



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Marcella Corrêa Laboissière

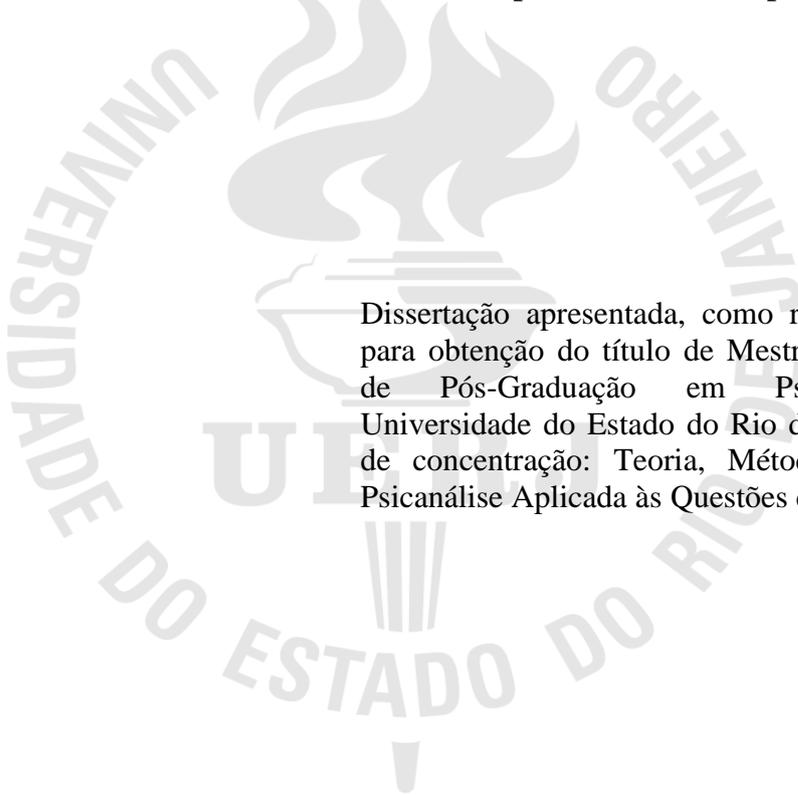
O corpo e as incidências clínicas do fenômeno psicossomático na psicanálise

Rio de Janeiro

2018

Marcella Corrêa Laboissière

O corpo e as incidências clínicas do fenômeno psicossomático na psicanálise



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Teoria, Método e Ética da Psicanálise Aplicada às Questões da Clínica.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ana Maria Medeiros da Costa

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

L123 Laboissière, Marcella Corrêa.
O corpo e as incidências clínicas do fenômeno psicossomático na psicanálise /
Marcella Corrêa Laboissière. – 2018.
152 f.

Orientadora: Ana Maria Medeiros da Costa.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Hospital – Teses. 3. Corpo – Teses. I. Costa, Ana
Maria Medeiros da. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Psicologia. III. Título.

es CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Marcella Corrêa Laboissière

O corpo e as incidências clínicas do fenômeno psicossomático na psicanálise

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Teoria, Método e Ética da Psicanálise Aplicada às Questões da Clínica.

Aprovada em 2 de maio de 2018.

Banca examinadora

Prof^a. Dra. Ana Maria Medeiros da Costa (Orientadora)
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof^o. Dr. Luciano da Fonseca Elia
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof^a. Dra. Vera Maria Pollo Flores
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Henrique e Tania, que acreditaram e apostaram na psicanálise quando eu ainda era uma criança de pouca idade.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Ana Maria Medeiros da Costa que, com seu jeito suave e delicado, mostra-me que a Psicanálise não é feita de pontos finais, mas, sim, de perguntas, e, principalmente, da interlocução com outros campos. Foi a orientadora que tanto procurava, mas sem saber que a procurei um dia. Obrigada!

À Vera Pollo, parceira de Escola, de teatro, mestre e psicanalista que conheci nos primeiros dias de aula na especialização de Psicologia Clínica da PUC, em 2012, quando recém chegava de Brasília e desembarcava no Rio. Você ensina que é possível ser humilde sem perder a criticidade na práxis analítica.

Ao Luciano Elia, mestre e psicanalista que tanto admiro pela posição e pelo rigor com o método analítico, que conheci em 2015, mas que já deixa marcas profundas no meu caminho. Aprendi com você que a psicanálise tem um método para chamar de seu!

À Maria Anita Carneiro Ribeiro, que, com sua escuta, está presente nas minhas elaborações da escrita.

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro, ao Hospital Universitário Pedro Ernesto e à Secretaria de Psicologia Médica e Saúde Mental, por mostrarem que resistir é preciso e que é um ato de coragem.

Aos pacientes que atendi e atendo em todo o dispositivo hospitalar ao longo dos anos.

À Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano e Formações Clínicas do Campo Lacaniano do Rio de Janeiro, pelo espaço de diálogo e formação.

À amiga e psicanalista Joseane Garcia, que mostra que é possível ser pesquisadora no tortuoso campo do fenômeno psicossomático.

Aos amigos do grupo “Mamilos”, por sempre estarem de peitos abertos.

Aos amigos e familiares de Cuiabá, Brasília e Rio de Janeiro, que não estão nomeados aqui por uma questão de espaço. Não seria possível nomeá-los um por um.

Aos colegas da turma 18 de Mestrado, pela partilha e parceria nesta travessia.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES/MEC, pelo incentivo financeiro da pesquisa.

E mais especialmente:

Aos meus pais, que são meus grandes incentivadores e torcedores.

Gabriel e Helena, pela irmandade e apoio, mesmo a distância.

Ao amor, que não pede licença para entrar!

O corpo é uma multidão excitada, uma espécie de caixa de fundo falso que nunca mais acaba de revelar o que tem dentro. E tem dentro toda a realidade.

Antonin Artaud.

RESUMO

LABOISSIÈRE, M. C. *O corpo e as incidências clínicas do fenômeno psicossomático na psicanálise*. 2018. 152 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Esta dissertação objetivou investigar o que se apresenta como “ponto de silêncio” no discurso de pacientes acometidos por fenômeno psicossomático, o que foi lançado como hipótese à presença do fenômeno linguístico da holófrase. O estudo teve como ponto de partida dois casos clínicos de pacientes acometidos pelo *pênfigo*, ou, como popularmente é conhecido, fogo selvagem. O *pênfigo* é uma doença normalmente relacionada às áreas específicas da dermatologia e reumatologia, não se sabe a causa do desencadeamento, tampouco sua etiologia. O recorte delimitador da pesquisa está relacionado à interface entre dois campos: a Psicanálise e a Medicina, o que fez com que os atendimentos acontecessem dentro do âmbito hospitalar. O tema do fenômeno psicossomático não é de origem freudiana, contudo, foi a partir das referências deixadas por ele e, mais especificamente, por Lacan, que a pesquisa foi baseada. É a partir da inauguração de um novo campo, o campo pulsional para Freud e o campo do gozo para Lacan, que podemos instituir a radicalidade do entendimento de corpo para o discurso médico e psicanalítico. Assim, sinalizo que, neste estudo, doenças classificadas como autoimunes não são tomadas como sinônimo do termo fenômeno psicossomático, o que marca a distinção dos discursos, trazendo como alerta à urgência de discutir o estatuto do corpo dentro do próprio campo da psicanálise. A partir dos vestígios deixados por Lacan, do conceito de holófrase e do gozo qualificado como específico, que esta pesquisa constitui uma reabertura para pensarmos as incidências clínicas da ordem da inscrição do traço e do número na concretude do corpo. O significante marca o corpo de maneira desigual, no caso da holófrase, o sujeito elidido permanece entregue ao gozo do Outro, o que o deixa suscetível a todo tipo de azar. O preço que se paga é alto: no corpo. A partir da hipótese lançada veremos que o estudo da holófrase assume uma finalidade importante nos casos de FPS, todavia, sua precisão clínica nem sempre ocorre facilmente por parte do analista, o que faz com que seguir a via da economia de gozo e avançar teoricamente nas construções em direção ao registro do real talvez seja a melhor direção de estudo.

Palavras-chave: Hospital. Corpo. Fenômeno Psicossomático. Holófrase. Gozo do Outro.

RESUMÉ

LABOISSIÈRE, M. C. *Le corps et les incidences cliniques du phénomène psychosomatique en psychanalyse*. 2018. 152 f. Dissertation (Master en Psychanalyse) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Cette dissertation visait à étudier ce qui se présente comme un « point de silence » dans les discours des patients affectés par le phénomène psychosomatique, supposé comme hypothèse à la présence du phénomène linguistique de l'holophrase. L'étude avait comme point de départ deux cas cliniques de patients souffrants de pemphigus, ou, comme populairement connu, feu sauvage. Le pemphigus est une maladie habituellement liée aux domaines spécifiques de la dermatologie et rhumatologie, on ne connaît pas la cause de son déclenchement ni son étiologie. Le délimiteur de la recherche est imbriqué à l'interface entre deux domaines: la Psychanalyse et la Médecine, ce qui a permis les prises en charge des patients de se dérouler dans le cadre de l'hôpital. Le thème du phénomène psychosomatique n'est pas d'origine freudienne, cependant, c'était à partir des références laissées par lui et, plus spécifiquement, par Lacan, que cette recherche a été basée. C'est de l'avènement d'un nouveau champ, le champ pulsionnel de Freud et le champ de jouissance de Lacan, qu'on peut instituer la radicalité de la compréhension du corps selon le discours médical et psychanalytique. Ainsi, je signale que, dans cette étude, les maladies classifiées comme auto-immune ne sont pas considérées comme synonyme du phénomène psychosomatique, ce qui marque la distinction des discours, portant comme alerte de l'urgence de discuter le statut du corps dans le domaine même de la psychanalyse. À partir des traces laissés par Lacan, du concept d'holophrase et de jouissance qualifiée comme spécifique, que cette recherche constitue une réouverture pour qu'on puisse réfléchir sur les incidences cliniques de l'ordre de l'inscription de la trace et du nombre dans le concret du corps. Le signifiant marque le corps de manière inégale, dans le cas de l'holophrase, le sujet élidé reste attaché à la jouissance de l'Autre, ce qui le rend vulnérable à toutes sortes de malchances. Le prix qu'on paie est élevé: dans le corps. À partir de l'hypothèse posée nous verrons que l'étude de l'holophrase revêt un but important dans le cas de pemphigus, cependant, sa précision clinique ne se produit pas toujours facilement de la part de l'analyste, ce qui fait que prendre la voie de l'économie de jouissance et avancer théoriquement dans les constructions en direction du registre du réel soient peut être la meilleure direction de l'étude.

Mots-clés: Hôpital. Corps. Phénomène Psychosomatique. Holophrase. Jouissance de l'Autre.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Circuito Pulsional.....	62
Gráfico 2 - Esquema L.....	92
Gráfico 3 - Discurso do Mestre	125
Gráfico 4 - Fórmula adaptada.....	125
Gráfico 5 - Nó borromeano	136

LISTA DE SÍMBOLOS

A	Outro
a	Objeto pequeno a
◇	Punção
R	Real
S	Simbólico
I	Imaginário
NP	Nome do Pai
DM	Desejo da Mãe
S_1	Significante Mestre
S_2	Saber
\$	Sujeito dividido
J	Gozo
- φ	Menos phi

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	O CAMPO DE IMERSÃO DA PESQUISA – CLÍNICA	20
1.1	Uma visita ao hospital	20
1.2	O Hospital Universitário Pedro Ernesto, sua história e importância	24
1.3	A Secretaria de Psicologia Médica e Saúde Mental – a delimitação do setor e a presença do psicanalista no hospital	26
1.3.1	<u>O psicanalista na enfermagem de Dermatologia</u>	38
1.3.2	<u>O pênfigo e o ponto cego da Medicina</u>	41
1.4	O silêncio	43
1.4.1	<u>O avesso negro do corpo</u>	44
1.4.2	<u>Meu corpo pega fogo</u>	48
2	SOBRE O CORPO NA OBRA DE SIGMUND FREUD E NO ENSINO DE JACQUES LACAN: APONTAMENTOS PARA O ESTUDO DO FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO	53
2.1	A grandiosa indeterminação de Freud: os desafios da pulsão	57
2.1.1	<u>Pulsão de morte: a derradeira</u>	66
2.1.2	<u>Desdobramentos da pulsão de morte: masoquismo originário e a desfusão pulsional</u>	70
2.2	Espelho, espelho meu! Existe alguém mais belo do que o Eu? O imaginário do corpo em Lacan	73
2.2.1	<u>A armadilha do olhar – o corpo entre o velar e o desvelar</u>	80
2.3	A palavra (in)corporada: o Simbólico em Lacan	89
2.4	Diante daquilo que não se apre(e)nde – o real do corpo em Lacan	94
3	O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO: A CLÍNICA DO DES(LIMITE)	100
3.1	Freud: mais, ainda	104
3.2	Vestígios do fenômeno psicossomático em Lacan	110
3.2.1	<u>Holófrase: ruído incompreensível</u>	119
3.2.2	<u>Trata-se sempre de uma configuração do traço</u>	129
3.3	Fenômeno psicossomático: acontecimento do gozo do Outro	134
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
	REFERÊNCIAS	144

INTRODUÇÃO

A dissertação que se constrói a seguir é fruto da convergência de duas arestas. Dentre elas, torno à importância de mencionar: a caminhada acadêmica sob orientação psicanalítica, que teve início no primeiro curso de especialização em 2012 e, sobretudo, os questionamentos suscitados a partir da prática clínica no interior de uma instituição pública de saúde. A proposta do recorte delimitador da pesquisa sustenta-se como um desafio e está relacionada à interface entre dois campos do saber: a Psicanálise e a Medicina.

A escolha pela proposta de pesquisa resulta do interesse em dar continuidade aos estudos acerca da clínica com sujeitos que apresentam graves lesões manifestadas na materialidade do corpo. De certa maneira, observo, com discernimento, o fato de as chamadas doenças do sistema imunológico, ainda hoje, serem tomadas como acontecimentos no corpo que não admitem pelo saber médico uma causa. É de conhecimento de todos que as doenças oriundas do sistema imunológico são rebeldes a sua etiologia, o organismo apresenta-se como inimigo do próprio sujeito. O fenômeno dito psicossomático é definido por Jean Guir como:

Dentro do campo médico, sua etiopatogenia é imprecisa e raramente existe um tratamento específico. Do ponto de vista histológico, as lesões são múltiplas. Existe em algumas afecções uma relação com o sistema HLA (sistema antígeno-leucocitário de histocompatibilidade) e com o sistema imunológico. Invoca-se a noção de “terreno genético”, mas atualmente não é possível estabelecer um sistema preciso de transmissão hereditária (GUIR, 1988, p. 25).

Dito de outro modo: do lado da medicina, pacientes acometidos por estas manifestações não se encontram numa clínica específica, navegam por mares aventureiros e peregrinam por diversos setores de um serviço hospitalar - caso este dispositivo seja um mediador entre o sujeito que busca ajuda e o profissional.

De nossa parte, do campo psicanalítico, é sabido que o conceito de fenômeno psicossomático não é de origem freudiana, porém, é nas pegadas deixadas pelo criador da psicanálise que iremos destacar com bastante firmeza nosso alicerce teórico-clínico. Investiremos nossos esforços na pesquisa do estatuto do corpo, privilegiando o estudo do fenômeno psicossomático, seguindo, principalmente, as assertivas deixadas por Jacques Lacan. Além do mais, torna-se relevante ressaltar o fato de que aqui, nesta dissertação, a doença autoimune não será aceita como sinônimo do termo fenômeno psicossomático; afinal, não estamos diante do achatamento e nivelamento de campos do saber, pelo contrário, ali onde a medicina mira no horizonte e prolifera verdadeiros catálogos de doenças, nós, psicanalistas, privilegamos a clínica da escuta no nível mais apurado de sua singularidade.

O objetivo geral da pesquisa será investigar e questionar - sob o método psicanalítico – a clínica do (des)limite do fenômeno psicossomático, qualificação clínica que é responsável por nomear o último capítulo. A discussão, de longa data, marca o fio tenso entre os dois campos do saber mencionado anteriormente, sendo que compete à psicanálise questionar os limites da medicina e, mais ainda, não responder às demandas surgidas na relação transferencial com o paciente e com a instituição. Estamos, portanto, além do estudo do estatuto do corpo e do FPS, diante do difícil lugar ocupado pelo psicanalista, que propõe sustentar o discurso analítico numa instituição de saúde, o que não será tomado como matéria investigativa, mas sim, contextualizado.

Não seria possível abordar os pontos a serem trabalhados ao longo desta dissertação sem antes apresentar brevemente como ocorreu meu encontro com esse tema de pesquisa e o trilhamento que serviu como bússola condutora para fazer da clínica a espinha dorsal.

O desejo de investigação do tema se apresentou na ocasião da minha primeira especialização,¹ quando tive maior contato com a obra de Sigmund Freud e o ensino de Jacques Lacan. Guiada pelo brilhantismo dos autores e pelos professores que transmitiam a psicanálise naquela ocasião, fui confrontada com o atendimento de uma paciente com lúpus eritematoso sistêmico² no SPA³ daquela Universidade. O caso intitulado de ‘Gamadinha’ foi atendido tanto no SPA quanto em consultório particular ao longo de um ano, momento em que a paciente se evadiu do tratamento. Como efeito do atendimento e a título de finalização do curso, elaborei a monografia: “O fenômeno psicossomático e a Psicanálise: a falta de sentido estampada no corpo” sob orientação da Prof.^a Dra. Maria Anita Carneiro Ribeiro⁴. O (*Unheimlich*) despertado no encontro e a formação em psicanálise iniciada em 2012 pela FCCL-RIO⁵ impulsionou-me para concorrer ao processo seletivo do segundo curso de especialização⁶. Neste momento, o interesse consistiu em dar prosseguimento ao atendimento clínico de pacientes que possuíam marcas e lesões expostas na imagem do corpo, com a intenção de expandir minha experiência a partir da escuta clínica. Para tal, percebi a

¹ Curso de especialização em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RIO. Curso iniciado em março de 2012 e finalizado em agosto de 2013.

² Doença inflamatória crônica, grave, de origem autoimune e sem causa conhecida, cujos sintomas podem surgir em diversos órgãos, principalmente, os internos. O LES, em nível avançado, pode acarretar alterações tanto nos nervos periféricos como na medula espinhal. Já o lúpus cutâneo se manifesta com manchas na pele. O endereço eletrônico é: <http://reumatologia.org.br/2016/02/01/lupus-eritematoso-sistemico-les/>.

³ Serviço de Psicologia Aplicada da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RIO.

⁴ Coordenadora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-RIO.

⁵ Formações Clínicas do Campo Lacaniano – FCCL/Rio de Janeiro.

⁶ Curso de especialização em Psicologia Médica e Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas no Hospital Universitário Pedro Ernesto – FCM/HUPE. Curso iniciado em março de 2014 e finalizado em março de 2016.

necessidade e a importância de adentrar a instituição hospitalar, já que pelo viés da clínica particular, a chegada desse paciente era restrita. Segundo Merlet (2003, p. 19), “é sobretudo no hospital que se encontra “o psicossomático”, assinalando que o sujeito acometido pelo fenômeno é referenciado de maneira primordial ao saber médico.

De forma embrionária, fiz parte da equipe multidisciplinar como psicóloga da enfermaria de Dermatologia e de Clínica Médica, participei das atividades interdisciplinares da enfermaria e das supervisões - momentos que foram riquíssimos e que serviram para ampliar o escopo da pesquisa. Além disso, o curso teve como proposta permitir ao profissional da saúde mental a vivência de atuação no contexto do hospital geral, operando em conjunto com a psiquiatria e demais áreas médicas, o serviço social, a enfermagem e as áreas afins que compõem este rico cenário. Ao longo dos dois anos atuei em enfermaria, ambulatório de medicina integral, ambulatório de saúde mental da Policlínica Piquet Carneiro, Centro de Terapia Intensiva, Programas de saúde da família, interconsulta e matriciamento nas comunidades - experiências que adoto como viscerais para minha formação. Ao final, elaborei o trabalho final sob o título: “Marcas que insistem em permanecer: um estudo de caso no hospital geral”, cuja orientação foi do Prof.º Dr. José Roberto Muniz⁷ e co-orientação da Prof.ª Dra. Sheila Abramovitch⁸. Neste artigo, o caso clínico de um paciente com psoríase⁹, que foi nomeado de “Me mato [marco] aos poucos”, originou toda a discussão.

Posteriormente, já com um amplo número de casos atendidos tanto na enfermaria quanto no ambulatório e as inúmeras questões que dali surgiam a respeito do estudo do estatuto do corpo, dei prosseguimento ao pré-projeto para concorrer a uma vaga no Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. No pré-projeto de pesquisa, cujo título fazia referência ao modo como era denominado o corpo adoecido no século XVII – “o avesso negro do corpo” (p. IX) -, utilizado por Foucault no livro “O nascimento da clínica” (1977), debrucei-me sobre o caso de um paciente diagnosticado com uma doença chamada pênfigo vulgar, no senso comum também conhecido como “fogo selvagem”. Minha proposta tangenciava a investigação da angústia - o afeto *sui generis* descrito por Freud (1926 [1925]) - e o corpo. Naquele momento, a

⁷ Coordenador do Curso de Especialização em Psicologia Médica e Saúde Mental do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

⁸ Coordenadora do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

⁹ Doença da pele relativamente comum, crônica e não contagiosa. É cíclica, ou seja, apresenta sintomas e sinais que desaparecem e reaparecem periodicamente. Sua causa é desconhecida, mas sabe-se que pode ter relação com o sistema imunológico e outros fatores. Acredita-se que ela se desenvolve quando os linfócitos T (células responsáveis pela defesa do organismo), atacam as células da pele. O endereço eletrônico é: <http://www.sbd.org.br/>.

elaboração do trabalho já alertava o leitor para a falta de clareza do campo da medicina em apropriar-se deste tipo de enfermidade, o que marcava o terreno fértil para o estudo. A pergunta que norteava o projeto tinha relação com a incidência da angústia em um corpo gravemente adoecido, ou melhor, se a invasão da angústia, como um dos sinais do real, poderia ser tomada na concretude do corpo.

Com muita felicidade, as etapas do processo foram ultrapassadas e no final obtive a aprovação no concurso. Na banca de arguição oral, composta pelos docentes do Programa, Prof^a. Dra. Ana Maria Medeiros da Costa e pelo Prof^o. Dr. Luciano da Fonseca Elia, fui arrebatada com questões e pontuações extremamente relevantes para a pesquisa. Já como aluna do Programa e orientanda da Prof^a. Dra. Ana Maria Medeiros da Costa, a partir das excelentes aulas, orientações e conversas que tive com ela e os demais professores, pude avançar nos meus estudos e definir o recorte da pesquisa.

As questões trazidas pela clínica continuaram assumindo a máxima relevância, contudo, o eixo teórico seguiu outro destino. Até aquele momento, a articulação teórica adotada como hipótese para o caso de Renato estabelecia relação com o corpo adoecido como um efeito de angústia, porém, percebi que haveria a necessidade de pensar a lesão em sua materialidade, ou, como diria Didier Castanet (2003, p. 74), “É o corpo, então, em sua consistência imaginária, que se assinala com a existência de uma lesão no real”, já que algumas especificidades se apresentavam no real da clínica. Naquela ocasião, tomei a lesão no corpo de Renato como efeito de algo que estaria inscrito no psíquico e, por alguma razão, faria seu retorno no corpo. Seria uma maneira de explicar a intervenção da psique no soma. Ora, não precisaríamos ir muito longe para, de fato, perceber que esse formato se assemelharia à conversão histérica clássica freudiana - em que há o comprometimento da função única do órgão, de modo que o conteúdo sexual recalado no inconsciente retornaria no corpo na forma de sintoma¹⁰. No entanto, imersa na pesquisa, a partir da releitura de alguns textos antigos, da leitura de novos, atrelada a uma maior atenção essencialmente à escuta clínica, notei que havia algum ponto que tornaria inconsistente minha articulação inicial, algum aspecto que não era da ordem do sintoma neurótico se apresentava. Diante disto, escolhi, portanto, trilhar outro percurso teórico: apostei no estudo do fenômeno psicossomático e suas especificidades. Acho importante fazer referência à participação da

¹⁰ Sobre este ponto indico a leitura da Dissertação de Mestrado defendida em 2007, nesta mesma Universidade, de Joseane Garcia de Souza Moraes, sob orientação da Prof^a Dr^a Sonia Alberti. Título: O corpo entre a conversão histérica e o fenômeno psicossomático. Indico também a leitura da Dissertação de Mestrado defendida em 2006, nesta mesma Universidade, de Cláudia Escórcio Gurgel do Amaral Pitanga, sob orientação da Prof^a Dr^a Doris Luz Rinaldi. Título: Psicanálise e psicossomática: por uma análise possível.

minha orientadora neste processo, Prof^ª Dra. Ana Maria Medeiros da Costa, que sempre sustentou meus posicionamentos com rigor teórico, crítica e escuta afiada.

Em paralelo, em julho de 2016, a Secretaria de Psicologia Médica e Saúde Mental do HUPE/UERJ autorizou-me a continuar os atendimentos na enfermaria. A partir da função de parecerista – instrumento utilizado nas instituições como forma do atendimento sem que o profissional necessariamente faça parte da equipe fixa - prossegui na instituição. Com isso, ainda continuo atendendo e acompanhando os pacientes, o que adoto como favorável para que minha escuta clínica se torne ainda mais apurada neste momento da pesquisa. Ademais, com muito entusiasmo, recebi o convite da mesma secretaria para ministrar as aulas da disciplina obrigatória de Psicologia Médica e Saúde Mental II para a turma de 3º ano do curso de Medicina da UERJ como Professora Auxiliar, fato que repercutiu incisivamente na minha relação com os profissionais deste campo e com o tema da minha pesquisa.

Nesta disciplina, alguns dos temas da bibliografia de referência básica são: transferência; contratransferência; benefício primário e secundário da doença; morte no hospital; aplicação das leis do SUS nos níveis de atenção primária, secundária e terciária; entretanto, nos debates que ocorriam em sala de aula, atentei-me para o fato de os alunos apresentarem com frequência questionamentos com relação à temática do corpo. A título de breve elucidação, trago a fala de um aluno: “As doenças autoimunes ainda são um mistério porque envolve o corpo atacando a si mesmo e sequer entendemos o corpo ainda. É como o câncer: às vezes o tratamento, feito para atacar o que não funciona, acaba atacando o que funciona, e no final se mostra mais agressivo que a própria doença”¹¹. Depreendemos, a partir da fala trazida pelo acadêmico em medicina, que o corpo também é tomado como enigma nesta área milenar do conhecimento. As afecções ditas autoimunes incidem diretamente na relação do profissional com o seu saber, noticiando, de saída, sobre a sua impotência diante do real que se apresenta.

A relação existente, não de hoje, entre saber, poder e corpo, e que verificamos no dia a dia do hospital, foi um dos assuntos que despertou o interesse pelas reflexões do filósofo francês Michel Foucault. A pesquisadora Heliana de Barros Conde Rodrigues, especialista na obra foucaultiana e seus efeitos, no artigo “Michel Foucault no Brasil – esboços de história do presente” (2011), busca analisar de maneira minuciosa a vinda do filósofo ao Brasil, principalmente, nos anos de 1973 e 1974 no Rio de Janeiro. Segundo a autora, em uma das seis conferências realizadas no Instituto de Medicina Social da UERJ, em 1974, ano da

¹¹ Frase proferida por aluno de Medicina durante às aulas ministradas no HUPE/UERJ no período letivo de agosto a dezembro de 2016.

criação do Programa de Pós-graduação e período conturbado de pleno curso da ditadura militar no Brasil - duas delas são consideradas marcos¹² da unidade de ensino, são elas: “O nascimento da medicina social” e “O nascimento do hospital”, que figuram como capítulos da coletânea *Microfísica do poder* (1979). A contribuição de Michel Foucault abalou a oposição existente entre medicina capitalista e individual e uma medicina preventiva e social de tal forma que, anos depois, o instituto foi renomeado para Saúde Coletiva. Na conferência ‘O nascimento da medicina social’ (1974), o filósofo aponta perguntas e questionamentos que ao longo de toda a sua fala se propõem a analisar e contextualizar: afinal de contas, a medicina moderna, científica, é individual? A medicina moderna, na medida em que é ligada ao capitalismo, ignora a dimensão coletiva?

A hipótese defendida por ele é de que se trata justamente do contrário, ou seja, a medicina moderna é considerada uma medicina social na medida em que sua tecnologia, seu instrumento de trabalho é o próprio corpo social. Na realidade, o que Foucault defende é o fato de o capitalismo exercer o controle da sociedade sobre o corpo enquanto força de trabalho, assim, mais do que curar doentes, a medicina se propõe, verdadeiramente, a normatizar, governar e vigiar a vida privada das pessoas. Cito-o:

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma *realidade* (grifo nosso) bio-política. A medicina é uma *estratégia* (grifo nosso) bio-política (FOUCAULT, 1979/2003, p. 80).

Quanto ao corpo como uma realidade e a medicina enquanto uma estratégia, caberia pensar nos médicos como agenciadores de uma depuração da população, afinal, a medicalização – tema também discutido no texto foucaultiano ao discorrer sobre a aliança feita entre medicina e ciências naturais quando a preocupação era em relação ao organismo e o meio e modos de vida – ainda nos dias de hoje nada mais é do que a interferência não apenas no corpo, mas, também, na forma de vestir, de comer, nas condutas do sujeito ditando a cartilha do “bem viver”. Já com relação ao corpo, este se torna uma realidade na medida em que serviu e serve como objeto controlado pela estratégia biopolítica. O saber médico reverbera na sociedade como efeito de verdade, reproduzindo nos espaços coletivos comportamentos ditos aceitáveis e outros não, como poderemos observar no relato de caso de

¹² O endereço eletrônico é: <http://site.ims.uerj.br/o-instituto/>.

Renato - paciente que não se encaixava no lugar de “corpo-objeto-manipulado” de estudo da ciência.

Desta maneira, se retermos Foucault com o devido cuidado que lhe toca, notamos que saber e poder incidem diretamente sobre o sujeito; contudo, se correlacionarmos saber e corpo, o que também configura como objeto de estudo de Foucault e estivermos atentos à psicanálise, estaremos advertidos de que este último pode vir a apresentar manifestações ditas “não aceitáveis”, ou melhor, “não entendíveis”, o que vem a gerar, de tal modo, vastas confusões entre os profissionais da saúde. Assim, mesmo que a obra de Foucault não seja adotada como base fundamental para minhas indagações, é a partir de alguns recortes que questionamentos filosóficos serão levantados ao longo da dissertação e que servirão como mais uma ferramenta teórica para pensarmos o corpo na psicanálise.

É fundamentado nos argumentos de que as afecções ditas autoimunes e, mais ainda, que o corpo, servem de denúncia para os diversos profissionais da saúde, que estamos diante do fato de que não há garantias diante de um saber supostamente legitimado. Se a verdade na fala trazida pelo sujeito não corresponde aos afetamentos produzidos no corpo que invade suas entranhas, não estamos mais diante do velho prolongamento cartesiano.

Se retomarmos aquilo que Lacan aponta na comunicação “O lugar da psicanálise na medicina”, de 1966, para definir que um dos efeitos do progresso da ciência é o fato de cada vez mais aumentar a falha epistemo-somática pela via da recusa do efeito sujeito - ou seja, da sua dimensão de gozo - teremos, portanto, cada vez mais a proliferação de sujeitos portadores de fenômenos psicossomáticos, como afirma Carneiro Ribeiro (2004). Notamos que Foucault também acentuará o corpo na vertente do que é manipulado por diversos discursos, inclusive o corpo disciplinado e vigiado pelo poder da ciência. Segundo Carneiro Ribeiro, o sujeito portador de FPS “desafia os planos de saúde, cria despesas inesperadas e onera as companhias seguradoras” (CARNEIRO RIBEIRO, 2004, p. 51). Lacan afirma que “A dimensão do gozo é completamente excluída disto que chamei relação epistemo-somática. Isto porque a ciência é capaz de saber o que pode, mas ela, não mais do que o sujeito que ela engendra, é incapaz de saber o que quer” (LACAN, 1966, p. 32), marcando que a própria ciência é capaz de se surpreender com o que ela mesma produz. Aí reside uma questão de cunho atual, que a psicanálise precisa estar atenta e, que, como vimos com Freud, possuímos instrumentos e recursos valiosíssimos de atuação e resistência, no sentido de que o inconsciente é o próprio saber que faz furo.

Em suma, o que fica na discussão da ordem do dia é que cabe à psicanálise, então, propor uma discussão de outra ordem, da ordem da inovação, não apenas lançando uma

discussão teórica que inclua a dimensão do desejo e do gozo - pontos excluídos pelo discurso científico - mas, também, com relação à direção de tratamento no que tange à questão do sofrimento, já que, no hospital, o trabalho em conjunto com outros profissionais convoca o analista a estar atento aos discursos que ali operam.

Para dar prosseguimento e apresentar o formato com que a dissertação foi pensada e está organizada, exponho a vinheta clínica do caso de Jussara, para, portanto, lançar mão dos questionamentos que se tornaram o fio condutor da pesquisa.

Jussara, paciente de quarenta anos, é internada na enfermaria feminina de Clínica médica com o diagnóstico de pênfigo vulgar, ou, como popularmente é conhecido, fogo selvagem. As primeiras palavras proferidas pela paciente foram: “Meu corpo não suporta o amor... olha como eu estou... um caquinho”. Ao longo dos seis meses de internação e dos atendimentos diários, sua fala era direcionada ao amor não retribuído do marido, do pai falecido e do filho mais velho. No entanto, o que chamava a minha atenção era o fato de a paciente não falar e, até mesmo, importar-se com seu corpo, gravemente ferido e lesionado. Quando perguntada sobre o que a levava à internação, a paciente respondeu levantando o lençol: “É isso”. Enquanto atuante no hospital, fica nítido que, nos casos de internação, a demanda do paciente nem sempre acontece espontaneamente, é preciso que o psicanalista, inicialmente, a faça surgir. O que deixava o fio de curiosidade era que a expressão “é isso” empregada pela paciente não refletia em novas associações, não era um termo encadeado em outro significante ou que servisse como pavimento para próxima narrativa. Produzia um ponto de basta da ordem do *non-sense* que aparecia de maneira estanque na fala, dando a entender que esse “é isso” fazia referência a alguma coisa que não era dela. O sujeito parecia estar ausente, o que passei a questionar, em supervisão, de que ordem seria essa construção que se diferenciava radicalmente do restante do discurso.

A partir dos atendimentos clínicos e do aprofundamento no estudo teórico, inúmeras perguntas causavam inquietação e capturavam-me. Cito-as: como podemos conceber a partir da psicanálise a posição desse sujeito que, aparentemente, parece estar ausente diante do que acomete seu corpo? De onde vem esse silêncio? A doença comporta algum ponto de mutismo?

Para alicerçar meus questionamentos e delimitar meu problema de pesquisa, encontro em Lacan especificamente no O Seminário, Livro 11 – “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” - ao falar sobre a experiência do cachorro de Pavlov e o fato de o animal jamais falar pelo simples fato de este não colocar o desejo do seu dono como uma interrogação, embasamento que sirva de sustentação para minhas perguntas. Assim, aquilo que Lacan

chama de holófrase, o espaço intervalar inexistente entre S_1 e S_2 , é o que nos faz “permitir situar o que se deve conceber do efeito psicossomático” (LACAN, 1964/2008, p. 231).

Para introduzi-los, escolhemos como abertura da dissertação apresentar o contexto da pesquisa; descrever o serviço ao qual a pesquisa foi realizada, suas características e especificidades; e, ainda, apresentar os casos clínicos. Os recortes clínicos dizem respeito a dois sujeitos atendidos no hospital com hipóteses diagnósticas de neurose, mesmo que a questão do diagnóstico diferencial não seja um ponto ao qual a dissertação pretenda explorar.

No segundo capítulo, iremos retomar e aprofundar a questão do corpo para a psicanálise na qual serão colocados em destaque conceitos que sirvam de escopo teórico e clínico para pensarmos o FPS. Iniciaremos por Freud para avançar com Lacan, ou seja: partiremos da teoria das pulsões e dos seus desdobramentos para, assim, discutir sobre o corpo no ensino de Lacan a partir dos registros do Imaginário, Simbólico e Real. A proposta de estudar cada um dos registros diz da importância em articular o lugar do corpo no nó borromeano; mesmo que, essencialmente, seja compreendido no imaginário, é dos três registros enodados que se trata.

Restarão, para o terceiro e último capítulos, alguns conceitos e precisões freudianas que servem como esteio para pensarmos o FPS, como: neurose de guerra, neurose atual e a troca de cartas com o neurologista Von Weiszaecker. Em Lacan, destacaremos os vestígios do FPS ao longo do ensino, a holófrase e a articulação sobre o gozo qualificado como específico. Sobre as articulações dos casos clínicos com a teoria, optamos por explorá-las ao longo do segundo e do terceiro capítulos, todavia, no final do primeiro capítulo já será possível vislumbrar alguns desdobramentos. O leitor verificará que a obra de Freud está presente em todos os capítulos, o que se trata de um preciosismo para destacar que, mesmo que o assunto não seja originalmente cunhado por ele, é nele que estamos sustentados teoricamente.

Partiremos, agora, para o Campo de imersão da pesquisa-clínica.

1 O CAMPO DE IMERSÃO DA PESQUISA – CLÍNICA

1.1 Uma visita ao hospital

Não, nossa ciência não é uma ilusão. Ilusão seria imaginar que aquilo que a ciência não nos pode dar, podemos conseguir em outro lugar

Sigmund Freud

Com o propósito de problematizar e circunscrever para o leitor acerca do campo onde realizamos nossa pesquisa, trago brevemente a importância de pensarmos sobre o espaço do hospital, sua constituição e modelo institucional. Para tanto, adoto, como ponto de partida, a conferência de Michel Foucault, “O nascimento do hospital”, com o intuito de sublinhar alguns pontos sobre o advento desta instituição e o modelo que presenciamos e adotamos nos dias de hoje. Nortearemos nosso trabalho pelo princípio da investigação histórica, apresentando a concepção que vigorou até o século XVIII e a mudança de paradigma que cunhou na sua transformação em instrumento terapêutico para, só assim, ser possível delimitar o local que serviu como campo da pesquisa: o Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Caso fôssemos estudiosos da radicalidade ou até mesmo se estivéssemos atrás de uma hermenêutica dos termos, determo-nos na palavra e no significado do nome hospital já nos traria uma vasta pesquisa. No entanto, não é disso que se trata quando propomos iniciar o primeiro capítulo de uma dissertação em psicanálise, partindo deste ponto.

A palavra – hospital - que é derivada da forma culta do latim, *hospitale*, também pode ser apreendida como o local relativo à hospedagem, ou melhor, a casa que hospeda. Ainda no período da Idade Média, o que é considerado pelos historiadores como o primeiro hospital, nomeado de *Hotel-Dieu*, instituição francesa datada do século VII, pode ser entendido como um local que comportava a característica de hospedagem adicionada ao caráter religioso proeminente na Europa daqueles tempos. De acordo com a investigação histórica foucaultiana, até o século XVII, o hospital exercia uma função política e administrativa na sociedade, assumia o lugar de depósito da miséria e da morte humana. A instituição adotava o significado de conector das mazelas sociais, já os moradores do espaço eram os representantes do perigo social. Para o filósofo, os hospitais europeus da Idade Média não eram concebidos com o propósito de cura, mas “era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres” (FOUCAULT, 1979/2003, p. 59). Por estas razões, além de o hospital exercer o posto de “morredouro” – deixo claro que não era qualquer morredouro -, um lugar destinado para a

morte de peregrinos, a sua função principal era o recolhimento do pobre e dos perigos que este encarnava no âmbito da sociedade. Outra característica descrita por Foucault tem relação com a ausência de representação da figura médica, que só viria a aparecer como corpo central deste espaço no século seguinte. Até então, o que se via eram os chamados boticários, ou seja, profissionais que manipulavam compostos químicos para a feitura de fármacos e medicamentos. Além deles, curandeiros e religiosos também eram considerados os representantes da figura máxima de poder. Assim:

[...] o Hospital Geral, lugar de internamento, onde se justapõem e misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece (FOUCAULT, 1979/2003, p. 59).

O hospital, deste modo, permanece com essas funções e características até o século XVIII, onde se torna um espaço terapêutico com novas características, inovações e complexidades, modificando, inclusive, o olhar sobre aqueles que recorrem aos seus cuidados. Agora, o local programado para a morte e domínio das classes mais carentes assume outra perspectiva: do prolongamento da vida, do diagnóstico, do tratamento e do acesso às diversas camadas da população. A aposta na instituição modifica-se na via da prática de ensino e da intervenção sobre a doença e o doente. O médico, que até então era aquele que visitava o doente em casa, passa a assumir o lugar de destaque. A casa, que servia de hospedagem para os pobres, agora tem um representante. A medicina tornou-se hospitalar e o hospital foi medicalizado (FOUCAULT, 1979/2003), um influenciava o outro na mesma proporção. Contudo, a que se deve essa transformação de espaço e dos seus personagens?

O primeiro passo dado na transformação deste espaço, podemos dizer, deve-se à ideia da desordem ao qual o hospital estava imerso. Na Europa do século XVIII, marcada pela Revolução Francesa e Industrial, o hospital militar, principalmente da Marinha, tornou-se modelo de organização, de regulamentação econômica e mercantilista. Os sujeitos detentores do saber passam a valer um preço para a sociedade e o anseio de conter as grandes epidemias da época apontam a necessidade de mudança. Assim, o que marca a cara do novo hospital é uma tecnologia que pode ser entendida como política: a disciplina. Ora, não sejamos ingênuos em achar que a técnica de exercer o poder via disciplina seja originalmente constituída no século XVIII. Historicamente, esse modelo já existe desde a Idade Antiga, porém, acontecia de forma isolada e fragmentada. A partir de um conjunto de técnicas organizacionais e setoriais, o exame do homem passa a ser pormenorizado: julgar, medir, examinar, localizar e, mais ainda, medicalizar passam a ser elementos de rotina da prática de poder. Segundo

Foucault, para que a medicalização do espaço hospitalar acontecesse, era preciso “a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital ” (FOUCAULT, 1979/2003, p. 62).

No livro “O nascimento da clínica” (1963), também do mesmo autor, lançado anos antes da “Microfísica do Poder” (1979), o filósofo francês esboça que a presença da doença e da dor no corpo - ainda no século XVII e naquele modelo hospitalar - não eram mensuradas pelo conhecimento neutralizado e objetivo do discurso médico. Ele aponta que, com o nascimento da clínica, que também é um advento datado do século XVIII, cuja percepção do olhar positivista penetra como o alicerce da nova prática, o saber particular do paciente sobre o seu sofrimento – acerca do seu sintoma - é alocado em classificações; acredita-se que este seja mais um ponto de transformação, porém, na postura médica. Aquele que antes era entendido como médico “geral” ou o médico de família, cuja percepção destinava-se ao sujeito portador de alguma enfermidade e também era expandida para o cuidado da família, o filósofo chama atenção para o fato de que com a nova prática clínica, abstrair o doente e focar na doença incide sobremaneira na relação médico-paciente. De todo modo, o que é levado em consideração é o olhar médico e o afastamento do saber do sujeito é inevitável. O modelo classificatório moderno é pautado no aspecto visual da doença, da aparência provocada. Cito-o:

Daí a estranha característica do olhar médico; ele é tomado em uma espiral indefinida: dirige-se ao que há de visível na doença, mas a partir do doente, que oculta este visível, mostrando-o; conseqüentemente, para conhecer, ele deve reconhecer (FOUCAULT, 1977/2011, p. 8).

Como Foucault, também notamos com estranhamento o novo advento. O que estava em jogo na nova clínica era o homem visto como uma espiral sem definição. Agora, tanto o modelo médico quanto o hospitalar, podemos dizer, são regidos pelos recortes organicistas, biológicos e visuais da doença. Já o sujeito que ali se encontra sem lugar resiste, ocultando a parte que lhe cabe.

O que podemos depreender disto é o fato de que tanto a disciplinaridade quanto o deslocamento sofrido pela inserção da prática médica para o ambiente hospitalar são considerados fenômenos responsáveis pela transformação do ambiente - do hospital - e da sua função. O nascimento da clínica faz surgir a espinha dorsal de um hospital, os pacientes são alocados em leitos, com dieta e medicamento com horário específico, são separados por especialidades e setores, as enfermarias são compostas de regras e tabelas, os profissionais admitem uma escala exaustiva de turnos e plantões. O médico passa a exercer seu saber e

aprendizagem não mais em livros e escritos, mas tal conhecimento é expandido no que é cotidianamente registrado e visualizado. O paciente, agora, é visto como peça chave, é tomado como objeto de estudo para a formação dos profissionais da área da saúde.

Dialogando numa lógica a partir da retrospectiva desenvolvida com os modelos de saúde que prevalecem em nosso país nos dias de hoje, o sistema hospitalar do qual participamos pertence, em geral, a dois formatos, sendo importante ressaltar que ambos não atuam de maneira excludente, necessariamente. O primeiro modelo, é regido pela lógica neoliberal, ou, se formos avançar com a psicanálise, trata-se do próprio discurso da ciência, compactuado com o modelo capitalista. Neste formato, inúmeros pedidos de exame via planos de saúde, medicalização exacerbada, manutenção do paciente hospitalizado, verdadeiros hotéis conferindo uma alta gastronomia são algumas das formas de concebermos o discurso da ciência, associado e invadido pela lógica capitalista. Creio que um dos desafios deste pacto – capitalismo-ciência - seja a baixa participação da população, já que tal aliança fomenta em sua radicalidade princípios como a exclusão e a segregação das diferenças, especialmente no que tange às classes econômicas.

Na outra lógica, contamos com os hospitais que são circunscritos pelo Sistema Único de Saúde. O SUS, que foi implementado na década de 1980 no Brasil, é reconhecido como um dos maiores sistemas públicos do mundo. O sistema conta com princípios e diretrizes pilares, que são: universalidade, integralidade, igualdade de assistência à saúde, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização, etc.¹³. Na perspectiva deste modelo, o atendimento à população é amplo e integral, a assistência abrange não mais aquele quadro de saúde entendido como de não-doença, o que atrelava o tratamento às patologias e enfermidades. Com o modelo implementado, a saúde é promovida em larga escala: além da sua democratização, ela também é pensada em ações de vigilância e prevenção, como acontece nas campanhas de vacinação realizadas em postos de saúde. Num outro nível, que seria o caso do hospital, as práticas comuns são a realização de consultas, exames, tratamentos, transplantes, internações de alta complexidade e outros. Essas características também são observadas em outros modelos de saúde, porém, na outra lógica, é com a aquisição de um chamado plano de saúde que seja responsável pela compra de um serviço que torna viável a participação do sujeito ou não. Considerando que são mais de 180 milhões de brasileiros atendidos neste sistema, os desafios, no entanto, são muitos, cabendo à população

¹³ O endereço eletrônico é: <http://portalsaude.saude.gov.br/>.

e à sociedade civil maior fiscalização e atenção quanto aos gestores que se propõem a cargos e funções dessa alçada.

Não possuímos aqui, neste momento, o intuito de traçar mecanismos que façam o leitor coadunar ou compactuar com modelo ou outro, porém, é necessário ser dito que a posição que os psicanalistas adotam confere acentuada notoriedade para sua inserção na polis, que é política. É preciso dizer que o último modelo, o SUS, pelo fato de acreditar que a lógica de sustentação das diferenças deva sobressair sobre a excludente, marca o maior acesso da população ao sistema de saúde. Por outro lado, é preciso atribuir ao fato de que assistimos, incessantemente, a falta de investimentos públicos ao que confere os princípios básicos de nossa constituição, como o acesso à saúde, e, conseqüentemente, ao desmonte perverso deste que é considerado um dos sistemas mais bem elaborados do século. Isto não é sem efeito, obviamente. Quanto aos praticantes da psicanálise, salientamos que a escuta do inconsciente se presentifica em qualquer que seja o cenário e modelo de atuação.

Portanto, além dos pontos apresentados, que compõem parte do pensamento histórico-crítico fundamental para contextualização do tema, partimos, na próxima sessão, para a descrição do hospital em que a pesquisa foi realizada.

