que o FPS funcione como uma suplência ao furo onde o Nome-do-Pai não pode operar. É uma maneira de circunscrever no corpo um gozo que, se não fosse localizado desse modo, poderia desencadear um surto psicótico.

Assim, é preciso ter prudência frente a esses casos. Muitas vezes a peregrinação a médicos e outros especialistas é um apoio à suplência. O FPS pode advir, então, como um modo de fazer um nome e uma barreira ao gozo do Outro (DEWANBRECHIES-LA SAGNA & MERLET,

1994). Vejamos a vinheta clínica de um homem de 50 anos que apresentava psoríase e que se tratava regularmente em um serviço dermatológico.

Ele provinha de uma família que tinha posses e costumava relatar com muito gosto a história de seus avós, apesar de a família estar em decadência financeira. Como uma forma de sustentar o nome que portava, fez a si mesmo a promessa de trabalhar dourando brasões familiares. Entretanto, não conseguiu essa feita e foi trabalhar em um hospital como maqueiro. Isso o havia afetado muito. Certo dia, escutou que o diretor lhe o encarregara de varrer as folhas do pátio. Com a vassoura na mão, sentiu uma vertigem e apareceu a primeira mancha de psoríase na sua pele, na região das costas.

No momento em que caiu ao mais baixo da escala social, tornando-se servente, sentiu como se tivesse traído seu nome e seu destino. Entretanto, ao iniciar o tratamento da psoríase nesse mesmo hospital, chegou como um homem importante que visitava o seu território. Começou a tomar banhos termais no verão e lá se enamorou por uma dama da região. Assim, foi “tratado como um príncipe” (DEWANBRECHIES-LA SAGNA & MERLET, 1994, p. 180).

Ao falar sobre a irrupção da sua doença, ele mostra ao analista um poema que havia feito sobre a psoríase e sobre o momento em que apareceram as primeiras manchas na pele:

“(…) Ese pseudo gran pso
 Apereció en el amanhecer
 de una hermosa mañana de otoño
 y lo tengo en la espada.
 En un hospital
 donde había fracasado
 donde estuve a punto de ahogarme
 en el estanque.
 Fui camillero
 en médio del polvo
 tirando mi estocada

en um corpo de baile.
 En sínteses, me encontré
 una de esas hermosas mañanas
 con una escoba en la mano,
 en el pátio, muy frustrado.
 Y allí, todo comenzó”.

(DEWANBRECHIES-LA SAGNA & MERLET, 1994, p. 180).

Foi justamente quando se encontrava frustrado com sua condição, frente ao encontro com o real e um furo no simbólico que não lhe permitiu significantizar esse acontecimento, que a psoríase irrompeu. Por outro lado, se tinha um nome de família de peso que não sabia como portar, foi a partir da psoríase que esse paciente, cuja família estava falida, conseguiu fazer um nome, uma suplência que lhe garante uma estabilidade. Ele se nomeia *pseudo gran pso*, o que vai lhe servir a se apresentar de modo singular. A partir também da escrita poética, que tinha o hábito de praticar desde a infância, constrói um sentido para a psoríase.

Curioso perceber que o FPS se apresenta na pele e aparece justamente nas costas, como um brasão de um nome que não suportava carregar. Aqui não se trata de desmembrar a holófrase, já que essa forma de escrita tem uma função na vida desse homem. Por outro lado, é importante ter em vista a possibilidade de tratar esse gozo específico de modo que o quantum de libido direcionada à lesão possa também ser redistribuída para outros campos da sua vida. Assim, frente a um FPS, é necessário precisar o valor que isso tem para cada falasser e esse valor é diferente se estamos diante de uma estrutura neurótica ou de uma estrutura psicótica.

Verificamos, com as vinhetas clínicas, que a loucura se apresenta na pele de formas distintas. No primeiro caso, que se trata de uma paciente com estrutura neurótica, a loucura estava relacionada a um imperativo que feria sua pele. Através da pele, exibia ao olhar do Outro a sua forma de ser louca, destino que parecia se impor àquela família. Tratava-se de um gozo fixado e desvairado, que a levava inclusive a se ferir ao coçar os locais afetados pela doença.

Já no segundo caso, a psoríase que irrompe frente a um impossível de ser representado corresponde a uma forma de barrar uma loucura extraordinária, produzindo um sentido na vida do paciente. Ao se nomear *pseudo gran pso*, ele encontra uma solução singular para fazer um contraponto ao peso do nome da família que não sabia carregar.

Apesar de se tratarem de casos em que a loucura se manifesta na pele, as funções distintas da psoríase em cada caso remetem a direções, no tratamento, completamente diferentes. Enquanto, no primeiro caso, foi possível desconstruir a holófrase, o que permitiu uma retificação subjetiva que leva a paciente a se questionar sobre o seu querer ser louca, no segundo, não é possível abalar a solução que o paciente encontra através da psoríase. O que não impede que, ao falar de seu sofrimento, esse gozo que se fixa na pele seja deslocado para outros campos da sua vida.

Verificamos, nos três casos trabalhados até aqui, a particularidade de se tratarem de fenômenos que se apresentam na pele e, desse modo, convocam o olhar do Outro. Nos dois primeiros casos, de Araceli Fuentes e Mariela, podemos perceber que, apesar de o objeto voz também estar em questão, as manifestações na pele eram uma forma de se fazer ver frente às dificuldades que se impuseram a essas mulheres. Já no caso do “*pseudo gran pso*”, o sofrimento habita na pele e é uma forma também de fazê-lo existir no olhar do Outro. Vejamos agora o testemunho de passe de Gustavo Stiglitz, que aponta para outra forma de apresentação do FPS.

3.2 Negro gato?

Conforme indica Gustavo Stiglitz, seu relato diz respeito a uma abordagem do incurável, um fenômeno psicossomático que o acompanhou durante muito tempo (STIGLITZ, 2011).

