



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

**Jamile Luz Morais**

**CORPO, FEMININO E SUBJETIVAÇÃO:  
UMA ANÁLISE A PARTIR DE SUJEITOS PORTADORES DE LÚPUS  
ERITEMATOSO SISTÊMICO**

**BELÉM  
2010**

**Jamile Luz Moraes**

**CORPO, FEMININO E SUBJETIVAÇÃO:  
UMA ANÁLISE A PARTIR DE SUJEITOS PORTADORES DE LÚPUS  
ERITEMATOSO SISTÊMICO**

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

Orientadora: Dra Roseane Nicolau

BELÉM  
2010

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) –**  
Biblioteca Central/ UFPA, Belém-PA

---

Morais, Jamile Luz.

Corpo, feminino e subjetivação: uma análise a partir de sujeitos portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico / Jamile Luz Moraes; orientadora Profª. Dra. Roseane Nicolau. – 2010

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2010.

1. Lupus (Doença) – Aspectos Psicológicos. 2. Psicanálise. 3. Sexo (Psicologia). I. Nicolau, Roseane, orient. II. Título.

CDD: 22. ed. 159.9

---



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

**Jamile Luz Moraes**

**CORPO, FEMININO E SUBJETIVAÇÃO:  
UMA ANÁLISE A PARTIR DE SUJEITOS PORTADORES DE LÚPUS  
ERITEMATOSO SISTÊMICO**

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

Julgada em: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_  
Conceito: \_\_\_\_\_

**Banca Examinadora**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Roseane Freitas Nicolau (Orientadora)  
Universidade Federal do Pará (UFPA)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Leônia Cavalcante Teixeira  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira  
Universidade Federal do Pará (UFPA)

## AGRADECIMENTOS

À querida e amiga Roseane Nicolau, por ter disponibilizado de seu conhecimento, experiência, tempo e dedicação para a realização desta dissertação. De fato, uma orientadora nota 1000! Não poderia ser outra pessoa.

À Leônia Teixeira que, ao aceitar o convite para participar da banca, contribuiu com preciosas considerações na Qualificação, engrandecendo esta dissertação.

À Ana Cleide Moreira, que além de ter contribuído de modo significativo para a realização desta na Qualificação, também acreditou, ainda na entrevista de seleção, que eu poderia ser capaz de produzir uma dissertação.

Às colegas do Mestrado e do Grupo de Pesquisa: Vivian, Ana Carla, Ingrid, Patrícia, Madalena, Mayumi, Luana, Lúcia, Rose e Áurea, pelas trocas de conhecimento, como também pela amizade que com muitas delas construí ao longo desta estrada. Desculpem-me se esqueci de alguém.

À Cláudia Xerfan, por ter me acolhido num momento tão especial da minha vida, supervisionando meu primeiro paciente dito “psicossomático” na graduação. Obrigada Cláudia, nunca esquecerei de você, sempre muita atenciosa, meiga, competente e compromissada!

Às colegas psicólogas da residência multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário João de Barros Barreto: Emily, Priscila e Carla. Meninas, obrigada pela parceria, força e amizade que vocês me proporcionaram nesta reta final e tão decisiva. Obrigada pelo incentivo e pelas palavras de apoio, grandes amigas.

À Rita, amiga e companheira de estudo, agradeço a troca de conhecimento e experiência. Com certeza, você também faz parte desta dissertação.

Às minhas amigas, Maíra e Flávia, que apesar da distância física sempre estiveram torcendo por mim.

Às pacientes atendidas no contexto desta pesquisa; por possibilitarem um saber que não se transmite a partir dos livros, mas na própria experiência clínica.

E mais especialmente:

Aos meus pais, Jaime e Sandra, que sempre me apoiaram nas minhas escolhas, acreditando que eu poderia ser capaz de realizar com competência o que fosse. Não sei o que seria de mim sem vocês! Obrigada por serem os pais que vocês são! Sem esquecer dos meus irmãos: Breno, Rogério e Bruno, que também foram grandes de atitude, mostrando-me, cada um a seu jeito, maneiras de viver a vida, mas sempre com muita responsabilidade e compromisso. À minha madrinha e irmã de coração, Mariza e Carla. Mariza, agradeço seus valiosos ensinamentos de vida. Carla, agradeço os momentos de desabafo, sem querer, você me fez um bem enorme.

Ao meu namorado Sérgio, sempre tão presente, prestativo, carinhoso, obrigada por tudo: pelas trocas de conhecimento, pela paciência nas horas de aperto, por me acompanhar nos momentos felizes e tristes da minha vida, enfim, por ter acreditado em mim desde o processo seletivo do mestrado! Obrigada amor, você faz parte de tudo isso!

Meu corpo não é meu corpo,  
é ilusão de outro ser.  
sabe a arte de esconder-me  
e é de tal modo sagaz  
que a mim de mim ele oculta.