1.2 O Hospital Universitário Pedro Ernesto, sua história e importância

O Hospital Universitário Pedro Ernesto¹⁴ desde 1962 é conhecido como o hospital-escola da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sua inauguração é datada do ano de 1950, quando ainda fazia parte da rede hospitalar da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, período em que a cidade do Rio de Janeiro era compreendida como a capital federativa do Brasil. Até o ano de 1965, o hospital era abrangido como Hospital das Clínicas, ou seja, suas atividades eram concernentes exclusivamente ao ensino e pesquisa com o enfoque no estudo de casos raros e de estágio final de evolução. No ano de 1975, após um convênio feito com o Ministério da Educação e previdência social, o hospital muda radicalmente sua estrutura: passa a atuar no cenário da saúde como um hospital geral e adequa-se às necessidades e demandas da população local.

Desde os primórdios, o HUPE é entendido como um hospital de referência, são mais de 60 especialidades e subespecialidades, sendo que em 1975 foi inaugurada a primeira Enfermaria de Adolescentes – Prof. Aloysio Amâncio – do Brasil, contando com atendimento

¹⁴ O endereço eletrônico é: http://www.hupe.uerj.br/hupe/Institucional/IN_historico.php.

especializado e multiprofissional. Cinco anos depois, no ano de 1980, o hospital mais uma vez inova e cria a primeira Clínica da dor do Estado do Rio de Janeiro, onde os profissionais desenvolvem diversas técnicas para o tratamento das mais variadas formas de dor. Em 1998, o hospital geral universitário recebe a certificação do título de ‘Hospital amigo da criança’. Segundo a UNICEF e a OMS, é um título cujo valor é a primazia pelo incentivo ao aleitamento materno, sendo que o hospital já contava com o rico sistema de Alojamento Conjunto que mantém mãe-bebê juntos desde o nascimento. No ano de 2006, foi criado o Núcleo Perinatal, onde hoje é referência estadual no atendimento de pacientes com gravidez de alto risco. Os serviços de saúde ofertados pelo hospital prestam atendimentos através do Sistema Único de Saúde (SUS), que é, por sua vez, amparado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Além desse longo histórico de conquistas, o hospital participa decisivamente na formação de diversos profissionais da área da saúde, preza por uma assistência integrada, humanizada e é considerado um potencial agente transformador na sociedade através do ensino, da pesquisa e da extensão. Advirtamos que, como a maioria dos hospitais no Brasil, a principal função do HUPE, até a década de 1980, era concernente ao ensino e à pesquisa relacionados ao tradicionalismo médico. É apenas na década de 1990, com a Reforma psiquiátrica e a criação do campo da saúde mental, que os demais campos do saber – inclui-se aí a psicanálise – puderam-se articular para além daquele lugar acessório até então ocupado, o que é observado com uma efetiva reestruturação dos serviços de saúde. Mudanças significativas aconteceram, como: a composição de equipes no âmbito da assistência, enfermarias e ambulatórios; a presença de uma equipe de saúde multidisciplinar na construção de casos clínicos em reuniões de equipe; a criação de cursos de especialização ou aperfeiçoamento voltados para a formação de profissionais das áreas de psicologia, serviço social, terapia ocupacional, fisioterapia e a promoção de uma política de humanização do ambiente hospitalar. As transformações suscitaram, além de mudanças físicas e estruturais, a composição das equipes e coordenadorias. A presença da pluralização dos discursos contribuiu com novos olhares sobre o sujeito e o seu sofrimento - seja ele psíquico ou físico, criando novas possibilidades e articulações - que não mais aquele representado pelo modelo hegemônico da prática médica.

Dentre as diversas especialidades e subespecialidades que o hospital comporta, torna-se importante dar maior enfoque para aquela que foi originariamente a porta de entrada da

minha inserção: a Secretaria de Psicologia Médica e Saúde Mental¹⁵. A partir do curso de especialização que foi finalizado em 2016, participei ativamente dos diversos setores deste hospital, do Ambulatório da Policlínica Piquet Carneiro, das comunidades nas quais pude realizar em conjunto com outros profissionais o matriciamento na atenção básica em saúde mental e, principalmente, na atuação nos três respectivos níveis de atenção à saúde¹⁶: primário, secundário e terciário. Neste momento não caberia incluir a explicação concernente aos três níveis de atenção, apenas cabe o esclarecimento de que o hospital em que a pesquisa foi realizada atende-os de maneira integral.

Para dar prosseguimento e avançar nas questões referentes aos objetivos maiores da pesquisa, delinheiro a relevância que o serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental dispõe na minha inserção no hospital e, principalmente, por ser a disciplina responsável pelo estudo das doenças psicossomáticas na área médica.

1.3 A Secretaria de Psicologia Médica e Saúde Mental – a delimitação do setor e a presença do psicanalista no hospital

A Secretaria de Psicologia Médica e Saúde Mental consiste no espaço destinado para a disciplina específica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A secretaria é responsável pela disciplina obrigatória ofertada para o curso na Faculdade de Medicina como também pelo curso de Pós-graduação no nível de especialização. A disciplina é oferecida durante os primeiros anos da graduação, é ministrada, atualmente, em parceria com o Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ). Quanto ao curso de especialização que é destinado aos profissionais formados tanto nas áreas de medicina quanto de psicologia, o objetivo é a inserção na prática em saúde mental nas instituições de saúde, propiciando a atuação nos mais variados setores de um hospital geral, além da vivência

¹⁵ A especialidade será melhor descrita com maior riqueza de detalhes na seção seguinte, intitulada: A Secretaria de Psicologia Médica e Saúde Mental – resumo conceitual e histórico.

¹⁶ Luciano Elia, na comunicação feita ‘Análise crítica das políticas públicas brasileiras de saúde mental em uma perspectiva histórica’ na Mesa intitulada *A política de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro na atualidade*, organizada pelo Conselho Regional de Serviço Social (CRSS), 7ª Região, Rio de Janeiro, realizada no Auditório do IMAS Philippe Pinel no dia 6 de outubro de 2015, retoma tanto o cenário nacional quanto o local – Rio de Janeiro - para discorrer sobre as políticas públicas de saúde mental. A partir de uma perspectiva histórica, o psicanalista recorre aos primórdios da Reforma sanitária brasileira (precedente para os princípios do SUS) para a criação da noção de atenção à saúde, ponto fundamental para discernir da Reforma psiquiátrica e a modalidade de atenção psicossocial. A crítica sustentada no artigo, diz respeito ao que o conferencista chama de “sanitarismo atual”, ou seja, o que vigora nesta lógica atual nada tem a ver com os princípios éticos estruturais das duas Reformas – sanitária e psiquiátrica. A atenção básica de hoje estaria pautada na lógica neo-liberal capitalista caracterizada pela privatização, burocratização, medicalização, extinguindo qualquer possibilidade de conceber o sujeito enquanto posição subjetiva.

de troca e aprendizagem com outros profissionais. A prática de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar assume grande relevância neste modelo de dispositivo.

A psicologia médica se apresenta como um capítulo recente da história da saúde e seu ensino se entrelaça com a chamada medicina psicossomática, iniciada na Alemanha, em 1920. Mesmo que o campo da medicina psicossomática tenha sido idealizado na Europa, foi nos Estados Unidos, liderada por Franz Alexander, na Escola de Chicago, em 1934, que ela se consolida no campo médico (LINDENMEYER, 2012). Enquanto disciplina, a psicologia médica faz parte do campo de atuação da saúde mental dentro do âmbito do hospital geral, operando na interface com diversas especialidades, como: a psiquiatria, a psicologia, o serviço social, a enfermagem e demais áreas afins. No Brasil, a matéria foi introduzida na década de sessenta nas grandes universidades (BOTEGA, 1994). O propósito geral da disciplina é a problematização do conceito de homem, fornecendo subsídios de amparo que permitam lançar o olhar do aluno para outros aspectos além do biológico e do órgão estanco.

Com relação à medicina psicossomática, campo de íntima relação com a recém-criada psicologia médica, trata-se de uma concepção teórica que tem como base a noção de que na constituição do humano a interferência da psique no soma e do soma no psique pode ser entendida como uma relação complementar, de influência mútua e em igual proporção, o que traz como efeito o homem enquanto uma espécie de “bloco”, de unidade. Assim, no artigo ‘Psicossomática: o diálogo entre a psicanálise e a medicina’, Abram Eksterman, um dos fundadores da Associação Brasileira de Psicossomática aponta que não existem doenças psicossomáticas, mas sim todas as doenças seriam consideradas psicossomáticas (EKSTERMAN, 2009). O termo doença psicossomática, muito utilizado no contexto médico, de acordo com Melo Filho (2009), era inicialmente utilizado para certas doenças, como: úlcera peptídica, asma brônquica, hipertensão arterial e colite ulcerativa. Porém, atualmente, a doença psicossomática é ensinada para os alunos médicos como processo de somatização no qual para esses profissionais, fica evidente a atuação de fatores psicológicos no curso das doenças, criando um verdadeiro *check list*, como, por exemplo: artrite, asma, rinite, enxaqueca, gastrite, úlcera peptídica, colite ulcerosa, impotência e outras disfunções sexuais, hipertensão arterial e fibromialgia. Sabemos, entretanto, que toda e qualquer tentativa de reconciliação entre psique e soma não é senão a busca pela objetificação científica, assinalando a impossibilidade de deixar o sujeito do inconsciente emergir e, mais ainda, colocando em voga a ideia de que a completude regesse a ordem do humano, tal como podemos observar em determinadas áreas do conhecimento que acentuam o uso de uma dita visão integral ou ‘holística’ do homem.

Críticas à parte, afinal de contas, não é disso que se trata quando falamos em psicanálise; no entanto, sabemos da importância de determo-nos neste ponto no primeiro capítulo de apresentação sobre o serviço e a inserção no campo de pesquisa. Ressaltamos, todavia, que os campos da psicologia médica e medicina psicossomática enfatizam os aspectos psicológicos e emocionais no curso das doenças no âmbito hospitalar. Nota-se, historicamente, a acuidade do fato de que é com a criação dessas disciplinas no currículo médico, que conceitos psicanalíticos que são considerados pilares da teoria, como, por exemplo, a transferência, foram introduzidos e ensinados na formação dos alunos da área médica, mesmo com uma enxurrada de pesquisas e profissionais que preferem privilegiar técnicas maçantes de modelação do comportamento. Abre-se, portanto, mais um desafio ao psicanalista.

Com isso, destaca-se, nesta ação, a tentativa de dar ao sujeito que ocupa o lugar de paciente outro viés que não apenas o lugar da doença/do doente, discussão vista com frequência no dia-a-dia das enfermarias, ambulatórios e interconsultas, ou, até mesmo, da transmissão do fato de que existe um sujeito do inconsciente e que este deve ser escutado. Outro ponto considerado estratégico na formalização desta disciplina, como parte do currículo médico, é o fato de o profissional da psicologia ocupar um espaço notável de fala na equipe, despontando a importância dos processos psíquicos no curso do tratamento e no manejo de cada caso. No caso da turma de 3º ano que tive o privilégio de acompanhar no ano passado, como descrevi brevemente na Introdução, introduzi e discuti conceitos psicanalíticos que, segundo os alunos, mesmo na matéria de psiquiatria, não eram praticamente vistos ou relacionados aos casos clínicos. Na grande maioria, segundo relatos, a avaliação comportamental e mecânica do paciente era o ponto mais investido pelos profissionais.

Nesta alçada, vale dar destaque ao médico com viés psicanalítico Júlio de Mello Filho, fundador e coordenador geral do curso de Psicologia Médica e Saúde Mental na UERJ. Segundo o referido autor, dentre as inúmeras contribuições de Freud para o estudo da mente humana, a importância do inconsciente é notória, já que, a partir daí, refletir sobre a perspectiva da vida mental do sujeito ganhou outro enfoque: não mais aquele pautado na história da doença, tal qual entendido pela medicina clássica, mas “no sucessivo encadeamento dos eventos vitais, dando um novo sentido à biografia do homem, à história de sua vida” (MELLO FILHO, 2009, p. 24). Mello Filho aposta que a medicina deveria atentar seu olhar não apenas para a mera descrição patológica e biológica de uma doença, mas para a história do sujeito. Partindo deste pressuposto, o que Júlio de Mello Filho fez ao introduzir em 1978 a disciplina de Psicologia Médica e Saúde Mental como matéria obrigatória para o curso

de Medicina da UERJ foi transmitir para os médicos em formação que o sujeito que, por algum motivo, procura um serviço hospitalar possui participação direta e ativa em seu adoecimento, por mais que esta seja desconhecida por ele. Para Muniz e Chazan (2009, p. 49), “a psicologia médica tem como principal objetivo de estudo as relações humanas no contexto médico”. Desta forma, o serviço de Psicologia Médica, no interior da prática e da formação médica, além de ser uma tentativa de dar lugar ao sujeito que padece de seu sofrimento, é, ainda, uma resistência no sentido de dar voz às relações que o constituem no espaço hospitalar – a família e a equipe.

Para dar sustentação teórica à prática da recém surgida psicologia médica, Júlio de Mello Filho apostou no alicerce da psicanálise no momento da criação da disciplina, dado que assume importância para nossa entrada na Secretaria.

Deste modo, assim como Freud em suas pesquisas no tocante ao sofrimento humano, foi necessária a presença das histéricas com seus enigmas no corpo, trazendo conversões para os quais a medicina clássica não possuía uma explicação; a psicologia médica, em sua origem, quando adota a psicanálise como base estrutural do seu discurso, subverte a lógica que mais encontramos no âmbito hospitalar, a Terapia Cognitiva e Comportamental. Advirtamos que, mesmo com a escolha pela psicanálise feita para sustentação do arcabouço teórico da disciplina, os profissionais que pertencem à secretaria adotam, em sua maioria, o discurso da técnica do comportamento, restando, assim, do lado daqueles que escolheram adotar a psicanálise como causa, a resistência necessária para manter vivo o discurso do inconsciente.

Em 1919, no texto “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”, Freud reconhece que “nuestra eficacia terapéutica no es muy grande”¹⁷ (FREUD, 1919 [1918]/2012, p. 162), contudo, sinaliza a necessidade da extensão do campo psicanalítico a outras camadas da população, e, principalmente, a outras instituições. Na sequência, no mesmo volume da obra, no artigo “Sobre o ensino da psicanálise nas universidades” (1919 [1918]), ele aposta no estudo da psicanálise no meio universitário como um alicerce para a atuação da prática médica. Pautado no olhar da formação adicional, escreve que o importante para o profissional de medicina é que ele “bastará con que aprenda algo del psicoanálisis y lo asimile”¹⁸ (FREUD, 1919 [1918]/2012, p. 171) e não que o mero estudo da teoria no meio universitário seja suficiente para o entendimento da psicanálise propriamente dita, até porque, não é apenas do estudo teórico universal que a psicanálise se sustenta: a análise e a supervisão compõem o tripé da formação analítica.

¹⁷ O trecho correspondente na tradução é: Nossa eficácia terapêutica não é muito vasta.

¹⁸ O trecho correspondente na tradução é: Será suficiente que aprenda alguma coisa com a psicanálise e assimile.

Desta maneira, amparar a teoria, a prática e a escuta da psicanálise na universidade e no hospital universitário, como Freud nos ensinou, permite-nos apostar numa tentativa de formação médica futura que assuma o sujeito em outro lugar diferente daquele que vemos com frequência no dia-a-dia do hospital universitário: de objeto de estudo e de lugar de doente. Ressalto ainda que, do lado dos praticantes da psicanálise, os psicanalistas, operar com o discurso da psicanálise no hospital geral universitário assume o relevo da sustentação da escuta do inconsciente e das suas leis na forma mais radical: na troca com outros profissionais e na diversidade de saberes.

Dentre as questões que se colocam ao psicanalista no hospital, apresento a que segue em constante interrogação e que serviu como base fértil para este estudo: em que podemos apostar que a atuação no hospital, ou, numa instituição de saúde, possa contribuir para sua formação? Assim, as inúmeras perguntas originadas a partir da atuação no dispositivo hospitalar alimentam ainda outras questões além daquelas já trazidas pela clínica do FPS, o que aponta um viés a ser abordado em momento ulterior.

É importante registrar que este lugar impossível – psicanalisar -, que Lacan aponta no Seminário, Livro 17 – “O avesso da psicanálise” – marca a imprecisão subjetiva de cada um frente ao seu inconsciente e à construção permanente deste lugar que é criado a partir da dimensão singular de uma análise. Se é em torno da impossibilidade de saber tudo que o analista constitui sua formação e atuação, no hospital não é diferente. Aliás, o hospital figura como o “lugar da castração”, é lá que o sujeito se depara com a morte, com as perdas, com o corpo que não corresponde às medicações – o que é visível em casos de FPS em que nem mesmo o medicamento é capaz de frear o gozo letal.

Como participante, atuante e pesquisadora em instituição de saúde, não posso deixar de situar o lugar de resistência que o profissional “psi” enfrentou e enfrenta até os dias de hoje, mesmo que as problemáticas de cunho subjetivo sempre tenham existido, ainda que negadas. O mundo contemporâneo em que vivemos é marcado pelo discurso da ciência, cujo mal-estar, já descrito por Freud desde 1930, expressa-se através das doenças nos laços sociais. Isso pode soar estranho mas, no discurso da ciência, ter o conhecimento sobre o que está causando o transtorno de um órgão é prevalente à verdade do sujeito e o lugar que este ocupa no laço social. No texto “O lugar da psicanálise na medicina” (1966), já citado na Introdução, Lacan, que é convidado para se dirigir numa fala aos médicos no Colégio de Medicina no hospital *Salpêtrière*, adverte sobre o risco que estes profissionais correm em abandonar sua função clínica em prol dos avanços da ciência. Hoje, o conceito de “medicina baseada em evidências” aponta de forma ferrenha a sobreposição da frase “o aparelho que há de mais

novo e confiável” ou até mesmo o próprio site de pesquisa do *Google*, em relação à subjetividade do sujeito que exerce a medicina. O que observamos, contudo, é que tanto o sujeito que oferta seu corpo aos cuidados do outro, quanto aquele que ocupa a função médica, são rechaçados pelo discurso científico. Ou seja, o corpo é duplamente rechaçado. De maneira geral, as instituições de saúde adotam a visão normativa e universalizante como política instituída, sem se preocupar com o sujeito e a particularidade do seu desejo, seja ele de qual lado estiver. O que parece oportuno destacar é que, no caso do sujeito em sofrimento que oferta seu corpo aos cuidados, manipulações e intervenções do outro, na maioria dos casos, o que acaba acontecendo é que ele tem que pagar caro por essa submissão, com seu corpo e gozo. Diante da fragilização imposta por doenças, principalmente aquelas que acometem diretamente a relação do médico com o seu próprio saber, ao sujeito chamado paciente cabe esse lugar de objeto de estudo da ciência, sobretudo, pois estamos inseridos num local de ensino e pesquisa.

Sobre esta articulação engenhosa entre o discurso científico e o rechaço do sujeito que ocupa as respectivas funções descritas, Lacan, no seu escrito “A Ciência e a Verdade” (1966), faz uma longa análise sobre o objeto utilizado pelas ciências modernas – o homem. O que o psicanalista aponta é o fato de o sujeito não ser passível de objetificação por parte do discurso científico, o que faz com que ele diga que “o homem da ciência não existe, mas apenas o seu sujeito” (LACAN, 1966/1998, p. 873). O que podemos depreender disso é que a psicanálise atinge “em uma cajadada só” o conceito de sujeito adotado por Descartes – o nome máximo da ciência moderna, o responsável por colocar em evidência e questionamento a maior certeza do homem: a consciência. Mesmo que a psicanálise tenha surgido fundamentada na base do discurso fundado por Galileu e, com seu avanço, tenha se afastado consideravelmente deste cerne, por motivos de um esgarçamento das suas barreiras, seu criador, Sigmund Freud, em momento algum deixou de se preocupar com a profícua articulação existente entre a psicanálise e a ciência. No texto “A Ciência e a Verdade”, o que Lacan vai ratificar é o fato de a ciência operar sobre o sujeito assim como a psicanálise; a diferença está em sustentar que a psicanálise opera de uma outra forma. Assim, a psicanálise mantém sua filiação à ciência, mas da sua maneira, postulando que ali onde acontece o tropeço, a palavra dita na hora errada, o sonho aterrorizador e “sem sentido”, há uma verdade a ser dita e escutada.

Luciano Elia, na conferência “Por uma psicanálise desavergonhada diante da ciência”¹⁹, problematiza esta embaraçosa relação entre a psicanálise e a ciência, partindo da sua experiência na universidade e no campo de saúde mental com o autismo. “Mas, e nós, hoje, com isso tudo? Continuaremos a dizer que somos herdeiros da ciência, com a qual fomos levados a romper por causa do sujeito?” (ELIA, 2009, p. 4), indaga o autor. É importante nos determos no ponto de que para o psicanalista, que utiliza o termo original – *pesquisante*, para designar a posição adotada quando se faz pesquisa em psicanálise - não se trata de desdenharmos da ciência, nem tampouco de colocarmo-nos num lugar independente dela, mas, sim, trilhar, a partir de uma posição ética, a possibilidade desavergonhada de dialogar com diversos campos do saber e é nisto que consiste essa dissertação. Cito-o:

E o mais curioso, aspecto pouco comentado, é que ali onde esperaríamos que fosse pelo viés de uma discussão de teoria, de saber, que pudesse ser vislumbrada a relação íntima, de derivação, de dependência da psicanálise com a ciência, surpreendemo-nos com o fato de que esta relação só é acessível pela práxis, pela experiência (ELIA, 2009, p. 4).

Como psicanalistas, sabemos que para construir novas possibilidades, posições discursivas e subjetivas para nos constituirmos enquanto sujeitos desejantes e nos relacionarmos de um outro lugar com a filiação que nos é transmitida, faz-se necessária a submissão ao dispositivo criado por Freud como uma via para que ocorra o encadeamento significativo pela função da fala e campo da linguagem.

Dando um passo atrás - pois será importante neste momento para que *a posteriori* possamos avançar de maneira substancial, no que tange ao sujeito que a ciência degradou até o ponto máximo - caberia a pergunta: e o corpo, o que a ciência fez com ele?

No cotidiano do hospital, sobretudo nas enfermarias, deparamo-nos com profissionais, sejam neurologistas ou neuropsicólogos, pesquisando e realizando exames de mapeamento em busca do neurônio que responda sobre a ação A ou a ação B de determinado comportamento do corpo humano. Deixo claro que este fato acontece por todo e qualquer hospital, contudo, em determinadas especialidades médicas e, principalmente, por se tratar de uma instituição de ensino e pesquisa, essa ação torna-se mais comum no dia-a-dia. Tal fato é presenciado com frequência em enfermarias que encontram sujeitos acometidos por patologias com característica autoimune. Nestes exames de rastreamento corporal, o que parece estar em jogo

¹⁹ Comunicação feita na Mesa Plenária nº I - *Psicanálise, epistemologia, ciência e pesquisa* do VI Simpósio Anual do Programa De Pós-Graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia da UERJ, realizado nos dias 19, 20 e 21 de outubro de 2009 no Auditório 91 da UERJ, com o tema Psicanálise, Universidade e Sociedade.

é um corpo sensível aos sensores, bipes e luzes, ou como Lacan assinala no Seminário, Livro 15 – “O ato psicanalítico” - o corpo enquanto máquina.

Na lição de 10 de janeiro de 1967, Lacan, imerso da primeira aula do seminário que inauguraria o início daquele ano, em meio aos votos de ‘feliz ano novo’, aponta especificamente que, para a dimensão do real, não há um ponto de partida. Aquilo que marcaria o início e o final de um ano, como a data e horário, não poderia ser transposto para o registro do real em psicanálise, tampouco para sua formulação sobre o ato analítico, título que confere o Seminário 15, porém, assim como um novo ano, alguma coisa da ordem da novidade, da originalidade, de “um verdadeiro começo” (LACAN, 1967-1968, p. 78), estaria posto. Ainda nesta lição, ele discorre sua fala com relação ao corte epistemológico que a psicanálise desde Freud imprime ao Cogito de Descartes, o ato de posicionar o inconsciente em primeiro plano ou até mesmo a própria experiência do “eu não sou” e do “eu não penso” como o verdadeiro novo continente que se abria.

Mas, com o que de fato Freud, e, posteriormente, Lacan, estariam rompendo com o “joven solitario” (FREUD, 1929/2012, p. 202) – termo utilizado por Freud em resposta à carta de Maxime Leroy sobre o conteúdo de alguns sonhos de Descartes – e quais seriam os efeitos?

O ponto de partida de René Descartes para a criação do seu argumento nada mais é do que a constatação da profunda crise que o conhecimento vivia em sua época e ele não estava sozinho nesta jornada culturalista. Para o filósofo do século XVI, as ideias tradicionais que vigoravam até aquele momento estavam muito distantes de encontrar uma verdade ou um sistema concreto que fosse capaz de mensurar o homem. Não apenas com Descartes o pensamento moderno viu-se compelido ao seu aparecimento, havia uma necessidade de mudança própria daquele momento, o que não é visto em Freud com a criação da psicanálise, que de fato faz referência mais do que a uma produção da série de acontecimentos, tratando-se de uma subversão.

Segundo Danilo Marcondes, filósofo brasileiro, a construção do pensamento moderno e da modernidade traz a necessidade de uma contextualização histórica, afinal, os séculos XV, XVI e o XVII são períodos de grandes rupturas e transformações no mundo europeu: As grandes navegações, as teorias de Nicolau Copérnico, a Reforma Luterana, a decadência do feudalismo e o surgimento do mercantilismo, o próprio movimento artístico do Renascimento são alguns dos acontecimentos que estão inseridos nesta mudança estrutural entre o pensamento tradicional antigo e o moderno. “Penso, logo existo. *Cogito ergo sum*”. Seria esse o registro da certeza da existência do pensante. Talvez esta seja uma das frases mais ditas e

propagadas no mundo científico e nas expressões filosóficas, o que nos mostra que, ainda hoje, somos herdeiros da concepção do argumento do Cogito de Descartes. Cito Marcondes:

O objetivo principal do argumento do cogito é estabelecer os fundamentos do conhecimento – e, portanto, da possibilidade do saber científico – através da refutação do ceticismo. Embora não seja cético, Descartes considera que o ceticismo deve ser levado a sério [...] Por isso, não pode simplesmente ser ignorado ou posto de lado, sendo preciso refutá-lo (1997, p. 169).

Por conseguinte, a partir da meticulosa argumentação e formulação de uma dúvida metódica – o filósofo que duvida de tudo - em que a certeza do ser que pensa é mais originária do que a dúvida da sua existência, Descartes estabelece a evidência do Cogito. Aquilo que Descartes acreditava que os pensadores antigos não tinham conseguido comprovar, a sua experiência afirma a verdade sobre a substância pensante *res cogitans*. Este, e apenas este, seria o único ponto do qual o homem estaria imbuído de uma verdade. Não podemos, entretanto, a partir dessa lógica, sequer saber se somos um animal, um ser humano, ou até mesmo se temos um corpo, pois, para isso, precisaríamos ir além do pensamento. Segundo Marcondes:

Não podemos sequer afirmar a existência do corpo, porque, sendo este material, é de fato um objeto no mundo externo, sobre o qual não podemos ter certeza. O cogito, portanto, nos revela apenas isso: a existência do pensamento puro, o que é possível pela evidência do próprio ato de pensar. No entanto, sempre que quisermos ir além do pensamento puro, desse pensamento que no máximo pode pensar a si mesmo, reflexivamente, encontramos a dúvida. Qualquer que seja o conteúdo desse pensamento, este ainda pode ser posto em dúvida (1997, p. 174).

Seguindo o pensamento cartesiano, onde estaria localizado o corpo? Qual destino restou para ele? Antes de tentarmos lançar qualquer possível resposta para essas indagações, certamente é importante dizer que o pensamento cartesiano trouxe grandes considerações não apenas para o campo da filosofia. Do ponto de vista da criação da edificação iluminada pela verdade do conhecimento humano e, principalmente, da criação do método da dúvida e da refutação, seriam esses os germes do pensamento crítico do qual faz parte todo o arcabouço científico atual. Descartes dá luz no ainda século XVII à consciência no sentido objetivo e talvez esta pudesse ser considerada uma obra filosófica do eu. Contudo, quando Freud diz, em 1917, que “el yo no es el amo en su propia casa” (1917/2012, p. 135), imediatamente estaria agenciado que a psicanálise, a inovação do inconsciente rebateria não apenas o Cogito cartesiano, mas, também, a própria ideia que figurava na época que o homem, o sujeito falante, seria um mero ser evoluído na escala animal, como numa espécie darwiniana de mutação melhorada. Desta maneira, retornando à lição de 10 de janeiro de 1967 do então Seminário 15, Lacan denuncia que a psicanálise institui um novo começo.

O ato do Cogito é o erro sobre o ser, como nós podemos ver na alienação definitiva do corpo, que dele resulta, que é rejeitado na extensão. A rejeição do corpo fora do pensamento é a grande *Verwerfung* de Descartes. Ela é assinalada por seu efeito que reaparece no Real, ou seja, no impossível. É impossível que uma máquina seja corpo (LACAN, 1967-1968, p. 89).

Depreendemos, particularmente, que o erro de Descartes foi acreditar que poderia rejeitar o corpo na sua extensão *res extensa*, que isso não traria efeitos para o sujeito. Contudo, a medicina opera como uma ciência responsável por restituí-lo como máquina – isto é, no impossível – e cujos efeitos se observa no real, deflagrando que, em se tratando de sujeito, o aspecto da previsibilidade estaria fora de alcance de cobertura; o saber falsamente entendido como todo é defrontado com o limite imposto pelo não-todo.

Treze anos antes da estreia do Seminário 15, em 1954-1955, num dos Seminários introdutórios do seu ensino, Lacan já demonstrava que a questão da ruptura epistemológica de Freud em relação a Descartes não era simplesmente uma questão de ponto de vista sobre o homem. Na lição VI, em que Lacan se indaga sobre a possibilidade da psicanálise ser ou não regida pela lógica do humanismo, utilizando-se como contraponto a filosofia hegeliana, ele ratifica que a grande descoberta da psicanálise freudiana é o fato de o homem não ser exatamente o homem, o que faz com que falar em humanismo em psicanálise seja o mesmo que a prática de uma redundância. A partir disto, a perspectiva de idealização da composição de uma unidade do ser que busque um retorno à benfeitoria e à harmonia da natureza nada mais é do que a própria tentativa de reconciliação com o corpo retalhado por Descartes, corpo este que seria inútil tentar recompor. Em posse da psicanálise, não é mais possível afirmar que algo foi falado na hora errada – a própria estrutura do ato falho - ou não foi escutado pelo interlocutor. Está dito. Está escutado.

É totalmente estranho estar localizado num corpo, e não se pode minimizar esta estranheza, apesar de a gente andar o tempo todo agitando as asas a se gabar de ter reinventado a unidade humana, que esse idiota do Descartes havia recortado [...] A divisão está feita de vez. [...] O médico com relação ao corpo tem a atitude do homem que está desmontando uma máquina. Foi disto que Freud partiu, e este era seu ideal – trabalhar em anatomia patológica, em fisiologia anatômica, descobrir para que serve este aparelhinho complicado que se acha aí encarnado no sistema nervoso (LACAN, 1954-1955/2010, p. 104).

A partir da posição subversiva que a própria psicanálise adota frente à ciência, que ainda hoje é configurada segundo o modelo filosófico cartesiano, indagamos como o psicanalista sustentará seu lugar no hospital, a teoria construída e escrita por Freud e até mesmo a clínica da escuta do inconsciente, já que devemos pautar que, de saída, seu lugar é entendido como marginal e extraterritorial nas instituições de saúde. Segundo Lacan, a psicanálise é marginal do ponto de vista de que “ela (a medicina) admite-a como uma espécie

de ajuda exterior, comparável àquela dos psicólogos e dos outros distintos assistentes terapêuticos” (1966, p. 32). Logo, é extraterritorial do ponto de vista dos psicanalistas, admitindo o interesse da própria psicanálise em se manter num lugar estratégico de exterioridade ao território. Já o hospital, por ser o lugar em que a vida e a morte, o nascimento e envelhecimento se revelam, a presença do tempo e a urgência cronológica invadem abruptamente os atendimentos e atravessam todo e qualquer profissional, seja ele psicanalista ou não, fator que contribui muitas vezes para que ocorra uma verdadeira corrida médica, atropelando, assim, os demais profissionais das suas atuações.

Neste terreno árido, portanto, a psicanálise, pautada na lógica de um outro tempo daquele ditado pelo relógio, aponta a atemporalidade do inconsciente como a nova ‘modalidade’ de tempo, afirmando sua posição ética diante do desejo daquele que fala. Se, curar, como diz Freud em seu artigo pouco divulgado sobre a prática da educação “Prefácio a juventude desorientada de Aichhorn” (1925), já é entendida como uma das profissões do impossível, junto com educar e governar, não é diante de uma instituição de saúde que tal valor mudará. A prática do psicanalista, imerso nos parâmetros e dificuldades que um hospital público universitário impõe, não será designada com outra técnica ou prática como alguns profissionais embasados em teorias “rasteiras” se arriscam de maneira irresponsável a chamar de ‘mais adaptada’, ‘breve’, ou, até mesmo, ‘terapias de base analítica’. Estes são alguns dos nomes que ouvimos com frequência na prática hospitalar, em uma tentativa glorificada de encaixe de uma psicanálise que seja cabível nos meandros do hospital, como se reduzir a psicanálise a nomeações mais modernas fosse fazer existir um casamento feliz e perfeito. A práxis analítica, independente do contexto que ocorra sua ação, mantém-se com o mesmo rigor criado por Freud, cuja única regra fundamental é a associação livre do lado do sujeito que ali padece de seu sofrimento.

Pautada na distinção utilizada por Lacan no texto cinquentenário ‘Proposição de 9 de outubro de 1967’ sobre psicanálise em extensão e intensão, que nosso campo de pesquisa é validado enquanto tal. Neste artigo, Lacan indica o vínculo indissociável entre as categorias, sendo que a primeira seria “tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo” (LACAN, 1967/2003, p. 251) e a segunda, a didática e seus operadores. Quanto à primeira categoria, que nos interessa sobremaneira na dissertação, esta diz respeito à transmissão e prática da psicanálise em todo e qualquer campo, seja ela da saúde ou não. Para isso, no começo de todo e qualquer encontro que se dê entre

analista e analisante, independe de onde ele ocorra, está a transferência²⁰ – fenômeno que muitas vezes se torna mais dificultado pela presença do FPS. Para que haja a presença de um outro que encarne o lugar de sujeito suposto saber e faça acontecer a transferência – um dos quatro pilares fundamentais para que ocorra a clínica da experiência analítica – basta que o analista ofereça sua escuta.

Freud, no texto “A dinâmica da transferência” (1912), observa que nas instituições o acontecimento transferencial também acontece, porém, como observa Sonia Alberti no instigante texto “A validação dos fenômenos da transferência no hospital” (2014), “o problema ali é que os fenômenos ligados à transferência não são validados *gewürdigt* como tais...” (ALBERTI, 2014, p. 87). Segundo a psicanalista, se o discurso científico não leva em conta o sujeito do inconsciente, aquele rechaçado pelo e desde o Cogito cartesiano, a constatação da presença do fenômeno da transferência torna-se cada vez mais difícil de ser depurada.

A história da psicanálise desvela que a prática do analista em consultório particular sempre foi entendida como o lugar específico da experiência clínica, o que faz com que ainda hoje alguns “psis” propaguem a presença do discurso analítico como um feito circunscrito às paredes dos consultórios particulares. Entretanto, como já dito no início da sessão, é o próprio Freud quem destaca a necessidade da expansão da teoria e da prática, rompendo os muros do consultório por meio de uma assistência pública que entrecruze tanto o universal da instituição com o particular de cada caso e, mais ainda, amplie para todas as camadas da população.

Não devemos nos esquecer que o ponto de partida de Julio de Mello Filho para a criação da disciplina de psicologia médica foi o estudo das doenças psicossomáticas, o que recai na perspectiva médica de saber absoluto sobre o corpo – o órgão afetado em correspondência com o desajuste emocional - avanço que a psicanálise faz furo com o conceito de sujeito do inconsciente, de pulsão e de gozo. Se o sujeito acometido pelo FPS não chega com tanta frequência no consultório e, pelo o que Merlot (2003) nos aponta, é no hospital que ele se encontra, então, resta-nos apostar que ofertar a escuta neste dispositivo serve como meio facilitador para que a pesquisa aconteça. É curioso notarmos que o nome escolhido para a disciplina diz de uma tentativa global de atendimento, pelo campo psicológico e médico, como se os saberes estivessem em perfeita harmonia e condescendência com o sujeito.

²⁰ Como leitura para o maior aprofundamento acerca do fenômeno da transferência em casos de FPS, sugiro a leitura do livro de Ingrid Figueiredo – ‘Fenômenos psicossomáticos: o manejo da transferência’.

Seguiremos, imediatamente, para o item que compreende a atuação nas enfermarias que serviram como palco para os atendimentos.

1.3.1 O psicanalista na enfermaria de Dermatologia

Ao longo da trajetória do curso de Especialização, como já descrito anteriormente, permaneci por um ano como parte da equipe fixa na enfermaria de dermatologia na ala masculina. Naquela ocasião, tive o privilégio de atender inúmeros pacientes com casos graves que ali eram internados. A unidade de dermatologia no HUPE compreende o ambulatório, a enfermaria, a residência médica e, sobretudo, um serviço credenciado à Sociedade Brasileira de Dermatologia do Rio de Janeiro, realizando pesquisas em níveis regional e nacional. Na enfermaria, a psicologia médica faz parte do quadro da equipe e, atuando em formato multidisciplinar, opera em conjunto com os mais diversos profissionais da área da saúde.

O campo da dermatologia é aquele em que a preocupação médica se concentra nos entendimentos de diagnósticos e tratamentos dos pelos, das mucosas, dos cabelos, das unhas e, principalmente, das afecções da pele. No livro “Dermatologia” (1985/2013), Azulay discorre sobre a importância da pele e suas funções, como: proteção, interação, homeostasia, o despertar de interações sexuais, cheiros, secreções e ressalta: “vale lembrar que, muitas vezes, condições psíquicas do indivíduo manifestam-se na pele, que tem, ainda, conotações de ordem racial, social e sexual” (1985/2013, p. 2). No contexto da enfermaria, acredito que, por estarem presentes em grande volume pacientes acometidos por doenças ditas autoimune e, principalmente, por serem doenças que comprometem na grande maioria o maior órgão do corpo humano, a pele e a imagem corporal, as condições psíquicas dos pacientes eram destacadas sobremaneira ao compararmos com outras enfermarias, como: cardiologia, ortopedia, nefrologia e outras.

Na enfermaria de dermatologia do HUPE, por tratar-se de um local destinado aos casos de grande complexidade, que requereriam a internação hospitalar, as patologias mais vistas, são: alopecia, câncer da pele, esclerodermia, lúpus, pênfigo e psoríase. De todo modo, sujeitos acometidos com demais doenças dermatológicas como a urticária, a dermatite e outras não tão comprometedoras à saúde, na maioria das vezes, eram atendidos no âmbito ambulatorial. Vale destacar que, na enfermaria, os casos que mais apareciam para internação e tratamento eram pacientes com as patologias de psoríase e pênfigo.

Os pacientes internados nesta enfermaria possuem, em sua maioria, uma especificidade marcante: a lenta recuperação das lesões, o que acarreta um longo tempo de

internação. A ideia de chegar a um diagnóstico preciso, atrelado ao lento efeito esperado do tratamento, faz com que o paciente, em muitos casos, continue apresentando os sinais e sintomas da doença e mesmo assim, haja a prescrição da alta hospitalar. Não é de pouco efeito que haja volumosos casos de reincidência, afinal de contas, estamos lidando com patologias crônicas. A média de tempo de duração da internação de um paciente nesta enfermaria é de aproximadamente três meses, o que faz com que sejam possíveis atendimentos quase que diários e por um longo espaço de tempo, se considerarmos a rotina de um hospital. Nessas patologias “da pele”, é comum que a origem primária, o desencadeamento, ocorra na pele, contudo, a etiologia médica ainda permanece desconhecida. Assim, a maioria das chamadas doenças autoimunes dos sistemas dermatológico e reumatológico não apresentam causa orgânica, porém, comparecem exteriorizadas no corpo.

A partir da sucinta descrição acerca da enfermaria e aquilo que a compõe como um rico cenário hospitalar, como poderíamos balizar a presença do analista?

Nas primeiras idas ao paciente, múltiplas reações advinham, principalmente pelo estigma que a psicologia carrega até os tempos atuais. “Não estou maluco!”, “Psicólogo? O que eu fiz?” - são frases comumente escutadas. Ressaltamos que, dentro do hospital geral, a prática psicológica, quando depositada enquanto oferta de uma escuta diferenciada, a aposta que vigora é a de que aconteça a demanda do lado do paciente, para que assim seja possível a intervenção analítica.

Logo de entrada, a pergunta: “O que você acredita que tem?”, era lançada mão, mesmo que previamente já fosse sabido através dos prontuários e da equipe o motivo da internação. A pergunta assim formulada envereda por uma trajetória que vai para além da utilização primordial do olhar, estratégia médica por excelência, buscando a escuta do paciente acerca daquilo que ele sabe sobre sua enfermidade e como a representa. Retomamos, a partir de Foucault, a importância desta pergunta. No prefácio do livro, “O nascimento da clínica”, Foucault salienta que, com o aparecimento da clínica no fim do século XVIII e início do século XIX, como foi colocado na Introdução, a pergunta: “O que é que você tem?”, momento inicial do diálogo entre médico e doente, foi pouco a pouco sendo substituída pela indagação: “Onde lhe dói?”, assinalando a fragmentação feita pelo discurso médico na dita modernidade. O filósofo aponta por onde iria enveredar o nascimento da clínica e sua interligação com o novo hospital que surgira, tornando-se, pois, um novo espaço terapêutico. Deste modo, o resgate dessa pergunta feita à beira do leito é, portanto, uma tentativa de indagar o sujeito sobre o seu saber, dando voz à sua verdade. A partir desta interpelação, é

inevitável o aparecimento do discurso particular de cada um, da história familiar, da percepção de corpo, da fragilidade do momento e da expectativa frente ao tratamento.

Às expressões “à flor da pele”, “pele de maracujá”, “pele de pêssego”, “pele tipo brócolis”, “pegando fogo”, são algumas das nomeações que mais escutamos quando adentramos uma enfermaria de dermatologia. A frase “meu corpo dói” talvez seja a mais proferida e entoada aos gritos a plenos pulmões. A pele, como órgão imprescindível, anuncia que: é possível ser cego, mudo, surdo, mas que sem a camada constitutiva, não é possível sobreviver. Em geral, as manifestações na pele não são passíveis de disfarce, podendo gerar, no interlocutor, o asco diante da imagem exposta. A pele marcada por lesões apresenta-se como um rasgo aberto aos olhos daquele que interage.

Diante disto, talvez o ambiente da enfermaria seja o próprio espaço *in loco* para que alguns conceitos psicanalíticos sejam revisitados. A angústia, por exemplo, aparece sobremaneira em quase todos os personagens que compõem o cenário, seja na família, no paciente ou na equipe e, até mesmo, não poderíamos deixar de mencionar, no psicanalista.

Lacan, na releitura da obra freudiana, dedica o Seminário, Livro 10 (1962-1963) a este tema. A fim de retomar os conceitos estabelecidos na tríade, “Inibição, sintoma e angústia”, introduz uma estrutura à angústia. Ratifica que o afeto não é recalcado, “Ele se desprende, fica à deriva” (LACAN, 1962-1963/1990, p. 23), assim o que é recalcado são os significantes responsáveis por amarrá-lo. Deste modo, não há um único significante que diga sobre a angústia, contudo, só é possível ter notícias a partir desses mesmos significantes. Freud, no importante artigo “O eu e o isso” define o eu como uma instância corporal, sempre relacionado à imagem e, ainda, como a projeção de uma superfície. Com isto, afirma que o corpo é o local onde os acontecimentos psíquicos são divulgados, está à margem da percepção do próprio sujeito e, principalmente, ao olhar do outro.

O psicanalista contemporâneo Luciano Elia, imbuído do arcabouço freudiano e lacaniano, no livro “Corpo e sexualidade em Freud e Lacan” (1995), situa a relação existente entre a angústia, o corpo e a sexualidade, afirmando e corroborando que não existe angústia fora da referência ao corpo. Ele diz:

Se a angústia se apresenta toda vez que o sujeito se confronta com a possibilidade de dissolução de sua construção imaginária, egóica, corporal, em função de um afrouxamento ou desnodulação do recalque, devemos concluir que o sujeito nunca está, definitivamente, livre da angústia, e que a experimenta em *momentos cruciais da sua vida* (ELIA, 1995, p. 144, grifo nosso).

Momentos cruciais da sua vida poderiam ser tomados como uma adequada e certa definição para o sujeito que se encontra em situação hospitalar. No nosso campo de atuação, a

enfermaria, é preciso sinalizar que nem sempre o pedido de ajuda vem do paciente ou até mesmo do tratamento que não está correspondendo de maneira esperada. As queixas podem chegar através da interpretação da equipe com relação aos sentimentos inadequados da própria família que ali faz sua vigilância. “Família ansiosa” e “paciente agitado”: significantes comumente retratados nos pedidos de parecer ou nos pedidos de ajuda médica. Portanto, assim como a transferência, o conceito da angústia interessa-nos especialmente no presente trabalho, apontando que, por trás de um simples pedido de parecer ou numa reunião semanal de equipe, algo tem que ser escutado.

No início de sua obra, Freud, no artigo “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade” (1905), afirma que no estudo minucioso da vida sexual humana é preciso observar e escutar o sujeito, dando uma importante dica clínica. O autor faz uma crítica aos profissionais da medicina, escrevendo que: “... pues la acción médica pide una solución más expeditiva, en apariencia, del caso patológica”²¹ (FREUD, 1905/2013, p. 121). Com o espaço para o aparecimento da fala do sujeito sucumbido e, conseqüentemente, o despontar da angústia, principalmente quando se fala em instituição hospitalar, em que prazos e metas entram na rotina e que a escuta da psicanálise ganha destaque. A angústia é um afeto que interessa sobremaneira a psicanálise, tanto na teoria quanto na prática clínica. O afeto serve não apenas como uma orientação para o analista, pela sua emergência no analisante mas, também, como um sinal no próprio analista.

Para iluminar os objetivos da pesquisa, escolhemos trazer o recorte de dois casos clínicos. O primeiro foi atendido no ano de 2014, quando ainda fazia parte da equipe da enfermaria de dermatologia e, o outro, atendido em 2016, na enfermaria de Clínica Médica, na então função ocupada de parecerista. Ambos os casos fazem referência à mesma doença, porém, são de subtipos diferentes. Anterior aos casos, descreveremos, no próximo item, o que constitui a patologia do pênfigo, suas causas desconhecidas e o tratamento proposto.

1.3.2 O pênfigo e o ponto cego da Medicina

Tendo como referência a Sociedade Brasileira de Dermatologia²², o pênfigo é caracterizado por ser uma doença autoimune, rara, crônica e com formação de flictenas - “bolhas” - epidérmicas. Normalmente, o sistema imunológico produz anticorpos para atacar

²¹ O trecho correspondente na tradução é: A prática médica pede uma solução que se despache com mais rapidez, aparentemente, o caso patológico.

²² O endereço eletrônico é: <http://www.sbd.org.br/>.

vírus e bactérias malélicas, mantendo-nos saudáveis. Em pessoas com pêfígo, de forma geral, o sistema imunitário ataca células da epiderme e das mucosas, ou seja, o próprio corpo do sujeito. Não se sabe o que desencadeia a doença tampouco sua etiologia, entretanto, acredita-se que algumas pessoas tenham predisposição genética para tal, apesar de que não há nenhuma indicação de que seja hereditária (AZULAY, 1985/2013). O pêfígo assume também a propriedade de não ser uma doença contagiosa, bem como a psoríase, o câncer de pele e tantas outras doenças dermatológicas que são falsamente propagadas no senso comum como um real perigo de contaminação.

Há dois tipos de pêfígo prevalentes no mundo, o foliáceo e o vulgar. No Brasil, o pêfígo foliáceo endêmico, que é conhecido como “fogo selvagem”, é diagnosticado, sobretudo, em jovens moradores de fazendas e áreas rurais. De acordo com alguns artigos revisitados na principal base de dados americana utilizada como fonte de pesquisa na área biomédica, o PubMed – Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA²³ – a sugestão de alguns estudos é de que este tipo de pêfígo, o foliáceo, seja transmitido através da picada de uma mosca negra; outros sugerem a presença de roedores e até mesmo a exposição ao pó e à fumaça tóxica, contudo, não há qualquer comprovação científica. A principal característica de ambos os tipos de pêfígo é o aparecimento de bolhas indiscriminadas por todo o corpo, depois de um tempo essas bolhas se rompem, dando lugar às feridas ou úlceras que deixam a derme superficial expostas, ou seja, em carne viva. Segundo os relatos dos pacientes, no pêfígo foliáceo, o paciente tem a sensação do corpo pegar fogo como algo semelhante a uma queimadura ou entrar num forno ligado em alta temperatura. O que diferencia o pêfígo foliáceo do vulgar é o fato de o primeiro ficar restrito à pele e acometer pessoas acima dos quarenta anos, enquanto o segundo, além da pele, as regiões da mucosa (boca, nariz, garganta, olhos e órgãos genitais) também são lesionadas.

