



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

INGRID DE FIGUEIREDO VENTURA

**O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA DOS FENÔMENOS
PSICOSSOMÁTICOS: O QUE PODE SER ENODADO**

BELÉM
2011

INGRID DE FIGUEIREDO VENTURA

**O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA DOS FENÔMENOS
PSICOSSOMÁTICOS: O QUE PODE SER ENODADO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicanálise

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Roseane Freitas Nicolau

**BELÉM
2011**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Biblioteca Central / UFPA – Belém, Pará - Brasil

Ventura, Ingrid de Figueiredo

O manejo da transferência na clínica dos fenômenos psicossomáticos: que pode ser enodado/ Ingrid de Figueiredo Ventura; orientadora, Roseane Freitas Nicolau — 2011.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Belém, 2011.

1. Transferência (Psicologia). I. Título.

CDD - 22. ed. 154.24

INGRID DE FIGUEIREDO VENTURA

**O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA DOS FENÔMENOS
PSICOSSOMÁTICOS: O QUE PODE SER ENODADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: ___ / ___ / _____

Conceito: _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Roseane Freitas Nicolau (Orientadora)
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof^ª. Dr^ª. Leônia Cavalcante Teixeira
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof. Dr. Ernani Pinheiro Chaves
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof. Dr. Maurício Rodrigues de Souza (Suplente)
Universidade Federal do Pará (UFPA)

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Roseane Nicolau, pela atenção e cuidado devotados ao meu trabalho e pelo seu enorme carinho nas horas de angústia, ensinando-me a ser um sujeito causado pela Psicanálise.

A Leônia Teixeira, por ter sido tão receptiva e criteriosa com o meu trabalho, ajudando-me a enriquecer os meus escritos com um olhar a mais.

Ao Ernani Chaves, que colaborou de maneira significativa, mesmo virtualmente, para o desenvolvimento desta dissertação, oferecendo importantes contribuições para o meu estudo.

Às minhas amigas, quase irmãs, Larissa Regis, Carol Belém e Mônica Helfer, que, nos últimos tempos, têm sido uma presença muito importante em minha vida.

À minha amiga, Jamile Moraes, com a qual, a partir de uma transferência de trabalho, iniciei a construção de uma amizade muito bonita e verdadeira.

Aos amigos do Grupo de Pesquisa: Patrícia Nunes, Susette Matos, Alcione Hummel, Roseane Madeiro, Danielle Ramos, Vanusa Rego, Áurea Martins, Danielle Arêde, Ilki Maués, Felipe Barata, Luana Moura, Lúcia Nogueira, Madalena Oliveira, Mayumi Fujishima, Paula Valéria Araújo, Sandra Gomes e Labelle Lima, com os quais estabeleci laços profissionais e de amizade.

À Sâmea Quebra, que, apesar de não fazer parte do Grupo de Pesquisa, é uma pessoa com quem partilho, com muita satisfação, conhecimentos e experiências.

À Rita e ao Willer, novos companheiros de estudos que me auxiliaram, indiretamente, a pensar muitas questões para a minha dissertação.

À Clínica-Escola de Psicologia da Universidade Federal do Pará, que possibilitou a realização dos atendimentos para a minha pesquisa.

À minha paciente, que enriqueceu minha escuta e constituiu um caso primoroso para a construção deste trabalho.

E mais especialmente:

Aos meus pais, que, por meio da demonstração de um amor quase incondicional,

ensinaram-me a amar e a ser muito disciplinada e corajosa diante dos desafios da vida.

Ao meu marido, Raul Neto, que sempre me apoiou em minhas decisões e me ofereceu todo o amor que uma mulher pode desejar, sempre sendo carinhoso e companheiro, em todos os momentos.

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

RESUMO

Esta dissertação objetivou investigar o manejo da transferência em pacientes acometidos pelos fenômenos psicossomáticos, discutindo a operação do desejo do analista nessa clínica. O estudo teve como ponto de partida o caso clínico de uma paciente acometida por diversas afecções, principalmente urticária, as quais não apresentavam nenhuma causa orgânica. A paciente não obteve nenhuma resposta médica para seus problemas, pois há fenômenos que ultrapassam o saber da medicina. Esse fato coloca em evidência a psicanálise como um discurso que pode subverter o discurso médico, na busca de respostas para os males de portadores de fenômenos psicossomáticos. Assim, o manejo da transferência na clínica desses pacientes deve operar a partir do desejo do analista em sustentar a fala do paciente, circunscrita ao real do corpo, como uma via de possibilidade para que o sujeito do desejo possa comparecer. Esta paciente apresentava dificuldade em alcançar a esfera subjetiva e, por este motivo, podemos apontar a fixação de um gozo específico próprio à doença, pois a mesma, ao sofrer, obtinha alguma satisfação do estado em que se encontrava. Verificou-se a necessidade de uma sustentação pelo analista desta fala, na tentativa de possibilitar um enlaçamento com questões inconscientes. Apesar de, inicialmente, apresentar esta fala circunscrita em torno do fenômeno, também trazia questões familiares, na tentativa de associar livremente, já que se tratava de uma estrutura neurótica. Estas esparsas articulações de significantes foram pontuadas pela terapeuta e um sintoma analítico endereçado a ela começou a se delinear. Após várias sessões, empreendeu uma identificação ao pai, o qual a abandonou, como uma nomeação, quando afirmou que algo que a marcava positivamente, provavelmente, havia sido uma herança paterna, uma constituição de um Nome-do-Pai que pudesse amarrar o nó borromeano que havia sofrido uma inadvertência na inscrição deste significante.

PALAVRAS-CHAVE: Fenômeno psicossomático. Gozo. Transferência. Nome-do-Pai.

RÉSUMÉ

Le sujet de cette thèse est la manipulation du transfert avec des patients affectés par des phénomènes psychosomatiques et à examiner le fonctionnement du désir de l'analyste dans cette clinique. Elle a été basée sur un cas clinique avec une femme que nous avons nommée Paula, en proie à de nombreuses maladies, notamment l'urticaire, dont aucune cause organique n'a été identifiée. La patiente n'a obtenu aucune réponse médicale pour ses problèmes, vu qu'il existe des phénomènes qui dépassent le savoir de la médecine. Cette constatation met en évidence le discours de la psychanalyse comme un discours qui peut renverser le discours médical et apporter des réponses aux souffrances des porteurs des phénomènes psychosomatiques. La manipulation du transfert dans la clinique de ce type de patient doit être opérée ayant comme point de départ le désir de l'analyste en soutenir la parole du patient, cerné au réel du corps, comme une voie possible pour que le sujet du désir puisse comparaître. Cette malade avait du mal à atteindre la sphère subjective et, pour cette raison, on peut dire qu'elle s'était fixée à une jouissance spécifique, propre à la maladie, puisqu'elle obtenait de la satisfaction tout en souffrant. On a donc vérifié que l'analyste se devait de soutenir la parole du malade pour essayer de rendre possible un nouage avec des sujets inconscients. Bien qu'au début circonscrit aux maladies, le discours de la patiente passe ensuite à référer des questions familiales, dans une tentative de faire de la association libre, puisqu'ils s'agissait d'une structure névrotique. Ces rares articulations de signifiants ont été remarquées par l'analyste et un symptôme analitique qui lui était adressé a commencé à émerger. Depuis plusieurs séances, elle a entrepris une identification avec son père, qui l'avait abandonnée, comme une nomination, affirmant, à un moment donné, qu'il y avait quelque chose qui la marquait de façon positive, quelque chose qu'elle aurait hérité de son père, une sorte de constitution d'un Nom-du-père qui pouvait lier le nœud borroméen, lequel avait subi une omission importante au moment de son inscription.

MOTS-CLES: Phénomène psychosomatique. La jouissance. Le transfert. Nom-du-Père.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 NAS TRILHAS DO CORPO: SINTOMA CONVERSIVO, NEUROSE ATUAL E FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO	17
1.1 O sintoma conversivo	23
1.2 As neuroses atuais	27
1.3 O fenômeno psicossomático: o que não se escreve no simbólico, comparece no real	32
2 A NOÇÃO DE GOZO E O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO	48
2.1 Do masoquismo em Freud ao gozo em Lacan	48
2.2 As modalidades de gozo e o fenômeno psicossomático	56
3 A TRANSFERÊNCIA E O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO	62
3.1 A transferência: atualização de significantes na análise	63
3.2 O manejo da transferência na clínica dos fenômenos psicossomáticos: elaborações a partir de um caso clínico	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	104

INTRODUÇÃO

“O corpo, ele deveria surpreendê-los mais.”
Lacan

Esta dissertação propõe-se a discutir o manejo da transferência na análise de uma paciente acometida de fenômenos psicossomáticos (FPS), fundamentando-se no método psicanalítico. Fui confrontada com essa temática ao receber Paula¹ na Clínica de Psicologia da Universidade Federal do Pará (CLIPSI – UFPA), local onde desenvolvia suas atividades o grupo de pesquisa **O Sintoma do Corpo**², que tinha por objetivo investigar os mecanismos subjetivos que engendram as manifestações sintomáticas do corpo, para as quais não se encontrava um referente orgânico que as justificasse.

No contexto da pesquisa, Paula trouxe como queixa diversas afecções que estavam “dominando” o seu corpo de forma intensa, como urticária nas pernas, palpitações, dor de estômago, coriza, febre alta, entre outras manifestações que, por não apresentarem uma causa orgânica, foram diagnosticadas, pelos médicos consultados pela paciente, como enfermidades de “fundo emocional”. Conforme seus relatos, Paula já havia recorrido a vários profissionais de medicina à procura de uma explicação para suas afecções, que se tornavam mais evidentes nos momentos em que se deparava com situações que lhe causavam “mal-estar”.

A urticária, doença mais presente em sua queixa, manifestava-se através de inflamações na pele, formando vesículas causadoras de muito prurido. De acordo com o **Manual estatístico e diagnóstico dos transtornos mentais** (DSM-IV, 2002), essa doença seria um transtorno somatoforme. Chamada de doença psicossomática do sistema dermatológico, ela não apresenta causas orgânicas comprovadas e conhecidas na história clínica e em exames físicos ou laboratoriais. Nessa enfermidade, as variáveis psíquicas são relacionadas com a vulnerabilidade imunológica e com a suscetibilidade do aparecimento de infecções deste tipo. Teixeira afirma (2009, p. 173):

De um modo geral, as doenças ditas psicossomáticas evoluem por crises e períodos de remissão. As doenças denominadas psicossomáticas pela medicina, ou fenômeno psicossomático (FPS) pela psicanálise, apontam para

¹ Nome fictício, em obediência à lei do CNS. Essa paciente foi escolhida entre as atendidas no grupo de pesquisa **O Sintoma do Corpo**, cujo projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pela paciente, cujo modelo encontra-se anexo a este trabalho.

² O grupo de pesquisa **O Sintoma do Corpo** desenvolve suas atividades na Clínica de Psicologia da Universidade Federal do Pará – UFPA, sob a coordenação da Prof^a. Dr^a. Roseane Freitas Nicolau.

uma falha entre o orgânico e o psíquico.

No caso da paciente, podemos dizer que ela fora acometida por uma falha entre o orgânico e o psíquico, tendo em vista sua dificuldade em subjetivar o seu sofrimento, o que denotava um distanciamento em relação à sua doença (SANCHES, 2010). Uma vez que se mantinha presa ao discurso médico, esperava receber uma resposta imediata para a sua enfermidade, apresentando uma impossibilidade em recordar, repetir e elaborar. Essa condição é apontada por alguns autores, genericamente, como uma “falha simbólica”, noção que também é criticada por muitos outros estudiosos, tais como Valas (2004), Sanches (2010), entre outros.

Paula mantinha-se fixada à sua patologia, manifestando uma demanda de resposta endereçada, através do corpo, ao Outro, ou seja, a um saber que vem do Outro, quer seja do médico ou do analista. Essa questão, ao se colocar na interseção entre medicina e psicanálise, constitui-se como um tema desafiador para esta última, o que exige a demarcação da especificidade de cada campo de saber. O saber médico, preferencialmente, tende a oferecer o diagnóstico de uma doença psicossomática e prescrever medicamentos com o intuito de amenizar o sintoma do paciente, pois acredita tratar-se de algo de “fundo emocional” ou “psicológico”. Por isso, a medicina, ao se deparar com uma afecção deste tipo, e por não localizar uma causa, direciona o paciente a um profissional que supostamente responderá a essa demanda, o psicólogo ou o psicanalista.

No entanto, o que se observa na clínica é uma dificuldade em incluir a queixa na esfera simbólica, na medida em que a fala permanece circunscrita em torno da doença. Esse fato denota um impasse na análise, pois o paciente, ao se referir às suas dores corporais, fixa-se nelas, tornando impossível uma fala que venha a operar no sentido de substituir um “pedaço de carne” por uma representação psíquica capaz de conduzi-lo a uma subjetivação da sua dor. Lacan (1966), em **Psicanálise e medicina**, refere que o paciente que procura o médico e lhe dirige uma demanda de resposta acerca de sua doença, paradoxalmente, também está tentando conservá-la para não se curar e permanecer no adoecimento. Ornellas (2004), corroborando a formulação lacaniana, aponta que esse paciente, ao procurar atendimento médico para obter uma explicação sobre a afecção que o acomete, busca uma autenticação para a sua doença e, portanto, uma falsa demanda de cura. Menciona que, nessas situações, está em jogo uma satisfação específica, pois o sujeito se apresenta fixado na sua afecção, isto é, no seu corpo.

No que se refere a essa satisfação específica, Lacan (1975), em **Conferência de**

Genebra sobre o sintoma, afirma que esses sujeitos comportam uma modalidade de gozo bastante particular, que os impede mesmo de construir um saber sobre o mal que isso lhes causa. Enfatiza que tamanha fixidez de gozo acaba por desafiar o analista, impondo uma dificuldade à direção do tratamento, à medida em que a demanda do paciente se apresenta como uma resposta ao sofrimento localizado em uma parte do seu corpo. O que se observa é uma dificuldade em incluir a queixa na esfera simbólica, pois a fala permanece circunscrita em torno da doença. Diante disso, qual a posição do analista diante dessa dificuldade, já que seu lugar é o de não resposta?

Essa questão ancora-se no fato de que a psicanálise, diferentemente da medicina que legitima uma suposta supremacia do corpo sobre a psique, apoia-se numa concepção que não objetiva a supressão dos sintomas; ao contrário, ela os concebe como via de possibilidade de produção de sentidos originários do próprio sujeito que sofre, e não do exterior. A esse respeito, Lacan (1966) afirma que, mesmo havendo progressos na intervenção médica sobre as doenças do corpo, graças ao desenvolvimento de técnicas, equipamentos e remédios, o saber médico ainda apresenta um furo quando se trata de uma falha epistemossomática, daí por que essa discussão representa um ganho para o tratamento das afecções ditas psicossomáticas. Assim, a medicina, ao tomar para si a função de compreender e explicar a afecção dita “psicossomática”, autenticou um saber que circunscreve a doença a uma simples influência do psíquico sobre o somático, desconsiderando o fato de que algumas afecções não apresentam remissão somente com a administração de medicamentos. A medicina não permite ao paciente falar, pois, na tentativa de dar uma resposta através da farmacologia, a medicina cala o sujeito que sofre. Esse saber objetiva tamponar uma falta, pois visa uma massificação dos atendimentos. O trabalho do analista, em contrapartida, permite a construção de outros sentidos no processo de análise. Diversamente do médico, o analista não pretende erradicar o sintoma, mas sim tomá-lo como uma via para que o inconsciente compareça. Wartel (1987/1990) refere que os psicanalistas não devem ter o mesmo posicionamento dos médicos, no sentido de dar respostas e diagnósticos fechados para as doenças ditas “psicossomáticas”, mas sim endossar “essa fraqueza irreduzível da não-resposta. É uma posição de ética” (WARTEL, 1987/1990, p.15).

Acerca da diferença na abordagem do sintoma pela medicina e pela psicanálise, Freud, na Conferência XVI - **Psicanálise e Psiquiatria**, presente nas **Conferências introdutórias sobre psicanálise** (1917[1916-17]/1996, p. 3) aponta:

Como médico, habitualmente se tem tão pouco contacto com pacientes

neuróticos e se presta tão pouca atenção ao que dizem esses pacientes que não se pode imaginar a possibilidade de que se possa derivar algo de valioso de suas comunicações – isto é, a possibilidade de efetuar acuradas observações a respeito delas.

Os médicos são tendenciosos ao não oferecer uma escuta mais cautelosa e ao não reconhecer uma falha no seu saber, pois tentam responder ao que lhe é demandado de maneira imediata. Entretanto, muitas vezes essas respostas não permitem ao sujeito ressignificar a sua dor e, portanto, produzir uma fala que remeta a questões subjetivas. Para a psicanálise, o analista não deve se prender ao diagnóstico já previamente formulado pelo saber médico, mas acionar uma escuta diante do desconhecido da doença apresentada. É necessário que se observe o que está em jogo na afecção psicossomática, como pontua Nicolau (2008, p. 961-962):

No adoecimento psicossomático, o corpo é a grande referência do sujeito que sofre. A enfermidade que se apresenta ao analista, muitas vezes previamente nomeada pelo saber médico, coloca-se como ponto de estofo, regulando a vida e os pensamentos do paciente, atormentando-o [...]. Mas, a designação de psicossomática recebida nestes casos vem produzir certa aderência a esse significante, implicando em uma alienação do sujeito a ele, que contribui para o impedimento da restituição dos significantes do sujeito.

A esse respeito, Lacan (1953-54/2009) formula algumas elaborações sobre a questão do saber na transferência em análise. Aponta a necessidade da existência de uma ignorância essencial para o seu curso, pois, enquanto o médico se coloca na posição de quem pode responder à demanda do paciente, o psicanalista deve se posicionar como aquele que nada sabe, ou seja, como possuidor de uma ignorância douda. Esse lugar poderá levar esse sujeito a se implicar com a sua subjetividade.

Para Nicolau, o sujeito, ao permanecer alienado em um diagnóstico médico, não consegue produzir seus próprios significantes. Isso, paradoxalmente, implica uma satisfação bastante peculiar, que diz respeito a um ponto inflexível de fixação de um gozo específico ao qual o sujeito se atém. Esses pacientes, ao insistirem em encontrar uma causa para sua doença, distanciam-se da possibilidade de subjetivar a sua queixa e, conseqüentemente, de constituir um sintoma analítico, subsidiado pela transferência. Essa insistência já aponta para a dimensão que é a de um não querer saber, que implica no distanciamento relativo à enfermidade que os acomete. Logo, se o sujeito continua preso à classificação diagnóstica da medicina e, muitas vezes, a medicamentos, como poderá desvincular-se desse saber? Como será possível um enlaçamento com a esfera subjetiva e simbólica?

É por essa razão que a queixa do corpo precisa ser interrogada para se transformar em

um enigma. Trata-se de sustentar uma fala, mesmo que esteja apenas vinculada à doença, devendo o analista assumir outra posição para possibilitar que esse sujeito se descole de sua queixa circunscrita à dimensão do corpo para produzir um sintoma analítico que remeta a sua história pessoal. Sobre a produção do sintoma analítico, Quinet (2009) ressalta que ele se origina em uma queixa inicial do paciente, um sinal que, posteriormente, se transforma em enigma, à medida que uma questão se impõe, representando a divisão do sujeito desejante. O sintoma como queixa inicial é aquilo que o sujeito endereça ao analista na sua chegada ao consultório. No momento em que a análise se inicia, essa queixa se transforma em uma demanda de saber, constituindo-se em um sintoma analítico.

Se o sintoma analítico é uma demanda de saber e se origina de uma queixa, podemos referir Freud (1914a/1996) que vê a enfermidade orgânica como uma recusa para o aparecimento da neurose, indicando que o paciente experimenta afastamento do mundo externo, para concentrar-se apenas na dor da sua doença, sem qualquer implicação subjetiva. A lesão vem substituir o sofrimento psíquico, em um processo de apagamento da manifestação da dor por esta via. Assoun (1997) também questiona se o aparecimento desse fenômeno seria uma substituição para a neurose, que permanece suspensa, visto que esses pacientes não conseguem subjetivar o seu adoecimento, ou seja, sua queixa permanece em torno da dimensão do corpo, sem afetar a esfera da psique. A doença também poderia ser uma espécie de “chamado” para a eclosão do sintoma analítico, pois a afecção não aponta, como no sintoma, para uma representação do inconsciente. Além disso, relaciona o fenômeno com o masoquismo corporal, que leva o corpo a gozar, fazendo o paciente pagar a dívida daquilo que não foi simbolizado, o que contribui enormemente para deixá-lo preso ao registro orgânico.

Por outro lado, as dificuldades encontradas por esses pacientes impõem um estudo aprofundado para compreender como opera o manejo da transferência nesses casos, pois, mesmo havendo muitos estudos acerca da afecção dita “psicossomática”, ela ainda se encontra cercada por muitos questionamentos. Assim, a investigação nesse campo afigura-se fundamental, pois pode possibilitar uma reorganização de gozo, esse que leva o sujeito a uma verdadeira “peregrinação” médica, em busca do apaziguamento para sua enfermidade.

Considerando as dificuldades na clínica com pacientes que apresentam esses fenômenos, empreendemos esta investigação partindo do método teórico-clínico psicanalítico para o desenvolvimento da pesquisa. Nicolau (2007, p. 21) assim se manifesta acerca do método em questão:

O método clínico baseia-se na interpretação, na busca de sentido que escapa

à ordem objetiva. Ele se efetiva no âmbito da relação, onde o outro é convocado, pressupondo uma intersubjetividade para a apreensão do objeto. O procedimento privilegia, assim, a fala dos pacientes e a escuta do terapeuta. Esta escuta produzirá um material clínico importante para que se possa pensar novas formas de compreender, na prática, uma demanda que suscita tantos equívocos em seu acolhimento.

O método psicanalítico fundamenta-se em pressupostos diferentes daqueles que embasam o método da ciência moderna, em que o contexto da descoberta – característico da investigação psicanalítica – coincide com o da verificação científica. Elia (2000) ressalta que o método teórico-clínico da psicanálise opera a partir de dispositivos que permitem tal coincidência. Partindo dos fatos excluídos pela ciência, tais como as formações do inconsciente, a psicanálise pôde operar e constituir-se. Isso significa que a psicanálise validou as suas descrições através de um rigor equiparado ao da ciência, delimitando e ocupando o seu lugar (LAPEYRE E SAURET, 2008). Desta forma, articula-se que a invenção da psicanálise promoveu uma mudança na ciência moderna, pois reintroduziu o sujeito excluído até então do campo científico de investigação, considerando que não há uma ciência sem a presença do sujeito que a construiu. Isto significa que o sujeito sempre está em questão, possibilitando um lugar para singular e delimitando o campo de investigação da psicanálise, tornando-a um critério de avaliação para a produção do conhecimento científico.

Para ratificar essa afirmação, retomamos Freud (1912a/1996) na sua recomendação de que tratamento e investigação coincidam no contexto da operação psicanalítica, considerando que os efeitos da pesquisa em psicanálise ocorrem a partir da transferência, isto é, no só-depois da experiência analítica. E é essa experiência que está em questão neste estudo quando se trata de pacientes acometidos por FPS. O que está em causa no amor de transferência, neste caso específico, é um “pedaço de carne” endereçado ao analista e não uma queixa atrelada à psique. Desse modo, interroga-se: como opera o manejo da transferência nesses casos, já que a queixa inicial se dá através do saber sobre o corpo em detrimento do saber inconsciente? O analista, para sustentar essa fala amarrada ao FPS, pode permitir que esse sujeito lhe enderece uma demanda pela via da produção do sujeito suposto saber, remetendo-se à sua história?

Para discutir o problema de pesquisa colocado, é preciso deixar claro que, para falar do manejo da transferência em casos assim, precisamos saber “com quem estamos falando”, ou seja, quem é esse sujeito atravessado por uma doença psicossomática, bem como qual é esse gozo específico de que Lacan falava. Para tanto, recorreremos, inicialmente, às teorias freudianas das manifestações corporais que fugiam ao alcance da medicina: as conversões históricas e os sintomas das neuroses que chamou de “atuais”, estas últimas geralmente

concebidas por autores pós-freudianos como o protótipo psicanalítico das enfermidades psicossomáticas.

Assim, no primeiro capítulo, chamado **Nas trilhas do corpo: sintoma conversivo, neurose atual e fenômeno psicossomático**, será apresentada a concepção de corpo para a psicanálise, que em muito difere da visão médica, visto que a primeira o concebe como erógeno e atravessado pela pulsão, enquanto que a segunda o toma a partir da vertente da biologia, desconsiderando que o psiquismo se constitui a partir do corpo pulsional. O corpo transpõe o biológico em pulsional, na medida em que é erogeneizado pelos significantes, o que será mote para a busca incessante da satisfação pulsional. Nessa tensão, o corpo será palco para a manifestação de sintomas, que podem ou não guardar uma relação com um componente da esfera subjetiva. Para tanto, distinguiremos sintoma conversivo, neurose atual e fenômeno psicossomático, a fim de compreender o modo como cada um se engendra, apontando semelhanças e diferenças entre eles.

No segundo capítulo, denominado **A noção de gozo e o fenômeno psicossomático**, abordaremos a concepção de masoquismo em Freud, até atingir a elaboração do gozo em Lacan, partindo da consideração de que há um gozo específico implicado nos FPS.

No terceiro capítulo, chamado **A transferência e o fenômeno psicossomático**, examinaremos a questão da transferência e do desejo do analista implicados na clínica com os pacientes que apresentam esse fenômeno. Serão apresentadas as dificuldades encontradas no atendimento por causa de uma fala que, a princípio, não desliza na cadeia de significantes, o que será articulado à possibilidade do desejo do analista na sustentação da análise. Também será apresentado o estudo de caso da paciente. Discutirei o caso apresentado, apoiando-me na minha escuta psicanalítica e no referencial teórico utilizado, promovendo um diálogo entre a teoria e a prática clínica, a fim de investigar o modo como ocorre o manejo da transferência nesse caso, já que os efeitos da psicanálise podem ser entendidos no só-depois.

1 NAS TRILHAS DO CORPO: SINTOMA CONVERSIVO, NEUROSE ATUAL E FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

“A experiência ensina que entre os insanos não se observam perturbações da pulsão sexual diferentes das achadas nas pessoas sãs, em raças e em sociedades inteiras.”
Freud

Em psicanálise, quando falamos de corpo, afastamos essa noção do campo meramente biológico e organicista e irrompemos no campo das pulsões. Referimo-nos a um corpo pulsional, erogeneizado e, portanto, carregado de desejo. Para compreendermos essa passagem do orgânico ao pulsional, precisamos retomar Freud em suas formulações iniciais.

Em estudos pré-psicanalíticos, Freud (1893[1892]/1996) já apresentava a ideia de busca por uma quantidade de excitação que levasse a um equilíbrio homeostático do corpo, pois um corpo são dependeria da manutenção de certo limiar quantitativo constante, o que se daria através do escoamento do excesso de energia, ou seja, de excitação. Na ocasião, o autor estava imerso em um contexto histórico e problemático que, influenciado pelo positivismo, discutia a questão da continuidade entre fenômenos normais e fenômenos patológicos, que variavam de acordo com a quantidade de energia presente no organismo. Assim, a concepção de saúde encontrava-se atrelada a uma suposta homeostase, pois, caso o corpo sofresse um desequilíbrio, ele seria suscetível à manifestação de uma enfermidade (PRATA, 1999).

Em **Rascunho D – Sobre a etiologia e a teoria das principais neuroses** (1894a/1996), Freud afirma que as neuroses seriam resultado de um desequilíbrio homeostático por conta da falta da descarga da energia excessiva no organismo, pois, de acordo com a teoria da constância, o corpo é acometido por uma patologia caso esse equilíbrio não seja mantido, o que deflagraria um trauma psíquico. No entanto, o autor nem sempre concordava com as teorias vigentes na época, pois suas conceituações posteriores em psicanálise demonstrarão uma ruptura com essas teorias.

O **Projeto para uma psicologia científica** (FREUD, 1895/1996), escrito logo após os **Estudos sobre a histeria** (FREUD, 1893-95/1996) e publicado alguns anos depois da morte de Freud, é um dos textos que mais influenciaram as primeiras formulações sobre o aparelho psíquico, com destaque para a descarga de energia pela via do corpo. Esse trabalho ficou marcado por uma série de dúvidas por parte do autor quanto à validade das teses apresentadas.

Por causa disso, esse trabalho teve sua importância elevada por alguns, e diminuída por outros, tendo sido considerado um texto pré-psicanalítico, oscilação que parece ter sido compartilhada também pelo próprio autor do texto.

Esse texto de Freud teve como objetivo transformar-se em uma teoria de caráter quantitativo sobre o aparelho psíquico, utilizando-se de embasamento próprio aos seus estudos neurológicos. O trabalho foi elaborado a partir do estímulo de seu amigo Fliess, com o qual conversou muito tempo acerca das questões que seriam abordadas no **Projeto**.