Desde a infância, apresentava uma asma que “não produzia angústia, mas, sim, a satisfação de saber-se cuidado e amado” (p. 107). Na análise não lhe vinham associações ou lembranças da doença, apenas a imagem de si sentado na cama, tossindo durante muitas noites. Não havia nada a dizer sobre isso. Era uma imagem congelada diante da qual o sujeito não estava implicado. Frente a essa imagem, apenas silêncio.

Nesses momentos, sua mãe o acompanhava e o pai, que era pediatra, ficava responsável pelo seu tratamento. Com o passar do tempo, a asma cessou espontaneamente, assim como a sua lembrança, até que, aos 20 anos, irrompeu uma rinite alérgica. Além da rinite, havia também um sintoma hipocondríaco: a qualquer sinal mínimo de alguma coisa que aparecia em seu corpo (dores, manchas, dentre outros) pensava que estava padecendo de uma doença incurável. Esse sintoma ilustra um dos pontos que Lacan (1998[1955-1956]) aborda a respeito do FPS: a hipocondria, que apresenta o falasser enquanto “ser corpóreo” (p. 352). Segundo Stiglitz (2011), ao remeter essas questões à análise, “as associações de sentido iam sempre ao mesmo ponto e eram incontrolláveis. Falar dos pensamentos sobre as doenças velava as dificuldades com o corpo próprio e as voltas para abordar o corpo do Outro sexo” (p. 108). O sintoma hipocondríaco, que visava a dar um sentido à inércia do gozo mortífero, era uma tentativa de introduzir um sentido (S2) onde antes só havia o S1 isolado do fenômeno psicossomático, que não queria dizer nada e não lhe permitia a construção de um saber.

Em um determinado período, a rinite se intensificou de forma que precisou mudar de moradia. Era um fenômeno que também lhe causava mau humor e o fazia desinvestir no laço social. Identificou-se como causa das crises alérgicas os pelos dos gatos dos quais sua mãe cuidava. O gato, animal do qual gostava muito desde a infância, passou a produzir a rinite. “Algo familiar havia se tornado incômodo. Tempos depois, esse fenômeno era parte de minha

economia libidinal. Ou seja, ficou comigo. Inclusive, direi que – em algumas ocasiões – ficava comigo a ponto de que a vida se reduzia a dele padecer” (STIGLITZ, 2011, p. 108).

Um acontecimento da ordem da contingência permite introduzir um sentido, o que antes era da ordem do impossível. Certa noite, quando estava em um país diferente do seu, acordou com um gato negro andando por cima dele. Logo pensou que não conseguiria mais dormir, pois apenas espirraria. Entretanto, lhe surgiu o significante *Shwartzze cutter*, que, na linguagem ídish³¹, significava *gato negro*. Este era também o apelido de seu pai. Depois dessa associação, que liga o fenômeno psicossomático ao pai, conseguiu dormir sem ficar dominado pela rinite. Nada de espirros.

Conforme afirma Stiglitz (2011), “o gato – figura imaginária – conectava o S1 *Shwartzze cutter* com a parte do corpo afetada” (p. 109). Entretanto, ao remeter esse significante na análise, o analista fez vacilar a solução imaginária que fazia equivaler sua interpretação do significante a *Gato negro*. Na biblioteca do analista, havia um dicionário do qual se utilizaram e viram que *shwartzze* significava *negro*, *cutter*, *corte* e *katter*, *gato*. Assim, o sentido não se tratava de gato negro, mas de *corte negro*. Com a queda da imagem do gato, que lhe garantia um suporte imaginário, adveio o vazio de significação. Como efeito, entre os significantes *gato* e *corte* se produziu um intervalo que permitiu o surgimento do sujeito em lugar do fenômeno psicossomático. Instaura-se a cadeia significante e a invenção do inconsciente nesse ponto do FPS, que não queria dizer nada para ninguém.

³¹ Língua dos judeus da diáspora, cada vez menos utilizada. Segundo Stiglitz (2011), na sua família essa era “a língua dos segredos familiares” (p. 108), “uma língua falada pelos pais quando os filhos não deveriam estar a par do que estava em questão” (p. 110).

O desejo do analista é o operador que introduz o intervalo que permite a mutação para outra forma de escrita, a escrita do sintoma – “para ser lida, decifrada, reduzida” (STIGLITZ, 2011, p. 110). Cede-se, assim, a fixação do gozo específico do FPS. Buscar no dicionário remete ao simbólico da linguagem em sua interface com o real, já que aponta para o vazio também do lado do analista. Faltava um saber que foi necessário buscar. Trata-se, aí, do ato, do corte do analista que barra a produção de sentido, um saber fazer em direção ao real. Segundo Stiglitz (2011), “era questão de cernir o truque do sentido através do qual se poderia ir além do sentido fixado, ou melhor, ao fora de sentido de que padecia meu nariz com seu gozo desregulado. A aparição do S2 (corte) inaugurou uma cadeia significativa que inscreveu o percurso pulsional ligado ao olhar” (p. 110). A partir daí, o olhar entra em cena e se instaura uma análise até a sua conclusão. Com o tratamento, a rinite cede em sua voracidade, não mais o desconecta do laço social.

Destacamos que *Shwartz e cutter* é uma holófrase que contorna o Outro da linguagem, “marca um limite na incorporação da estrutura da linguagem. Podemos ler aí aquilo que o pai transmite e separa do gozo materno (cutter). Mas também se lê que não todo o gozo foi evacuado do corpo (Katter)” (STIGLITZ, 2011, p. 110). Além disso, essa holófrase condensa também os segredos do casal que não podiam ser revelados aos filhos. O “gato”, ao mesmo tempo em que lhe era familiar, um animal adorado desde a infância, era estranho ao seu corpo, que o reconhecia como um agente alergênico.