Pesquisando a fundo sobre a repercussão do pêfígo no Brasil, já que, segundo os médicos da enfermagem, o país é conhecido por ter um alto índice da doença, além do HUPE participar com uma equipe e estrutura que acolhia diversos casos de fora do estado do Rio de Janeiro, existem, no país, dois hospitais específicos no estudo da patologia: o Hospital do pêfígo em Goiânia- GO e o Hospital Adventista do pêfígo em Campo Grande – MS.

Para que se confirme o diagnóstico, deverá ser pedido pelo médico dermatologista uma biópsia de pele. Com relação ao tratamento, é indicado o uso de corticoides e imunossupressores. Quando os referidos medicamentos são usados em altas doses, são

²³ O endereço eletrônico é: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

comuns efeitos colaterais, tais como: hipertensão, catarata, glaucoma, diabetes, entre outros. É frequente no tratamento do pênfigo a participação de outras clínicas, como a oftalmologia, a cardiologia e a reumatologia. A doença é considerada grave, podendo levar a óbito, como poderemos observar mais adiante, no caso de Renato. A ação dos medicamentos é considerada lenta e gradual e o tratamento é longo, podendo durar anos, na maioria das vezes. As bolhas e feridas demoram meses ou anos para desaparecerem; os anticorpos permanecem no sangue e, muitas vezes, com a doença já quase controlada e com as doses diminuídas por efeito dos medicamentos, pode acontecer recidiva.

Nota-se importante mencionar o fato do difícil diagnóstico médico dessa doença. Era comum na enfermaria a confusão diagnóstica entre psoríase e pênfigo, motivo pelo qual são doenças que o médico muitas vezes não possui a ajuda de exames exclusivos que diagnostiquem sua tipologia específica, baseando-se, assim, no aspecto clínico do paciente.

Pensar no tratamento de pacientes com este nível e magnitude de acometimento e ainda internados em situação hospitalar, é se interrogar a todo o momento sobre o destino desse corpo lesionado, ou melhor, qual a significação dada à doença, que dependendo da gravidade, é capaz de levar ao pior. A psicanálise, mesmo quando exercida no hospital, abrange a notoriedade do corpo para além do discurso médico vigente, fora dos marcos biológicos. Ainda que, para este marco biológico da Ciência Médica, o sujeito seja calcado e amparado pela mensuração de células e tecidos, para a psicanálise, o sujeito é marcado e perpassado pela linguagem, pela contradição, pelo padecimento do *pathos*, a paixão em existir (QUINET, 2011). É nesse sentido que a atuação do psicanalista se torna um desafio, demandando a escuta diferenciada para além do corpo da medicina.

Passaremos, agora, para os casos clínicos de Renato e Jussara.

1.4 O silêncio

Eu, que entendo o corpo. E suas cruéis exigências. Sempre conheci o corpo. O seu vórtice estonteante. O corpo grave.

Clarice Lispector.

1.4.1 O avesso negro do corpo²⁴

É com relação ao conceito foucaultiano sobre a representação de corpo adoecido no século XVII, que tomamos a liberdade de nomear do caso de Renato.

Renato, 72 anos, é internado em fevereiro de 2014 com suspeita de psoríase. Após múltiplos exames e investigações, a equipe médica chega ao diagnóstico de pênfigo. Os médicos afirmavam para os demais integrantes da equipe da enfermaria que estávamos diante de um “caso raro e complicado”. Remetem tal afirmativa ao fato de o estado físico de Renato ser aterrorizante. “Nunca vi algo igual”, foi a fala do residente de dermatologia na reunião do *Round*²⁵. Desde o início de sua internação, o paciente produzia desconforto nos profissionais que o atendiam: o aspecto de sua pele e o mau cheiro causavam repulsa aos que se aproximavam. Os demais pacientes, próximos a Renato, evitavam o olhar e, sobretudo, qualquer contato.

Como integrante da equipe da enfermaria, atendi Renato. Minha frequência na enfermaria estendia-se a duas ou três vezes na semana. Mas, neste caso em específico, recebi um aviso dos médicos: “Prestar o máximo de atenção e cuidado ao paciente!”. Ele era agitado, muito questionador e, às vezes, não obedecia aos pedidos da enfermagem e da medicina. Aliás, a postura contestadora e pouco submissa aos cuidados e intervenções médicas faziam de Renato alguém que pouco ou quase nada se encaixasse no tipo “corpo-objeto de estudo”, denominação comum utilizada pela literatura para descrição de paciente com fenômeno psicossomático. Como destaca em sua dissertação de Mestrado defendida nesta Universidade²⁶ John Luiz Baytack Beltrão de Castro, o uso do termo “psicossomático” diz respeito à posição discursiva que o sujeito adota frente ao seu gozo, sem que nos confundamos com as estruturas psíquicas balizadas pelo complexo de Édipo, pela castração e seus modos de funcionamento. Um neurótico jamais deixará de ser um neurótico; um perverso não deixará de ser um perverso; tampouco o psicótico irá conseguir tal feito. Entretanto, o que o autor sinaliza é o fato de que o sujeito acometido pelo fenômeno psicossomático pode apresentar um invólucro “mascarador” da estrutura, ponto que requer escuta e atenção do lado do psicanalista.

²⁴ Conceito de Foucault para denominar o corpo adoecido no século XVII no livro ‘O nascimento da clínica’.

²⁵ *Round* é o nome dado ao momento em que os diversos profissionais se reúnem para discussão de caso na enfermaria. Pontos do diagnóstico, tratamento, dificuldades e expectativas em relação ao caso, são discutidos.

²⁶ Dissertação defendida em 2015 sob orientação da Prof^a Dr^a Doris Luz Rinaldi. Título: ‘A clínica psicanalítica com “psicossomáticos” em um centro de reabilitação’.

O paciente, australiano de nascença, morava no Brasil desde pequeno. Era separado da esposa, Alice, contudo, era ela quem o acompanhava no período da internação. Tinha um filho que morava na Austrália, não o via há mais de 10 anos. Renato começou a sentir os primeiros sintomas da doença aos 41 anos, com o fato de a esposa ter perdido um filho – esse era um relato dela, o mesmo nunca fez essa associação, porém só passou pela primeira internação aos 72. Sentia muita coceira no corpo, feridas e bolhas se abriam no lugar das coceiras intermináveis. Relata que tudo começou na cabeça. “Foi bem aqui”, referia-se ao couro cabeludo. Ao ser perguntado o porquê de ele estar internado, já que é uma indagação comum de se fazer nas internações, ainda mais porque o paciente não se encontra na mesma posição daquele que busca análise, o paciente responde com irritação: “se os médicos não sabem, como eu vou saber? O que eu tenho é assim, sem causa. Você é burra?”. Nas três próximas sessões, Renato finge que está dormindo no horário da minha entrada.

Todos os dias, o paciente era exposto a inúmeros exames, alguns invasivos, outros “observacionais”. O momento do exame observacional é como é chamada a passagem dos alunos e professores pelos leitos. Este momento era sempre tomado como causador de grande desconforto aos pacientes, porém, era Renato o único que reclamava com veemência. “Eu não sou um rato para ficarem me fotografando e apontando”, afirmava. Raras vezes ele aceitou a visita dos estudantes e professores.

Certo dia o paciente seria submetido ao exame de ressonância magnética. No dia do exame, Renato conta-me que não iria fazê-lo, não entra em “lugares fechados”. Diz que, desde os cinco anos de idade, mesmo sendo morador da cidade do Rio de Janeiro, não passava em túneis e nem entrava em cavernas. “Tenho pavor disso, vai me dando uma sensação de sufocamento”, dizia ele. Não dizia nada mais que isso. Outro ponto de choque para a equipe: aceitar que Renato não faria o exame. Nas palavras da equipe, era um absurdo, um total descaso do lado do paciente.

Renato passou praticamente os primeiros seis meses de atendimento só falando da doença. Do quanto de medicamento tomava, de uma ferida específica que só via aumentando, da pele que ficava ressecada. Quando perguntado uma ou duas vezes sobre o que ele acreditava que tinha, já que o paciente só falava da doença, ele dizia: “é o penfinguinho”. Na sequência, calava-se, mudava de assunto ou até mesmo ficava irritado e tornava a falar em inglês, como numa tentativa de punir a analista pela pergunta da qual ele não tinha palavras para preencher. Depois da pergunta, passava dias sem querer falar.

Após seis meses de atendimento, aproximadamente, o paciente retratou uma situação de sua infância na fazenda. Dizia que tinha um estábulo que desde criança não gostava de

entrar, era apertado e pequeno. Conta que, certa vez, por volta dos oito anos de idade, numa das brincadeiras de matar passarinho com estilingue, o pai o trancou dentro do estábulo, o deixou ao longo de um dia inteiro lá dentro e que ficava ouvindo as risadas do pai do lado de fora. Ele nunca questionou a atitude do pai, dizia que era isso mesmo que deveria ser feito. Dito isso em determinado atendimento, pronto, tornava a passar dias falando do remédio que havia acabado ou da cama que era dura.

Com o avançar do tratamento, mesmo não havendo melhoras das bolhas e das feridas pelo corpo, a equipe decide dar alta ao paciente alegando que o mesmo poderia continuar o tratamento em casa. Renato, que achou um absurdo a conduta adotada, fica revoltado, não queria ir para casa naquele estado. Duas semanas depois, é internado novamente.

Na nova internação, Renato passa a revelar alguns de seus pensamentos. Conta que tinha pensamentos estranhos: com morte, túnel, Jesus Cristo e com a analista. Inclusive havia sonhado com uma moça loira, “parecida assim com você”, contava ele. Neste retorno, o paciente parecia mais inquieto. Falava excessivamente em Deus, do quanto ele estava sendo castigado por tudo que havia feito na vida. Lia incansavelmente passagens da Bíblia, sempre se referindo a castigos e punições. Copiou uma reza da Ave Maria e colou na parede, passava horas lendo e repetindo a oração em voz alta “para ver se afastava os maus pensamentos”. Acredito que os maus pensamentos diziam respeito ao desejo de morte do paciente que já havia tentado suicídio duas vezes. Apenas nesta segunda internação que alguma fagulha de angústia poderia ser notada em sua fala.

Renato alertava: “sinto a cabeça pesada e um medo intenso de morrer”. Conta que havia chamado a neurologia, acreditava que estava ficando louco. “Como posso estar assim estragado por fora, se os médicos dizem que por dentro *tô* limpo? Tem alguma coisa lá dentro da minha cabeça”, questionava bravamente. Após a visita do médico neurologista e do atestado de que Renato não tinha nada dentro da cabeça, o paciente constata: “Não sei mais o que pensar! Estou com medo! Acordo toda noite com o coração acelerado” refletia.

Ao que parece, a doença para Renato se apresentava tal qual a inscrição do Outro massacrante, como se não houvesse qualquer tipo de separação entre o desejo do pai e ele. A impressão que dava era de que se tratava de uma coisa só, ele não aparecia diante do desejo do Outro. Outro ponto importante era que, uma vez na semana seu filho entrava em contato com ele geralmente às quartas-feiras, o que fui perceber, depois de certo tempo, que todas as vezes que isso acontecia, seu quadro piorava drasticamente. Aumentavam as doses de remédio, enfaixa tudo de novo, abrem-se novas feridas.

O paciente, com um choro intenso, relatava um aperto no peito que não tinha fim. Não queria mais comer, tampouco tomar banho. Eis que o pedido de parecer da psiquiatria foi feito. Renato estava medicado com antidepressivo em altas doses. Um mês depois, repentinamente, afirmava estar ótimo. Não tinha mais o porquê de ficar ali, estava curado. “O psiquiatra me curou”, dizia ele. Renato repetia a frase incansavelmente, ao mesmo tempo andava rápido pela enfermaria, fazendo com que seus curativos se desmanchassem com ruptura das bolhas – o paciente não podia ter contato com nenhum tecido em sua pele. Nessa época o paciente ficava por horas se olhando no espelho do banheiro da enfermaria. Por volta do final daquele ano, de 2014, Renato tem alta do hospital. A equipe médica repetia que o paciente poderia fazer o tratamento em casa.

Visivelmente, nada havia mudado. Renato continuava com as manchas, as feridas, as bolhas, o aspecto de que parecia ter saído de um forno. O mau cheiro das feridas era terrível. Nesta altura, sentia dificuldades em andar, necessitando de uma cadeira de rodas. As bolhas e feridas tomavam conta da pele de suas articulações, o que trazia muita dor ao dobrar e caminhar.

Aproximadamente quatro semanas após a alta, Renato volta ao hospital e me procura na enfermaria. Conta que estava fazendo o tratamento no ambulatório de dermatologia. “As dores na minha cabeça estão insuportáveis, não consigo dormir, é um peso horrível. Parece que o peso da cabeça vai parar no corpo”, dizia o paciente. Neste momento, sugiro a Renato o atendimento no ambulatório de Saúde Mental na Policlínica Piquet Carneiro. Ele nunca apareceu para a consulta.

Já no ano de 2015, no mês de abril, cumprindo a atividade de parecerista, recebo um parecer da enfermaria de clínica médica. O documento dizia: Homem, 73 anos, humor deprimido e difícil atendimento.

Ao entrar na enfermaria, busco informações no prontuário. Pouco constava sobre a história do paciente, muito dizia a respeito do paciente estar fora de cuidados curativos. Converso com a equipe de enfermagem, eles me alertam que estavam tendo problemas com relação àquele paciente. As residentes não estavam conseguindo fazer o trabalho, ora alguém saía chorando, ora, consternadas pelo aspecto daquele corpo, recusavam-se a dar os cuidados higiênicos. O corpo de Renato era visto e manipulado, quando possível, “como uma coisa podre”, dizia uma enfermeira.

O parecer, pelo que pude perceber, não era para Renato que, naquele momento, já estava inconsciente. Não falava, nem interagia. O pedido de ajuda era para a equipe. O aspecto do paciente havia piorado drasticamente. Agora sim, ele havia saído de um forno

ligado na temperatura máxima da capacidade. O mal-estar era notório, tanto por parte da enfermagem, quanto da medicina, que alegava não poder aumentar as doses de morfina. Poderia caracterizar eutanásia.

Com três semanas de internação, Renato vem a óbito. O clima de alívio pairava na enfermaria. Alice continuava lá. Demonstrava tristeza na perda, mas dizia que era o melhor. Por parte da equipe médica, continuava a afirmativa de que, internamente, seus órgãos estavam preservados, na medida do possível. Renato estava com uma enorme gastrite e úlcera, pelo uso excessivo de medicamentos e má alimentação. Morreu por uma infecção generalizada.

Passemos, na sequência, ao segundo caso clínico.

1.4.2 Meu corpo pega fogo

A frase que escolhemos para nomear o caso clínico de Jussara diz respeito a sua própria fala em um dos atendimentos realizados.

Em junho de 2016, recebo um parecer da médica dermatologista dizendo que a paciente do leito dois tinha “problemas com relação à sua autoimagem”. Jussara é internada pelo marido; ao longo dos seis meses de atendimento, nunca o encontrei na enfermaria, sendo que minha ida ao seu leito era diária. A médica, no primeiro momento, disse que ainda não sabiam do que se tratava.

Na primeira entrevista, ao perguntar o que ela fazia ali, Jussara responde: “meu corpo não suporta o amor, olha como eu estou. Um caquinho”. Conta que era sua segunda internação – a paciente havia tido uma recidiva da doença - a primeira havia ocorrido há seis anos atrás, naquele mesmo hospital. Segundo a paciente, seu marido não morava mais em sua casa há quase um ano - tinha ido embora com outra mulher e a deixou com os três filhos. Ao contar uma briga que havia tido recentemente com o marido, relembra uma das frases pronunciadas por ele: “você vai ficar doente no hospital de novo!”. E foi a partir daí que se deu o encontro entre analista e analisante: uma semana após este episódio, a paciente é internada com o corpo em carne viva.

Nos primeiros atendimentos, após contar sobre os insucessos das medicações que tomava, Jussara repetia a frase: “meu corpo pega fogo”. Ao ser perguntada o porquê de estar internada, já que no prontuário não constava, a paciente levantava a camisola e ficava apontando com um certo desdém para seu próprio corpo dizendo: “É isso”. As lesões acometiam a cabeça, o peito, as pernas, os braços e a vagina. Certo dia, percebendo que as

mãos de Jussara não paravam de “pressionar” a vagina, por cima do avental, pergunto o que era aquilo. A paciente associa com um evento ocorrido no início do ano: foi ao motel com o marido e antes que a relação sexual se consumasse, viu grande quantidade de sangue saindo de sua vagina, motivo para mais uma briga e muita tristeza. Reitera que na época não estava no ciclo menstrual, mas, desde então, nunca mais tivera qualquer tipo de contato sexual. Aquilo a deixava perplexa: “na primeira vez internada não tive isso lá embaixo, agora está tudo tomado, parece um incêndio. Estou um caquinho, ele não vai mais querer saber de mim”. Jussara possui feridas na região vaginal externa e o acometimento de parte da interna, o que reflete em outros órgãos do corpo. No entanto, o que chamou a minha atenção era o fato de a paciente não falar e, até mesmo, importar-se com seu corpo gravemente ferido e lesionado. Tudo era referido ao marido.

Após esta entrevista, que aconteceu por volta das primeiras semanas de atendimento, aos poucos, Jussara começou a se calar. Diz não ter assunto. Estava cansada.

Durante algumas sessões, a paciente evitava a analista e, quando falava, era sobre os remédios que tomava. Passou dias assim até que começou a dizer que estava dormindo no horário da minha visita. Pude perceber que o conteúdo que emergiu era de alguma ordem avassaladora, fatal, que após o atendimento daquele dia seu posicionamento havia mudado drasticamente. Numa aposta do inconsciente, aventuro-me e peço para que a paciente fale da outra mulher, pois, alguma coisa me dizia que naquela trama, algo apontaria para o seu desejo que, naquele momento, apresentava-se ausente. Sinalizo que, pelo andar dos atendimentos e pela pouca receptividade da paciente neste momento, acredito que se não lançasse mão desse recurso de buscar algo que enganchasse e retomasse algum fio de desejo, provavelmente os atendimentos iriam se interromper.

Na sessão seguinte, a partir de um sonho com conteúdo edípiano, a via da transferência é estabelecida. Jussara relata. “Sonhei que era criança e via meu pai indo para uma casa com várias mulheres, minha mãe mandava eu ir atrás com ela, mas eu dizia que não. Se queria ver aquilo, ela que entrasse”. Na mesma sequência, engata outro sonho: “Sonhei que estava grávida, porém, não era de gente, mas, sim, de vários gatinhos. No final do sonho os gatinhos não sobreviviam, morriam queimados, olha que engraçado?” A paciente relembra cenas infantis macabras com o Outro paterno e começa a abordar pouco a pouco a relação conturbada com o marido e o pai. Conta que era a filha mais velha de quatro irmãos, seu pai chegava em casa bêbado, batia na mãe e nela. Recorda que apanhava de borracha, o pai jogava água para umedecer a pele e, para finalizar, encharcava seu corpo com sal. Com relação a esta cena em que seu corpo era exposto ao horror, Jussara relatava com muito pesar

a condição de seu pai: um homem velho, bêbado e que era apenas a sua maneira de demonstrar o amor que sentia tanto pela mãe quanto por ela. O que chamava minha atenção nos atendimentos era o fato de que a paciente, na medida em que ia narrando essa história, gradativamente, cutucava as feridas expostas por seu corpo, a ponto de certo dia a enfermagem ter de enfaixá-la, o que impediria o ato.

Jussara conta que trabalhava em casa de família, apesar de já ter feito muitas outras coisas. Trabalhara em loja, na cozinha de restaurantes e como vendedora. A paciente conta que o que mais gostava de fazer era vender e usar lingerie, afinal de contas, seu marido admirava muito o seu corpo “gostoso”, como ela dizia. A cada dia que passava, Jussara queixava-se sobre a perda de seu marido. O fato de ele estar com outra mulher deixava-a conturbada, inclusive, manifestando em certo atendimento, o desejo de evadir do hospital e ir atrás dele. O marido, que era tido como um “boa praça”, viveu ao longo dos vinte anos do casamento sendo sustentado por Jussara que, sessões depois, revela que mantinha o pai e a mãe também. Com relação à mãe, a paciente pouco falava. Dizia que não tinham problemas, mas que também não tinha muito amor. Relata que quando adolescente, saía bastante para “colocar fogo na pista de dança”, mas que depois que se converteu para a Igreja, isso não era coisa que mulher decente fizesse. “Fogo, só na cozinha”.

A paciente conta que na sua primeira internação, seis anos antes, quando descoberta a doença, seu maior problema era o filho mais velho. José, que era usuário de droga, havia sido preso pela polícia e foi Jussara quem o retirou da cadeia. “Esse menino acaba com o meu eu e o meu corpo, ainda tenho que dar conta disso também”, dizia ela. Uma semana após o filho ser preso, Jussara experimentou o terror da doença. Antes disso, não possuía qualquer sinal ou sintoma. Na segunda internação, a paciente contava-me que seu marido já estava saindo com outra mulher, que ela sabia, mas que ter visto os dois na cama dela “foi onde tudo começou de novo”. A cena havia acontecido uma semana antes da briga que, segundo Jussara, levou-a para a internação. Nas duas internações, nota-se o mesmo intervalo entre a cena e o surto da doença.

Da fala da paciente, depreendemos que o sofrimento trazido tinha relação com o marido, ou melhor, com a falta dele. Quanto à gravidade e às limitações das feridas e bolhas que marcavam seu corpo, que não eram poucas, Jussara parecia não se importar. Pela alteração do sistema imunológico, a paciente contraiu em paralelo ao Pênfigo, Herpes Zoster. E, mesmo assim, continuava a desfilar sobre o seu desejo de voltar a vender e usar *lingerie*, “ele gostava” e; além disso, chamava a analista de “pele de pêssego. Vou sair daqui assim, igual a você!”, dizia ela.

O que aparece, no caso de Jussara, é o fato de que o que é subjetivado não é a marca que comporta a doença, mas é na vestimenta da fala dos desencontros amorosos que algum nível de subjetivação do seu sofrimento se coloca. Seja com relação ao pai, ao marido ou ao filho. É interessante notar que o corpo das zonas erógenas, da sexualidade perversa polimorfa, do prazer do órgão, desde os “Três ensaios da teoria da sexualidade” de Freud, é contado a partir de uma narrativa associativa que se coloca em sintonia na cadeia significante. Já com meses de atendimento, apenas uma única vez a paciente falou novamente sobre a doença: “É isso”. Levantando o lençol, mostrando seu corpo e repetindo a mesma frase do primeiro dia.

A cena infantil de um pai gozador, recordada por Jussara, não é associada às feridas da doença; elas são mudas, faz com que a paciente se cale. A sexualidade enquanto o velamento do real do corpo se apresenta a serviço da morte, do traço que fere o corpo. Na frase intrigante do marido - “você vai ficar doente no hospital de novo” – que poderia ser tomada como o evento desencadeador da doença, como a própria resposta histérica, Jussara mira tendo como alvo a morte: mata-me de prazer. Seu corpo, literalmente, “pega fogo”. É no literal que a coisa acontece.

Maria Anita Carneiro Ribeiro, no texto “O fenômeno psicossomático” (1995), difere o corpo em duas vertentes: aquele como superfície de inscrição, marcado pelos significantes do Outro, o que permite que esse corpo fale através dos sintomas; e o corpo inscrito pelo FPS, como aquele significante do Outro que arremete o corpo do sujeito, ferindo-o. Sendo, portanto, a marca direta do Outro, sem a mediação dialética. Sobre a inscrição do real no imaginário do corpo gravado pelo FPS, que Jean Guir, no livro “A psicossomática na clínica lacaniana”, aponta que o corpo do sujeito portador de FPS é “como um pedaço do corpo do outro” (GUIR, 1988, p. 39). Ele está à mercê do Outro.

Em ambos os casos apresentados, reservada a particularidade de cada um, observamos que no ponto em que o sujeito discorreria sobre seu afetamento corporal, o obstáculo se materializa e o recuo na fala se apresenta. Longe de ser tomado como um tropeço típico do inconsciente como no ato falho ou no próprio chiste, tanto Renato quanto Jussara, em determinando momento, paralisam diante do real. Aí fica a indagação se nesses pontos estaria presente o fenômeno da holófrase, marcando um S_1 absoluto. Deveriam ser entendidas as marcas como esse S_1 que não se articulou ao S_2 , e, portanto, não encontrou o recalçamento, o que faz o sujeito desaparecer e por isso, então, se percebe como uma condenação no discurso?

O que podemos observar diante dos casos trazidos é o fato de o atendimento psicanalítico estabelecer, pela via da transferência, mesmo que os fenômenos corporais apresentados possivelmente não façam parte da lógica das formações do inconsciente, o

encontro entre analista e analisante. O FPS, pelo que parece, é constituído a partir de uma outra lógica: há uma lesão que se impõe brutalmente atingindo e desenvolvendo o corpo pulsional e aponta para um gozo sombrio.

Conforme mencionamos na Introdução, a proposta do primeiro capítulo era a de trazer para o leitor a contextualização do campo de realização da pesquisa e a apresentação dos dois casos clínicos, assim como feito por ora.

Passaremos, neste momento, para o segundo capítulo.

2 SOBRE O CORPO NA OBRA DE SIGMUND FREUD E NO ENSINO DE JACQUES LACAN: APONTAMENTOS PARA O ESTUDO DO FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

A doutrina das pulsões é nossa mitologia, por assim dizer. As pulsões são seres míticos, grandiosas em sua indeterminação. Em nosso trabalho não podemos prescindir em nenhum instante delas, e ainda assim nunca estamos seguros de vê-las com clareza

Sigmund Freud.

Produzir uma dissertação a respeito do corpo e da singularidade da clínica do FPS requer que permaneçamos atentos à especificidade do fundamento teórico e metodológico adotado. Para os campos da Filosofia e da Sociologia, por exemplo, caberia pensar no corpo social como espaço de resistência biopolítico de um coletivo; já para a dança e o Ballet articular como aquilo que é trabalhado exaustivamente para a busca da perfeição do corpo da bailarina não seria em exagero; seguindo a Medicina como o fio condutor, quem sabe seja importante saber que o bebê nasce com 350 ossos e quando se torna adulto esse número caia para 206, ou que o corpo humano possui cerca de 5 milhões de pelos; essas informações, que são aleatórias, estão ao acesso de todos na Internet. Talvez fosse interessante se extrapolássemos para a arte e pensássemos que Leonardo da Vinci (1452-1519), além de um famoso pintor do período Renascentista, também se destacava pelos desenhos anatômicos que compunha e, inclusive, que o artista-anatomista italiano tenha se utilizado da matemática para desbravar as dissecações do corpo humano – familiar, não? São mais de 1200 imagens no livro ‘Os cadernos anatômicos de Leonardo da Vinci’.

De fato, se formos tomar as experiências dos diversos campos do conhecimento que se debruçam sobre o estudo do corpo, seríamos obrigados a abandonar a especificidade do nosso tema e recorrer a uma extensa pesquisa bibliográfica, o que não figura como questão. Assim, o que podemos assegurar por ora e pretendemos explorar ao longo desse segundo capítulo, é o fato de que a psicanálise, imbuída do seu método singular, também tem o que dizer sobre o corpo e suas manifestações clínicas e, mais ainda, faz operar no discurso e no laço social significativas contribuições, adotando como ponto de partida um lugar nunca antes visitado: o inconsciente.

Dessa maneira, o corpo está em voga, talvez sempre tenha estado. Claro que tamanha graça não se deva aos efeitos do discurso da psicanálise na sociedade, afinal, as técnicas de

intervenção médica atuais são bem mais produtoras da sensação de bem-estar. E são mesmo. A própria dermatologia, campo de interseção do nosso estudo, quando retratada a partir da ótica da estética, apresenta a cada dia uma nova tecnologia de rejuvenescimento, clareamento, enrijecimento, isso porque não estamos nos aventurando pelo mundo das intervenções cirúrgicas. A cadência impressa pelo discurso da ciência, aliado ao sistema econômico em que vivemos, faz o corpo entrar numa ordem, num ritmo, numa batida quase perfeita. É difícil acompanhar o gingado. Mas, se existe um quase, é porque nós, analistas, temos espaço de atuação. Se não se trata de acompanhar o gingado, optar pelo diálogo - quando possível - principalmente no âmbito em que nossa pesquisa é realizada, no hospital, parece-me a melhor estratégia. O discurso do analista segue sendo a nossa arma.

Percorrendo tanto a obra de Freud quanto o ensino de Lacan, verifica-se que o estudo do estatuto do corpo não avança em ambas as teorias de maneira minuciosa, pragmática ou explícita, embora ambos discorram em vários momentos ao longo dos seus percursos (SOLER, 2010). O que podemos observar é que a temática do corpo é discutida em psicanálise na articulação ou na aproximação com outros conceitos, sendo, portanto, possível abordá-lo por vários prismas. Talvez esta seja uma hipótese que explique os motivos de os analistas que se propõem a sustentar o discurso do analista no âmbito hospitalar serem rechaçados por outros profissionais “psis”, como aqueles que não atuam no âmbito corporal. Não me atrevo a responder o questionamento lançado, até porque não é o que nos interessa no momento. Fato é que, em decorrência dessas críticas, cada vez mais torna-se necessária a discussão pelos praticantes da psicanálise acerca das intempéries que atravessam a sua atuação no âmbito hospitalar.

Sabemos, desde a criação da psicanálise, que é sobre o corpo que se torna possível observar as incidências da formação do inconsciente freudiano. Compreendemos, também, que o que faz o enigmático “elo” entre o psíquico e o corporal é o conceito de pulsão (FREUD, 1915), sobretudo, que o corpo enquanto combinação de energia libidinal e pulsão de morte responde por todos os buracos, furos e orifícios. É o corpo erogeneizado e apinhado de desejo o responsável por reinventar toda a lógica de corpo orgânico, visão unânime e exclusiva do discurso da ciência até o século 19. A psicanálise desponta inicialmente no campo científico com uma responsabilidade: inquietar a todos que temos um corpo e nos debatermos na busca de sua compreensão, para a urgência da passagem do orgânico ao pulsional. Aqui, a invenção do pulsional freudiano não seria uma forma de explicar aquilo que o biológico não tenha dado conta, ou os seus próprios limites, mas sim fazer referência a uma inovação na concepção de sujeito e do corporal. Acredito que este seja um dos motivos de a

psicanálise ser considerada subversiva: ali onde vigora uma teoria sobre o sujeito do inconsciente e do corpo falante, o orgânico e o biológico não ficam de fora, excluídos, pelo contrário, o esforço dos analistas é no sentido de convocar às diferenças para que possamos, a partir do furo constitutivo, criar novos fazeres.

A partir do que Freud aborda sobre a relação de apoio existente entre as pulsões sexuais e as pulsões de autoconservação (1914), poderíamos partir para a noção de que entre a pulsão e o instinto, existe uma relação dessa natureza, ou seja, um independente da existência do outro, nenhuma relação de concessão é firmada, o que marca, literalmente, a ruptura da psicanálise com a biologia. Com isso, ali onde o instinto encontra sua resposta e saciedade, para a pulsão não há objeto que complete uma demanda e, para a psicanálise, resposta que contemple uma pergunta, sinal ou cicatriz que sempre traga uma história pregressa, roxo na perna que o dono saiba exatamente a causa, tampouco doença que corresponda e preencha manuais criteriosos de classificação médica. Não há garantias! Aquilo que escape à regra, fuja à rota tracejada, extrapole a previsão interessa-nos sobremaneira quando estamos diante do estudo do corpo. *Trieb* em psicanálise é exatamente isso: movimentar-se para qualquer lugar, qualquer direção, mesmo que o efeito, que nunca será único, tampouco satisfatório, seja da ordem do horror, onde observarmos nos casos de FPS a atuação da pulsão de morte pela via da letalidade.

Assim era desde o princípio: Freud se mantinha estupefato diante dos corpos histéricos que davam a ver ao dito impossível, não havia um atlas neurológico atualizado que proferisse um ponto final. No volume I das suas “Publicações Pré-psicanalíticas e escritos inéditos” ao comparar a lesão na paralisia histérica com a lesão na paralisia cerebral orgânica, ele argumenta:

Yo afirmo, por el contrario, que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella. Buen número de los caracteres de las parálisis histéricas justifican en verdad esta afirmación. La histeria es ignorante de la distribución de los nervios, y por ello no simula las parálisis perifero-espinales o de proyección; no tiene noticia del quiasma de los nervios ópticos, y en consecuencia no produce la hemianopsia. Toma los órganos en el sentido vulgar, popular, del nombre que llevan: la pierna es la pierna, hasta la inserción de la cadera; el brazo es la extremidad superior tal como se dibuja bajo los vestidos²⁷ (FREUD/1893 [1888-1893]/2013, p. 206).

²⁷ O trecho correspondente na tradução é: Eu afirmo, pelo contrário, que a lesão nas paralisias histéricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, pois a histeria se comporta nas suas paralisias e em outras manifestações como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse notícia alguma dela. E, de fato, um bom número de características das paralisias histéricas justifica essa afirmação. A histeria ignora a distribuição dos nervos, e é por isso que ela não simula as paralisias periférico-medulares ou de projeção; não tem notícias do quiasma dos nervos ópticos, e em consequência não produz a hemianopsia. Toma os

Evidencia-se, então, que foi a partir do não reconhecimento do orgânico que os corpos histéricos lançavam a comunidade científica da época no enigma do desconhecido. Foi preciso Freud escutar o sujeito e formalizar a realidade psíquica como regente para que houvesse a inauguração do novo campo do saber. Essa seria uma das marcas longínquas da teoria freudiana. Trata-se, sobretudo, de um pesquisador que privilegia a escuta clínica no bojo de sua obra, no formato arrojado do *work in progress*.

Contudo, nem sempre foi fácil para o criador da psicanálise opor-se à epistemologia dominante de sua época e, mais ainda, afastar-se e questionar suas origens acadêmicas. Por exemplo, na discussão sobre o caso de Elizabeth Von R., no texto que é considerado “el punto de partida del psicoanálisis” (p. 10), Freud desabafa:

No he sido psicoterapeuta siempre, sino que me he educado, como otros neuropatólogos, en diagnósticos locales y electroprognosis, y por eso a mí mismo me resulta singular que los historiales clínicos por mí escritos se lean como unas novelas breves, y de ellos esté ausente, por así decir, el sello de seriedad que lleva estampado lo científico²⁸ (1893-95/2013, p. 174).

Nesse recorte de citação, além de deflagrar o conflito de Freud com relação à não adequação aos parâmetros acadêmicos, nota-se uma aproximação do campo da psicanálise com a literatura - um caso clínico transforma-se num conto - despontando para o leitor o que Freud iria propor: fazer a psicanálise “falar” de outro lugar daquele do objeto manipulado pela ciência.

Com a intensão de nos empenharmos na concepção do inconsciente e do corpo no decorrer da obra freudiana, advertimos que tanto a sexualidade quanto a teoria das pulsões assumem importância magistral diante da mudança de olhar sobre aquilo que era denominado de corpo-natural. Em Lacan, poderíamos atribuir ao campo da constituição do sujeito, da linguagem e ao conceito de gozo como as articulações responsáveis pelo novo paradigma lançado. Para a psicanálise o corpo não é o organismo da medicina, desse modo, está lançado o desafio: partindo do discurso da psicanálise, como iremos discorrer sobre uma lesão que acomete o corpo no nível orgânico sem desimplicarmos o corpo pulsional?

Investida como uma das teorias pilares, as pulsões, principalmente a pulsão de morte, segue sendo a grande revolução psicanalítica quando se pretende pesquisar sobre o FPS. Assim, neste segundo capítulo, faremos uma passagem pela primeira tópica – figurado como

órgãos pelo sentido comum, popular, dos nomes que levam: a perna é a perna, até sua inserção no quadril; o braço é o membro superior tal como aparece desenhado sob o vestido.

²⁸ O trecho correspondente na tradução é: Nem sempre fui psicoterapeuta. Como outros neuropatologistas, fui preparado para empregar diagnósticos locais e eletroprognose, e ainda me surpreende que os históricos de casos que escrevo pareçam contos e que, como se poderia dizer, eles se ressentam do ar de seriedade da ciência.

o primeiro dualismo pulsional: pulsão sexual x pulsão de auto conservação - para, finalmente, dar destaque à pulsão de morte. Na sequência, apresentaremos a reviravolta que o conceito de pulsão de morte instaurou em toda a teoria, invertendo o par sadismo-masoquismo e apontando para uma destrutividade intrínseca ao homem. Dito isto, passaremos, então, para os avanços lacanianos sobre o corpo, enfatizando-o nos registros real, simbólico e imaginário.

2.1 A grandiosa indeterminação de Freud: os desafios da pulsão

Torna-se importante destacar que a nossa intenção nesse momento não é de percorrer nem tampouco traçar um roteiro minucioso sobre a teoria das pulsões, até porque, para isso, seria necessário disponibilizar maior tempo e, além do mais, acreditamos que na academia não se trata de lançar velhas reproduções ou levantamentos bibliográficos que já tenham sido tratados por outros pesquisadores. Buscaremos direcionar e iluminar nosso olhar para pontos que foram pinçados e que realmente contribuam para o estudo do FPS. Dito isto, prossigamos.

Quem sabe a melhor definição para pulsão seja a que Lacan articulou na lição “Desmontagem da pulsão” no Seminário, Livro 11: “A montagem da pulsão é uma montagem que, de saída, apresenta-se como não tendo pé nem cabeça – no sentido em que se fala de montagem numa colagem surrealista” (1964/2008, p. 167). Nesta definição recortada, verificamos características cruciais, como: a) a pulsão se caracteriza como uma montagem, sendo que não é regida por uma correspondência lógica: não tem pé nem cabeça; b) é aproximada de uma obra de arte surrealista, ou seja, espontânea e renega padrões estabelecidos de normas e condutas, o que não significa que ela não tenha uma outra lógica. Se formos resgatar a Conferência 32 – “Angústia e vida pulsional” - que foi a referência escolhida para iniciar o segundo capítulo, notemos que o próprio Freud, aliás, já compreendia a pulsão como um “ser mítico”, o que alerta para sua característica obscura, imprecisa e de difícil manejo. Se a pulsão fulgura como mitológica, como escreveu o próprio Freud, é porque existe nela própria um ponto de não-mitológico, ou como Lacan aponta: “Mas o que não é mitológico é a suposição de que o sujeito esteja satisfeito com ela” (1968-1969/2008, p. 206). É nesta suposição que radicalmente seríamos qualificados como seres de linguagem.

Freud inicia o estudo da teoria das pulsões no texto “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, em 1905, momento em que, pela primeira vez, torna explícito o termo de forma sistemática. Entretanto, a título de curiosidade, ainda em 1895, no famoso artigo publicado *post-mortem* “Projeto para uma psicologia científica”, o conceito já havia sido antecipado. O texto de 1905 segue sendo um marco - é considerado como um dos principais textos da base

da teoria freudiana e possui inúmeros acréscimos e reedições - não apenas para a construção da teoria das pulsões, mas, como disse anteriormente, inclui-se aí a sexualidade infantil e toda a sua revolução diante da concepção de procriação; inclui-se também a falácia propagada na época e que tão estranhamente ainda hoje continua sendo repetida: o bebê e a criança são seres assexuados. Alguns ainda seguem chocados diante do conhecimento acerca da disposição perversa e polimorfa como não circunscrita apenas ao órgão genital. Bem, não é o nosso caso, graças a Freud.

A partir da psicanálise devemos falar em zonas erógenas ou, como nos diz Freud no primeiro ensaio, no subitem “Pulsões parciais e zonas erógenas”: “la piel, que en determinados lugares del cuerpo se ha diferenciado en los órganos de los sentidos y se há modificado hasta constituir una mucosa, y que es, por tanto, la zona erógena {por excelencia}”²⁹ (1905/2013, p. 154). Cada buraco que constitui a pele é responsável pela erogeneidade que dá vida ao corpo humano. Dessa maneira, além de o conceito de pulsão ser cunhado aqui como: “deslinde de lo anímico respecto de lo corporal”³⁰ (ibid, p. 153) e ter “sus fuentes somáticas” (ibid, p. 153), o corpo se apresenta como uma grande zona gozosa, em que “es imposible no reconocer algo común a todos los seres humanos, algo que tiene sus orígenes en ela uniforme disposición a todas las perversiones”³¹ (ibid, p. 174).

Luciano Elia, numa proposta de releitura, enfatiza o cuidado que devemos tomar sobre este ponto da teoria pois, na verdade, não se trata de uma delimitação como foi erroneamente traduzido na primeira versão do original em alemão e que mais tarde é reconstituído e melhor elaborado em 1915. Tratar-se-ia, contudo, de uma posição limítrofe. Com isso, limite aí não poderia ser entendido como interativo ou interacionista, o que faria com que a psicanálise caísse numa proposta psicologizante e desenvolvimentista, ou seja, ali onde o orgânico falharia, entraria a pulsão num modelo de dar conta. A ideia retratada pelo psicanalista, que buscou base consistente no campo da matemática, é de o conceito de pulsão ser pensado como um ponto de explosão do espaço psicofísico, o que nos faz articular o espaço psicossomático como psicofísico e que marcaria a principal diferença em relação ao biológico³². De todo modo, mais do que um conceito entre muitos outros da psicanálise, a pulsão figura com

²⁹ O trecho correspondente na tradução é: a pele, que em determinadas partes do corpo diferenciou-se nos órgãos sensoriais e se transmutou em mucosa, sendo assim a zona erógena por excelência.

³⁰ O trecho correspondente na tradução é: Delimitação entre o anímico e o corporal.

³¹ O trecho correspondente na tradução é: É impossível não reconhecer nessa tendência uniforme a toda sorte de perversões algo que é universalmente humano e originário.

³² Proposta trabalhada no livro ‘Corpo e sexualidade em Freud e Lacan’ (1995) e na aula proferida no Curso de extensão ‘A teoria sexual em Freud – das pulsões a teoria do eu e do narcisismo’ em 8 de maio de 2017 na Escola de Psicanálise do Laço analítico na subsede do Rio de Janeiro.

majestade, regozija o corpo do sujeito e da psicanálise como o ponto derradeiro para a fronteira do biológico.

Acerca do artigo freudiano de 1905, Lacan, no Seminário, Livro 11, propõe uma engenhosa articulação entre a pulsão, a sexualidade e o corpo. Ele nos diz:

A sexualidade só se realiza pela operação das pulsões, no que elas são pulsões parciais, parciais em relação à finalidade biológica da sexualidade... se vocês quiserem mesmo entender com isso aquilo com que, em relação à sexualidade, o corpo pode aparelhar-se, a se distinguir daquilo com que os corpos se podem emparelhar (LACAN, 1964/2008, p. 174).

Dessa maneira, é a partir da operação da pulsão nos desfiladeiros dos significantes que a sexualidade comparece enquanto subjetividade na fala, no sintoma, na linguagem, fundamentando o corpo enquanto um aparelho de gozo. Não podemos deixar de mencionar que esse ponto com relação à sexualidade e ao sintoma, que são próprios da teoria psicanalítica, diz respeito ao corpo pulsional e fantasmático e que, se nos reportarmos para a lesão do FPS, estaríamos numa outra esfera.

Retomando brevemente o caso de Jussara descrito no primeiro capítulo, depreendemos que o sofrimento da paciente era trazido com relação à falta do marido. Quanto ao seu corpo, Jussara não se importava, continuava a alardear seu desejo de voltar a usar *lingerie* e se “enganchava” à analista pelo significante “pele de pêssego”. Iria sair do hospital com “pele de pêssego” para exibir-se para ele. Dessa forma, não posso deixar de compartilhar as questões que surgem daí, mesmo que o intuito não seja de respondê-las, como: em casos de FPS como os descritos aqui, em que há o mutismo em relação ao corpo-lesão, como poderíamos balizar a questão da sexualidade? Feita essa elaboração que acossa meus estudos, o que nos compete é prosseguir na pulsão.

Outro elemento importante de mencionar na obra de 1905 e que nos interessará sobremaneira é o fato de que no segundo ensaio, “A sexualidade infantil”, Freud, ao descrever sobre as fontes da sexualidade infantil, no subitem 7, atribui, naquele momento, a “pulsión a la crueldad”³³ (p. 182) como uma das expressões pulsionais ainda não compreensíveis por parte dos analistas. Aquilo que lá na frente viria a ser o próprio masoquismo (1924), aqui, é atribuído à vertente cruel da pulsão sexual. Freud, nesse momento, ainda não havia elaborado a segunda tópica, o que só aconteceria em 1920 e, tampouco, avançado sobre a des fusão da pulsão de morte, bem como a ideia de quando não direcionada ao objeto externo faz o retorno no sujeito, que também só será sofisticada em 1932, na Conferência XXXII – “Angústia e vida pulsional” – contudo, afirmo que aqui já estaríamos diante de uma pegada inicial para o

³³ O trecho correspondente na tradução é: Pulsão para a crueldade.

estudo da psicossomática. Mesmo sem ter sistematizado a questão de a pulsão de morte ser de uma outra ordem daquela da sexual, aqui, em 1905, Freud já se mostrava inquieto e percebia que não se tratava de uma teoria monolítica.

Em 1915, no texto “As pulsões e seus destinos”, Freud aponta diferentes questões que até então não tinham sido retratadas: verifica-se uma distinção em relação aos conceitos de pulsão e da ideia de representante psíquico e, ainda, a primazia do termo sadismo em relação ao masoquismo – o que mais diante na obra esse par será invertido - na constituição subjetiva. Neste momento, 10 anos depois dos Três ensaios, o conceito de pulsão é reformulado. Cito-o:

[...] la pulsión nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante {*Repräsentant*} psíquico de los estímulos que proviene del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de sua trabazón con lo corporal³⁴ (FREUD, 1915/2013, p. 117).

A ideia de representante psíquico diz respeito ao fato de que uma moção pulsional surgida do inconsciente será despontada na consciência a partir dos seus representantes; assim, o que emerge na verdade é o seu agente representante que, na maioria das vezes, pode estar desfigurado. Com isso, uma coisa é a pulsão – que nunca é acessada integralmente - outra é o seu representante que se faz presente no psiquismo via os seus representativos, ou melhor, o representante da representação da pulsão (*Vorstellungsrepräsentanzen*). O assunto de representante e representação (*Vorstellung*) mereceria uma dedicação maior, contudo, estaríamos prestes a entrar em uma questão mais complexa de ser abordada nesse momento.

Ainda na questão e além dela, nesse texto que é considerado *princeps* sobre as pulsões, Freud afirma que toda representação é investida por uma fonte excitatória pulsional, com o qual possui meta (*Ziel*), força (*Drang*), fonte (*Quelle*) e objeto (*Objekt*). Seriam esses, portanto, os quatro componentes da pulsão. O que nos interessa vivamente na dissertação é a fonte excitatória da pulsão ser de natureza somática e ficar localizada nas bordas das zonas erógenas. Para toda fonte excitatória pulsional existe uma força que seria a força que a libido sexual faz para escapar pelas zonas erógenas (boca, ânus, olho, ouvido). Neste circuito é preciso a presença de um objeto, mesmo que este seja o que há de mais variado e camaleônico: qualquer que seja o objeto de forma alguma será definitivo ou adequado, até porque é exatamente o que dá movimento à pulsão, marcando aí a diferença entre o sujeito humano e o animal instintual. O que assume valor é a meta de uma satisfação pulsional,

³⁴ O trecho correspondente na tradução é: Um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo.

mesmo sabendo que essa não ocorra por totalidade, afinal, seu gozo está resvalado em partes do corpo. Goza-se com o olhar, o nariz, a unha, o naco de bunda que o marido da Bela açougueira³⁵ replica para o pintor, o seio. A satisfação da pulsão se daria no trajeto percorrido, ou seja, no contorno do objeto, no *aim*. Segundo Maria Anita Carneiro Ribeiro, “a satisfação da pulsão está no retorno e no recomeço, na sua própria insistência, na compulsão à repetição” (1997, p. 56). Já o *goal* estaria ligado ao alvo atingido, o que estaria mais próximo do gozo, conforme veremos no grafo mais adiante.