Ele se divide em três partes: o esquema geral, no qual são apresentados os principais conceitos teóricos, a abordagem da psicopatologia da histeria e, por fim, o estudo dos processos psíquicos tidos como pertencentes à ordem da normalidade. Apesar de Freud ter se utilizado de muitos termos da área médica em seu trabalho, ele tentou não corroborar com a explicação do funcionamento do aparelho psíquico ancorada em bases anatômicas e promover um distanciamento, uma recusa desses princípios em favor de uma explicação metapsicológica.

O autor usou os estudos da psicofísica, relacionando estímulo e resposta, para explicar os fenômenos observados em seus casos clínicos de histeria e neurose obsessiva, o que o levou a levantar a hipótese da existência de uma harmonia entre a veemência do trauma e a intensidade dos sintomas por ele determinados, postulando que o entendimento quantitativo derivava de observações da sua clínica, onde se deparava com pacientes possuidores de ideias que guardavam extrema intensidade. Esses apontamentos têm semelhanças com os de outros estudiosos anteriores a ele, que ressaltavam essa mesma analogia, como Weber e Fechner no início do século XIX.

Com base nessas formulações, Freud (1895/1996) concebe o aparelho psíquico como funcionando através do processo primário e do processo secundário, sendo o segundo derivado do primeiro. O primeiro está relacionado com o escoamento livre de energia e com o princípio do prazer, enquanto o segundo se caracteriza pela energia ligada e pelo princípio da realidade. A dicotomia entre os dois processos ganha um sentido tópico quando o processo primário relaciona-se com o sistema inconsciente e o processo secundário com o pré-consciente-consciente.

Deve-se chamar a atenção para a diferença entre os dois processos quanto às funções primária e secundária. Essas funções dizem respeito ao funcionamento do sistema nervoso, pois a função primária está a serviço da descarga direta de energia, enquanto a secundária trabalha para que o aparelho psíquico não sofra com um estímulo causador de desprazer. Isso

quer dizer que essas funções estão à disposição de todo o corpo, enquanto os processos estão trabalhando em consonância com as representações do aparelho psíquico.

Para Freud, é através dos sonhos, sintomas e atos falhos que o processo primário se manifesta, enquanto o processo secundário guarda estrita relação com funções cognitivas, tais como o raciocínio, pensamento, vigília, atenção e linguagem. Como assinala Coutinho Jorge (2010), assim como os sintomas, os atos falhos, com seus jogos de palavras, mostram-se como conciliadores, ou seja, como representações intermediárias entre as instâncias do consciente e do inconsciente, significando dizer que tentam equilibrar os dois processos.

Freud relacionou as características do sonho: o sonho é a realização de um desejo; há uma alucinação presente no processo onírico; as ideias que aparecem nos sonhos parecem ser desconexas; durante esse ato não é necessário haver descarga de energia; há uma característica não lesiva, já que a sua lembrança ao acordarmos não causa muitos danos, por não solicitar muito dispêndio de energia. A consciência também está a serviço do processo onírico, o que, mais tarde será destacado, pelo autor, além da afirmação de que o ego não se restringe à consciência e o processo primário não está apenas subordinado ao inconsciente e a serviço do escoamento de energia. Mais tarde, Freud irá articular estas formulações ao conceito de pulsão no texto **Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade** (1905a/1996).

Nesses ensaios, Freud salienta que o corpo é composto por zonas erógenas por meio das quais o sujeito busca prazer. Essa fase inicial, denominada autoerotismo, foi caracterizada como um momento em que a criança, por meio dessas zonas, toma o corpo como um objeto sexual, buscando através dele uma boa dose de satisfação. A partir de então, vai-se constituindo um sujeito movido pelo desejo, pela presença das pulsões, e não mais apenas pela necessidade. É no texto **A perturbação psicogênica da visão segundo a psicanálise** (1910a/1996) que Freud introduz o primeiro dualismo pulsional, com a formulação das pulsões do eu ou de autoconservação e das pulsões sexuais. Elas se diferenciam pela influência da libido que só existe na pulsão sexual, esta que funciona obedecendo à sexualidade, enquanto a pulsão do eu visa justamente a conservação do eu. Freud (1913/1996) afirmará que a neurose será, justamente, um conflito entre as pulsões do eu ou do ego e as pulsões sexuais. Posteriormente, em **Além do princípio do prazer** (1920/2006), com o segundo dualismo pulsional, apontará o conflito entre as pulsões de vida e as pulsões de morte.

Sobre o conceito de pulsão, em **Pulsões e Destinos da Pulsão** (1915a/2004), Freud destaca que a pulsão não provém do mundo exterior e sim do próprio organismo. Ela difere de um estímulo externo, do qual se pode fugir ou se prevenir e tem caráter endógeno e constante:

isso significa que o sujeito, enquanto estiver vivo, nunca poderá escapar da pulsão. Segundo o autor, “a meta de uma pulsão é sempre a satisfação, que só pode ser obtida quando o estado de estimulação presente na fonte pulsional é suspenso” (1915a/2004, p. 148). Na tentativa de empreender uma releitura das elaborações freudianas acerca da pulsão, Lacan afirma, em **O Seminário. Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** (1964/2008), que um corpo erógeno se constitui a partir da sua superfície, ou seja, dos orifícios que estão em contato com o mundo externo, havendo uma mixagem, isto é, uma montagem entre dois novos corpos: um corpo do instinto e um corpo das pulsões. Dessa forma, esse novo corpo viverá em busca da satisfação pulsional.

Mais do que isso, o corpo é atribuído pelo Outro, ultrapassando o instintual do organismo puro até se constituir como pulsional. Essa passagem ocorre durante o estágio do espelho, como afirma Lacan (1949/1998) no texto “O estágio do espelho como formador da função do eu”, em que o bebê se vê no olhar materno, organizando um corpo unificado com uma imagem total que até então se apresentava despedaçada. Esse corpo será construído como efeito da palavra, através de trocas simbólicas que acontecem a partir da relação com o Outro primordial (TEIXEIRA, 2009, p. 174).

Retomamos Freud para quem a pulsão, definida como um conceito-limite entre o somático e o psíquico, é constituída pelos seguintes elementos: a pressão, a meta, o objeto e a fonte. Entende-se a pressão como um fator motor, como uma soma entre forças que tem uma exigência de trabalho para a psique, instituindo-se como uma tendência universal das pulsões. Uma das suas características é a força constante. Toda pulsão impele para a atividade, mesmo que ela se apresente como passiva. A pressão tem origem no mundo interno, constituindo-se de forma muito diferente dos estímulos exteriores ao corpo do sujeito.

A pressão está sempre em busca de sua meta, a satisfação, que é sempre parcial, pois não pode haver a anulação total do estímulo. Para que se atinja a meta, diversas são as possibilidades. A busca de satisfação vai sempre remeter à primeira experiência de satisfação, em que o sujeito procura reencontrar *das Ding*, a Coisa, algo da ordem do impossível, pois se trata da busca de um objeto para sempre perdido. Esse objeto, denominado por Lacan (1962-63/2005) de objeto *a*, será causa de desejo, pois, levando em conta que nenhum objeto é capaz de satisfazer completamente a pulsão, o objeto *a*, uma vez perdido, com a constituição do sujeito a partir de sua divisão, jamais será resgatado. Todos os outros objetos são velados pelo objeto *a*.

Mesmo sem conseguir alcançar por completo seu objetivo, a pulsão, ao menos parcialmente, precisará de um objeto, o qual não aparece ligado a ela, pois é variável. O

objeto poderá ser tanto os objetos externos, quanto os objetos internos do próprio corpo. Em **À guisa de introdução ao narcisismo**, Freud (1914a/2004) afirma que órgãos internos do corpo também podem se constituir em zonas erógenas, visto que estas, se estimuladas, proporcionam uma forte sensação de prazer. O corpo comporta uma espécie de erogeneidade que diz respeito ao envio de excitação para o psiquismo, oriunda de uma determinada zona erógena. Isso significa que esses pontos terão uma função muito semelhante à dos órgãos genitais. Assim sendo, essa erogeneidade pode aumentar ou diminuir, como algo intrínseco a todos os órgãos. Além disso, esses objetos variam em função de um deslocamento, podendo ocorrer substituição de um objeto por outro, ou ainda, um objeto podendo estar a serviço da satisfação de diversas pulsões, o que acontece quando há um entrecruzamento de pulsões. Importante também colocar que pode haver fixação de uma pulsão a um objeto, o que é muito comum nos momentos iniciais do desenvolvimento da pulsão. Esse processo em muito se aproxima da fixação que também ocorre no FPS, referente a um determinado órgão que demanda uma satisfação mais direta e quase completa pela via corporal, por conta de não haver possibilidade de uma satisfação pela via substitutiva da representação.

Acerca do investimento do sujeito nos objetos, Freud (1914a/2004, p. 97) aponta que a fase do narcisismo “[...] não seria uma perversão, mas o complemento libidinal do egoísmo próprio da pulsão de autoconservação, egoísmo que, em certa medida, corretamente pressupomos estar presente em todos os seres vivos”. No narcisismo, o bebê deixa de investir libido em pedaços do corpo, os quais toma como objeto, para investi-la no próprio Eu, o que agora já está constituído e bordejado pela pulsão. Essa libido que se encontra, desde o início, investida no Eu, irá, posteriormente, ligar-se aos objetos, mas deixará um resto investido no Eu. Há aí uma relação de oposição, pois à medida que a libido do Eu diminui, aumenta o investimento da libido em objetos externos ao próprio corpo, o que no FPS se mostra como um processo inverso porque a libido tende a ficar presa no corpo, ou seja, na fonte da pulsão pela dificuldade em se ligar em objetos externos, tomando o próprio corpo como via para a satisfação.

A fonte é o processo somático que acontece em uma parte do corpo e da qual surge um estímulo que demanda uma representação do psiquismo, constituindo-se, então, como a pulsão. Freud (1915a/2004, p. 149) afirma: “a pulsão só se faz conhecer na vida psíquica por suas metas. [...] Muitas vezes, a partir das metas pulsionais, é possível inferir retroativamente quais são as fontes da pulsão”.

Toda meta de uma pulsão é a satisfação. Para Freud (1926/1996), a manifestação sintomática comporta um retorno do recalcado, de modo que o sujeito encontra a

possibilidade de uma satisfação pulsional através de uma substituição, uma formação do inconsciente, que se constituem a partir dos processos de deslocamento e condensação.

Como o sintoma é uma formação do inconsciente que comporta um retorno do recalado, precisamos compreender como ocorre esse processo. Para entender o recalque, recorremos ao texto **O recalque**, em que Freud afirma tratar-se de uma operação psíquica estruturante para o sujeito, tendo a função de manter afastados da consciência conteúdos que possam causar desprazer ao aparelho psíquico. Como diz o autor: “[...] os sintomas neuróticos [...] são os derivados do recalado que, por meio dessas formações sintomáticas, afinal conquistaram o acesso à consciência que antes lhes era negado [*versagt*]” (FREUD, 1915b/2004, p.180). Assim, o recalque é um modo de destino pulsional, além de ser, principalmente, um processo decisivo na divisão do sujeito pela barra da castração. A pulsão impedida de atingir o seu alvo pelas interdições externas, isto é, da cultura, produz um sintoma, a partir do retorno do recalado, como um modo de satisfação substitutiva para a pulsão repelida pela consciência.

Recalque, no entanto, é diferente de esquecimento. Freud utiliza o exemplo do soterramento de Pompeia para exemplificar a distinção entre ambos: “Na verdade não existe melhor analogia para o recalque – que torna algo inacessível e ao mesmo tempo o preserva na mente – do que um sepultamento como o que vitimou Pompeia, e do qual a cidade só pôde ressurgir pelo trabalho das pás” (FREUD, 1906/1996, p. 47). Lacan (1960-61/2010), por sua vez, afirma que o recalque seria como uma forma de duplo esquecimento, pois o sujeito esquece, e não apenas isso, esquece que esqueceu.

No simples esquecimento, um conteúdo não passa para outra instância, ao contrário do que ocorre no recalque. No esquecimento, a passagem do conteúdo esquecido para a consciência é facilitada. Por sua vez, as representações recalçadas encontram maior dificuldade, pois se localizam na instância do inconsciente, sendo, muitas, insuportáveis ao consciente, precisando passar por um processo de substituição para poderem atingir a consciência. Freud (1915b/2004) deixa claro que tudo que é recalado é inconsciente, mas nem tudo que é inconsciente é fruto do recalque. Uma dessas substituições ocorridas para que o material inconsciente recalado possa alcançar a esfera da consciência pode originar o que Freud vai denominar de sintoma, na tentativa de conciliar impulsos libidinais a um impulso recalcante, sendo um desses exemplos o sintoma conversivo.

De posse dessas elaborações, podemos precisar a diferença entre os fenômenos que afetam o corpo levando o sujeito ao sofrimento, mas também a modos particulares de satisfação.

1.1 O sintoma conversivo

“A histérica recalca (...) promove a castração ao nível do pai simbólico no lugar do qual se coloca como querendo ser, no último termo, seu gozo” Lacan.

A conversão histérica é o modo de manifestação do sintoma pela via corporal, constituindo-se como uma substituição para uma representação causadora de desprazer ao sujeito. Dessa forma, essa representação, incompatível com a consciência, desliga-se de sua energia e se descarrega sobre o corpo, o que demonstra uma equivalência entre o sintoma conversivo e o conflito recalçado.

Na conversão histérica, o corpo é afetado pelo inconsciente. Isso significa que não se trata mais de um organismo, mas sim de um corpo erogeneizado pela ação do significante. Nesse caso, o corpo manifesta um sintoma que guarda consigo uma ligação com um conteúdo bloqueado pela barreira do recalque, constituindo-se como uma substituição para aquilo que não pode se manifestar a não ser dessa forma, caso contrário, causaria extremo desprazer ao aparelho psíquico.

Freud iniciou seus estudos sobre as histéricas no final do século XIX, quando a medicina se encontrava perdida diante dessas manifestações. Em 1888, o autor ressalta que o termo “histeria” é originário do grego *hystera*, que significa útero, denotando, em estudos médicos, a sua relação com as mulheres. Em um momento mais remoto, no período medieval, a histeria estava relacionada às bruxas e às fogueiras, além de manter também relação com fenômenos de possessão demoníaca e exorcismos deles decorrentes. Para Freud, a histeria está ligada a relações de excitabilidade orgânica, o que indica dois aspectos nos seus estudos: um que diz respeito a uma visão fisiológica e outro, a uma visão nosográfica, que se coaduna com a busca por sintomas visíveis no indivíduo, situando a circunscrição da neurose a um conjunto sintomatológico e à questão da escolha da neurose.

Durante muitos anos, o saber médico acreditou que a causa dos sintomas estava atrelada a alterações no sistema nervoso, que tinha a característica de uma herança genética. Entretanto, nesse corpo há um enigma, algo que a medicina não deu conta de explicar. A

psicanálise então toma para si essa função e nomeia esses sintomas que se manifestam no corpo e que guardam relação com um conteúdo inconsciente, de conversão histérica (FREUD, 1894/1996).

Nesse estudo, o autor menciona a existência de uma semelhança entre os sintomas históricos, obsessivos e fóbicos, sendo que, nos três casos, uma representação não consegue atingir a consciência porque se desligou do afeto, permanecendo, assim, enfraquecida. No entanto, distingue a especificidade quanto à histeria, pois esta se configura como uma representação que, apesar de enfraquecida por estar desvinculada de sua energia, busca sua manifestação no corpo através de sintomas, tais como paralisias, cegueiras, surdez, crises convulsivas, entre outras.

Ao se perguntar sobre a origem da histeria, Freud, juntamente com Breuer, no texto **Estudos sobre a histeria** (1893-1895/1996), afirma que ela apresenta uma vinculação com o recalque, denotando ser originária de um conteúdo recalcado no inconsciente. Neste caso, como a barreira do recalque é sempre falha, essa representação encontrará uma forma de se manifestar na consciência. Mais tarde, Freud (1916-17/1996) aponta um importante fator econômico no aparecimento da neurose referente ao investimento libidinal e aos variados destinos para essa excitação, o que se relaciona à forma como o aparelho psíquico irá se estruturar e ao mecanismo de aparecimento das psicopatologias. Nesse caso, ocorre o direcionamento à formação do sintoma, isto é, a uma substituição que, muitas vezes, nesse caso, configura-se como um sintoma no corpo.

Muitos desses conteúdos inconscientes guardavam consigo a vinculação com uma lembrança que foi recalçada, referente a um desejo, o qual, não podendo ser realizado, se manifesta como sintomas corporais. Esses sintomas seriam como uma defesa diante da possibilidade do desprazer, caso as representações inconscientes atingissem a consciência do sujeito.

Em **O recalque** (1915b/1996), Freud posiciona-se sobre essas manifestações, afirmando que o sintoma consiste em um retorno do recalcado, pois é como uma satisfação de uma pulsão através da substituição por uma representação, a qual só pode ocorrer por um caminho: pela via dos processos de deslocamento e condensação próprios dessas formações do inconsciente que se encontram sob a barreira do recalque.

Nesse caso, aquilo que causa desprazer ao sujeito permanece no inconsciente, especialmente na histeria de conversão, quando o recalque foi bem sucedido na tentativa de desligar o afeto da representação recalçada, o que culmina com a formação do sintoma conversivo. Por isso, o autor se refere à “bela indiferença das histéricas” expressão cunhada

por Charcot, que explicita o estado em que elas permanecem, como se não estivessem implicadas com o mal de que sofrem, não deixando perceber, em sua fala, mínimos indícios de sentimento de angústia.

A conversão ocorre por conta da complacência somática, que tolera que esses sintomas atinjam o corpo. Nesse caso, haveria uma “antecipação somática”, como se o corpo realizasse um apelo para que uma representação recalcada o atingisse. O corpo vai se oferecer para aquilo que não é somático, a representação, como Freud mostra em **Fragmento da análise de um caso de histeria** (1905b/1996), exemplificando a histeria com o caso Dora, o mais paradigmático para esse objetivo, em que aponta um “habilidoso artifício” que conecta o que é do psíquico com o somático, de tal maneira que o corpo se torna complacente para manifestar o sintoma histérico.

O ataque histérico apresenta uma descarga motora de moções pulsionais referentes às fantasias, atingindo o aparelho motor. Conforme Coutinho Jorge (2010, p. 53) “o ataque pode representar várias fantasias condensadas que o tornam ininteligível, ou então atitudes corporais que invertem, tal como no sonho (um elemento se transforma em seu oposto), o conteúdo da fantasia, ou até mesmo a ordem cronológica dos elementos que compõem seu enredo”. Para Lacan (1974-75), no ataque histérico ocorre um retorno de moções pulsionais recalcadas no corpo. Nesse momento o sujeito demonstra uma perda de consciência muito semelhante àquela que se manifesta no momento da compreensão de um texto, por exemplo, na sua extrema intensidade de satisfação sexual.

Nos seus estudos sobre os sonhos, Freud aproxima os sonhos do sintoma pelo fato de ambos guardarem semelhanças em sua formação. São constituídos por um processo de substituição através de um deslocamento ou de uma condensação. Esses processos são necessários para que algumas representações se tornem conscientes, pelo fato de os conteúdos latentes ligados a essas representações serem extremamente insuportáveis à consciência. Durante o sonho, esses conteúdos, ao serem submetidos ao trabalho do sonho, são transformados e as mesmas leis que governam os sonhos atuam sobre a formação do sintoma. Assim como no sonho, o sintoma histérico também é a realização de um desejo recalcado, mas revelado no corpo.

Em “A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud” (1957/1998), Lacan afirma que a formação do sintoma obedece aos mesmos mecanismos da metáfora e da metonímia (relacionados, respectivamente, com a condensação e o deslocamento em Freud), pois o inconsciente é estruturado como uma linguagem, sendo esses mecanismos próprios dessa instância. O autor destaca a primazia do significante sobre o significado no

inconsciente, relacionando-a ao deslizamento de significantes na cadeia e consequente produção de sentido, pois o significante em si é esvaziado de sentido, prescindindo do significado para ter um sentido, sendo, por isso, polissêmico.

Lacan (1964/2008) propõe um inconsciente estruturado como uma linguagem, produzindo um sujeito, que se constitui a partir da linguagem, ou seja, da entrada no campo do simbólico. Essa linguagem organiza-se de forma estrutural, tendo o significante como a sua principal referência, produzindo um sujeito barrado e desejante, por conta da sua inscrição no campo linguístico. Esse sujeito se constitui a partir do Outro primordial ou grande Outro, representado, inicialmente, pela mãe, que representa um lugar e não uma pessoa. É a partir dessa relação que ocorre a entrada no campo da linguagem, com a verificação de uma mãe faltante e da entrada de um terceiro, que denota a inscrição do significante Nome-do-Pai, permitindo ao próprio sujeito ver-se como faltante e desejante, quando se depara com a falta do Outro e o percebe como desejante.

O sujeito então precisa ser barrado no seu desejo, pois se encontra alienado no desejo materno, ou seja, do Outro. Esse interdito ocorrerá através da inscrição do significante Nome-do-Pai, que funciona como a metáfora paterna para introduzir o sujeito no campo do simbólico. Dessa forma, o sujeito passa a ser determinado pela linguagem, não tendo mais controle sobre a sua própria fala, pois sempre continuará a se remeter a esse Outro, mesmo que se direcione a um “pequeno” outro semelhante qualquer (LACAN, 1949/1998).

De acordo com Lacan (1958/1999), a metáfora do Nome-do-Pai inscreve a Lei no campo do Outro, impossibilitando o incesto. Assim, o sujeito insere-se no campo simbólico com suas normas, instalando uma articulação entre os significantes com os quais entra em contato no sentido de produzir uma ordem simbólica. Encontrando-se barrado em seu desejo, o sujeito precisa se haver com isso, levando-o a processos que atuam na substituição para uma satisfação pulsional de conteúdos recalçados, intoleráveis para o Eu, produzindo, assim, o sintoma neurótico.

Essa formação sintomática remete-se ao inconsciente, pois aí se opera a metáfora, onde um significante pode substituir outro significante, produzindo significação. A metonímia, que corresponde ao deslocamento dos significantes na cadeia, por si só não comporta uma substituição, apenas a possibilita. Só o mecanismo da metáfora é capaz de incidir na cadeia, trazendo um significante que irá substituir outro. Na cadeia, há um intervalo entre os significantes, permitindo a dimensão da metáfora, o que comporta a dimensão constitutiva no campo do Outro.

O sintoma conversivo, por se apresentar no corpo, em muito se aproxima das

chamadas “neuroses atuais”, as quais também se manifestavam no corpo, mas sem manter uma referência com um componente inconsciente. Freud concentrou-se em distinguir as psiconeuroses das neuroses atuais, empreendendo uma tensão entre historicidade e atualidade, já que as primeiras estão relacionadas com acontecimentos da história do sujeito, enquanto que as segundas não têm qualquer relação com a vida infantil. As neuroses atuais têm extrema semelhança com o FPS por se tratar de uma descarga direta no corpo, com uma falha na intermediação simbólica. Para compreender essas semelhanças e diferenças, trataremos das neuroses atuais no próximo subitem deste capítulo.

1.2 As neuroses atuais

“[...] os sintomas das neuroses atuais [...] não têm nenhum ‘sentido’, nenhum significado psíquico.” Freud

Ao se deter na distinção entre psiconeuroses e neuroses atuais, Freud forneceu-nos uma valiosa pista para compreender a forma como se engendra e se manifesta o fenômeno psicossomático, pois há muitas semelhanças entre eles, mas também há traços que os separam. Para isso, é necessário discorrer sobre o modo como Freud empreendeu sua investigação sobre as neuroses atuais.

O termo neurose atual foi cunhado na obra **A sexualidade na etiologia das neuroses** (1898/1996), em que Freud afirma que toda neurose tinha uma causa sexual. Apesar de perceber a importância da influência psicogênica na etiologia das enfermidades do corpo, afirmou sempre que os estudiosos e praticantes da Psicanálise deveriam se concentrar apenas na abordagem das psiconeuroses (VALAS, 1990).

A primeira distinção entre as neuroses atuais e as psiconeuroses foi feita de maneira tácita por Freud nos **Estudos sobre a histeria** (1893-95/1996) e mais claramente formulada em **As neuropsicoses de defesa** (1894b/1996), onde nomeia as neuroses atuais como “neuroses simples” ou, simplesmente, “as neuroses”, sem uma denominação específica. Esse trabalho foi elaborado pelo autor quando ao estudar a histeria de conversão, percebeu que alguns estados orgânicos eram manifestados sem qualquer relação com a esfera psíquica, distinguindo-se da histeria. Inicialmente, em **Sobre o critério para destacar da neurastenia**

uma síndrome particular intitulada neurose de angústia (1895b/1996), ele distinguiu as “neuroses atuais” das psiconeuroses. Aquelas se chamam “atuais” porque não remetem ao Complexo de Édipo e nem ao recalque, ou seja, a acontecimentos passados da história do sujeito. Essas neuroses assemelhavam-se às afecções ditas “psicossomáticas” por apresentarem uma descarga direta no corpo, sem representação psíquica, ou seja, sem qualquer processo de substituição, tal como a condensação e o deslocamento, justamente por estarem dissociadas de uma fase infantil de desenvolvimento. As psiconeuroses, por sua vez, têm como causa uma fixação em acontecimentos da infância, justamente por conta de conflitos presentes nesse período e pela busca de uma fantasia de desejo não satisfeita. Isso demonstra uma tensão entre atualidade e historicidade, em que a neurastenia e a neurose de angústia não apresentam sintomas relacionados com acontecimentos datados historicamente na vida do sujeito. Freud (1898/1996, p. 255) ressalta: “Em todo caso de neurose há uma etiologia sexual, mas na neurastenia é uma etiologia de tipo contemporâneo, enquanto nas psiconeuroses, os fatores são de natureza infantil. Esse é o primeiro grande contraste na etiologia das neuroses”.

O autor destacou que a influência sexual se dava de maneira peculiar em cada caso, dividindo as neuroses em dois grandes grupos: o das psiconeuroses (histeria e neurose obsessiva), cuja etiologia sexual se originara em um componente do passado, manifestando-se através do sintoma, formado através de um processo de substituição por se tratar de um retorno do conteúdo recalado intolerante para a consciência, e o grupo das neuroses atuais (neurastenia e neurose de angústia), que remetiam, não a um tempo já vivido, mas sim a algo do presente, ou seja, atual, contemporâneo. Além disso, como apontam Laplanche e Pontalis (1991), o termo atual não se refere apenas à dimensão do tempo como presente, mas também a algo que não se remete à esfera subjetiva, ou seja, que não comporta os processos do inconsciente na formação dos sintomas, assemelhando-se aos FPS, pois os pacientes acometidos por essas enfermidades têm dificuldade em subjetivar o seu sofrimento.

A divisão das psicopatologias elaborada por Freud admite a histeria e a neurose obsessiva no campo das psiconeuroses e a neurastenia e a neurose de angústia, no das neuroses atuais, tendo Freud incluído, posteriormente, a hipocondria como a terceira neurose atual em **Contribuições a um debate sobre a masturbação** (1912b/1996). Nesse texto enfatiza que as neuroses atuais não eram passíveis de serem submetidas a um processo de análise, já que não entrava em jogo um processo de subjetivação, só sendo possível obter um efeito indireto do tratamento. O sujeito acometido por essas afecções não conseguia vinculá-las a acontecimentos de sua história pessoal, o que não permitia que se caracterizassem como

uma substituição para um desejo insatisfeito, já que não eram fruto de um processo de recalque. A ideia da impossibilidade da remissão dos sintomas das neuroses atuais através de um processo de análise também está presente em outro escrito de Freud (1925/1996). Essa dificuldade na direção do tratamento também é encontrada na clínica com FPS, pois os pacientes mantêm um discurso preso à doença e não articulam questões de sua história passada. Da mesma forma, o que se vê é a falta de encadeamento das representações e de substituição para aquelas que se apresentam intolerantes e inacessíveis à consciência, desafiando o analista no manejo da análise.

Aquilo que define as neuroses atuais não está ligado apenas ao fator atualidade, demonstrando uma desvinculação entre o fator historicidade e o aspecto sexual. Há uma característica somática na manifestação dos sintomas da neurastenia e da neurose de angústia que não se verifica nas psiconeuroses, na medida em que estas se encontram mais fortemente atreladas ao psiquismo. No caso das primeiras, há um desvio da excitação sexual, o que levaria a uma descarga direta no corpo causando as afecções semelhantes aos FPS.

Na classificação das neuroses atuais há uma distinção entre a neurastenia e a neurose de angústia, empreendida antes mesmo do surgimento da expressão “neurose atual”. A neurastenia caracteriza-se por pressão intracraniana, irritação espinhal e dispepsia com flatulência e constipação (FREUD, 1895b/1996), o que leva a um acúmulo de excitação. A neurose de angústia, por sua vez, gravita em torno do sintoma nuclear da angústia, direcionando, diferentemente da neurastenia, a um empobrecimento da excitação, através dos sintomas de irritabilidade geral, expectativa angustiada, vertigem, pânico ao acordar, ataques de angústia, fobias e agorafobias, inclinação à náusea e ao vômito, parestesias, entre outros, encontrando, neurastenia e neurose de angústia, o seu ponto de convergência no componente somático de suas afecções, como nos diz Freud (1898/1996, p. 137):

Para o presente propósito, basta enfatizar que, paralelamente à diferença nos sintomas dessas duas formas de doença, há uma diferença em sua etiologia. A neurastenia sempre pode ser reportada a um estado do sistema nervoso como o que é adquirido pela masturbação excessiva ou decorre espontaneamente de emissões frequentes; a neurose de angústia revela sistematicamente influências sexuais que têm em comum o fator da continência ou da satisfação incompleta - como o coito interrompido, a abstinência ao lado de uma libido viva, a chamada excitação não consumada, e outros.