Com a intervenção do analista, foi possível uma saída pela invenção do inconsciente, o que, como afirma Freud (2007/1919), é o que há de mais familiar e, ao mesmo tempo, estranho. Assim, foi possível fazer uma passagem do FPS, da rinite advinda quando estava em contato com pelos de gato ou em situações de separação do Outro, ao inconsciente. Onde havia uma

falha do inconsciente em operar, instaura-se a sua invenção como solução para descongelar o gozo específico do FPS.

3.3 O que há de comum no FPS: corpo que se cala

Partindo dos casos clínicos trabalhados, podemos pensar em algumas particularidades em relação aos fenômenos psicossomáticos: primeiro, diferentemente do sintoma, que por estar na interface entre simbólico e real, pode ser articulado na fala do paciente, o FPS não é possível de ser representado. Desse modo, apresenta-se no corpo como uma lesão. São os registros real e imaginário que estão implicados. Por não implicar o registro simbólico, sugerimos que, nesses casos, estamos diante de corpos que se calam. Ou seja, o sofrimento que se apresenta no corpo não se articula na fala. Pudemos verificar isso nos casos que discutimos: o FPS aparece justamente nos momentos em que não há o simbólico para fazer barreira ao real sem lei que invade o corpo como um gozo específico fixo na lesão. Sobre o fenômeno psicossomático, não havia o que dizer, apenas silêncio.

Destacamos, aqui, que todo gozo é silencioso. Mesmo em se tratando do sintoma, há um gozo irreduzível sobre o qual não é possível dizer nada. Como afirma Miller (2005), “a fala guarda o silêncio, e falha diante do gozo” (p.11), há “uma afinidade mais profunda entre o silêncio e o gozo, um desfalecimento da fala diante do gozo” (idem, p. 12). Entretanto, no fenômeno psicossomático trata-se do gozo em seu silêncio pulsional mais radical. Um horror sobre o qual é impossível ao menos tentar dizer algo. Como sugere Hugo (2012/1966) de modo quase poético: frente ao horror, no lugar do dizer, irrompe o silêncio. É sob transferência que esse silêncio, que remetemos aqui ao corpo que se cala, pode começar a ser interrompido e se instaurar um intervalo onde antes era apenas holófrase. Isso foi o que pudemos perceber nos casos de Araceli Fuentes e Gustavo Stiglitz.

Uma segunda particularidade do FPS é que ele aparece justamente no ponto onde falha o Nome-do-Pai, independentemente da estrutura em questão. Se falha o NP, falha o inconsciente. Assim, o Outro é o corpo. Conforme indica Myssior (2010): “o Outro se presentifica na lesão, e para isso o falasser não tem palavras: a lesão torna-se uma mostração, produzida por um aglomerado indiferenciado de palavras, a holófrase” (p. 86). Se não há afânise é porque não há uma hiância que permita entrar em cena o campo do desejo. O registro da falta não está em questão. Assim, percebemos nos casos clínicos apresentados que há um impasse quanto à operação de separação e à perda do objeto. No caso de Araceli Fuentes, a perda precoce da mãe não permitiu a efetivação da operação de separação, quiçá a elaboração do luto. No caso de Mariela, não era possível se separar dos ditos mortíferos da família materna. No caso do *pseudo gran pso*, a impossibilidade de separação do Outro estava relacionada a uma estrutura psicótica. Já no caso de Gustavo Stiglitz, havia uma dificuldade de se separar do Outro, o que se apresentava como ataques de rinite toda vez que ia se despedir do pai, por exemplo.

Terceiro, a forma de escrita que está em jogo no FPS é da ordem do hieróglifo, do número isolado que não faz série (não há zero, nem dois, há Um). Assim, não há como se articular ao discurso. Trata-se do gozo do Um, em torno do corpo próprio, que passa ao largo do Outro. Já a letra, que é de ordem alfabética, pode ser representada em alguma medida. Com os casos clínicos, verificamos que decifrar o hieróglifo não é da ordem do impossível. Através da transferência, motor do tratamento psicanalítico, é possível remeter o sofrimento à fala e colocar em marcha o inconsciente, como pudemos perceber nos casos de Araceli Fuentes, Mariela e Gustavo Stiglitz. Já no caso do *pseudo gran pso*, foi justamente por meio dessa escrita hieroglífica na pele que ele conseguiu encontrar um nome que pudesse carregar.

Assim, se por um lado, nos casos em que as entrevistas preliminares indicavam se tratar de uma estrutura neurótica, a direção do tratamento permitiu o descongelamento da holófrase e do gozo que comportava, no caso de uma estrutura psicótica, é preciso ter cautela quanto a esse ponto. Se o FPS possui uma função que permite uma estabilização, é preciso trabalhar na direção de minimizar o sofrimento do falasser, seja favorecendo o deslocamento do gozo específico concentrado na lesão para outros objetos, seja favorecendo a construção de uma suplência mais vivificante. Na nossa experiência, também tivemos a oportunidade de atender um caso em que a psoríase funcionava como suplência frente à forclusão do Nome-do-Pai e a essa paciente foi possível reduzir o aprisionamento que a doença lhe causava. Ou seja, um saber fazer com o seu gozo.

Por fim, retomamos aqui a nossa suposição em resposta ao problema de pesquisa que remete à direção do tratamento quando estamos diante de pacientes que apresentam fenômenos psicossomáticos. Sugerimos que, sob transferência, é preciso viabilizar que a libido concentrada no corpo se desloque ao campo da fala, permitindo a mutação de um gozo fixado na lesão a um gozo mais fluido, significantizado pelo simbólico. Ou seja, quebrar o silêncio, cernindo o gozo emudecido no corpo para que o sofrimento comece a ser representado através da fala e não apenas apresentado no corpo. Isso foi o que verificamos com bastante clareza nos casos de estrutura neurótica, mas pode ser pensado também quando estamos lidando com casos de estrutura psicótica, com a cautela de entender como favorecer o enlaçamento com um modo de gozo menos mortífero.