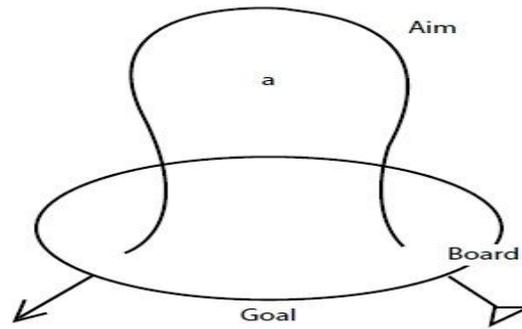
O que devemos levar em consideração, mesmo que este não seja o momento mais adequado para tal elaboração, haja vista que a densidade do conteúdo mereceria maiores aprofundamentos, é o fato de que, a partir do conceito de pulsão em Freud, abre-se a possibilidade para pensarmos que a psicanálise funda um novo campo do conhecimento. Se levarmos o conceito de pulsão às últimas consequências, teríamos que corpo e mente são substâncias em um só tempo, em um só lugar. Partindo do lugar da inovação, as próprias fontes excitatórias descritas por Freud poderiam ser revistas pois, talvez, não caberia mais sustentar tamanha precisão, já que com o conceito de gozo em Lacan veremos que, na verdade, apenas uma única substância será admitida pela psicanálise. E tudo isso graças a Freud! A grande revolução paradigmática da psicanálise, com o conceito de pulsão e de gozo, fulgura com o advento do conceito de sujeito, o que obriga os pesquisadores e analistas a avançarem na ideia de se afastar cada vez mais da dualidade promovida por Descartes, mesmo que suas concepções ainda sirvam de base para o pensamento do homem contemporâneo. Saliento que este é um ponto que ainda carece de maiores elaborações.

Retornando. No então Seminário, Livro 11, o mesmo que escolhi para iniciar o item 2.1 e curiosamente aquele em que o analista francês aborda a questão da holófrase, Lacan posiciona estrategicamente a pulsão como um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise e, diante disto, acrescenta a ideia do curto circuito. Neste circuito pulsional, o alvo seria o próprio retorno e a satisfação ocorreria com o trajeto percorrido, portanto, sem um ponto que fechasse o circuito ou, em palavras simplórias, fechasse algum sentido. Assim, a satisfação parcial da pulsão ocorreria pela trajetória percorrida e não com o objeto em si. Se qualquer objeto pode ser tomado pelo sujeito como busca do seu bel prazer, devemos lembrar que não é qualquer um que estará nos horizontes do desejo, o que faz com que o sujeito eleja objetos que em alguma medida façam parte da sua tela da fantasia.

Para exemplificar o circuito pulsional, Lacan se utiliza do seguinte grafo:

³⁵ Paciente freudiana a quem Lacan nomeia de Bela açougueira e que, a partir do relato de um sonho, Freud discorre sobre o desejo insatisfeito e a identificação na histeria.

Gráfico 1 - Circuito Pulsional



Fonte: LACAN, 1964/2008, p. 175

Nesta perspectiva de persistência e insistência é que mais adiante em seu ensino teremos a noção de gozo como o próprio movimento infinito da pulsão, sendo esse o movimento provocado pelo vazio, oco de objeto, ou o próprio objeto *a* nas palavras de Lacan³⁶, “A própria ideia do sexual pode ser um efeito da passagem do que está no cerne da pulsão, isto é, o objeto *a*” (1968-1969/2008, p. 206).

Anos antes, no Seminário, Livro 7 – “A ética da psicanálise” – Lacan já cotejava esse tema ao falar sobre o vazio e a falta do pote/vaso de mel, que é tido por ele como uma “reminiscência” (1959-1960/2008, p. 29) do pote de mostarda. Naquela ocasião, ele se utilizava metaforicamente desses recursos para falar sobre a falta constitutiva que é *das Ding*, a Coisa freudiana, bússola condutora para a leitura do seminário e para a ética da psicanálise, ou melhor, a ética freudiana. Já na primeira lição, ele questiona: “Essa falta, o que é?” (p. 12). O pote ou vaso serviriam como representações, uma espécie de molde onde dentro dele estaria incluído o vazio, sendo que, a cada um, sujeito a sujeito, caberá preenchê-lo com os significantes que lhe convier. Desse modo, para acessar a impossibilidade do real, o sujeito se utilizará dos recursos simbólicos. Com relação às contribuições relativas ao objeto *a* e o que dele se desdobra para pensarmos sobre o FPS, sinalizo que novas considerações serão feitas no capítulo seguinte.

Recorrendo aos artistas, como era de costume tanto para Freud quanto para Lacan, na lição intitulada “As pulsões e seus engodos”, ainda no Seminário, livro 7, Lacan, ao retomar Walt Whitman – em alguns dos seus poemas ele exprime uma unidade cósmica do Eu – define como um “sonho” (1959-1960/2008, p. 116) o exercício do poeta. Utiliza-se do poeta para afirmar que o que Freud baliza com sua teoria funcionaria de maneira oposta ao idealismo da completude de Whitman. Cito-o:

³⁶ Ideia exposta pela Prof^a Ana Costa em orientação no dia 18/05/2017.

Poder-se-ia sonhar com um contato epidérmico, completo, total entre o corpo e o mundo, ele mesmo aberto e palpitante, sonhar com um contato e, no horizonte, com um estilo de vida cuja direção e via o poeta nos mostra, esperar uma revelação de harmonia do desaparecimento da presença insinuante, perpétua, da sensação opressora de alguma maldição original (LACAN, 1959-1960/2008, p. 116).

Poderíamos dizer, então, que a dimensão de pulsão trazida por Freud é o que demarca na teoria da psicanálise seu avanço no estudo de corpo e no conceito de sujeito, distancia-a dos demais campos do conhecimento e coloca em xeque a primazia do biológico. A partir da pulsão, inferimos que o corpo é faltante, falhante e falante. A título de curiosidade é nessa fenda que a questão do gozo irá se inscrever, como iremos nos deter mais especificamente no próximo capítulo. Numa outra direção caminharia a ideia de naturalidade, em que para todo instinto existe o complemento faltante.

Voltemos a Freud. Se o conceito de pulsão figura como doutrina freudiana, que seria um conjunto de princípios básicos em que algum sistema é fundamentado, além de termos apresentado os seus componentes que a representam, devemos também destacar os respectivos destinos, quais sejam:

1) Reversão ao seu oposto; 2) Retorno em direção ao próprio eu; 3) Recalque; 4) Sublimação.

Nos dois primeiros destinos, a pulsão correria pelos mesmos caminhos; no terceiro haveria um processo de “empurrar para o lado” da consciência para o inconsciente a Representação-coisa, ou seja, o representante ideativo que ainda não foi identificado teria como efeito a tentativa de evitar a angústia; e, no quarto destino, a pulsão escaparia do recalque e seria transformada em algo produtivo como a arte, atingindo sua satisfação em outro objeto (FREUD, 1915).

Para o nosso tema, destaca-se com grande importância o segundo destino, no qual, nesse momento de 1915, Freud ainda acreditava que a pulsão que fosse percorrer o trajeto e retornar ao eu seria qualificada como pulsão sexual, dado clínico que ele só iria reformular anos depois. Entretanto, cinco anos antes, em 1910, no texto, ‘A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão’, Freud anuncia pela primeira vez o dualismo pulsional, apesar de que não era da ordem de uma grande surpresa para o nosso psicanalista-pesquisador. Se antes a libido era a grande responsável por toda e qualquer energia que fosse ligada ao aparelho psíquico, a partir desse texto, mudanças são enunciadas na teoria. O conflito psíquico então seria entre as pulsões sexuais - em favorecimento à sexualidade e de energia libidinal - e as pulsões do eu, não libidinais e cujo objetivo era de conservação. Cito Freud:

De particularísimo valor para nuestro ensayo explicativo es la inequívoca oposición entre las pulsiones que sirven a la sexualidad, la ganancia de placer sexual, y aquellas otras que tienen por meta la autoconservación del individuo, las pulsiones yoicas³⁷ (1910/2012, p. 211).

O dualismo descrito por Freud em 1910 (pulsão sexual x pulsão do eu (de auto conservação) iria sustentar-se por pouco tempo. Até chegar em 1920, no famoso artigo do “Mais além”, alguns avanços serviram como instrumentos necessários para que Freud revisse sua teoria, como é o caso da elaboração do precioso texto sobre a “Introdução ao narcisismo”, em 1914. O grande passo dado por Freud e que serve como verdadeiro impacto na passagem da primeira para a segunda teoria das pulsões diz respeito à introdução ao narcisismo. É neste momento do desenvolvimento da teoria que Freud se depara com o fato de que nem tudo é libidinizado, logo, é impossível totalizar o intotalizável.

O artigo que antecede a metapsicologia freudiana, incluindo o texto da “Pulsão e seus destinos”, citado anteriormente, reveste uma nova caracterização para as pulsões do eu. A partir da construção do conceito de narcisismo como o ponto derradeiro entre o autoerotismo – sem diferenciação entre objeto e eu - e o direcionamento da libido em partes para o eu e em partes para os objetos externos, o próprio “complemento libidinoso” (1914/2013, p. 72), Freud atenta para o fato de existirem duas libidos: a libido sexual e “una energia no sexual de las pulsiones yoicas” (1914/2013, p. 74). Para tanto, o inventor recorre, com ajuda da clínica, ao fato de o eu também ser concebido como o lugar de investimento libidinal e pulsional – a própria imagem do sujeito é investida = i(a) - o que, portanto, não estaria apenas ligado ao aspecto de conservação. O que é importante tomarmos ciência é que Freud deixava um hiato na teoria das pulsões para algum componente da ordem do não-libidinal, o que nos faz acreditar que era só uma questão de tempo para que ele percebesse a existência de uma pulsão que fosse distinta daquela adjetivada como agregadora.

Aqui, fazemos um convite aos leitores com o propósito de percorrer os mesmos impasses que impuseram a Freud rever sua teoria na construção de um método singular de tratamento: a clínica. A clínica custava caro para Freud e foi a partir dela que ele despertou para a existência de alguns fenômenos que repetiam acontecimentos de ordem traumática e que visavam ao desprazer, contrariando a hipótese da busca do prazer como orientadora da vida do sujeito e regente do aparelho psíquico e, ainda, um princípio de realidade responsável por levar em conta as imposições do mundo externo visando à autoconservação.

³⁷ O trecho correspondente na tradução é: Do ponto de vista de nossa tentativa de explicação, uma parte extremamente importante é desempenhada pela inegável oposição entre as pulsões que servem a sexualidade, a obtenção de prazer sexual, e as outras que tem por objetivo a autopreservação do indivíduo – as pulsões do eu.

Foi, então, no famoso texto de 1919, “O estranho”, que Freud apontou para uma peculiaridade curiosa da língua, mesmo que anos antes, em 1910, no artigo “A significação das palavras antitéticas”, ele já tivesse feito uma depuração baseada no trabalho do filólogo Carl Abel. Freud percebeu que a palavra (*heimlich*) – familiar, conhecido – se movimentava em direção ao seu oposto (*unheimlich*) – estranho, sinistro – o que designava a ambivalência de seu significado. Com isto, além da mesma palavra em línguas arcaicas significar igualmente o seu oposto – como podemos observar no artigo sobre as palavras antitéticas - Freud apura que, no alemão, (*heimlich*) está intrinsecamente relacionado com o seu oposto (*unheimlich*), havendo uma transição dos sentidos: o que é familiar caminha na direção do que é estranho e vice e versa. Isto é, o adjetivo em alemão se desenrola até o ponto de coincidir com o seu extremo oposto. Seguindo as artimanhas que a língua embute, a noção dos pares antitéticos em Freud possui grande relevância para as formações do inconsciente, que são: os atos falhos, os chistes, os sonhos e os sintomas e, também, verificamos importantes contribuições em demais construções teóricas, como: no dualismo pulsional, nas posições libidinais de ativo-passivo e nas representações pelo oposto.

Com isso, diante dos fenômenos traumáticos que se repetiam e apareciam nas falas dos pacientes na clínica da neurose, Freud observou que a repetição gerava uma compulsão, o que o levaria a deflagrar uma mudança radical na teoria das pulsões e em toda a psicanálise. Haveria, podemos dizer, um empuxo ao mais além de uma proposta inicialmente jubilatória. Com Lacan, seríamos reportados imediatamente ao conceito de gozo: “O gozo, isso é o que só se percebe ao ver sua constância nos enunciados de Freud. Mas é também o que se percebe na experiência – refiro-me à psicanálise. O gozo, aqui, é um absoluto, é o real, e tal como o defini, como aquilo que sempre volta ao mesmo lugar” (1968-1969/2008, p. 206).

Logo, o que até então era visto como um dualismo pulsional, dá lugar, na teoria, a um segundo dualismo. Freud passa a reunir as pulsões sexuais e de conservação como sinônimos de pulsão de vida e introduz uma oposição radical na essência do conceito: a pulsão de morte.

Os achados clínicos demonstravam que haveria uma energia pulsional que fosse responsável pelos processos de amalgamento e outra que respondesse pelos processos de ruptura. Com o avanço da teoria, Freud finalmente argumenta que Eros e Tânatos são energias que atuam de maneira articulada, porém, que poderiam estar em proporcionalidades distintas. Até o final da obra, mais uma alteração seria constatada na teoria das pulsões: a prevalência da força de desvinculação de Tânatos. É diante da força assustadora de desvinculação da pura pulsão de morte que a incidência clínica do FPS sucumbe diante da criação freudiana sendo, portanto, uma das suas expressões mais inexoráveis.

2.1.1 Pulsão de morte: a derradeira

[...] Meu verso é sangue. Volúpia ardente...
 Tristeza esparsa... remorso vão...
 Dói-me nas veias. Amargo e quente,
 Cai, gota a gota, do coração.
 E nestes versos de angústia rouca,
 Assim dos lábios a vida corre,
 Deixando um acre sabor na boca.
 Eu faço versos como quem morre
Manuel Bandeira.

Em psicanálise admitimos o corpo regido pela teoria da pulsão e recortado por zonas erógenas – como vimos até aqui, donde apostamos no caráter parcial das bordas que o compõem. Ora, seria ingênuo de nossa parte acreditar que, para toda pulsão - que é sempre parcial - existe um alvo e um objeto que fosse capaz de condensar integralmente toda a energia libidinal. O significante como o suporte material que fixa um gozo – aquele do corpo de puro gozo do bebê – afeta o corpo, deixando um *quantum* de energia para além do prazer. Esse é o ponto-limite do prazer que Freud relaciona ao conceito de masoquismo, compulsão à repetição e a tendência a uma espécie de entropia do corpo – conceitos que dão luz ao nosso tema. A pulsão de morte estaria, ademais, localizada aí: naquilo que excede o prazer, rompendo um suposto equilíbrio. Dito isto, torna-se importante ressaltar: se Lacan coloca o gozo ao lado da pulsão de morte, podemos inferir que para o prazer existe uma espécie de dique, de tal modo que Eros e Tânatos se confundem e que prazer e dor estão misturados; o que poderia nos levar a pensar o corpo como uma substância que admite tanto a vida quanto a morte, entretanto, com prevalência dos processos vorazes.

Conforme percorremos ao longo da seção 2.1, a teoria da pulsão acompanha os escritos freudianos desde o início das suas associações sobre a vida psíquica do homem. Até o momento de elaboração sobre a emancipação entre pulsão de vida e pulsão de morte, Freud acreditava que o termo libido poderia ser empregado como responsável pela energia psíquica geral, o que foi revisto a partir da sua experiência clínica. É com a introdução do conceito de pulsão de morte que Freud abre alas para a concepção de uma teoria que na íntegra levou aproximadamente 15 anos para ser formulada e revista. A rigor, é com a pulsão de morte que as duas características principais são lançadas: a tendência do retorno ao inorgânico e a compulsão à repetição. E, foi a partir dela, que outros conceitos importantes como a sublimação foram explicitados, apontando, assim, para além da destruição, o componente de caráter criativo – ponto ao qual não nos dedicaremos no momento.

Na citação adiante, Freud, que se tratava de um leitor assíduo das mais diversas literaturas, evoca o filósofo Schopenhauer na tentativa de dar luz ao seu achado clínico:

Si nos es lícito admitir como experiencia sin excepciones que todo lo vivo muere, regresa a lo inorgánico, por razones internas, no podemos decir otra cosa que esto: *La meta de toda vida es la muerte*; y, retrospectivamente: *Lo inanimado estuvo ahí antes que lo vivo*³⁸ (FREUD, 1920/2013, p. 38).

Chegamos, portanto, nos meandros de 1920. No artigo “Além do princípio do prazer”, Freud formula o que seria conhecido como a segunda tópica. Nesta nova etapa da teoria que iria subverter toda a elaboração antecedente – mas não excluí-la - Freud se preocupa em expor a contrariedade entre pulsão de vida e pulsão de morte, em que a primeira assume tendência sexual, de união, guiada por Eros, e a segunda busca o retorno ao estado inicial, visando ao ódio, à agressividade, à separação e é conduzida por Tânatos. Em última instância, o esforço de toda e qualquer substância viva é o retorno ao estado original, inanimado, ou seja, buscaria em sua essência a eliminação das tensões do aparelho psíquico (FREUD, 1920).

Se nos debruçarmos sobre a obra freudiana, é possível imaginarmos que não deva ter sido simples para Freud reconhecer que o processo responsável por governar as ações psíquicas do homem possuía em seu cerne a característica destrutiva. Alguns historiadores e psicanalistas acreditam que talvez fosse preciso um período de extremo desgaste e sofrimento, como uma guerra, para que o criador da psicanálise pudesse assumir a face obscura do homem. Não sabemos se o comentário procede, afinal, já era sabido que Freud considerava o caráter não-sexual da libido desde o Narcisismo em 1914 e, em 1920, afirma: “Nuestra concepción fue desde el comienzo dualista, y lo es de manera todavía *más tajante hoy*, cuando hemos dejado de lhamar a los opuestos pulsiones yoicas y pulsiones sexuales, para darles el nombre de pulsiones de vida y pulsiones de muerte”³⁹ (FREUD, 1920/2013, p. 51-52). De todo modo, não descartemos as questões sociais e políticas “mais claras hoje” que acossavam o sujeito freudiano da época.

Um ano antes de publicar o *Mais além*, em 1919, ele escreve um pequeno artigo intitulado “Introdução à psicanálise e as neuroses de guerra”. Neste texto, lança mão do que era o tema mais atual à época – as doenças acometidas pelo processo sofrido no pós-guerra na Europa. Relaciona a aparição da neurose de guerra à neurose traumática, e esclarece: “Aparte

³⁸ O trecho correspondente na tradução é: Se nos é permitido admitir com experiência sem exceção de que todo o vivo morre, retorna ao inorgânico, por razões internas, não podemos dizer outra coisa que isto: o objetivo de toda vida é a morte; e, retrospectivamente: o inanimado estava aí antes do que o vivo.

³⁹ O trecho correspondente na tradução é: Nossa concepção foi desde o começo dualista, e é ainda mais clara hoje, quando deixamos de chamar a oposição se dando não entre as pulsões do eu e pulsões sexuais, para dar nome de pulsões de vida e pulsões de morte.

de eso, lo que hallamos en las neurosis de guerra es la neurosis traumática, que, según se sabe, sobreviene también en la paz tras el terror y accidentes graves, sin nexo alguno con un conflicto dentro del yo”⁴⁰ (FREUD, 1919/2012, p. 207). Imbricado no (*zeitgeist*) da época, Freud aprofunda seu olhar sobre as questões do homem e o seu papel diante da morte. Assim como o avançar no *front* de guerra do inimigo requer uma estratégia bem definida, Freud não estava desavisado: o avanço da teoria das pulsões traria consigo um mais-além para toda a teoria da psicanálise. Em 1920, o inventor dá contorno à presença de uma doença orgânica que pode substituir um sofrimento psíquico muito intenso. Seria, portanto, uma forma de evitar sofrimento intenso para o eu.

Diante disso, o conceito de pulsão de morte enoda o ponto decisivo na teoria. Pulsão de morte, atrelada ao conceito de repetição, comporta em si uma compulsão: fenômeno observado por Freud nos sobreviventes da guerra com seus torturantes pesadelos, nas brincadeiras infantis e, mais ainda, no corpo. A partir de agora, a força de desvinculação de Tântatos busca o retorno do corpo ao inanimado, que só se atingiria com a morte.

Ainda no artigo de 1920, Freud aponta para outro dado importante com relação à pulsão de morte, elemento este que Lacan irá valorizar sobremaneira em seu ensino. No último capítulo do texto, Freud coloca o princípio do prazer como aquele que está a serviço da pulsão de morte, de maneira que o que era regulador passa a ser o regulado. Lacan, em sua genialidade e na releitura a Freud, aponta que: “a pulsão, a pulsão parcial, é fundamentalmente pulsão de morte” (1964/2008, p. 195), o que nos faz pensá-la como derradeira e soberana. Assim, a máxima lacaniana implicaria em um vetor pulsional mortífero.

Anos depois, na carta de resposta a Albert Einstein – “Por que a guerra?” (1933 [1932]) – ao falar sobre a pulsão de ódio e destruição, argumenta: “Creemos en la existencia de una pulsión de esa índole y justamente en los últimos años nos hemos empenado en estudiar sus exteriorizaciones”⁴¹ (FREUD, 1933 [1932]/2013, p. 192). À pulsão de morte, conceito muitas vezes excluído por estudiosos da psicanálise, figura como uma espécie de “suerte de mitología, y en tal caso ni siquiera una mitología alegre”⁴² (1933 [1932]/2013, p. 194). Nesta carta, Freud deixa explícita a existência de uma pulsão destrutiva direcionada para objetos externos, como, no caso, a guerra e, principalmente, “una porción de la pulsión de

⁴⁰ O trecho correspondente na tradução é: A partir disso, o que chamamos as neuroses de guerra são as neuroses traumáticas, que, como se sabe, ocorrem também em tempos de paz, após experiências de terror e graves acidentes, sem qualquer ligação com um conflito dentro do eu.

⁴¹ O trecho correspondente na tradução é: Acreditamos na existência de uma pulsão dessa índole e justamente nos últimos anos temo-nos empenhado em estudar suas exteriorizações.

⁴² O trecho correspondente na tradução é: Espécie de mitologia, e neste caso, mitologia nada alegre.

muerte permanece activa en el interior del ser vivo, y hemos intentado deducir toda una série de fenómenos normales y patológicos de esta interiorización de la pulsión destructiva”⁴³ (ibid, p. 194). Em resposta à angústia do físico do porque o homem provocaria a guerra, o criador da psicanálise chega até mesmo a comparar a mitologia da pulsão de morte com uma mitologia de ordem física, “¿Les va a ustedes de otro modo en la física hoy?”⁴⁴ (ibid, p. 194).

Neste ponto de aproximação proposto por Freud, somos levados a crer na concepção da pulsão de morte como uma energia caótica direcionada para o retorno ao inorgânico. Lacan, no Seminário, Livro 7, em posse do filósofo Ucrainiano Siegfried Bernfeld (1892-1953), propõe uma articulação arrojada entre o princípio físico da entropia e a pulsão de morte. Bernfeld era um psicanalista, formado em filosofia pela Universidade de Viena e em algumas das suas articulações buscou aproximar Freud e Marx. Na lição de 4 de maio de 1960, Lacan se utiliza de Bernfeld para dizer que o conceito de entropia estaria baseado em “um equilíbrio terminal” (1959-1960/2008, p. 254), que a mensuração da desordem de um sistema físico-químico estaria associado a um certo grau de homogeneidade e, neste sentido, o sistema tenderia a homeostase. Contudo, Lacan ressalta que não é disso que se trata em psicanálise, uma vez que o conceito de pulsão de morte estaria relacionado à destruição e não apenas ao retorno do equilíbrio. Diz ele:

A pulsão, como tal, e uma vez que é então pulsão de destruição, deve estar para além da tendência ao retorno ao inanimado. O que ela poderia ser? – senão uma vontade de destruição direta, se assim posso expressar-me para ilustrar o que está em questão (LACAN, 1959-1960/2008, p. 254).

Dando continuidade ao diálogo com o filósofo, Lacan afirma que é o conceito de pulsão de morte que “põe em causa tudo o que existe” (1959-1960/2008, p. 255).

Dessa maneira, a partir do que foi articulado até aqui sobre a pulsão de morte e a repetição, é possível pensarmos na agressão do corpo em si mesmo como o próprio alvo mirado. Além do mais, se tomarmos o que Lacan diz sobre repetição e irrupção de gozo no Seminário, Livro 17, estaríamos ainda mais convencidos do processo de acometimento do FPS. Cito-o:

A repetição não quer dizer – o que a gente terminou, recomeça, como a digestão ou qualquer outra função fisiológica. A repetição é uma denotação precisa de um traço que eu extraí para vocês do texto de Freud como idêntico ao traço unário, ao pequeno bastão, ao elemento da escrita, um traço na medida em que comemora uma irrupção de gozo (LACAN, 1969-1970/1992, p. 81).

⁴³ O trecho correspondente na tradução é: Uma porção da pulsão de morte permanece ativa dentro do ser vivo, e temos procurado atribuir numerosos fenômenos normais e patológicos a essa internalização da pulsão de destruição.

⁴⁴ O trecho correspondente na tradução é: Não podemos dizer o mesmo, atualmente, a respeito da sua física?

Portanto, a partir da criação do conceito de pulsão de morte, os textos freudianos a partir de 1920 nos ajudam com novas descobertas e articulações para o estudo do FPS – principalmente quando estamos diante do retorno da pulsão ao próprio eu (elaborado na seção 2.1), da des fusão pulsional e do masoquismo - que veremos a seguir. Salientamos que o assunto da pulsão de morte não para por aqui, ele será retomado incansavelmente ao longo das elaborações.

2.1.2 Desdobramentos da pulsão de morte: masoquismo originário e a des fusão pulsional

Com a inovação do dualismo pulsional (pulsão de vida x pulsão de morte), inicialmente, Freud acreditava que toda pulsão, seja ela qual fosse, agiria no psiquismo de forma articulada, o que alternaria seria sua proporção: ora a prevalência de uma, ora de outra. Contudo, nos textos a partir de 1920, muitos outros pontos da teoria foram revisitados e inúmeros desdobramentos se sucederam. A teoria pulsional, por exemplo, configura como a mais afetada, porém, o efeito da criação dessa pulsão devastadora não seria sem consequências para todo o advento analítico, o que resvalaria em conceitos como o par masoquismo-sadismo e a própria separação entre pulsão de vida e pulsão de morte. Veremos a seguir.

Até então, o que era visto como disposição inicial em sua obra era a posição do masoquismo enquanto derivado do sadismo original; contudo, com a pulsão de morte em destaque, a existência de um masoquismo originário é colocada em pauta. Essa proposta, que já vinha sendo estudada desde o artigo de 1919, “Bate-se numa criança” – com o segundo tempo masoquista da fantasia originária - foi finalmente ratificada em 1924, no texto “O problema econômico do masoquismo”.

É importante que nos detenhamos sobre este ponto. No artigo “O problema econômico do masoquismo”, Freud distingue três tipos de masoquismo, são eles: o masoquismo erógeno, o masoquismo feminino (ambos buscam satisfação pela via sexual) e o masoquismo moral. O masoquismo erógeno estaria na base como estruturador, sendo que tanto a pulsão de vida quanto a pulsão de morte participariam de forma vinculada, porém, em diferentes dimensões. Freud aponta que parte da pulsão advinda do inconsciente ficaria a serviço de uma função sexual e seria direcionada para fora do corpo, para os objetos externos, e outra parte da pulsão permaneceria retida. Ele argumenta:

La tarea de la libido es volver inocua esta pulsión destructora; la desempeña desvinándola en buena parte – y muy pronta con la ayuda de un sistema de órgano

particular, la musculatura – hacia afuera, dirigiéndola hacia los objetos del mundo exterior. Recibe entonces el nombre de pulsión de destrucción, pulsión de apoderamiento, voluntad de poder. Un sector de esta pulsión es puesto directamente al servicio de la función sexual, donde tiene a su cargo una importante operación. És el sadismo propriamente dicho. Otro sector no obedece a este traslado hacia afuera, permanece en el interior del organismo y allí es ligado libidinosamente con ayuda de la coexcitación sexual antes mencionada; en ese sector tenemos que discernir el masoquismo erógeno, originario⁴⁵ (FREUD, 1924/2012, p.169).

Mais adiante, se continuarmos seguindo essa mesma citação, Freud toma o eu como o primeiro objeto visado da satisfação da pulsão de morte. Sobre o masoquismo operante no organismo, enuncia:

Después que su parte principal fue trasladada afuera, sobre los objetos, en el interior permanece, como su residuo, el genuino masoquismo erogeno, que por una parte ha devenido un componente de la libido, pero por la otra sigue teniendo como objeto al ser propio⁴⁶ (FREUD, 1924/2012, p. 170).

Pensar o masoquismo como primário em relação ao sadismo implica salientarmos que inicialmente a agressividade é voltada para o próprio sujeito e, só depois, seria lançada para os objetos. Observamos que, ainda neste artigo de 1924, Freud discorria sobre uma fusão entre pulsão de vida e pulsão de morte, mesmo que elas estivessem em proporções diferentes. Contudo, é apenas em 1930, em “O mal-estar na civilização”, que ele irá argumentar sobre a autonomia da pulsão de morte.

Até então, Tânatos era entendida como uma força de desvinculação; agora, além de ter atividade e forçar a separação, é capaz de assumir a destruição como componente humano. Sabemos que algum componente da libido sexual pode assumir o caráter agressivo quando pensamos acerca do próprio sujeito em relação, por exemplo, ao ato sexual, porém, nos últimos textos freudianos, a pulsão de morte assume distinção em relação à pulsão de vida.

Ainda no “Mal-estar da civilização”, texto importante para as elaborações no que tange ao nosso tema e, também, quando relacionados as questões do coletivo, Freud refere-se à investigação sobre o tema da felicidade já feita desde o texto “O futuro de uma ilusão” (1927) e indica quais seriam as três fontes de sofrimento humano: o poder superior da natureza, a fragilidade de nossos corpos e a inadequação das regras a fim de ajustar os

⁴⁵ O trecho correspondente na tradução é: A tarefa da libido é tornar inócua essa pulsão destruidora; ela desempenha desviando em grande parte – e com a ajuda de um sistema específico de órgãos particulares, a musculatura - para fora, dirigindo para os objetos do mundo externo. Recebe então o nome de pulsão de destruição, pulsão de apreensão, vontade de poder. Uma parte dessa pulsão é colocada diretamente a serviço da função sexual, onde tem um papel importante operacional. É o sadismo propriamente dito. Outra parte não obedece esse movimento para fora; permanece no interior do organismo e ali é ligado libidinosamente com ajuda da excitação sexual antes mencionada; nessa parte temos que discernir o masoquismo erógeno, originário.

⁴⁶ O trecho correspondente na tradução é: Depois que sua parte principal foi direcionada para fora, para os objetos, no interior permanece, como um resíduo, o genuíno masoquismo erógeno, que por um lado tornou-se componente da libido, por outro continua sendo objeto do próprio ser.

relacionamentos. O autor aponta que nas duas primeiras fontes o julgamento humano se mostra falho, ou seja, é necessário que o homem se submeta ao inevitável, uma vez que dominar a natureza é algo que extrapola o limite humano. Quanto ao corpo, Freud diz que “será siempre una forma precedera, limitada en su adaptación y operación”⁴⁷ (FREUD, 1930 [1929]/2012, p. 85). Já na terceira fonte, aloca o sujeito no laço social, distinguindo as exigências que fazemos para a busca da felicidade, reguladas entre reivindicações e feitorias.

Anos depois, em 1932, Freud escreve as “Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise”. Nestas novas conferências, que faz série às conferências já redigidas anteriormente, ele se dedica a recapitular a Conferência XXV – “A angústia” – e avançar nas suas indagações sobre a temática. Escreve e argumenta que a agressividade, como expressão da pulsão de morte, quando não direcionada ao objeto externo, faz retorno à própria fonte que, no caso, é somática. A hipótese já lançada em 1930, sobre a relação distinta entre pulsão de morte e pulsão de vida, neste texto, é reforçada, porém, o autor sinaliza a importância de estudos futuros. Cito-o:

En efecto, las mezclas pueden también descomponerse, y a tales desmezclas de pulsiones es lícito atribuir las más serias consecuencias para la función. Pero estos puntos de vista son todavía demasiado nuevos; nadie há intentado hasta hoy aplicarlos en su trabajo. Retrocedamos hasta el problema particular que nos plantea el masoquismo. Prescindamos por el momento de sus componentes eróticos; entonces nos atestigua la existencia de una aspiración que tiene por meta la destrucción de sí⁴⁸ (1932/2013, p. 97).

Esse é um dos pontos que merece evidência no nosso estudo, na medida em que a pulsão de morte, quando desfusionada, havendo encontrado qualquer obstáculo e que não tenha sido satisfeita parcialmente no mundo externo, o retorno autodestrutivo acontece no eu, lesiona o corpo e, inclusive, provoca danos em nível orgânico. Se continuarmos a leitura, Freud diz:

¡Rara pulsión esa que se dedicaría a destruir su propia morada orgánica! Sin duda los poetas hablan de tales cosas, pero los poetas son irresponsables, gozan del privilegio de la licencia poética. És verdad que representaciones parecidas tampoco son ajenas a la fisiología. Por ejemplo: la mucosa gástrica que se digiere a sí misma⁴⁹ (1932/2013, p. 98).

⁴⁷ O trecho correspondente na tradução é: Uma forma precível, limitada na sua adaptação e operação.

⁴⁸ O trecho correspondente na tradução é: Em efeito, as fusões podem também se decompor, e tais decomposições podem permitir atribuir as mais graves consequências para a função. Mas estes pontos de vistas são ainda demasiadamente novos; ninguém ainda tentou aplicá-los em seu trabalho. Retornemos ao problema particular que colocado pelo masoquismo. Precisamos dispensar por um momento o componente erótico; então nos atesta a existência de uma aspiração que tem como objetivo a destruição de si.

⁴⁹ O trecho correspondente na tradução é: Rara pulsão essa que se dedica a destruir sua própria morada orgânica! Sem dúvida os poetas falam de tais coisas, mas os poetas são pessoas irresponsáveis, gozam do privilégio da licença poética. É verdade que parecidas representações não são estranhas a fisiologia. Por exemplo: a mucosa gástrica que se digere em si mesma.

É importante ressaltar que, nesta conferência, Freud destaca tanto uma lesão de mucosa do estômago como uma afecção reumática de uma paciente como situações clínicas em que o retorno da pura pulsão de morte lesiona o corpo. Mais adiante, seguindo a narrativa do artigo, Freud faz menção à característica geral da pulsão de restaurar uma situação inicial e, mesmo que isso tenha sido alcançado e seja desfeito, provavelmente haverá uma outra pulsão que irá criar condições para que o processo se inicie novamente. Assim, no acontecimento de vinculação e desvinculação, o processo da compulsão à repetição que, em determinados casos, assume “el carácter de lo *demoníaco*”⁵⁰ (1932/2013, p. 99), suporta o desprazer e o componente libidinoso daquilo que Lacan irá denominar de gozo:

Eis porque podemos conceber que o prazer seja violado em sua regra e seu princípio, porque ele cede ao desprazer. Não há outra coisa a dizer – não forçosamente à dor, e sim ao desprazer, que não quer dizer outra coisa senão o gozo (1969-1979/1992, p. 81).

Compreendemos, portanto, que Freud deixou pinceladas consistentes para o estudo do fenômeno psicossomático. Mesmo que algumas perguntas se mantenham sem respostas, contudo, as articulações freudianas nos permitem avançar na pesquisa.

É a partir da pura pulsão de morte ou da prevalência desta e, como já fora abordado, o masoquismo originário como o nome do gozo, que adotamos com segurança a fonte freudiana. Ainda, no terceiro capítulo, novos caminhos traçados pelo inventor da psicanálise nos servirão como base para o estudo do FPS. Por ora, na sequência, daremos continuidade, com o avanço das elaborações em relação ao corpo, aos três registros de Lacan: Imaginário, Simbólico e Real.

2.2 Espelho, espelho meu! Existe alguém mais belo do que o Eu? O imaginário do corpo em Lacan

No entanto, todas as manhãs, a mesma presença, a mesma ferida; desenha-se aos meus olhos a inevitável imagem imposta pelo espelho: rosto magro, ombros arcados, olhar míope, sem cabelos, realmente nada belo. E é nesta desprezível concha da minha cabeça, nesta gaiola de que não gosto, que será preciso mostrar-me e caminhar; é através

⁵⁰ O trecho correspondente na tradução é: O carácter demoníaco.

desta grade que será preciso falar, olhar, ser olhado; sob esta pele, deteriorar. Meu corpo é o lugar sem recurso ao qual estou condenado⁵¹

Michael Foucault.

Na fábula infantil dos Irmãos Grimm, o conto alemão da Branca de Neve, a rainha, má em sua essência, porém lindíssima e muito vaidosa, certa vez havia ganhado de um feiticeiro um espelho mágico, ao qual, cotidianamente, lançava o enigma: “Espelho, espelho meu, existe alguém mais bela do que eu?” Eis que o espelho respondia prontamente: “Em todo o mundo, minha querida rainha, não existe beleza maior”. Os anos se passaram, até que um dia, o precioso espelho deu uma resposta devastadora à bela rainha: “A sua enteada, Branca de Neve, é agora a mais bela do reino”. A rainha, que dotava de uma preocupação excessiva com relação à sua imagem, furiosa e consternada diante da resposta, chama um dos guardas do palácio e ordena que levem Branca de Neve para a floresta e lá a matem.

O breve resumo que marca o início da seção 2.2 acerca de uma das histórias mais famosas da literatura infantil poderia ser adotado como uma metáfora lúdica para discorrermos sobre o corpo e o eu no registro do imaginário. Fixada na bela imagem que dominava e inflava seu eu, a rainha se desmantela diante da falta que até então ficava escamoteada. A imagem é responsável por dominar nosso corpo, nossos devaneios mais íntimos, mascarando o sujeito em sua falta constitutiva. O espelho, que de mágico não tinha nada, dá notícias de que a entrada de um terceiro romperia toda aquela sideração especular. E a psicanálise, como trata a imagem?

A clínica da psicanálise estruturada a partir do ensino de Lacan não ignora a importância do estatuto do eu, da imagem e do corpo, como pensam alguns analistas do ego. Lacan reconhece a importância que a teoria do narcisismo possui na obra de Freud, principalmente se formos tomar os fenômenos corporais na sua radicalidade, como: no despedaçamento da esquizofrenia, no autoerotismo do autista, na toxicomania e no fenômeno psicossomático.

Remetendo ao caso clínico de Renato, desde o início da internação, o paciente por vezes se olhava no espelho e questionava: “Como posso estar assim estragado por fora, se os médicos dizem que por dentro tô limpo? Esse corpo parece que não é o meu”. Na relação

⁵¹ O trecho correspondente na tradução é: Mais tous le matins, même présence, même blessure; sous mes yeux se dessine l’inévitable image qu’impose le miroir: visage maigre, épaule voûtées, regard myope, plus de cheveux, vraiment pas beau. Et c’est dans cette vilaine coquille de ma tête, dans cette cage que je n’aime pas, qu’il va falloir me montrer et me promener; à travers cette grille qu’il faudra parler, regarder, être regardé; sous cette peau, croupir. Mon corps, c’est le lieu sans recours auquel je suis condamné (FOUCAULT, 1966/2013, p. 8).

especular, Renato não se reconhecia. A imagem que seu corpo refletia através do espelho era fonte de mal-estar e sofrimento. Não é para menos que Lacan aponta o estádio do espelho como um “drama” (LACAN, 1949/1998, p. 100) vivido pelo sujeito. A imagem enquanto unificada, no nível da complementariedade, permanecia presa numa via alienante - lembremos do comportamento de alguns animais diante do espelho, em que eles são incapazes de reconhecer um ponto de basta: os macacos, inclusive, chegam a olhar por trás do espelho, na expectativa de uma continuidade da sua própria imagem – sendo necessária uma intervenção que fizesse objeção. Na cena de Renato diante do espelho velho e quebrado da enfermaria, era preciso que a analista interviesse. O curioso fato acontecia todas as vezes que o paciente parava em frente ao espelho, nu, no passeio que fazia pela enfermaria, desfilando seu corpo que cheirava a “queimado” - como o próprio definia. Poderia ficar horas olhando-se, completamente perturbado naquele engodo da imagem de horror, que a única fala enunciada era aquela: “esse corpo parece que não é o meu”. Renato, capturado pela imagem do espelho, não associava nada, nenhuma narrativa se presentificava. Emudecia. Silenciava-se.

Deste modo, adotando o imaginário como o início da elaboração lacaniana acerca do corpo, é com o estádio do espelho como formador da função do eu, que o sujeito vê possibilidades de dar vida a sua imagem. Ressaltamos que a discussão com relação ao corpo, estreada pelo viés do registro do imaginário, figura como uma tentativa de seguir fidedignamente a ordem cronológica dos avanços e das construções lacanianas, contudo, sinalizo que a escolha é meramente neurótica e aleatória pois, para o estatuto do corpo, qualquer um dos três registros poderia ser tomado como o ponto de partida. Ainda sobre este ponto, sabemos que são comuns na comunidade analítica algumas especulações visarem a classificar e padronizar em primeiro, segundo e terceiro ensino de Lacan, portanto, julgo importante trazer uma breve passagem que visa a ratificar que não é disso que se trata. No Seminário, livro 10 - ponto importante do ensino, pois marca o início da construção do objeto *a* e, principalmente, a elaboração sobre o real – Lacan é categórico em afirmar que:

Não creio que haja dois tempos que ensinei algum dia, um tempo que estaria centrado no estádio do espelho e no imaginário e, depois disso... na descoberta que eu teria feito, subitamente, do significante... não é de hoje que o entrejogo dos dois registros tem sido intimamente trançado por mim (1962-1963/2005, p. 39).

Mesmo que a passagem faça referência explícita ao registro do imaginário e do simbólico, podemos extrapolá-la também para o real. Assim, acreditamos que não há prevalência tampouco preferência de um sobre o outro, o que marca a possibilidade do estudo simultâneo. Feito esse adendo, prossigamos.

Como não poderia ser diferente, partiremos de Freud para avançar com Lacan.

Com o inventor da psicanálise, o corpo passa a assumir a importância de uma imagem - o que mais adiante será adotado como corpo-imagem ou corpo no registro do imaginário lacaniano. No texto “O eu e o isso” (1923), o eu é tomado como uma parte modificada do isso, assumindo percepções tanto do mundo externo (Sistema Pcpt.) quanto do interno. Cito Freud, “Para el yo, la percepción cumple el papel que en el ello corresponde a la pulsión. El yo es el representante {*repräsentieren*} de lo que puede llamarse razón y prudencia, por oposición al ello, que contiene las paciones”⁵² (1923/2012, p. 27). A partir das sensações tanto do mundo interno quanto do externo que formam o eu, Freud aponta uma possível correspondência: o corpo. O corpo ocuparia, portanto, o lugar de palco originário das sensações.

Neste momento da obra, observamos uma valorização do eu – o que mais adiante os analistas pós-freudianos irão tomar como instância governante e organizadora de todo o aparelho psíquico – o que assumiria o caráter corporal. Assim, “El yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino, él mismo, la proyección de una superficie”⁵³ (ibid, p. 27).

Lacan, avançando nas pegadas deixadas por Freud, assume e ratifica a existência de uma íntima relação entre o eu, o corpo e a constituição do sujeito. Em sua tese da constituição do sujeito, afirma que no registro do imaginário, o estágio do espelho - o único momento ao longo de todo o ensino que Lacan descreve com precisão uma referência cronológica de uma idade (dos seis aos dezoito meses de vida) – aponta para a formação da imagem do eu a partir do outro, o que faz com que o sujeito a partir da imagem especular acredite que é o outro e, diante disso, adote o outro como se fosse seu eu (LACAN, 1949/1998). Em 1914, na “Introdução ao Narcisismo”, texto que já abordamos no início do capítulo, Freud já tinha escrito que para que houvesse “[...] el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación [...]” (FREUD, 1914/2013, p. 71) era necessário que uma nova ação psíquica fosse adicionada ao estado inicial da libido, ao autoerotismo, o que levaria, portanto, ao narcisismo. Deste modo, além de o narcisismo ser acrescido ao autoerotismo possibilitando distinguir libido do eu e libido do objeto; serviria, ademais, como estruturador nas relações do sujeito com o outro. O narcisismo, assim, apontaria para as marcas do

⁵² O trecho correspondente na tradução é: Para o eu, a percepção cumpre o papel que no id corresponde a pulsão. O eu é o representante do que se pode chamar de razão e prudência, por oposição ao id, que contém as paixões.

⁵³ O trecho correspondente na tradução é: O eu é, sobretudo, uma essência-corpo; não é somente uma essência-superfície, mas é o mesmo, a projeção de uma superfície.

processo de identificação e estabeleceria a existência da relação entre dois sujeitos, ou sujeito e objeto.

É no registro do imaginário que o corpo adquire uma forma, uma consistência. O estágio do espelho, enquanto formador da função do eu, produz no sujeito sua imago própria e diferenciada. Segundo Lacan, é a partir desse momento que o corpo pulsional de puro gozo do bebê assume a forma unitária (no sentido da singularidade) e inédita, que é o que permite perceber o objeto. Contudo, é preciso afirmar que, mesmo com a imagem *gestáltica* formada e com o corpo libidinizado pelo outro, não há garantia da dialética sujeito - objeto, sendo necessário que haja a intervenção do registro do Outro, do simbólico, o que poderíamos tomar como a palavra do espelho, por exemplo, no conto da Branca de Neve. Cito Lacan:

O que foi que tentei fazer entender com o estágio do espelho? Que aquilo que existe no homem de desvinculado, de despedaçado, de anárquico, estabelece sua relação com suas percepções no plano de uma tensão totalmente original. É a imagem de seu corpo que é o princípio de toda unidade que ele percebe nos objetos (LACAN, 1954-1955/2010, p. 226).

A função do estágio do espelho estabelece, portanto, as relações do homem com o seu *Umwelt*. Porém, mesmo a imagem do corpo do sujeito sendo formada a partir da imagem do outro – o outro é essencialmente ponto de partida e apoio, concomitantemente - sempre há algo nesta relação que escapa, rasgando o ideal de completude. Na projeção da superfície corporal, sempre há uma hiância, uma diferença entre o que se vê e o que é visto. O estágio do espelho é uma tentativa, através do eu, de amarração do corpo despedaçado do engodo pulsional, uma tentativa de fazer Um, mesmo que algo vacile. E algo vacila. Não é para menos que Lacan recorre ao texto da “Eficácia Simbólica” de Lévi-Strauss logo no Seminário, livro 2 – “O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise” (1954-1955/2010), para falar de ordenação simbólica. Remetemos, assim, ao significante a função de ordenar, fazer trilhos, possibilitando que o sujeito coloque em palavras o que for da ordem do possível. Sobre esse assunto, o corpo no registro do simbólico, aprofundaremos na próxima seção.

Na conferência “O corpo utópico” transmitida na rádio France Culture em 7 de dezembro de 1966, Foucault, imbuído da responsabilidade de falar sobre o corpo, assinala três vertentes para abordá-lo, sendo que uma delas se trata da via do espelho. Para o filósofo, o espelho é aquilo que diz para o sujeito que ele tem um corpo, pois é a partir da miragem da imagem que o sujeito é capaz de projetar máscaras, como: tatuagens e adornos. O espelho é aquilo que faz existir um corpo, mas que o sujeito não pode mostrar esse corpo a si mesmo se não houver um outro que diga sobre ele. Ele diz:

Corps absolument visible, en un sens: je sais très bien ce que c'est qu'être regardé par quelqu'un d'autre de la tête aux pieds, je sais ce que c'est qu'être épié par derrière, surveillé par-dessus l'épaule, surpris quando je m'y attends, je sais ce qu'est être nu; [...] Ce crâne, ce derrière de mon crâne que je peux tâter, là, avec mes doigts, mais voir, jamais; ce dos, que je sens appuyé contre la poussée du matelas sur le divan, quand je suis allongé, mais que je ne surprendrai que par l'usage d'un miroir; et qu'est-ce que c'est que cette épaule, dont je connais avec précision les mouvements et les positions, mais que je ne saurai jamais voir sans me contourner affreusement?⁵⁴ (1966/2013, p.10-11).