Meu corpo não, meu agente  
meu envelope selado,  
meu revólver de assustar  
tornou-se meu carcereiro  
Me sabe mais que me sei

**Carlos Drummond de Andrade**

## RESUMO

Esta dissertação se propôs investigar, a partir do método psicanalítico, o modo de subjetivação de sujeitos portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Partindo do caráter “psicossomático” da doença e de sua predominância no sexo feminino, indagamos se é possível existir uma relação entre o modo de subjetivação do feminino e o desenvolvimento da doença. Para verificar esta relação, tomamos como referência o atendimento de duas pacientes acometidas de LES, atendidas no contexto da pesquisa. Aliado a isso, a fim de embasar teoricamente os atendimentos, debruçamo-nos nas obras de Freud, Lacan e seguidores que se detiveram no estudo das manifestações sintomáticas do corpo, bem como na temática envolvendo o modo de subjetivação do feminino e seus desdobramentos. Ao considerar que a concepção de corpo para a psicanálise vai além do determinismo biológico, foi possível verificar que o sujeito, na tentativa de alcançar sua satisfação, recorre ao corpo como objeto de obtenção de prazer psíquico e sexual, destituindo as leis da fisiologia e da anatomia. O fenômeno psicossomático e a histeria de conversão vêm evidenciar isso, na medida em que, ao mesmo tempo em que desafiam o saber médico, também demandam de nós, psicólogos e psicanalistas, uma explicação para tais manifestações corporais, sem causa orgânica determinada. Nessa perspectiva, ao nos colocar teoricamente frente a essas manifestações, pudemos identificar a diferença entre os fenômenos psicossomáticos e a conversão histérica, a qual, por se enlaçar ao registro simbólico, torna-se passível de decifração e interpretação. Os fenômenos psicossomáticos, por outro lado, caracterizam-se por ser da ordem do impossível de se representar, por esta razão, aproximam-se das manifestações decorrentes do modo feminino de subjetivação, que está para fora da linguagem do inconsciente e, portanto, das associações simbólicas.

Palavras-chave: Corpo. Psicanálise. Fenômeno Psicossomático. Sujeito. Feminino.



## ABSTRACT

This dissertation intended to investigate, starting from the psychoanalytic method, the way of subjectivities of subject bearers of Lupus Erythematosus Systemic (LES). Leaving of the psychosomatic "character" of the disease and of your predominance in the feminine sex, we investigated if it is possible a relationship to exist between the way of subjectivities of the feminine and the development of the disease. To verify this relationship, we took as reference the two attacked patients' attendance of you LES, assisted in the context of the research. Ally to that, in order to base the attendances theoretically, we leaned over in Freud's works, Lacan and followers that stopped in the study of the symptomatic manifestations of the body, as well as in the thematic involving the way of subjectivities of the feminine and it unfolding. When considering that the body conception for the psychoanalysis is going besides the biological determinism, it was possible to verify that the subject, in the attempt of reaching your satisfaction, falls back upon the body as object of obtaining of psychic and sexual pleasure, depriving the laws of the physiology and of the anatomy. The psychosomatic phenomenon and the conversion hysteria come to evidence that, in the measure in that, at the same time in that they challenge the medical knowledge, they also dispute of us, psychologists and psychoanalysts, an explanation for such manifestations corporal, causeless organic certain. In that perspective, when placing us theoretically front those manifestations, we could identify the difference between the psychosomatic phenomena and the hysterical conversion, the one which, for being linked to the symbolic registration, it becomes susceptible to decode and interpretation. The psychosomatic phenomena, on the other hand, are characterized by being of the order of the impossible of representing, for this reason, they approach of the current manifestations in the feminine way of subjectivities, that it is outside of the language of the unconscious and, therefore, of the symbolic associations.

**KEYWORDS:** Body. Psychoanalysis. Psychosomatic phenomenon. Subject. Feminine.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>O CAMPO DE SABER DITO “PSICOSSOMÁTICO”: SUAS ORIGENS E PRINCIPAIS FORMULAÇÕES</b> .....	<b>20</b>
2.1	GRODDECK E AS MANIFESTAÇÕES DO “ISSO” .....	21
2.2	FERENCZI: AS PATONEUROSES E AS NEUROSES DE ÓRGÃO .....	24
2.3	A CORRENTE AMERICANA E O INSTITUTO DE PSICOSSOMÁTICA DE CHICAGO .....	29
2.4	PIERRE MARTY E O INSTITUTO DE PSICOSSOMÁTICA DE PARIS .....	33
<b>3</b>	<b>O RESGATE DO SUJEITO NO HOSPITAL: IMPLICAÇÕES ACERCA DA INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE</b> .....	<b>39</b>
3.1	ELISA: “NÃO ME RECONHEÇO!” – CASO CLÍNICO I .....	46
3.2	ANTÔNIA: “SOU UMA VIVA-MORTA” – CASO CLÍNICO II .....	50
<b>4</b>	<b>DE UM CORPO QUE NÃO SE LÊ: DAS “NEUROSES ATUAIS À FALHA EPISTEMO-SOMÁTICA</b> .....	<b>53</b>
4.1	“AS NEUROSES ATUAIS” .....	57
4.1.1	A Neurastenia: uma neurose do esgotamento sexual .....	61
4.1.2	A neurose de angústia: uma neurose do acúmulo de excitação .....	64
4.1.3	A hipocondria: a terceira neurose atual .....	68
4.2	LACAN E A FALHA EPISTEMO-SOMÁTICA .....	71
4.2.1	Podemos falar de um <i>sujeito</i> “psicossomático”? .....	84
<b>5</b>	<b>O FEMININO E SEUS EFEITOS EM ELISA E ANTÔNIA</b> .....	<b>86</b>
5.1	A MULHER É DUPLAMENTE FALTOSA: O COMPLEXO DE ÉDIPO FEMININO .....	89
5.2	O GOZO <i>A MAIS</i> : UM GOZO ESPECIFICAMENTE FEMININO .....	97
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>106</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>109</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### CORPO E DEMANDA DE SABER