O acúmulo ou o empobrecimento de excitação vincula-se fortemente a uma incapacidade do sujeito em obter satisfação pela via sexual, pois, ou ele procura obtê-la através de práticas individuais, tais como a masturbação, ou então procura abster-se sexualmente. Isso denota a forte influência da sociedade do final do século XIX e início do século XX, extremamente repressora com relação à sexualidade dos indivíduos, na etiologia dessas neuroses.

Em **Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna** (1908/1996), Freud, retomando a discussão acerca da distinção entre as neuroses atuais e as psiconeuroses, destacou a relação entre a grande incidência das doenças modernas e a repressão exercida pela sociedade dita civilizada sobre a sexualidade dos indivíduos, podendo essa sexualidade ser manifestada de diversas formas e não necessariamente apenas com o objetivo da procriação. Busca-se também a obtenção de prazer, já que o corpo abandona sua característica estritamente instintual e para se constituir como um corpo comandado pelas pulsões.

Em **À guisa de introdução ao narcisismo**, Freud (1914a/2004), retomando as elaborações acerca das neuroses atuais, acrescenta que na hipocondria e nas parafrenias ou psiconeuroses narcísicas (o que, posteriormente, seria denominado psicose), há uma retirada do investimento libidinal nos objetos para mantê-lo retido no Eu, permanecendo o indivíduo fixado na fase do narcisismo. No entanto, existe uma diferença marcante entre a hipocondria e a doença orgânica, pois nesta ocorrem alterações visíveis no corpo, enquanto que na primeira nada se manifesta, o que leva o autor a considerar a hipocondria como a terceira neurose atual, juntamente com a neurastenia e a neurose de angústia. Além disso, pontua que o mecanismo de adoecimento na hipocondria, que não apresenta nenhuma espécie de alteração no órgão, em muito se aproxima do estado de excitação no órgão genital, visto que este fica entumescido e cheio de sangue, sem necessariamente estar adoecido, tornando-se fonte de intenso prazer para o sujeito. Dessa forma, podemos associar a hipocondria a uma busca de satisfação sexual que se descarrega no corpo.

Essa noção de prazer do órgão é cunhada por Freud em **Os instintos e suas vicissitudes** (1915c/1996), e se caracteriza por sua parcialidade e pela não existência de um objeto externo ao corpo, apresentando-se como uma satisfação atrelada ao autoerotismo, pois se inicia e termina no órgão onde se originou.

Ainda em um movimento de retomada do tema, Freud (1916-17/1996), na Conferência XXIV - **O estado neurótico comum**, presente nas **Conferências Introdutórias**, retorna à distinção entre psiconeuroses e neuroses atuais, em que aproxima a neurastenia da histeria de conversão, a neurose de angústia à histeria de angústia e a hipocondria à parafrenia:

Uma notável relação entre os sintomas das neuroses atuais e os das psiconeuroses oferece mais uma importante contribuição ao nosso conhecimento da formação dos sintomas nestas últimas. Pois um sintoma de uma neurose atual é freqüentemente o núcleo e o primeiro estágio de um sintoma psiconeurótico. Uma relação dessa espécie pode ser observada com muita nitidez entre a neurastenia e a neurose de transferência, conhecida como histeria de conversão, entre a neurose de angústia e a histeria de angústia, contudo também entre a hipocondria e as formas de distúrbio que serão mencionadas posteriormente [...] sob o nome de parafrenia (demência precoce e paranóia) (FREUD, 1916-1917/1996, p. 87).

Considerando os estudos de Freud acerca das neuroses atuais, observa-se, no caso dos sintomas “atuais”, um corpo complacente para essa manifestação. Nesse caso, ocorre uma descarga direta de energia, sem alcançar a esfera subjetiva, fato que os aproxima dos fenômenos psicossomáticos, contribuindo para o entendimento da forma como estes se engendram e se manifestam, já que os dois não mantêm qualquer relação com representações inconscientes que apontem para o sujeito, comportando, ambos, uma dificuldade a mais na direção do tratamento por causa da fixação na doença do corpo, em detrimento da abordagem da história pessoal. No entanto, as neuroses atuais diferenciam-se do fenômeno psicossomático pela particularidade na constituição do sujeito dividido, que comporta uma falha na entrada desse sujeito no campo da linguagem. Desse modo, faz-se necessário analisar o engendramento dos FPS para compreender de que forma pode ocorrer a escuta e o manejo na clínica com estes pacientes. Freud, ao elaborar a noção de neuroses atuais, forneceu-nos uma importante pista para a compreensão das enfermidades psicossomáticas, conforme será analisado a seguir.

1.3 Fenômeno psicossomático: o que não se escreve no simbólico, comparece no real

“[...] o corpo se deixa levar a escrever algo da ordem do número [...]” Lacan.

Valas (1988 apud FONSECA, 2007) sugere grupos de afecções que afetam o corpo, o que pode nos ajudar a compreendê-las e distingui-las:

- Enfermidades orgânicas (R) – acometem o real do corpo, mas permanecem fora do simbólico (atrelam-se ao gozo do Outro).
- Somatizações (RIS) – afetam o real do corpo, porém não se encontram desatreladas do sujeito, pois são induções do significante.
- Conversões – manifestam-se no corpo, mas estão no simbólico.
- Manifestações hipocondríacas – acometem o corpo imaginário, mas não o lesionam.
- Transtornos funcionais – tocam o real do corpo sem causar lesão, sendo uma determinação do significante.
- FPS – acometem o real do corpo, causando lesão no imaginário, sendo induzidos também pelo significante e, por isso, estão fora da linguagem.

Neste subitem trataremos mais especificamente dos FPS, buscando compreender como se engendram e se manifestam, em detrimento de outras afecções. O termo “psicossomática” foi cunhado por Johann Christian Heinrotz (1773-1843) em 1818, recebendo forte influência dos códigos da religião luterana. Ele afirmava que as doenças mentais eram causadas por conflitos internos e pela consciência do pecado (VOLICH, 2000). “Psicossomática” é o termo utilizado, principalmente, pela medicina e por alguns autores que se debruçaram sobre o tema. Destacamos aqueles que o fizeram a partir da psicanálise e que serão citados neste capítulo. Freud nunca utilizou o termo “psicossomático” para fazer referência às afecções que acometiam o corpo sem causa orgânica comprovada, desvinculadas da dimensão subjetiva. Apenas fez menção ao termo em uma carta dirigida a Victor von Weizsaker em 1923. Groddeck, Alexander e Marty, usaram “psicossomática”, mas a expressão “fenômeno psicossomático” foi forjada por Lacan (1954-1955/1985).

Muitos autores que trabalham com a psicossomática são herdeiros do pensamento de Hipócrates. No entanto, o uso da expressão “psicossomática” já direciona à tese da existência de dois componentes, o soma e a psique, impasse que foi atenuado por Freud com a formulação do conceito de pulsão (GOMES, 2005). Entre os estudiosos, podemos citar Dunbar (1944 apud VALAS, 2004), Groddeck (2004) e Alexander (1989). Além desses, temos os seguidores da Escola Psicossomática de Paris, como Dejours (1986 apud VALAS, 2004), Marty (1963/1994) e McDougall (1996/2000) que se ocuparam em formular concepções que dessem conta de explicar essa problemática. Outros autores, como Assoun (1977), Guir (1988, 1990) e Nasio (1993) foram influenciados pelos estudos de Lacan acerca do fenômeno psicossomático.

A partir dos anos vinte, a medicina passa a abordar mais intensamente as doenças psicossomáticas, pois o corpo, sendo o palco onde essas afecções se manifestavam, autoriza a abordagem quase que prioritária para que os médicos se ocupem da investigação e intervenção. Com isso, uma nova racionalidade passa a incidir sobre o saber médico, provocando profundas mudanças, pois a medicina, ao se aliar a outros campos de saber, tais como, a psicologia, a psicanálise, a sociologia, a antropologia etc., legitima a sua centralização na abordagem da psicossomática (BIRMAN, 1980).

Nesse momento, a medicina promovia uma mudança no modo de abordar essas doenças, passando a dar mais atenção à dimensão humana do que o fizera anteriormente. A importância oferecida a esse aspecto cresce de tal maneira que começa a ser essencial no entendimento da origem e do tratamento das enfermidades psicossomáticas. Essa nova perspectiva conduz a uma **Medicina Psicossomática**, dita antropológica, que enfatiza a causalidade psíquica da doença, o que conduziu a uma nova *práxis*, que vem se opor ao localizacionismo, tão presente antes desse período, promovendo um giro no discurso ao incluir o psíquico. Trillat (1991) aponta que a Medicina Psicossomática originou-se nos Estados Unidos da América, no período compreendido entre 1914 e 1918, durante a Primeira Guerra Mundial, pois os americanos demonstravam grande interesse por aquilo que era da ordem psíquica tanto quanto pelas emoções ditas de choque. No entanto, esse campo de estudo só nasce a partir de 1925 com Franz Alexander, em Chicago, e com H. F. Dunbar, em New York (ELAEL, 2008). Essa nova concepção alcança o discurso universitário e se populariza de modo a tentar explicar a manifestação das doenças “psicossomáticas”. Com isso, ganha um contorno de saber científico, já que se encontra no terreno próprio para a sua legitimação.

No entanto, quando esse campo de saber da medicina não localiza uma causa orgânica para a afecção, o diagnóstico diferencial fica restrito aos tipos clínicos dos sintomas apresentados. Dessa forma, são comuns os diagnósticos de distúrbio neurovegetativo, stress ou doença psicossomática, o que deixa os pacientes aprisionados no saber médico. Mesmo que sejam encaminhados aos consultórios de psicólogos e psicanalistas, já trazem consigo um saber previamente formulado sobre as suas enfermidades, e que se pensa irrestrito. A psicanálise, apresentando uma escuta que aponta para o sujeito, não concorda com a concepção médica, onde há a transposição da causalidade orgânica em causalidade psíquica, deslocando-se do plano do sentido para o da causalidade, pois o sintoma não pode ser tomado a partir de uma relação de causa e efeito. Sobre isso, Nicolau (2008, p. 964-965) ressalta:

Neste sentido há uma discordância entre as ordens psicanalítica e médica. Além disso, a medicina, com uma visão organicista do sofrimento humano, utiliza basicamente explicações fisiológicas para justificar essas ocorrências, detendo-se diante de afecções ou lesões de órgão cujos instrumentos diagnósticos não são capazes de precisar.

No campo de estudo da causalidade da doença psicossomática, Groddeck (1923/2004) destacou-se por ter fundado a sua investigação na influência da psicanálise, alegando que todas as doenças orgânicas, por apresentarem um sentido e serem originárias de um desejo, eram psicossomáticas.

Ele considera que tudo o que se manifesta no ser que fala é psicossomático. Além disso, radicalizando a visão metapsicológica, defende a concepção de que o **Isso** influenciaria a saúde e a doença, englobando todos os processos de adoecimento do corpo e do psíquico em torno dessa concepção. Para ele, um câncer de útero significaria o desejo não realizado de ter um filho e, por isso, comportaria um sentido. Ocorre que, grande parte dos sintomas do corpo, não cede à interpretação, o que indica uma formação particular na composição desses sintomas. Isso demonstra que o autor acreditava em uma unicidade entre corpo e psique demonstrada pelo Isso, pois acreditava tratarem-se de “modalidades”, o que o leva a desconsiderar a concepção de Descartes sobre a divisão entre organismo e psiquismo. Assim, perpetra essa afirmação, mas não tem como sustentá-la. O psíquico, nesse caso, teria uma soberania sobre o orgânico (VALAS, 2004), assim como destaca Dunbar (1944 apud VALAS, 2004), outro estudioso dessa mesma linha de pensamento, que tratou a afecção como

uma neurose ou psicose de “órgão”. Sobre essa formulação, Groddeck (1923/2004, p. 112) destaca:

Durante muito tempo se acreditou – talvez muitos ainda estejam convencidos disso – que de um lado havia o corpo humano, habitado, de outro lado, como se fosse uma casa, pela alma, a psique. [...] Quando uso as expressões corpo e alma, o que quero dizer com isso, são modos de revelação diversos do Isso; se preferir, funções do Isso. Na minha cabeça não são conceitos independentes, ou opostos.

Além disso, Groddeck tentou aproximar as doenças psicossomáticas das psiconeuroses, assegurando que as primeiras eram passíveis de tratamento psicanalítico assim como as segundas, sem se preocupar em apontar as especificidades de cada uma quanto à análise, destacando que o processo de formação da afecção orgânica ocorria da mesma maneira que na histeria e na neurose obsessiva, esquecendo-se de analisar as semelhanças e distanciamentos com a neurose atual tal como foi abordada nos estudos freudianos. Alguns estudos posteriores ocuparam-se em criticar o posicionamento de Groddeck, demonstrando um avanço nos estudos sobre as doenças psicossomáticas (QUINTELLA, 2005).

Como exemplo de uma herança desse localizacionismo muito criticado e rejeitado, surge na Escola Americana, composta por Alexander (1989), além de outros estudiosos como Helen Dunbar e Félix Deustch, um entendimento estritamente vinculado ao psicofisiologismo para explicar o aparecimento das doenças corporais, destacando-as como resultado de um conflito psíquico que influenciaria o sistema neurovegetativo. Alexander (1989) inaugura a noção de neurose vegetativa, defendendo a ideia da existência de órgãos de choque, conhecidos como zonas de fragilidade funcional, causadas por um padrão psicodinâmico individual, que se origina na inexistência de um simbólico que conseguisse explicar o processo. Assim, os afetos teriam uma manifestação direta sobre o corpo, ou seja, produziriam uma descarga motora, objetivando equilibrar o nível de tensão psicológica. Isso ocorreria porque o indivíduo apresenta um déficit na capacidade de elaboração de seus conflitos psíquicos, tais como, impulsos reprimidos e desviados, além de emoções, o que ocasiona lesões corporais, já que havia sido atingido o sistema endócrino e vegetativo. Alexander formulou uma crítica importante a Groddeck, utilizando a distinção estabelecida por Freud entre as psiconeuroses e as neuroses atuais. Para ele, a manifestação no campo do simbólico só poderia ocorrer nas inervações voluntárias, não sendo possível em órgãos externos ao

organismo:

Cada estado emocional tem sua síndrome fisiológica. A pressão sanguínea elevada e a atividade cardíaca acelerada fazem parte da raiva e do medo. O aumento da secreção gástrica pode ser uma resposta regressiva a uma emergência. Ataques de asma estão correlacionados com o impulso reprimido inconsciente de chorar pedindo a ajuda da mãe (ALEXANDER, 1989, p. 55).

Alexander diferencia o sintoma conversivo da neurose vegetativa. Afirma que o primeiro tem uma manifestação de um componente simbólico nos sistemas perceptivo e neuromuscular voluntário, enquanto que a neurose vegetativa é uma resposta de órgãos vegetativos a estados constantes ou não, ou seja, o sistema nervoso manifesta um conflito psíquico que não guarda um conteúdo simbólico (MELLO FILHO, 1988).

Várias doenças foram destacadas, cada uma tendo uma especial participação no aparecimento da afecção somática. Esta afirmação foi bastante criticada, pois nem sempre o mesmo conflito estaria envolvido com a eclosão da doença, que poderia ter sido causada por motivos diversos. A lógica que norteia esse entendimento é a da doença, pois se parte de diagnósticos descritos pela medicina até alcançar a dimensão do conflito psíquico, o qual seria sempre o responsável por uma afecção específica, lógica que não se fundamenta, já que está baseada em diagnósticos puramente descritivos no âmbito da medicina. Essa concepção contradiz a de Groddeck, que apontava uma motivação particular para cada psicossomatização.

Há outros autores, como Marty & M'Uzan (1963/1994) que, para explicar a manifestação dos fenômenos do corpo, conceberam o conceito de **pensamento operatório**. Estes destacam a existência de uma consciência que não apresenta quaisquer substituições como atos falhos, sintomas ou conteúdos fantasmáticos, o que levava a consideração de que não havia uma representação psíquica, mas sim processos ausentes no pensamento consciente, ou seja, naquilo que não se demonstrava no discurso do indivíduo.

Além disso, Marty (1993) destaca a existência de uma carência de associação livre, o que leva a um empobrecimento nas elaborações fantasísticas a partir do simbólico, levando à concepção de uma categoria denominada de “neurótico mais mentalizado” ou “neurótico mental clássico” (a qual não se enquadra nas estruturas clínicas propostas por Freud), além de uma dificuldade na instalação da transferência por conta desse comprometimento psíquico. O

termo “mental” sugere uma incapacidade do indivíduo de manifestar algo na esfera psíquica, isto é, mental, a qual se desloca para o corpo. Enquanto o sintoma histérico se apresenta como uma manifestação do retorno de um conteúdo do recalcado, a afecção psicossomática seria uma deficiência na representação psíquica.

Dessa forma, o pensamento operatório diz respeito a um processo em que o paciente apresentava representações muito singulares, as quais não mantinham qualquer relação com conteúdos inconscientes, mas sim com as influências do mundo exterior, ou seja, com os acontecimentos da vida social. Assim sendo, esses indivíduos apresentavam uma fala restrita, sem metáforas, presa a fatos que pareciam não intervir em sua vida, demonstrando uma não implicação com o seu discurso.

Aliás, não se observava uma demanda de análise nesses pacientes, o que Marty (1993), um dos componentes dessa Escola, denominou de “relação branca”, visto que a fala dos pacientes denotava empobrecimento fantasístico, ou seja, uma incapacidade de simbolizar as dores, deixando de se endereçar ao analista por causa de um desinvestimento afetivo, o que leva à impossibilidade da aplicação da técnica da associação livre na clínica. Marty (1993) considera a existência de uma “falha” no indivíduo que precisa ser superada para restabelecer a homeostase do organismo a partir do aparelho psíquico:

A relação objetal alérgica definia-se por uma tentativa permanente do sujeito de se aproximar do objeto, nos movimentos sucessivos de uma apreensão (identificatória e projetiva) do objeto, depois de um arranjo dessa identificação primeira. O fracasso da tentativa desencadeava uma regressão estabilizadora, correspondendo a uma fixação arcaica do tipo humoral e ocasionava crises somáticas de alergia (MARTY, 1993, p. 130).

Esses fenômenos dizem respeito a uma tendência à descarga de quantidade de energia no organismo, dada a dificuldade de encontrar um escoamento por vias alternativas. Marty destaca o aspecto econômico inerente a essas afecções, já que não se encontram outros modos de descarga de energia a não ser pelo corpo, o que motiva a enfermidade causadora da lesão, vista a impossibilidade de alcançar a psique para tal processo. Isso levaria a uma **depressão essencial** (MARTY, 1966/1998), definida como um estado clínico em que o indivíduo apresenta uma apatia, mas sem a autopunição e o sentimento de culpa próprios a esse estado. A apatia diz respeito apenas ao modo que o sujeito tem de manter uma ligação com o outro, mostrando-se como particular, isto é, denotando uma maneira própria até mesmo de o sujeito

constituir seu pensamento.

Com essa construção teórica, Marty inaugurou, em 1968, um “Centro de consultas e tratamentos psicossomáticos” juntamente com Michel Fain, Michel de M’Uzan e C. David. O local transformou-se no atual IPSO (Instituto de Psicossomática de Paris), que se além a oferecer formação a analistas para tratamento de afecções psicossomáticas (CASETTO, 2006).

A coerência desse conceito deixa de existir quando passa a ter status de estrutura clínica, assim como a estrutura neurótica, psicótica e perversa, denotando um modo de funcionamento próprio, indicando um “sujeito psicossomático”. Valas (2004) tece forte crítica a essa concepção de um sujeito com uma estrutura específica chamada “psicossomática”, como o modelo de um robô-débil que, pela via do pensamento operatório, é refém de um empobrecimento na construção do seu fantasma.

Outro estudioso dessa linha, Dejours (1986 apud VALAS, 2004) distancia-se da teoria das pulsões de Freud quando afirma que a causa das afecções “psicossomáticas” estaria relacionada a um inconsciente que, não conseguindo se contrapor à pulsão de morte, levaria ao aparecimento das lesões no corpo do sujeito. Vê-se, pois, que Dejours aproxima a pulsão de morte do biológico enquanto Freud a concebeu como uma relação que se estabelece para além do corpo. Seguindo essa linha de pensamento, temos Joyce McDougall (1996/2000), que vincula os transtornos psicossomáticos a um desamparo psíquico surgido na primeira infância. A autora considera que os pacientes, “não podendo utilizar palavras como veículo, reagem psicossomaticamente a uma emoção dolorosa” (MCDUGALL, 1996/2000, p. 10), denotando a ideia de que o distúrbio psicossomático constituiria certa capacidade para manter o equilíbrio do aparelho, algo como uma “falha simbólica” descrita em um sentido estritamente vinculado a aspectos clínicos, desconsiderando o aspecto dinâmico atrelado à produção dessas manifestações no corpo, o que se traduz em uma concepção vaga do fenômeno, como se ele se manifestasse somente no momento da análise.

Em contrapartida, Assoun (1977) abordou a questão de maneira diferente, relacionando o distúrbio psicossomático a um masoquismo corporal, fato que levaria o corpo a gozar do fenômeno, fazendo o paciente pagar a dívida daquilo que não foi simbolizado por meio de uma complacência somática. Além disso, acentua que o aparecimento desse fenômeno seria uma espécie de “substituição” para a neurose, pois o sujeito a deixaria

suspensa, na tentativa de não se deparar com o seu fantasma⁵. A afecção seria uma forma de escapar da eclosão do sintoma, com uma regressão ao autoerotismo, tomando outros órgãos do corpo para o gozo, que deveria estar restrito apenas às zonas erógenas. Nesse sentido, a direção do tratamento pode ser pensada como a possibilidade de se construir o sintoma.

Alguns autores (TEIXEIRA, L., 2006; TEIXEIRA, E., 2009) encontram um ponto de ligação entre o estabelecimento das relações precoces iniciais e a manifestação do fenômeno psicossomático. Para Teixeira (2006), a constituição da imagem corporal nos momentos iniciais das experiências precoces influencia o funcionamento somático. Ressalta a forte influência da fase de constituição do sujeito na clínica da toxicomania, na psicossomática, na psicose e nos estados limítrofes, evidenciando a importância da construção subjetiva na manifestação desses estados, já que é o ponto crucial para a estruturação da organização pulsional. Essa ideia fundamenta-se no pensamento de Lacan (1949/1998) e Dolto (1984) quando assinalam que o corpo despedaçado do bebê é unificado na relação especular diante do olhar do Outro, no processo de bordejamento sobre esse corpo, erogeneizando-o e ordenando a passagem do circuito pulsional pelo corpo. Além disso, o bebê passa por sucessivas perdas simbólicas, necessárias para ascender à linguagem e separar-se do Outro materno.

Outros autores influenciados pelo pensamento de Lacan acerca dos fenômenos psicossomáticos, como Guir (1988, 1990) e Nasio (1993), também postularam algumas noções, baseados em aspectos iniciais da constituição do sujeito. Nasio (1993) analisa o fenômeno psicossomático como uma formação do objeto *a*, distinta de representações do inconsciente, tais como sintoma, atos falhos, sonhos e chistes. Assim, não há como o objeto comportar uma ordenação fálica e um retorno do recalado, constituindo-se como uma invasão do imaginário no real. Ocorreria, então, uma forclusão local do significante Nome-do-Pai, o que significa que este não oferece completa consistência por conta da falha na sua inscrição. Esse fato denota que há uma holófrase⁶, a qual consiste no congelamento do par de

⁵ O fantasma se constrói, diante da castração, entre o período da latência e a adolescência. Nesse momento o sujeito revive o amor materno com o Outro, ou seja, o fantasma diz respeito ao modo como o sujeito se constitui diante do Outro (CHEMAMA & VANDERMERSCH, 2007).

⁶ Segundo o dicionário Houaiss e Vilar (2001), o termo holófrase faz referência ao enunciado que condensa uma sentença repleta de sentido. Para a psicanálise, a holófrase significa que não há intervalo na cadeia significativa onde o sujeito se produz.

significantes S_1 - S_2 , remetendo a uma falha na inscrição do significante Nome-do-Pai, o qual deveria estar fora da cadeia, ex-sistindo para dar consistência à realidade. Nesse caso, não há a manifestação do sintoma analítico, a qual pode remeter o sujeito a uma representação inconsciente na análise, não admitindo a presença da pulsão de vida ao promover a articulação na cadeia significante.

A abordagem de Nasio (1993) corrobora as formulações de Lacan (1964/2008) no **Seminário 11**, referentes à presença, no FPS, da falha no intervalo entre o primeiro par de significantes, falha que remete à ausência da relação de objeto. Se retornarmos ao momento da constituição do sujeito, verificaremos que ele precisou renunciar ao desejo materno de ser o falo, o objeto desejado pela mãe, para querer ter o falo, no momento em que admite que o Outro primordial também é faltante. Dessa forma, haverá uma separação, que possibilitará o recalque originário do significante mestre (S_1), no sentido de ordenar toda a cadeia de significantes a partir da inscrição do Nome-do-Pai. O autor utiliza o termo holófrase para identificar o congelamento dos significantes S_1 - S_2 , que, por não permitir o deslizamento na cadeia, impede o aparecimento do sujeito, ou seja, a afânise do sujeito. Ainda no seminário mencionado, Lacan (1964/2008) cita o FPS como situado no lugar da função significante em torno da função do Outro. Enfatiza que, nesse caso, se não há a afânise do sujeito, isto é, se o sujeito não desaparece sob um significante que o represente para outro significante, não aparece em algum lugar como sentido, não há sujeito desejante, pois não se estabelecerá a dialética nessa alienação. Com a ausência do deslizamento, conseqüentemente, algo poderá indicar a fixidez de um gozo específico, pois houve uma falha na queda do objeto a , causa de desejo no momento da separação do Outro primordial com a substituição pela metáfora paterna.

Lacan assinala que a psicossomática não é um significante, pois só é concebível à medida que, não havendo a afânise do sujeito, algo se passou a partir da indução significante no nível desse sujeito. Como pontua o autor (1964/2008, p. 222):

Nesse lugar, o *Vorstellungsrepräsentanz* limitará muito nosso jogo de interpretação pela razão de que o sujeito, enquanto *afânise*, não está ali interessado. É na medida que uma necessidade venha a estar interessada na função do desejo que a psicossomática pode ser concebida como outra coisa que não essa simples bravata que consiste em dizer que há um duplo psíquico para tudo que se passa no somático. [...] Se falamos de psicossomática é na medida em que deve aí intervir o desejo. É no que o elo do desejo é aqui conservado, mesmo se não podemos dar conta da função *afânise* do sujeito.

Percebe-se, assim, que Lacan menciona uma necessidade interessada na função do desejo no caso do FPS. No entanto, de que desejo ele fala, já que com o congelamento do primeiro par de significantes na cadeia, há uma falha na queda do objeto *a*, impedindo a emergência do desejo? O que parece estar em jogo é o desejo do Outro que, pela via da indução significativa, faz-se presente no FPS.

Segundo Fernández (2000), no FPS é preciso se ocupar da indução significativa por não haver um significante recalcado que possa retornar. Para ele, há uma dupla temporalidade no FPS quanto à indução significativa: uma, referente à estrutura do FPS, e outra, atrelada ao desejo do analista na análise com esses pacientes.

Guir (1988, 1990) concorda com Nasio (1993) em alguns apontamentos e possui uma compreensão sobre os FPS que diz respeito às relações entre o corpo e o simbólico e os desdobramentos referentes à inscrição do Nome-do-Pai para o sujeito. Afirma também que esses fenômenos estão relacionados a uma falha na inscrição da metáfora paterna, o que ocasiona uma holófrase referente à condensação do primeiro par de significantes, ou seja, ao congelamento entre o significante primordial S_1 do Desejo Materno e o S_2 do Nome-do-Pai, não permitindo um deslizamento na cadeia significativa. Essa afecção ocorreria pela falta de um banho de linguagem em um ponto específico do corpo, comparado ao “Calcanhar de Aquiles”, pois nessa parte que permaneceu descoberta, algo ex-siste, isto é, insiste, ocasionando um transbordamento para o real do corpo. Trata-se da insistência de um gozo na busca de uma satisfação direta em um local específico para o paciente. No entanto, por tratar-se de um ponto específico no corpo do sujeito, há apenas a forclusão de um significante na cadeia, afastando-o da psicose (DUNKER, 2002). É uma espécie de mostraçã, como se fosse um ponto específico que não se liga a nada, ou seja, uma manifestação no real. No entanto, discordamos da afirmação de Guir, para quem a afecção psicossomática caracteriza-se por provocar uma lesão, pois nem sempre o FPS lesiona o corpo. Não é possível limitar a manifestação da doença à presença ou à ausência de uma lesão.