Lembremos aqui, nesta passagem, que Foucault faz menção ao espelho como o objeto utilizado para admirar nossa formosura e nosso algoz, porém, tanto para o filósofo quanto para Lacan, a escolha do espelho é no sentido metafórico assim como a presença de um outro que nomeie o sujeito seja do patamar da representação de alguém que ocupe esse lugar que não necessariamente seja o primeiro objeto de amor da criança: a mãe. Para Lacan, o estágio do espelho não é primário, o investimento na imagem formada no espelho que é corroborada pelo Outro.

Outro ponto que chama atenção na sequência da conferência e que nos remete ao que Freud expõe no texto “Eu e o isso” é o fato de o processo da dor ser imprescindível, adicionado à construção da imagem, para a percepção subjetiva diante do corpo próprio. Assim:

Para Foucault:

Le corps, fantôme qui n'apparaît qu'au mirage des miroirs, et encore, d'une façon fragmentaire. Est-ce que vraiment j'ai besoin des génies et des fées, et de la mort et de l'âme, pour être à la fois indissociablement visible et invisible? Et puis, ce corps, il est léger, il est transparent, il est impondérable; rien n'est moins chose que lui: il court, il agit, il vit, il désire, il se laisse traverser sans résistance par toutes mes intentions. Hé oui! Mais jusqu'au jour où j'ai mal, où se creuse la caverne de mon ventre, où se bloquent, où s'engorgent, où se bourrent d'étope ma poitrine et ma gorge. Jusqu'au jour où s'étoile au fond de ma bouche le mal aux dents. Alors, alors là, je cesse d'être léger, impondérable, etc.: je deviens chose, architecture fantastique et ruinée⁵⁵ (1966/2013, p. 11).

Para Freud,

⁵⁴ O trecho correspondente na tradução é: Corpo absolutamente visível, em um sentido: sei muito bem o que é ser olhado por alguém da cabeça aos pés, sei o que é ser espiado por trás, vigiado por cima do ombro, surpreso quando percebo isso, sei o que é estar nu [...] Este meu crânio, atrás do meu crânio, que posso tocar com meus dedos, mas nunca ver; este dorso, que sinto apoiado na pressão do colchão sobre o divã quando me deito, mas que somente surpreenderei pelo ardil de um espelho; e o que é este ombro, cujos movimentos e posições conheço com precisão, mas que jamais poderei ver sem me contorcer terrivelmente?

⁵⁵ O trecho correspondente na tradução é: O corpo, fantasma que não aparece senão na miragem de um espelho e, mesmo assim, de maneira fragmentada. Necessito realmente dos gênios e das fadas, e da morte e da alma, para ser ao mesmo tempo indissociavelmente visível e invisível? E, além disso, esse corpo é ligeiro, transparente, imponderável; não é uma coisa: anda, mexe, vive, deseja, se deixa atravessar sem resistências por todas as minhas intenções. Sim. Mas até o dia em que fico doente, sinto dor de estômago e febre. Até o dia em que estala no fundo da minha boca a dor de dente. Então, então deixo de ser ligeiro, imponderável, etc.: me torno coisa, arquitetura fantástica e arruinada.

La psicofisiología há dilucidado suficientemente la manera en que el cuerpo propio cobra perfil y resalto desde el mundo de la percepción. También el dolor parece desempeñar un papel en esto, y el modo en que a raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia de sus órganos es quizás arquetípico del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio⁵⁶ (1923/2012, p. 27).

Desse modo, além de o corpo estar cunhado a partir do espelho, a percepção da dor assume importância notória tanto nas construções do filósofo francês quanto para o pai da psicanálise, figura como um ponto comum e importante na nossa pesquisa.

Mais adiante no ensino de Lacan, o corpo irá adquirir novas reformulações e considerações: o estágio do espelho é cunhado em relação ao significante com a introdução do Outro da linguagem e, num momento mais avançado, é visto como uma substância de gozo (LACAN, 1972-1973, p. 29), como veremos no último item desse capítulo ao falar sobre o corpo no registro do real.

Recorrendo ao Seminário, livro 3 – “As psicoses” - Lacan, assume a intenção de adentrar na “essência da loucura” (1955-1956/2002, p. 106) ao retomar o conceito freudiano de narcisismo. Em primeira instância, evidencia que o estágio do espelho serve como um momento de tensão, deflagrando a natureza erótica e agressiva no processo de formação do eu. Situa ainda que entre o sujeito e o outro há um eco – é ele ou eu – o que marcaria o processo de exclusão. Desta maneira, a relação eu-outro permanece, desde sua essência, marcada pelo fio condutor instável do imaginário. Cito Lacan: “[...] todo equilíbrio puramente imaginário com o outro está sempre condenado por uma instabilidade fundamental” (LACAN, 1955-1956/2002, p. 311). Assim, para que haja a formação do eu enquanto alteração e o sujeito não fique preso ao sósia que lhe é prometido especularmente pela via da projeção - mantendo-se num emparelhamento - a condição primordial é que exista uma posição triangular. Se o imaginário enquanto instância fundante aliena e comporta em si a densidade que captura o sujeito, a ordem simbólica incidirá, de certa maneira, marcando a diferença nessa falácia homeostática pela via da divisão, introduzindo o sujeito frente à fala e à linguagem.

Portanto, é pela imagem que o corpo se fixa numa espécie de moldura mágica e se insere na via da economia de gozo. Para que o sujeito goze de seu corpo ou para que o corpo seja visto como uma substância de gozo e seja gozado, é necessário ir além do escudo da imagem, assim, “A imagem reina mas não governa. O mestre é o significante que estrutura a

⁵⁶ O trecho correspondente na tradução é: A psicofisiologia tem elucidado suficientemente a maneira pela qual o próprio corpo de uma pessoa tem um perfil e se destaca desde o mundo da percepção. Também a dor parece desempenhar um papel no processo, e a maneira pela qual as raízes das doenças dolorosas adquirem notícias de seus órgãos, é a maneira pela qual em geral é a representação do nosso próprio corpo.

forma da imagem que escamoteia e envolve o real para cada sujeito” (CARNEIRO RIBEIRO, 1995, p. 12). A linguagem, portanto, é aquilo que funda o Ser e é nela que nos deteremos na seção 2.3.

Entretanto, antes de adentrar o próximo tópico, torna-se fundamental incluir e desenvolver a questão do olhar. Assumindo os casos descritos no primeiro capítulo, a pungência da presença da pulsão escópica e todo o desenvolvimento teórico de Lacan com o ver e ser visto, deparamo-nos com este dado apresentado pela clínica que merece ser melhor explorado.

2.2.1 A armadilha do olhar – o corpo entre o velar e o desvelar

Não consigo entender
 O tempo
 A morte
 Teu olhar
 O tempo é muito comprido
 A morte não tem sentido
 Teu olhar me põe perdido
 Não consigo medir
 O tempo
 A morte
 Teu olhar
 O tempo, quando é que cessa?
 A morte, quando começa?
 Teu olhar, quando se expressa?

Paulo Mendes Campos.

É a partir do dar-a-ver do corpo que atravessa ambos os recortes de casos clínicos trazidos no primeiro capítulo, que é pertinente dedicarmos um subitem para a questão do visível e a pulsão escópica. É sabido, desde os mitos gregos, como de Perseu, de Eurídice, da Medusa, de Narciso, e até mesmo o mais conhecido da psicanálise, do Édipo Rei, que o olhar é um elemento que condensa, ao mesmo tempo, inquietação e fascinação. Encontramos aí o arcabouço mitológico para pensarmos sobre a construção do olhar na subjetividade e na sociedade em que vivemos. Sociedade das câmeras, do espetáculo, da exposição, do *selfie* são

algumas das nomeações que nossos tempos recebem e que seguem uma infinidade de sinônimos, como se fossem verdadeiros carros alegóricos desgovernados, ainda que guiados pelo empuxo ao gozo escópico. Nessas elaborações iremos especificar a modalidade do olhar como um fenômeno presente desde Freud e mais aprofundado teoricamente no ensino de Lacan e, especificamente, naquilo que nos interessa: na clínica.

A psicanálise nos ensina desde a sua origem que o corte da visão do paciente que está deitado no divã inaugura a regra fundamental da clínica analítica: a associação livre. Ao longo da obra freudiana, é possível nos depararmos com passagens que fazem menção ao ver e ser visto (*Schaulust*), como é o caso do próprio Freud, e o estranhamento provocado diante da projeção da sua imagem no vagão do trem; ou, ainda, ao remeter à Fiódor Dostoievski e a elaboração do fenômeno do duplo - curiosamente exemplos retirados do texto “O estranho”, de Freud, de 1919.

Na música, Caetano Veloso, artista brasileiro que tem em suas letras, arrisco-me a dizer, uma pitada de Freud, deflagra que a autoadmiração é a fonte de bom gosto, “Quando eu te encarei frente a frente não vi o meu rosto; chamei de mau gosto o que vi, de mau gosto o mau gosto; é que Narciso acha feio o que não é espelho”, aludindo à captura narcísica do estádio do espelho, que é própria da constituição do sujeito. Já o quadro escolhido como capa e que fora analisado por Lacan no Seminário, Livro 11, “Os Embaixadores”, do artista alemão Hans Holbin, deixa-nos assoberbados quando nos deparamos, a partir de certo ângulo de visão, com a imagem de um crânio de caveira. Caso o espectador não se coloque neste ponto específico, à direita, a imagem fica completamente distorcida e sem sentido, o que faz Lacan afirmar que:

Esse quadro não é nada mais do que é todo quadro, uma armadilha de olhar. Em qualquer quadro que seja, é precisamente ao procurar o olhar em cada um de seus pontos que vocês o verão desaparecer (1964, p. 91).

Sob esta perspectiva, compreendemos que nada melhor do que a arte para nos servir de esteio para nossas elaborações, até mesmo para a narrativa contada por Renato que, ao se olhar no espelho da enfermaria, não se reconhecia. A imagem que o espelho projeta, seja do próprio sujeito que se olha ou do outro que o olha, corresponde ao furo do vazio de representação, “Nessa matéria do visível, tudo é armadilha” (LACAN, 1964, p. 95), diz Lacan.

Diante dos relatos clínicos apresentados no capítulo de abertura, levantamos a questão: como poderíamos construir o fenômeno do velar/desvelar em casos em que o corpo do sujeito nos convoca pela via do olhar?

É importante demarcarmos na obra freudiana o ponto que poderíamos chamar de inicial para o surgimento da questão do olhar – lembremos que desde a técnica da hipnose, que Freud havia abandonado, o olhar já era utilizado como instrumento terapêutico para fazer o paciente falar daquilo que não se recordava. Nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, de 1905, Freud investiga tudo aquilo que concerne à sexualidade infantil, inaugura o campo da pulsão como o responsável por fazer o limite entre o psíquico e o somático – como já trabalhado anteriormente – e aponta que, na neurose obsessiva e na paranoia, o sujeito cria alvos sexuais independentes das zonas erógenas, o que seria diferente na histeria, visto que nesse tipo clínico o sujeito substitui com maior clareza os órgãos sexuais pelas zonas erógenas. Como explicação, Freud diz que isso acontece pelo fato de as formações dos sintomas na neurose histérica se darem em regiões mais específicas do corpo, o que nos convoca à avançarmos até 1910 no texto “A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão”. Nele, Freud escreve uma carta em resposta a um médico oftalmologista afirmando que, na histeria, a ideia de estar cego aparece espontaneamente e por vias não tão complicadas como a autossugestão. Dessa maneira, na histeria, o sujeito faz funcionar seu sintoma enigmático no discurso, algo que só será decifrado pela via da análise. Como exemplo podemos citar o caso da paciente de Tausk, que Freud comenta ao referir-se à estratégia histérica, como aquela em que o sujeito faz equivaler o órgão (olhos revirados) como significante no simbólico do corpo, deflagrando, assim, o prejuízo da função ocular e a ausência de autonomia da paciente sobre seu corpo; já com Lacan podemos ir mais adiante no sentido de que a histeria possui primazia em relação à neurose obsessiva “por ser a mais próxima da consumação genital” (1962-1963/1990, p. 84) e configura como a base fundamental de toda neurose.

Ainda nos “Três ensaios”, como exemplo tanto da neurose obsessiva quanto da paranoia, cita os casos de escopofilia e exibicionismo em que “el ojo corresponde a una zona erógena; en el caso del dolor y la crueldad en cuanto componentes de la pulsión sexual”⁵⁷ (p. 154). Mais adiante, no segundo ensaio – A sexualidade infantil – Freud irá dizer que, influenciada pela sedução, uma criança é capaz de obter a “perversión de ver” (p. 174) como um ato importantíssimo da sua vida sexual, mesmo que ainda infantil, já que a censura da instância superegoica ainda não é exercida de maneira rígida como acontece na vida adulta. Nesse ínterim, a criança seria um completo *voyeur*, expectador da sua própria genitália e da genitália de outrem. Ainda no que compete ao rastreamento da origem da sexualidade infantil

⁵⁷ O trecho correspondente na tradução é: o olho corresponde a uma zona erógena; no caso da dor e da crueldade enquanto componentes da pulsão sexual.

e da sua fonte, ele afirma que, além da estimulação de zonas erógenas específicas, existiriam ainda “algumas pulsiones cuyo origen todavía no comprendemos bien (p. ej., la pulsión de ver y la pulsión a la crueldade”⁵⁸ (p. 182).

O que podemos inferir do trabalho freudiano é que além de Freud incluir a pulsão de ver como uma constituinte da sexualidade infantil, mesmo sem compreendê-la muito bem, ele nos dá pistas extraordinárias para percebermos uma ligação direta entre o sexo e o olhar, ou melhor, entre excitação corporal sexual e o ver e ser visto. Para além dos olhos consistirem como os instrumentos do corpo humano de admiração da beleza, a libido que decorre do olhar do sujeito em direção ao outro é o que está presente nos encontros sexuais amorosos, fato que aponta para o ágalma da relação sexual que não existe.

Paul-Laurent, no livro “O olhar e a voz – lições psicanalíticas sobre o olhar e a voz”, vai se utilizar da palavra no alemão (*Schautrieb*) para nos advertir de que “há uma *Trieb* do *Schauen!*” (1999, p. 49), o que marcaria o foco pulsional, fazendo com que o caráter ativo/passivo, vai/volta, que é a própria marca da estrutura gramatical da pulsão, se expresse através do olhar. Nota-se a importância de rever o grafo do Seminário, Livro 11 sobre o contorno que a pulsão faz sem jamais alcançar um determinado alvo (ver p. 61 dessa dissertação). O que interessa à psicanálise, portanto, é o ponto da ($\$ \diamond D$) que irá tocar na estrutura de engodo da ($\$ \diamond a$) de cada sujeito, marcando, assim, aquilo que Lacan diz no Seminário, 10: “Uma pulsão nada tem a ver com um instinto” (1962-1963, p. 77) e que convoca alguma coisa que é de uma outra ordem da visão, do (*instinctual*). Ainda sobre a pulsão presente no olhar, Paul-Laurent Assoun, no livro mencionado, recupera Freud para argumentar que desde o texto do “Chiste”, de 1905, a libido do olhar converge com a libido do tocar na medida em que “É vendo e tocando que se faz a aprendizagem do amor” (p. 49), o que nos leva a inferir que tanto no toque como no olhar o destino traçado é aquele que visa “tocar o sexual” e promover o enlace do Um do amor, que de saída é narcísico, como nos lembra a música de Caetano.

Antonio Quinet, no livro “Um olhar a mais”, irá tratar da função “despertador” (2004, p. 71) que a pulsão de ver adquire na medida em que assume a característica de “decifrar o enigma da sexualidade” (ibid, p. 72). Retomando o que Freud diz no texto “Pulsões e seus destinos”, de 1915, sobre a satisfação da pulsão ser sempre parcial, o autor afirma que “Essa impossibilidade de obter a satisfação total e direta da pulsão escópica indica apenas a impossibilidade de ver tudo do sexo” (ibid, p. 72). Assim, depreendemos que o olhar como

⁵⁸ O trecho correspondente na tradução é: algumas pulsões cuja origem ainda não compreendemos bem (por exemplo: a pulsão de ver e a pulsão para a crueldade).

um dos objetos da pulsão também é marcado pela falta e pela castração, trata-se de um meio-ver, numa meia-luz. Do olhar, não se pode ver tudo.

Do ponto de vista do atendimento de Jussara, a pergunta que permanece é: sob o avental, o que ela velava? Ao ser perguntada, a paciente tece uma associação com relação ao amor não correspondido do marido, o fato de ele tê-la largado para viver com outra mulher e das tantas outras mulheres que cruzavam seu relacionamento, o que fundamentava a hipótese de neurose histérica. Enquanto sujeito histérico, Jussara queixava-se da falta de sexo, do marido, da sexualidade, com um discurso muito bem articulado. Como sujeito acometido pelo FPS, o silêncio, “É isso”. Daquilo que se apresentava na carne, nada era articulado, o que deflagra que o medo que temos é do corpo real, não do corpo no imaginário. A paciente direcionava o olhar do outro (que segundo Lacan funciona como espelho) pressionando a vagina naquilo que de algum modo era atravessado pela libido, era um órgão de libido, o que permitia seu corpo fazer laço social através do sintoma com a narrativa sexual, que é própria da neurose. Ela falava, portanto, sobre o corpo erógeno, aquele que abrigava seu sintoma sexual, o que fazia com que a neurose servisse como proteção para o gozo irrompido do FPS. Já para as lesões que acometiam o corpo orgânico enquanto carne e que em sua maioria estavam à mostra convocando o olhar do outro sem que ela apontasse, não eram associadas, a marca direta do Outro desvelava a orgia do gozo mortífero que a arremetia. Jussara discorria sobre o que não fazia mostr(ação), isto é, do sintoma enquanto ação da/na linguagem; já o acometimento do FPS no corpo era da ordem da realidade que queima, no real, diria Lacan, sem que houvesse representante no simbólico para bordejar e resvalasse fazendo a fala falar. O significante do Outro era exibido sem disfarce, direto, cravava e dilacerava a carne como a própria invocação do olhar no sonho cortante e de pura angústia de Freud, “Pai, não vês... que estou queimando?”.

Ainda na análise do livro “Um olhar a mais”, Antonio Quinet nos advertirá para o fato de que a pulsão para a crueldade descrita por Freud nos “Três ensaios” será retomada no desdobramento como fase anal-sádica e, até mesmo, no masoquismo, mas “não há nada disso no que diz respeito à pulsão escópica. Freud não faz corresponder à pulsão escópica nenhuma fase do desenvolvimento libidinal” (2004, p. 71), o que nos faz dar os créditos a Lacan quanto a inclusão do olhar na lista dos novos objetos.

Desse modo, somado aos objetos oral, anal e fálico – objetos por excelência da teoria freudiana – o olhar e a voz passam a adquirir status de objetos pulsionais na teoria lacaniana, são os “estilhaços do corpo” (1974, p. 8) como Lacan irá chamar o objeto *a* na dimensão imaginária no final do seu ensino. O que marca a diferença dos novos objetos incluídos por

Lacan é que tanto para a pulsão escópica como para a pulsão invocante, não há objetos da demanda, como ocorre para as pulsões orais e anais e seus respectivos apoios, seio e fezes. O que irá interessar para Lacan é o que decorre da libido do olhar como fonte do sexual e, principalmente, a noção do olhar como objeto *a*, seja como causa de desejo ou como aquilo que aponte para o buraco deixado pelo objeto para sempre perdido na imagem desejada e que fundamenta a aparição da angústia. Colette Soler, ao falar sobre o objeto *a* enquanto objeto-causa, marca a função condensada que ele admite: “Sua função é dupla, portanto: causar a falta e obturá-la” (2005, p. 49).

Torna-se pertinente lembrar que, ainda que o objeto *a* seja perdido para todo o sempre - aqui falamos dos casos de neurose - o aparecimento de retorno dos objetos que assumam o valor de realidade e que cause o desejo não é sem efeitos clínicos na vida do sujeito. Se como sabemos o sujeito se constitui na falta, na falta do objeto que fora alucinado, quando esse objeto se mantém em demasia presente, a consequência disso é um sujeito afanizado, apagado, ausente do desejo, que é como podemos pinçar no discurso e escutar em alguns atendimentos de pacientes acometidos pelo FPS. No caso clínico de Renato, algum ponto no espelho não refletia toda a sua imagem, era uma imagem não-toda, refletia uma meia-morte, o que permitia que o paciente permanecesse se admirando, por horas vagava pela enfermaria e voltava para o mesmo ponto. Ou seja, como o psicanalista Marcus do Rio Teixeira aponta em seu livro “Vestígios do gozo”, “é preciso que a sua condição de objeto perdido seja preservada” (2014, p. 157), para que assim coloque o desejo em movimento.

Naquilo que tange à aparição da angústia e o olhar como uma das formas de objeto *a*, Lacan afirma reiteradamente no Seminário, Livro 10, que a angústia surge quando a falta vem a faltar na imagem projetada, ou seja, quando a certeza assustadora impera e que somente com a ação da dúvida que sua estrutura é abalada fazendo, portanto, com que o desejo surja, “Agir é arrancar da angústia a própria certeza” (p. 88). Se a estrutura da fantasia ($\$ \diamond a$) aponta para o objeto destacável do corpo do sujeito, resta admitir que o objeto *a* é aquilo que é separado, “algo de sacrificado” (1962-1963, p. 242), diz Lacan, e que marca que não é possível explicar tudo do corpo, não em sua totalidade, fazendo, de tal modo, surgir a angústia, mesmo que o estádio do espelho tenha servido, em algum momento, como triunfo da unidade corporal. Cito Lacan:

É aqui que eu adianto que a importância que o sujeito dá à sua própria esquizo está ligada ao que a determina – isto é, um objeto privilegiado, surgido de alguma separação primitiva, de alguma automutilação induzida pela aproximação mesma do real, cujo nome, em nossa álgebra, é objeto *a*. Na relação escópica, o objeto de que depende a fantasia à qual o sujeito está apenso numa vacilação essencial, é o olhar.

Seu privilégio – e também o porquê de o sujeito durante tanto tempo ter podido desconhecer-se como estando nessa dependência – se atém à sua estrutura mesma (1964, p. 86).

Renato, no passeio pela enfermaria, siderado naquela obturação do imenso engodo que o imaginário prega, não reconhecia sua imagem corporal simétrica no espelho, ficava agitado, gritava e, angustiado, por vezes, pude assistir à enfermagem medicando-o com altas doses de haloperidol e prometazina. O paciente, mesmo horrorizado, não parava um minuto de se posicionar em frente ao espelho, ficava lá, capturado no [i(a)] que tinha como retorno à morte, travestido de objeto olhar extraído do campo de visão. O que fazia Renato ter crises de angústia era o ponto em que seu olhar convergia para o desejo inconsciente de morte, o gozo da morte estampado no espelho através dos olhares dos outros pacientes que refletiam e produziam verdadeiro “desdobramento infinito de imagem entre-refletida” (1962-1963/1900, p. 246), mesmo que ele não associasse nada, só se ouviam gritos e gemidos de dor. O comparecimento do retorno do olhar trazia consigo a angústia. Assim, aquilo que Lacan afirma “o ponto de desejo e o ponto de angústia coincidem, mas não se confundem” (ibid, p. 265), é o que faz com que o desejo não exista sem o objeto da angústia. No momento do surgimento da angústia, o que vemos é a própria aparição do fenômeno do olhar, “A angústia, como eu lhes disse, está ligada a eu não saber que objeto *a* sou para o desejo do Outro, mas isso, afinal de contas, só é válido no nível escópico” (ibid, p. 353), o que faz despontar que a pulsão escópica é aquela que convoca à castração do Outro e a emergência do enigmático *Che Vuoi?*

Ainda sobre a cena de Renato no espelho, Antonio Quinet afirma que no estádio do espelho trata-se do olhar buscado pela criança – ao virar-se em busca de algum sinal que diga que ela tem um eu, um corpo - que dê fundamento para que haja uma troca de olhares entre o Eu ideal da criança e o Ideal do eu do Outro, contudo alerta para o fato de que: “O olhar como objeto *a* não se encontra na visibilidade do espelho. Mas é o seu segredo” (p. 130), o que faz com que o olhar enquanto objeto *a* convoque Renato à armadilha do ver/ser visto, velado/desvelado, ou, como Lacan diz: “O que se olha é aquilo que não se pode ver” (1964, p. 179). Renato via o que era possível. De maneira episódica, flertava com o gozo mortífero que o acometia.

É no Seminário, Livro 11, que Lacan se dedica ao longo de algumas lições a pormenorizar o olhar como objeto *a*, resultado disso é o avanço teórico que faz em relação à teoria freudiana, aos objetos da pulsão e ao campo do desejo. Se Lacan esclarece que é no interior do conceito de repetição em Freud que ele partiu para elaborar sobre a pulsão

escópica, a evidência que se coloca está no fundamento de que no núcleo do olhar consiste algo da ordem do encontro com o real. Do encontro com o real sabemos que a aparição da angústia assume valor máximo para o sujeito, fato que aponta para a impossibilidade de dizer e ver tudo, o que coloca o sujeito frente a frente com sua castração e faz com que Lacan discorra sobre a esquizo entre a visão e o olhar. Na análise feita sobre o quadro “Os Embaixadores”, já citado acima, Lacan situa os ouvintes de o seu seminário diante de uma figura anamórfica, ou seja, aquela em que sua representação quando observada de frente parece distorcida, tornando-se visível a partir de um determinado ponto específico. Com isso, o que fica para o leitor é a relação nada simétrica que o sujeito tem com o seu campo de visão que, por sinal, não é dominado tampouco completo. Há, no entanto, um objeto inquietante que está posto na parte baixa central do quadro, que escapa ao campo da visão frontal, só sendo percebido se observado pelo ângulo lateral do espectador, inclinado, o que seria, portanto, o ponto de anamorfose do famoso quadro. O que Lacan irá dizer é que é na medida em que o sujeito inclina o quadro a ponto de conseguir ver a caveira que ocorre “a encarnação imajada do menos-fi $[(-\phi)]$ da castração, a qual centra para nós toda a organização dos desejos através do quadro das pulsões fundamentais” (1964, p. 91). Na sequência, diz que é preciso ir mais adiante, aponta para a percepção do olhar na direção do desejo, “vemos o que significa o objeto flutuante mágico. Ele nos reflete nosso próprio nada, na figura do crânio da caveira. Utilização, portanto, da dimensão geometral da visão para cativar o sujeito, relação evidente ao desejo que, no entanto, resta enigmático” (p. 94-95).

Para Antonio Quinet, é a partir do desvelamento da imagem da caveira que o espectador se depara com o olhar da morte, a morte que o olha:

O olhar como objeto *a* surge através da anamorfose da caveira como manifestação de seu poder de aniquilamento do sujeito, que fica medusado diante dela e remetido a sua própria castração, figurada por sua mortalidade. A caveira é o olhar do quadro olhando para o espectador. Este, de observador torna-se visto. É o quadro quem o olha (p. 149).

Assim, o sujeito só vê aquilo que está dentro do seu campo de representação, e o que muda quando seu ponto de vista é alterado?

E tudo que era do mundo da representação desaparece e o sujeito é confrontado por sua falta-a-ser, fora do mundo da representação, representado pela caveira que olha. É, pois, quando falta a visão dos objetos da conquista do saber e a representação desaparece que surge o olhar como causa de angústia. Antinomia entre visão e olhar, vida e morte, Eros e Tanatos. O olhar da morte bane todo o alarido de Eros (p. 150).

Acerca do aparecimento da angústia, Lacan recorre a uma história pessoal para ilustrar a ocorrência do olhar como objeto *a* e que remete a alguma experiência da ordem primitiva do

sujeito. Muito jovem, ao passear de barco, um certo amigo mostra a Lacan uma lata de sardinha boiando na água e diz: “Tá vendo aquela lata? Tá vendo? Pois ela não tá te vendo não!” (1964, p. 97). Essa é a famosa história da lata de sardinha que, em sua narrativa mesma, faz Lacan se dar conta de que se em algum ponto a lata não o via, era porque em outro, ela o olhava⁵⁹. Desse modo, ele conclui: “eu era mancha no quadro” (ibid, p. 97).

O essencial de apreendermos tanto sobre a imagem da caveira que marca a importância do quadro anamórfico como a breve e simplória história da lata de sardinha é aquilo que Lacan desenvolve como mancha, seja em um quadro ou em um espelho e diz respeito sobre as “duas modalidades de presença desse objeto invisível e intangível que é o olhar: o reflexo da imagem que fascina e atrai aquele que deseja e a mancha no quadro do vidente. Presenças desse furo na representação simbólica chamado olhar” (2004, p. 123). O que nos interessa construir e elaborar é detidamente o ponto em que o sujeito se vê visto, ou seja, a função da mancha como um anteparo na imagem revela/desvela que o sujeito não funciona apenas como espectador da cena, ele está presente na cena, ele olha e é olhado ao mesmo tempo. A mancha funciona, através do olhar, como uma forma de convocar o sujeito para dentro da cena, atuar nela, marcando, portanto, que na psicanálise não se trata de uma oposição, mas, sim, de uma posição.

Antonio Quinet irá assinalar a mancha como um desvelador da presença do olhar como objeto *a*, irrompe o olhar do sujeito como desejo de puro gozo escópico e aponta para a presença da pulsão de morte no imaginário. Assim, o véu, enquanto responsável por tamponar a castração, não funciona, rasga-se, deixando a mancha surgir: “O real mortífero da pulsão escópica pode se manifestar como ruptura na harmonia do mundo especular, que então se decompõe e o espelho deixa de exercer sua função de véu. Sua presença é incompatível com a manutenção da imagem narcísica” (ibid, p. 138).

No artigo “A falha *epistemo-somática*: o fenômeno psicossomático e a debilidade mental”, as psicanalistas Maria Anita Carneiro Ribeiro e Elisabeth da Rocha Miranda comentam sobre uma paciente portadora de doença de Crohn e que corria sérios riscos de ser colostomizada, isto é, seria submetida a procedimento cirúrgico em que uma espécie de “bolsa coletora” faz a substituição da parte retirada do intestino, e que narrava a cena da mãe vigiando o seu ato de defecar. A paciente dizia: “Toda vez que eu ia fazer cocô, ela ia atrás e ficava lá, me olhando. Odeio fazer cocô na frente de outra pessoa. Eu chorava, pedia, e ela só olhando!” (2015, p. 115). No final do texto, as autoras concluem:

⁵⁹ Em orientação, no dia 30/10/2017, foi trabalhado a dissimetria entre o ver o olhar na medida em que o primeiro é da ordem da imagem do espelho e o segundo da ordem do objeto *a*.

Olhar do Outro, perfurante, sobre o sujeito reduzido a objeto, produz o fenômeno que não é sintoma, não pode falar. Mas que, em seu silêncio trágico, dá a ver a submissão do corpo do sujeito à vontade do gozo do Outro devastador (ibid, p. 116).

No livro “O medo que temos do Corpo” (2012), Vera Pollo retoma dois casos da sua clínica com meninas adolescentes para pensarmos sobre o fenômeno da devastação mãe-filha. No primeiro, a garota com doze anos apresenta anorexia, no segundo, que nos interessa especialmente, a menina, com a mesma idade, procura atendimento com a mãe por encaminhamento médico logo após o diagnóstico de lúpus eritematoso. Taís, a paciente com lúpus, apresentou os primeiros sintomas da doença quando, ao se separar da mãe, foi passar as férias na casa do irmão. Ao longo de quatro anos de atendimento o que a psicanalista salienta é o fato de a paciente ter usado uma única vez o significante lúpus e não para dizer qualquer coisa: para comemorar um ano sem o uso da medicação, o que faz Pollo recorrer a *holófrase* e ao número como significante no real do corpo, indicadores da clínica do FPS. A paciente que possuía uma fala monocórdica sobre a gata Mimi que era a responsável pelos arranhões em seus braços, quase não falava sobre os amigos e a escola. Segundo a autora, “Taís fazia um convite ao olhar do Outro em um dar-a-ver silencioso do gozo sem sentido que a consumia e que escrevia traços em seus membros. Somente quando indagada, ela explicava a origem das cicatrizes” (p. 81).

Fazendo valer dos casos descritos na literatura de fenômeno psicossomático, lanço mão que em algum ponto era com o olhar da morte que Renato se deparava. O sujeito, que se defendia como podia da pulsão de morte, permanecia paralisado e em silêncio diante do espelho, nada tinha para dizer. O Outro gozador era exibido sem disfarce.

Em suma, observamos que a partir dos achados clínicos nos casos descritos no primeiro capítulo, a função do objeto-olhar se presentificou ao longo de todo o atendimento. Nota-se que, nesses casos em que o corpo do sujeito aparece entregue ao acometimento de alguma doença, o outro que interage é convocado ao empuxo do gozo do olhar, como aquele carro alegórico descrito no início.

2.3 A palavra (in)corporada: o Simbólico em Lacan

Tenho que falar pois falar me salva. Mas não tenho uma só palavra a dizer

Clarice Lispector.

O corpo estabelecido pela psicanálise, desde os primórdios, não é aquele da imagem do estádio do espelho tampouco da projeção de uma superfície. Ele se impôs a Freud como um substituto sexual, ou seja, pela via do sintoma histérico e, para decifrá-lo, só haveria uma forma: a associação livre. Lacan, atento para o fato de o sintoma ser uma formação da língua - já que Freud já havia descoberto que quando colocado em palavras este poderia se desfazer ou deslocar - refere-se ao corpo como aquele apreendido pelo significante e pela palavra, o que acrescenta à teoria freudiana o fato de a fala ser referenciada para além da leitura de algo (in)corporado. A fala, portanto, é responsável por portar um gozo, o que aproximaria linguagem e gozo, ou simbólico e real. De maneira geral, sem grandes depurações, a histérica portaria um gozo circunscrito no nível do corpo pulsional e o obsessivo, um gozo no pensamento, sendo que o ato de falar para qualquer sujeito é de ordem gozosa. Voltaremos nisso mais adiante.

Segundo Lacan, para que um corpo entre no laço e no discurso social, é necessário que haja uma palavra que diga sobre ele, que o nomeie. A partir de agora, veremos que não basta o sujeitinho infantil ser um vivente e se reconhecer enquanto imagem – o chamado momento jubilatório – mas depende que o olhar do Outro reconheça e valorize aquela imagem, dizendo: este é João, esta é Maria. No Seminário, Livro 10 Lacan afirma:

[...] diremos que, através desse movimento de virada da cabeça, que se volta para o adulto, como que para invocar seu assentimento, e depois retornar à imagem, ela parece pedir a quem a carrega, e que representa aqui o grande Outro, que ratifique o valor dessa imagem (1962-1963/2005, p. 41).

Mesmo que este seja um seminário em que Lacan já estivesse formulado o registro do simbólico e, na verdade, estaria apontando para o real e a postulação do objeto *a*, a citação acima assinala para o fato de que a incidência do Outro da linguagem traz para a cena a presença do terceiro, o que reformula a complementariedade que o estádio do espelho prega. A palavra e o saber inconsciente também são responsáveis por instituir e afetar o corpo (não apenas o corpo do sujeito humano, mas também dar corpo aos objetos), como podemos observar na análise do conto “A carta roubada”, de Edgar Allan Poe.

Ao analisá-lo no Seminário, Livro 2 (1954-1955/2010) – “O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise” – Lacan tonifica que a carta subtraída dos aposentos reais adquire o status de camuflada, não sendo encontrada pelo inspetor de polícia após meses de investigação. O inspetor recorre a dois amigos a fim de achar o objeto tão procurado. O apelo é feito para que um terceiro interfira na medida em que, imaginariamente, a polícia enquanto alienada à força que lhe é instituída, não dialetizava diante do mistério, permanecendo

especularmente na relação polícia - crime. Dupin, precursor de Sherlock Holmes – personagem de um investigador da literatura britânica do final do século XIX -, assume a dimensão da verdade, não levando em conta apenas a realidade que se apresentava. O investigador do conto de Poe avança na procura pela carta partindo de uma alteridade fundamental; em outras palavras, Dupin representaria o Outro portador da fala que faz alusão ao simbólico e que permite que a carta tome corpo e apareça, o que coloca fim ao mistério.

Seguindo a interpretação feita sobre o conto na coletânea de textos reunidos nos “Escritos” (1966), Lacan estreia na abertura com um artigo sobre ‘A carta roubada’. A fim de despertar o leitor para o fato de que nem sempre o objeto, quando apresentado para o sujeito enquanto tal, torna-se percebido, verifica-se a distinção de três tempos desdobrados a partir do olhar de cada um dos três personagens do conto: a experiência do sujeito frente ao instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir. Dessa maneira, a partir da análise feita, observamos a impregnação daquilo que nada fornece do imaginário e a ordenação da cadeia por parte do simbólico através da carta que toma corpo. Para além da carta-corpo encontrada, temos aí os três momentos importantes para todo e qualquer processo analítico. Cito Lacan:

O ensino deste seminário serve para sustentar que essas incidências imaginárias, longe de representarem o essencial de nossa experiência, nada fornecem que não seja inconsistente, a menos que sejam relacionadas à cadeia simbólica que as liga e orienta (1966/1998, p. 13).

E ainda,

O primeiro é o de um olhar que nada vê: é o Rei, é a polícia.
O segundo, o de um olhar que vê que o primeiro nada vê e se engana por ver encoberto o que ele oculta: é a Rainha, e depois, o ministro.
O terceiro é o que vê, desses dois olhares, que eles deixam a descoberto o que é para esconder, para que disso se apodere quem quiser: é o ministro e, por fim, Dupin (1966/1998, p. 17).

Acerca da tomada de corpo pelo simbólico, estamos atentos também na lição XIV do Seminário, Livro 2 – “O sonho da Injeção de Irma” – em que Lacan propõe reler o sonho freudiano discutindo-o a partir do registro do imaginário, a imagem angustiante da garganta de Irma e da relação de nomenclatura - a partir da palavra que o sujeito faz existir o objeto. Assim, se houvesse apenas a dimensão imaginária do sujeito, não haveria a percepção do objeto como tal: o que existiria seria a duplicidade entre eu-você/eu-objeto ou libido do eu e libido do objeto. O objeto passa a ser percebido pelo sujeito se balizado pela palavra, pela linguagem. Cito Lacan: “É aí que intervém a relação simbólica. O poder de nomear os objetos

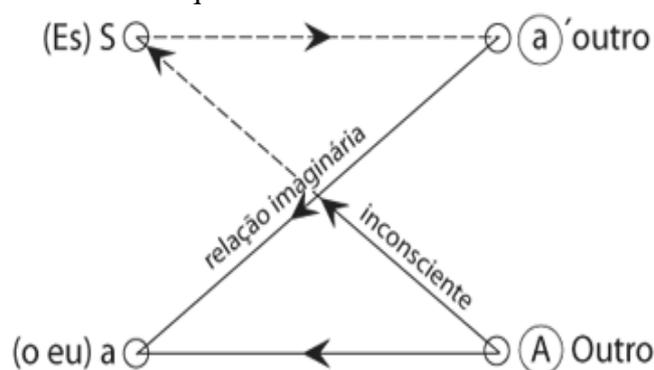
estrutura a própria percepção... É pela nomação que o homem faz subsistir os objetos numa certa consistência” (LACAN, 1954-1955/2010, p. 231).

No famoso sonho em que o sonhador, Freud, mergulhado no enredo do imaginário, acusava a paciente de não melhorar de seus sintomas pelo fato de a moça não dar continuidade ao tratamento, o que o mantinha na posição de mestre, foi o que fez ele apelar para o consenso de seus pares. Lacan vai dizer que é com a aparição da fórmula da Trimetilamina que o inconsciente freudiano pulula, a palavra e o discurso entram em cena, apontando a separação que existia a partir da fórmula química. Se digo o inconsciente freudiano, é porque estamos nos referindo ao corpo freudiano, aquele afetado no nível da pulsão, do sintoma e do gozo.

Tomando a importância com relação às impregnações que o imaginário induz ao sujeito e à especularidade prometida pelo espelho ($a - a'$), que considero nesse momento o Esquema L⁶⁰. O sujeito e o pequeno outro da identificação mantêm-se em uma espécie de relação de espelhamento com o reflexo da imagem. É a partir do Outro da linguagem sustentando o sujeito que está do lado de cá e a imagem formada que está do lado de lá (imagem real e imagem virtual) – tal qual Narciso nas margens do rio - na medida em que a fala é inserida, que o sujeito do inconsciente advém.

Vejamos o esquema:

Gráfico 2 - Esquema L



Fonte: LACAN, 1955-1956/1998, p. 555

O que fica em evidência nesse esquema de Lacan é a “relação polar” (LACAN, 1955-56/1998, p. 558) do par imaginário sendo sustentada pelo Outro, na medida em que o imaginário como o lado mais longo, a própria hipotenusa do triângulo retângulo do Teorema

⁶⁰ Esquema proposto por Lacan em 1954-1955 que ilustra as relações do eu-outro perpassados pela linguagem e pela fala.

de Pitágoras assumiria o lugar de base de apoio de A. Em outras palavras, o sujeito enquanto dividido pelo significante advindo do Outro é confrontado com a sua própria divisão psíquica. Assim, retomando o conto de Poe, é com a entrada do detetive no lugar de A incidindo na relação polícia – crime que a carta/letra enquanto suporte material do significante toma corpo.

Poderíamos dizer, então, que uma das grandes descobertas da psicanálise é o fato de ela denunciar que a palavra e o significante podem estar incrustados no corpo - fato que fez Freud anunciar o sintoma histérico como uma história narrada no corpo – e, ainda, que estes são responsáveis por dar um lugar político de resistência ao estatuto do corpo, o que subverte a lógica de que o medicamento irá “tapar sua boca” para sempre.

Com relação ao corpo orgânico da medicina e ao corpo pulsional da psicanálise, separação que se torna causante, Vera Pollo, no livro “O medo que temos do corpo”, retomará uma divisão didática feita por Lacan. A psicanalista argumenta que é possível fazer uma separação entre carne, corpo e organismo, na medida em que o conceito de pulsão seria o responsável pela demarcação que faz litoral entre corpo e organismo, e o que distinguiria a diferença entre carne e corpo seria a incidência da incorporação significativa, o que marcaria, portanto, a pura diferença entre o eu e o outro. Ela diz:

No entanto, a incorporação significativa, que promove a passagem da carne ao corpo, também promove funções para os diferentes órgãos. Os significantes nada são além da pura diferença, de si e do outro, eles são a série dos Uns que dividem o corpo (POLLO, 2012, p. 151).

O que salta aos olhos é o fato de que é precisamente a partir dos significantes advindos do Outro que o corpo do sujeito torna-se dividido. Ou seja, o corpo do bebê precisa ser corporificado e “significantizável” pelo Outro para que, só assim, o sujeito possa deslizar na sua própria cadeia significativa e, concomitantemente, seu corpo seja afetado. Desde o momento do nascimento o corpo já é inserido na dimensão do gozo, ele é anárquico, engodado no corpo do Outro e, com o estádio do espelho – com as bordas do eu –, parte-se para uma nova economia. O sujeito inaugurará sua própria modalidade de gozo onde ocorrerá a passagem do vivente para o Sujeito do inconsciente.

Retomando Lacan em “Função e Campo da fala e da linguagem” (1953), o corpo pode ser estudado a partir do significante na medida em que este marca o sujeito antes mesmo da sua existência, ou seja, há uma anterioridade do Outro em relação à imagem. Assim,

Os símbolos efetivamente envolvem a vida do homem numa rede tão total que conjugam, antes que ele venha ao mundo, aqueles que irão gera-lo “em carne e osso”; trazem em seu nascimento, com os dons dos astros, senão com os dons das fadas, o traçado de seu destino; fornecem as palavras que farão dele um fiel ou um renegado (1953/1998, p. 280).

Para Lacan, a fala porta uma força a ponto de produzir efeitos no corpo e no simbólico, “as próprias palavras podem sofrer lesões simbólicas, realizar os atos imaginários dos quais o paciente é o sujeito” (1953/1998, p. 302). Freud, quando criou a psicanálise, demonstrou que o tratamento verbal poderia ser efetivo nos sintomas: em Dora, por exemplo, aquilo que escapou à palavra foi transferido para o corpo. Porém, não podemos nos esquecer que o corpo habitado pela dimensão simbólica não é um recurso de todos, cada um lidará a partir da sua referência diante do falo e, mais ainda, lembrar que não só os psicóticos são capazes de destroçar o corpo próprio: o fenômeno psicossomático e a toxicomania enquanto fenômenos e não tipos clínicos ou estruturas nos dão amargas notícias da relação arruinada que o sujeito pode ter com seu corpo. Afinal, quais seriam as consequências clínicas que poderíamos tirar dessas lesões simbólicas? Seria a holófrase uma espécie de lesão no discurso do falante?

Vimos, portanto, que a incidência do simbólico no imaginário corporal nunca é feita pela via do todo: o significante marca o corpo mas, também, há um *quantum* responsável por afetar o gozo. O corpo enquanto suporte do discurso (LACAN, 1971-1972/2012, p. 217) não corresponde ao corpo-máquina do orgânico, havendo um furo para sempre incompleto. Os exames de imagem de raio-x, ressonância, radiografias, tomografias e tantos outros designados para o rastreamento e conferência corporal não dão conta de mensurar o gozo, aquele além do copo de água cheio transbordante. Colette Soler vai dizer que o que faz essa passagem do campo da linguagem para o real é o:

“Corpo falante”, isso desloca o campo da linguagem do Simbólico para o Real, pois o corpo do qual se trata não é o estádio do espelho, o corpo da imagem, da forma. É o corpo substância que “se goza” e se situa no espaço da vida. Entra-se, pois, no capítulo da função e da incidência da fala sobre a substância viva. A própria noção de “corpo falante” faz a conexão entre o verbo de um lado, precedentemente referido ao sujeito, e de outro lado, o corpo de gozo, pois “para gozar é necessário um corpo”, não um sujeito (2010, p. 11).

Diante desse mais, ainda, que não entra na cadeia significante tampouco tem consistência na imagem, que Lacan a partir do final da década de 60, mais precisamente em 1970, nomeará o real, e é o que veremos na sequência.

2.4 Diante daquilo que não se apre(e)nde – o real do corpo em Lacan

O real, eu diria, é o mistério do corpo falante, é o mistério do inconsciente

Jacques Lacan.

Assumindo a importância do percurso teórico feito até aqui, aponto a chegada à leitura lacaniana a respeito do real e do gozo. O masoquismo erógeno vinculado a compulsão à repetição da pulsão de morte torna-se um dos pontos-chaves no caminho para o estudo do corpo afetado pelo fenômeno psicossomático. Ou, como Lacan diz: “Pois o caminho para a morte – é disso que se trata, é um discurso sobre o masoquismo –, o caminho para a morte nada mais é do que aquilo que se chama gozo” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 17).

A economia freudiana do masoquismo diz respeito a uma quantidade de libido e pulsão de morte que não são mensuráveis pelo aparelho psíquico, na medida em que não há uma interdição capaz de promover um esvaziamento total de gozo, restando uma quantidade que permanece à deriva. Freud, no momento que elaborou as características da parcialidade pulsional, a ideia da morte, do sexo e o conceito de (*das Ding*), deixou-nos pistas importantes para pensarmos sobre as fronteiras. Com o conceito de pulsão, é verdade, Freud construiu o que seria derradeiro para sacudir o entendimento da época sobre, principalmente, a concepção de corpo e a sexualidade humana. A pontuação que faço com relação à palavra fronteira não diz respeito tão-somente ao limite cujo perímetro distinga aquilo que é do que o que não é, mas, sinalizo, além disso: para a psicanálise, aquilo que está fora do bordejado, ex-sistente ao campo do percebido – do simbólico -, também é apreciado como denso material de estudo. Tanto o que se inscreve na cadeia significante como aquilo que não se inscreve nos faz questão. Para tanto, destacarei argumentos do registro do real que sejam relevantes para o avanço das questões referidas ao estatuto do corpo e do fenômeno psicossomático. Para abordar a questão do corpo e do real, lançarei, assim como Lacan, a angústia como o sinal verdadeiro daquilo que invade o imaginário corporal.

No Seminário, Livro 10 – “A angústia” – Lacan dá início progressivamente à abordagem do registro do real a partir do conceito de objeto *a* - ponto que no avançar das articulações será reelaborado na medida em que o objeto *a* não é específico ao registro do real. O psicanalista discorre ao longo do seminário a respeito da impossibilidade de captação – captura - e percepção da angústia, sendo que, por excelência, não há um único objeto que apreenda o fenômeno da angústia como tal, porém, ratifica, assim como Freud, como o afeto que não engana. Ao falar sobre “aquele que gozou com a mãe – Édipo” (1962-1963/2005, p. 180), argumenta:

Qual é o momento da angústia? Será ele a possibilidade do gesto pelo qual Édipo arranca seus olhos, sacrifica-os, oferece-os como resgate pela cegueira em que se consumou seu destino? Será isso a angústia? Será ela a possibilidade que o homem tem de se mutilar? Não; trata-se propriamente do que me esforço por lhes apontar

com essa imagem: *é a visão impossível que os ameaça*, a de seus próprios olhos no chão (1962-1963/2005, p. 180, grifo nosso).