CONCLUSÃO

Ao longo dessa dissertação, discutimos questões referentes ao corpo a partir de fenômenos psicossomáticos e nos interrogamos sobre a direção do tratamento nos casos de pacientes que deles sofrem. Desde Freud, o sofrimento que se apresentava no corpo na histeria e não respondia ao tratamento médico configurou-se como um enigma, a partir do qual a psicanálise construiu um saber. Dando seguimento ao sonho de Freud de difundir a psicanálise, Lacan se ocupou das questões referentes ao corpo na psicose e nos convocou a refletir sobre a clínica de nossa época.

No contexto atual, com o avanço da tecnociência, a medicina, muitas vezes, depara-se com situações que sozinha não consegue responder, solicitando o apoio interdisciplinar (GASPARD, 2012) e a psicanálise se vê, cada vez mais, frente ao desafio de tratar os diversos modos de adoecimento no corpo. Os chamados “novos sintomas”, as dores crônicas, os fenômenos psicossomáticos, dentre outros, são exemplos de manifestações que convocam uma resposta da psicanálise.

Entretanto, ainda não há respostas claras sobre como conduzir esses casos, o que demanda a elaboração de uma teoria a partir da clínica por parte dos analistas. Quanto ao FPS, conforme abordamos, Lacan mencionou o tema em intervenções pontuais ao longo do seu ensino. Se, por um lado, essas breves formulações dificultam que haja um consenso de seus comentadores sobre uma teorização a esse respeito, por outro, convoca-nos a refletir: como é possível avançar a partir dos ensinamentos dos casos clínicos?

A experiência clínica com pacientes com fenômenos psicossomáticos na pele, como vitiligo e psoríase, e a contingência do encontro com os temas de pesquisa do CLINP, referentes ao

corpo e à dor, estão na base da construção de nossa pesquisa. As questões que se destacaram foram as seguintes: o que fazer, na clínica, frente ao silêncio do fenômeno psicossomático? A partir da psicanálise, qual o tratamento possível? Considerando que a fala possui o poder de “afetar o corpo e o pensamento” (BESSET et. al. 2010a, p. 01) e que, nesses casos, o sofrimento se apresenta diretamente no corpo, apostamos no desafio de pensar a direção do tratamento quando estamos diante de pacientes com fenômenos psicossomáticos.

Para tanto, entender que a psicanálise possui uma concepção específica sobre o que é um corpo, que sofre efeitos da linguagem, foi fundamental. O nosso percurso no primeiro capítulo nos levou a perceber que Freud já se deparava com casos em que, frente ao encontro com situações traumáticas produzia-se uma neurose em que não aparecia qualquer sinal de fatores sexuais. No segundo capítulo, abordamos a questão das neuroses atuais, que, assim como as neuroses traumáticas, ocorrem sem qualquer relação com o passado dos pacientes. O sofrimento é diretamente somatizado, não havendo nenhum vestígio de representações psíquicas acessíveis à fala. Com Lacan, entendemos que se trata de um real que invade o corpo sem possibilidade de amparo pelo campo simbólico. Isso é o que ocorre no FPS, um gozo que se agita no corpo ao ponto de provocar uma lesão. Trata-se do efeito mais radical do impacto do significante no corpo, deixando uma marca, uma ferida.

Abordamos as diferenças entre o FPS e o sintoma, entendendo que, enquanto o sintoma possibilita que o corpo fale – já que, mesmo com um núcleo de gozo irreduzível à significação, é possível, em alguma medida, articular o sofrimento pela palavra – no FPS se trata de um corpo que se cala, emudecido, pois implica um gozo específico (Lacan, 1998[1975]). Há um silêncio pulsional em sua forma mais radical, fixado na lesão.

Sintoma e FPS possuem modos de gozo distintos, que comportam diferentes formas de escrita. O sintoma está relacionado ao gozo fálico em certa medida, pois o campo simbólico está em interface com o real. Assim, pode ser representado na fala. Além disso, a forma de escrita a ele relacionada é a letra, que é de ordem alfabética. Já o FPS não possui referência ao simbólico, envolve apenas os registros imaginário e real e se apresenta diretamente como uma lesão no corpo. A holófrase, escrita do FPS, é da ordem do hieróglifo, do número que não faz série (não há zero nem dois, há Um). Por se tratar de uma forma de escrita pré-alfabética, não se articula à fala.

Corroborando com Miller (1997), Besset et. al (2010a) propõem considerar *sintomas mudos* os casos que diferem dos sintomas convencionais sobre os quais a psicanálise construiu um saber. São sintomas que “não entram na conversa” e precisam de uma abordagem diferenciada por parte do analista. Discutimos o ponto de aproximação entre os sintomas mudos, tais como as dores crônicas, e o fenômeno psicossomático na medida em que não se oferecem à interpretação. O FPS, assim como as dores crônicas, é uma resposta que se apresenta diretamente no corpo. São manifestações que se apresentam em corpos que se calam. Por outro lado, se no FPS há uma lesão observável, há uma holófrase que fere o corpo, nas dores crônicas não há lesões que justifiquem, em termos orgânicos, a intensidade do sofrimento relatado pelos pacientes.

Podemos pensar a partir de Lacan (1998[1975]), que a particularidade do FPS está relacionada a um gozo específico. Por se tratar de um fenômeno que não está referido ao campo simbólico e não se articula ao discurso, partimos da suposição de que a direção do tratamento também é específica nesses casos. É preciso, sob transferência, viabilizar que a libido concentrada no corpo se desloque ao campo da fala, permitindo a mutação de um gozo fixado na lesão a um gozo mais fluido, significantizado pelo simbólico. Ou seja, romper o

silêncio do gozo emudecido para que o sofrimento comece a ser representado através da fala e não apenas apresentado no corpo.