O acervo de teses sobre o fenômeno psicossomático está longe de ser conclusivo: a potência do Isso sobre a saúde e a doença (GRODDECK, 2004); o funcionamento mental arcaico que não utiliza a linguagem impelindo o sujeito a sofrer no corpo (MCDUGALL, 1996/2000); a doença psicossomática como substituta para a neurose (ASSOUN, 1977), o fracasso da metáfora paterna (NASIO, 1993; GUIR, 1988, 1990) e o acometimento por uma lesão no real do corpo pela via imaginária (VALAS, 1988 apud FONSECA, 2007).

Em **Psicanálise e medicina** (1966), conferência endereçada aos médicos, Lacan afirmou que no FPS haveria uma falha de saber em um ponto específico da cadeia significante, à qual chamou falha “epistemossomática”. Estando fora das construções do registro simbólico, a falha manifesta-se no real do corpo, no ponto onde este não foi recoberto pela linguagem.

Lacan destaca que essas doenças encontram no corpo o lugar para a sua manifestação, fazendo ecoar várias questões para o saber analítico, pois este não partilha as mesmas concepções da medicina e de outras teses que não levam em conta a dimensão do sujeito para a abordagem das afecções psicossomáticas.

Desse modo, pode-se dizer que o FPS não é um sintoma e sim uma marca que o significante manifesta no real do corpo. Nos dois casos, tanto na manifestação do sintoma como na do FPS, demonstra-se a busca de satisfação pulsional pela via corporal. Porém, no segundo caso, há a manifestação no real por não ter havido uma inscrição psíquica, apontando para uma falha na ordenação simbólica.

Em uma de suas primeiras formulações sobre a afecção psicossomática, no **Seminário O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise** (1954-1955/1985), Lacan define o FPS como uma construção externa à cadeia de significantes, que não se encontra na ordem simbólica e que comporta um sofrimento do corpo, este atravessado pela pulsão e pela linguagem (1954-1955/1985, p. 126-127):

Os investimentos intra-orgânicos que na análise se denominam auto-eróticos, desempenham um papel certamente muito importante nos fenômenos psicossomáticos. A erotização de tal ou tal órgão é a metáfora que sobreveio mais freqüentemente, devido à impressão que nos dá a ordem de fenômenos que se trata nos fenômenos psicossomáticos. É a sua distinção entre a neurose e o fenômeno psicossomático está justamente marcada por esta linha divisória constituída pelo narcisismo

Em estudos posteriores, ao citar a análise do caso Schreber pelo olhar da psicanalista Ida Macalpine, Lacan destaca os sintomas hipocondríacos e faz uma aproximação entre a psicose e o FPS, pois este exhibe um mecanismo de formação bem diferente daquele da neurose. Existe semelhança entre o FPS e a psicose pelo fato de ambos se estruturarem sem uma intermediação simbólica e sem uma dialética. Assim, o corpo apresentará o que permanecer como falha ou como descontinuidade no discurso. No entanto, nem sempre a

estrutura psicótica manifesta o FPS (LACAN, 1955-1956/2008), o que demonstra que o fenômeno pode estar presente em qualquer das estruturas clínicas – neurose, psicose e perversão – pois não se constitui como uma posição subjetiva, mas como uma mostra no corpo. Logo, não se pode falar de um “sujeito psicossomático” (RIBEIRO, 1995 apud MORAES, 2007).

O FPS aproxima-se de fenômenos elementares da psicose por conta da foraclusão, citada por Nasio (1993) e Guir (1988, 1990). No entanto, no FPS, trata-se de uma foraclusão de um significante qualquer da cadeia, enquanto que na psicose se trata, invariavelmente, da foraclusão do significante Nome-do-Pai, que inaugura a entrada do sujeito na ordenação simbólica. É por esse motivo que o FPS também pode se manifestar em qualquer das estruturas clínicas.

Na estrutura psicótica, o inconsciente está a céu aberto, o que implica dizer que o sujeito é invadido por significantes do Outro e, ao não saber como articulá-los na ordem simbólica, a angústia manifesta-se como efeito dessa desorganização psíquica. Há uma linguagem, mas ela é ignorada, ou seja, o psicótico ignora a própria língua falada, pois ele não comporta uma ordenação para encadear significantes que produzam sentido. Nesse caso, o sujeito é falado pelo Outro e permanece alienado no seu desejo. O Eu do sujeito traz ecos da fala do Outro, como se fosse a repetição de um discurso que o sujeito toma como seu, por não ter aparato para construir a sua própria fala.

Há linguagem e significantes, ou seja, os significantes existem, mas o psicótico não os encadeia de maneira a colocar em jogo a afânise do sujeito, tomando-os como coisa que não remete a nada, isto é, não existe na palavra o jogo de ausência e presença, referindo um significante bruto a outro significante bruto. Não existe a substituição, mas sim a linguagem no concreto, no real. Os significantes do campo do Outro estão aí, mas o psicótico não se encontra com eles, visto ser por eles “jogado”, sendo apenas pensado pelo Outro. O simbólico não opera para a produção de um fantasma pelo sujeito. Há um conflito entre o Eu e o mundo exterior e, assim, o sujeito tenta fazer laço através de uma amarração, como, por exemplo, o delírio. Lacan assim se expressa acerca desse fenômeno (1955-1956/2008, p. 105):

O que é o fenômeno psicótico? É a emergência na realidade de uma significação enorme que não se parece com nada – e isso, na medida em que não se pode ligá-la a nada, já que ela jamais entrou no sistema da simbolização – mas que pode, em certas condições, ameaçar todo o edifício.

Segundo Lacan (1955-1956/2008), o sujeito psicótico, por não conseguir estabelecer um ajuste com o outro, fica fora da mediação simbólica e entra em outra ordem de linguagem que se apresenta como uma propagação imaginária. Essa outra ordem aparece como uma mediação pautada em outro registro entre o que é o novo e o sujeito. Algo surge do mundo exterior que não foi simbolizado, isto é, aquilo que não foi recalçado retorna no real, ou seja, “o que se produz então tem um caráter de ser absolutamente excluído do compromisso simbolizante da neurose, e se traduz em outro registro, por uma verdadeira reação em cadeia ao nível do imaginário [...]” (LACAN, 1955-1956/2008, p. 106-107).

O que retorna no real é resultado de uma foraclusão do significante Nome-do-Pai. Esse significante fundamenta a lei, representando o Outro do Outro e permitindo a instituição da ordem simbólica, o que se dá durante a passagem pelo Complexo de Édipo, fase na qual a mãe permite que um terceiro, que exercerá a função paterna, entre na relação até então simbiótica existente com o filho, a fim de que este internalize os interditos da cultura através da castração. Para que haja simbolização é preciso o reconhecimento da falta no Outro, a qual o faz desejar. Essa foraclusão é uma precipitação de sentido, ou seja, uma automação do pensamento inconsciente. Em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1958/1998), Lacan afirma que é a falta de inscrição do Nome-do-Pai no simbólico que causa uma descontinuidade na cadeia, fazendo com que ocorra uma reorganização dos significantes em uma ordem muito própria, que leva a um acidente do imaginário, até que significado e significante se estabilizem na metáfora do delírio.

Em “Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a ‘Verneinung’ de Freud” (1954/1998), Lacan ressalta que a *Verwerfung*, a foraclusão, anula qualquer possibilidade de manifestação da ordem simbólica, não permitindo a afirmação primordial, a *Bejahung*, que antecede o juízo de existência. O objeto constitui-se como objeto para sempre perdido, mítico, jamais reencontrado. Será alucinado, constituindo-se *in absentia*. No entanto, na foraclusão, o significante S_2 não faz furo, para constituir um objeto que vai ser bordejado. Assim, a castração suprimida do simbólico aparecerá no real, como “uma pontuação sem texto” (1954/1998, p. 390).

Na estrutura psicótica, não há um encontro com a alteridade, com o diferente, pois o sujeito está imerso no gozo do Outro e numa extrema angústia de desamparo por não haver a separação constituinte do objeto *a*, o que levaria a um sujeito perpassado pela falta e, por isso, desejante. Não há objeto *a*, pois não houve extração de gozo. Nesse caso, o grande Outro não aparece, pois não instala a suposição, apenas a certeza. Aparece, então, o foracluído através da alucinação e do delírio e não há relação entre o real e o simbólico, pois não existe imaginário

que faça um nó. Não significa que o registro do imaginário não esteja presente, mas sim que há um modo singular de articulação entre os registros do real, do simbólico e do imaginário. O imaginário permanece no psicótico, porém, com uma superdeterminação simbólica, com uma forma de manifestação diferente daquela da neurose. Por meio de uma produção simbólica, como o delírio, o psicótico tenta encontrar um ponto de basta.

No delírio da paranóia há um Eu unificado e uma fixação do significante. Este é uma tentativa de fazer laço com o outro, mas de forma precária, pois, no caso da psicose, não se trata de uma realidade compartilhada presente no delírio e sim própria ao psicótico. Não há um deslizamento, mas uma amarração para que o sujeito não permaneça em surto. Assim, seria possível aproximar o delírio e o FPS como formas de amarração para a estrutura psicótica, como uma tentativa de o psicótico fazer laço social, já que o FPS se manifesta por conta de uma falha na inscrição simbólica?

O delírio, como uma amarração, é uma tentativa de ordenar os significantes que inundam o psicótico. O FPS, por sua vez, manifesta-se como um ponto não recoberto pelo simbólico, mas que aparece como um chamado para a possível eclosão de uma neurose, ou seja, uma “ordenação” no campo simbólico, afastando o sujeito do real. Nos dois casos, há um retorno no real, mas a diferença é que o delírio é originário de uma forclusão do Nome-do-Pai, enquanto o FPS origina-se de uma forclusão de qualquer significante da cadeia, fruto de uma holófrase, o que foi trabalhado por Lacan (1964/2008) no **Seminário 11**. O analista pode, assim, ter duas posições muito particulares em cada caso, embora ambos possuam a função de fazer amarração, o que diz respeito à especificidade do analista na psicose e frente ao FPS.

Ornellas (2004) partilha a proposição lacaniana acerca da holófrase e afirma que o termo leva a pensar em uma fixação. Não se trata, porém, da mesma fixação que em Freud, a qual se refere ao recalcado primário, onde o que se fixa é o desejo. Nesse caso, há a possibilidade de deslizamento na cadeia significante, comportando os processos metafórico e metonímico. Na holófrase, a fixação é a de um gozo, o gozo do Outro, que impossibilita uma articulação significante, levando a um prejuízo nos processos inconscientes. Então, se se trata de uma necessidade interessada na função do desejo é porque, de alguma maneira, o desejo do Outro se fez presente, embora de maneira falha, apontando para o real, logo, remetendo ao gozo.

Se a operação do desejo do Outro falhou, então, não houve um bordejamento pulsional em torno desse corpo, em torno do real, que desse conta de recobri-lo de linguagem: algo permanece fora, algo não recoberto pelo simbólico, o que indica uma fixidez de gozo no órgão, fixidez de um gozo específico, que não se encontra apenas circunscrito às zonas

erógenas do corpo, quando este é esvaziado de gozo. Miller, ao abordar o FPS, (1999 apud FONSECA, 2006) fala de um retorno de gozo no corpo pela impossibilidade de o sujeito alcançar a esfera simbólica. O gozo, que deveria estar circunscrito às zonas erógenas que bordejam o corpo pulsional, permanece fixado naquilo que deveria ser o vazio do corpo. Poder-se-ia aproximar o FPS da esquizofrenia (modelo catastrófico) e da paranóia (gozo no lugar do Outro), pois no fenômeno ocorre também o retorno do gozo de uma maneira quase significativa.

No FPS é promovida uma circunscrição do gozo a uma certa parte do corpo, o que contribui para apaziguar o sofrimento de sujeitos psicóticos que recebem uma amarração graças à amarração feita pelo FPS com a realidade. Fonseca (2006) afirma que o FPS pode funcionar como uma tela de proteção para o sujeito não surtar, já que lhe falta o aparato da fantasia e a invasão pelo real é muito mais perigosa nesses casos. Em sujeitos acometidos pelo FPS há uma aproximação com o real, mas, paradoxalmente, uma proteção contra ele e um chamado para a eclosão de um discurso que remeta ao sujeito. Dessa forma, o delírio, a partir de uma ordenação própria de significantes, ou o FPS, que aparece como uma tentativa de se “esquivar” de uma neurose, constituem formas de amarração para a psicose e tentativas de empreender um laço social.

Lacan volta a tratar do FPS na **Conferência de Genebra** (1975), afirmando que, em sujeitos acometidos por essas afecções, o corpo se deixa levar para escrever algo da ordem do número, do hieróglifo, do que não pode ser lido. Não se coloca na ordem do signo e sim da assinatura. A escrita do número não faz série e por isso fica fora da cadeia significativa, já que se conta 1 a 1 e não se faz um todo. Enfatiza que o FPS é um escrito no corpo, algo que foi marcado e que necessita sair da linguagem hieroglífica e ser operado na ordem da linguagem inconsciente, ou seja, é necessário partir da escrita ilegível para alcançar a palavra falada. Nicolau afirma: “Assim, no fenômeno psicossomático, o corpo escreveria uma cifra particular de gozo que vem como suporte de uma certa posição do sujeito na relação com o Outro” (2001, p. 84).

Temos, então, uma cifração de gozo escrita por números, por isso não faz série e não se submete à significantização da letra. Por se inscrever como algo da ordem do número, aparece como frequência ou como uma escrita proveniente do real. Fonseca (2006) adverte que a cifra refere um sinal gráfico representado pelo zero, o que nos leva a considerar que o fenômeno não tem valor absoluto. O FPS, não tendo valor absoluto, pode direcionar para um valor relativo conferido à subjetividade do sujeito, o que significa que, a partir dessa “invasão de real, a realidade estaria referida de acordo com a cifra de gozo que a inundasse”

(FONSECA, 2006, p. 107).

Objetivando compreender que gozo está implicado no FPS, no capítulo a seguir apresentaremos a noção de gozo, partindo do conceito de masoquismo em Freud até alcançar a noção de gozo em Lacan. Tentaremos explicitar como esse gozo se manifesta fixado ao corpo, levando à impossibilidade de articulação significante e a uma falta de envolvimento do sujeito com aquilo que o acomete.

2 A NOÇÃO DE GOZO E O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

“[...] há algo no que ele [Freud] observa do homem que o coage a sair dos limites da vida. Há sem dúvida um princípio que leva a libido de volta à morte, porém não de uma maneira qualquer. Se a levasse pelos mais curtos caminhos, o problema estaria resolvido. Mas é só pelos caminhos da vida que ele a leva, aí é que está [...]. ele não pode ir para a morte por qualquer caminho.”

Lacan

2.1 Do masoquismo em Freud ao gozo em Lacan

A noção de gozo em psicanálise está relacionada com *Das Ding*, a Coisa, não podendo ser representada. O gozo está do lado da Coisa, enquanto o desejo, em direção diametralmente oposta, está do lado do Outro. O sujeito tem dificuldade de aceder ao gozo, que está vinculado a algo anterior à linguagem, pois está relacionado com a satisfação da pulsão, de uma pulsão bastante conhecida para nós: a pulsão de morte. Para compreendermos a constituição da noção de gozo, devemos partir das formulações de Freud acerca dessa pulsão e do modo como ele elaborou sua concepção de masoquismo originário, o nome freudiano para o gozo.

Na obra **Além do princípio do prazer** (1920/1996), Freud aponta tendências masoquistas do Eu presentes nos sonhos do neurótico de guerra e em brincadeiras infantis. Para ilustrar essa formulação, expõe o caso de uma criança que brincava de *fort-da*. A brincadeira simulava os momentos de ausência da mãe e o instante seguinte à sua chegada, em um processo de simbolização da ausência-presença da mãe. Nesse jogo, a criança arremessava um carretel de linha para um local quase inacessível e pronunciava a sílaba *fort*. Posteriormente, puxava esse carretel e pronunciava a sílaba *da*. Nesse caso, há uma relação entre dor e prazer, pois a manutenção da brincadeira, embora estivesse relacionada com o momento da chegada, na verdade comporta forte relação com a ausência materna, isto é, a exposição ao sofrimento, mas também, paradoxalmente, a uma satisfação. A criança repetia a vivência causadora de sofrimento porque um ganho de prazer secundário e imediato, independente do princípio do prazer e para além dele, estava vinculado a uma compulsão à repetição. Nesse trabalho, Freud vinculará essa compulsão à repetição como uma tentativa de retorno ao estado inorgânico de onde somos originários, aproximando-o da morte.

Freud trabalhou a articulação entre vida e morte. Até então, o autor via a pulsão de vida como a reguladora de tudo. Posteriormente, distinguirá uma outra pulsão, a pulsão de morte, insistente e que está para além do princípio do prazer. Ela remete o sujeito ao retorno a um estado inanimado, que só é atingido com a morte. Numa constituição psíquica menos complexa, o sujeito aproxima-se de um estado inanimado e inorgânico. Assim, a pulsão de morte é anterior à pulsão de vida, a qual irá se sobrepor à primeira, pois o sujeito vai constituindo um aparato psíquico para permanecer enlaçado à vida. Essa pulsão busca sua satisfação completa, ou seja, a ausência total de tensão, que a vida não admite. Porém, o que regula a vida é a morte, pois aquilo que insiste, paradoxalmente, a mantém, como nos diz Freud (1920/2006, p. 161):

Portanto, esse objetivo deve ser muito mais o de alcançar um estado antigo, um estado inicial, o qual algum dia o ser vivo deixou para trás e ao qual deseja retornar mesmo tendo de passar por todos desvios tortuosos do desenvolvimento. Se pudermos admitir como um fato sem exceção que todo ser vivo morre, ou seja, retorna ao estado inorgânico devido a razões *internas*, então podemos dizer que: *O objetivo de toda a vida é a morte*, e remontando ao passado: *O inanimado já existia antes do vivo* (grifos do autor).

Freud alterou radicalmente as concepções psicanalíticas a partir da conceituação da pulsão de morte, que se manifesta por meio da repetição, por haver uma impossibilidade de recordar a totalidade do que se acha recalcado no inconsciente, admitindo um resto que se relaciona com *Das Ding*, a Coisa, da ordem da impossibilidade de representação.

A busca de satisfação por uma via substitutiva, ou seja, através da substituição por uma representação causadora de menos desprazer, permite menor sofrimento ao sujeito, pois há a busca de satisfação direta que comporta um retorno, uma compulsão à repetição, diz respeito a uma excitação, e o paradoxo reside, justamente, no fato de não se obter prazer por meio de uma descarga dessa tensão, mas de seu aumento.

A satisfação direta no corpo do FPS, onde não há substituição, presa no registro orgânico, remete à pulsão de morte, enfatizando a existência de outras forças ou circunstâncias que se opõem ao princípio do prazer nessas afecções corpóreas. A pulsão de morte remete a um além, buscando satisfação com a repetição, ou seja, com a insistência. Diz respeito a uma força não ordenada de todo sujeito que, assim como as outras pulsões originárias do corpo, remete a uma repetição como seu fundamento. Essa repetição reporta-se à Coisa, *Das Ding*, em que o sujeito busca satisfação por esta via.

Freud (1924/2007) distingue como primeiro objeto da pulsão de morte o Eu, constituindo um masoquismo originário para o sujeito. O masoquismo originário é o nome freudiano para o gozo. Esse masoquismo despreza o princípio do prazer, que está a serviço da vida, para obter satisfação através da dor com o tensionamento do aparelho psíquico. Está na fonte da pulsão e busca a descarga total. Além disso, pressupõe, para o seu entendimento, os conceitos de inconsciente e pulsão, pois se trata do tempo do recalque originário que funda o inconsciente. O sujeito é remetido ao momento em que era o objeto de gozo da mãe, sendo manipulado de acordo com o desejo dela:

Direcionada ao mundo externo, a pulsão de morte passaria, então, a atuar como pulsão de destruição, pulsão de apoderamento ou como vontade de exercer poder. Uma outra parcela ainda dessa pulsão também teria sido dirigida para fora, mas a serviço da função sexual. [...] Contudo, haveria uma parcela da pulsão de morte que não teria participado dessas transposições. Ela teria permanecido dentro do organismo, e lá, com a ajuda da solidariedade excitatória sexual [...] entre a dor e o prazer, teria sido fixada [*gebunden*] libidinalmente. Ora, é essa parcela fixada que denominamos masoquismo original e erógeno (FREUD, 1924/2007, p. 109).

No masoquismo originário (implicado nesta discussão e que se relaciona à noção de gozo em Lacan), a manutenção da dor causa satisfação e provoca sofrimento, como obstáculo ao princípio do prazer. Ele direciona o sujeito para a destruição, como acontece no FPS, em que a doença é o modo que o sujeito encontra para fazer laço através da dor, o que também comporta uma satisfação.

Em “O problema econômico do masoquismo” (1924/2007), Freud distingue três modalidades de masoquismo: o masoquismo erógeno, o masoquismo feminino, ambos buscando satisfação pela via sexual, e o moral, que é desprendido da sexualidade.

O masoquismo erógeno está na base porque há uma excitação das zonas erógenas. Ele é estruturante, assinalando a entrada do sujeito na ordem simbólica, marcando sujeito, objeto, campo do Outro e lugar do fantasma. É investigado a partir das pulsões de vida e de morte. A pulsão destruidora é direcionada para fora do organismo, mas parte dela busca satisfação pela via sexual, constituindo-se como sadismo. A outra fica retida como libido no organismo e estabelece o masoquismo. Podemos dizer, então, que a pulsão de morte que incide sobre o corpo está vinculada ao masoquismo erógeno.

No masoquismo feminino há a busca da posição feminina, em que os fantasmas

masoquistas dizem respeito a ser castrado, ser copulado e parir, por exemplo. Esses fantasmas, que admitem um castigo, têm a função de amenizar um sentimento de culpa relacionado à masturbação infantil, onde há uma via para o gozo.

O masoquismo moral enlaça eu e supereu, enfatizando a necessidade de sofrimento para o sujeito. Aqui a relação se dá por meio da satisfação pela punição do supereu sobre o eu. Nesse caso, o sofrimento presente no sintoma é “cultivado” pelo paciente, o que o leva, grosso modo, a “adoecer de culpa”. Então, quanto maior a repressão do sujeito contra si, maior é a exigência do supereu com o imperativo: Goza!, permitindo que a lei compareça como perversa.

A satisfação vinculada à pulsão de morte e ao masoquismo será articulada por Lacan, no **Seminário A ética na psicanálise** (1959-1960/1988) como a noção de gozo. A pulsão de morte relaciona-se ao gozo porque direciona o sujeito à descarga quase total de tensão, ou seja, à satisfação quase que direta da pulsão, permitindo uma tentativa de retorno ao inanimado, o que admite sofrimento ao sujeito. O psiquismo atua através do princípio de prazer como uma barreira ao gozo, ou seja, contra a experiência de gozo, mas não é capaz de promover um esvaziamento desse gozo do corpo.

O campo do gozo é aberto na medida em que algo é interdito. A Lei primordial institui-se pela proibição do incesto, impondo-se uma renúncia ao gozo do primeiro objeto, a mãe. Essa é uma perda originária, em que o sujeito se inscreve por ser constituído pela linguagem e pela cultura, a partir da inscrição da metáfora paterna. Nessa inscrição, o pai real é prescindível, pois se trata de um significante, o Nome-do-Pai, que possui um valor universal. O pai real pode ser encarnado pelo próprio pai, por Deus, por uma outra mulher etc., mas precisa ter sido elevado à instância de significante. E com essa inscrição, algo se destaca, o objeto *a*, causa de desejo. Para que o sujeito seja causado, no sentido de ser desejante, é necessário que algo falte. Assim, nenhum objeto será capaz de satisfazer a pulsão. Para Lacan (1962-63/2005) esse é o objeto *a*, nunca dantes existente, que produz o sujeito barrado, faltante na operação de inscrição do Nome-do-Pai, com a inserção na ordem simbólica. Esse objeto será eternamente buscado, restando aos outros objetos serem velados pelo objeto *a*, já que nunca existirá um objeto para a satisfação total da pulsão.

Esse objeto está vinculado à Coisa, *das Ding*, que será a causa da repetição, do retorno ao ponto de falta, já que o encontro com o objeto é impossível, sendo este conhecido, paradoxalmente, por meio dessa Lei. O esforço de reencontro vai orientar o desejo do sujeito, de acordo com as palavras de Lacan (1959-1960/1988, p. 212):

É nesse ponto que chegamos à fórmula de que uma transgressão é necessária para aceder a esse gozo, e que – para reencontrarmos São Paulo – é muito precisamente para isso que serve a Lei. A transgressão no sentido do gozo só se efetiva apoiando-se no princípio contrário, sob as formas da Lei. Se as vias para o gozo têm, nelas mesmas, algo que se amortece, que tende a ser impraticável, é a interdição que lhe serve, por assim dizer, de veículo utilitário, de tanque para sair desses círculos que trazem sempre o homem, sem saber o que fazer, para a rotina de uma satisfação curta e tripudiada.

Há um paradoxo, pois quanto mais se interdita, mais se goza na transgressão da Lei, da Lei que organiza a civilização e que institui a proibição. Quando afirma que Deus está morto, o autor articula a possibilidade de veicular uma mensagem, a de que ele, Deus, está vivo, pois se coloca a serviço da regulação do registro do real, no sentido de instituir a Lei. É na medida em que ele vive no simbólico que se funda a Lei. No entanto, quando se proíbe o gozo, instala-se imediatamente o mal do próximo. O paradoxo do gozo reside justamente aí, à medida em que se interdita, também se abre a possibilidade para a transgressão. No momento em que algo é proibido, abre-se a possibilidade para a transgressão e o desejo vai sendo subsumido. O significante Nome-do-Pai e a cultura não interditam totalmente ou reduzem o gozo, ao contrário, inventam novas formas de gozar, o que indica a existência de um mal-estar inerente à civilização (FREUD, 1930/1996).

Com o mal-estar, Lacan (1959-1960/1988) levanta a questão do amor ao próximo. Enfatiza que se trata de um mandamento desumano porque institui o gozo e nega a destrutividade inerente ao sujeito. A dimensão ética da psicanálise encontra-se na distância que ela mantém dos sistemas éticos que giram em torno do bem, da felicidade e dos meios de alcançá-los. A ética da psicanálise é a ética do desejo, que em muito se diferencia da ética kantiana, pois coloca o desejo no princípio da interrogação ética.

Sade inverteu a ética de Kant quando afirmou que o gozo pode ser obtido através da produção da dor no outro, o que pressupõe o mal do próximo e faz aparecer a silenciosa destrutividade. Lacan, a partir dessa afirmação de Sade, formulou que o sujeito sempre toma o corpo do Outro para gozar de seu próprio corpo. Este Outro é o da cultura, da linguagem do inconsciente, consistindo no Outro de mim mesmo que é diferente do outro semelhante. Sade falou da melhor maneira sobre uma ética do que está “fora”, ou seja, da regulação do mal, pois sem o mal a humanidade não existiria. Nesse caso, há um gozo masoquista implicado que se enlaça com o recalque originário. Por isso, no próprio desejo recalcado já existe o mal do próximo. Na lesão psicossomática há um gozo masoquista de fazer-se objeto do Outro, pois se trata de uma afecção por meio da qual o Outro goza à custa do sujeito. Este solicita a

ação do Outro em prol de um gozo que força a barreira do princípio do prazer. Nesse sentido, Assoun (1997) teria razão ao localizar o masoquismo, embora o relacione a uma dívida simbólica do sujeito, o que não é o caso quando se trata do FPS.

No **Seminário O avesso da psicanálise** (1969-70/1992), Lacan aborda a questão do gozo através dos discursos que fazem laço social. O autor aponta quatro modalidades discursivas: o discurso da histórica, do mestre, do universitário e do analista. Nesses discursos, há quatro lugares: o agente, que sempre se sustenta sobre uma verdade e que engendra o discurso; o outro, para quem o discurso é endereçado; a verdade, que sustenta o engendramento do discurso; a produção, que deixa cair um produto.

No discurso algo se revela, mas algo também fica velado. Até um silêncio é um discurso, pois o discurso pode prescindir de palavras. Lacan, muitas vezes, valorizou o discurso sem palavras em detrimento de uma fala vazia. No entanto, o que importa para a psicanálise é a palavra, pois a linguagem é que faz barreira entre o sujeito e o Outro. Em uma análise, é no efeito de um só-depois, a partir do corte, que ocorre o efeito de sujeito. Nesse momento aparece a verdade de um sujeito não-todo e de um saber não-todo, sendo o S_1 aquilo que apontará para o desejo. Como afirma Lacan (1969-70/1992, p. 65): “Dizer que a verdade é inseparável dos efeitos de linguagem tomados como tais é incluir aí o inconsciente”. O discurso do psicanalista é o único que pode causar o desejo do sujeito, que está no lugar do gozo, e fazê-lo trabalhar para encontrar a sua verdade. Segundo Alberti (2010) assegura que, quando o analista opera, leva o sujeito a produzir significantes que contabilizam o gozo perdido, isto é, o mais-de-gozar. A verdade, nesse caso, só pode ser desvelada pelo próprio sujeito.