Assim, Lacan aponta que a angústia é referida quando o sujeito não se reconhece enquanto imagem narcísica tampouco é capaz de colocá-la em palavras no desfiladeiro significante, restando, portanto, a visão do impossível que o ameaça, o que faz com que o velamento do contorno corporal seja em algum ponto descoberto.

Ana Costa, no texto “Rasura e angústia: a função do velamento do corpo”, na tentativa de aproximar a escrita, a angústia e a função fálica para discorrer sobre as condições limites de alguns sujeitos que buscam a produção de cortes no corpo como confecção de uma borda corporal, situa o velamento como aquilo que permite construir uma erótica e o que “garante nossas diferentes circulações discursivas e as possibilidades dos jogos amorosos” (COSTA, 2012, p. 67). Para a psicanalista lacaniana, justamente quando a função do velamento não opera – marcando que a falta pode vir a faltar -, que o sujeito é invadido pela angústia e pelo real, buscando, assim, maneiras de recobrir o furo que presentifica.

No livro “Litorais da Psicanálise”, a autora é responsável por destacar uma elaboração considerada avançada no ensino de Lacan e que é de extrema importância clínica, porém, que ainda requer maiores investimentos por parte dos analistas: o tema da letra. Como sustentação teórica, Ana Costa se utiliza principalmente dos últimos textos do ensino de Jacques Lacan, em que real, letra, escrita e gozo se encontram articulados.

Entende-se a letra como aquilo que faz litoral - faz borda entre o que não se inscreve (real) e o que se inscreve (simbólico). São os significantes os responsáveis por circunscreverem um ponto de gozo no real, criando a demarcação cujo limite é representado pela letra. Já o corpo, um dos principais temas de estudo da psicanalista, faz-se presente tanto nos mais variados casos clínicos como em personalidades da arte e da literatura. Para o leitor, a pergunta que resiste é: como poderíamos conceber temas tão complexos no cotidiano do consultório? Ela responde:

Em termos do consultório, coloca-se no momento em que o analisando precisa transmitir ao analista algum tipo de vivência, impossível de expressar, ou mesmo de ser entendida. Como transmitir a angústia? Ela nunca cabe na palavra, pairando sempre inadequada a qualquer conformação. Como transitar nas raízes do padecimento de desconfianças? E as paixões: desde a servidão do ciúme comum, até a certeza da paranoia? O sentimento de solidão dessas experiências causa a impressão de que nunca ninguém conseguirá acolhê-las na sua singularidade (COSTA, 2015, p. 17).

No capítulo “O corpo no litoral da ciência”, a retomada feita pela psicanalista ao texto lacaniano “Lituraterra” apresenta a questão do litoral nas mais variadas concepções - do furo

no saber ao corpo litorâneo entre a psicanálise e a ciência. O tema do corpo e suas variações – sejam manifestações e/ou afetações - não é novidade para nós, analistas, tampouco para a tradição médica. Foi a partir de situações bizarras no corpo das histéricas que Freud pôde se indagar quanto ao que via. Hoje, as demandas que chegam até os nossos consultórios podem assumir outras roupagens, como: os cortes adolescentes, o uso estético de *piercings* e tatuagens, a busca pela perfeição da cirurgia plástica, os rituais religiosos que se utilizam do corpo, mas, independentemente disso, é o corpo como palco que se apresenta na busca de um saber que responda sobre ele. Diante dos casos clínicos que trago para discussão, percebemos uma grande relação dos sujeitos com a questão do olhar, tanto o olhar presente nas histórias pessoais de cada um, como a busca do olhar daqueles que proferiam cuidado no sentido de que nomeasse o real que invadia aqueles corpos nus.

Se formos avançar no ensino de Lacan, iremos nos deter no fato de que falar do real é falar sobre o impossível, o que depreendemos o impasse de que falar sobre a angústia é impossível, restando o corpo como o local dos acontecimentos. No Seminário livro 19 – “...ou, pior” - a preponderância da lógica matemática, do número e do real como viabilizadores de tentativas de escrita sobre o impossível de dizer e o que não se pode escrever, são as balizas que marcam os textos da década de 1970.

O real é aquilo com que vocês deparam, justamente por não poderem escrever em matemática seja o que for... Isso não significa que vocês não os digam, *ainda assim*. Justamente, vocês os dizem *inter*, eles são interditos. O que não os impede de dizê-los. Mas vocês os dizem censurados. Ou tudo o que é a psicanálise não tem nenhum sentido, deve ser jogado no lixo, ou o que estou lhes dizendo com isto deve ser a sua verdade primeira (LACAN, 1971-1972/2012, p. 29).

Contudo, dar sentido ao real é uma das funções do simbólico e é com o que nos deparamos na clínica. O paciente, quando procura uma análise, em alguma medida tentará colocar em palavras o que é da ordem do impossível de dizer, cabendo a nós, analistas, insistir para que o sujeito coloque palavras ali onde a afirmativa é: não tenho o que dizer sobre isso. Dessa maneira, é o que faz Lacan afirmar que: “Não acessamos o referido real senão no e através do impossível que somente o simbólico define” (LACAN, 1971-1972/2012, p. 136). Deixo claro que este apontamento se refere à conversão histérica ou aos sintomas neuróticos propriamente ditos; com relação à soldagem holofraseada presente nos casos de FPS, o manejo clínico poderá ser de outra ordem.

Este é um dos pontos ao qual imprimo a importância do Seminário 19 e dos subsequentes: o corpo ao qual situamos nossas indagações não diz respeito ao corpo biológico do saber médico ou aquele corpo que prefigura como um pêndulo entre a vida e a morte – isso

já desde Freud e as pulsões - mas, com Lacan, aprendemos que entre vida e morte há a intervenção do que há de mais perturbador: o gozo. “O ponto essencial, o ponto de emergência de algo de que todos nós aqui acreditamos mais ou menos fazer parte – o ser falante, por assim dizer -, é essa relação perturbada com o próprio corpo que se chama gozo” (1971-1972/2012, p. 41).

Fora do contexto psicanalítico, o conceito de gozo é associado diretamente ao prazer, a busca pela sensação do prazer no corpo. Contudo, o que Lacan nos mostra, é que mesmo que tenha sido através do gozo sexual que o ser falante tenha se deparado com o gozo (1971-1972/2012, p. 31), não podemos restringi-lo a esta função. Assim, o que vigora é que, além da entrada do significante fixar e mortificar o gozo no corpo a partir da engenhosidade do Édipo, estamos, também, diante de um gozo sem limite e sem borda. Aquilo que Freud já havia escrito sobre o corpo recortado em zonas erógenas e pulsões constantes, Lacan dá créditos aos textos de Sade: “Gozar é usufruir de um corpo. Gozar é abraçá-lo, é estreitá-lo, é picá-lo em pedaços. No direito, ter o usufruto de algo é justamente isso, é poder tratar alguma coisa como um corpo, ou seja, demoli-la, não é?” (ibid, p. 31). Se fossemos sustentar a concepção do gozo ligada apenas à sensação do prazer, seríamos obrigados a manter a teoria freudiana restrita ao momento da pura degustação do corpo mãe-bebê, o que não seria condizente com toda a teoria do “Mais além do princípio do prazer”.

Uma questão que pode servir para problematizarmos os meandros do conceito de gozo é o fato de Lacan ter apontado no Seminário, Livro 11, que o campo da pulsão não se restringe à existência de uma dualidade, de polos opostos representados pela pulsão de vida e de morte, mas, sim, “que o movimento pulsional é um único, sendo ao mesmo tempo de vida e de morte” (LACAN, 1964, p. 35), ou seja, não se trata de um conflito pulsional, mas de considerar que a pulsão possui um único vetor que condensa tanto aspectos ligados ao sexual/vida quanto à morte, embora saibamos que Freud conferirá à pulsão de morte o lugar de destaque, denominando-a como inaugural e com tendência ativa ao seu retorno – como já fora trabalhado anteriormente. No livro “Corpo e Escrita”, a psicanalista Ana Costa, ao discutir sobre a repetição e a dialética fundamentada no par passividade-atividade como ideia central e fundadora de uma memória inconsciente, destaca o narcisismo como uma possível leitura que caracterizasse melhor aquilo que Freud propõe como antítese entre as pulsões e reforça que com Lacan o desenvolvimento do conceito de gozo auxiliaria no entendimento dessa aparente “contradição”.

Em suma, as pegadas deixadas no Seminário 19 são o que mais adiante, no Seminário, Livro 20 – “mais, ainda” – faz com que Lacan extrapole a concepção de Descartes de *res*

cogitans – processos egoicos e das identificações - e de *res extensa* – nossa anatomia que complementar - e introduza a ideia da “substância gozante” (1972-1973/2008, p. 29) como a substância do corpo. Para Lacan, a experiência psicanalítica seria, portanto, a experiência do corpo e do gozo, “Propriedade do corpo vivo, sem dúvida, mas nós não sabemos o que é estar vivo, senão apenas isto, que um corpo, isso se goza” (p. 29), o que não importaria mais eligir no Ser da filosofia tampouco no homem de Descartes.

Portanto, o que podemos inferir é que o corpo, no ensino de Lacan, faz referência aos três registros – Imaginário, Simbólico e Real – e que embora com a introdução do nó borromeu no final do ensino o corpo esteja fundamentalmente no registro do imaginário, ainda assim, é de um enodamento das três categorias que se trata. Entretanto, em casos de FPS, estamos diante da invasão do real no imaginário do corpo, mas isso não ocorrerá sem efeitos no simbólico, como observamos na clínica.

Partindo para o melhor entendimento acerca do fenômeno linguajeiro da holófrase e do gozo qualificado como específico, que iremos prosseguir para o terceiro e último capítulo. Nele, encontraremos as balizas específicas para pensarmos sobre o FPS e os respectivos avanços teóricos com alguns analistas lacanianos.

3 O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO: A CLÍNICA DO DES(LIMITE)

Ando muito completo de vazios
 Meu órgão de morrer me predomina
 Estou sem eternidades
 Não posso mais saber quando amanheço ontem [...]
 Enfiei o que pude dentro de um grilo o meu destino
 A minha independência tem algemas

Manoel de Barros.

A escolha pela palavra des(limite) no título do terceiro capítulo assinala uma circunstância de qualificação da clínica do fenômeno psicossomático, o que não é ao acaso, obviamente. Mais adiante, observaremos que esse limite ao não encontrar um refreamento é, portanto, um des(limite), fazendo referência ao gozo específico que, sem a barreira fálica, faz sua inscrição no real do corpo.

Sobre o gracejo com a palavra limite e a participação especial na minha formação desde o período escolar, trago a importância de mencionar a segunda parte “Os deslimites da palavra” do ‘O livro das ignoranças’, do conterrâneo, Manoel de Barros. Dono de uma construção gramatical particular, Manoel narra a história de ‘Apuleio’⁶¹, personagem que se encontra vagando pelo Pantanal mato-grossense. Apuleio, o canoieiro, perdeu-se de seu barco e, devido ao medo e à fraqueza, teve uma espécie de “ruptura com a normalidade”, o que fez com que escrevesse mais de 200 frases, sendo que algumas delas foram selecionadas como epígrafes para abertura do capítulo.

Aproveitando o devaneio que acometeu o personagem como esteio para introdução no tema do FPS, de fato, é de uma “ruptura com a vida normal” – entre aspas pois estamos avisados de que em psicanálise a palavra normalidade não se aplica a nenhuma categoria clínica - que se trata. Além dessa ruptura marcar a vida do sujeito em antes e depois, tal qual um ato inaugural, deixando-o muitas vezes sem direcionamento, a busca por um profissional que ateste uma determinada doença torna-se uma verdadeira obstinação travestida por um pedido de socorro. Em alguns casos, diante do agravamento das lesões e do gozo de ordem mortífera e letal que o investe, o sujeito é levado ao pior. É com este pior que estamos

⁶¹ Mesmo que o escritor não faça menção ao nome escolhido para o personagem, sabe-se que Lúcio Apuleio foi um filósofo e escritor romano, sua principal obra é ‘O asno de ouro’ ou ‘*Metamorfoses*’. O livro conta a história de Lúcio, viajante que ao se envolver em um experimento e passar unguento (espécie de pomada que se aplica em machucado ou inflamações) na pele, se transforma em um burro.

lidando, o que aponta para a demanda de pesquisar em outros campos subsídios que possam dialogar – mesmo que tome rumos diferentes, como o campo da medicina - com o discurso da psicanálise.

Pois bem: ainda submersa no mundo da literatura, relendo um conto antigo de origem francesa, *Peau d'ane* (1697), do escritor Charles Perrault, encontro o curioso caso da rainha que morreu de uma doença sem causa conhecida. No conto, após sua morte, o rei deveria se casar com uma mulher de beleza incomum, o que acaba recaindo sobre a princesa. Aflita, a própria filha se vestirá com uma pele de asno e fugirá do reino, o que fomentará a narrativa. Sobre o suspense em torno da morte fugaz da rainha, a obra de ficção diz:

Ora o céu – que por vezes se cansa de fazer os homens contentes, que sempre junta às suas graças alguma desgraça, tal como a chuva ao bom tempo – permitiu que uma áspera doença subitamente atacasse os dias radiosos da rainha. Em todo o lado se busca socorro, mas nem a Faculdade de Medicina nem os charlatões da moda puderam, todos juntos, fazer estancar o incêndio que a febre acendia à medida que aumentava (PERRAULT, 1697/2004, p. 1).

De fato, se na história do século XVII o escritor é capaz de sustentar o suspense da morte da rainha, hoje, não seria diferente, como podemos observar na vinheta clínica apresentada no primeiro capítulo e em outros relatos que presenciamos no dia a dia do hospital. “Não sei o que tenho nem do que estou morrendo”, dizia um paciente com psoríase que fora atendido no leito da enfermaria e depois em ambulatório.

Na lição de 8 de junho de 1960, no Seminário, Livro 7, a respeito dos versos da tragédia grega de Antígona, ao falar sobre os mistérios que envolvem a morte, Lacan diz que “o homem ainda não (os) resolveu” (p. 325), assinala que talvez uma tentativa de burlar o destino de todo o sujeito seja “a fuga para as doenças impossíveis” (ibid, p. 325), ou, “doenças que ele (o homem) construiu” (ibid, p. 325). Diante do real da morte, só mesmo a criação de doenças radicais, o que poderia significar uma tentativa de representar o corpo a partir da limitação de um gozo, todavia, o gozo particular do FPS não possui limites, bordas, o Outro é devastador, o sujeito paga com a carne.

A intenção de iniciar o capítulo pelo viés da literatura, campo que é explorado e articulado por Lacan, escancara o furo no saber que o tema denuncia, o que não faz referência a qualquer discurso. Apesar da primeira referência da pesquisa – desde a introdução - ser o campo médico, pelo motivo que se trata, geralmente, do primeiro saber buscado pelo sujeito adoecido, sabemos que o psicanalista, quando consultado, é demandado após um longo percurso de frustrações. Para a disciplina de medicina psicossomática, por exemplo, qualquer doença é psicossomática. Em outras especialidades, uma lesão sem explicação – geralmente

as de “autoagressão”, como é o caso das autoimunes - é tomada como psicossomática, ou, contemporaneamente pronunciado como estresse; as doenças psicossomáticas dignificam o ‘fator emocional’ lhe conferindo o status nobre de causa, mesmo que tanto o médico quanto o paciente não saibam o que fazer diante dessa informação. É com esse repertório autoexplicativo que, quando chegam, recebemos um sujeito em análise. De toda forma, o trabalho psicanalítico em conjunto com o médico torna-se essencial nesses casos.

Instituído nosso recorte de estudo (FPS) a partir do prisma da psicanálise e tomando as bases para o entendimento de corpo exploradas no capítulo 2, foi na distinção feita por Freud entre neurose atual/psiconeuroses e o campo da pulsão que os estudos no campo da psicossomática tornaram-se relevantes. Se fôssemos seguir alguns pós-freudianos interessados nas lesões orgânicas cujas implicações são de ordem psíquica, deveríamos nos aprofundar na obra de Georg Groddeck. Psicanalista, alemão, é respeitado no meio hospitalar por ser o primeiro a utilizar a técnica da psicanálise no tratamento de doenças orgânicas. Ele, que é considerado o precursor da medicina psicossomática, define toda e qualquer doença/saúde, morte/vida como pura expressão do Isso, atribuindo, assim, uma significação pré-estabelecida. Para ele, o Isso é quem comanda todos os sistemas do organismo e cada órgão possui uma “linguagem”. Cito-o: “A doença não vem de fora, não é um inimigo, mas sim uma criação do organismo, do Isso” (1966/2011, p. 97). O psicanalista descreve, por exemplo, o caso de um garoto com prisão de ventre como um caso típico de resistência. Suas principais obras são “Determinação psíquica e tratamento psicanalítico das afecções orgânicas”, de 1917, e “O Livro d’Isso”, de 1921. Para Groddeck, saúde e doença não são consideradas excludentes, a doença pode adquirir um caráter positivo e de proteção. Segundo Maniakas, “Se todas as doenças provêm do inconsciente, não há o menor sentido em demarcar o território do psíquico e do somático, nem há sentido na expressão psicogênese, pois todas as doenças são, concomitantemente, psicogênicas e fisiogênicas” (2016, p. 108). A concepção de Groddeck trata, portanto, de um aniquilamento entre corpo/psique e a preponderância de uma ideia monolítica onde se corre o risco de um “blecaute” dos processos psíquicos inconscientes em detrimento da criação de uma teoria do soma. Sinalizo que Freud deixa clara sua oposição ao modelo groddeckiano.

Além de Groddeck, outros psicanalistas que mereceriam nossos esforços são: Franz Alexander e Pierre Marty. No atual cenário de estudo, as teorias de Marty são bastante difundidas no meio analítico. Ainda hoje, o Hospital, Pierre Marty, fundado pelo psicanalista francês, em 1962, trata de pacientes acometidos pelo FPS. Os conceitos desenvolvidos assumem a metapsicologia freudiana e “uma perspectiva genético-evolutiva” (2004, p. 54)

como leitura de base. Alguns dos seus principais conceitos referentes ao FPS, são: neurótico mal mentalizado, mentalização, pensamento operatório, depressão essencial e uma clínica marcada pela “relação branca” entre analisante e analista. Contudo, afinar a leitura acerca dos teóricos da psicossomática compreenderia ultrapassar os limites da dissertação, esforço avaliado e sugerido para futuros estudos.

A psicanalista, doutora no assunto, Joseane Garcia, na sua tese de doutorado “O fenômeno psicossomático e as incidências do objeto *a*”, defende que os psicanalistas:

[...] em geral se conformam com uma descrição médica, ou seja, fenômenos que lesionam órgãos e cujas causas orgânicas ainda não foram encontradas, como se a pudéssemos usar sem a mediação ao nosso próprio campo (2013, p. 17).

Instigados pelo desafio que a clínica impõe e ancorados na orientação freudolacanianos, o capítulo pretende percorrer as principais balizas teóricas sobre o FPS e examinar com maior afincamento o gozo letal que acomete o sujeito.

Nosso empenho, até o momento, consistiu no capítulo de abertura de contextualizar o campo ao qual nossa pesquisa foi desenvolvida. Finalizamos com a apresentação de dois recortes clínicos.

Foi no segundo capítulo que nos debruçamos sobre o corpo na obra de Freud e no ensino de Lacan e apontamos na direção do estudo do fenômeno psicossomático. Se o corpo da medicina é avaliado sob a perspectiva anatomopatológica, para a psicanálise, o organismo não é tomado como axioma, o que recai em Freud e a noção de que toda pulsão é pulsão de morte e os respectivos desdobramentos que surgem a partir daí. Com Lacan, distinguimos o corpo no Imaginário - como aquele da pregnância da forma do espelho - Simbólico - o corpo falante da histérica pretendido por Freud - e Real - corpo como a mira da angústia e aquilo do discurso que não entra na cadeia significante.

Para avançarmos, destacaremos, em Freud, o conceito de neurose *aktual*, pinçaremos o conceito de neurose de guerra e finalizaremos com a resposta ao médico neurologista Von Weiszaecker, rara passagem em que Freud escreve, explicitamente, sobre as doenças orgânicas. Em Lacan, observaremos suas contribuições às abordagens pontuais em relação à psicossomática e verificaremos que o que se trata é de um outro gozo, ou melhor, do gozo do Outro, o que nos faz distinguir clinicamente de uma formação inconsciente e do gozo fálico, como sucede no sintoma neurótico.

Passaremos para o item 3.1 ‘Freud: mais, ainda’.

3.1 Freud: mais, ainda

No *work in progress* proposto por Freud, alguns aspectos da teoria permaneceram inexplorados ou, até mesmo, termos que foram utilizados no início do seu trabalho caíram em desuso até os escritos finais. Apontamos, na teoria freudiana, duas possibilidades de pesquisa naquilo que concerne o estudo do FPS: a primeira é a noção da pulsão de morte desvinculada da pulsão de vida, o que a torna altamente potente e destrutiva, já que não estaria a serviço de Eros como forma de mediação – já trabalhado no capítulo anterior - e a segunda é o conceito de neurose *aktual* atual que, ao longo dos anos, tornou-se um tipo de neurose pouco explorada pelos psicanalistas.

Antes de prosseguir, aponto como hipótese para o desinteresse das neuroses atuais por parte da comunidade analítica o fato de o próprio Freud tê-las colocado como indiferentes ao tratamento analítico e, inclusive, designar a tarefa do tratamento para os profissionais da área médica. Na conferência XXIV - O estado neurótico comum –, ele diz:

Los problemas de las neurosis actuales, cuyos síntomas probablemente nacen por un daño tóxico directo, no ofrecen al psicoanálisis puntos de abordaje; en muy poco puede contribuir a su esclarecimiento, y tiene que abandonar esta tarea a la investigación médico-biológica⁶² (1916-1917/2013, p. 354).

Dando continuidade, propomos examinar mais detalhadamente do que se trata esse dano de uma “lesão tóxica direta”.

Foi no artigo intitulado “A sexualidade na etiologia das neuroses”, de 1898, que Freud conceituou o termo neurose atual ou “neurosis del presente momento”⁶³ (1898/2013, p. 263), como aparece numa nota de rodapé. Anterior a isto, o autor já havia mencionado o conceito nos textos “Estudos sobre a Histeria”, de 1893-1895, e “As neuropsicoses de defesa”, de 1894, passagens que não serão exploradas na dissertação⁶⁴.

Entendia-se por neurose atual duas modalidades de neurose, a neurastenia e, posteriormente, a neurose de angústia: eram aquelas que não possuíam sintomas relacionados a fatores históricos, o que as distinguiu das psiconeuroses (histeria e neurose obsessiva). As psiconeuroses teriam, assim, sua origem e fixação no sexual, ou seja, os conflitos psíquicos seriam remetidos à história sexual infantil e estariam passíveis de recordação a partir da técnica da associação livre, ao passo que na neurose atual o conflito ficaria restrito ao plano

⁶² O trecho correspondente na tradução é: Os problemas das neuroses ‘atuais’, cujos sintomas provavelmente são gerados por uma lesão tóxica direta, não oferecem à psicanálise qualquer ponto de ataque. Ela pouco pode fazer para esclarecê-los e deve deixar a tarefa para a pesquisa biológico-médica.

⁶³ O trecho correspondente na tradução é: neurose do presente momento.

⁶⁴ Para maiores pesquisas, sugiro a leitura das dissertações de Joseane Garcia e Ingrid Figueiredo.

somático, de tal modo que estaria ligado a um desvio da libido e, como produto da angústia, aconteceria uma descarga corporal sem que houvesse qualquer representação psíquica. Desse modo, Freud distingue de maneira clara as etiologias das duas neuroses:

O sea, hay una etiología sexual en todos los casos de neurosis, pero en las neurastenias ella es de índole actual, y en las psiconeurosis son factores de naturaleza infantil: he ahí la primera gran oposición en la etiología de las neurosis. Otra oposición surge si se toma en cuenta un distingo dentro de la sintomatología de la neurastenia como tal⁶⁵ (1898/2013, p. 261).

Notamos, ainda, o recorte feito na sintomatologia no campo das neurastenias, o que terá como efeito o aparecimento do segundo subgrupo, da neurose de angústia. No primeiro subtipo, das neurastenias, as características são em torno do acúmulo de excitação de ordem somática, como: “presión intracraneana, fadiga, dispepsia, obstrucción intestinal, irritación espinal, etc.” (idib, p. 261). No segundo, a etiologia gravita no sintoma fundamental da angústia, o que aparece como um empobrecimento de excitação: “estado de angustia libre, inquietud, angustia de expectativa, ataques de angústia completos, rudimentarios y suplementarios, vértigo locomotor, agorafobia, insomnio, acrecentamiento del dolor, etc.” (ibid, p. 261). Na continuação das descrições, Freud irá afirmar que mesmo que elas se diferenciem, “por regla general ambas neurosis se presentan juntas”⁶⁶ (ibid, p. 261).

Anos depois, em 1912, no discreto artigo “Contribuições a um debate sobre a masturbação”, o autor irá retomar o assunto com o propósito de fazer uma descrição da neurastenia - reportada à masturbação excessiva - e da neurose de angústia – relacionada à continência sexual. Freud enfatiza o fato de as neuroses atuais não serem sensíveis ao tratamento analítico, já que seriam acontecimentos não advindos de um processo subjetivo – vinculação da situação atual com a história pregressa – e, portanto, não sendo fruto do recalque. Ele diz:

Lo esencial de mis doctrinas sobre las neurosis actuales, esas doctrinas que formulé en su momento y hoy defiando, estriba en la tesis, fundada en el experimento, de que sus síntomas no se pueden descomponer analíticamente como los psiconeuróticos. O sea que la constipación, el dolor de cabeza, la fatiga de los lhamados <neurasténicos> no consienten su reconducción histórica o simbólica a vivencias eficientes, no se los puede comprender como unos compromisos de mociones pulsionales contrapuestas, al revés de lo que ocurre con los síntomas psiconeuróticos (que llegado el caso pueden parecer de idéntica naturaleza⁶⁷ (1912/2013, p. 258).

⁶⁵ O trecho correspondente na tradução é: Assim, em todo caso de neurose há uma etiologia sexual; mas na neurastenia é uma etiologia contemporânea, enquanto nas psiconeuroses os fatores são de natureza infantil. Esse é o primeiro grande contrasta na etiologia das neuroses.

⁶⁶ O trecho correspondente na tradução é: em regra geral ambas as neuroses aparecem juntas.

⁶⁷ O trecho correspondente na tradução é: A essência das teorias a respeito das neuroses atuais que apresentei no passado e estou defendendo hoje reside na minha declaração, baseada em experimentos, de que seus sintomas, diferentemente dos psiconeuróticos, não podem ser analisados. Isto equivale a dizer que a prisão de

Mais adiante, continua:

En cambio, hoy admito lo que en aquella época no podía creer: que un tratamiento analítico pueda llegar a tener un influjo curativo indirecto sobre los síntomas actuales, haciendo que estos perjuicios actuales se toleren mejor⁶⁸ (ibid, p. 258).

Assim, o que chama atenção nestas passagens são três pontos muito importantes: 1) os sintomas das ditas neuroses atuais não passam pelo mecanismo de defesa clássico da neurose, o recalque. 2) a impossibilidade da remissão do sintoma na neurose atual, o que remete a práxis com pacientes acometidos pelo FPS e toda a problemática com relação ao estabelecimento do fenômeno da transferência, haja vista que, na grande maioria, o sujeito se mantém acoplado à doença, o que dificulta a movimentação da cadeia discursiva. 3) por outro lado, Freud admite com segurança que os efeitos de uma análise podem aliviar indiretamente os sintomas das neuroses atuais, o que nos traz esperança quanto ao atendimento psicanalítico diante dessa clínica e nos mantém desejosos pela pesquisa.

O que aparece nas neuroses atuais, portanto, é uma desvinculação entre os fatores sexuais propriamente ligados ao Édipo e uma historicidade contada pelo paciente, mesmo que, porventura, nota-se na fala do sujeito algo da ordem de uma tentativa de encadeamento que, na maioria das vezes, não deslança nos significantes, o que é radicalmente diferente dos casos de psicose em que as questões são vivamente amalgamadas. Nas neuroses atuais, a excitação não encontrou a barreira do recalque que a fizesse frear, o que nos leva a associar com as afecções diretas da ordem do FPS e o deslimite do gozo específico.

Ainda envolto com o tema das neuroses atuais, foi na Conferência XXIV – O estado neurótico comum –, citada acima, que Freud articulou uma curiosa analogia com as psicose. Aponta, então, uma íntima relação no sentido de que a neurose atual seria o núcleo primário das psicose. A neurose atual desempenharia metaforicamente “el papel de aquel grano de arena que el molusco ha envuelto con las capas de madreperla”⁶⁹ (1916-1917/2013, p. 366) e, as psicose, a própria pérola enquanto revestimento.

No artigo “Uma escrita ilegível...”, as psicanalistas Benita Losada A. Lopes e Rossely S. M. Peres, a respeito dessa relação, lançam o seguinte questionamento:

ventre, as dores de cabeça e a fadiga do chamado neurastênico não admitem serem remontadas, histórica ou simbolicamente, a experiências operantes, e não podem ser compreendidas como substitutos da satisfação sexual ou como conciliações entre impulsos pulsionais opostos, como é o caso dos sintomas psiconeuróticos (ainda que os últimos talvez possam ter a mesma aparência).

⁶⁸ O trecho correspondente na tradução é: Por outro lado, admitirei hoje aquilo em que fui incapaz de acreditar anteriormente – que um tratamento analítico pode ter um efeito curativo indireto sobre sintomas atuais, isso pode fazer com que os danos atuais sejam melhor tolerados.

⁶⁹ O trecho correspondente na tradução é: desempenham o papel do grão de areia que um molusco cobre de camadas de madreperla.

Dentro desta lógica que nos remete ao *Nachträglich*, à dupla temporalidade freudiana, não se poderia pensar o fenômeno psicossomático como equivalente topológico a esse primeiro tempo, a um real marcado no corpo, enraizado no imaginário, da ordem desse grão de areia, mas sem a proteção da pérola? (2004, p. 133).

Ou seja, a partir da construção das autoras, poderíamos depreender que: no primeiro tempo freudiano haveria a incidência do S1 – grão de areia enquanto marca de gozo – responsável por lesionar o real do corpo, tratando-se, portanto, da indução do significante no real sem que qualquer relação simbólica faça mediação. Sugerimos maiores pesquisas sobre o S₁ como marca de gozo que lesiona o corpo.

Torna-se importante mencionar o fato de que, posteriormente, para abordar o sintoma e as neuroses atuais, Freud não mais tomou o sexual como referência, mas, sim, a segunda tópica da metapsicologia com o “Mais além do princípio do prazer”. É neste artigo que outro dado notável para nossa pesquisa merece ser explorado. No quarto capítulo, Freud, ao falar sobre as neuroses de guerra, aponta que “por una enfermedad orgánica intercurrente” (1920/2013, p. 33), ou, a doença orgânica, pode surgir como forma de evitar ou interromper, mesmo que, temporariamente, um sofrimento extremamente intenso para o aparelho psíquico. Ele diz: “[...] las posibilidades de contraer neurosis se reducen cuando el trauma es acompañado por una herida física” (1920/2013, p. 32). Assim, a neurose de guerra⁷⁰ é ligada ao trauma vivido pelo sujeito, onde “liberaría el quantum de excitación sexual, cuya acción traumática es debida a la falta de apronte angustiado; y, por otra parte, la herida física simultánea ligaría el exceso de excitación al reclamar una sobreinvestidura narcisista del órgano doliente”⁷¹ (ibid, p. 32).

Há uma notável rememoração a ser feita: um ano antes do lançamento do artigo do ‘Mais além do princípio do prazer’, em 1920, Freud já estava às voltas com as doenças surgidas pelo processo do pós-guerra na Europa. No artigo ‘Introdução à psicanálise e às neuroses de guerra’, de 1919, ele afirma: “las neurosis de guerra es la neurosis traumática, que, según se sabe, sobreviene también en la paz tras el terror y accidentes graves, sin nexo alguno con un conflicto dentro del yo”⁷² (1919/2012, p. 207). Assim, podemos concluir que o

⁷⁰ São entendidas como “[...] a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo” (1920/2013, p. 29) e foram “facilitadas por un conflicto en el yo” (1920/2013, p. 32).

⁷¹ O trecho correspondente na tradução é: liberaria uma quantidade de excitação sexual que, devido à falta de preparação para a angústia, teria um efeito traumático, mas, por outro lado, o dano físico simultâneo exigindo uma hipercatexia narcisista do órgão prejudicado.

⁷² O trecho correspondente na tradução é: as neuroses de guerra são apenas neuroses traumáticas, que, como sabemos, ocorrem em tempos de paz também, após experiências assustadoras ou graves acidentes, sem qualquer referência a um conflito no eu.

lançamento do texto de 1919 serviu como prévia para a teoria da pulsão de morte que estava por vir e, inclusive, para o artigo da sequência, “O estranho”.

Com efeito, afirmamos que a neurose de guerra não tem representação psíquica pelo fato de ser insuportável ao aparelho psíquico, ou seja, não há outra escapatória que não seja a aparição de uma doença orgânica. A pulsão de destruição isolada - sem qualquer representação - atuaria como o próprio motor da neurose de guerra.

Carneiro Ribeiro, no livro “Retorno do exílio – o corpo entre a psicanálise e a ciência”, ao traçar um paralelo entre o aparecimento da especialidade médica que tem interesse nas doenças psicossomáticas, a medicina psicossomática, e os campos de batalha da Primeira Guerra Mundial, indica que: “[...] a conexão entre o início das investigações sobre a psicossomática e o evento de uma Guerra Mundial começam a se esclarecer. Ao lado das neuroses de guerra começam a se perfilar as “desordens psicossomáticas” (CARNEIRO RIBEIRO, 2004, p. 50). As primeiras pesquisas realizadas com pacientes psicossomáticos, que deram início aos planos de saúde, ocorreram nos Estados Unidos, justamente com combatentes da guerra. Desde então, a psicanálise começou a perder espaço para as demais terapêuticas sobretudo por não ser uma orientação eleita para o atendimento em curto tempo de duração, prerrogativa dos planos de saúde que compactuam com o sistema econômico capitalista.

Outro ponto que merece nossa atenção, ainda margeando os antecedentes da psicossomática em Freud, foi a sua troca de carta com o neurologista e professor da Universidade de Heidelberg, Victor Von Weiszaecker.

Com o avanço na área da pesquisa médico-tecnológica, a disfuncionalidade dos órgãos vista a olho nu e a valorização da doença deixando de lado o paciente acontecia, na Alemanha, no final do século 19, uma crítica ao modelo de intervenção. Surge, então, a necessidade de que outros olhares resgatassem o subjetivo e retomassem a relação entre a história do sujeito e sua doença. É neste contexto que Von Weiszaecker, muito agradecido pelas contribuições de Freud acerca da revolução causada pela formulação de uma nova psicopatologia, defende a postura da “ideia de uma filosofia do vivo, baseando-se na ontogênese. Influenciado por Heidegger, defende a ideia que a história de cada sujeito é a base de todas as patologias orgânicas” (LINDENMERY, 2012, p. 344). Em sua clínica, as entrevistas com o paciente ocupavam lugar de destaque, o que subvertia a concepção que gravitava na época. O médico, que já mantinha contato com Freud, desde 1926, envia uma carta, em 1932, perguntando sua opinião sobre o estudo “Lo que sucede en el cuerpo y neurosis”.

No livro “Estudios de Psicossomática”, do Círculo Analítico de Psicossomática, de Buenos Aires, grupo formado na década de 90 por diversos analistas especialistas no assunto, essas respostas foram publicadas. As cartas originais não foram encontradas. Na carta, um dos únicos momentos em que Freud aborda o tema, ele expressa sua opinião e emite, claramente, sua animação e satisfação com o extenso trabalho acerca das enfermidades psíquicas e orgânicas do colega e a exploração feita dos fatores psicogênicos nas doenças orgânicas. Expõe, inclusive, o que os médicos atualmente nomeiam de doença autoimune e a relação destas com o adoecimento. Cito-o:

La otra parte de su trabajo, en la cual trata de determinar su trabajo para enfermedades psíquicas y orgánicas, nos llamó la atención justamente porque nos hemos acercado, através de observaciones casuales a los límites de este campo no explorado. Así hemos podido comprender que una neurosis podía ser reemplazada por una enfermedad, como también la peculiar inmunidad de ciertos neuróticos con respecto a infecciones y resfríos y a la pérdida de esta inmunidad después de un mejoramiento psíquico, no pasó inadvertido por nosotros. Los síntomas comunes con cualquier enfermedad como interrupción, cambio, crisis, etc., nos están preparando para novedades importantes⁷³ (1994, p. 46).

Todavía, mais adiante, diz que não seria possível assegurar que determinadas doenças orgânicas sejam efeitos do psiquismo, ou seja, da descoberta psicanalítica do inconsciente:

También el concepto de los síntomas de las neurosis de la actualidad lo tengo que defender de su crítica. Estamos contentos de haber llegado aquí a la causa directa, tóxica y lo negaríamos rotundamente si alguien nos acusara de querer aclarar el dolor de cabeza y los trastornos estomacales de una modorra, en el nombre de la consecuencia psicoanalítica. Es extraño que la gente está descontenta con nosotros, si una vez estamos empeñados en considerar la influencia orgánica directa. No quiero perseguir más estos contrastes⁷⁴ (1994, p. 46-47).

Dessa maneira, a troca de cartas entre Freud e o neurologista torna-se mais um instrumento de segurança para a articulação e a distinção do fenômeno psicossomático. Carneiro Ribeiro compreende o estudo do FPS como um terreno limite, salienta que “já desde este primeiro texto epistolar a menção à psicossomática aparece como algo que diz respeito aos limites de um campo conceitual” (1995, p. 273).

⁷³ O trecho correspondente na tradução é: A outra parte de seu trabalho, na qual ele tenta determinar para doenças psíquicas e orgânicas, chamou-nos a atenção justamente porque temos nos aproximados, através de observações causais nos limites desse campo não explorado. Ficamos impressionados com fatores psicogênicos de doenças orgânicas. Assim, conseguimos entender que uma neurose poderia ser substituída por uma doença, assim como a imunidade peculiar de certos neuróticos em relação a infecções e resfriados e a perda dessa imunidade após uma melhora psíquica, não passaram despercebidas por nós. Os sintomas comuns com qualquer doença como interrupção, mudança, crise, etc., estão nos preparando para notícias importantes.

⁷⁴ O trecho correspondente na tradução é: Eu também tenho que defender o conceito dos sintomas da neurose hoje de suas críticas. Estamos felizes por ter vindo aqui para a causa direta e tóxica e negamos isso se alguém nos acusasse de esclarecer a dor de cabeça e os transtornos do estômago de uma sonolência, em nome da consequência psicanalítica. É estranho que as pessoas não estejam satisfeitas conosco, se uma vez que estamos determinados a considerar a influência orgânica direta. Eu não quero mais perseguir esses contrastes.

Trata-se, então, de uma constatação: mesmo que o significante *psicossomática* não faça parte do vocabulário freudiano, foi a partir de seus fundamentos que vários autores se aventuraram pelo estudo do tema e que nos encontramos incluídos aí. Com os pilares teóricos originais da pesquisa erguida, daremos um passo à frente com as reflexões em Jacques Lacan.

3.2 Vestígios do fenômeno psicossomático em Lacan

As diversas correntes e abordagens dentro da psicanálise acerca do fenômeno psicossomático e a experiência nos mostram claramente a dificuldade da limitação conceitual do campo, da ausência de entendimento teórico análogo e da condução clínica do tratamento. Para os leitores e analistas orientados pelos ensinamentos de Lacan não é diferente, vide as ideias opostas que são defendidas dentro das Escolas de Psicanálise e, até mesmo, psicanalistas que ainda hoje afirmam que a construção teórica do FPS não procede - argumentos que são pautados numa crença de que a medicina ainda careça de descobertas. Este é um argumento espantoso, afinal trata-se de uma temática – e do sujeito que busca análise - que traz para a cena analítica a mais pura expressão da pulsão de morte, o que figura de maneira metodológica como o principal argumento da clínica freudiana. Estudar o FPS implica que o pesquisador aceite o furo em qualquer campo do conhecimento e o real que está posto para todo o sujeito. Comentários feitos, prossigamos.

São inúmeras as terminologias que fazem referência ao FPS e que são utilizadas ao longo do ensino de Lacan: holófrase, lesão letal, gozo específico, hieróglifo no deserto, escritura que dá a ver, mas “não a ler”, um dos Nomes-do-pai, falha epistemo-somática.... No entanto, mesmo que sua primeira elaboração seja datada de 1948, é apenas a partir da década de 50 que elas serão, embora de maneira vestigial, melhor exploradas.

É no O Seminário, Livro 2: “O eu nos escritos de Freud e na técnica da psicanálise”, de 1954-1955, que aparece sua primeira colaboração, ainda que voltada para uma concepção auto erótica. Na sequência, uma brevíssima passagem pelo Seminário, Livro 3: “As psicoses”, de 1955-1956 para, em 1964, trazer no Seminário, Livro 11: “os quatro conceitos fundamentais da psicanálise”, a articulação mais engendrada. A última abordagem mais expressiva se dá nos últimos anos de o seu ensino, em 4 de outubro de 1975, na “Conferência em Genebra sobre o sintoma” ou, simplesmente, “O Sintoma”.

Na precoce elaboração sobre as lesões corporais, em 1948, no artigo “Essai sur les réactions psychiques de l’hypertendu”, Lacan irá apresentar uma ideia ainda bastante inicial sobre o corpo biológico e sua performance homeostática. No artigo “Um fetiche para os

ignorantes: a psicossomática”, Patrick Valas, ao descrever as definições da psicossomática no ensino lacaniano, comenta sobre este texto e o caso clínico de hipertensão arterial apresentado por Lacan que, mesmo depois de extensa pesquisa nas principais bases de dados francesas, não foi encontrado. Cito Valas:

Lacan apresenta uma concepção muito clássica da psicossomática [...] Se a tensão corporal se descontrolasse ou desregulasse, tornando-se muito elevada, poderiam produzir-se lesões. Nesse artigo, Lacan apresenta um caso clínico de hipertensão arterial essencial (isto é, sem causa orgânica aparente) que estaria ligada a uma tensão psíquica intensa demais no nível do ser, causada por um estresse não específico que, ao se prolongar duravelmente, engendraria lesões corporais (2004, p. 116).

Anos depois, em 1954-1955, no Seminário, Livro 2, na lição de 12 de janeiro de 1955, Lacan ao falar sobre aquilo que Freud introduz na perspectiva de Hegel, o “discurso acabado” (1954-1955/2010, p. 102), sinaliza, de saída, que nem tudo cabe dentro do saber absoluto. Neste momento, é sabido que governava imensa confusão teórica em torno da psicossomática – como de toda teoria da psicanálise - e da concepção da relação de objeto liderada pelos analistas do ego, um dos motivos que fez Lacan iniciar o retorno a Freud. Na perspectiva relativa ao corpo, não era diferente: o resgate à unidade de ser humano, da alma como forma do corpo, foi tomado por Lacan como um caminho sem volta: “A divisão está feita de vez” (1954-1955/2010, p. 104).

É neste cenário que, na lição de 26 de janeiro de 1955, Lacan inicia sua exposição argumentando sobre a psicossomática e as relações de objeto: “Para que haja relação de objeto, é preciso que já haja relação narcísica do eu e do outro” (1954-1955/2010, p. 133) e conclui dizendo que “às reações psicossomáticas[...] se coloca num plano completamente diferente” (ibid, p. 133), o que observaremos seu apontamento na direção daquilo que é anterior ao narcisismo primário: o autoerotismo. O que é importante notarmos é que, neste momento, a abordagem da psicossomática se dava no nível do imaginário, o que nos leva a inferir que desde muito cedo, para Lacan, a construção do FPS ocorre de uma maneira distinta da construção de uma neurose – concebida pelo narcisismo e pela relação simbólica. Para ele, há uma diferença entre o órgão investido pelo narcisismo e o órgão investido pelo autoerotismo, em que, no primeiro, há a constituição do sujeito e a diferenciação do eu e do outro na medida em que se torna possível distinguir a fonte – boca - do objeto – seio - e, no segundo, trata-se de “uma massa investida de libido no interior do organismo” (1954-1955/2010, p. 134). Lacan ratifica que o FPS seria o investimento libidinal sobre o próprio órgão – não houve a simbolização daquele órgão -, não sobre o objeto, e que a distinção da neurose gira em torno da “linha divisória constituída pelo narcisismo” (1954-1955, p. 135).

Interessante notar que, anos depois, no Seminário, Livro 11, na lição que articula sobre a constituição do sujeito e inclui o FPS, Lacan vai argumentar que Freud não concebeu o autoerotismo como a inexistência do objeto, mas que o funcionamento desses objetos – seio, fezes, olhar e voz - estaria ligado ao prazer.

Além das elaborações de que no FPS não está em jogo as construções da relação de objeto, o que nos faz acreditar que este é o ponto limítrofe que Lacan diferencia da neurose, sobressalta aos olhos o fato de que o real, enquanto o impossível de apreender, ainda não havia sido conceituado tal qual na lógica dos textos da década de 70, mas, mesmo assim, já estava posto no horizonte de seu ensino. Se as relações psicossomáticas se situam num outro plano, elas “estão no nível do real” (1954-1955/2010, p. 136), ele irá afirmar. Não tomaremos, portanto, o real na topologia borromeana, porém, segundo Valas, este deve ser entendido como “o rochedo do biológico” (2003, p. 78). Ora, se o real concebido aqui não é referente ao biológico tampouco ao real lacaniano, quando se diz que as relações psicossomáticas estão no nível do real, devemos concebê-las com relação ao objeto *a* que permanece pendente, uma vez que não há posição correspondente ao *Umwelt* e ao *Innenwelt*, “O real é absolutamente sem fissura” (1954-1955/2010, p. 137), diz Lacan. O que define, portanto, essa desordem difusa, que é o autoerotismo, é a ausência do Outro que intervenha e autentique a imagem especular dizendo “este é você”, remetendo ao momento do estádio do espelho - construção teórica já abordada no segundo capítulo. Deste modo, o FPS funcionaria como um investimento libidinal aplicado no próprio corpo, o que traria como efeito uma lesão no órgão – não houve Outro que marcasse a diferença, visão que coadunaria com as ditas lesões de autoagressão da medicina. Contudo, a questão que se coloca neste momento é: o FPS seria, então, um investimento puramente da ordem do imaginário? E o simbólico, trata-se de uma ausência do Outro da palavra?

É no seminário seguinte, em 1955-1956, Seminário, Livro 3 – “As psicoses” -, na última lição, de 4 de julho de 1956, que Lacan fará sua próxima indagação sobre a psicossomática. Ao tecer observações sobre a estrutura do delírio na psicose, em especial, no caso Schreber, Lacan considera que no delírio existe “uma perturbação da relação com o outro” (1955-1956/2002, p. 348), o que irá impactar diretamente no mecanismo da transferência e que de certa forma escancara e retoma o problema das relações de objeto, assunto que já vinha sendo desenvolvido desde o Seminário, Livro 1 – “Os escritos técnicos

de Freud”. Assim, o psicanalista irá corroborar com aquilo que Ida Macalpine⁷⁵ evidenciou: no delírio de Schreber não se tratava de castração (*Verdrängung*) - mecanismo de negação da neurose, mas, sim, de transformação, transição em mulher, diferente do que ocorre na neurose e na perversão – em termos estruturais, na psicose, o mecanismo utilizado por Freud, é a (*Verwerfung*), e que é traduzido e definido por Lacan nesta última lição do seminário como forclusão (*forclusion*). Entende-se o mecanismo da (*forclusion*) como aquele em que o significante ímpar do Nome do Pai (NP) não operou substituindo o Desejo da mãe (DM), o que garantiria a entrada do sujeito na partilha dos sexos e na significação fálica. Consequentemente, o sujeito de estrutura psicótica é investido por fenômenos elementares, entre os quais destaca-se a alucinação como o que foi foracluído do simbólico e faz o retorno no real.