---

*“[...] a doença é a única arma que lhe resta  
para afirmar-se na vida”*

Freud (1905 [1901]/1996, p. 51)

A partir da escuta clínica e do referencial psicanalítico, esta dissertação visa construir um saber em torno dos processos psíquicos implicados com sujeitos portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Considerando seu caráter “psicossomático”<sup>1</sup> e sua predominância no sexo feminino<sup>2</sup>, indagamos se é possível existir uma relação entre o modo de subjetivação feminino e o desenvolvimento da doença. Para verificar esta relação, tomamos como referência o atendimento de duas pacientes acometidas de LES, atendidas no contexto da pesquisa desenvolvida no Hospital Público Ophir Loyola, cujos dados embasam este trabalho. Investigamos o período de janeiro de 2002 a julho de 2009 e constatamos que dos 102 pacientes diagnosticados com LES, 88 eram mulheres.

A questão norteadora deste estudo partiu de reflexões suscitadas no grupo de Pesquisa *O Sintoma do Corpo*<sup>3</sup>, do qual participo desde 2007. Este grupo visa investigar, através do método psicanalítico, o modo de subjetivação de pacientes acometidos de afecções corporais, as quais, por não possuírem um componente orgânico que as expliquem, são comumente categorizadas pela medicina como sendo “psicossomáticas”. Dentre essas enfermidades, o LES sempre me instigou, não

---

<sup>1</sup> Conforme o DSM-IV (2002); Mello Filho (1992, 2002); Ballone; Ortolani e Neto (2004); Nogueira (1996).

<sup>2</sup> De acordo com *Sato et al* (2002), para cada dez pessoas que desenvolvem o LES, nove são mulheres.

<sup>3</sup> Grupo de Pesquisa coordenado pela professora Dr<sup>a</sup> Roseane Freitas Nicolau realizado na Clínica de Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), desde março de 2007.

somente por sua cronicidade e predominância em mulheres, mas também pela forma como atravessa o sujeito, já que a multiplicidade de seus sintomas físicos, por simularem diferentes quadros clínicos, lança o sujeito a uma procura desenfreada de uma explicação para essas manifestações.

O LES despertou minha atenção no ano de 2003, quando ainda na graduação, tomei conhecimento da doença através do meu primeiro estágio em psicologia hospitalar<sup>4</sup>. Apesar da instituição não ser propriamente um centro de referência no tratamento de LES, tive oportunidade de escutar duas pacientes - Juliete e Caroline - diagnosticadas como portadoras da doença no momento da internação. Ambas foram internadas com sintomas físicos comuns a várias outras doenças, cujos diagnósticos não foram esclarecidos de imediato.

Juliete<sup>5</sup>, internada devido a distúrbios respiratórios e, posteriormente, uma pneumonia, informou ao médico que já havia sofrido de fortes dores nas articulações, sem causa determinada. Caroline, internada por complicações renais, também não teve seu quadro esclarecido. Informou ao médico que vinha apresentando alguns sintomas como febre alta sem motivo aparente e irritação forte na pele quando se expunha ao sol, motivo pelo qual passou a evitar tal exposição. Durante o atendimento com essas pacientes, elas manifestaram intensa angústia com relação tanto à dificuldade de diagnosticar a doença, quanto à falta de controle que as mesmas tinham diante dela, na medida em que seus corpos começaram a reagir de forma a não reconhecer a si mesmo, sendo tomado por diversas afecções. Este fato, por conseguinte, levou-as a utilizar de sua doença, como “a única arma que lhe resta para afirmar-se na vida” (p. 51), como bem nos colocou Freud (1905 [1901]/1996), ao se deparar com determinadas manifestações orgânicas, ouvindo seus primeiros casos de conversão histórica.