Para que essa verdade apareça, um saber precisa ser suposto. Este, quando aparece nos outros discursos, não é suposto, é uma certeza, com exceção para o discurso do analista. Devemos entender que entre o sujeito e o Outro (A) há um saber, o saber inconsciente e há também um gozo, o mais-de-gozar. Esse gozo é um resto, já que a satisfação da pulsão é sempre parcial. Entre o sujeito e o Outro há uma intercepção pela barra imaginária que vai do Eu ao Outro, o que significa que algo sempre ficará velado no discurso.

Um saber inconsciente pode se manifestar como um sintoma, sobre o qual o sujeito nada sabe. Assim, o sintoma é um meio de gozo, assim como o saber também o será. O saber como gozo do Outro refere-se ao gozo de um saber que está para além do sujeito, um além referente ao inconsciente, ao Outro. Significa que algo fala para além do sujeito: quando ele profere palavras, algo fica fora do discurso, pois é impossível que tudo seja dito. Nas palavras de Lacan (1969-70/1992, p. 33):

Se há um saber que não se sabe, como já disse, ele é instituído no nível de s_2 , ou seja, aquele que chamo de outro significante. Este outro significante não está sozinho. O ventre do Outro, do grande Outro, está repleto deles. Esse ventre é aquele que dá, como um cavalo de Tróia monstruoso, as bases para a fantasia de um saber-totalidade. É claro, porém, que sua função implica que de fora venha alguma coisa bater à porta, sem o que jamais sairá nada dali. E Tróia jamais será tomada.

O que fica fora deve ser encadeado ao S_1 na cadeia de significantes para que um sentido possa ser produzido. Para isso, é necessário que se contorne o simbólico ao redor do furo do saber. Há ainda aquilo que o sujeito nunca conseguiu simbolizar, ou seja, que nunca teve acesso ao simbólico, aquilo que tem a ver com o gozo ou com aquilo que surge do real, como o FPS, por exemplo.

No real, há uma impossibilidade lógica, pois sempre haverá um saber que está fora porque não foi recoberto simbolicamente e nunca o será. Isso remete ao objeto a , objeto causa de desejo, que provoca o desejo de saber acerca daquilo que está preso na cadeia de significantes, como algo que pode apontar para o sujeito do desejo.

Lacan (1971-2 apud ALBERTI, 2010) renomeia os lugares do discurso, substituindo o agente pelo semblante que continua se sustentando em uma verdade. O lugar do Outro é substituído pelo lugar de gozo, deixando cair um mais-de-gozar. Nessa circunstância, a psicanálise indica um tipo de laço social de maneira que o discurso se ajusta localizando o sujeito como o gozo. E como afirma Alberti (2010, p. 21), “e é por ser tomado no lugar do gozo que o sujeito é posto a trabalhar a fim de poder perder seus significantes mestres no lugar do mais-de-gozar”.

Lacan (1972-73/2008), ao avançar em seus estudos sobre o gozo, debruçou-se sobre a compreensão da relação do gozo com as posições sexuais. Nesse trabalho, assinala que existe pelo menos um não castrado entre os homens. As mulheres estão não-todas submetidas à castração. Isso significa que o homem não é sem ter o falo e a mulher é sem tê-lo. E, justamente por isso, haverá a existência de um gozo misterioso nas mulheres como algo que sobrou da operação de interdição do gozo fálico que está fora do corpo, localizando-se em um mais além deste ao aproximar-se do gozo do Outro situado fora da linguagem. Nesse sentido, as mulheres procurarão no Outro uma interrogação por esse a mais. Esse gozo a mais do feminino é referente à castração, pois se apresenta como o resto (objeto a) que sobrou da operação.

Lacan discute a questão de ter ou não o falo apontando posições e dividindo-as em masculina e feminina: o homem não é sem ter o falo e mulher é sem tê-lo. A posição masculina imagina que possui, mesmo que ilusoriamente, o falo, enquanto a posição feminina imagina não possuí-lo. A mulher ultrapassa o significante fálico que a marque porque não possui o pênis como um significante materializado no corpo. Resta à mulher identificar-se com aquela, no caso a mãe, que não tem o falo.

O autor estabelece que, para se formar uma classe, há que se ter uma marca, algo que não pode faltar. Assim, a mulher não faz um universo, pois para que haja um conjunto universal, é preciso que um esteja fora, ou seja, que o conjunto esteja fora dele mesmo, o que não ocorre no caso das mulheres. Por esse motivo, A mulher, com “A” maiúsculo, não existe e as mulheres só podem ser contadas e amadas uma a uma, já que não fazem um todo, não compõem um conjunto universal. A mulher representa o lugar vazio do Outro, lugar esse tamponado pelo Pai, por Deus, sendo a mulher uma forma idealizada do Outro. Por isso, o Outro não-todo é a mulher, um corpo próprio, um corpo do Outro. No lugar do Outro há um gozo suposto e a histérica acredita que possa buscar esse gozo, por isso dirige-se ao mestre no discurso em busca desse gozo. No entanto, o que se supõe no Outro como um gozo completo é uma falácia, posto que não existe. A esse respeito, Lacan (1972-73/2008, p. 14) destaca:

É o que demonstra o discurso analítico, no que, para um desses seres sexuados, para o homem enquanto que provido do órgão dito fálico – eu disse *dito* -, o sexo corporal, o sexo da mulher – eu disse *da mulher*, embora justamente não exista *a* mulher, a mulher *não é toda* – o sexo da mulher não lhe diz nada, a não ser por intermédio do gozo do corpo.

Morais (2010), tratando de afecções que incidem sobre o corpo, indaga se é possível haver uma relação entre o modo de subjetivação feminino e a ocorrência do Lúpus Eritematoso Sistêmico, pelo fato de essa enfermidade ser mais frequente em mulheres. Afirma que a mulher recorre ao FPS por causa de um gozo a mais que não recebeu o recobrimento pelo registro simbólico e por isso não está submetido à regulação fálica, aproximando o gozo feminino do gozo específico próprio ao FPS.

Considerando o FPS a partir da vertente do gozo, o que está em jogo é uma cifração, diferentemente do sintoma, posto que neste se trata é de uma decifração, pois algo já foi cifrado anteriormente. No FPS a cifração não é referente a uma interpretação, mas a uma escuta que aponte para o real. O cifrar nunca passará para o campo da simbolização, visto que

o sujeito tem um ponto de impossibilidade, uma letra, um traço, um número, um pré-significante que nunca vai ser decifrado. O que é da ordem do traço é marcado no corpo, como acentua Lacan na **Conferência de Genebra** (1975, p. 139) acerca dos FPS:

La cuestión debería juzgarse a nivel de ¿cuál es la suerte de goce que se encuentra em el psicossomático? Se evoque una metáfora como la de lo *congelado*, es porque hay efectivamente esa especie de fijación. Tampoco Freud emplea em balde el término de *Fixierung* – es porque el cuerpo se deja llevar a escribir algo del orden del número.

Podemos nos interrogar sobre as dimensões por onde o sujeito busca o gozo através do próprio corpo, tornando-se o corpo suporte do gozo do Outro. Se há um gozo específico implicado nos FPS, como ele se manifesta?

2.2 As modalidades de gozo e o fenômeno psicossomático

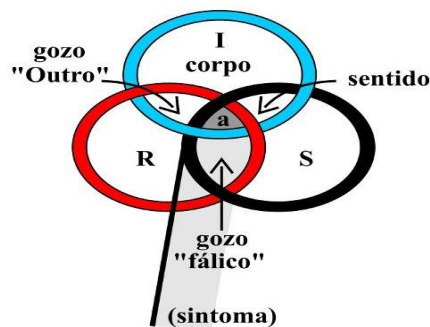
“[...] faltando significante, não há distância entre o gozo e o corpo [...]” Lacan

Na sua escritura do nó borromeano, Lacan (1974/75) promoveu uma renovação da noção de gozo. Aponta como modalidades de gozo do ser falante, o gozo do Outro, o gozo fálico, o gozo do sentido e o gozo do objeto. O nó borromeano consiste em um objeto topológico e, como tal, é uma escritura, uma representação para pensar a estrutura do sujeito. É composto por três círculos ou toros que se apresentam como os registros do real, simbólico e imaginário, situando o objeto *a* no ponto de bloqueio entre os três, que recebem a sua amarração a partir da inscrição do Nome-do-Pai. Este significante permite a inscrição da função fálica, promovendo um corte no gozo e a entrada no simbólico, instituindo o falo como norteador para a cadeia de significantes. Se essa operação não ocorre, pode fazer-se presente o FPS, a psicose ou a debilidade mental.

Na tentativa de compreender mais profundamente o nó borromeano e os seus registros, pode-se dizer que o registro do imaginário é o que oferece consistência ao nó, que o real se

relaciona com a ex-sistência e o simbólico é o que faz furo, sendo que a angústia ex-siste a este registro, pois ela não é sem objeto, pois está referida ao objeto advindo do real. O simbólico não tem a capacidade de recobrir tudo o que é proveniente do real. O imaginário empreende uma produção imaginária para tentar dar conta desse registro. E, por fim, para que o simbólico consiga bordejar o real, há a produção da fantasia, numa tentativa de oferecer sentido ao que não o tem. O nó produz sentido compartilhado e, dessa forma, quando o sujeito com uma possível estrutura psicótica é acometido por um surto, há, então, uma dissolução imaginária. A psicose é a soltura dos elos, pois esse sujeito não consegue mais organizar os significantes que estão no mundo, os quais lhe são oferecidos pela linguagem.

Acerca desses três registros, Nicolau (2008) acentua que o corpo sofre uma trama simbólica, onde é submetido ao desejo, apontando as suas três dimensões: a dimensão simbólica (pulsão), a dimensão real (gozo) e a dimensão imaginária (imagem especular), e afirma que “o corpo pertence a essas três ordens, sendo suportado por uma linha de consistência que não implica apenas coesão, mas a manutenção das três juntas” (NICOLAU, 2008, p. 6). Todas as modalidades de gozo descritas acima estão suspensas ao ser de gozo do sujeito e estão localizados em lugares distintos na amarração do nó, conforme se pode ver na figura a seguir.



Na primeira escritura do nó borromeano demonstrada por Lacan em **A Terceira** (1974), aponta que na interseção entre o simbólico e o real situa-se o gozo fálico ($J\Phi$) marcado como aquele proveniente da castração advinda da entrada do sujeito no campo simbólico. Já que se trata de um sujeito barrado no seu desejo, ele se encontra submetido às leis da linguagem, em que faz laço social e é regido pelo tesouro de significantes. O gozo fálico articula-se ao sintoma analítico à medida que este pode ser relacionado com outro

significante que não ele mesmo, pois é resultado do recalque originário da operação da castração, ou seja, da inscrição do significante Nome-do-Pai. O gozo fálico encontra-se atrelado ao sintoma e permite que o sujeito se engaje em um processo de análise ao fazer uso da associação livre, fazendo passar o gozo fálico pelo gozo do sentido.

Entre os registros do imaginário e do simbólico, está o gozo do sentido, que se localiza fora do real e se constitui como o gozo da compreensão ou o gozo do saber, o gozo manifestado quando se compreende um texto.

Entre os registros do real e do imaginário localiza-se o gozo do Outro (JA) que incide diretamente no corpo, caracterizando-se por uma moção de autodestruição que está para além do princípio do prazer, encontrando a sua via através de um corpo erotizado que não foi totalmente recoberto pelo simbólico. O que não foi simbolizado, manifesta-se no real, pois há uma falha do deslizamento na cadeia significante. Nesse caso, o corpo do sujeito é o Outro, onde não há lugar para a mediação simbólica, pois esse sujeito goza ao se oferecer como objeto ao Outro, apontando para um masoquismo ao se colocar no lugar de objeto com um corpo como suporte para o gozo do Outro. Teixeira (2009, p. 173) afirma que: “a psicanálise ensina, por meio do conceito de pulsão, que algumas atividades do corpo **evidenciam** a relação do sujeito do inconsciente com as demandas do Outro, ou seja, com o aparelho de linguagem que provém do Outro” (grifo nosso). Logo, podemos compreender que o sujeito acometido pelo FPS tem uma falha na sua constituição psíquica e, sem conseguir construir defesas contra o gozo avassalador do Outro, permanece preso a ele e reduzido à sua fala.

A respeito das modalidades de gozo inseridas no nó borromeano, é importante citar Nicolau (2008) quando ressalta que devemos considerar, com maior evidência, pelo menos duas manifestações do gozo: uma que incide fora do corpo, comprometida em fazer laço social, pois está no campo da linguagem, ou seja, o gozo fálico, submetido à ordem fálica, regida pelo tesouro de significantes e a outra, que se encontra presa a um corpo submetido ao Outro, um gozo não conhecedor da barra da inscrição da metáfora paterna, o gozo do Outro. Pensamos que é nessa modalidade de gozo que podemos situar o FPS. Diferentemente do sintoma neurótico, que se encontra atrelado ao gozo fálico, pois é resultado de um processo de recalque em que o significante retorna como uma formação do inconsciente, o FPS não resulta do processo de castração, permanecendo no campo do gozo absoluto, mítico, fazendo referência à Coisa, sendo impossível de ser acessado pelo sujeito, não havendo possibilidade de interpretação em análise, como pontua Nicolau (2008, p. 977):

A lesão aparece como vinda de fora, estranha ao desejo do sujeito, ficando este paralisado, congelado em apenas um significante, obstruindo, assim, a possibilidade de circulação na cadeia significante e impossibilitado de encontrar sentido no circuito da linguagem. A lesão psicossomática seria um grito que emudeceu, mantendo-se fora do simbólico, restando apenas a tentativa de imaginarizar o simbólico impossibilitado, não cedendo à simples interpretação.

Acerca dessa modalidade de gozo, diz-nos Blancard (1990, p. 35): “ali onde fracassa a metáfora paterna, isto é, ali onde um pai fracassa na transmissão fálica, aparece o buraco no Outro, o real. E o sujeito para gerir este gozo que não se tornou fálico, procura um artifício que lhe permita dizer não”. O FPS vem ocupar o lugar do “inter-dito” que foi negado ao sujeito. Assim sendo, há uma imposição do sofrimento do sintoma no corpo, posicionando-o no lugar que seria destinado ao interdito, ao “não”, à Lei, amenizando a falta do pai. Ocorre um aprisionamento ao gozo do corpo pela via da afecção, que se relaciona com o traço unário e uma aderência ao gozo pela enfermidade, ou seja, através da dor, que é o limite entre prazer e gozo.

O gozo implicado no sujeito acometido pelo FPS é um gozo específico que está no campo do Outro, aproximando-se do gozo do Outro ou gozo feminino que remetem ao real. Esse sujeito traz um corpo que sofre, em um ponto específico, dor e mutilação e por isso podemos afirmar que aí se pode implicar um sofrimento, caracterizando-se como um gozo mítico, que não existe, na busca por uma satisfação completa e impossível em um ponto do corpo. Esse fenômeno não é passível de interpretação, pois essa cifra particular de gozo não está dentro do ordenamento significante. É na interseção entre os registros do real e do imaginário que pode aparecer o FPS.

Trata-se, então, de uma fixidez de gozo no corpo, ou seja, de um gozo específico como uma imposição do Outro. O FPS é da ordem do sem sentido, pois transborda para o real, não permitindo que o sujeito se implique com sua doença, na medida em que não consegue subjetivar o seu sofrimento. Isso significa que, pela dor, uma nova constituição de unidade corporal organizou-se de maneira falha, pois o sujeito faz laço social através da dor como uma possibilidade de sustentação egóica, trazendo um escrito feito no corpo de algo que não foi simbolizado no campo da linguagem (NICOLAU, 2008).

No gozo específico do FPS, trata-se de uma cifra de gozo que é contabilizada como um número, não sendo simbolizada pelo sujeito. O paciente que apresenta esses fenômenos está submetido a um imperativo de gozo, e seu corpo está entregue ao gozo do Outro ou do

gozo obscuro do Outro. A relação com o Outro não é dialetizável e não passa por um processo de subjetivação do desejo, promovendo um retorno deste gozo sobre o corpo do sujeito que sofre. De acordo com Fux (2000 apud FONSECA, 2006) o gozo específico está referido a uma frequência que não faz série e é contado um a um. Diferentemente da repetição significante, esta é apenas uma contagem de gozo, com uma enfermidade que se torna um objeto de gozo que carrega aquilo que não foi simbolizado para uma manifestação pela angústia, pela via do real. Lacan (1962-63/2008) diz-nos que a angústia não é sem objeto e é pela via do objeto *a* que podemos fazer referência a ela, pois seria a única forma de traduzi-la subjetivamente, devido à sua aproximação com ele. Assim, podemos dizer, então, que o real presentifica-se no corpo numa manifestação direta, sem qualquer intermediação simbólica.

Depreende-se, do que foi dito, que a afecção psicossomática não é uma demanda endereçada ao Outro, pois não há como ser decifrada como um enigma, já que se trata de um puro traço que remete ao real, como uma “escrita pura desarticulada de sentido” (MILLER, 2003, p. 12). Seria algo como uma precipitação do significante por portar um sentido apesar de estar desvinculado dele, por estar em jogo uma escrita de outra ordem. Como Teixeira (2009, p. 174) nos diz:

O sujeito não pode interrogar o desejo do Outro e se articular como ser de falta. O desejo do Outro permanece obscuro, inacessível, não interpretável. Os FPSs são concebidos, na teoria lacaniana, como pertencentes ao registro do imaginário, fenômeno de borda, de limite. O FPS está excluído da estrutura significante, daí o desejo do Outro ser tomado como gozo sobre o corpo do sujeito.

No FPS, o nó borromeano está sustentado em um ponto de cruzamento que tem uma falha, pois a reparação com o fenômeno é frágil e precária. Isso significa que, nesse caso, o discurso não encadeia a subjetivação do sujeito, sendo que aquilo que toca o corpo não é o significante encadeado e sim o significante absoluto, o traço unário, que não cede à interpretação. Szapiro (2008) afirma que o FPS produz um enodamento diferente daquele dos registros do real, simbólico e imaginário. Seria como um ponto de reparação onde falhou a metáfora paterna, mas que se constitui como uma reparação problemática, pondo em questão o Nome-do-Pai.

Lacan apontou uma possibilidade de ciframento significante para a psicose que se vincula ao gozo do Outro. E no caso do gozo específico do FPS, existe alguma possibilidade?

Como opera o analista diante desses fenômenos? Os FPS são intrigantes justamente por aparecerem na clínica de modo a desafiar não só o paciente, mas também o analista.

A clínica apresenta impasses por se tratar de algo indizível e inominável até o momento em que o paciente é a ela encaminhado, pois admite um sujeito que está preso à sua doença, por meio da qual faz laço social, mas sem conseguir se desvincular do desejo do Outro. O desafio se coloca em como operar na análise com esses sujeitos que têm dificuldade em subjetivar o seu sofrimento por conta de uma fixação manifestada como uma escrita no corpo.

No capítulo subsequente, tentaremos compreender como esse processo analítico ocorre a partir do manejo da transferência, influenciada pela posição que o analista irá ocupar, o que repercutirá na direção dada ao tratamento dos FPS.

3 A TRANSFERÊNCIA E O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

*“O gozo do próximo, seu gozo nocivo,
seu gozo maligno, é ele que se propõe como
o verdadeiro problema para o meu amor”*
Lacan

A escuta de pacientes acometidos pelo FPS coloca o analista como espectador da infundável descrição da doença, dificultando a instauração da transferência. O corpo parece entregue, sem questionamentos, aos tratamentos prescritos, inclusive o psicológico. Esse abandono do corpo ao saber do outro está ligado à dificuldade anteriormente mencionada em relação ao deslizamento na cadeia de significantes e à consequente dificuldade na produção de sentidos, por conta da holófrase do primeiro par de significantes S_1 - S_2 . É através da doença que o sujeito parece fazer laço com o analista. Esse fato indica uma dificuldade na condução do tratamento, inerente à impossibilidade do sujeito de fazer questão sobre sua doença e de implicá-la na esfera subjetiva, manifestando o seu sofrimento através do corpo.

O desafio na direção do tratamento consiste em encontrar a maneira de fazer emergir o sujeito em uma situação em que ele está alienado na doença, chegando ao analista em busca de uma resposta para apaziguar o seu sofrimento. Nesse discurso, o laço com o outro está enfraquecido, pois o campo do sujeito não se conecta ao campo do Outro, mas a objetos, aí incluídas as respostas que espera do analista. Diante de sujeitos que buscam a palavra do analista como objeto e se apresentam inapetentes quanto ao saber, de que modo é possível operar? Por que via se dá a instauração da transferência?

Gomes (2005) ressalta que a transferência com pacientes queixosos de afecções ditas “psicossomáticas” é um desafio ao analista, pois eles já estabeleceram um laço com o saber médico acerca do que os acomete, demandando do analista o mesmo lugar de saber. Na contramão dessa demanda por um saber definitivo e totalizante, o analista tenta convocar o sujeito a subjetivar o seu sofrimento, o que leva a muitas desistências em relação ao tratamento. Ocorre que, para haver análise, é preciso que se produza o inconsciente como saber, que é um saber de outra ordem. E para que esse saber se produza é preciso haver laço entre sujeito e analista: é necessário que o sujeito acredite e se dirija ao Outro em busca de um

saber, não somente em busca de alívio. Podemos nos indagar: como a análise poderia promover um enlaçamento da queixa sobre o corpo com algo da subjetividade desses pacientes, para promover o endereçamento ao Outro na transferência? Para responder a esta indagação, analisamos a seguir o conceito de transferência, visando articular seu manejo na direção do tratamento de pacientes acometidos por FPS.

3.1 A transferência: atualização de significantes na análise

O termo transferência, em psicanálise, de acordo com Laplanche e Pontalis (1991), corresponde “ao processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica” (p. 514). Isso significa que o paciente revive situações infantis com o analista, transformando-o em diferentes figuras da sua infância e atualizando conflitos infantis no momento presente da relação de análise.

Em outra vertente da psicanálise, esta em maior consonância com a concepção lacaniana que aborda a transferência a partir da via do saber, Chemama & Vandermersch (2007, p. 376-377), apontam que a transferência corresponde “ao vínculo que se instaura de forma automática e atual, entre o paciente e o analista, atualizando os significantes que sustentaram seus pedidos de amor na infância, e testemunhando que a organização subjetiva do sujeito é comandada por um objeto, que J. Lacan denominou de objeto *a*”.

A transferência remete à técnica psicanalítica usada por Freud ao longo de seus atendimentos. Em sessões iniciais com as suas histéricas, Freud utilizou a técnica da hipnose para compreender a origem do conflito psíquico que se convertia no corpo. No entanto, observou que, entre os pacientes, havia aqueles que não se deixavam hipnotizar, o que o levou a se questionar sobre as causas dessa recusa. Além disso, também alguns pacientes, ao sair do estado hipnótico, não se lembravam de nada do que haviam dito no momento em que se encontravam hipnotizados. Essas constatações levaram Freud a relacionar o fracasso da hipnose com a presença da resistência em análise. No texto pré-psicanalítico intitulado **A psicoterapia da histeria** (1893b/1996), o autor assinala o abandono da hipnose e a descoberta da resistência como algo a ser superado, já que impedia que o paciente rememorasse as representações relacionadas com o estado patológico, por serem muito penosas e causadoras de desprazer, sendo justamente contra essa sensação de desprazer que a defesa se erguia. A

partir de então, percebe que o não-saber dos histéricos apontava para um não querer saber, ou seja, uma defesa. É com o abandono da hipnose que o objetivo muda, passando para a descoberta, pela via da associação livre, daquilo que se deixava de recordar (PRATA, 1999). O paciente, ao invés de rememorar a experiência, a revivia na análise, promovendo o que Freud irá apontar como a transferência, que deveria ser tornada consciente, além de ser abandonada, pois promovia uma camuflagem das representações, demonstrando que, nessa época, a transferência ainda era tida como um obstáculo ao tratamento. A partir do caso Dora, o autor já considerava a presença da relação transferencial, porém ainda como uma barreira à rememoração.

Em estudo posterior, como nos **Estudos sobre a histeria** (1893/1996), os exemplos dados por Freud ilustram casos em que uma paciente tende a transferir para a figura do médico afetos que estavam voltados a uma outra pessoa, revivendo situações passadas e trazendo para a situação analítica suas representações inconscientes. Por meio dessa ligação, que Freud denominou “conexão falsa”, a paciente trazia à consciência conteúdos, sem conseguir, aparentemente, identificar o motivo de serem retomados, os quais surgiam de forma a levá-la a associar livremente, possibilitando estimular o afeto que tinha ocasionado a repulsa ao desejo proibido. Essa situação exemplifica que a transferência consiste no deslocamento de afeto de uma representação para outra.

Todavia, somente a partir de **Cinco lições de psicanálise** (1909b/1996) Freud irá conceber a transferência como importante parceira para a análise, assinalando que é a partir da relação transferencial que pode haver a elaboração do conflito psíquico, ou seja, a resolução do sintoma. Além de repetir a vivência com personagens de sua vida, o paciente também as reproduzia com a figura do analista, o que faz com que o analisando insira o analista na sua fantasia. No entanto, o autor continuou a também ver na transferência um insuperável obstáculo ao tratamento, pois, aparentemente, há forças que se movimentam no sentido de restabelecer o equilíbrio do aparelho psíquico, ao passo que outras não estão interessadas nesse movimento. Assim, aponta a importância da atenção ou escuta flutuante para o trabalho de dissolução das resistências do paciente na situação analítica.

Acerca da resistência, Lacan (1953-54/2009) afirma que ela está situada em dois sentidos: no sentido radial e no sentido longitudinal. A ocorrência no sentido radial se dá por aproximação do núcleo patógeno: quanto mais o paciente associa livremente, mais ele pode se aproximar desse núcleo. E é justamente nesse momento que a resistência opera, impedindo que uma representação recalçada, intolerável ao paciente, chegue até a consciência, o que levou Freud a afirmar “que a força de resistência é inversamente proporcional à distância em

que nos encontramos do núcleo recalçado” (LACAN, 1953-54/2009, p. 35). Aponta ainda que quanto mais o sujeito se aproxima de um discurso que seria o da sua verdade, mais fortemente o rechaça.

Para Lacan (1953-54/2009), a resistência corta o discurso para que o sujeito não entre em contato com o núcleo patógeno, já que o complexo se manifesta através do sintoma e este se repete ainda mais cada vez que o sujeito fala. No entanto, não podemos dizer que o núcleo patógeno é o sintoma, mas sim que o próprio sintoma é um efeito desse núcleo, o qual, uma vez instaurado, move o sujeito em direção a uma satisfação neurótica, repetitiva e, portanto, do ponto de vista da consciência, patogênica.

Analisando o texto de Freud sobre a dinâmica da transferência, Lacan (1953-54/2009) assinala que a experiência analítica mostra que a transferência aparece no interior dessa experiência, pois quando o paciente passa a endereçar o conteúdo recalçado ao analista, inicia-se o processo da relação transferencial, pois, concomitantemente, o discurso do analisando se afasta do núcleo patógeno. Desse modo, pode-se afirmar que a transferência satisfaz a resistência.

Dessa forma, em um processo de análise, à proporção que o analisando se aproxima desse núcleo, mais tende a se afastar, pois há o perigo de o conteúdo atingir a consciência, levando o paciente a tentar conservá-lo fortemente no inconsciente. Na tentativa de sintetizar essas formulações de Freud, Lacan (1953-54/2009, p. 58) ressalta:

Inicialmente, logo chegamos a uma região em que a resistência se faz sentir com nitidez. Essa resistência emana do processo mesmo do discurso, da sua aproximação, se é que posso dizer isso. Em segundo lugar, a experiência mostra que é aqui que surge a transferência. Em terceiro lugar, a transferência se produz justamente porque satisfaz a resistência. Em quarto lugar, um fato desse gênero se reproduz em um número incalculável de vezes ao longo de uma psicanálise. Trata-se de um fenômeno sensível na análise. E essa parte do complexo que se manifestou sob a forma de transferência é empurrada para o consciente neste momento. O paciente obstina-se em defendê-lo com a maior tenacidade.

Além disso, é possível que os momentos em que o analisando permanece em silêncio tenham como causa algum pensamento relativo à figura do analista. Quando parece que o paciente vai formular uma associação ou uma questão que muito se aproxima de algo de sua verdade, é como se realizasse, de repente, a presença do analista. Isso o faz deslocar-se de um

ponto a outro do discurso, ou, como diz Lacan (1953-54/2009, p. 59), “de um acento a outro da função da palavra”. Assim, podemos pensar a resistência dentro da experiência analítica em função da relação transferencial.

De acordo com Freud, no texto **A dinâmica da transferência** (1912c/1996), a transferência acontece a partir de ideias que se tornaram conscientes por antecipação e por aquelas que foram retidas ou que são provenientes do inconsciente. Afirma ainda que o mecanismo da transferência comporta dois pontos de discussão. O primeiro diz respeito ao questionamento quanto ao fato de a transferência ser mais intensa em indivíduos que estão em processo de análise do que naqueles que não estão; o segundo relaciona-se ao fato de a transferência constituir-se como instrumento de resistência na análise e, contraditoriamente, como possibilidade de cura. Nesse caso, as especificidades da transferência não devem ser atribuídas ao processo analítico, mas à própria neurose do indivíduo. Por isso, o analista não pode responder à demanda de resposta para a sua queixa, mas deve colocar-se no lugar de sítio do estrangeiro, como pontua Fédida (1988). O analista deve entender que o discurso do analisando não está endereçado a ele e sim ao lugar de um Outro que ele é convocado a ocupar.