Retomando: a respeito dos comentários da psicanalista inglesa acerca da psicose de Schreber e dos sintomas hipocondríacos, Lacan mostra-se bastante convergente diante de seu posicionamento. Para ele, alguma coisa de muito particular no caso, no âmago tanto da relação psicótica como no fenômeno psicossomático, poderia ser constatada. Encontra-se aí, portanto, na aproximação entre a psicose e o FPS, “a apreensão direta de fenômenos estruturados de modo bem diferente do que se passa nas neuroses [...]” (1955-1956/2002, p. 352), o que distinguiria o FPS, mais uma vez, da construção de um retorno do recalcado que, é dialetizável na neurose, da correspondência direta que acontece no fenômeno. Cito-o:

ela [Ida Macalpine] pôde ter apreensão direta de fenômenos 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 o quadro material que apresenta o sujeito enquanto ser corpóreo. Um sintoma tal como uma erupção, diversamente qualificada dermatologicamente, da face, se mobilizará em função de tal aniversário, por exemplo, de maneira direta, sem intermediário e sem dialética alguma, sem que nenhuma interpretação possa marcar sua correspondência com alguma coisa que seja do passado do sujeito (ibid, p. 352).

Nesta passagem, podemos destrinchar outros apontamentos com relação ao FPS: Em primeiro lugar, caberia retomar o fato de Lacan apontar as lesões dermatológicas como aquelas que ocorrem como uma inscrição direta sem que houvesse correspondência com a história narrada pelo sujeito.

O psicanalista Christian Dunker, no texto “Corporeidade em Psicanálise: corpo, carne e organismo”, ao falar sobre a ausência de uma teoria unívoca sobre o corpo em psicanálise e

⁷⁵ Para a psicanalista, o delírio de Schreber e a psicose podem ser explicadas a partir de uma posição pré-edípica, ou seja: o sujeito se relaciona primeiro com a mãe antes de participar do triângulo edípico, o que diverge da concepção freudiana.

a partir da existência de tensões entre as estruturas topológicas do simbólico, real e imaginário, decide, a partir de uma esquematização matemática de disjunção entre carne (real), corpo (simbólico) e organismo (imaginário), incluir as formações específicas do fenômeno psicossomático como uma forma de imaginarização do real, afirmando que, nesses casos, o que se trata é de um isolamento do simbólico onde a lesão recai sobre a carne, sendo que:

[...] há sempre um evento corporal que não faz história. O acontecimento de corpo é geralmente remetido a uma subjetivação indireta pelo médico ou mesmo pelo senso comum ou religioso. Em relação ao fenômeno psicossomático é comum encontrarmos uma articulação da memória sem história; da vontade sem desejo; da imaginação sem fantasia. Há fatos traumáticos que permanecem isolados, disponíveis à consciência, mas sem experiência. Capazes de descrição minuciosa, mas sem potência narrativa (2011, p. 112).

A despeito desse ponto trazido, os casos clínicos apresentados ao longo do primeiro capítulo, que são de características dermatológicas e tratam, ocasionalmente⁷⁶, de dois casos de FPS, remetem a essa experiência.

Aquilo que Renato falava em relação ao pênfigo, era: “é o penfiquinho”, “se os médicos não sabem, como eu vou saber?”, o que denunciava a ausência completa de narrativas que dessem passado à doença e, principalmente, à espera do médico-oráculo que dissesse o seu destino. O que ficava claro na fala de Renato era a punição superegoica pelo aparecimento da doença, jamais um encadeamento progressivo que demandasse uma decifração ou um futuro que trouxesse a angústia como a face da clínica da neurose. Quanto ao caso de Jussara, ela contava cenas de um pai cruel na infância, mas de modo algum havia qualquer correspondência com a doença que a acometia. Aquilo que o pai fizera na infância, “jogava água para umedecer a pele e, para finalizar, encharcava seu corpo com sal”, era interpretado como uma cena edípica da fantasia fundamental, “meu pai me bate, porque me ama”, não havia correlação rememorativa que fosse associada ao fenômeno.

Na dissertação “Fantasia e escritas no corpo”, defendida por Janaina Bianchi de Mattos e orientada pela Profa. Dra. Ana Costa, a pesquisadora lança o questionamento: “o corpo seria efeito da escrita da fantasia? Ou seria proveniente daquilo que da fantasia não se escreve?” (2015, p. 9). A partir do caso de Suzana, uma paciente que apresenta quadro de angústia e não consegue dormir, a autora demonstra que: a paciente, em suas recordações, relatava que desde a infância não suportava ser colocada no berço por sua mãe – o que era interpretado como abandono e fazia com que dormisse toda encolhida, sentia dores pelo

⁷⁶ Não se trata de articular a doença dermatológica como sinônimo de uma irrupção de fenômeno psicossomático. Para tal afirmativa, é necessário a escuta do analista diante do sujeito, um a um.

corpo, pois tinha medo de bichos subirem por seus pés. Suzana, em análise, lembra que as dores no corpo só aconteciam quando a mãe não estava por perto, o que foi interpretado “de modo que justamente no ponto em que no lugar desta falta (materna), surgia algo (bichos) e esta falta acabava por faltar, emergia a angústia e a impossibilidade de dormir” (2015, p. 16-17). Na análise do caso, a psicanalista aponta que a paciente paga um alto preço, com seu corpo, por ter o Outro escrito em suas bordas. Dessa maneira, a partir da hipótese de um caso de sintoma neurótico, fica evidente que a fantasia, de alguma forma, opera como uma tela protetora impedindo que o gozo letal do Outro mortifique o sujeito, ela funciona como um funil face a esse real absoluto, sexualiza a pulsão de morte e coloca em xeque a pulsão de vida. É a fantasia que é responsável pela formação do laço social. Ou seja, o gozo que era ilimitado passa a ser limitado e fálico, fazendo o sujeito se situar no campo da linguagem e do desejo. A autora conclui a dissertação no sentido de que o corpo bem pode ser interpretado como suporte da escrita da fantasia como aquilo que não se escreve, o que nos conduz para examinarmos clinicamente a distinção do caso de Suzana e de Jussara e Renato, casos também de neurose.

Nesta questão, remetemos à passagem de “Litorais da Psicanálise” da autora Ana Costa, livro já citado no capítulo anterior. A psicanalista aponta que a produção de cortes na adolescência, principalmente nas meninas, evoca uma questão clínica de difícil precisão no que diz respeito às relações entre linguagem e escrita. Segundo a autora, “Falamos com nosso corpo, mas ao buscarmos comunicar um sentido, ou mesmo uma imagem que suporte o corpo, algo resta não comunicável, não inscriível” (2015, p. 121), o que denuncia que a tentativa de fala comporta uma simbolização, uma leitura, por parte do analista, daquilo que foi impossível de inscrever, elementos que são necessários para a análise crítica do caso de uma garota de 13 anos que visivelmente buscava criar um “ponto cego na onividência materna” (ibid, p. 121) através de cortes na pele. Nas entrevistas com a paciente aparecia uma relação muito clara entre a produção dos cortes e a angústia, atuações que buscavam o olhar materno como finalidade e que denunciava toda uma construção edipiana típica da neurose, elementos que servem como motor para o surgimento do fenômeno da transferência e que parece dizer respeito ao emprego da cena fantasmática. Já com relação à expressão da fala hipocondríaca onde a “construção particular de um saber no corpo” (2015, p. 124) aparece em forma de clivagem, revelando que “o corpo é o Outro, portador de uma língua desconhecida” (ibid, p. 124), a psicanalista irá descrever o caso de uma moça, com suposto diagnóstico de lúpus, e que busca atendimento a partir da demanda do marido. No relato, mesmo que o caso não seja descrito como de FPS, o que fica evidente é a questão do saber: “uma inadequação na

descrição do discurso em relação ao que os afeta” (2015, p. 125), no qual o sujeito por possuir concomitantemente uma relação de devastação e de submissão ao Outro, fica aprisionado ao destino azarento da doença, o que irá aparecer, claramente, na transferência com o analista.

De acordo com a abordagem de que no FPS não haveria a presença do enquadre da fantasia fundamental ($\$ \diamond a$) e de que segundo alguns analistas franceses, o objeto *a* estaria, portanto, encarnado na lesão – não houve sua queda na medida em que o sujeito não se destacou do objeto -, que a tese de doutoramento de Joseane Garcia, defendida nesta Universidade, foi desenvolvida. A psicanalista pergunta: “Como pode o objeto *a* se materializar num objeto da realidade, um órgão?” (2013, p. 102). No decorrer da tese, a proposta da autora é a de rastrear a formalização que o objeto *a* – como falta e enquanto causa de desejo até pura consistência lógica - assume ao longo do ensino de Lacan a fim de confirmar ou refutar tais afirmações. A autora se baseia em assertivas, por exemplo, de Jean Guir, em “Fenômenos psicossomáticos e função paterna” - texto trabalhado nesta dissertação. Ele diz: “Os fenômenos psicossomáticos, como os estigmas, podem ser considerados como objetos *a* de certo modo encarnados no corpo do sujeito” (2003, p. 55) ou: “sabemos que nos fenômenos psicossomáticos, por efeito da gelificação do significante, o objeto *a* não emerge. Metaforicamente, ele reaparece então sob forma incrustada no corpo” (2003, p. 56). De acordo com o estudo, o que fica claro é que: “podemos pensar numa holofraseação sem a queda do objeto *a*, mas a partir daí considerá-lo encarnado no corpo, na lesão psicossomática, é um salto sem conseguirmos apoiá-lo na teoria lacaniana” (2013, p. 126). Assim, a pesquisadora conclui a tese no sentido de que se o objeto *a* não se produziu em queda nas formações do FPS, ele se encontraria, portanto, no furo do simbólico, já que a partir da formação do nó borromeano, imaginário e real estariam em continuidade, restando para o corpo o gozo específico.

Para dar continuidade, desdobraremos mais um pouco a citação de Lacan do Seminário, Livro 3.

Com relação à passagem: “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 o quadro material que apresenta o sujeito enquanto ser corpóreo”, podemos articulá-la com o fato do significante (NP) não ter sido drenado pelo simbólico, o que mostra na vertente do fenômeno enquanto lesão na materialidade do corpo. O NP, portanto, que não foi recalcado e, tampouco, haveria o seu retorno. Assim, alguns psicanalistas interpretam que, “Uma falha nessa função paterna institui o fenômeno psicossomático” (2003, p. 48), o que difere da forclusão traduzida por Lacan no mecanismo da psicose. Enquanto na primeira se trata da “metáfora

paterna que funciona em certos sítios do discurso e não em outros [...] Trata-se, portanto, de algo descontínuo. E esse desencadeamento abrupto pode chegar a acarretar a morte do sujeito” (Ibid, p. 48), na segunda, estamos diante da prescrição do NP em termos estruturais, não há separação entre gozo e desejo ao qual o sujeito permanece no enigma diante do real que o invade, a função do NP, que é a de fazer a substituição de um significante por outro, fica carente, inoperante. Ainda neste artigo, Jean Guir comenta que por acontecer essa falha localizada entre S_1 e S_2 é comum no tratamento com esses pacientes que a lesão venha a se comportar como um dos Nomes-do-pai, o que poderia trazer como efeito a postergação da abertura de um surto psicótico.

Neste momento, proponho fazermos uma pausa para retornar a Freud.

No “Mais além do princípio do prazer”, no final da lição IV, após permear sua escrita no sentido de que o eu e o corpo funcionariam como primeiro objeto de investimento, o que guia nosso pensamento para o entendimento da neurose de guerra e traumática, Freud sustenta uma importante articulação de modo que uma “enfermedad orgánica intercurrente”⁷⁷ (1920/2013, p. 33) poderia servir como um interruptor para o desencadeamento de uma melancolia, remetendo, então, ao que Guir trabalha sobre o FPS e o funcionamento regulador do significante NP. O que resta como questão, enfim, é a possibilidade de um FPS atuar como estabilizador de uma psicose, o que de acordo com minha experiência clínica não saberia decidir. Ora, se pensarmos que no FPS se trata de uma carência paterna localizada na holófrase – em apenas um único ponto do discurso – como poderíamos concebê-lo como estabilizador de uma psicose – que a forclusão do NP acontece em termos estruturais? Temos aqui uma questão importante, que mereceria maiores desdobramentos.

No artigo “FPS y Psicosis. Dos modos de rechazo del inconsciente”, do psicanalista Jean Robert Rabanel, o que resumiria a relação entre o fenômeno psicossomático e a psicose é o fracasso da significantização do gozo, da defesa contra o real, o que estaria de acordo com o retorno do gozo que a holófrase permite que aconteça na cadeia discursiva. Desse modo, a ação de fixação do FPS se daria na primeira marcação de S_1 . A respeito da holófrase, veremos mais detalhadamente no próximo subitem.

Continuemos.

Ainda no parágrafo do Seminário, Livro 3 que estamos tecendo os comentários finais, quanto à passagem “impressão ou inscrição direta”, remetemos ao que Lacan irá trabalhar mais adiante, na década de 70, com a noção do FPS tal qual “o hieróglifo, é egípcio ou chinês,

⁷⁷ O trecho correspondente na tradução é: enfermidade orgânica intercorrente.

dá no mesmo. Trata-se sempre de uma configuração do traço” (1975, p. 14), ou seja, o corpo se entrega a uma inscrição de sinais da ordem de figuras e símbolos ao invés de palavras, o que nos lembra a cicatriz feita com ferretes em gados de fazenda bem como a gravação em escravos da antiguidade, ambos com a finalidade de perpetuar a marca do proprietário e distingui-los do restante, o que retrata uma metáfora bem interessante para pensarmos o FPS.

Na análise final do trecho, compreendemos a passagem “se mobilizará em função de tal aniversário, por exemplo, de maneira direta, sem intermédio e sem dialética alguma”, ao que parece, como mais um reforço da ideia de que no FPS se trata de um traço que não foi subjetivado, simbolizado, fazendo presente como marca corporal, sem história.

Quanto ao significante ‘aniversário’ trazido por Lacan, recorreremos ao que o psicanalista Jean Guir desenvolve no livro ‘A psicossomática na clínica lacaniana’:

Trata-se, em primeiro lugar, de significantes relativos a datas, portanto, de números; observamos nestes sujeitos uma acentuação muito particular na cifragem dos acontecimentos de suas vidas, um ponto de fixação no real, através dos números, sobre o corpo do sujeito (1983, p. 35).

A partir desse significante especial relativo à data, que reavivo o caso de uma paciente que foi atendida em 2014, no HUPE. Mirna, 41 anos, tinha doença de Crohn e estava na quinta internação, relatava que aquela era sua primeira cirurgia e todos os episódios anteriores estavam relacionados à morte de algum irmão. Ela dizia: “Estou nisso desde os vinte anos de idade, a cada cinco anos um irmão morre, agora fiz a cirurgia para colocar a bolsinha de cocô. Estou retida aqui!”. No caso de Mirna, a cada cinco anos “misteriosamente” um irmão morria e dias depois do enterro ela era internada, o que agravava cada vez mais o quadro clínico até o ponto de a cirurgia de colostomia ser sua única alternativa. Com isso, é comum em alguns pacientes com FPS o surto periódico que “completa aniversário” ou a lesão permanente: ambas marcam a irrupção do real que acomete o sujeito.

Essas são, portanto, as principais análises acerca dos trechos referentes à psicossomática, tanto no Seminário, Livro 2 como no Seminário, Livro 3. Daremos sequência na próxima abordagem de Lacan, O Seminário, Livro 11 – “os quatro conceitos fundamentais da psicanálise”. Para tanto, torna-se fundamental a abertura de um novo subitem, afinal de contas, iremos explorar uma das principais especificidades do FPS: a holófrase.

3.2.1 Holófrase: ruído incompreensível

Partamos da estrutura morfológica do termo holófrase. *Holo*, que significa inteiro, todo, é designada como uma palavra-frase, ou seja, uma frase inteira que foi reduzida a uma palavra ou expressão sem verbos, é também chamada de palavra aglutinada, gelificada, concentrada.

Desde o primeiro Seminário, quando ainda estava às voltas com o resgate da técnica da psicanálise e preocupado em “limpar” a confusão interpretativa que pairava sobre a obra de Freud, Lacan já abordava o fenômeno linguístico da holófrase. Mesmo que, inicialmente, tenha construído seu ensino tomando o registro do imaginário como ponto de partida dos seus seminários e se detendo nas relações intersubjetivas, especulações a respeito do sujeito e da linguagem já eram exploradas. Não à toa, logo na primeira lição, ele afirma que a experiência de análise não se trata de dois corpos sem que haja a intervenção do terceiro elemento, uma tríade, portanto, fazendo menção à dimensão da palavra. É sabido, de velha data, que Lacan teve como fonte de inspiração para a construção do seu ensino noções empregadas pelo campo da linguística - ciência que tem por objeto a linguagem e seus aspectos de formação. Embora Freud não contasse com esse aparato, o mesmo já concebia o inconsciente em termos de linguagem. Como exemplo disso, desde muito cedo, ainda em “A interpretação dos sonhos” (1900), descreveu os mecanismos do deslocamento e da condensação como as leis formadoras dos sonhos, apontando que o ato de sonhar possui uma estrutura própria, o que fica claro em “A significação antitética das palavras primitivas” (1910), artigo que relaciona a vida onírica e as especificidades da língua egípcia. Deste modo, o fato de a mesma palavra constituir o paradigma e a contradição na raiz de formação etimológica permite com que Freud estabeleça uma íntima relação entre a formação onírica – onde a categoria contrária é muito particular -, o inconsciente e a arqueologia de línguas arcaicas. Lacan, por sua vez, fazendo-se valer das descobertas freudianas e de linguistas como o pós-saussuriano Jakobson, pôde dar consistência teórica para sua tese - “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” (1964/2008, p. 27), construção proferida em diversos momentos do ensino e que ratifica o trabalho já iniciado desde os primórdios da teoria psicanalítica. Em suma, a relação existente entre o estudo das línguas e as formações do inconsciente não configura uma novidade, o que faz Lacan incluir, ao lado da metáfora e da metonímia, a holófrase. Se, por um lado, a metáfora e a metonímia dizem das leis discursivas que orientam o inconsciente e permitem-nos traçar paralelos consistentes com a neurose histérica e a neurose obsessiva por terem como efeito significantes dialetizáveis, a holófrase, no que lhe diz respeito, é tomada

por Lacan como uma formação linguística pertencente a uma série muito específica: o fenômeno psicossomático, a criança débil e a psicose paranoica (1964/2008, p. 231). Para chegarmos nesta formulação do Seminário, Livro 11, iremos retroceder brevemente.

É na articulação entre o sujeito perverso e a relação intersubjetiva que Lacan abordará pela primeira vez, o tema da holófrase na lição de 9 de junho de 1954, demonstrando, com isso, que é da relação imaginária com o Outro que se trata. De início, ele aponta que o desejo na perversão só se sustenta pela via da exclusão, ou seja: o desejo do outro ou o desejo do sujeito, o que faz com que qualquer que seja a escolha tomada, o ser do sujeito fica dissolvido. Se o desejo do outro for eleito, este seria reduzido a puro instrumento de gozo, ao passo que se o sujeito perverso realizar o seu desejo, perderia o objeto pela via do desaparecimento, o que marca um abismo entre o desejo apagado e o objeto desaparecido – *aphanisis*⁷⁸, termo que é forjado por Ernest Jones. É a partir dessa relação de pura anulação que Lacan irá examinar a dialética do senhor e do escravo em Hegel como um “exemplo-limite” (1953-1954/1979, p. 254) no registro do imaginário e, conseqüentemente, para definir que a experiência analítica não se refere à experiência do todo. Ele diz ainda que o que funda a dialética hegeliana não é a simples presença do senhor e do escravo no plano do espelhamento imaginário, mas uma ação responsável por organizar e impor ao escravo uma lei de que é preciso que ele satisfaça o desejo do senhor, introduzindo-o no plano simbólico. Assim, na análise de qualquer relação intersubjetiva, Lacan vai dizer que “o essencial não é o que está ali, o que é visto. O que a estrutura, é o que não está ali” (1953-1954/1979, p. 256), marcando que, de fato, o plano da linguagem se faz presente desde muito precocemente na constituição subjetiva, motivo pelo qual diversos estudiosos da época eram atraídos pelo estudo da origem da linguagem.

Em posse do livro “A história do Novo Mundo a que se chama América”, Lacan irá comentar que o que funda a base da estrutura do pensamento humano é o fato de este poder ser isolado em detalhes, elementos combinatórios, desvios, o que marcaria o acontecimento de que “pensar é substituir os elefantes a palavra elefante, e ao sol um círculo” (ibid, p. 256). Por parte dos linguistas, residia um esforço enorme marcado por um “cretinismo” (ibid, p. 256) em afirmar que a linguagem seria um progresso do pensamento, todavia, sabemos que o valor

⁷⁸ Lacan desenvolve este termo no Seminário, Livro 6 – ‘O desejo e sua interpretação’ para dizer do desaparecimento, apagamento do sujeito enquanto sujeito dividido. Ele declara que, ao contrário do que Jones acreditava – que a *aphanisis* se tratava do temor da castração e do desaparecimento do desejo -, a *aphanisis* compreende: “uma parcial forclusão do Complexo de Castração. É na medida em que o Complexo de Castração não põe o sujeito ao abrigo desta espécie de confusão, de arrebatamento, de angústia que se manifesta o temor da *aphanisis*” (1958-1959/2002, p. 215). Mais adiante, Lacan irá relacionar a *aphanisis* como a função que está inoperante no fenômeno psicossomático.

de um significante só é auferido por outro significante, e por outro, na medida em que um significante isolado não faz série. O pensamento, portanto, não pode ser anterior à linguagem; ele é, por sinal, submetido a ela. Poderíamos dizer que o pensar acontece pela via da reminiscência. Tomando o exemplo da substituição do sol pelo círculo, Lacan irá dizer que “há um abismo” (ibid, p. 256) na medida em que “o sol enquanto é designado por um círculo não vale nada” (1953-1954/1979, p. 257), o que o faz afirmar, na sequência, que “O símbolo só vale se se organiza num mundo de símbolos” (ibid, p. 256). Melhor dizendo, o sol só é substituído/designado pelo círculo na medida em que há uma relação de outras formalizações e, como efeito disso, demais características darão contorno ao todo simbólico, como, por exemplo, o sol enquanto unidade de luz, centro do mundo e o reconhecimento pela cor amarela. Ora, se tomássemos a ideia de que o pensamento se trata de um sistema de valores, estaríamos, assim, respaldados pela teoria saussureana de que a linguagem é formada por signos linguísticos onde a ideia (significado) se fixa arbitrariamente na imagem acústica, no som-significante (CUNHA, 2008), o que seríamos obrigados a nos afastar da construção lacaniana de que o significado é volátil e o significante, o representante do lugar do Outro.

Com isso, é a partir de especulações acerca da “apreciação da situação total e a fragmentação simbólica” (1953-1954/1979, p. 257) no tocante que diz respeito à origem da linguagem, que Lacan conceitua a holófrase:

No uso de certos povos, e vocês não teriam necessidade de procurar longe para encontrar o uso comum, há frases, expressões que não são decomponíveis, e que se reportam a uma situação tomada no seu conjunto – são as holófrases. Acredita-se apreender ali um ponto de junção entre o animal que passa sem estruturar as situações, e o homem, que habita um mundo simbólico (ibid, p. 257).

Neste recorte, podemos assegurar que a holófrase está no ponto periférico entre o registro do imaginário, enquanto uma relação especular – do animal - e o registro do simbólico que é habitado pelo sujeito, tratando-se, portanto, de um ponto fronteiro no discurso, construção linguística que, segundo Lacan, deixa os estudiosos perplexos. Mais adiante, ainda movido pela leitura do livro sobre a origem da linguagem, traz um exemplo de holófrase utilizada pelos povos fidjianos: “Ma mi la pa ni pa ta pa” (ibid, p. 257). A interpretação que um etnógrafo faz é que a tal frase remete a “situação de duas pessoas, cada uma olhando a outra, esperando cada uma da outra que ela se vá oferecer a fazer alguma coisa que as duas partes desejam, mas não estão dispostas a fazer” (ibid, p. 257). Em suma, é do nível da especularidade que está em questão nessas expressões que não são decomponíveis, naquilo que está no limite do campo simbólico, o que faz Lacan propor uma aproximação

entre as construções holófrásicas e as “situações-limites” (1953-1954/1979, p. 258), como a dialética hegeliana do senhor e do escravo. É da incompreensão de um ruído que se trata.

Trouxemos, até aqui, a respeito do Seminário, Livro 1, os primeiros passos sobre a construção da holófrase e finalmente nos autorizamos a desembarcar na abordagem mais expressiva, no Seminário, Livro 11.

Antes de avançarmos na teoria da holófrase, é preciso sinalizar uma problemática surgida ao longo da construção da dissertação.

Na introdução, trouxemos como problema para a pesquisa o ponto que não era encadeado nos discursos na fala de Renato e de Jussara quando perguntados sobre o que os levava a internação. O que nos conduziu, então, para a seguinte pergunta: existe uma espécie de mutismo – debilização diante do desejo - no discurso do sujeito falante? Isto posto, utilizamos como argumento a hipótese daquilo que Lacan aponta no Seminário, Livro 11 ao falar sobre a experiência do cachorro de Pavlov e os significantes congelados. Ao longo da análise dos casos clínicos, a indagação que surgiu por parte da pesquisadora é se esse questionamento, do lado do paciente, deve existir, ou melhor, se deveria estar necessariamente encadeado na malha significativa. Se, de algum modo, silenciar-se frente ao adoecimento poderia ser tomado como uma estratégia utilizada pelo sujeito em sofrimento, o que não caracterizaria propriamente um fenômeno de holófrase. Ademais, se esse modo de funcionamento do sujeito não faz parte, até mesmo, do próprio trabalho analítico, já que estamos avisados de que em psicanálise não se trata dos temas serem previamente estabelecidos, mas sim do tratamento estar submetido à regra da associação livre. Ou até mesmo de avaliarmos do quão problemática é a apreensão de uma holófrase. A seguinte questão permanece em aberto. Continuemos.

Tomado pela esfera do simbólico e da linguagem como os responsáveis pelo engendramento do sujeito na cadeia discursiva, Lacan inicia a lição de 3 de julho de 1964 com a expressão *Vorstellungsrepräsentanz*, de Freud, o que serviu como guia para as elaborações acerca das duas operações de constituição do sujeito e que recairá sobre a psicossomática. O representante da representação, para Lacan, pode ser localizado:

Em nosso esquema dos mecanismos originais da alienação, esse *Vorstellungsrepräsentanz*, nesse primeiro acasalamento significativo que nos permite conceber que o sujeito aparece primeiro no Outro, e no que ele representa o sujeito, para um outro significativo (1964/2008, p. 213).

O que poderia ser entendido como o significante NP, ou seja, aquele que virá para substituir o DM e que se torna o ponto central da operação do recalque. A partir da introjeção

desse significante, coloca-se como questão a escolha forçada entre a vida e a morte ou entre a bolsa e a vida, momento que Lacan nomeia de *vel* da alienação. A escolha é chamada forçada, pois, independente do caminho tomado, o resultado será sempre o mesmo: perder. Entre um e outro, escolher perder a bolsa ainda resta uma fagulha, a vida, ao contrário da escolha pela bolsa que, automaticamente, perde-se tudo. Escolher a vida implica terminar “a circularidade da relação do sujeito ao Outro” (1964/2008, p. 208), o que trará como consequência a separação e a liberdade; contudo, lembremos que sem o processo de alienação, o sujeito não se constitui.

É no tocante ao processo de separação que teremos a queda do objeto *a* causa de desejo, o que possibilita destacar o sujeito barrado do objeto, o que produzirá, como efeito, na neurose, a tela da fantasia fundamental e o sujeito do desejo. Colette Soler, no artigo “O sujeito e o Outro II”, afirma que: “A separação supõe uma vontade de sair, uma vontade de saber o que se é para além daquilo que o Outro possa dizer, para além daquilo inscrito no Outro” (1997, p. 62-63). O para além daquilo que o sujeito possa saber é o seu próprio desejo e, mais ainda, que o sujeito se depare com a falta do Outro.

É a partir de uma pergunta feita por André Green que Lacan retoma o lugar do *Vorstellungsrepräsentanz*, ou o significante binário S_2 , dessa vez na transferência e na interpretação do analista, para abordar o FPS. Ele diz: “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” (1964/2008, p. 222). Depreendemos, da fala de Lacan, que o que ocorre é uma ineficácia do *vel* da alienação: o recalque, propriamente dito, não operou e, conseqüentemente, não colocou o sujeito frente a frente com sua afânise, o que impede que surja a pergunta crucial: o que sou eu no desejo do outro? Apesar do FPS não ser representado por um significante, mesmo assim, ele não assume representação para outro significante na cadeia discursiva, o que faz com que, clinicamente, escutamos verdadeiras interrupções abruptas na fala do paciente. A respeito das operações de constituição do sujeito e do FPS, Valas afirma:

Nos fenômenos psicossomáticos, a afânise do sujeito não é acionada. A alienação não se realizando, a operação separação tampouco pode efetuar. A razão é que a petrificação (gelificação ou virada em massa da cadeia significante, virada “de estalo” – esses termos são equivalentes) não deixa intervalo entre os significantes, nem entre S_1 e S_2 , como na holófrase. O Outro não é barrado (2003, p. 81).

Para o psicanalista, a afânise – o segundo movimento de alienação – é confundida com a operação de alienação de constituição do sujeito, o que soa de maneira estranha na medida

em que todo sujeito, atravessado pela linguagem, constitui-se enquanto ser alienado ao Outro. Porém, em casos de FPS, poderíamos questionar, então, uma modalidade específica de alienação em que a afânise permaneceria inoperante fazendo com que o sujeito esteja apagado em S_2 . Sobre o estudo da afânise, sugerimos maiores aprofundamentos.

É neste domínio que atingimos o âmago da questão: se o FPS trata de um acontecimento na via do simbólico, como devemos considerar as lesões no real do corpo?

À luz do que Lacan apresenta sobre a série fenômeno psicossomático, debilidade mental e psicose, a posição do sujeito enquanto fora da cena ou “débil” diante de o seu desejo aponta para o fato de o mesmo não se ocupar da indagação acerca do desejo do Outro que, aliás: “se o interrogássemos, ficaria bem embaraçado para responder” (1964/2008, p. 231). Na realidade, Lacan assinala que o sujeito fica reduzido a um “termo obscuro” (ibid, p. 231), ocupando-se, assim, de uma determinação do significante do Outro no real e que o mantém na irrupção do gozo específico [J(A)]. É a significação fálica que organiza a fala do sujeito de modo que o sentido traz de volta o sexual para a cena primitiva, seja uma cena de pouco ou de muito prazer, como podemos observar no sintoma histérico e obsessivo, respectivamente. No fenômeno psicossomático, o que observamos é que não há o jogo simbólico que faz a fala falar nos termos das formações do inconsciente e que traz como efeito uma condensação no discurso (ponto que fica organizado de maneira monolítica). No congelamento significativo da holófrase, Lacan vai dizer, portanto, que o desejo do Outro não é colocado em xeque pelo fato de o sujeito se encontrar suprimido, momento que faz comparação com a experiência do cachorro de Pavlov e que iremos tratar a seguir.

Com o propósito de evidenciar a causalidade significativa das lesões no real, ou seja, demonstrar como o significante afeta não só o simbólico como o real do corpo, que Lacan comenta a experiência sobre o reflexo condicionado do cachorro de Pavlov. Na medida em que o experimentador, Pavlov, emparelhava o som da campainha ao pedaço de carne, o animal emitia salivagem, o que o mantinha condicionado à necessidade de comer, mesmo sem a presença do alimento. A experiência provocou tamanha desordem – houve notícias da formação de uma úlcera - no animal, que fez Lacan transpor o experimento às lesões do fenômeno psicossomático. O que fica claro é que os sinais do cientista, na medida em que se trata de um cão domesticado (sensível às induções de sinais do humano), são responsáveis por lesioná-lo e o animal, que não entende o que estão lhe comandando, permanece agarrado ao desejo de seu dono.

A experiência pavloviana, como afirma Lacan, institui o que se chama de “corte do desejo” (1964/2008, p. 230), o reflexo condicionado mantém o animal no nível da

organização de uma necessidade orgânica, fato que é associado ao mesmo não produzir fala e que é comparado, por exemplo, a uma criança muda. Isto é, o que Lacan irá denominar de “efeito psicossomático” (1964/2008, p. 231), ou seja, o ser falante ou até mesmo o cachorro de Pavlov quando não colocam o desejo do Outro como enigma, ambos permanecem suscetíveis a “toda sorte de desordem, toda sorte de problema” (1964/2008, p. 231). A condição para que o desejo surja é o enigma frente ao Outro, é ele quem funda o desejo e separa S_1 e S_2 . A palavra é o que dá consistência lógica ao corpo, à carne, como aquilo que demanda uma leitura em torno do furo do sentido, contudo, para que isso aconteça, é preciso que o sujeito devolva e interogue o Outro, colocando seu desejo à prova e topando abrir mão do nível da necessidade. Aquilo que Lacan confere no Seminário, Livro XXIII – “O Sinthoma” – que é relativo ao gozo e, principalmente, ao campo da pulsão em Freud, como o “eco no corpo, dado que há um dizer” (2007/1975-1976, p. 18), desnuda o encontro do corpo com o significante, sendo esse significante enquanto elemento encadeado na cadeia discursiva e, conseqüentemente, como sintoma, não se tratando do significante indutor da lesão.

Em “Um fetiche para os ignorantes: a psicossomática”, artigo que faz parte da coletânea organizada pelo Núcleo de Investigação Hans, da Escola Letra Freudiana do Rio de Janeiro e que estuda há mais de 20 anos o FPS, Patrick Valas aplica a experiência científica de Pavlov no matema lacaniano do discurso do mestre.

Gráfico 3 - Discurso do Mestre

$$\frac{S_1}{\$} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$$

Fonte: Lacan, 1969-1970/1992, p. 12

Gráfico 4 - Fórmula adaptada

(S₁), barulho da corneta **(S₂), secreção, fruição**

----- **→** -----

(\\$), Pavlov **(a), lesão**

Fonte: A fórmula adaptada para Valas, 2004, p. 120.

A leitura que Valas faz é a seguinte:

O significante desse desejo (o som) representa-o como sujeito (Pavlov) para um outro significante (secreção gástrica, elevada à categoria de significante pelo cientista). Essa secreção gástrica deve ser entendida também como o signo da fruição (gozo) do corpo por parte do animal uma vez que seu apetite é colocado em jogo. Enfim, produz-se um resto (objeto *a*), isto é, a lesão que dá ao investigador uma satisfação suplementar (mais de gozar, porque vem confirmar o fundamento correto de sua hipótese inicial (2004, p. 119-120).

O psicanalista, por sua vez, irá afirmar que o que induz a lesão no animal não passa por uma reação à suposta ação do significante (barulho da corneta), mas, pelo fato de o animal não ser capaz de evadir-se do engodo da experiência, já que não compreende o que lhe é demandado, residindo, por fim, a lesão como objeto rebotalho do discurso. Aí está a nova conclusão lacaniana acerca da experiência:

[...] a causalidade significativa da lesão deveria ser compreendida antes em sua vertente formal (a maneira como se dirigem ao animal) do que na vertente material (a materialidade sonora do significante), o que torna evidente a hiância entre a causa (o significante) e seu suposto efeito (lesão) (ibid, p. 120).

Todavia, é necessário afirmar que, nesta aplicação da experiência de Pavlov no discurso do mestre, para Valas, a lesão seria da ordem do objeto *a* no sentido de que ocupa o lugar da produção do discurso, mas não necessariamente o psicanalista considera a lesão como o próprio objeto *a* encarnado no corpo, contrapondo o ponto de vista de alguns lacanianos como vimos na tese de Joseane Garcia; inclusive, destaca-se aí, pesquisadores ilustres no estudo do FPS como Jean Guir.

Se fôssemos transpor para a experiência clínica, temos que no fenômeno psicossomático o corpo do sujeito permanece entregue ao desejo insistente do Outro. O sujeito, para se constituir, precisa que o desejo do Outro faça suas vezes, contudo, uma vez que esse desejo se apresenta de maneira fixa sem que o sujeito o confronte e faça emergir a dialética metafórica, estamos diante, portanto, de um sujeito debilitado quanto ao próprio desejo, ponto que marca a presença da holófrase e a situa fora das construções neuróticas. Enquanto o sintoma na histeria se apresenta sobre o corpo simbólico da palavra, a lesão psicossomática recai sobre o real do corpo e, conseqüentemente, permanece enraizado no imaginário, uma vez que é ele quem dá consistência ao corpo. É da ausência do falo enquanto símbolo que comporta o gozo específico da lesão, “uma vez que o mecanismo foi detonado, ele se repete em impulsos periódicos, como pulsações de gozo” (ibid, p. 120), afirma Valas.

Foi assim com Renato, que começou a ter a doença aos 41 anos de idade, mesmo que só fora internado pela primeira vez aos 72, já em estado de vida ou morte. O paciente passou 30 anos frequentando o ambulatório, ora a doença se agravava ora regredia, até que a internação aconteceu e nunca mais ele melhorou. No período de internação era possível notar uma inconstância do quadro, porém, o que ficava nítido era que a cada intervalo de aproximadamente um mês, quando o filho que morava na Austrália entrava em contato, surtos da doença evocavam uma infinitização de gozo e ele passava dias calado; chegou a entrar em coma certa vez, o que deixava a equipe a toda sorte de manipulação e aumento dos remédios,

mesmo que não pudessem compreender o que acontecia. O corpo condicionado e sem defesa comportava um gozo que não permitia sentido, como se a cada ligação do filho explodisse uma nova bomba em seu corpo.

Retomando a questão da holófrase: quando existe uma massificação do significante, o desejo do sujeito fica interrompido e o significante do desejo do Outro torna-se sombrio, não relançando o sujeito à dialética e mantendo-o suprimido naquele ponto da cadeia discursiva. A holófrase, portanto, não entra naquela formalização simbólica descrita no Seminário, Livro 1, permanece como um signo na cadeia, fixo e, por definição, a partir do desejo do Outro não metaforizado, ocorre a incidência da produção de uma lesão corporal. Na “Conferência em Genebra sobre o sintoma”, Lacan irá descrever o signo como “imediatamente captado como intencional” (1975, p. 13), o que difere do significante, que é “percebido sem dificuldade como o significante” (ibid, p. 13). Sem pretensões de ilustrar um acontecimento holofráscico que, por sinal, é de difícil apreensão clínica, lançamos como hipótese, no caso de Jussara, a expressão “É isso” que representava uma natureza de irreducibilidade da fala. Ela era utilizada repetidas vezes e permanecia sem qualquer encadeamento, era abafada e produtora de um silêncio cortante e intencional.

É o efeito psicossomático que é produzido a partir da ausência de intervalo entre S_1 e S_2 , a soldagem significativa, que faz Lacan criar a série particular do FPS, criança débil e psicose, ainda que, em cada caso, o sujeito ocupe lugares distintos. Apesar das três posições subjetivas tratarem da ausência de associações, o que mantém o sujeito preso ao discurso do Outro, Maria Anita Carneiro Ribeiro e Elisabeth da Rocha Miranda, no artigo já referenciado no capítulo anterior, “A falha *epistemo-somática*: o fenômeno psicossomático e a debilidade mental”, apontam que na debilidade o que aparece é uma “fusão de corpos” (2015, p. 112), já no fenômeno psicossomático:

O sujeito não quer saber do que se passa em seu corpo, não endereça uma questão em relação a isso, podendo-se defender a hipótese de que aí a holófrase do par significante produz o Um congelado fora da cadeia significativa do sujeito e, portanto, fora do sintoma, termos em que o Um holofraseado designa o fenômeno como marca no real do corpo e puro gozo do Outro, ao qual o sujeito se submete sem questionamentos (2015, p. 112).

Depreendemos, com isso, que no FPS o gozo do Outro é responsável por invadir e marcar o real do corpo no imaginário não elegendo apenas um órgão - não há o limite dado pelo significante fálico da castração – o que não é sem efeitos no simbólico, na fala do sujeito, como podemos observar na clínica.

Já no caso da psicose, Lacan irá dizer que, com a cadeia primitiva massificada, o que reina é o fenômeno de (*Unglauben*), é a descrença em relação à lei, o efeito aparece no formato da certeza psicótica e da crença paranoica, é a fixação que o paranoico está submetido ao DM. Mesmo que haja pontos comuns quanto à holófrase, na paranoia esta se dá pela não operação do significante NP, o que implica a determinação de uma estrutura clínica. Já na debilidade, o sujeito fica submetido ao lugar de objeto *a* na fantasia materna, “a mãe a reduz a não ser mais que o suporte de seu desejo” (1964/2008, p. 231), o que pode vir a encobrir uma estrutura de neurose pela dimensão psicótica que o sujeito pode assumir.

O que parece, portanto, é que as posições subjetivas descritas por Lacan estão submetidas a um fenômeno linguístico que tem, confessadamente, repercussões tanto no nível do imaginário quanto do real. Alguns psicanalistas, utilizando-se do argumento, acreditam que uma das saídas para o FPS seja apostar na abertura da holófrase, como uma tentativa de simbolização e entrada no discurso. A leitura que Marie Odile Wartel faz no artigo “Holófrase y fenomeno psicossomático” é a partir do caso de uma jovem de vinte anos com psoríase: trata-se da histerização do fenômeno a partir de uma decomposição da linguagem. Segundo a autora, após a abertura de uma holófrase, há um gozo fálico que é próprio do significante, o que faz com que nem tudo esteja perdido. Outros analistas estudiosos no assunto acreditam que uma intervenção interpretativa dessa magnitude, da ordem da leitura, pode ser desastrosa, já que de acordo com as indicações de Lacan, a lesão é *pas-à-lire*, indecifrável.

Valas (2004) acredita que o ensino de Lacan nos convida a tratar o FPS de uma maneira bem distinta. Segundo o psicanalista, “Tudo indica que a lesão pode ser subjetivada no curso de um tratamento que não deve seguir outras modalidades além das impostas pelas regras freudianas” (p. 123), todavia, essa subjetivação do FPS deve ser entendida de formato distinto de racionalizações aleatórias ou até mesmo de interpretações selvagens. Ele cita alguns exemplos de tirar o fôlego que, pela homofonia na língua francesa, demonstram que jogos de palavras desse caráter nada têm a ver com a interpretação lacaniana:

- Um terapeuta interpretando seu paciente a propósito de sua hepatite (não nos é dito de que tipo é) diz que ele tem dor no fígado [*foie*] porque ele perdeu a fé [*foi*].
- um outro, a respeito de uma criança de origem antilhana com dificuldades de aprendizagem na leitura e manchas de vitiligo, diz: “ela não lê [*lit pas*] porque empalidece [*pâlit*]” (ibid, p. 123).

A respeito dessas conduções, ele acrescenta: “Corre-se o risco de tornar impossível o empreendimento de uma análise. Essa atitude pode inclusive conduzir ao desfecho mortal de um mal do qual não se soube avaliar a gravidade” (2004, p. 124).

A pesquisadora no assunto, Joseane Garcia, em “A estrutura topológica do objeto a e o fenômeno psicossomático”, no livro organizado pelo Programa de Psicanálise da UERJ – “Estrutura e Psicanálise”, aborda a ideia da leitura da holófrase da seguinte forma:

O que se observa é que o FPS pode ser induzido por um significante: uma palavra pode fazê-lo desaparecer, ou pode agravá-lo, o que leva a crer que as lesões sejam sensíveis à linguagem, por isso permeáveis à psicanálise [...] Uma escrita ilegível exigiria, então, do analista, um desejo, um empenho em tornar decifrável esta escritura. Ler aqui equivaleria a encontrar o sentido que descongelaria o Um da holófrase. O problema seria saber quais são os significantes que não representam o sujeito para outros significantes! (2012, p. 273).

Portanto, é como fruto da ausência de intervalo significativo, na holófrase, que estamos diante de um S_1 não encadeado, ele é integral, não houve a perda de gozo que o fizesse articular ao S_2 na cadeia discursiva, o que exige do analista maior prudência diante do fenômeno.

Tal como podemos observar, o sujeito constitui-se enquanto corpo significativo a partir do desejo do Outro, como Lacan já nos alertou no Seminário, Livro 3, “o sujeito só é sujeito por seu assujeitamento ao campo do Outro” (1955-56/2002, p. 258), o que o faz corpo-linguagem na medida em que a fala é encadeada tomando as leis do inconsciente como premissa. No entanto, na construção da holófrase, o encontro com o desejo do Outro passa a ser de outra ordem, é da ausência do segundo termo pela tomada em massa dos significantes que se trata e que mantém o sujeito-marionete à mercê, ausentando-o do lançamento da separação, o que nos faz afirmar que: na localidade da holófrase, o sujeito do desejo fica desvanecido pelo gozo, a consequência disso é o fato das escolhas de ordem inconsciente permanecerem obliteradas. Por isso, falar em escolha do sujeito do inconsciente no fenômeno psicossomático não faz sentido, apontando que lá onde se escuta, por exemplo, “fulano fez um câncer”, paira uma enorme contradição.

Extraímos, como resultado, o fato da presença da lesão no corpo não vir mais a ser determinante para o diagnóstico de FPS; a importância, portanto, dá-se na medida em que, clinicamente, o analista deve levar em consideração a posição subjetiva ocupada pelo sujeito.

Passemos, agora, para a última abordagem de Lacan na “Conferência em Genebra sobre o sintoma”, em 1975.

3.2.2 Trata-se sempre de uma configuração do traço

É no debate que segue a “Conferência de Genebra sobre o sintoma”, em 1975, que os desdobramentos acerca dos pacientes psicossomáticos são aludidos, situação semelhante

àquela da lição de 3 de julho de 1964, no Seminário, Livro 11, em que foi a partir da indagação de André Green que o tema foi conduzido. Assim, segue como uma realidade: o sujeito acometido pelo FPS, para Lacan, não diferente do que fora para Freud, trata-se de “Um doente [psicossomático é] muito complicado” (1975/1998, p. 14) e, talvez, abordá-lo teórica e clinicamente seja uma árdua tarefa restando, portanto, as beiradas de outros temas. Por exemplo, neste texto, Lacan traz reflexões interessantíssimas sobre a questão do sintoma – *Der Sinn*, o sentido dos sintomas e, referente à parte real, *Bedeutung*, quase não faz articulação teórica. No final do ensino, Lacan elabora o sintoma para além de uma mensagem, ele também é pensado enquanto letra que fixa o gozo -, o lugar do psicanalista, a criança não desejada pelos pais, a marca de *alíngua* enquanto traço e, ainda, a posição do homem frente À mulher que não existe e o gozo específico; coube ao FPS alguns comentários finais e é nisso que iremos nos deter.

Abro um breve parêntese antes de prosseguir: nesta conferência, Lacan aproxima o autista do esquizofrênico e aponta para um estado limite da linguagem, onde algo se congela, o que implicaria, de nossa parte, uma possível inclusão na série fenômeno psicossomático, debilidade mental e psicose que depuramos no item anterior. Deste modo, o ponto congelado poderia ser compreendido como uma forma de fixação de gozo presente no autista, “os autistas escutam a si mesmos” (1975/1998, p. 12) e que o coloca numa posição subjetiva radical frente ao Outro. Aquilo que “se fixa” em determinada posição designa, portanto, a contabilidade de gozo em um, um, um... Fecho parêntese.

A importância do artigo para o estudo do FPS recai sobre o fato de que, embora Lacan tenha privilegiado a palavra, o significante, naquilo que toca o escrito e abre passagem para a interpretação do sentido do sintoma ao longo das décadas de 50, 60, até o início de 70 de o seu ensino, neste momento, ao responder uma indagação da plateia acerca do paciente psicossomático, são os números que aparecem como enigma, ou seja, “Tudo se passa como se algo estivesse escrito no corpo [...] é porque o corpo se deixa levar para escrever algo da ordem do número” (1975/1998, p. 13-14). É interessante sobressaltar que o significante se conjuga ao gozo do corpo “nesse *motérialisme*⁷⁹ que reside a tomada do inconsciente” (1975/1998, p. 10), é no encontro das palavras com o corpo que alguma coisa acontece, aí reside o sintoma. O que Lacan vai chamar atenção é que no FPS trata-se de uma outra relação do significante com o corpo, não aquela associada ao inconsciente e à “invenção no sentido de que é uma descoberta associada ao encontro” (1975/1998, p. 10), mas, algo, diante da qual,

⁷⁹ Lacan faz um neologismo com as palavras na língua francesa *mot* (palavra) e *matérialisme* (materialismo).

“boiamos” (1975/1998, p. 14). Nisso que boiamos, que se parece com um enigma, se dará a aproximação do FPS à assinatura utilizada pelos místicos, (*signatura rerum*) e, ainda, a um hieróglifo⁸⁰.