Investigando a literatura sobre o LES constatei que a doença atinge no Brasil uma proporção de 15.000 a 75.000 pessoas (MIGUEL FILHO, 1992), sendo que o seu diagnóstico não se dá de maneira fácil. Esta dificuldade faz com que o paciente, antes de finalmente saber que é portador de LES, percorra uma variedade de especialidades médicas. Por este motivo, o panorama da doença acaba conduzindo o paciente a um estado intenso de angústia, pois ao mesmo tempo em que seus sintomas podem facilmente ser confundidos com outras doenças, seu quadro clínico pode se agravar de modo inesperado, podendo atacar todos os órgãos do corpo: como a pele, os rins, o pulmão, o coração, as articulações e o sistema nervoso.

---

<sup>4</sup> O estágio foi realizado no hospital da Benemérita Sociedade Portuguesa Beneficente do Pará.

<sup>5</sup> Todos os nomes citados, de agora em diante, são fictícios.

Segundo Sato (1999, p. 5), o LES pode ser definido como:

Uma doença inflamatória crônica que causa principalmente lesões na pele, dor e inchaço nas articulações, mas que pode também causar inflamação em diversos órgãos do corpo como rins, membranas que recobrem o pulmão, vasos sanguíneos, sistema nervoso e alterações nas células sanguíneas [...] Caracteriza pela presença de alterações imunológicas, com anticorpos dirigidos contra constituintes da própria célula. Por isso, é considerado exemplo de doença auto-imune.

Por ser auto-imune, o LES ataca justamente o sistema imunológico. Este, responsável por defender nosso organismo de tumores e infecções, é formado por um conjunto de células espalhadas pelo sangue: os linfócitos, os quais, ao produzirem anticorpos, protegem o organismo contra qualquer agente invasor. No caso do LES, eles trabalham de forma contrária. A desordem no sistema imunológico faz com que este passe a reconhecer como estranhas as proteínas do próprio organismo, atacando e deixando sem defesa as células do corpo. Por conta disso, na medida em que engloba em seu quadro clínico sintomas comuns a outras doenças, o *Colégio Americano de Reumatologia* (American College of Rheumatology – ACR) refere-se ao LES como um *grande imitador*, sendo um verdadeiro *fenômeno da natureza*, onde o sistema imunológico, ao invés de ser um grande aliado à saúde do indivíduo, faz com que o organismo, sem causa aparente, transforme-se num palco de lesões e inflamações (MATTJE; TURATO, 2006).

Este fato, por conseguinte, faz com que grande parte das pessoas chegue ao médico queixando-se de uma variedade de sintomas (febre alta, dor de cabeça, nas articulações, lesões na pele, problemas pulmonares, renais, entre outros), adiando um diagnóstico preciso, conforme pude observar através do atendimento das pacientes ouvidas no contexto desta pesquisa, as quais chamarei de Elisa e Antônia.

Elisa relatou: “*Dra, eu não desejo o que eu passei pra ninguém. Até eu descobrir que eu tinha lúpus, andei de médico em médico e ninguém sabia o que eu tinha, cada consulta era uma esperança, mas depois saía frustrada, porque saía sem saber o que eu tinha. Enquanto isso, minha perna inchava sem parar e, meu corpo, tomava uma forma que não conhecia. Só depois de fazer o exame laboratorial três vezes é que deu positivo para lúpus, não sabia nem o que era isso!*”

Esta dificuldade reflete o desconhecimento das causas da doença. Sabe-se apenas que fatores genéticos<sup>6</sup>, ambientais e emocionais estão envolvidos. Entre os fatores ambientais relacionados estão: infecções, medicamentos, exposição aos raios ultravioletas, o estresse e a depressão. Sobre os dois últimos aspectos, Otto e Mackay (1967 apud MATTJE; TURATO, 2006), ao debaterem sobre a provável influência das emoções no curso do lúpus, afirmaram que não só o LES, mas também outras doenças do colágeno (tais como a artrite, a poliartrite, a esclerodermia e a artrite reumatóide), devido à ação de certas substâncias nos complexos imunológicos, deveriam ser consideradas como sendo de caráter “psicossomático”.

Posteriormente, Nogueira (1996), ao tocar na relação dos complexos imunológicos envolvidos no LES com os fatores emocionais, afirma que qualquer desordem do sistema imunológico, por se relacionar diretamente com nossas disposições humorais, podem certamente provir de um determinado estado emocional. Sobre isso, aponta: “Somos afetados, das formas mais variadas, por disposições de humor” (NOGUEIRA, 1996, p. 16). Para o autor, seria inconcebível menosprezar a influência de tais estados em nossa defesa imunológica, esclarecendo o motivo pelo qual as doenças auto-imunes, em especial o LES, despertam interesse para aqueles que se debruçam no tema da “psicossomática”:

[...] Infecções muito simples podem, em poucas horas, levar um paciente a morte – possibilidade sequer imaginada por seu médico – como se aquele organismo estivesse privado de resposta imunológica [...] Acontecimentos como esse mostram que por algum motivo o organismo às vezes se impede de reagir. É com situações como essas que o médico clínico confronta-se no seu dia-a-dia, surpreso e ainda incapaz de descobertas mais produtivas. Juntam-se àquelas os quadros de doenças auto-imunes, como por exemplo, o Lúpus Eritematoso Sistêmico, enfermidade que faz com que o organismo volte-se contra si mesmo, atacando-se, em atitude de profundo desconhecimento [...] Essa ‘intenção orgânica’ autodestrutiva, se é que podemos chamá-la assim, é extremamente pertinente ao interesse psicossomático (NOGUEIRA, 1996, p. 17).