A transferência é estabelecida como uma verdadeira luta entre a pulsão e o intelecto, objetivando direcionar o sujeito a “ajustar esses impulsos emocionais ao nexo do tratamento e da história de sua vida, a submetê-los à consideração intelectual e a compreendê-los à luz de seu valor psíquico” (FREUD, 1912c/1996, p. 135). Por isso, leva-se em consideração que é o mecanismo da transferência que cumpre o papel de resgatar impulsos inconscientes, tornando-os acessíveis para o trabalho analítico através da atualização de conflitos infantis. Como pontua o autor (FREUD, 1912c/1996, p. 57):

Esta luta entre o médico e o paciente, entre o intelecto e a vida instintual, entre a compreensão e a procura da ação, é travada, quase exclusivamente, nos fenômenos da transferência. É nesse campo que a vitória tem de ser conquistada - vitória cuja expressão é a cura permanente da neurose. Não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades; mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente.

As figuras que são deslocadas para o terapeuta durante a transferência dizem respeito às figuras parentais do paciente, trazendo juntamente a relação ambivalente que foi vivida com ambos. Essa transferência pode ser de dois tipos: uma que tem um caráter positivo, a transferência positiva, envolta por sentimentos bons, e outra, vinculada a aspectos negativos, a transferência negativa, ligada a sentimentos de hostilidade.

Com base no conceito de transferência como “um processo estruturante do conjunto do tratamento a partir do protótipo dos conflitos infantis” (FREUD, 1912c/1996, p. 515), é apontada a existência de uma nova manifestação, a neurose de transferência. Freud (1914b) afirma que essa neurose vai substituir a queixa inicial do paciente, ou seja, a enfermidade originária se transformará em uma nova, que será constituída na relação com o analista.

Não se pode perder de vista que o analista, com sua escuta flutuante, também está implicado na análise, mesmo que não venha a priorizar nada da fala do analisante. Sabe-se que a neutralidade não é possível e a ambição verificacionista do século XIX foi abandonada, passando-se a considerar que a relação intersubjetiva tem forte influência nesse contexto, o que demonstra a existência da contratransferência do analista. Não importa o que o analisando vai conceber a partir da interpretação, mas sim que se desenvolva o manejo para sustentar a associação livre em transferência (PRATA, 1999).

Para Lacan (1953-54), o conjunto dos preconceitos do analista compõe o processo da contratransferência, manifestando-se como uma função do ego do analista. Ressalta nunca ter afirmado que esses preconceitos não existiam, mas aponta a importância de o analista não ceder a eles, manejando a transferência de modo que os convencionalismos não sejam empecilhos para o andamento do processo de análise.

Por isso, a transferência ocorre pela via da repetição, ou melhor, da compulsão à repetição. No artigo “Recordar, repetir e elaborar” (1914b/1996), Freud assinala que o indivíduo inicia o tratamento pela via da repetição, defendendo-se, inconscientemente, de uma cura, que, conscientemente, ele busca. É, então, a partir da repetição que o paciente pode ou recordar ou atuar. Ele pode passar da repetição como uma atuação e não como uma recordação, o que lhe tiraria a possibilidade de elaboração, pois, ao atuar, o sujeito não se implica na sua queixa. Como afirma Freud (1914b/1996, p. 153): “[...] o recordar dá lugar imediato ao atuar”.

O analisando não tem consciência de sua resistência; é somente à medida que fala, ou seja, repete, que poderá ultrapassá-la, atingindo as representações inconscientes recalçadas por um conflito infantil. A análise oferece condições para a elaboração, justamente pela técnica da associação livre, que é a regra fundamental da situação analítica. O manejo da

transferência precisa ser cuidadoso porque o analisando irá trilhar um caminho difícil e desprazeroso para conseguir recordar, a fim de tornar a compulsão desnecessária e transformar a neurose comum em neurose de transferência, que só pode ser dissolvida na cena analítica.

Foi nesse passo que Freud desistiu de seu objetivo inicial de buscar testemunhas fidedignas para uma verdade na clínica (PRATA, 1999). Durante sua investigação, o autor procurava algo que está para além do saber consciente, sem esquecer que o analista não é imparcial nessa relação, o que o levou a pensar sobre o conceito de contratransferência em dois estudos: **As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica** (1910) e **Observações sobre o amor transferencial** (1915c[1914]). Nesses trabalhos, aborda a contratransferência como a reação do analista face à transferência do analisando. Podemos afirmar que a transferência é uma via de mão dupla, que não está apenas vinculada à disposição do paciente para tal, mas também a uma dependência na situação de análise, que só pode ser produzida durante o tratamento. Muitas vezes, é necessário que se introduza a visão de uma terceira pessoa, no caso, o supervisor do analista, com o objetivo de identificar as especificidades daquela relação transferencial, já que o analista, justamente por ser objeto da transferência, algumas vezes não consegue visualizar essas dificuldades.

A transferência ocorre através de uma assimilação, em que a pessoa psíquica se confunde com a pessoa real, ou seja, os comportamentos que aparecem no passado, agora são revividos no presente. Assim, a transferência possui um caráter mais amplo, podendo-se mudar de objeto ou de alvo, possibilitando que as situações ocorram de forma similar às de um tempo da infância (PONTALIS, 1991).

Nesse processo, o paciente, ao invés de dizer e simbolizar, “atua”, mesmo que esteja utilizando a fala, sendo o seu discurso concebido como um agir no sentido do que se repete, demonstrando uma atitude de renúncia face às lembranças, algo diferenciado de uma amnésia ou esquecimento, ou aquilo que Freud nomeia de uma “não-memória” (PONTALIS, 1991, p. 82-83). Trata-se de um processo em que se atua através das paixões, isto é, a fala é uma ação perpassada por uma paixão, abandonando a ordem de um dito. A transferência não pode ser dita, nem traduzida, pois não se coloca na ordem do discurso.

A repetição transferencial nos confronta com essa realidade, nos põe na presença dela, ‘a última e mais verdadeira’. Ela é realmente esse *acontecimento real* evocado há pouco, esse incêndio no teatro, que põe fim à representação e mistura em grande desordem espectadores e atores. E é um

acontecimento: não ocorreu outrora, ocorre agora, advém. Estranho fenômeno em que se conjugariam repetição e primeira vez. Quanto mais se repete, menos se gasta; mais se torna atual, ao contrário. O que se repete na transferência, age-se na paixão, e, logo, não acontecera, não encontrara seu lugar psíquico (PONTALIS, 1991, p. 94-95, grifo do autor).

Conforme Mannoni (1999), a transferência já pode ser notada antes mesmo do início do processo de análise. Dessa forma, o analista acaba sendo designado, de acordo com o fantasma do sujeito, a desempenhar um papel já previamente formulado. Com base nesse quadro, é necessário que o profissional tome consciência de que o analisando não apenas se relaciona imaginariamente com a figura do analista, mas também “se dirige ao que se encontrava, por assim dizer, já inscrito em uma estrutura, antes de sua própria entrada em cena” (MANNONI, 1999, p. 93).

Não se pode, pois, negligenciar o fato de que haverá uma intensa transferência com relação ao analista, questionando a sua competência, o que pode desencadear uma série de “reações persecutórias e depressivas” (MANONNI, 1999, p. 95), de acordo com o que foi atingido da tenra infância do paciente. E para que o processo de análise tenha andamento, é necessário que o analista consiga lidar com esses obstáculos e procure manter controle sobre eles, a fim de que não o atinjam tão fortemente e bloqueiem o trabalho analítico.

Então, para que possa se instalar a relação transferencial, também é necessário que o analista se descole da sua resistência, não competindo esta tarefa apenas ao analisando. É necessário que o analista proceda a um “desfazer-se de si”, vinculando-se ao desejo afirmado de ser analista, segundo Pontalis (1991, p. 108). Uma análise só é válida se cumpre o papel de fazer com que as convicções e os pensamentos do analista se modifiquem. Nesse trabalho, o que é de mais estranho no analisando emerge, promovendo a confrontação do analista com a estranheza e a alteridade na contratransferência.

Lacan (1960-61/1995), no **Seminário A transferência**, aborda o conceito de transferência a partir de outra concepção, que aponta o seu estabelecimento pela via do saber. Nesta, ocorreria um endereçamento ao analista, depositado no lugar do Outro, da fala do sujeito que demanda um saber sobre o seu sintoma. Esse endereçamento expressa uma mudança de posição do analisando frente ao seu sofrimento, o que transforma o analista em objeto na relação transferencial. Dessa forma, a relação não se dá de sujeito a sujeito, mas sim de sujeito a objeto. E vai além, afirmando que a transferência é uma metonímia e, portanto, o que se transfere ou o que se desloca são significantes. Assim, a transferência é a relação entre

palavras e se constitui como o campo semântico para a interpretação.

No entanto, há a impossibilidade de que tudo seja dito e é justamente nesse ponto, no momento em que falta significante para o sujeito que ele repete em ato na transferência, na tentativa de construir o saber que não é possível dizer. Esse saber é referente ao nó do sintoma, ou seja, ao furo da Coisa, pois o inconsciente insiste em manifestar o recalado. E é precisamente no momento em que há a ausência do significante e que o sujeito repete que se instala a transferência. No entanto, para Lacan, a transferência não pode ser confundida com a repetição, já que consiste em um recurso contra a repetição.

Para Lacan, o conceito de transferência tem a ver com o lugar determinado em uma *práxis*, pois afirma que “nenhuma *práxis*, mais do que a análise, é orientada para aquilo que, no coração da experiência, é o núcleo do real” (LACAN, 1964/2008, p. 58). Como há a impossibilidade de que tudo seja dito, pode-se afirmar que o *autômaton*⁷ não é o todo da repetição, pois o real sempre estará implicado a partir de *tiquê*⁸ como um encontro com o real. Com base nessas elaborações, podemos ver que o autor fundamenta a transferência como mola principal da análise, e o desejo do analista, como função essencial da transferência. O desejo do analista relaciona-se com o registro do real como o eixo que orienta a prática analítica. Assim, podemos pensar em uma articulação entre a noção de desejo do analista e a de contratransferência, já que há uma implicação intrínseca, tornando a noção de contratransferência inutilizável, pois na situação de análise, temos analista e analisando implicados em uma transferência que é única. Logo, o desejo do analista se constitui a partir de sua própria análise, através de um processo de destituição como sujeito para ocupar o lugar de objeto *a*, a fim de causar o desejo do analisante.

É por essa razão que, em uma análise, o verdadeiro desejo do analista é provocar o desejo do analisante, para que este deseje saber sobre a verdade de si mesmo. É certo, entretanto, que em uma análise com uma histérica, por exemplo, ela vai tentar de toda forma provocar a produção de saber no analista. Se ele responde, a histérica o destitui do lugar de saber e o questiona novamente, impossibilitada que está de acessar o seu desejo. O que sustenta o lugar do analista no discurso é o saber do seu inconsciente e não o saber teórico, pois aquele tem a ver com a sua falta, com a sua divisão, encontrando elo com a castração do

⁷ O *autômaton* faz referência ao retorno dos signos, como um acaso significativo, de caráter restitutivo, de modo que essa insistência se nos apresenta como comandada pelo princípio do prazer (LACAN, 1964/2008).

⁸ A *tiquê* diz respeito a uma causação subjetiva, decorrente daquilo que não cessa de não se escrever, em outros termos, do encontro com o objeto *a* (LACAN, 1964/2008).

analisante.

Acerca da técnica psicanalítica, Lacan (1960-61/1995) retoma a reflexão sobre algumas questões referentes à resistência e à contratransferência, que foram marcantes para pensar a operação em psicanálise. Lacan apontou a presença de dois na experiência de análise, o que será criticado em um momento posterior de seus estudos e escritos, quando introduz um terceiro. Formulou que há uma disparidade subjetiva entre analista e analisando, o que levará a uma impossibilidade de operar algo a partir da intersubjetividade entre ambos. Na transferência, o analista é convocado a ocupar o lugar daquele que contém o *agalma*, aquilo que causará o desejo do sujeito, ou seja, o objeto fundamental que irá inaugurar o lugar onde o sujeito se constitui e se fixa como desejo.

No seminário em questão, Lacan trabalha o conceito de transferência, apontando-o como um fenômeno descoberto antes de Freud e demonstrando a sua dupla via, pois, ao mesmo tempo em que se apresenta como resistência, também cria condições para o acesso ao desejo do sujeito. O autor utiliza **O Banquete**, de Platão, que versa sobre o amor, para ilustrar suas formulações, articulando esse conceito ao de transferência, fazendo uma associação com a figura de Sócrates para exemplificar a noção de **sujeito suposto saber**, lugar fundamental que o analista será convocado a ocupar na análise.

O analista, ocupando o lugar do Outro, de sujeito suposto saber, permite que o analisando fale, sustentado pela regra analítica da associação livre e pelo desejo de saber, a partir da queda do sujeito suposto saber, lugar ocupado, inicialmente, pela figura do analista, o que promove um endereçamento de sua fala ao Outro do seu próprio inconsciente. No entanto, cria-se uma ilusão, pois o analisando acredita haver um saber do lado do analista, que será destituído com o final da análise, momento em que o sujeito atravessa o seu fantasma fundamental. Essa prática analítica admite que, através dessas associações, algum saber seja produzido.

O saber de Sócrates sobre o desejo desperta a paixão de Alcebiades, na medida em que este passa a acreditar que Sócrates detém o enigma sobre o desejo, ou seja, o objeto precioso que contém o signo do desejo. A posição de Sócrates ao afirmar que nada queria saber a não ser aquilo que dizia respeito a *Eros*, ou seja, ao desejo, ilustra o manejo da transferência e o lugar de sujeito suposto saber, pois, como veremos adiante, o desejo se revela à medida que nada se sabe. Sócrates tem o *agalma*, o objeto causa de desejo, o objeto precioso que alimenta Alcebiades. Traçando um paralelo com a situação de análise, o analista, assim como Sócrates, é o possuidor do *agalma*, o objeto fundamental de causa de desejo para o paciente. A esse respeito, Lacan (1964/2008, p. 246) ressalta: “Por trás do amor dito de transferência, podemos

dizer que o que há é a afirmação do laço do desejo do analista com o desejo do paciente”.

Ao apontar para o desejo do sujeito, Sócrates invoca o amor de Alcebiades. O desejo é sempre desejo do Outro que se conecta com o amor. Através do amor, há uma espera de resposta por reciprocidade, o que, na realidade, não existe, pois nunca se sabe qual o verdadeiro desejo do Outro, que é apenas uma suposição. Logo, podemos articular a posição de Sócrates com a do analista. Acerca dessas formulações, Rinaldi (1997, p.4) afirma que “é porque Sócrates se esquivava das solicitações de Alcebiades, mantendo o enigma de seu desejo ao mostrar-lhe que neste lugar não há nada, que ele pode reenviar Alcebiades para o seu verdadeiro desejo”.

Quando o sujeito em análise questiona o saber do Outro, ocupado pelo analista, e este não responde à solicitação, o sujeito se depara com a falta e formula uma pergunta acerca da posição que ocupa no seu desejo, afastando-se do objeto *a*. Se o analista não atende à demanda, sai do lugar de sujeito suposto saber e se coloca na posição do sujeito suposto elaborar, possibilitando o encontro do analisando com seu próprio desejo. Então, o sintoma é tomado como um dispositivo analítico e é a partir dele que o sujeito poderá elaborar uma questão que constituirá um saber a partir do inconsciente do Outro (VIDAL, 1993).

Rinaldi (1997) propõe uma discussão acerca do lugar do analista na direção do tratamento, articulando a noção de desejo do analista, que não pode ser confundida com o desejo de ser analista como função essencial na análise. Esse desejo não é apresentado como desejo de algo do próprio analista, mas sim como o desejo de fazer o analisando desejar, de que surja a análise, o que ocorre na relação de desejo a desejo. Lacan (1964/2008) indica o que permite a entrada em análise: a noção de sujeito suposto saber, pois, com o estabelecimento da transferência, há a inserção de um terceiro através da própria fala do paciente, ocasião em que deve ficar claro para o analista que o endereçamento não é dirigido à sua pessoa, mas sim a um lugar que é convocado a ocupar. Desta forma, o desejo do analista irá regular o desenvolvimento e a saída de análise.

Lacan (1964/2008) enfatiza que, se a permissão para a identificação no plano do ideal do eu é a noção de sujeito suposto saber através da transferência, o desejo do analista é justamente o contrário, pois provoca algo para que o processo de identificação seja ultrapassado, ou seja, para que o sujeito atravesse o seu fantasma. O desejo do analista é o ponto fundamental de um processo analítico, pois se situa na tensão existente entre a identificação idealizante (I) e o mote por onde o sujeito é levado a desejar, pela via do objeto causa de desejo (*a*), visto que o analista, ao se colocar no lugar de *semblant*, provoca o aparecimento de um sujeito barrado, de um sujeito faltoso. Essa é a mola fundamental da

análise: a conservação do distanciamento entre o lugar da identificação idealizante e o lugar de objeto *a*. Rinaldi (1997, p.3) assim se expressa sobre a questão:

O elemento terceiro em qualquer análise está na causa do desejo - o *objeto a* - para o qual o analista se oferece como suporte sem, contudo, pretender contê-lo. Para que ele possa ocupar esse lugar, é preciso que haja *desejo do analista*, não como um desejo puro, kantianamente livre dos afetos, mas como desejo de que, para além do narcisismo, surja a diferença. Esta é a proposta ética de Lacan para a psicanálise em intensão. O fim de uma análise não é a promoção de um novo Ideal do Eu, a partir de um processo identificatório, mas, pelo contrário, permite que deste lugar o sujeito seja destituído e que possa aparecer na sua diferença, uma vez que o desejo mantém o seu caráter de enigma.

O analista deve descer do lugar idealizado no qual é colocado quando em análise, no sentido de fazer *semblant* de objeto *a*, causando o desejo do sujeito e demonstrando que não há objeto com maior importância do que outro, pois não está em questão o alcance de nenhum ideal. Por isso, podemos afirmar que a noção de sujeito suposto saber e a de desejo do analista são indissociáveis, pois, para que o analista ocupe esse lugar, é preciso que esteja em jogo o desejo do analista. Justamente por isso, esse desejo irá apontar para o real, guardando íntima relação com o desejo de morte e com a pulsão de morte, comportando a insistência de um silêncio. Trata-se de um saber que está em jogo na situação analítica, um saber que não se sabe, ou que é da ordem de um não querer saber pelo sujeito.

Cury (2003) acrescenta que é através da transferência que um sujeito faz questão sobre o seu próprio desejo, a relação sexual e o sexo do Outro. Ao se oferecer ao analista para ser objeto de amor, o analisando tenta reviver sua primeira experiência de satisfação, havendo aí uma transferência também pela via do amor e não somente pela via do saber. As marcas mnêmicas que aparecem em seu discurso apontam para um gozo que supostamente existiu, porém, “o que este sujeito busca é a realização do furo da Coisa que, por estrutura, só pode ser cernido pelo significante” (CURY, 2003, p.84). A respeito do desejo do analista, afirma que por meio dele o sujeito poderá construir algum saber, após se separar e atravessar o seu fantasma fundamental. Observa que o sujeito acessará o seu desejo “pelo corte efetuado pelo objeto *a* que o divide. Este objeto então torna-se causa de desejo” (CURY, 2003, p. 85).

Durante a análise, do ponto de incidência do desejo do analista decorre a demanda que vai fazer emergir o desejo do sujeito. A maior resistência será manifestada através do ódio de transferência, pois o Outro, que foi fundado como o detentor do saber, será destituído e o

sujeito será convocado a fazer uma escolha pelo impraticável de seu próprio desejo. O autor ressalta que “a função do gozo como propulsor de uma análise é levar o sujeito ao insuportável quando então há que decidir-se a perda que é, antes de tudo, do Outro. O que, porém, não se perde é o desejo que é impossível e indestrutível” (CURY, 2003, p.87). É preciso dizer, no entanto, que, até então, a especificidade da transferência destacada referia-se aos pacientes com estrutura neurótica. Mas, para além das estruturas, como poderíamos conceber a transferência em fenômenos que se manifestam em qualquer estrutura clínica, como o fenômeno psicossomático? Como se estabelece a transferência com um sujeito acometido de um FPS que, ao menos por um momento, não consegue articular significantes?

O questionamento fundamenta-se na ideia de que o FPS assemelha-se ao delírio, em razão da holófrase do primeiro par de significantes, que impede o desenrolar da cadeia e a afânise do sujeito. Nessa perspectiva, o FPS não é fruto de uma forclusão do significante Nome-do-Pai, mas sim da falta de qualquer significante na cadeia. Há um retorno de gozo no corpo, que deveria estar apenas circunscrito às zonas erógenas, assim como no delírio.

Circunscrevendo o gozo a uma parte do corpo, o FPS pode funcionar como um ponto de estabilidade para a paranóia por causa da invasão pelo real e pela falta da construção da fantasia. Além disso, pode apresentar-se como uma tentativa de empreender laço social. Assim, pelo fato de os dois fenômenos, FPS e delírio, se aproximarem, mas também se afastarem por conta de suas especificidades, o analista precisa ter uma posição diferenciada em cada caso.

Quando se trata da instalação da transferência na estrutura psicótica, ao contrário do que acontece na neurose, o analista não faz *semblant* de objeto *a* para o sujeito trabalhar, visto que não há uma suposição de saber, mas apenas uma certeza no aspecto subjetivo. O psicótico é falado pelo Outro, pois não possui um aparato imaginário. Esse sujeito não está submetido a uma significação fálica, ou seja, não é nortado pelo falo, como é comum aos sujeitos neuróticos.

Nessa situação, é a presença do analista no **concreto**, ou seja, através do suporte do objeto, que gera alguma influência, encarnando o lugar de grande Outro, já que o sujeito está no lugar de objeto para o gozo do Outro, pois ele não chegou a ocupar o lugar de amor. Para Rabinovitch (2005, p. 19),

a via que se abre para a transferência na psicose é uma outra via. Trata-se de tentar uma escritura com o suporte do objeto, buscando fixar o imaginário,

impedindo-o de tornar-se delirante. O analista é convocado a uma resposta, onde não cabem nem o silêncio, nem a interpretação, numa difícil posição na borda do buraco do real.

O analista não escolhe o lugar que irá ocupar para o sujeito nesse tipo de clínica, apenas o ocupa. Dois são os lugares possíveis para o analista no tratamento do psicótico: o primeiro, diz respeito ao lugar de um Outro sem furo, completo, consistente, em concordância com o que o psicótico o acusa de ser; o segundo, é o de sustentação de um significante ideal, como aquele que irá sustentar uma imagem, podendo o analista operar por essa via. Esse significante ideal vai atuar como uma barreira para o gozo, até que o sujeito possa se haver sozinho com um significante seu.

O delírio, próprio da psicose, pode constituir um saber inconsciente para o psicótico, aparentando-se à formação fantasmática, que protege o sujeito do real, assinalando o delírio como algo análogo à fantasia na neurose. No entanto, os mesmos não são suplências⁹, pois a suplência é algo que pode substituir o Nome-do-Pai, que é o objetivo na análise da psicose. O delírio já viria a ser um resultado da suplência, podendo caminhar para um arremedo rumo à construção fantasmática. Poderia deslizar para algo da ordem da fantasia, fazendo laço com o significante do analista para constituir um ponto de basta, já que a transferência é sempre de um significante a outro significante.

O significante ideal é colocado no horizonte e não no analista, pois ele só será constituído pelo psicótico como ideal que remete ao momento do narcisismo. Nessa relação não há suposição de saber, pois o sujeito se vê completo, sem remeter algo ao ideal, ou seja, ao significante ideal. Pode-se dizer que essa transferência ocorre na via que leva ao real do analista, pois não há uma suposição e sim uma imposição de saber para o sujeito submetido ao gozo do Outro. A clínica do FPS é uma clínica do escrito, visto que o analista terá a função de nomear, ou seja, o manejo da transferência se dá pela via da nomeação.

Depois de entendermos a especificidade da transferência no sintoma neurótico e na psicose, somos levados a indagar: como se dá o manejo da transferência nesses casos, já que o FPS pode aparecer em qualquer estrutura? Qual a posição que o analista deve adotar e qual a direção possível para esse tratamento? Como manejar a transferência nos casos em que há a

⁹ Neste trabalho não nos deteremos no conceito de suplência, mas para esclarecê-lo podemos dizer que consiste em uma reparação para uma falha na inscrição do significante Nome-do-Pai, tendo a mesma função do pai que nomeia, estabilizando a estrutura do sujeito. Lacan (1974-75) propõe o quarto elo, o Nome-do-Pai ou o *sinthome* como aquele capaz de amarrar de forma diferente e mais estabilizada os três registros do real, simbólico e imaginário.

fixação de um gozo específico relacionado à doença, impedindo que eles consigam articular algo com suas histórias? Como lidar com o que é da ordem do indizível, do irrepresentável, do inominável? Na tentativa de responder a essas questões, analisaremos a ocorrência do manejo da transferência em um caso clínico singular, que será exposto a seguir.

3.2 O manejo da transferência na clínica dos fenômenos psicossomáticos: elaborações a partir de um caso clínico

Embora não exista uma modalidade específica de transferência nos casos de acometimento pelo FPS, percebe-se que ela se instaura por uma via mais tortuosa, porque guarda uma especificidade por causa da fixação a um gozo específico, própria desses fenômenos, que não permite ao paciente endereçar uma demanda ao analista pela via subjetiva, mas pela via da doença, do real. Se, pois, não há um sintoma, não se constitui um dispositivo clínico para o sujeito elaborar uma questão, tal como ocorre no sintoma, ou simplesmente escrever algo através da imposição de um saber, como acontece nos fenômenos elementares da psicose, tais como a alucinação e o delírio, pois ele ficará, na verdade, congelado, condensado em sua própria doença, e não se liga com outros significantes fora e dentro da análise.

Durante a análise, entram em jogo a palavra e a fala, como nos diz Lacan em “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise” (1953/1998), comportando o registro do simbólico. Por não haver a possibilidade de sentido completo, devido à perda ocorrida com a marca do simbólico e a conseqüente divisão do sujeito, no momento em que se fala, pode-se dizer que o significante não recobre tudo, pois algo sobra da operação de divisão do sujeito, constituindo-se como um *a mais*. Esse é o lugar do gozo, do resto, apontando para a falha do Outro, “e, é somente enquanto lugar vazio que o gozo não será prazer nem sofrimento, mas lugar de privação, buraco, ao qual só se pode fazer borda” (ORNELLAS, 2004, p. 152).

Segundo Ornellas (2004), durante a sessão com o analista promove-se uma subversão na relação do sujeito com o saber. A resistência do gozo ao saber manifesta-se do ponto de onde parte o posicionamento do analista, de tal forma que podemos ressaltar que o gozo tem a função de exclusão e inclusão, concomitantemente, pois, na medida em que se apresenta como aquilo que sobrou da operação de divisão do sujeito, também produz uma inscrição, que passa a operar no lugar de causa de desejo. O desejo do analista pode operar, pois, com esses

“restos de real excluído” (ORNELLAS, 2004, p.152), algum saber pode ser construído utilizando as falhas da linguagem, à procura de um ponto de basta através do sentido para o sujeito acometido por um gozo avassalador. Ornellas (2004, p. 152) ressalta:

Uma experiência de análise desdobra-se no campo da palavra e da fala. Trata-se de fazer falar, entrando em jogo a dimensão simbólica. Mas, se existem limites neste dizer, é pelo ato mesmo da fala que vai sendo introduzida, também, a questão da perda no sentido daquilo que o significante não dá conta – o gozo – que, enquanto lugar vazio, indicando a falha do significante, irá apontar à inconsistência do Outro.

Desse modo, o sujeito acometido pelo FPS, apresenta a possibilidade de entrar em análise, consistindo em colocar em discurso a marca quase que hieroglífica que está no corpo, pois esse fenômeno é passível de se localizar no campo da linguagem através da indução significante, pois é efeito do significante. O sujeito acometido pelo FPS possibilita a operação do desejo do analista através dos significantes que ele próprio produz. Esses significantes poderiam descongelar a cadeia, agindo sobre o objeto *a* preso ao corpo. Com isso, objetiva-se a restituição do intervalo entre S_1 - S_2 , possibilitando a afânise do sujeito e a articulação entre significantes, produzindo a emergência do desejo e o aparecimento de uma queixa pela via do sintoma neurótico (FERNÁNDEZ, 2000). Nicolau e Guerra (2011) afirmam que o trabalho do analista consistirá em escutar esse discurso sobre a doença, discurso que, a princípio, permanece fixado a ela, na tentativa de possibilitar, minimamente, um deslizamento de significantes e um esboço de elaboração. O escrito no corpo do paciente acometido pelo FPS precisa ser cifrado para poder ser decifrado, sendo necessário que o sujeito construa um enigma para que essa escrita do real do corpo possa se transformar em uma escrita inconsciente.