Diante do entendimento do corpo se deixar escrever algo da ordem do número, é no desenrolar da resposta de Lacan a Sra. Y que o gozo específico do FPS será evocado, precisamente na fenda entre a palavra escrita e a palavra falada. Deste modo, é esse deixar-se escrever na vertente do número que Lacan se utiliza para retomar a (*fixierung*), de Freud, ou seja, a fixação da libido diante de uma imobilidade que é própria a ela. Ainda neste trilho, podemos retroceder para aquilo que fora trabalhado anteriormente no Seminário, Livro 3 acerca da data de aniversário e o efeito psicossomático, no qual, devido ao congelamento da holófrase nos pares primitivos de significantes, o corpo do sujeito se deixa escrever na forma de erupções na face, como uma espécie de sulcos, o que não configura, portanto, uma novidade no ensino de Lacan, mesmo que, neste momento, traga o enigma dos místicos como comparação metafórica. Entende-se os sulcos como uma espécie de resultado deixado no solo a partir da intervenção de uma enxada.

Como vimos no caso de Jussara, a paciente que fora internada pela segunda vez com o mesmo intervalo de uma semana da primeira internação, a vertente do número parece reatualizar aquilo que diz respeito ao acontecimento traumático e o aparecimento/surto da doença, ou, como Valas descreve: “os impulsos periódicos em pulsações de gozo”. E, até mesmo, o breve relato do caso de Mirna, a paciente com doença de Crohn que a cada cinco anos um irmão morria e, na sequência, coincidentemente, sobrevinha uma internação com o agravamento da lesão do órgão.

Em outro questionamento procedente da plateia, dessa vez, da Sra. Rossier, a partir da homofonia das palavras “gritos” (*des cris*) e “escrito” (*d’écrit*), no momento em que o Sr. Flournoy evocava os psicossomáticos, houve a tentativa em assemelhar o traço escrito no psicossomático com gritos, o que foi rechaçado por Lacan, onde preferiria a metáfora do hieróglifo. Jacques-Alain Miller, no texto “Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático”, ratifica a fala de Lacan e aponta que o grito se associaria a um tipo de pedido de socorro endereçado ao Outro e que, no psicossomático, o que acontece é da ordem do cartucho impresso, sem leitura, sem apelo (2003, p. 91), o que nos faz notar o interesse de Lacan em conduzir cada vez mais sua fala no direcionamento do número. Assim, Miller vai

⁸⁰A respeito do hieróglifo, sabemos que se trata de um sistema de escrita utilizado pelos povos antigos que consistia em inscrições feitas em túmulos e templos e que são de difícil leitura, contudo, apenas sacerdotes dos altos cargos conseguiam decifrar essa escrita enigmática. Como exemplo de hieróglifo, cito o texto do Egito Antigo ‘A pedra da roseta’, exemplo de escritura sagrada da antiguidade.

dizer que no momento que Lacan afirma que o FPS é da ordem do número – talvez da letra? -, isto é, do real, poderíamos dizer, efetivamente, que a questão espinhosa da consistência do FPS se dá em “situar o que vai do imaginário ao real” (2003, p. 96). Se nos reportarmos ao Seminário, Livro 19 “... ou pior”, veremos que, desde então, a questão do número e do Há-um são os responsáveis pelo momento de virada no ensino, alterando o enfoque dado do simbólico para a dimensão do real na medida em que há uma lacuna entre fala e escrita. A dimensão do Um é o que traz em seu fundamento a pura diferença (1 e 0) e que, como sabemos, permite Lacan avançar no escopo do gozo feminino, que sempre comporta uma incompletude, um fora de sentido, um indizível, um gozo que não computado resta e transborda e que servirá para pensarmos o gozo do FPS.

A despeito das proximidades trazidas por Lacan na Conferência, podemos extrair alguns apontamentos: o fato do FPS estar relacionado a uma assinatura da escrita sagrada que, tal qual um enigma, não sabemos ler, aponta para nossa interpretação de que desfazer uma holófrase, como alguns analistas apostam, isto é, incluí-la forçadamente na cadeia anunciando interpretações selvagens, talvez não seja o melhor caminho para o tratamento. Já o hieróglifo como um tipo de escrito que se designa em forma de números, sinais e “trata-se sempre de uma configuração do traço” (1975/1998, p. 14), introduz a ideia de que é em torno do (*einzigster Zug*), de Freud, que gravita toda a problemática, seja em sinais de cifras ou em números, “é manifestamente mediante o escrito que a palavra cava sua passagem” (ibid, p. 14). Assim, é a escrita em torno do vazio que provoca a enxurrada de gozo que confere ao corpo uma dimensão recortada, é através da marca primordial, do traço unário enquanto as primeiras marcas mnêmicas que se inscrevem no inconsciente, especificamente chamada por Lacan de *alíngua*, que os significantes irão se enlaçar, colar no corpo, experimentando, singularmente, a modalidade que cada sujeito goza. O inconsciente é da ordem do saber que é furado e é por isso que S_1 e S_2 se separam. A partir dessas construções teóricas, coloca-se como questão: se é ao redor do traço unário como marca primordial do sujeito que se trata, o que o gozo específico do FPS diz da relação do sujeito com sua *alíngua*? Aprofundar neste ponto exigiria que extrapolássemos os limites da dissertação, nossa sugestão é de que haja o maior aprofundamento teórico em outro momento.

Desse modo, a ideia da fixação (*Fixierung*) da qual Lacan recorre a Freud para tratar a metáfora – que de metáfora não tem coisa alguma - do congelamento do psicossomático, é o que servirá para nos guiar na abordagem do dispositivo clínico: pela revelação do gozo específico. Se, “o psicossomático é algo que, de todo modo, no seu fundamento, está profundamente arraigado no imaginário” (ibid, p. 14), nota-se, portanto, uma aderência, uma

fixação de gozo no registro do imaginário e, se o corpo se deixa escrever algo da ordem do número, é porque não se inscreve na série de uma cadeia significante, o que o mantém fora do simbólico. O número em formato de condensação de gozo é o que faz o FPS se fixar enquanto traço no real do corpo.

Bem, o que fica para nós é que a tamanha pulverização de termos que estão por aproximação - hieróglifo, traço, marca, assinatura – do FPS apontam, comprovadamente, que o terreno ainda carece de maiores explorações. A partir da colocação do Sr. Vauthier, “Quando se tem a impressão de que a palavra gozo toma um sentido com um psicossomático, ele não é mais psicossomático” (ibid, p. 14), que, inclusive, Lacan concorda inteiramente, que um lembrete muito importante nos é deixado:

Totalmente de acordo. É por esse viés, 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 (ibid, p. 14).

Dessa forma, é pela via da revelação do gozo específico que o analista deve guiar uma análise, contudo, Lacan não nos descreve como e tampouco se esse direcionamento é eficaz no desaparecimento das lesões. Doris Rinaldi, Rosane Freitas Nicolau e Cláudia Escórcio Gurgel do Amaral Pitanga, em “Do fenômeno psicossomático ao sintoma: a aderência do sujeito ao diagnóstico médico e o trabalho analítico”, afirmam que plainar a condução analítica a partir da revelação do gozo específico deve produzir como efeito “um distanciamento entre o traço e a inscrição corporal, através do trabalho com o inconsciente” (2013, p. 103). Esse indicativo dado pelas pesquisadoras é de suma importância na medida em que ratifica o que Lacan havia dito sobre a invenção do inconsciente, porém ainda mantém o enigma da condução, o que nos lança para novas perguntas. Qual o estatuto da interpretação que nós analistas estaríamos lidando nesses casos se, como sabemos, a ação do significante no corpo se deu de outra forma?

Portanto, encontramos nesta passagem duas indicações clínicas: é pela via da revelação do gozo específico que devemos abordar o psicossomático e, ainda, que o inconsciente, isto é, a psicanálise, serve-nos de sustentação na medida em que o FPS é sensível a ele.

Esses são, em suma, os vestígios mais explícitos que Lacan nos deixa a respeito do FPS. Para dar continuidade, partindo da última indicação deixada na Conferência de Genebra acerca da revelação do gozo presente no FPS, que direcionaremos nosso escrito para a melhor compreensão de suas dimensões.

3.3 Fenômeno psicossomático: acontecimento do gozo do Outro

Que o significante afeta o corpo, isso já é sabido por todos que se propõem à leitura de Lacan. Tal fato acontece mesmo antes de o bebê vir ao mundo, é na falação daquele que cuida que muitas vezes conseguimos examinar e depurar as implicações. Entretanto, conforme observamos no item anterior, a sensibilidade do corpo em relação ao significante pode acontecer de mais de uma maneira, sendo da ordem do encontro significante-corpo – como aparece no relato do sintoma - ou ainda da ordem do traço que marca.

Se com Freud aprendemos que o princípio do prazer é o responsável por organizar e manter o corpo numa esperada inércia, é o mais além que instituiria um ponto final no puro prazer, quer dizer: a inauguração da dimensão da dor e a prevalência da pulsão de morte apontam para uma repetição sem fim, o que configura o automatismo. Freud chamava de satisfação inconsciente aquilo que estaria ligado ao ganho primário do sintoma, sendo que, na realidade, nem tudo que é tido como satisfação no inconsciente será interpretado dessa maneira na consciência. E vice e versa. Aí reside a questão. Há uma espécie de tensão, de perturbação, entre o que é prazer e o que vem a ser desprazer, dor e ausência de dor, satisfação e insatisfação, no aparelho psíquico. Sempre sobrar um resíduo nessa operação, seja de um lado ou de outro. Com o propósito de suspender os polos de contradição e se utilizando da teoria das pulsões de Freud, que Lacan formulou o conceito feminino *La jouissance*.

Em meio a heterogeneidade que *La jouissance* assume ao longo do ensino, não é nosso objetivo, neste momento, nos aprofundarmos em cada uma das abordagens, o que não nos ausenta da responsabilidade de ao menos contextualizar o conceito. O conceito de gozo representa um dos principais orientadores da práxis lacaniana; ele é tomado como índice do real na clínica e se configura como o testemunho de que ali onde se goza, reside o inominável, o traumático. A visada do item compreende o entendimento do gozo particular do FPS e será nele que iremos nos concentrar.

Ainda na década de 60, no Seminário, Livro 7 – “A ética da psicanálise” -, a dimensão linguística do ensino de Lacan passava por novos desdobramentos naquilo que residia a formulação acerca do objeto *a* – mesmo que só conceituado anos depois, no Seminário, Livro 10 – “a angústia” -, o conceito de *das Ding* recuperado da obra de Freud – que compreende um dos avatares do objeto *a* - e as questões ligadas à ética da psicanálise – a ética do desejo. Isso não será sem efeitos para o conceito de gozo que, por ora, foi abordado como aquilo que não dialetiza diante do desejo, dizendo do encaixe nunca perfeito entre desejo e demanda. É a

partir desses avanços que se dará uma nova função: o gozo como objeto *a* mais-de-gozar. A partir desse acréscimo, Lacan irá repensá-lo, tomando como fundamento a teoria dos discursos - da histórica, do mestre, do universitário e do psicanalista. Assim, a tentativa de “sistematizar” a produção de gozo nos mostra que cada discurso irá restituí-lo de uma forma específica no laço social, o que é verificado na leitura do Seminário, Livro 17 – “O avesso da psicanálise”.

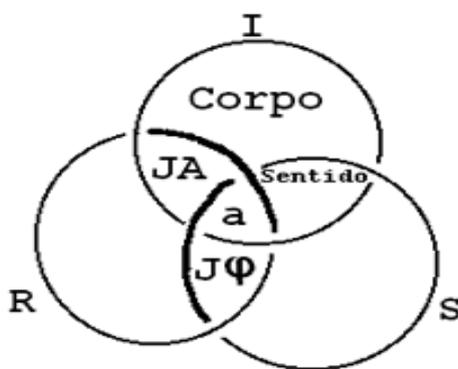
É, então, ao longo do Seminário, Livro 20 – “mais, ainda” – que será possível prosseguir na teoria do gozo e que, em especial, converge com o nosso propósito de estudo. Em posse da enigmática frase “não existe relação sexual” (1971-1972/2012, p. 12) proferida nas primeiras páginas do Seminário, Livro 19 – “ou pior...” – e que dará sustentação para as elaborações topológicas daquele ano e nos subsequentes, Lacan inicia as construções teóricas que estão relacionadas à não complementariedade dos corpos, isto é, dos gozos. A fim de extrair até as últimas consequências sua tese concernente à sexualidade feminina que residirá, portanto, a compreensão do gozo do corpo do Outro como aquilo que escapa à referência fálica e situa do lado não-todo das fórmulas quânticas da sexuação. Com isso, o gozo que até então possuía como vertente o falo como referente, assume novas compreensões. “Um gozo para além do falo...” (LACAN, 1972-1973/2008, p. 80). O corpo apreendido pelo significante e transformado em “deserto de gozo” não é mais regulado pelo falo: ele é, também, sem regulação. O que era gozo, então, é elevado à categoria de gozos, no plural. As três modalidades, a partir de agora, são as seguintes: gozo do Outro, fálico e do sentido. A forma do gozo suplementar não ficará restrito ao feminino, ele também será examinado por Lacan na experiência mística de Santa Tereza D’Avila e que nós iremos, por aproximação, pensar o FPS e, ainda, alguns pesquisadores incluem as toxicomanias a partir das indicações deixadas no texto “O lugar da psicanálise na medicina”, de 1966. Assim, o que não foi simbolizado, não foi freado pela barreira fálica, será manifestado no real do corpo e nos serve como auxílio para pensar a designação da clínica que deu título ao terceiro capítulo: a clínica do des(limite).

As variações de gozo, citadas acima, são pensadas por Lacan a partir da articulação dos registros – imaginário, simbólico e real – no nó borromeano. É no VII Congresso da Escola Freudiana de Paris, realizado em Roma, no ano de 1974, que podemos conferir o enodamento proposto entre os registros e as respectivas sobreposições. Essa exposição que ficou conhecida como “A terceira” é responsável por clarear para o leitor de que modo se dá a ação dos gozos nos três registros e, ainda, o fato de que o nó borromeano é constituído pelo enlace dos elos, de modo que é um terceiro o responsável pelo encadeamento que os mantém numa amarração específica. Observa-se, ainda, uma complementariedade dos registros. Na

interseção, o objeto *a* enquanto mais de gozar é aquele que está localizado no ponto central. A ideia de Lacan é que todos os modos de gozo e os relativos registros digam respeito ao ser de gozo do sujeito, ou seja, existe um sentido partilhado entre eles e caso um desses elos se desfaça, o efeito é verificável nos outros elos e, conseqüentemente, no próprio sujeito. Por exemplo, no caso da psicose, em que um dos elos é desatado pelo intermédio do surto, o sujeito psicótico torna-se desamparado no mundo dos significantes.

Segue a gráfico 5:

Gráfico 5 - Nó borromeano



Fonte: Lacan, 1974, p. 14

De acordo com a leitura da figura e com o que articulamos no capítulo anterior, o corpo é o que está compreendido no registro do imaginário, isto é, aquele que opera dando consistência ao nó. O simbólico se trata da tentativa de enquadre da fantasia fundamental pela via do bordejamento do real, sendo que a angústia ex-siste, pois, ela não é sem objeto. Já a dimensão do real refere-se ao que não é encadeado no discurso e é impossível de dizer, contudo, inscreve-se incansavelmente.

Na leitura, temos o gozo fálico ($J\phi$) entre o real e o simbólico, ou seja, “define o que qualifiquei há pouco como sendo seu caráter fora-do-corpo” (ibid, p. 14). Desta maneira, o gozo fálico sexual ou o gozo do sintoma neurótico trata do efeito da castração do significante NP e que traz como marca o sujeito do desejo. Ele é conectado ao sintoma e o efeito disso é o que verificamos na clínica quando o sujeito engata no processo de análise pela via da associação livre. Assim, o que sabemos com Freud é que o sintoma neurótico é sensível à associação livre, o que em miúdos, para Lacan, seria o gozo fálico pelo gozo do sentido, da fala. O que fica claro é que, definitivamente, o FPS não faz sua aparição pela via do sexual que é, inclusive, fora do corpo. Lacan nos diz:

O sintoma é irrupção dessa anomalia em que consiste o gozo fálico, na medida em que aí se mostra, se desabrocha essa falta fundamental que qualifico de não relação

sexual [...] É aqui no simbólico, o simbólico, na medida em que é *lalíngua* que o suporta, que o saber inscrito d'*lalíngua*, que constitui propriamente falando o inconsciente, se elabora (1974, p. 15).

O que podemos notar no gozo fálico é que a operação da castração é a responsável por efetuar um corte afiado entre corpo e gozo, isto é, um esvaziamento de gozo que restará de modo restrito em partes do corpo, buracos do corpo ou zonas erógenas nas palavras de Freud. O sujeito dividido pelo significante é um resto de gozo.

Entre os registros do imaginário e do simbólico compreendemos o gozo do sentido (J-sentido) que diz respeito à falação de uma análise, é a busca de sentido que muitas vezes é proliferada com demasia em interpretações miraculosas de análises conduzidas por psicanalistas do ego. É a busca do sentido último.

Entre imaginário e real localiza-se o gozo do Outro J(A) que faz a incidência primeira no corpo, encontra uma brecha naquilo que o simbólico não conseguiu recobrir todo o corpo da linguagem. A respeito desse gozo, Elisabeth da Rocha Miranda, no livro “Desarrazoadas: devastação e êxtase”, de 2017, que figura como o resultado da sua tese de doutorado, observa que, na clínica do feminino, esse gozo é experimentado por aqueles que se encontram do lado não-todo das fórmulas quânticas da sexuação, diz respeito ao sujeito que em análise “nada sabe e sobre o qual nada diz” (2017, p. 153). A autora, a partir de uma obra primorosa que é ilustrada pela clínica e com os mais variados casos da literatura, alerta-nos para o fato daqueles que buscam análise sem propriamente saber o porquê nem o que acontece em seus corpos que, desarrazoados e desmedidos, desvelam o indizível que é este gozo, por estar fora do simbólico. É neste ponto que, por proximidade, referenciamo-nos ao FPS. Se nos reportarmos ao fenômeno da holófrase, notamos que, por estar compreendido de uma outra maneira na cadeia discursiva, ele é responsável por produzir efeitos no real do corpo se comportando como S_1 absoluto, como vimos na experiência de Pavlov e nos atendimentos de Renato e Jussara, cujos sujeitos nada diziam sobre a lesão. A clínica do FPS mostra o terror da prisão que este gozo é capaz de fixar o sujeito no corpo que sofre.

Assim, o que Lacan nos mostra no texto “A Terceira” (1974) é que o gozo fálico, a saber, o gozo do sintoma, está fora-do-corpo, mas dentro da linguagem; e o gozo do Outro é aquele que está compreendido no corpo, porém, fora da linguagem, do simbólico. Com isso, por vezes, o sujeito portador de FPS, assolado por esse gozo sem limite, tem dificuldades em associar livremente, o que leva muitas vezes a emperrar a transferência, como víamos no caso de Renato que, por muitas vezes, permanecia mudo e desarticulado.

Na sequência, Lacan afirma: “Esse gozo do Outro, todos sabem a que ponto é impossível” (1974, p. 15). O que parece é que o gozo do Outro é impossível não apenas por estar fora da regulação do sistema de linguagem mas, também, por fazer referência ao Um que é absoluto, Um que é designado pela morte: “Se há algo que faz o um é mesmo assim o sentido do elemento, o sentido do que tem a ver com a morte” (ibid, p. 15). Aqui, o gozo passa do imaginário para o real sem qualquer dificuldade, sem encontrar rupturas, não é mais resto de gozo no corpo como vimos no gozo fálico do sintoma, é o gozo todo, maciço e por isso ele é impossível. É disso que o inconsciente nada pode falar.

Na clínica, vimos esse gozo que acomete diretamente o corpo como uma moção de pura destruição, no nível do real, assim como Elisabeth da Rocha Miranda descreve o gozo nas mulheres. Carneiro Ribeiro (2004) vai afirmar, a partir do caso de uma jovem com síndrome de Crohn, que o sujeito com FPS acredita que “É um Outro maligno que habita seu corpo” (p. 55) do qual não possui controle algum sobre ele. O sujeito não interpreta o fenômeno psicossomático como se fosse dele. É do outro.

Ainda sobre o fato do FPS não ser uma construção da ordem do sintoma e deste fazer parte do gozo do Outro, o que difere do fálico, Colette Soler, no artigo “Retorno sobre la cuestion del sintoma y el FPS”, reaviva a discussão e afirma:

Del mismo modo que el sintoma fija el goce fálico en una letra que ex-siste al inconsciente, nosotros podemos suponer que ele FPS fija com um trazo (pero, ¿tomado de donde?) el goce del Otro, el goce otro que fálico y que constituye el cuerpo Otro⁸¹ (1994, p. 56-57).

Soler faz vários questionamentos no decorrer do artigo, deixando clara a complexidade do tema e a relação entre os gozos. Segundo a psicanalista, o FPS e o sintoma têm em comum a referência ao escrito, todavia, o que irá distinguir um do outro é a forma de leitura. A escritura do sintoma pela via da repetição significativa é sensível à interpretação do analista; a do FPS, não, está no nível da contagem. No gozo particular que implica o FPS, o Outro é aquele que goza do corpo do sujeito, insistentemente.

Mais adiante, ao apostar numa condução clínica de tratamento que diga de uma passagem dos gozos, ela continua: “Del mismo modo que intentamos tratar el goce letrificado del síntoma por medio del inconsciente, se puede esperar hacer virar al sentido este goce del Otro”⁸² (ibid, p. 57). Carneiro Ribeiro, em concordância com Soler, aposta na direção do

⁸¹ O trecho correspondente na tradução é: Do mesmo modo que o sintoma fixa o gozo fálico em uma letra que ex-siste ao inconsciente, podemos supor que o FPS fixa com um traço (mas, tomado de onde?) o gozo do Outro, o gozo que é fálico e que constitui o corpo do Outro.

⁸² O trecho correspondente na tradução é: Do mesmo modo que tentamos tratar o gozo letrificado do sintoma através do inconsciente, podemos esperar mudar o sentido do gozo do Outro.

tratamento do sujeito portador de FPS pela via de transformar o gozo específico em um gozo de sentido, porém, ambas acreditam numa passagem intermediária pelo gozo fálico. Gozo específico – Gozo fálico – Gozo do sentido. As autoras não dizem o que poderia ser observado através desse giro, porém, reside, aí, uma nova aposta clínica ainda não examinada e que mereceria o estudo mais aprofundado.

Creio, contudo, que uma análise lacaniana, ao operar sobre a estrutura e interpretar com base na transferência, e não sobre ela, pode operar um giro benéfico: fazer passar o gozo do Outro ao gozo fálico da neurose e este ao gozo do sentido da associação livre. É sem dúvida uma operação delicada e uma aposta no sujeito do inconsciente, que, pela falta, talvez consiga até mesmo metabolizar o gozo fora da significação (CARNEIRO RIBEIRO, 2004, p. 55-56).

Ainda no que diz respeito à articulação do FPS no nó borromeano e nos respectivos gozos, na tese de doutoramento de Joseane Garcia, lançando mão da teoria do francês Jean Bruni – o autor analisa a articulação e a continuidade dos nós -, a psicanalista observa que a não extração do objeto *a* no fenômeno psicossomático coloca os elos do imaginário e do real em continuidade, o que faria uma reta entre os dois registros, já que o objeto *a* não estaria fazendo a função de enlaçamento, restando para o corpo o gozo específico que o acomete. A autora sinaliza que repensar uma nova articulação dos nós pode ser uma das chaves para futuros estudos no campo de pesquisa.

O que parece diante desses avanços teóricos é que, sem dúvida, a complexa clínica do sujeito acometido pelo FPS levanta indagações que causam questionamentos acerca da condução do tratamento e, principalmente, interroga o lugar que o analista ocupa na análise. O que observamos com Lacan é que a clínica psicanalítica se dá na medida em que o sujeito é representado na fala, nos significantes, o que nos leva a ficarmos atentos para o fato de que nesses casos estamos diante de outro posicionamento subjetivo, convocando-nos, cada vez mais, ao maior aprofundamento teórico desde as primeiras recomendações freudianas e ao processo analítico daquele que almeja ser analista.

Se formos seguir os indicadores das autoras que, em princípio, são distintos daqueles de quebra de holófrase ou de interpretações espetaculosas como Valas nos mostrou com alguns exemplos clínicos, a proposta que se segue, portanto, é a de avançar no campo da economia de gozo, o que nos conduz até mesmo a repensar o estatuto de corpo, já que Lacan nos dirá, no final do seu ensino, que a única substância que a psicanálise admite é a substância de gozo (LACAN, 1972-1973/2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo se baseou na tentativa de buscarmos maiores compreensões acerca das incidências clínicas que os fenômenos psicossomáticos são capazes de causar no sujeito. Inspirados nos casos clínicos de Renato e Jussara e, principalmente, nos questionamentos suscitados por eles, nossa proposta de pesquisar o corpo e o fenômeno psicossomático na psicanálise deu sua origem, mesmo que o tema em questão já viesse sendo elaborado em momentos anteriores ao Curso de Mestrado.

Foram utilizados como referenciais teóricos a obra de Sigmund Freud e o ensino de Jacques Lacan, ainda que Michel Foucault – e alguns comentadores da área da filosofia - e outros psicanalistas lacanianos estejam incluídos e façam parte das articulações. Rastreamos na obra de Freud caminhos que o pai da psicanálise percorreu e que pudessem nos auxiliar para a elaboração do tema do FPS; em Lacan, detemo-nos nos vestígios e apontamentos, mesmo que escassos, ao longo do ensino. Quanto ao campo médico, analisamos pontualmente algumas balizas teóricas que servissem para o estudo.

O que procuramos examinar mais detalhadamente é se, nos casos apresentados, aquilo que apareceu como uma espécie de “ponto de silêncio” no discurso tanto de um quanto de outro sujeito poderia ser tomado como uma construção linguística da holófrase, o que nos levou para outros caminhos daquele esperado inicialmente. Antes de adentrar quais são esses caminhos que, ao que parece, longe de chegar a alguma conclusão definitiva, encontram-se em estágio incipiente de amadurecimento teórico, iniciaremos essas considerações pelo início.

A diferença do corpo da medicina para o corpo da psicanálise é notória. Se o corpo da medicina é aquele compreendido por células, tecidos, músculos, órgãos e por uma anatomia que corresponde aos catálogos e manuais descritivos, para a psicanálise, desde Freud e com Lacan, o corpo é aquele da pulsão, atravessado pela linguagem e pelo significante. A radicalidade entre um e outro é o que pulula no dia-a-dia da prática hospitalar, o que faz com que o analista que se propõe ao trabalho multidisciplinar esteja atento aos diversos profissionais com quem dialoga, o que contribui significativamente para sua formação em intensão e extensão.

Se fizermos um retorno a Freud, verificaremos que a pulsão é responsável por inaugurar um novo campo, dizendo do que é limítrofe entre o psíquico e o somático. Com Lacan, é o conceito forjado de gozo que assume esse lugar e recoloca os analistas no dever de assumir outro posicionamento daquele proposto pela divisão cartesiana *res pensante* e *res extensa*. Lacan nos indicou, no final do seu ensino, que a substância gozante (1972-

1973/2008) seria a responsável por participar dessa novidade, afinal, é ela quem está na encruzilhada das modalidades e paradoxos de gozo a partir do nó borromeano. Partindo da substância gozante, ou melhor, da substância que a psicanálise admite, caberia ainda mantermos o termo psicossomática ou falha epistemo-somática? Deste modo, trata-se como consequência de a pesquisa repensar o lugar ocupado e o estatuto de corpo dentro da própria psicanálise, o que figura como possibilidade para futuros estudos.

A escolha pelo hospital como campo de pesquisa diz, especificamente, sobre o que Merlet (2003) afirma: é no hospital que se encontra o sujeito acometido pelo fenômeno psicossomático. Se a chegada desse paciente ao consultório particular é restrita, como verifico na minha prática privada, foi tomando o diálogo com o campo médico que a pesquisa se tornou possível. O estabelecimento da interface e o campo de realização da pesquisa foram fundamentais em todo o processo. Acreditamos ser importante mencionar que mesmo que a dissertação faça parte de um diálogo com outro campo do saber, ainda assim, é de uma não complementaridade que se trata. Pontos trazidos na introdução, como: o desnivelamento de saberes e discursos; a doença autoimune ou reumatológica não sendo sinônimo do termo fenômeno psicossomático e o entendimento de corpo radicalmente distinto são argumentos que mantêm nossa escuta clínica analítica no nível da particularidade e são contraposições que marcam o estudo do início ao fim.

Como a clínica do FPS conta com algumas especificidades como a dificuldade do estabelecimento da transferência, já que a demanda de análise, geralmente, pela angústia não se apresenta, ou, se apresenta de alguma forma muito diferente, torna-se evidente que é de uma outra condução analítica que se trata. Observamos que tanto no caso de Renato quanto de Jussara, os atendimentos foram dificultados em momentos que faziam referência ao afetamento do corpo, isto é, uma espécie de ponto que não se encadeava no discurso, permanecia fixo, construção discursiva que era distinta de uma resistência neurótica da via sintomática. Mesmo assim, a via da transferência foi estabelecida, o que possibilitou o tratamento em ambos os casos. Por mais que os sujeitos permanecessem entregues ao gozo específico do FPS, que nem mesmo os medicamentos davam conta, a escuta clínica sustentou a fala estanque que se apresentava, me fazendo cumprir o papel de analista.

Não é uma tarefa fácil escrever sobre um território pouco explorado, como Lacan bem nos lembrou na “Conferência de Genebra sobre o sintoma”, nem mesmo por se tratar de uma clínica do limite, como salientou Carneiro Ribeiro no artigo “O traço que fere o corpo”, ainda mais quando estamos avisados de que a clínica do FPS nem sempre é acreditada pelos analistas, muito menos estamos falando de um consenso. Marca como uma dificuldade do

estudo o fato de poucas pessoas terem o interesse pelo tema, o que faz com que o pesquisador precise fazer uma verdadeira corrida atrás de grupos de estudo ou, até mesmo, de sustentar um estudo solitário.

Conforme vimos na pesquisa, o significante afeta o corpo de maneira desigual. No sintoma, eles se encontram encadeados e regidos pelas leis do inconsciente, o que possibilita leitura e jogos interpretativos. No FPS, trata-se de uma inscrição, uma mostração no corpo que, caso seja lido, efeitos devastadores podem assolar o sujeito. A clínica do des(limite) sinaliza, portanto, que o gozo que se apresenta no FPS é de ordem letal, fixa o sujeito no campo do Outro, deixando seu corpo entregue a todo tipo de azar. Nos atendimentos, verificamos que o Outro é invasor, dirige o psicossomático numa espécie de sujeito-marionete e faz dele objeto de gozo.

Foi lançado como fio condutor da pesquisa o fato de os sujeitos se silenciarem diante dos afetamentos que os devastavam na concretude corporal, o que nos levou a conjecturamos como hipótese o fenômeno linguístico da holófrase e que faz referência à debilização do sujeito diante do desejo. Com isso, chegamos ao final da dissertação sem obter uma resposta conclusiva. Afinal, o sujeito precisaria falar sobre aquilo que afeta o seu corpo? Pelo que observamos clinicamente, a depuração desse S_1 absoluto da holófrase se trata de uma apreensão difícil e perigosa por parte do analista. O questionamento lançado, assim, diz de uma importante via de exame da clínica do FPS, afinal, foi na tríade fenômeno psicossomático – criança débil – paranoia que Lacan sinalizou um importante caminho a ser seguido, o que nos conduz, atualmente, a verificarmos que não basta uma lesão em parte do corpo para que isso seja tomado como fenômeno psicossomático. Portanto, é de um posicionamento subjetivo que estamos tratando.

Ao longo da dissertação, percebemos que algumas questões sobre o FPS ainda se colocam como via de estudo, todavia, tomando o final do ensino de Lacan, percebemos que a indicação teórica na condução clínica diz respeito à economia de gozo e à revelação do gozo qualificado como específico. Para isso, Lacan acredita que a invenção do inconsciente possa servir para alguma coisa, o que faz com que alguns analistas lacanianos apostem numa passagem dos gozos, ou seja, a partir do nó borromeano poderia ser feita uma transformação de giro do gozo específico em gozo fálico do sintoma, o que distinguiria das indicações da leitura da holófrase. Esses avanços teóricos ainda necessitam de maiores pesquisas clínicas.

Outro ponto que Lacan adota e que nos afasta mais ainda da concepção da leitura da holófrase é pensar o FPS como assinatura, um cartucho que, impresso no corpo, marca que ali há um número que não se dá a ler. Essa escritura que é da ordem do número e que não é

sensível à leitura do analista diz da inauguração de um traço que marca o real do corpo e que só é possível contar enquanto cifra, dispondo-se apenas como contagem matemática. Em suma, estamos diante do ilegível, o que nos coloca na presença de uma clínica enigmática e espinhosa.

Assim, aproximar cada vez mais o estudo teórico do FPS das particularidades que faz referência ao número, a letra e ao real que marcam a superfície do corpo é uma das propostas para estudos futuros, mantendo a clínica como baluarte da pesquisa. Com relação ao estudo do estatuto do corpo como derivação da leitura lacaniana de substância gozante, salientamos que este foi um dos achados teóricos que surgiu como efeito da pesquisa e que pode contribuir para, até mesmo, recolocarmos o ponto de partida para o estudo do FPS e que aponta para um horizonte fecundo de novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S. A validação dos fenômenos da transferência no hospital. In: CARDOSO, A. R. S.; SILVEIRA, D. B. (Org.) *Que lugar? O psicanalista no hospital*. Niterói: Parthenon Centro de Arte e Cultura, p. 83-91. 2014.
- ASSOUN, P. L. *O olhar e a voz*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Ed., 1999.
- AZULAY, R. D. (1985) Psicodermatologia, Medicina Psicocutânea e Dermatologia Psicossomática. In: _____. *Dermatologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2013. p. 716-730.
- BARROS, M. *O livro das ignorâncias*. Rio de Janeiro: Alfaguara, 2016.
- BELTRÃO CASTRO, J. L. B. *A clínica psicanalítica com psicossomáticos em um centro de reabilitação*. 144f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- BIANCHI, J. B. *Fantasia e escritas no corpo*. 63f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- BOTEGA, N. J. O ensino de Psicologia Médica no Brasil: uma enquete postal. *Revista ABP-APAL*, Rio de Janeiro: v. 16(2), p. 45-51, 1994.
- CARNEIRO RIBEIRO, M. C. O fenômeno psicossomático. In: ESCOLA BRASILEIRA DE PSICANÁLISE. *A imagem rainha*. Rio de Janeiro: S. Letras, 1995, p. 273-286.
- _____. A pulsão e seus destinos. In: CARNEIRO RIBEIRO, M. C.; MOTTA, M. B. (Orgs.). *Os destinos da pulsão: sintoma e sublimação*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1997, p. 43-57.
- _____. O traço que fere o corpo. In: CARNEIRO RIBEIRO, M. C.; ALBERTI, S. (Orgs.). *Retorno do exílio – O corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004, p. 47-56.
- _____; MIRANDA, E. R. A falha *epistemo-somática*: o fenômeno psicossomático e a debilidade mental. In: CARNEIRO RIBEIRO, Maria Anita; MARTINHO, Maria Helena; BORGES, Sonia (Orgs.). *O caldeirão da feiticeira – a metapsicologia de Freud, um século depois*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2015, p. 109-120.
- CASTANET, D. O real do corpo: fenômenos psicossomáticos e sintoma – incidências clínicas. *Caderno de Stylus: Angústia e sintoma*, Rio de Janeiro: n. 6, 2003, p. 73-79.
- COSTA, A. *Corpo e escrita: relações entre memória e transmissão da experiência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

COSTA, A. Rasura e angústia: a função do velamento do corpo. In: COSTA, A.; RINALDI, D. (Org.) *A escrita como experiência de passagem*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012, p. 67-74.

_____. *Litorais da psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2015.

CUNHA, R. B. A relação significante e significado em Saussure. *ReVEL*. Edição especial, n. 2, 2008.

DUNKER, C. I. L. Corporeidade em psicanálise: corpo, carne e organismo. In: RAMIREZ, H. H.; ASSADI, T. C.; DUNKER, C. I. L (Orgs.). *A pele como litoral: Fenômeno psicossomático e psicanálise*. São Paulo: ANNABLUME, 2011, p. 87-129.

EKSTERMAN, A. Psicossomática: o diálogo entre a psicanálise e a medicina. In: MELLO FILHO, J. de.; BURD, M. (Cols). *Psicossomática hoje*. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2009, p. 93-105.

ELIA, L. F. *Corpo e sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Uapê, 1995.

_____. Psicanálise, Universidade e Sociedade Por uma psicanálise desavergonhada diante da ciência. In: SIMPÓSIO ANUAL DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UERJ, 6., 2009, Rio de Janeiro.

_____. Análise crítica das políticas públicas brasileiras de saúde mental em uma perspectiva histórica. In: AUDITÓRIO DO IMAS PHILIPPE PINEL CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DA 7ª REGIÃO, 2015, Rio de Janeiro.

FIGUEIREDO, I. *Fenômenos Psicossomáticos: o manejo da transferência*. Curitiba: Appris, 2016.

FOUCAULT, M. (1966). Les corps utopique. In: _____. *Les corps utopique, Les hétérotopies*. França: n-1, 2013, p. 7-16.

_____. (1977). *O nascimento da Clínica*. 7. ed. Rio de Janeiro: F. Universitária, 2011.

_____. (1979). O nascimento da medicina social. In: _____. *Microfísica do poder*. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003, p. 46-56.

_____. (1979). O nascimento do hospital. In: _____. *Microfísica do poder*. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003, p. 57-64.

FREUD, S. (1893[1888-93]) Algunas consideraciones com miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. In: _____. *Obras Completas*, v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

FREUD, S. (1950 [1895]) Proyecto de psicología. In: _____. *Obras completas*, v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

_____. (1893-1895) Estudios sobre la histeria. In: _____. *Obras Completas*, v. 2. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

_____. (1894) Las neuropsicosis de defensa. In: _____. *Obras Completas*, v. 3. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

_____. (1898) La sexualidad en la etiología de las neurosis. In: _____. *Obras Completas*, v. 3. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

_____. (1900-1901) La interpretación de los sueños. In: _____. *Obras Completas*, v. 5. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1905) Tres ensayos de teoría sexual. In: _____. *Obras Completas*, v. 7. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

_____. (1905) El chiste y su relación con lo inconciente. In: _____. *Obras Completas*, v. 8. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1910) La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis. In: _____. *Obras Completas*, v. 11. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1910) Sobre el sentido antitético de las palabras primitivas. In: _____. *Obras Completas*, v. 11. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1912) Sobre la dinámica de la transferencia. In: _____. *Obras Completas*, v. 12. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

_____. (1912) Contribuciones para un debate sobre el onanismo. In: _____. *Obras Completas*, v. 12. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

_____. (1914) Introducción del narcisismo. In: _____. *Obras completas*, v. 14. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

_____. (1915) Pulsiones y destinos de pulsión. In: _____. *Obras completas*, v. 14. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

_____. (1917 [1916-17]) 24° conferencia. El estado neurótico común. In: _____. *Obras completas*, v. 16. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

_____. (1917 [1916-17]) 25° conferencia. La angustia. In: _____. *Obras completas*, v. 16. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

FREUD, S. (1917 [1916]) Una dificultad del psicoanálisis. In: _____. *Obras Completas*, v. 17. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1919) Introducción a *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*. In: _____. *Obras completas*, v. 17. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1919) Pegan a un niño. In: _____. *Obras completas*, v. 17. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1919) Lo ominoso. In: _____. *Obras completas*, 2ª ed., v. 17. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1919 [1918]). ¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad? In _____. *Obras completas*, v. 17. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1919 [1918]). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica In _____. *Obras completas*, v. 17. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1920) Más allá del principio de placer. In: _____. *Obras Completas*, v. 18. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

_____. (1923 [1922]). Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y Teoría de la libido. In _____. *Obras completas*, v. 18. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

_____. (1923) El yo y el ello. In: _____. *Obras completas*, v. 19. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1924) El problema económico del masoquismo. In: _____. *Obras completas*, v. 19. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1925) Prólogo a August Aichhorn, *Verwahrloste Jugend*. In: _____. *Obras Completas*, v. 19. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1926[1925]) Inhibición, síntoma y angustia. In: _____. *Obras completas*, v. 20. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1927) El porvenir de una ilusión. In: _____. *Obras Completas*, v. 21. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1929) Carta a M. Leroy sobre un sueño de Descartes. In: _____. *Obras Completas*, v. 21. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

_____. (1930 [1929]) El malestar en la cultura. In: _____. *Obras Completas*, v. 21. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

FREUD, S. (1932) 32ª conferência. Angústia e vida pulsional. In: _____. *Obras completas*, v. 22. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

_____. (1933 [1932]) ¿Por qué la guerra? In: _____. *Obras completas*, v. 22. Buenos Aires: Amorrortu, 2013.

GORALI, V. Cartas a von Weizsäcker, SIGMUND FREUD. *Estudios de Psicossomática*. Buenos Aires: ATUEL-CAP, v. 1, 1994, p. 45-49.

GRODDECK, G. W. (1966). *Estudios psicanalíticos sobre psicossomática*. São Paulo: Perspectiva, 2011.

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

GUIR, J. Fenômenos psicossomáticos e função parterna. In: WARTEL, R. e outros (Orgs.). *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003, p. 47-56.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO. Disponível em: <http://www.hupe.uerj.br/hupe/Institucional/IN_historico.php>. Acesso em: 23 mar. 2017.

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: <<http://site.ims.uerj.br/o-instituto/>>. Acesso em: 2 abr. 2017.

LACAN, J. (1949) O estádio do espelho como formador da função do eu. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998, p. 96-103.

_____. (1953-1954) O Seminário, Livro 1: *Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1979.

_____. (1954-1955) O Seminário, Livro 2: *O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2010.

_____. (1955-1956) O Seminário, Livro 3: *As psicoses*. 2. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2002.

_____. (1955-56) De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998, p. 537-590.

_____. (1958-1959) O Seminário, Livro 6: *O desejo e sua interpretação*. Porto Alegre: Circulação interna da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2002.

_____. (1959-1960) O Seminário, Livro 7: *A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2008.

_____. (1962-1963) O Seminário, Livro 10: *A angústia*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1990.

LACAN, J. (1964). O Seminário, Livro 11: *os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2008.

_____. (1966). O lugar da psicanálise na medicina. In: *Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. São Paulo, n. 32, Eolia, p. 8-14, 2001.

_____. (1966) A ciência e a verdade. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998, p. 859-892.

_____. (1966) Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998, p. 238-324.

_____. (1966) O seminário sobre “A carta roubada”. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998, p. 13-66.

_____. (1967) Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003, p. 248-264.

_____. (1967-1968) O Seminário, Livro 15: *O ato psicanalítico*. Inédito.

_____. (1968-1969) O Seminário, Livro 16: *de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2008.

_____. (1969-1970) O Seminário, Livro 17: *O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1992.

_____. (1971-1972). O Seminário, Livro 19: *...ou pior*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2012.

_____. (1972-1973) O Seminário, Livro 20: *mais, ainda*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2008.

_____. Lituraterra. In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003, p. 15-25.

_____. (1974) A terceira. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1993, p. 1-17.

_____. (1975) Conferência de Genebra sobre o sintoma. *Opção Lacaniana. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, n. 23, p. 6-16, 1998.

_____. (1975-1976) O Seminário, Livro 23: *O sinthoma*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2007.

LINDENMEYER, C. Qual é o estatuto do corpo na psicanálise? *Revista do Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro: v. 44.2, p. 341-359, 2012.

LISPECTOR, C. (1974) *A via crucis do corpo*. Rio de Janeiro: Ed. ROCCO, 1998.

LOPES, B. L. A., PERES, R. S. M. Uma escrita ilegível... In: Escola Letra Freudiana. *O corpo do Outro e a criança*. Rio de Janeiro: Publicação da Escola Letra Freudiana, nº 33, Ano XXIII, p. 127-137, 2004.

MANIAKAS, G. F. O Isso e a determinação inconsciente das doenças orgânicas: a contribuição de Georg W. Groddeck à psicanálise. *dois pontos: Revistas dos departamentos de filosofia da Universidade Federal do Paraná e da Universidade Federal de São Carlos*, Curitiba, São Carlos, n. 3, p. 107-116, 2016.

MARCONDES, D. (1997) *Iniciação à história da filosofia – Dos Pré-Socráticos A Wittgenstein*. 16. reimpressão. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2015.

MELLO FILHO, J. de. *Concepção psicossomática: visão atual*. 11. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

MERLET, A. Todo órgão determina deveres. In: WARTEL, R. e outros. *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003, p. 17-24.

MILLER, J. A. Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático. In: WARTEL, R. e outros (Orgs.). *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003, p. 87-97.

MIRANDA, E. R. *Desarrazoadas: devastação e êxtase*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

MORAES, J. G. S. *O corpo entre o sintoma conversivo e o fenômeno psicossomático*. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

_____. *O fenômeno psicossomático e as incidências do objeto a*. 217 f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

_____. A estrutura topológica do objeto *a* e o fenômeno psicossomático. In: MANSO DE BARROS, R. M.; ELIA, L. (Orgs.). *Estrutura e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012, p. 265-274.

MUNIZ, J. R.; CHAZAN, L. F. Ensino de psicologia médica. In: MELLO FILHO, J. de; BURD, M. (Cols). *Psicossomática hoje*. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2009, p. 49-57.

PERRAULT, C. *Peau d'ane*. França: Bibliotheque de droit prive, 8º ed., 2004.

PITANGA, C. *Psicossomática e Psicanálise: por uma análise possível*. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

POEMA DESENCANTO – MANUEL BANDEIRA. Disponível em: <<http://www.casadobruzo.com.br/poesia/m/desenc.htm>>. Acesso em: 9 jul. 2017.

POLLO, V. *O medo que temos do corpo: psicanálise, arte e laço social*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2012.

PUBMED. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

QUILICI, C. S. *Antonin Artaud: Teatro e Ritual*. Universidade de Coimbra: Annablume, 2012.

QUINET, A. *Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise* 2. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2004.

QUINET, A. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. 4. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2011.

RABANEL, J. R. “Fps Y Psicosis. Dos Modos de Rechazo del Inconsciente”. *Estudios de Psicossomática*. Buenos Aires: ATUEL-CAP, v. 1, 1994, p. 151-159.

RINALDI, D.; NICOLAU, R. F.; AMARAL PITANGA, C. E. G. Do fenômeno psicossomático ao sintoma: a aderência do sujeito ao diagnóstico médico e o trabalho analítico. *Revista Ágora*: Rio de Janeiro, v. XVI, p. 95-108, 2013.

RODRIGUES, H. B. C. Michel Foucault no Brasil – esboços de história do presente. *Verve: Revista do NU-SOL – Núcleo de Sociabilidade Libertária Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais PUC-SP*, São Paulo, n. 19, p. 93-112, 2011.

SOLER, C. Retorno sobre la cuestion del sintoma y el fps. *Estudios de Psicossomática*. Buenos Aires: ATUEL-CAP, v. 2, p. 53-60, 1994.

_____. “O sujeito e o Outro II”. In: FELDSTEIN, Richard.; FINK, Bruce.; JAANUS, Maire (Org.). *Para ler o seminário 11 de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p. 62-63, 1997.

_____. *O que Lacan dizia das mulheres*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. O “corpo falante”. *Caderno de Stylus: O “corpo falante”*. Rio de Janeiro: 2010, p. 9-29.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Disponível em: <<http://reumatologia.org.br/2016/02/01/lupus-eritematoso-sistêmico-les/>>. Acesso em: 05 jul. 2017.

TEIXEIRA, M. R. *Vestígios do gozo*. Salvador: 1. ed., Ágalma: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2014.

VALAS, P. Horizontes da Psicossomática. In: WARTEL, R. e outros (Orgs.). *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003, p. 69-86.

VALAS, P. Um fetiche para os ignorantes: a psicossomática. In: Escola Letra Freudiana. *O corpo do Outro e a criança*. Rio de Janeiro: Publicação da Escola Letra Freudiana, nº 33, Ano XXIII, p. 113-126, 2004.

VENTURA, I. F. *O manejo da transferência na clínica dos fenômenos psicossomáticos: o que pode ser enodado*. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, 2011.

WARTEL, M. O. Holofrase y Fenomeno Psicossomatico. *Estudios de Psicossomática*. Buenos Aires: ATUEL-CAP, v. 2, 1994, p. 123-129.