Mello Filho (1992), em concordância com os autores, também discute esta relação ao afirmar que as situações envolvendo perdas poderiam desencadear o desenvolvimento do LES. Para ele, “o estudo das alterações psicopatológicas associadas primeiramente ao LES pertence, dentro do conhecimento psiquiátrico, ao capítulo das Síndromes Mentais Orgânicas” (p. 2). Diz que estas

---

<sup>6</sup> No que se refere ao componente genético do Lúpus, não houve ainda a identificação de um gene ou genes responsáveis por ele. É em torno de 10 a 12% o número de pacientes que têm parentes próximos com a doença, e apenas 5% de filhos de pacientes tendem a desenvolver o Lúpus (SATO *et al* 2002).

poderiam ocorrer em detrimento de algum dano psíquico, como a perda de alguém. Antônia, por exemplo, relaciona sua doença com a perda do marido, como se verifica em sua fala:

*“Quando a senhora me ligou eu aceitei vir, porque o médico já tinha me dito que devia procurar um psicólogo, que o meu emocional contribui muito para a minha doença. A senhora sabe, dra., que logo que me separei do meu marido comecei a sentir os primeiros sintomas... Minhas articulações doíam tanto que não conseguia nem sair da cama, não tinha força pra nada. Ao mesmo tempo, minha cabeça doía sem parar, ficava noites em claro, sem dormir. Foi nesta hora que o médico me passou remédio para depressão”.*

Para Mello Filho (2002), muitos pacientes com LES podem apresentar quadros de ansiedade e depressão, freqüentemente associadas a episódios de perdas durante a vida. Aponta que os sintomas podem incluir queixas somáticas como insônia, falta de apetite ou muito apetite, mialgia, fadiga, palpitações, constipação ou diarreia, vertigens, dificuldade de concentração, cefaléia, entre outros. Por outro lado, tais afirmações, corroboradas por nós a partir da prática clínica, lança-nos à seguinte questão: como o corpo pode ser afeado pelos processos psíquicos, fazendo o sujeito adoecer?

Para responder a esta questão e articulá-la ao problema de pesquisa levantado, considero, de um lado, a pesquisa bibliográfica desenvolvida e, de outro, fragmentos dos casos atendidos no ambulatório de Clínica Médica do Hospital Público Ophir Loyola, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, e a partir de sua autorização disponibilizei atendimento psicológico para as pacientes, Elisa e Antônia, que vinham sendo acompanhadas pelo serviço médico na referida instituição.

O referencial teórico, de base psicanalítica, será apresentado como se segue: no primeiro capítulo, percorremos a história do campo de saber dito “psicossomático”, considerando suas origens bem como as teorizações de seus principais mentores, como Groddeck (1866-1934), Ferenczi (1873-1933), Helen Dunbar (1902-1959), Franz Alexander (1891-1964) e Pierre Marty (1918-1993). No segundo capítulo, apresentamos uma breve discussão acerca da inserção da psicanálise no hospital geral, ambiente em que se deu esta pesquisa. Posteriormente, abordamos o caso clínico de Elisa e Antônia.

A partir do terceiro capítulo, articulo os fragmentos dos casos com o corpo teórico da pesquisa, fazendo referência à concepção de corpo para a psicanálise e considerando as teorizações de Freud acerca do conceito de “neurose atual”, conceito este entendido por muitos autores pós-

freudianos (BIRMAN, 1980; FERRAZ, 1997; VOLICH, 2000; QUINTELLA, 2000;) como chave para entender o que atualmente a medicina chama de “enfermidades psicossomáticas”. Avançando no terreno psicanalítico, tomo as formulações lacanianas em torno da chamada *falha epistemo-somática*, termo usado por Lacan (1966) para se referir aos fenômenos psicossomáticos. Sob esta ótica, o fenômeno psicossomático é entendido como efeito da falha na simbolização, que advém de um registro da ordem do irrepresentável, do impossível de ser simbolizado.