Por outro lado, conforme discutimos no terceiro capítulo, os princípios do tratamento não fogem à regra da psicanálise. É através da fala que uma abordagem é possível, sendo imprescindível identificar o diagnóstico diferencial e entender a que serve o FPS na vida de cada paciente. Nos casos de estrutura neurótica que apresentamos, foi possível trabalhar em direção ao descongelamento da holófrase, que, passando ao discurso, perdeu sua consistência e deixou de reger a vida dos pacientes. Já no caso de estrutura psicótica, ao analista não foi possível trabalhar dessa forma, pois o FPS ajudou o paciente a encontrar um lugar no mundo. De qualquer modo, isso não impede que o gozo específico que se concentra na lesão sofra mutações e seja deslocado a outros campos da vida desse paciente, como pudemos perceber em um caso que atendemos, no qual a psoríase exercia uma função de suplência.

Sugerimos que o que há de comum nos casos de pacientes com fenômenos psicossomáticos é que se trata de corpos que se calam e se encerram em um gozo que imprime uma marca sob a forma de uma lesão. Como essa marca é da ordem do hieróglifo, propomos a analogia entre o corpo do FPS e a Pedra de Roseta, que contém um hieróglifo escrito em sua superfície. Se a Champollion foi possível tomar esse escrito como enigma e decifrá-lo, seria possível à psicanálise abordar esses casos? Apostamos que sim. Conforme discutimos com os casos clínicos, é sob transferência que é possível fazer uma passagem do hieróglifo no deserto a uma arqueologia, metáfora da qual Freud costumava fazer uso ao se referir à psicanálise. Entretanto, trata-se de um trabalho que demanda cautela, assim como o do arqueólogo durante suas escavações. Os casos de estrutura neurótica que apresentamos ensinam que, ali onde o inconsciente não era capaz de operar, advém o FPS. Nesse sentido, foi o tratamento que

permitiu a invenção do inconsciente como uma saída possível, outro modo de gozo diferente do FPS. O caso de Gustavo Siglitz ensina que, mesmo não havendo uma cura da rinite, pois ele ainda espirra frente ao agente alergênico, ela perdeu sua virulência e a capacidade de paralisar sua vida.

Assim, concluímos que, com a psicanálise, é possível ir mais além do silêncio do fenômeno psicossomático. A aposta do lado do analista e também do lado do paciente permite que se faça algo diferente com aquilo que poderia se nomear como “destino”, como pudemos perceber no caso de Mariela. Se, frente ao horror do trauma, há silêncio, é possível atravessá-lo. É sob transferência que esse silêncio, que remetemos aqui ao corpo que se cala, pode começar a ser interrompido e se instaurar um intervalo onde antes era apenas holófrase.

Se os hieróglifos egípcios puderam ser decifrados quando lidos de forma diferente, em linhas e colunas, em direções contrárias ao sentido comum, podemos pensar que essa é uma lição para a clínica do FPS: é preciso se descolar do sentido usual para ler a holófrase de outras formas, investigando a homofonia que produz, o congelamento de significantes que comporta, quem sabe, assim, desmembrá-los. Ler o sofrimento na fala do paciente é trabalhar com o equívoco advindo das ressonâncias do significante (SOLANO-SUAREZ, 2003). A partir do último ensino lacaniano, podemos considerar o fenômeno psicossomático como um modo de adoecer passível de ser abordado dentro de uma práxis, a psicanálise, assumindo no horizonte o direcionamento ao real.

Consideramos fundamental para pesquisas futuras um aprofundamento em torno da forma de escrita do FPS e o gozo a ela relacionado. Há autores que abordam esse ponto (MONRIBOT, 2008; ARAMBURU, 1999), porém as pesquisas nessa direção ainda são escassas. Por se tratar de um tema árido, que requer discussões que vão ao encontro do último ensino de Lacan, sugerimos estudos nesse sentido, partindo de experiências clínicas.

Além de se utilizar da holófrase e do hieróglifo para falar do FPS, conforme abordamos, Lacan (1998[1975]) explica que esse é um fenômeno da ordem do número. Propomos aqui, concordando com Aramburu (1999), pensar que trata-se do número que não faz série, entendendo que isso está relacionado ao Um, ao gozo do corpo próprio que passa ao largo do Outro. Não há 0, 1, 2 e assim sucessivamente. Há Um. Entretanto, é preciso que haja mais pesquisas nessa direção. Acreditamos futuras contribuições que abarquem esse aspecto, respaldadas no último ensino de Lacan, poderão favorecer a abordagem não só do FPS, mas também dos casos em que o sofrimento se apresenta diretamente no corpo, tais como os chamados “novos sintomas”, as dores crônicas, dentre outros.