Esse manejo opera no sentido de permitir a redistribuição de gozo para o sujeito, pois sempre há um gozo implicado. O que se pretende é que haja menos gozo e mais prazer, ou seja, menos sofrimento. O enodamento que é feito pelo FPS pode sofrer uma passagem para o enodamento pelo Nome-do-Pai, sendo possível fazer-se uma clínica em que haja uma passagem do Um inicial a uma conjunção-disjunção, para permitir uma cifração, direcionando-se à palavra falada (NICOLAU, 2008).

Acerca desse assunto, Szapiro (2008) enfatiza a reflexão sobre o modo como o analista pode operar para restituir a nomenclatura pela via da função paterna, a fim de que se produza uma nova regulação do gozo, incidindo sobre o gozo específico que se apresenta congelado, fixado em um determinado ponto do corpo.

No **Seminário RSI** (1974-75), Lacan atribui ao significante Nome-do-Pai a função de

nominação, o que leva a uma regulação do gozo e sua articulação ao sintoma. Szapiro (2008) ressalta que, no FPS, o Nome-do-Pai está em jogo, visto que houve uma inadvertência singular no enodamento dos registros do real, simbólico e imaginário, por uma falha na nominação simbólica. Isso terá consequências sobre a redistribuição gozosa, o que se relaciona com a fixidez de um gozo específico no FPS.

A autora assinala, então, que, para operar sobre o FPS, pode-se trabalhar a partir da suplência do Nome-do-Pai, ou seja, do *sinthome*, que gera maior estabilidade para o sujeito. Fazendo uso do Nome-do-Pai, pode-se promover uma regulação de gozo, pois o objeto ao qual o gozo estava fixado transforma-se em causa de desejo. Szapiro interroga-se acerca de uma suplência por essa via ou de um resultado esperado em qualquer análise. Cita Lacan para lembrar que a função paterna incide sobre o enodamento borromeano e é justamente sobre isso que a análise opera. Afirma, então, que o que está em jogo é a possibilidade de uma outra forma de enodamento para o sujeito, ou ainda: “Se trata del pasage de una escritura a outra. De um escrito, resíduo de goce em el cuerpo, a poder decir, al posibilitar en el marco de un análisis, la operación de nominación” (SZAPIRO, 2008, p. 46).

Assim, a operação de nominação possibilita a reparação de falhas pela via do *sinthome*, onde será produzida uma regulação do gozo a partir do enodamento com um quarto elo, orientando a efeitos diferenciados na clínica. Pode, então, emergir um sujeito em remissão do FPS, o que leva a um descongelamento da cadeia significativa, produzindo uma redistribuição gozosa e uma dialetização do discurso na transferência. Essa operação possibilita um novo saber-fazer (*savoir-y-faire*) com o seu gozo.

Essas formulações forneceram subsídios à análise do caso clínico que será aqui exposto, articulando a questão do gozo específico implicado nesses fenômenos do corpo, com a direção do tratamento possível nesses casos, através do manejo da transferência.

Em suas sessões iniciais, a paciente, a quem chamei Paula, de 47 anos, apresentava uma fala quase que restrita às afecções somáticas: urticária nas pernas, dor de estômago, palpitações, febre alta, diarreia, entre outros sintomas, o que a impossibilitava de executar várias atividades cotidianas, até mesmo de ir às sessões. Se um conjunto de sintomas pode definir uma doença, também pode cumprir a função de definir um sujeito, pois cada afecção remete à outra – a urticária remete à dor no estômago, que remete às palpitações etc. – contribuindo para demonstrar que a doença lhe dá a possibilidade de negar a sua própria divisão como sujeito (BLANCARD, 1990). Ou ainda, sintomas que formam uma cadeia, mas em que um significativo não remete a outro, não põem em jogo a afânise do sujeito. Cada enfermidade é “uma” enfermidade e são contadas sem qualquer tipo de associação, uma a

uma.

A hipótese diagnóstica levantada para o caso dessa paciente, a partir da sua fala em transferência, colocou-a em uma estrutura clínica histérica, pois o discurso apontava para o falo como norteador, já que a paciente demonstrava, na maioria das vezes, uma constante insatisfação. Segundo Chemama & Vandermersch, “a histérica não busca no outro o objeto de seu fantasma, mas antes o Outro absoluto, enquanto ele se identifica com o objeto do fantasma do outro e, de forma escondida, com a falta do falo” (2007, p. 146). Entretanto, as afecções no corpo, como as dores, a urticária, entre outros, levavam à suposição de que se tratava de um fenômeno psicossomático (FPS) e não de um sintoma, pois existiam elementos em seu discurso, como a queixa geralmente circunscrita às doenças, que não guardavam qualquer relação com um referente simbólico, ou seja, que não compareciam no campo da linguagem. Lacan (1954-55/1985) refere que os FPS encontram-se fora do engendramento simbólico, estando localizados no registro do real. Mais tarde, no **Seminário 11** (1964/1998), alude à condensação entre S_1 e S_2 , não permitindo a queda do objeto, com a conseqüente falha na constituição do sujeito desejante, que aparecerá nas falhas do discurso, isto é, no intervalo entre os significantes da cadeia.

Apesar desse congelamento, caracterizado por uma fala bastante fixada à dimensão da doença, a paciente também explorava a regra fundamental da psicanálise, a associação livre, por não se situar completamente fora do simbólico, visto que no FPS não se trata de uma forclusão, como nos fenômenos da psicose, mas sim de uma falha na inscrição do significante Nome-do-Pai. Paula tentava explicar suas afecções, atribuindo a recorrência a vários acontecimentos ruins em sua família, enfatizando, sobretudo, o adoecimento de sua mãe, que, tendo apresentado um sangramento pelo ânus, se recusara a consultar um médico por vergonha. Essa fala da paciente sugeria uma adesão à hipótese de que suas doenças apareceram com os acontecimentos ruins em sua família e a identificação com o adoecimento da mãe, na tentativa de filiar-se simbolicamente. Além disso, Paula enfatizou seu medo de perder a mãe, pois já havia sofrido com a perda do pai, com quem não tinha convivido. Durante esse relato, a paciente chorou. Mais adiante, enfatizou a expectativa de que a terapia a tirasse do estado de “transe” em que estava vivendo. Esse significante faz referência a um sujeito hipnotizado, que não tem qualquer controle sobre si mesmo, como acontece com o sujeito acometido pelo FPS.

Nas sessões iniciais, a paciente falou sobre suas doenças e as consultas a diversos médicos, queixando-se de que eles não tinham conseguido dar-lhe uma resposta sobre o que a acometia, manifestação que se assemelha a uma tentativa de ver legitimada sua suposta

enfermidade. Ornellas (2004) ressalta que o indivíduo com o FPS, ao procurar um médico, está demandando um saber que autentique a sua doença, o que demonstra uma atitude paradoxal. Paula dizia parecer ter algo dentro de si: “Algo que vem de fora e toma conta de mim”, sem que houvesse qualquer interferência sua, o que denota o comparecimento do real como algo que irrompe e a completa falta de implicação com o seu sofrimento.

Um dos médicos que a paciente consultou, cardiologista, receitou-lhe um medicamento chamado Fluxene, um antidepressivo. Durante o período em que tomou o medicamento, Paula tinha a sensação de estar com a língua cortada, com a garganta seca e com um “zumbido” nos ouvidos. Essa fala denota justamente aquilo a que o medicamento se propõe: “cortar a língua” do sujeito, não deixá-lo falar, calá-lo. Isso se deve, muitas vezes, à impossibilidade de médicos darem sustentação à angústia do sujeito; muitos nem ao menos encaminham os pacientes para psicólogos ou psicanalistas, numa prova de não reconhecimento de uma limitação no seu saber e na sua escuta. Quando esses sintomas se manifestaram, Paula interrompeu imediatamente a medicação, e procurou um psicólogo. Essa atitude, de alguma forma, denota uma resistência ao saber médico - sem contar o fato de falar sobre isso na sessão - mas também a busca por uma resposta em outro campo de saber referente a uma suposição. Perguntei-lhe o que a levava a falar sobre isso e disse que preferia falar do que permanecer ingerindo remédios que a acalmassem. Esse trecho ilustra a demanda da paciente ao analista por uma resposta, já que ela falava sobre algo que vem “de fora” e que toma conta do seu corpo, daí a demanda de uma resposta oferecida pelo médico ou pelo analista, mas não por ela mesma, já que não se trata de algo que é dela, mas sim de algo que a “invade”, como Paula referiu. Isso demonstra o afastamento da paciente daquilo que a acomete e a irrupção do real como algo que a toma. O distanciamento do sujeito em relação à sua doença torna difícil traçar a trilha proposta por Freud em análise: recordar, repetir e elaborar (SANCHES, 2010).

Paula relatou ainda o quanto gostaria de ter uma resposta para os seus “sintomas”, pois não gosta de tomar remédios, geralmente receitados pelos médicos que costuma visitar. Essa demanda de resposta endereça à terapeuta uma demanda de saber, produzindo o sujeito suposto saber, conforme Lacan (1960-61/1995) articula no **Seminário A transferência**, produção essencial para a entrada em análise. Posteriormente, o sujeito suposto saber precisa ser destituído para que o analisando passe a endereçar a sua fala ao Outro do inconsciente, admitindo que o analista ocupe a posição de objeto *a* para causar o desejo do sujeito. Além disso, quando remete sua fala ao analista, também busca uma resposta, pois esse discurso admite um gozo.

A partir do gozo existente na fala, apontamos a possibilidade de construção de um saber do lado do sujeito e não do analista, já que o analisando pode empreender um trabalho psíquico quando enuncia. De acordo com Ornellas (2004), ocorre uma subversão na relação do sujeito com o saber durante o tratamento. O gozo promove uma inclusão e uma exclusão, de modo concomitante, pois põe em evidência o resto da divisão do sujeito e possibilita uma inscrição que incida no lugar de causa de desejo. Enquanto isso, o desejo do analista opera no sentido de sustentar a fala que está presa, na tentativa de levar o sujeito a fazer outro tipo de laço através do seu discurso.

Paula relata ainda “que o que a leva a ficar mal mesmo é ter aborrecimento”. Então por que esse corpo continua a se manifestar em detrimento da esfera subjetiva? No caso dos pacientes de FPS, algo se configura da ordem do trauma decorrente da relação ao desejo do Outro (FONSECA, 2006). Essas significações do Outro pesam como imposições que confundem o sujeito. Trata-se de um trauma que se transforma em um signo, uma mostra manifestada no real do corpo por não ter sido alvo de um processo de simbolização. Nesse caso, o desejo do sujeito está nulificado, enquanto o desejo do Outro prevalece, excluindo o sujeito do sistema significante de alguma forma.

Apesar de apresentar um discurso preso às suas doenças, a paciente destacou questões familiares, novamente na tentativa de associar e recordar, tais como: o fato de seu ex-marido não estar pagando a pensão que deveria a seu filho; a separação dos ex-maridos, que a “trocaram por outras mulheres”, ainda durante o casamento; o fato de não ter sido registrada e reconhecida pelo próprio pai, por quem fora “deixada”. Ressalte-se que algo sugere uma repetição do ato de ser abandonada pelos ex-maridos, tal como fora deixada pelo pai: é como se ela não tivesse nenhuma responsabilidade por esses acontecimentos.

A paciente relatou ter sido o avô quem exerceu a função paterna, embora a ausência paterna lhe tenha feito “falta”, visto que o pai biológico nunca a ajudara. O fato de não ter sido registrada pelo pai promoveu uma marca nessa paciente, mas ela parecia tentar simbolizar a ausência paterna na medida em que falava sobre esse fato. No entanto, sua fala parece remeter à falta de um nome, pois há um traço no real, que, estando fora da linguagem, encontrará no corpo uma via de manifestação. Paula apresenta o que foi vivenciado como abandono, através do gozo específico fixado nas suas enfermidades, pois se algo da realidade exterior a faz recordar a vivência, já que esta não foi transposta para a linguagem, o FPS aparece em seu lugar (GUIR, 1990). Lacan, na **Conferência de Genebra Sobre o Sintoma** (1975), diz-nos que o FPS aparece em seu lugar como um hieróglifo, que não se dá a ler, pois

está marcado no real do corpo, como algo que se escreve da ordem do número, não possibilitando encadear significantes.

Em atendimentos posteriores, Paula retornou à referência do abandono, tanto pela parte do pai, quanto dos ex-maridos. Afirmou que seus casamentos não foram bem-sucedidos possivelmente porque sempre cuidara “bem demais” dos seus companheiros, acreditando encontrar-se “no momento atual tão cheia de problemas, por ter piedade demais do ser humano”. Relatou que fora “traída” por ambos, que tinham relações com outras mulheres. Além disso, afirmou estranhar as atitudes de seu filho mais velho que demonstrava certa preferência por compartilhar a vida do pai, diferentemente da irmã, que expressava maior afinidade com a mãe, o que representa mais uma situação de “abandono”.

Em outro momento, Paula declarou que, por ter perdido o pai, não gostaria de “perder mais ninguém”. Relacionava a chegada da noite com a morte e explicou que o motivo talvez fosse a morte de um tio – falecido nesse horário □, pelo qual tinha um apego muito grande, o que evidencia uma outra tentativa de encontrar um pai, ou seja, um apelo à função paterna. Paula disse acreditar que, por causa da morte desse tio, também tem muito medo de que algo grave aconteça a alguém de seu núcleo familiar.

Em outro momento das sessões, afirmou que, ao se sentir mal, “vai para a casa de uma amiga e fala”, o que a fazia melhorar. Disse que o fato de ir ao psicólogo e falar também a faz melhorar, daí acreditar que o falar tem um efeito positivo sobre os seus sintomas, sobre a remissão de seus sintomas. Há nessas palavras uma tentativa de fazer questão e de construir um saber, pois a paciente desconfia de que o ato de falar gere alguma mudança sobre o seu estado. Deste modo, o que se pretende em um processo de análise, nesses casos, é possibilitar a decifração desses fenômenos com a emergência da palavra falada (NICOLAU, 2008).

Em outra sessão, aproximou-me da figura de Deus, na busca da resposta para seus “problemas”, pois, para a paciente, “Deus tem solução para tudo, está e vê acima de tudo”. A paciente não se implica com as suas questões e as transfere para fora de si, como já foi referido anteriormente, quando diz que algo vem de fora e toma conta dela. Depois, em uma tentativa de amenizar a culpa por transferir a detenção de saber, desculpou-se, afirmando que, às vezes acreditava estar atrapalhando a terapeuta com seus problemas, o que denota uma transferência pela via do amor, pois, ao se desculpar para a terapeuta, deseja ser amada.

No início de uma outra sessão, Paula afirmou que gostaria de me dar um presente, uma bolsa, uma bolsa grande, já que reparou que só uso bolsas grandes. Prosseguiu a conversa afirmando que tinha algo importante para contar. Sua filha fora assaltada por ladrões, que lhe levaram a bolsa, o que deixou a paciente muito nervosa: a nova eclosão da urticária em suas

pernas certamente levaria a feridas e cicatrizes que não mais desapareceriam; assim, ela não poderia mais levar as pessoas a pensar que se tratava de marcas de catapora. Por que a paciente quis me presentear com uma bolsa? Dar novamente, em fantasia, a bolsa que sua filha havia perdido e reviver a relação com ela em análise? Sua filha que tanto a escutava e que praticamente era a única pessoa que a ouvia, além da analista? Ela queria manter essa escuta que a fazia construir questões, afastar-se um pouco de seu sofrimento? Um sofrimento remetente a um gozo mortífero e que está fixado no corpo, pois não permite o processo de metonímia.

Em outra ocasião, relatou estar sobrecarregada com as tarefas domésticas. Afirmou que sua família não se preocupava com ela, já que ninguém a ajudava nas atividades do lar. Dizia que era “muita coisa para resolver, tenho vontade de mudar, mas não sei como”. Perguntei-lhe o que ela achava que poderia ser feito; respondeu-me que precisaria “conversar com a família para ver se eles começavam a fazer algo”, o que a ajudaria a procurar uma atividade fora de casa, como um trabalho voluntário que já estava começando a providenciar. Afirmou que talvez fosse muito culpada pela situação na qual se encontrava, mas enfatizava não saber como modificá-la. Esse texto indica um não querer saber pelo sujeito, pois se encontra imerso no seu gozo, não apenas referente ao corpo, mas também a sua posição histórica de vitimização diante dos familiares. No entanto, também aponta para algum efeito de análise, pois a paciente iniciara sua busca por um trabalho.

Em atendimento posterior, relatou que havia ficado muito tensa no dia anterior ao da sessão porque alguns parentes seus, residentes no interior, estavam em sua casa. Precisaria agora trabalhar dobrado, pois, além do serviço de casa, ia administrar a barraca da irmã, além de cuidar das “coisas” dos parentes. Além disso, tinha ficado muito preocupada com a filha que passava mal. Relatou que a filha, ao fazer um exame de sangue, chorava muito. Paula pediu-lhe que se acalmasse, dizendo preocupar-se com a possibilidade de a filha estar adquirindo os seus sintomas. Perguntei-lhe o que pensava sobre isso, já que era algo que havia trazido na outra sessão e me disse que não havia feito nada, pois ela sabia que não havia outra pessoa para cuidar da família. Perguntei-lhe quem estava sofrendo. Indaguei, então, novamente, o que pensava sobre os seus sintomas; respondeu-me que seus problemas e sua doença tinham a ver com o seu nervosismo e com outra “coisa”, que não sabia nomear. Perguntei-lhe o que achava ser essa coisa e disse que essa resposta pretendia ouvir de alguém. Depois de refletir, disse considerar a terapia um momento para relaxar, sem, porém, desligar-se da obrigação de executar as outras tarefas de sua vida. O que isso quer dizer? Relaxar, ou seja, não se angustiar, e continuar a conviver com o seu sofrimento, sem implicação alguma

como sujeito, tentando escamotear suas questões com uma fala vazia, sem construir um saber sobre elas.

Paula elabora um discurso contraditório. Afirmou, certa feita, estar ansiosa, a ponto de não dormir, estado próximo ao que manifestou quando se submeteu a um exame para aids e hepatite C; no momento, esperava o resultado de um exame solicitado por um médico para verificar se era portadora de lúpus eritematoso sistêmico, uma doença autoimune. Ressaltou que os médicos, às vezes, “a atrapalham”, receitando-lhe tantos medicamentos. Perguntei-lhe: “como assim, atrapalham?” Ela respondeu: “Atrapalham porque vivem me receitando remédios que não quero tomar”. Trata-se de um paradoxo, pois, ao mesmo tempo em que valoriza, também destitui o saber médico, denotando algo próprio também de sua posição histérica.

A certa altura, a paciente voltou a fazer questão: elaborou uma comparação entre a medicina, a religião e a psicologia. Disse que a psicologia não era como a medicina, pois enquanto esta procura sempre uma doença e receita um remédio que nem sempre “lhe fazia bem”, a psicologia lhe oferecia a oportunidade de falar. Também haveria uma diferença entre psicologia e religião, porque a psicologia não envolvia a confissão, nem a penitência, não remetendo à culpa. Alegou que nos atendimentos “psicológicos” se sentia bem porque podia falar e ser ouvida sem precisar “tomar remédio ou rezar”, fala que também podemos ouvir como uma tentativa de sedução histérica. Nesse momento, o sujeito supõe um saber do terapeuta que, no lugar de objeto *a*, não responde a sua demanda. Isso levou a paciente a ter trabalho psíquico, ao questionar os saberes médico e religioso, tentando construir seus próprios significantes sobre o seu sofrimento. O terapeuta, no lugar de não-resposta, oferece uma possibilidade de o sujeito construir um saber. Aqui, corroborando a posição de Cury (2003), reiteramos que o gozo tem a função de levar o sujeito a deparar-se com a sua própria divisão, com o que é o impossível do seu desejo. O desejo do analista opera no sentido de sustentar uma fala que não remete à articulação significativa, que está presa à doença e que tenta fazer laço através dela. Esse é o caminho que a terapeuta ofereceu, direcionando a análise para esse sujeito. De acordo com Ornellas (2004) ocorre uma subversão na relação do sujeito com o gozo na sessão de análise, restando ao analista o lugar de causa de desejo para manejar a transferência no sentido de promover uma regulação de gozo com a emergência do sintoma.

Paula, em outra sessão, enfatizou o fato de, esporadicamente, acostumar-se com os seus sintomas, mesmo tendo afirmado saber que isso não deveria acontecer, pois precisava entender de onde eles vinham. Perguntei-lhe de onde achava que os sintomas se originavam;

respondeu que essa era a resposta que procurava há muito tempo. Paula disse que era isso mesmo que precisava fazer, o que, aliás, já estava acontecendo.

Em um relato subsequente, disse estar faltando às sessões porque se encontrava muito doente. Tivera febre alta, dores pelo corpo, o que a levava a se submeter a uma série de exames. Perguntei-lhe o que a levava a continuar frequentando médicos e faltando à terapia. Ela disse que não sabia o motivo, que era como se estivesse “viciada em médicos”. É interessante que a paciente tenha falado em vício, pois se trata justamente de algo que não tem controle, da busca de um gozo absoluto e pleno, que leva o sujeito a uma compulsão à repetição (FREUD, 1920/2006). Paula avalia sua situação como “complicada”, pois “vive indo em médicos e dificilmente falta a uma consulta com eles”. Disse que chegava a passar quatro horas em um consultório médico, em vez de estar fazendo outra atividade. Descreveu ser isso algo que “tomava conta de si”, pois terminava de comer e já “queria jogar-se doente” na cama. Perguntei-lhe por que não executava as atividades às quais fazia referência, em vez de ir ao hospital ou ficar deitada na cama, conforme relatara em sua queixa. Afirmou estar perdendo muito tempo de sua vida preocupando-se com suas doenças, porém não sabia o que fazer, porque se tratava de uma coisa sobre a qual não tinha controle, o que denotava sua falta de implicação por estar fortemente entregue ao gozo.

Em determinado momento, trouxe novamente a queixa relacionada com o não pagamento da pensão pelo pai de seu filho; afirmou que levaria o processo adiante porque o filho precisa do dinheiro. Fez referência também à sua falta de atenção a Pedro¹⁰. Essa preocupação parece também se relacionar com o sofrimento da paciente quando do abandono do pai, como uma tentativa de reparar uma falha sofrida no passado. Ao final da sessão, enfatizou continuar com muitas dores. Mas na verdade, de que dor se tratava? O que não cessa de não se escrever em um corpo que se torna complacente à doença? O FPS comporta um masoquismo corporal e uma complacência somática, apresentando um corpo que goza na tentativa de quitar uma dívida simbólica do sujeito.

Em outra ocasião, a paciente iniciou um atendimento desculpando-se por haver faltado tanto às sessões. Como uma repetição, ressaltou ter passado esse período indo a diversos médicos, fazendo diversos exames e, às vezes, precisando passar o dia inteiro esperando para ser atendida. Disse ter feito vários exames, dos quais ainda não sabia o resultado porque ainda não tinha ido buscá-los. Interroguei-a acerca do que a levava a não ter ido buscá-los e não soube dizer o motivo. Percebemos, claramente, sua tentativa de não se implicar com o seu

¹⁰ Nome fictício.

sofrimento, pois, sem o resultado do exame, não terá a certeza de que não se trata de uma doença com causa orgânica comprovada, preferindo entregar-se ao gozo. Relatou terem diminuído os problemas familiares: pelo fato de estar doente, a família estava lhe dando mais atenção. Disse que gostaria de ficar sentada na Praça Batista Campos para ler, ver os netos brincarem e as outras pessoas passarem, em vez de passar um dia inteiro em sala de espera de médico. No entanto, não conseguia mais fazer isso, pois vivia doente. Sentia que sua vida não era mais a mesma, estava perdendo uma parte dela, não sabendo como recuperá-la. Questionei-a sobre o que a levava a não conseguir substituir o médico pelo momento da praça. Respondeu não saber o que a fazia ficar tão doente, como se fosse algo que tomasse conta dela. O significante **tomar conta** novamente aparece, pois, na verdade o que diz, quando comparece o sujeito do desejo, é que ela se deixa tomar pelo gozo específico implicado com o seu sofrimento.

Certo dia relatou estar engordando e que sua taxa de triglicérides estava alta, alteração atestada por um exame. Afirmou que essas alterações se deviam a uma dieta que lhe fora indicada para ganhar peso, por estar muito magra, o que a levava a se tornar “viciada” em massa. Perguntei-lhe o que significava ser “viciada”. Respondeu que ser “viciada” em alguma coisa representa ser dependente de algo e não saber como ter controle sobre isso. Perguntei-lhe se havia algo mais que demonstrasse esse seu vício e disse que talvez estivesse “viciada” em tantas doenças e médicos. O reaparecimento desse significante aponta para um deslocamento do vício em médicos e exames para outro: a comida. Trata-se de uma representação que culmina em outro extremo, o que a levou a aumentar de peso e a ter um problema real no corpo. A paciente parecia, de maneira contraditória, ter um gozo em informar que, na ocasião, apresentava um verdadeiro problema de saúde, presente nos seus exames. No entanto, referiu também uma possibilidade de mudança, pois voltara a trabalhar e pretendia retomar os estudos no ano subsequente.

Sua posição subjetiva começa, efetivamente, a mudar quando aprofunda a sua fala em questões familiares e começa a abandonar um dito apenas vinculado à doença, sendo esse o momento em que começa a ter um princípio de remissão de seus FPS, algo que se verifica no real de seu corpo e em seu discurso. Esse processo iniciou-se mais acentuadamente a partir do instante em que a questionei sobre o significante “viciada”, levando a paciente a associá-lo com o abandono sofrido pelo pai, os extremos cuidados que precisa ter com a família, particularmente no período atual, com o filho caçula, para que não se sentisse abandonado como ela. Via-se, muito tempo, também “viciada” em repetir esse abandono quando os seus

ex-maridos se envolveram com amantes e a deixaram, percebendo a sua falta de implicação com esses acontecimentos, deixando-os **tomarem conta** de si mesma.

Em outra sessão, iniciou uma fala, assegurando que a mãe nunca se preocupara muito em “ajudar os outros” e que sempre acreditara ser isto algo extremamente negativo, característica com a qual sempre resistiu em se identificar. Fez um giro discursivo quando acentuou que acredita não ter herdado essa característica da mãe, mas provavelmente do pai, embora não pudesse afirmar com certeza, visto não ter convivido com ele. Perguntei-lhe como pensava nessa possível identificação; respondeu que seria algo “bom” que poderia ter herdado de seu genitor. Essas intervenções inscrevem-se como reparações através da suplência pela nomeação simbólica do Nome-do-Pai, promovendo um giro no discurso e o início da remissão dos FPS, sobretudo da urticária, quando passou a ordenar sua fala sobre questões familiares, porque retirou a fixação de gozo, o gozo específico, de um só ponto, promovendo uma redistribuição gozosa e uma emergência do sintoma endereçado ao analista, numa passagem ao gozo fálico.

Szapiro (2008) destaca que, para operar sobre o FPS, pode-se trabalhar a partir da suplência pelo Nome-do-Pai, ou seja, pelo *sinthome*, que gera maior estabilidade ao sujeito. Fazendo uso desse significante, o sujeito pode promover uma regulação de gozo, pois o objeto ao qual o gozo estava fixado transforma-se em causa de desejo. Observa que, o que está em jogo, é a possibilidade de outra forma de enodamento. Assim, poderá emergir um sujeito com a remissão do FPS, o que leva a um descongelamento da cadeia significativa, produzindo a dialetização do discurso na transferência. Essa operação possibilita um novo saber-fazer com o seu gozo.

No estágio da análise que relatamos, Paula já deslocou a sua fala da fixação nas doenças no corpo para uma fala endereçada ao analista, apontando para uma falta. Queixa-se da mãe, que não tem a característica de ajudar os outros, principalmente familiares, diferenciando-se da paciente, que é possuidora dessa “qualidade”, possivelmente herdada do pai. Além disso, afirma que está muito preocupada com a filha que tem adoecido constantemente, apresentando doenças bastante semelhantes àquelas de que foi acometida. Perguntei-lhe por que motivo procura ajudar de maneira excessiva seus familiares, já que, em contrapartida, queixa-se tanto disso. A paciente refere não saber por que costuma agir desta maneira e nem a razão pela qual não consegue parar de fazê-lo, mesmo não conseguindo tempo para si mesma. Evidencia-se um não querer saber pelo sujeito, ou seja, uma falta de implicação com aquilo que o incomoda, mas agora pela via do sintoma neurótico, numa clara denúncia histórica, o que não ocorria com mais frequência quando se encontrava alojada no

discurso da sua doença.

Este caso demonstra que não se trata de recobrir o real da enfermidade com um sentido, ou seja, com o simbólico, mas de permitir que surjam construções do próprio paciente para que possa comparecer como sujeito desejante, restituindo a sua fantasia. Se o sujeito tentar dar sentido à sua afecção, o trabalho do analista deve operar de forma a sustentar a fala do sujeito, mesmo que a tentativa deste seja a de tamponar o furo do real. Em contrapartida, o analista, sustentado pelo desejo do analista, aposta na possibilidade de que a doença seja colocada em causa, para que, na medida em que se enuncia, seja possível encontrar um ponto de impossibilidade para causar o desejo, descolando a fala da doença e enviando-a ao inconsciente, para o intervalo significante, na tentativa de trazer consigo o desejo.