No quarto e último capítulo, destacamos o modo de subjetivação do feminino, promovendo um diálogo entre Freud e Lacan, no que se refere às teorizações sobre o complexo de Édipo na menina e seus possíveis desdobramentos psíquicos em Elisa e Antônia. Neste aspecto, verificamos a relação do *gozo a mais* no feminino com a falha epistemo-somática

Para sustentar as formulações contidas neste trabalho recorro ao método psicanalítico, o qual segundo Mezan (1993) se configura como um método próprio e particular de trabalho da psicanálise. De acordo com Pinto (1999), quando decidimos fazer uma pesquisa acadêmica em psicanálise, estamos automaticamente escolhendo um método de pesquisa, o método psicanalítico, o qual, segundo ele, por si só traz consigo uma forma acadêmica de produção de saber, como se observa:

Se a psicanálise é, ao mesmo tempo, teoria, técnica e método de investigação, sua descrição já traria intrinsecamente a sua maneira de produzir saber, seja na clínica, na academia ou mesmo na *polis*. Assim, toda a tentativa de formalização que revelasse as características próprias da psicanálise seriam, automaticamente, descrições de seu método (PINTO, 1999, p. 77).

Esta afirmação reflete a idéia de que é possível fazer pesquisa acadêmica em psicanálise sem abrir mão de seus preceitos. Mezan (1992) aponta para duas possibilidades de se fazer pesquisa em psicanálise: a vertente teórica, que passa pela inclusão da teoria psicanalítica nos programas universitários e a outra que passa pelo “modo de produção” dos conhecimentos psicanalíticos. Para ele, ambas as vertentes podem se revelar de forma paralelas ou entrecruzadas. Isso quer dizer que ambas, sem se sobreporem, podem servir de alicerce para outra.

Garcia-Roza (1991) afirma que fazer pesquisa acadêmica em psicanálise requer respeitar com rigor a teoria e técnica psicanalítica. Assinala que a teoria e a prática psicanalíticas devem andar juntas. Para ele, a clínica sem um referencial teórico corre o risco de se perder numa prática carente



de normas e conceitos. Sobre isso, Mezan (1992) ressalva que não se pode falar simplesmente de aplicação da teoria ao tratamento, mas também considera que um analista sem qualquer teoria é incapaz de executar intervenções eficazes: “na situação analítica, a teoria funciona como uma estrela polar para o navegante: fornece as coordenadas para o percurso, permite alguma idéia do rumo a tomar; mas não é o alvo que se quer atingir” (MEZAN, 1992, p. 58).

No campo teórico da pesquisa em psicanálise, o pesquisador deve se dirigir à teoria de um modo muito peculiar. Diferentemente de um epistemólogo, que desenvolve o papel de “purificador” da teoria (no sentido de eliminar desta as arestas que a degradam), o pesquisador teórico em psicanálise pretende criar, está à procura do novo, de uma questão que lhe é essencial. Isso não quer dizer que ele deva desprezar o rigor teórico, mas não fazer dele a única finalidade. Caso isso aconteça, a pesquisa pode cair no vazio e no abstrato. É por esta razão que Garcia-Roza (1991) aponta para a importância de fazer uma releitura do texto. Para ele, reler um texto não é reproduzir seu conteúdo original. A releitura aparece como um instrumento de produção de um novo discurso, trazendo como proposta a exploração “da potência de significante” do texto, bem como acontece na clínica, onde o que se explora nada mais é que o texto que o paciente nos traz, texto este carregado de múltiplos significados, como mostra:

Essa questão é particularmente importante no que diz respeito à psicanálise. Porque, enquanto na prática clínica, o que a psicanálise explora é exatamente essa potência significante. Quer dizer, o que a psicanálise explora na prática clínica é essa possibilidade do significante dar lugar a múltiplos sentidos que constitui, a meu ver, a própria potência da clínica psicanalítica. Então, enquanto prática clínica, enquanto algo que se passa na horizontalidade do acontecimento, a teoria psicanalítica se coloca exatamente nesse lugar de textualidade e na exploração dessa textualidade (GARCIA-ROZA, 1991, p.17).

Percebe-se que a atitude de um pesquisador teórico em psicanálise é semelhante a de um analista com relação ao seu analisante. O pesquisador não pode impor ao texto as suas próprias questões, mas tentar identificar quais são as questões que o texto coloca. Ler um texto psicanalítico seria saber escutar os problemas que o autor mesmo encontrava ao elaborar suas idéias e não os que, porventura, podemos encontrar.

No âmbito da prática clínica, Rezende (1993) nos fala da sua importância: “quem lida apenas com os escritos, não tem como saber nada do sofrido” (REZENDE, 1993, p.115). Afirma que a verdadeira pesquisa em psicanálise é aquela subsidiada pela clínica, pela escuta mediante a

transferência. Freud (1905 [1901] 1996) nos disse com clareza que quem desejar ter como objeto de estudo os processos psíquicos inconscientes, não poderá utilizar outro método de investigação que não seja o seu, o método psicanalítico que, por sua vez, tem como norte o conceito de pulsão que movimentam o aparelho psíquico.

Elia (2000), em concordância, afirma que o inconsciente é uma forma de saber que se distingue do método tradicional de se fazer ciência. Para o autor, o estabelecimento de um novo objeto de saber (o inconsciente) leva a produção de uma nova metodologia de saber: o saber analítico, o qual só é possibilitado pela transferência. Segundo Berlinck (2006) o saber psicanalítico toma como ponto de partida o próprio relato do paciente em transferência:

O relato clínico é mesmo o principal recurso da atividade psicopatológica porque é através da narrativa do caso e da situação onde o tratamento ocorre que se pode compreender a natureza e a dinâmica do *pathos* psíquico e elaborar metapsicologia que bem represente o que se passa na clínica (BERLINCK, 2006, p. 7).