Nesse sentido, com a análise das diferenças entre o FPS e a dor crônica, indicadas na presente dissertação, surgiram novas questões a serem consideradas: qual a especificidade do corpo que se apresenta na dor crônica? Como podemos nos servir do último ensino de Lacan para entender os casos de pacientes que apresentam essa forma de adoecimento no corpo? Partindo dessas questões, pretendemos investigar em uma futura pesquisa de Doutorado, quais são as particularidades da dor crônica, utilizando como ferramenta o último ensino de Lacan, que nos fornece pistas sobre como entender as manifestações no corpo que testemunham o fracasso do simbólico.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S; ELIA, L. Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos. **In: Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 8, n. 3, set. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 out. 2013.
- ALEXANDER, F.; SELESNICK, S. T. **História da psiquiatria – uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente.** 2ª edição. São Paulo: IBRASA, 1980.
- ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia. **In: Revista Brasileira de Epidemiologia.** Vol. 3, no. 1-3, 2000.
- ANDRADE, C. D. No meio do caminho. **In: Revista de Antropofagia.** Ano I, N.03, julho de 1928. São Paulo: Ministério da Cultura, 1928.
- ANDRADE, C. D. **Corpo – novos poemas.** Rio de Janeiro: Record, 1984.
- ANSERMET, F. **Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.
- ANSERMET, F. **Neurociência, Genética e Psicanálise – A contingência no real.** Conferência proferida no Auditório do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), em 24 de outubro de 2013.
- ANZIEU, D. **El Yo-Piel.** Biblioteca Nueva Espanha: Madrid, 1987.
- ARAMBURU, J. El fenómeno psicossomático y la clínica borromeana. **In: GORALI, V. Estudios de psicossomática.** Vol. IV, Buenos Aires: Atuel-Cap, p.173-179, 1999.
- ASSIS, M. **Memórias póstumas de Brás Cubas.** São Paulo: Editora ática, 1996.
- BASTOS, A. **O sintoma: uma questão de escrita.** **In: Revista Ágora (Rio de Janeiro)** v. XI n. 2 jul/dez pp 349-356, 2008.
- BARRETO, F.P. O corpo na psicossomática. **In: Correio.** Revista da Escola Brasileira de Psicanálise. No. 35. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise. Outubro de 2001.
- BESSET, V.L.; ZANOTTI, S.V. A enfermidade dos tabus: do querer gozar ao querer dizer. **In: Obsessiva neurose.** v.1. São Paulo: Escuta, p.41-50, 2005.
- BESSET, V. L. **E o corpo...fala?** Apresentação de Trabalho/Comunicação. Disponível em: http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/MR_360v.pdf. Data de acesso: 18/9/12., 2008.
- BESSET, V. L.; BRITO, B. P. M.; DUPIM, G.V.; ESPINOZA, M. V. Corpo e sintoma na experiência analítica. **In: Besset, V.L; Carneiro, H.F. (org). A soberania da clínica na psicopatologia do Cotidiano.** Rio de Janeiro: Garamond, 2009.
- BESSET, V. L.; ZANOTTI, S.V.; TENENBAUM, D.; SCHIMIDT, N.; FISCHER, R.; FIGALE, V. Corpo e histeria: atualizações sobre a dor. **In: Polêmica Revista Eletrônica.** Vol 9. No 4, 2010a. Disponível em:

<http://www.polemica.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/view/65/116>. Data de acesso: 18/09/2012.

BESSET., V.L.; GASPARD, J. L.; DOUCET, C.; VERAS, M.; COHEN, R.H.P. Um nome para a dor: fibromialgia. In: **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Vol X. No. 04, pp. 1245-1269 Fortaleza, dezembro de 2010, 2010b.

BROUSSE, M. H. **Cuerpos lacanianos: novedades contemporáneas sobre el estagio del espejo**. In: Colofón 29. Boletín de la federación Internacional de Bibliotecas de la Orientación Lacaniana, 2009.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 7ª Edição, 2012. (Originalmente publicado em 1966).

CASTELLANOS, S. **El dolor y los lenguajes del cuerpo**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009.

DESCARTES, R. **Philosophical Writings**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

DEWANBRECHIES-LA SAGNA, C. D.; MERLET, A. **Presentación de casos de dermatología**. Trabajo presentado em las Jornadas Psicoanálisis y Medicina del Instituto del Campo Freudiano. Julio 1994.

DESSAL, G. Cuando em la psicosis los órganos hablan solos. In: **Letras**. Revista de Psicoanálisis de la Comunidad de Madrid. Madrid: ELP, 2012.

DOGUET-DZIOMBA, M. H. Fenômeno psicossomático e corporeidade do gozo. In: **Scilicet: os objetos a na experiência analítica**. Associação Mundial de Psicanálise. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008

ESPINOZA, M. P. V. **A solução da dor. Fibromialgia e psicanálise**. Tese de Doutorado em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013.

EVES, H. **Introdução à História da Matemática**. Ed. da Unicamp. 1995.

FAHI NETO, L. **Biopolíticas – as formulações de Foucault**. Florianópolis: Cidade Futura, 2010.

FERRAZ, F.C. Das neuroses atuais à psicossomática. In: **Psicossoma I – Psicanálise e Psicossomática**. Ferraz F.C.; Volich, R.M (org). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

FERRAZ, M.C.F. **Estatuto paradoxal da pele e cultura contemporânea: da porosidade à pele teflon**. Trabalho apresentado ao Grupo de Trabalho “Comunicação e Sociabilidade”, do XXII Encontro da Compós, no PósCom da UFBA, Salvador, de 04 a 07 de junho de 2013.

FINK, B. **O sujeito laciano: entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In:____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FREUD, S. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos. **In: Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol I, 2007. (Originalmente publicado em 1886-1899).

_____. Proyecto de una psicología para neurólogos (1895).

_____. Carta 52 (1896).

_____. Histeria (1888).

_____. Estudio sobre la histeria. **In: Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. II, 2007. (Originalmente publicado em 1893-1895).

_____. La interpretación de los sueños. **In: Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. IV, 2007. (Originalmente publicado em 1900).

_____. Psicopatología de la vida cotidiana. **In: Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. VI, 2007. (Originalmente publicado em 1901).

_____. Sobre psicoterapia. **In: Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. VII, 2007. (Originalmente publicado em 1905 [1904]).

_____. Tres ensayos de teoría sexual. **In: Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. VII, 2007. (Originalmente publicado em 1905).

_____. El chiste y su relación con lo inconsciente. **In: Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. VIII, 2007. (Originalmente publicado em 1905).

_____. Análisis de la fobia de un niño de cinco años. **In: Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. VIII, 2007. (Originalmente publicado em 1909).

_____. La perturbación psicógena de la vision según el psicoanálisis. **In: Obras Completas**, Vol. XI, 2007. (Originalmente publicado em 1910).

_____. Introducción del narcisismo. **In: Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. XIV, 2007. (Originalmente publicado em 1914).

_____. Pulsiones y destinos de pulsión. **In: Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. XIV, 2007. (Originalmente publicado em 1915).

_____. 24ª Conferência: el estado neurótico común. **In: Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. XVI, 2007. (Originalmente publicado em 1916-1917).