No período subsequente a esses atendimentos, a paciente faltou constantemente às sessões, o que talvez expresse a resistência em não querer se haver com as questões familiares das quais tanto se tinha queixado. O sintoma da paciente ainda se apresenta como queixa inicial, pois ela não endereça uma suposição de saber à terapeuta sobre o sofrimento que a acomete, ou seja, não faz questão sobre isso, na possibilidade de construir um sintoma analítico (QUINET, 2009). Sua queixa sobre a falta de consideração da filha, que está se relacionando com um rapaz que ela não aprova, parece andar em círculos. Indago à paciente o que ela pode fazer acerca dessa situação e ela responde não saber, pois não gostaria de magoar a filha que foi sua amiga, a única da família que a escutou enquanto se encontrava muito doente.

Em sessão posterior, continuou dizendo faltar às sessões por estar tendo problemas familiares, que a impediam de vir à clínica. Continuou se queixando da filha e do relacionamento que esta mantém com um rapaz a quem a filha sustenta financeiramente. Relatou sua insatisfação com a permanência dos dois em sua casa, já que o rapaz não tem iniciativa para conseguir um emprego duradouro, argumentando precisar de uma quantia mínima de salário para permanecer em um emprego. Quando a interroguei sobre o que poderia fazer a respeito, a paciente disse, novamente, não saber, o que denota uma posição de vitimização. Perguntei-lhe ainda o que a faz não saber; respondeu-me que, na verdade, sabia: não gostaria de perder o amor da filha, a única pessoa que a ajudara e a escutara quando estivera muito enferma, incentivando a mãe a dar continuidade ao seu tratamento. Afirmou não estar mais reconhecendo a própria filha, que age como se não fosse mais a mesma pessoa, supondo que ela esteja sendo dominada de alguma forma pelo rapaz. Neste caso, talvez Paula tivesse tentado manter a filha no lugar de falo, algo próprio ao sintoma histérico. No entanto,

agora estamos diante de uma clara denúncia histérica, pois ela não admite que a filha possa assumir o seu desejo, sem permanecer aprisionada no desejo da mãe.

Conforme se pôde constatar, no caso de Paula, através da operação de manejo transferencial, está havendo a passagem de um FPS, que apontava para a dimensão de uma completa falta de implicação do sujeito com o seu sofrimento, para um sintoma analítico, na medida em que sua fala se desloca para representações que remetem ao inconsciente, isto é, apresenta-se articulada com algo de sua dimensão subjetiva e de sua história familiar, na busca da construção de um saber, com uma nova redistribuição de gozo.

A fala vinculada inicialmente à doença do corpo, ou seja, ao real, parece se descolar, rompendo a holófrase em que a cadeia se encontrava. Durante o tratamento, foi oferecida à paciente a possibilidade de falar, sustentada pelo desejo do analista em apostar que algo do sujeito poderia dali advir. Quando ela cometia um ato falho, claudicava, acessando seu inconsciente e se aproximando do seu desejo.

O manejo da transferência incidiu em fazer passar o gozo específico a que a paciente se atinha pelo gozo fálico, numa direção que partiu da escrita corporal de seus hieróglifos, os quais não se permitiam ser lidos, para a escrita do inconsciente, na qual a articulação significativa é possível, permitindo o comparecimento do sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação apresentou uma discussão acerca da especificidade do manejo da transferência na clínica com pacientes que apresentam fenômenos psicossomáticos, tomando como fio condutor a escrita de um caso atendido na Clínica de Psicologia da UFPA. A paciente atendida sofria, principalmente, de urticária, um transtorno classificado pelo DSM-IV (2002) como somatoforme. Do ponto de vista da psicanálise, os fenômenos corporais que não tem uma causa orgânica para o seu aparecimento podem remeter a uma conversão histérica ou a um fenômeno psicossomático.

Os fenômenos psicossomáticos diferenciam-se do sintoma conversivo porque este último é passível de ser lido, já que se trata de uma formação do inconsciente partindo de um encadeamento de significantes na cadeia. Já o FPS se apresenta como uma mostração, uma afecção corporal que não se dá a ler, deixando o sujeito preso a uma fala em torno da doença, causada pela falha na metáfora paterna que não põe em jogo a sua afânise. Isso dificulta a instauração da transferência pela via da suposição de saber, fenômeno fundamental ao trabalho analítico.

O que norteou a pesquisa foi a escuta clínica e sua escrita, a partir da qual novos elementos surgiam para fundamentar a investigação no que diz respeito aos conceitos psicanalíticos. Ao longo da discussão ficou evidenciado que a especificidade do trabalho analítico, nesses casos, está diretamente relacionada à possibilidade de instauração do dispositivo analítico.

Freud descobriu certas afecções, nomeadas de “neuroses atuais”, caracterizadas como atuais porque não mantinham qualquer vinculação com um evento passado da história do sujeito. Essas neuroses aproximam-se do que atualmente nomeamos fenômenos psicossomáticos, apontando que não só as zonas erógenas do corpo estão propensas a oferecer satisfação ao sujeito, mas também outros órgãos do corpo pulsional.

A paciente Paula apresentava um corpo entregue a doenças, das quais não conseguia se desvincular. Tendo visitado diversos médicos, sem localizar uma causa orgânica para as suas afecções, acabou por se dirigir ao atendimento psicológico, em cujo contexto pode falar e articular novos sentidos ao mal que a acometia. O atendimento proporcionou-lhe uma escuta diferenciada daquela obtida até então, durante a qual o que se escutava não era um sujeito por

trás da doença, mas sim um corpo, tomado como um “pedaço de carne” a ser manipulado e usado, e a paciente permanecia entregue ao Outro.

Observamos que, diante da entrega da paciente à doença, demonstrada através de sua fala circunscrita às afecções, havia também uma satisfação subjacente, pois, apesar de buscar pela via do tratamento “psicológico”, apaziguar o seu sofrimento, continuava atrelada ao saber da medicina. Essa satisfação em buscar “autenticação” para as suas enfermidades, como nos diz Ornellas (2004), remete à fixação de um gozo específico do FPS, que coloca o sujeito entregue ao gozo no campo do Outro e, dessa forma, ao real, pois não foi capaz de simbolizar todos os significantes advindos desse Outro durante as relações precoces de sua história. O gozo retorna sobre outros órgãos do corpo porque não permaneceu restrito às zonas erógenas em função de uma inadvertência no recobrimento desse corpo pela linguagem. A fixação de gozo colocou-se como um impasse na direção do tratamento, já que a paciente não conseguia alcançar a esfera subjetiva, e se mantinha presa ao mal-estar corporal, levando a analista a se indagar como o manejo da transferência poderia restituir a subjetivação do seu sofrimento pela associação livre, remetendo esse sujeito à sua história pessoal, na tentativa de produzir um sintoma analítico que pudesse ser endereçado ao analista e ser passível de elaboração.

O desafio em análise era como fazer emergir o sujeito aprisionado no gozo da doença, que busca resposta para seu sofrimento, como se fosse invadido por algo que não diz respeito à sua história. O endereçamento da fala do sujeito ao analista é fato preponderante na instalação da transferência, mas para que ele se implique é preciso que surja como dividido, como sujeito desejante. Se isso não ocorre, há consequências em termos de uma dificuldade a mais na análise, por não haver a produção de uma suposição de saber ao analista.

Trata-se de uma clínica desafiadora para os analistas porque a fala é endereçada pela via da escrita do real e não pela via da transferência de amor e de saber, de uma escrita que não permite ser lida ou decifrada, precisando, para isso, ser, antes de tudo, cifrada, para ascender ao nível do significante passível de deslizamento na cadeia e de produção de sentido. Trata-se de uma fala vazia que não faz laço social e não possibilita um manejo pela via do simbólico na situação de análise.

Paula, inicialmente, traz uma fala repetitiva em torno de suas doenças, como se algo de “fora” estivesse tomando conta de seu corpo. No entanto, não sabia nomear essa “coisa” externa a si mesma, coisificando o que a invadia, demonstrando claramente a incidência do real, do objeto a , como algo irrepresentável e inominável para o sujeito, mas que insiste em se escrever. A insistência demonstrava a gelificação da cadeia significante da paciente, mantendo presos S_1 - S_2 e não permitindo que o sujeito aparecesse entre um significante e

outro, não pondo em jogo a sua afânise. Assim, não havia como o sujeito comparecer, pois permanecia preso ao gozo mortífero e avassalador do Outro, mas com uma possibilidade de simbolização, pois, diferentemente da psicose, o significante Nome-do-Pai não se encontrava foracluído, já que houve apenas uma inadvertência na sua inscrição neste caso. Isto não significa que o FPS não possa comparecer na estrutura psicótica, mas o seu mecanismo de engendramento não necessariamente exclui a metáfora paterna.

No entanto, concomitantemente, sua fala também, com menor frequência, vinculava-se a questões de sua história familiar, sobretudo doenças da mãe, abandono pelo pai, pela família, que não “escutava seus problemas”, o que demonstrava uma tentativa de associar livremente e construir um saber sobre o seu sofrimento. Nesse sentido, retornamos à formulação de Assoun (1997), quando nos diz que a manifestação do FPS é um “chamado” para a neurose que não conseguiu eclodir e, por isso, está suspensa. Na medida em que o sujeito fala sobre a sua doença, mesmo que repita na transferência, de alguma forma está tentando articular significantes e permitir que o inconsciente compareça, diferentemente do atendimento médico, em que se busca a farmacologia como opção, seja por não haver suporte para a angústia do paciente, seja por não haver um reconhecimento de uma falha no saber, promovendo-se um aniquilamento do sujeito que, diante da impossibilidade de articulação de significantes, continua a sofrer e a permitir que o seu corpo “fale” através das afecções.

A partir dessas formulações, podemos considerar que, apesar de os FPS estarem presos ao registro do real do corpo, pode-se encontrar uma via para que, a partir da fala do sujeito, esses fenômenos possam se enlaçar com o inconsciente, produzindo o sujeito suposto saber em análise, para depois destituí-lo e dirigir uma fala ao Outro.

Neste caso, como percebemos, o desejo do analista pode conduzir o paciente ao seu próprio desejo, desatrelando-o do gozo avassalador do Outro gozador, permitindo que o paciente remeta a sua fala à esfera subjetiva na busca da construção de um saber sobre a sua verdade. Esta foi a função do analista durante os atendimentos realizados, sustentando uma fala inicial fixada, por conta da holófrase, entre o primeiro par de significantes S_1-S_2 , que impedia a paciente promover a metonímia e a metáfora, e, conseqüentemente, o comparecimento do sujeito nos inter-ditos, ou seja, nos intervalos entre os significantes da cadeia, na medida em que manifestasse formações do inconsciente e não apenas “pedaços de real” com o seu corpo.

Por isso, a psicanálise foi uma via para o sujeito comparecer. No momento em que as questões da paciente se mostraram mais evidentes e que ela começou a se implicar com as questões em análise, tentou empreender uma identificação ao pai, como uma produção de um

Nome-do-Pai, de uma nomeação que fosse capaz de amarrar de uma maneira mais estável o nó borromeano dos três registros, instável e fragilizado pela inadvertência ocorrida na inscrição do significante Nome-do-Pai na divisão desse sujeito.

Sua identificação ao pai foi fundamental para enlaçar o nó de maneira mais estável, operando como suplência, pois lhe permitiu sair da fixação ao gozo do Outro e inscrever algo do seu sintoma que a marcasse como sujeito. Abandonou a repetição de um traço, de um hieróglifo, para falar de uma história, onde a família, composta por vários personagens importantes, entra em cena em sua associação livre, ou seja, o sujeito se remete a outra cena.

Paula, atualmente, apresenta um sintoma analítico ligado a sua história familiar, ao seu romance edípico, a sua divisão, que a marca como sujeito faltoso e desejanter, retirando-se da apatia e entrega inicial às suas doenças, isto é, ao gozo específico dessas doenças. A escuta analítica cumpriu o seu papel de sustentar a fala congelada, mas que apresentava possibilidades de emersão de um sujeito. Isto também se deve à presença de uma neurose histórica, na medida em que se percebeu que havia uma inscrição da Lei, mas de maneira inadvertida, remetendo a uma insatisfação na busca incessante norteada pelo falo, que permanecia suprimida pelo seu adoecimento corporal.

Apesar dos avanços teóricos que apresentamos sustentados pela discussão do caso, muitas questões permanecem acerca da manifestação dos FPS. Uma delas diz respeito a escrita referente a esse fenômeno. Se um gozo específico está em jogo nas afecções psicossomáticas como algo da ordem do real, surge a indagação acerca das relações entre a escrita do inconsciente que remete ao significante e a escrita do corpo que diz respeito à letra. Como nos diz Nicolau e Guerra (2011, p. 9): “A letra seria litoral entre saber e gozo, posto que separa dois domínios que não têm absolutamente nada em comum, nem mesmo uma relação recíproca”. A escrita do corpo escapa à dimensão do significante, oferecendo uma inscrição ilegível. A partir dessa formulação, podemos articular que este não-a-ler da letra está relacionado com o gozo do FPS? Sendo assim, se o FPS se manifesta como um traço, permanece a questão acerca do limite da sua localização.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. Psicanálise e discurso: a clínica no campo social. In: GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O. (Org.). **A psicanálise nas instituições públicas**: saúde mental, assistência e defesa social. Curitiba: Editora CRV, 2010, p. 19-25.

ALEXANDER, F. **Medicina psicossomática**: seus princípios e aplicações. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ASSOUN, P. **Corps et symptôme - clinique du corps. Tome 1**. Paris: Anthropos, 1997.

BIRMAN, J. **Enfermidade e loucura** – sobre a medicina das inter-relações. Rio de Janeiro: Campus Ed., 1980.

BLANCARD, M-H. Escolher o sofrimento... para ter o amor. In: WARTEL, R. *et al.* **Psicossomática e psicanálise**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1990, p. 31-38.

CASETTO, S. J. Sobre a importância do adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. **Psyquê**, São Paulo, v. 10, n. 17, p. 121-142, jan./jun. 2006.

CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. **Dicionário de Psicanálise**. Porto Alegre: Editora Unisinos, 2007.

COUTINHO JORGE, M. A. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol. 2**: a clínica da fantasia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.

CURY, S. D. C. A suspensão do gozo. **Revista da Escola Letra Freudiana – O desejo do analista**, Rio de Janeiro, ano XXII, n. 30/31, p. 83-87, 2003.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. Paris: Seuil, 1984.

DUNKER, C. I. L. **O cálculo neurótico do gozo**. São Paulo: Escuta, 2002.

DSM-IV. **MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS**. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 2002.

DUNKER, C. I. L. **O cálculo neurótico do gozo**. São Paulo: Escuta, 2002.

ELAEL, C. C. B. **O fenômeno psicossomático: a falta de sentido que fere o corpo**. 2008. 82 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade) - Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008.

ELIA, L. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Org.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p. 19-35.

FÉDIDA, P. A angústia na contratransferência ou o sinistro (a inquietante estranheza da transferência). In: FÉDIDA, P. A. **Clínica psicanalítica: estudos**. São Paulo: Escuta, 1988, p. 67-94.

FERNÁNDEZ, M. R. A indução significativa no fenômeno psicossomático. **Revista da Escola Letra Freudiana – O corpo da psicanálise**, Rio de Janeiro, ano XIX, n. 27, p. 317-321, 2000.

FONSECA, M. C. B. Fenômeno psicossomático na vertente do gozo. **Stylus – Revista de Psicanálise**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 103-110, 2006.

FONSECA, M. C. B. Do trauma ao fenômeno psicossomático (FPS): lidar com o sem-sentido? **Ágora**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 229-244, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s151614982007000200006&Ing=es&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2010.

FREUD, S. (1888/1996) Histeria. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I.

FREUD, S. (1893[1892]) Esboço para a comunicação preliminar. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I.

FREUD, S. (1893a) Estudos sobre a histeria. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. II.

FREUD, S. (1893b) A psicoterapia da histeria. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I.

FREUD, S. (1894a) Rascunho D - Sobre a etiologia e a teoria das principais neuroses. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I.

FREUD, S. (1894b) As neuropsicoses de defesa. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. III.

FREUD, S. (1895a) Projeto para uma psicologia científica. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I.

FREUD, S. (1895b) Sobre o critério para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. III.

FREUD, S. (1898) A sexualidade na etiologia das neuroses. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. III.

FREUD, S. (1900). A interpretação dos sonhos. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IV e V.

FREUD, S. (1905a) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII.

FREUD, S. (1905b) Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII.

FREUD, S. (1906) Delírios e sonhos da *Gradiva* de Jensen. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IX.

FREUD, S. (1908) Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IX.

FREUD, S. (1909a) Análise de uma fobia de um menino de cinco anos. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. X.

FREUD, S. (1909b) Cinco lições de psicanálise. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XI.

FREUD, S. (1910a) A perturbação psicogênica da visão segundo a psicanálise. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XI.

FREUD, S. (1910b) As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XI.

FREUD, S. (1912a) Recomendações aos médicos que praticam a psicanálise. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

FREUD, S. (1912b). Contribuições a um debate sobre a masturbação. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

FREUD, S. (1912c) A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

FREUD, S. (1913) O interesse científico da psicanálise: o interesse da psicanálise do ponto de vista da ciência da estética. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

FREUD, S. (1914a) À guisa de introdução ao narcisismo. In: FREUD, S. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. v. I: 1911-1915. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2004.

FREUD, S. (1914b) Recordar, repetir e elaborar. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.

FREUD, S. (1915a) Pulsões e destinos da pulsão. In: FREUD, S. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. v. I: 1911-1915. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2004.

FREUD, S. (1915b) O Recalque. In: FREUD, S. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**.v. I: 1911-1915. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2004.

FREUD, S. (1915c). Os Instintos e suas Vicissitudes. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.

FREUD, S. (1915c [1914]) Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

FREUD, S. (1916-17) Conferências introdutórias de psicanálise – Conferência XIV – O estado neurótico comum. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVI.

FREUD, S. (1917 [1916-17]) Conferências introdutórias de psicanálise – Conferência XVI - Psicanálise e Psiquiatria. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVI.

FREUD, S. (1919 [1918]) Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVII.

FREUD, S. (1920) Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. v. II: 1915-1920. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD, S. (1924) O problema econômico do masoquismo. In: FREUD, S. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. v. III: 1923-1938. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

FREUD, S. (1925) Apresentação autobiográfica. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XX.

FREUD, S. (1926) Inibições, sintomas e ansiedade. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XX.

FREUD, S. (1930) O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXI.

GOMES, A. C. de C. **Aproximações psicanalíticas em torno da psicossomática**: uma oferta (aposta) de saber. 2005. 89 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

GRODDECK, G. W. (1923). **O Livro d'Isso**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

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

GUIR, J. Fenômenos psicossomáticos e função paterna. In: WARTEL, R. (Coord.) **Psicossomática e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LACAN, J. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 96-103.

LACAN, J. (1953) Função e campo da fala e da linguagem. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 238-324.

LACAN, J. (1953-1954) **O Seminário. Livro 1: os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2009.

LACAN, J. (1954) Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a 'Verneinung' de Freud. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 383-401.

LACAN, J. (1954-1955) **O Seminário. Livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, J. (1955-1956) **O Seminário. Livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

LACAN, J. (1957) A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 496-533.

LACAN, J. (1958) De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.537-590.

LACAN, J. (1958) **O Seminário. Livro 5: as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

LACAN, J. (1959-1960) **O Seminário. Livro 7: a ética na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

LACAN, J. (1960-1961) **O Seminário. Livro 8: a transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010.

LACAN, J. (1962-1963) **O Seminário. Livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

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

LACAN, J. (1966) *Psychanalyse et médecine*. In: LACAN, J. **Petits écrits et conférences – 1945- 1981**. Inédito.

LACAN, J. (1966) *A ciência e a verdade*. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 869-892.

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

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

LACAN, J. (1972-73) **O Seminário: Livro 20: mais, ainda**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2008.

LACAN, J. **A Terceira**. Texto apresentado pelo autor no Congresso de 1974 em Roma. Traduzido por Élide Valarini, La Troisième, 1974. 16 p.

LACAN, J. (1974-1975) **O Seminário: Livro 22: RSI**. Não publicado.

LACAN, J. *Conferencia in Ginebra sobre el sintoma*. In: LACAN, J. **Intervenciones y textos 2**. Buenos Aires: Manantial, 1975.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MANNONI, M. **A criança, sua “doença” e os outros**. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 1999.

MARTY, P.; M'UZAN, M. (1963). O pensamento operatório. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 28, n. 1, p.165-74, 1994.

MARTY, P. (1990). **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARTY, P. (1966). **Mentalização e psicossomática**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1998.

McDOUGALL, J. **Teatros do corpo – o psicossoma em psicanálise** (1996). São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988.

MILLER, J-A. O real é sem lei. **Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**, São Paulo, n. 34, p. 7-15, 2003.

MORAES, J. G. de S. **O corpo entre a conversão histérica e o fenômeno psicossomático**. 2007. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <www.pgspa.uerj.br>. Acesso em: 13 jan. 2009.

MORAIS, J. L. **Corpo, feminino e subjetivação: uma análise a partir de sujeitos portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico**. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2010. Disponível em: www.ppgp.ufpa.br/dissert/jamile.pdf. Acesso em: 22 fev. 2011.

NASIO, J-D. **Psicossomática: as formações do objeto a**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

NICOLAU, R. F. **Corpo e gozo. a' linha – Psicanálise e Transmissão**, Fortaleza, n. 2, p. 83-90, 2001.

NICOLAU, R. F. **O sintoma do corpo**: uma contribuição ao estudo dos mecanismos subjetivos e da lógica que engendra as manifestações somáticas do corpo. Projeto de Pesquisa – UFPA, Belém, 2007.

NICOLAU, R. F. A psicossomática e a escrita do real. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, vol. VIII, n. 4, p. 959-990, 2008.

NICOLAU, R. F.; GUERRA, A. M. C. O fenômeno psicossomático no rastro da letra. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, 2011. No prelo.

ORNELLAS, J. G. Luzes sinistras. **Revista da Escola Letra Freudiana – O corpo do Outro e a criança**, Rio de Janeiro, ano XXIII, n. 33, p. 113-126, 2004.

PRATA, M. R. O normal e o patológico em Freud. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 37-81, 1999.

PONTALIS, J.-B. **A força da atração**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

QUINET, A. **As 4 + 1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

QUINTELLA, R. R. **A psicossomática nos confins do sentido: problemas e reflexões psicanalíticas acerca do fenômeno psicossomático**. 2005. 133 f. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: www.psicologia.ufrj.br/nepecc/files/037_psicossomatica_confins.pdf. Acesso em: 20 nov. 2010.

RABINOVITCH, S. “A transferência na psicose”. **Revista Letra Freudiana – Psicoses**, Rio de Janeiro, n. 36, p. 19-30, 2005.

RINALDI, D. **Transferência e desejo do analista**. Disponível em: <http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-biblioteca/bib-participantes.html>. Acesso em: 9 nov. 2010.

SANCHES, D. R. Da narrativa ao nó borromeano: versões da noção de falha simbólica na clínica da psicossomática. **Stylus – Revista de Psicanálise**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 125-137, 2010.

SOARES, M. G. Sinthome: o real do sintoma. In: XI ENCONTRO NACIONAL DA EPFCL/AFCL, 2010, Fortaleza. **Anais do XI Encontro Nacional da EPFCL/AFCL – Brasil**. Fortaleza, 2011, p. 146-151.

SZAPIRO, L. **Elementos para una teoría y clínica lacaniana del fenómeno psicossomático**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2008.

TEIXEIRA, E. L. A. Orlan: gozo do corpo e fenômeno psicossomático. **Cartas de Psicanálise**, [S. l.], ano IV, v. 2, n.6, p. 172-175, 2009.

TEIXEIRA, L. C. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. **Latin-american journal of psychopathology on line**, [S.l.], v. 6, n. 1, maio/2006.

TRILLAT, E. **A História da histeria**. São Paulo: Escuta, 1991.

VALAS, P. Horizontes psicossomáticos. In: WARTEL, R. (Coord.) **Psicossomática e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990, p. 69-86.

VALAS, P. Psicossomática: um fetiche para os ignorantes. **Escola Letra Freudiana – O corpo do Outro e a criança**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 113-126, 2004.

VIDAL, E. Na trilha do sujeito suposto saber. **Revista da Escola Letra Freudiana – Número, Transferência, Fantasma e Direção da Cura**, Rio de Janeiro, ano XII, n. 1/4, p. 90-96, 1993.

VOLICH, R. **Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WARTEL, R. Que esperam de nós os médicos? In: WARTEL, R. (Coord.) **Psicossomática e psicanálise**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1990, p. 9-15

ANEXO A – Termo de consentimento



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Clínica de Psicologia

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CLIENTE ADULTO(A)

Eu, _____, na condição de cliente, estou iniciando um processo de atendimento psicológico na Clínica de Psicologia da UFPA. Estou ciente de que, durante o referido atendimento, participo de várias entrevistas preliminares que se realizam na referida Clínica pelo(a) terapeuta/estagiário(a) _____, sob a Supervisão da Prof. Dra. Roseane Freitas Nicolau (Psicóloga, Psicanalista e Professora da Faculdade de Psicologia da UFPA). Estou informado(a) de que não há um número fixo de entrevistas e de que as mesmas são conduzidas com o devido respeito à dignidade do(a) cliente enquanto ser humano.

Estou também ciente de que as entrevistas são gratuitas, não havendo nenhum pagamento pela realização do atendimento a que me submeto. Estou ciente também de que as entrevistas são semanais e têm, em média, *50 minutos de duração*. Dessa forma, me comprometo a comparecer semanalmente às sessões de atendimento realizadas às _____ (dia da semana), no horário de _____.

Quando houver uma real impossibilidade de comparecimento às sessões no dia marcado, devo avisar a Clínica de Psicologia antecipadamente, por meio do telefone 3201-7669. Caso eu falte 03 (três) vezes consecutivas ou 05 (cinco) vezes alternadas às sessões marcadas posso ter meu atendimento cancelado, o que implica em, caso eu queira retornar à terapia na Clínica, ter de aguardar e me inscrever novamente somente quando as inscrições para triagem forem reabertas. Estou devidamente informado(a) ainda de que devo comunicar

ao(à) meu/minha terapeuta/estagiário(a) caso eu decida interrompê-lo, permitindo assim disponibilizar meu horário para que outro cliente possa ser atendido.

Tenho consciência de que as sessões terapêuticas podem ser registradas pelo(a) terapeuta /estagiário(a) responsável pelo atendimento do meu caso e estou esclarecido(a) de que as transcrições das minhas sessões terapêuticas são apresentadas e discutidas semanalmente pelo(a) psicólogo(a)/estagiário(a) responsável pelo atendimento de meu caso com seu grupo de supervisão composto por outros integrantes da pesquisa sob supervisão da Prof. Dra. Roseane Freitas Nicolau. As transcrições permitem à referida supervisora acompanhar os atendimentos realizados por cada pesquisador, avaliar o seu desempenho e dar supervisão relativa à atuação dos mesmos. Após a discussão, as transcrições das sessões terapêuticas são anexadas nos respectivos prontuários de cada cliente que ficam arquivados na Clínica de Psicologia da UFPA e são considerados como documentos confidenciais de acesso restrito.

Estou ciente de que as transcrições bem como outras informações relativas ao atendimento do meu caso serão utilizadas em pesquisas no campo da Psicanálise conduzidas sob a coordenação da Prof. Dra. Roseane Freitas Nicolau com o objetivo de gerar conhecimento científico relevante e novo, ou seja, para gerar conhecimento que permita a compreensão, prevenção ou alívio de problemas que afetem o bem-estar de um(a) paciente e de outros indivíduos; neste caso, os trabalhos científicos resultantes de tais pesquisas podem ser divulgados em publicações e apresentações eventos científicos desde que meu nome e outros dados que possam me identificar não sejam revelados.

Portanto, estou esclarecido(a) de que minha privacidade será preservada e que não correrei nenhum risco durante a realização das entrevistas. Em caso de eventual dano pessoal, diretamente provocado durante o meu atendimento, tenho direito à assistência integral e indenizações legalmente estabelecidas; então a Prof. Dra. Roseane Freitas Nicolau e a UFPA se comprometem a assumir a responsabilidade de garantir tal direito. Os dados obtidos a partir do atendimento do meu caso não poderão ser usados para outros fins que não os previstos no presente documento. Estou também ciente de que tenho direito de ser avisada sobre os resultados dos trabalhos científicos derivados do atendimento do meu caso. Caso eu tenha alguma dúvida sobre os meus direitos durante o atendimento posso conversar com a Prof. Dra. Roseane Freitas Nicolau na Clínica de Psicologia da UFPA (Telefone: 32017669).

Declaro que compreendi as informações que li ou que me foram explicadas sobre o trabalho em questão.

Discuti com o(a) terapeuta/estagiário(a) responsável pelo atendimento do meu caso sobre minha decisão em que participar deste atendimento, ficando claro para mim quais são os objetivos do mesmo e as garantias de sigilo e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste atendimento podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo algum, ou seja, mantendo o direito de continuar sendo atendido(a) regularmente na Clínica de Psicologia da UFPA.

Belém, ____ de _____ de 20 ____.