Freud (1912a/1996)<sup>7</sup>, em seus artigos sobre a técnica, afirma que para compreender os processos psíquicos inconscientes, é preciso não só saber manejar a transferência como também obedecer algumas regras. A primeira regra, fundamental, diz respeito a livre associação. O paciente que desejar ser analisado deve obedecer esta regra segundo a qual deve comunicar tudo o que lhe ocorre, “o que lhe vier à cabeça”, sem crítica ou seleção. Da mesma maneira, o analista deve ter uma “atenção uniformemente suspensa”. Isso quer dizer que ele, no momento da análise, não deve tomar notas e nem dirigir sua atenção a algo ou assunto específico, pois se assim for, correrá o risco de não escutar outros conteúdos que poderão servir de importante material para ele.

Freud (1912a/1996) salienta que o analista deve apenas escutar sem se preocupar se está lembrando de qualquer coisa. Quando se trata de uma pesquisa, este não poderá selecionar o material a ser falado na sessão, pois se assim for, se o analista seguir suas expectativas e inclinações, além de estar descaracterizando a situação de análise, correrá o risco de não descobrir nada de novo que possa, inclusive, auxiliá-lo quanto ao seu problema de pesquisa. Quanto ao tomar notas durante a sessão, adverte que nem mesmo o fato do pesquisador precisar publicar um estudo científico de

---

<sup>7</sup> Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise.

caso justifica tal ação, até porque a exatidão dos relatos de histórias clínicas “são de menor valor do que se poderia esperar” (Freud (1912a/1996, p. 127).

Mezan (1992) também ressalta este aspecto, ao afirmar que a exatidão do relato de um caso não tem importância. Para ele, é impossível que um material clínico seja exposto em sua totalidade, mesmo porque não há nenhuma disciplina que consiga trabalhar com um material tomado em todas as suas dimensões. O autor chama atenção que o problema não está na exatidão do material e sim na vinculação deste com a pesquisa.

Em virtude disso, Safra (1991) pontua que para iniciar uma investigação com material clínico, deve-se realizar um recorte que é delimitado pelo elemento ou pelo fenômeno que se quer pesquisar, como também pelas concepções teóricas que permearão a pesquisa, tendo em vista que um relato nunca consegue descrever tudo o que acontece na sessão:

Pretender que fosse exato, seria acreditar onipotentemente que captamos o absoluto. Para a utilização do material clínico para a pesquisa, precisaremos levar em conta que se trata de um recorte limitado por um determinado ponto de vista. É reconhecendo este limite que manteremos nossa objetividade na investigação (SAFRA, 1991, p.54).

No que diz respeito à utilização do material clínico para a pesquisa, Mezan (1992) nos diz que é a partir da análise deste material que a pesquisa em psicanálise tem seu início. Afirma que o verdadeiro momento da pesquisa não acontece quando o analista atende seu paciente, mas *a posteriori*. Só no depois, quando o analista já não está com seu paciente, quando não mais procura uma interpretação adequada, é que a pesquisa, através da vinculação do dito do paciente com a teoria, acontece. No momento de análise, o analista não deve ter o intuito da pesquisa, mas sim o de escutar, de disponibilizar o seu inconsciente e escutar com ele; como podemos perceber na interessante afirmação de Freud:

Ele deve voltar ao seu próprio inconsciente, como um órgão receptor, na direção do inconsciente transmissor do paciente. Deve ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor. Assim como o receptor transforma de novo em ondas sonoras as oscilações elétricas na linha telefônica, que foram criadas por ondas sonoras, da mesma maneira, o inconsciente do médico é capaz, a partir de derivados do inconsciente que lhe são comunicados,

de reconstituir esse inconsciente, que determinou as associações livre do paciente (FREUD, 1912a/ 1996, p. 129)

É por isso que o autor nos alerta que a técnica obedecida pela análise opõe-se à exigida pela pesquisa tradicional. Levando em consideração o princípio acima, para que se consiga apreender o inconsciente, é preciso que a única preocupação do analista esteja em escutar este inconsciente, o que é diferente do interesse científico, onde a preocupação está no rigor em reunir toda a estrutura do caso para prever seu futuro. Talvez essa seja uma das maiores dificuldades do pesquisador que trabalha com material clínico em psicanálise: desvincular-se de sua teoria e de todo o rigor científico no momento da escuta de seu paciente.