_____. Lo ominoso. **In: Obras Completas**. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. XVII, 2007. (Originalmente publicado em 1919).

_____. Mais allá del principio del placer. **In: Obras completas**. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. XVIII, 2007. (Originalmente publicado em 1920).

_____. Psicología de las massas y análisis del yo. **In: Obras Completas.** Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. XVIII, 2007. (Originalmente publicado em 1921).

_____. El yo y el ello. **In: Obras Completas.** Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. XIX, 2007. (Originalmente publicado em 1923).

_____. Inhibición, síntoma y angustia. **In: Obras Completas.** Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. XX, 2007. (Originalmente publicado em 1926).

_____. El malestar en la cultura. **In: Obras completas.** Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. XXI, 2007. (Originalmente publicado em 1930).

_____. Construcciones en el análisis. **In: Obras completas.** Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. XXIII, 2007. (Originalmente publicado em 1937).

_____. Moisés y la religión monoteísta. In: Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu editores, Vol. XXIII, 2007. (Originalmente publicado em 1939 [1934-1938]).

FUX, S. P. Psicossomática: uma questão para a psicanálise. In: **Correio.** Revista da Escola Brasileira de Psicanálise. No 35, outubro de 2001. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise, 2001.

GARCÍA-ROMERO, A.F. El fenómeno psicossomático, entre la medicina y el psicoanálisis. In: Cárdenas, M.H. **Bitácora Lacaniana 2: satisfacciones del cuerpo.** Olivos: Grama Ediciones, 2013.

GASPARD, J. L. Discurso médico e clínica psicanalítica: colaboração ou subversão? In: RUDGE, A.M; BESSET, V.L (org). **Psicanálise e outros saberes.** Rio de Janeiro: Cia de Freud. FAPERJ, 2012.

GAY, P. **Freud: uma vida para o nosso tempo.** São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

GRODDECK, G. **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática.** São Paulo: Perspectiva, 2011.

GUIR, J. **A psicossomática na clínica lacaniana.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988.

HOLANDA, A. B. **Dicionário Aurélio Escolar da Língua Portuguesa.** 1 ed., Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1988.

HUGO, V. **Os trabalhadores do mar.** Tradução: Joaquim Maria Machado de Assis. Centaur editions, 2012. (Originalmente publicado em 1966).

JEUDY, H.P. **Le corps comme objet d'art.** Armand Colin: Paris, 1998.

KALTENBECK, F. A complacência somática. In: **Psicossomática e psicanálise.** Roger Wartel [et al.]; tradução, Luiz Fortes.- Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

KLIPPEL, J.H. Systemic Lupus Erythematosus. Demographics, Prognosis and Outcome. In: **J. Rheumatol.** 24 (suppl:48):67-71, 1997.

LACAN, J. **Essai sur les réactions psychiques de l'ypertendu.** Annales médico-chirurgicales. Paris, Masson, 1948.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In:____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. (Comunicação feita ao XVI Congresso Internacional de psicanálise em Zurique, 17 de julho de 1949).

_____. O simbólico, o imaginário e o real. Conferência de 08 de julho de 1953 na Sociedade Francesa de Psicanálise. Disponível em: <http://lacan.orgfree.com/lacan/textos/simbolicoimaginarioreal.htm>. Acesso em 30/03/2013.

_____. Função e campo da fala e da linguagem e psicanálise (1953). In:____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In:____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. **O seminário, Livro 2 – o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1954-1955).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

_____. **O seminário, Livro 3 – as psicoses (1955-1956).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. **O seminário, livro 5 – as formações do Inconsciente (1957-1958).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

_____. A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In:____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. (Relatório do Colóquio de Royaumont 10-13 de julho de 1958).

_____. Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: “psicanálise e estrutura de personalidade”. In:____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998 [1960].

_____. **O seminário, livro 08 – A transferência (1960-1961).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

_____. **El séminaire, livre 09 – L'identification (1961-1962).** Inédit.

_____. **O seminário, livro 10 – a angústia (1962-1963).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. Introdução aos Nomes-do-Pai (1963). In:____. **Nomes-do-Pai.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. **O seminário, Livro 11 – os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o Psicanalista da Escola (1967). In:____. **Outros Escritos**. Jorge Zahar Ed., 2003.

_____. **O seminário, livro 17 – o avesso da psicanálise (1969-1970)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

_____. **O seminário, livro 19 - ...ou pior (1971-1972)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2012.

_____. Lituraterra (1972). In:____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. Televisão (1973). In:____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. **O seminário, livro 20 – mais, ainda (1972-1973)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

_____. **Le séminaire, livre 21 – les non dupes errent (1973-1974)**. Inédito.

_____. A Terceira (1974). Intervenção no VII Congresso da Escola Freudiana de Paris. Roma, 1º de novembro de 1974. In: **Opção Lacaniana**. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, No 62. São Paulo: Edições Eolia, Dezembro de 2011.

_____. **O seminário, livro 22 – RSI (1974-1975)**. Inédito.

_____. Conferência em Genebra sobre o sintoma (1975). In: **Opção Lacaniana**. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, No. 23. São Paulo: Edições Eolia, Dezembro de 1998.

_____. Joyce, o Sinthoma (1975). In:____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. **O seminário, livro 23 – o sinthoma (1975-1976)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

_____. **Le séminaire, livre 24 – l'insu que sait de l'une bévue s'aile à mourre (1976-1977)**. Aula do dia 16 de novembro de 1976. Inédito.

LAURENT, E. **Falar com seu sintoma, falar com seu corpo**. Disponível em: http://www.enapol.com/pt/template.php?file=Argumento/Hablar-con-el-propio-sintoma_Eric-Laurent.html. Argumento para o VI Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana e XVIII Encontro Internacional do Campo Freudiano, 2013. Acesso em 23 de dez de 2013.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo**. Campinas: Papirus, 2003.

LÉRICHE, R. Introduction générale: De la santé a la maladie; Le douleur dans les maladies; Oú va la Médecine? In : **Encyclopédie française**, VI, 1936

LIART, M. **Psychanalyse et psychosomatique: le corps et l'écrit**. Paris: L'Harmattan, 2012.

MAC FADDEN, M. A. J. **Psicanálise e psicossomática**. Campinas: Editora Alínea, 2000.

MARTY, P.; M´UZAN, M. (1983). El pensamiento operatorio. In: **Revista de Psicoanálisis**. v. 40. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina, 1983.

MCDUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MELLO FILHO, J. (coord). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MILLER, J.A. O sintoma e o cometa. In: **Opção Lacaniana**. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise. No. 17, ago de 1997. São Paulo: Edições Eolia, 1997.

_____. O osso de uma análise. In: **Revista da Escola Brasileira de Psicanálise – Bahia (Número especial de agente)**. Seminário proferido no VIII Encontro Brasileiro do Campo Freudiano e II Congresso da Escola Brasileira de Psicanálise. 17 a 21 de abril de 1998. Salvador: Escola Brasileira de Psicanálise – Bahia, 1998.

_____. Os seis paradigmas do gozo. In: **Opção Lacaniana**. Revista Brasileira Internacional de psicanálise. No. 26/27. São Paulo: Edições Eolia, 2000.

_____. O real é sem lei. In: **Opção lacaniana**. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, nº 34. São Paulo: Edições Eolia, 2002.

_____. **La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica**. Buenos Aires: Paidós, 2003a.

_____. Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático. In: Wartel, R. et al. **Psicossomática e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003b.

_____. O último ensino de Lacan. In: **Opção Lacaniana -Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**, Número 35, pp. 6-24. São Paulo: Edições Eolia, 2003c.

_____. Biologia lacaniana e acontecimentos do corpo. In: **Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**, Número 41, pp. 7-67. São Paulo: Edições Eolia, 2004.

_____. **Silet: os paradoxos da pulsão de Freud a Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. Peças Avulsas. In: **Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**. Número 45, maio de 2006, pp. 9-30. São Paulo: Edições Eolia, 2006.

_____. **El partenaire-síntoma**. Los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller. Buenos Aires: Paidós, 2008a.

_____. Nous sommes tous dês phénomènes psychosomatiques. **Cahiers Psychanalytiques de l'Est**. N. 13, automne 2008, p. 7-14, 2008b.

_____. **Ler um sintoma**. Congresso da NLS. Texto estabelecido por Dominique Helvoet. Londres, 2 e 3 de abril de 2011.

MONRIBOT, P. Qu'est-ce que la psychosomatique? Aperçus psychanalytiques. **Cahiers Psychanalytiques de l'Est**. N. 13, automne 2008, p. 15-26, 2008.

MYSSIOR, S. G. **Doenças e manifestações psicossomáticas na infância e na adolescência: construindo uma interseção da psicanálise e da pediatria**. São Paulo: Annablume, 2010.

NASIO, J.D. **Introdução à topologia de Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

NIETZSCHE, F. **A gaia ciência**. Tradução, notas e posfácio de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (WHO)**. New York, julho de 1946.

PROUST, M. Sodoma e Gomorra. In: _____. **Em busca do tempo perdido**. São Paulo: Globo. v. 4, 1921-1922/2008.

QUEIROZ, E. F. **A clínica da perversão**. São Paulo: Editora Escuta, 2004.

QUEIROZ, E. F. **O inconsciente é psicossomático**. Rev. Mal-Estar Subjetividade, Fortaleza, v. 8, n. 4, dez. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 mar. 2013.

QUINET, A. **Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

RIGLOS, M. C.; RACIOPPI, A.; STARÓPOLI, G. B. Dos bocas em uma: de un fenómeno de goce a uma operación signficante. In: CUCAGNA, A. R. (org). **Ecos y matices em psicoanálisis aplicado: clinica de la psicosis, la fobia, el FPS y el pequeno grupo**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2005.

SIFNEOS, P. E. The prevalence of alexthymic characteristics in psychosomatics patients. In: **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 22, 1973.

SILVA JUNIOR, J. N.; BESSET, V.L. Violência e sintoma: o que a psicanálise tem a dizer? In: **Fractal: Revista de Psicologia**. V. 22, no. 2, pp. 323-336. Mai/Ago, 2010. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/viewFile/224/428>. Acesso em 10 de dez de 2013.

SOLANO-SUAREZ, E. Hairesis poética. In: **Latusa**. O trabalho na sessão. Revista impressa da Escola Brasileira de Psicanálise, Rio de Janeiro, n.08, 2003.

- SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- STIGLITZ, G. Tem gato na tuba. In: **Opção Lacaniana**. No. 60, p 143-153. São Paulo, Edições Eolia, setembro de 2011.
- STRACHEY, J. Introdução do Editor Inglês. In: Freud, S. **O ego e o id e outros trabalhos** (1923-1925), 1996.
- STRAUB, R. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- SZAPIRO, L. **Elementos para una teoría y clínica lacaniana del fenómeno psicossomático**. 2ª ed. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2011.
- UROWICTZ, M.B.; GLADMAN, D.D. **How to improve morbidity and mortality in Systemic Lupus Erythematosus**. *Rheumatology*. 39:238-44, 2000.
- VALAS, P. Horizontes da psicossomática. In: Wartel, R. org. **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
- VALAS, P. **Um fetiche para ignorantes: a psicossomática**. In: Escola Letra Freudiana. O corpo do Outro e a criança. *Hans* no 06. Ano XVIII, no 33. Rio de Janeiro, 2004.
- VALÉRY, Paul. “L’idée fixe” (1931). In: **Oeuvres complètes**. Tome II. Paris: La Pléiade, 1960.
- VERAS, M.F.A. (2006). Dismorfofóbico. In: **Letra Clínica**. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise/seção Pernambuco, 1, pp. 97–102, 2006.