A existência do singular e do geral na pesquisa psicanalítica é também um elemento de suma importância na medida em que não há, em psicanálise, um saber que possa ser estendido a todos. Sobre singularidade do método psicanalítico, Freud (1905 [1901/1996]) aponta que um único caso clínico, por mais completo que seja, jamais será capaz de oferecer tudo sobre um determinado assunto: “não é justo esperar de um único caso mais do que ele pode oferecer” (p. 21). Porém, apesar disso, ressalva que o estudo de um caso pode nos auxiliar a entender os outros pacientes que sofrem. Segundo Mezan (1993) é a teoria que tem por função vincular a particularidade do experimentado à universalidade dos conceitos, os quais, no caso da psicanálise, é realizado por meio da noção de mecanismos psíquicos que, nessa dissertação, centrou-se em sujeitos portadores de LES.

## **2 O CAMPO DE SABER DITO “PSICOSSOMÁTICO”: SUAS ORIGENS E PRINCIPAIS FORMULAÇÕES**

---

A expressão psicossomática foi inaugurada, em 1818, pelo psiquiatra alemão Johann Christian Heinroth. Heinroth, ao elaborar um artigo acerca da influência das paixões sobre a tuberculose, a epilepsia e o câncer, ressaltou a importância dos aspectos físicos e anímicos do adoecer. Após dez anos, ele criou o termo somatopsíquico para se referir às modificações do estado psíquico a partir do fator corporal. Segundo o psiquiatra, a personalidade humana possuiria uma parte “estrangeira” no interior de seu Eu que, por sua vez, influenciaria no processo do adoecer (VOLICH, 2000).

Depois de Heinroth, muitos teóricos no campo da psicanálise se debruçaram nas relações existentes entre corpo e psiquê. Consta em Quintella (2005) que em decorrência da interlocução

entre os saberes médico e o psicanalítico, o estudo da psicossomática “passou a se constituir como uma importante vertente da psicanálise, ou pelo menos como investigação importante em permanente diálogo com esta” (QUINTELLA, 2005, p. 5). O mesmo autor ainda ressalta que esta interlocução teve seu início com o próprio Freud, ao criticar a noção mecanicista e organicista do corpo e das enfermidades orgânicas. Foi através de suas formulações sobre o aparelho psíquico e a dinâmica inconsciente é que autores como Groddeck, Ferenczi, Franz Alexander, Dunbar, Pierre Marty e M’Uzan, e na atualidade, Dejours (1997) e McDougall (2000), puderam teorizar em torno dessas enfermidades que aparecem no corpo sem qualquer etiologia orgânica. Vejamos as formulações desses autores.

## 2.1 GRODDECK E AS MANIFESTAÇÕES DO “ISSO”

O médico alemão George Walter Groddeck (1866-1934) é considerado o pai da psicossomática e defendeu radicalmente a psicologização do biológico. Contemporâneo de Freud, tornou-se membro da Associação Psicanalítica de Berlim, porém depois de um curto período, rejeitou as elaborações freudianas para construir uma teoria própria. Criticou ainda os discípulos de Freud que não se atentaram para o estudo das articulações das doenças orgânicas com a psicanálise, salientando que foi sua experiência com as doenças “físicas” que o levou às suas formulações a respeito do “Isso”; como se observa numa carta em que escreveu a Freud em 27 de maio de 1917:

Não foi através do estudo das neuroses que eu cheguei as minhas posições – eu deveria dizer que a suas posições – mas através da observação de doenças que somos levados a chamar de físicas. Eu tinha a firme convicção que o espírito e o corpo são uma mesma entidade que abriga o *Isso*, uma potência através da qual nós somos vividos [...] eu recusei a aceitar a separação entre as doenças somáticas e as doenças psíquicas. Eu tentei tratar do indivíduo em sua totalidade, o *Isso* nele... [...] No desenvolvimento destas idéias, que são fundamentalmente suas idéias, é impossível utilizar outra terminologia, diferente daquela que você elaborou... com a condição de estender o conceito de inconsciente e sua significação... o que é indispensável para o tratamento das afecções ditas físicas (KAMIENIECKI, 1994, p. 39 apud VOLICH, 2000, p. 83).

Ao negar a separação entre as doenças físicas e psíquicas, Groddeck, além de partir de uma perspectiva integradora entre mente e corpo, deixa claro que todas as patologias, ao serem dotadas de sentido, seriam uma manifestação do *Isso*. Em seu livro **Estudos Psicanalíticos sobre Psicossomática**, Groddeck (1920/1992), vem nos dizer justamente que “doença e saúde são formas de expressão de uma só vida. A doença não vem de fora, não é um inimigo, mas sim uma criação do organismo, do *Isso*” (GRODDECK, 1920/ 1992, p. 97).

Ao atribuir ao *Isso* o mesmo estatuto do inconsciente freudiano, Groddeck conceberá as patologias orgânicas como verdadeiras manifestações do *Isso*. No **Livro *disso***, Groddeck (1923/1997) afirma que a teoria psicanalítica deveria se ocupar das doenças orgânicas com a mesma intensidade com que se ocupava da histeria e neurose obsessiva. O adoecer orgânico, assim como os sintomas neuróticos e os sonhos, deveriam ser concebidos como uma manifestação do *Isso* (do inconsciente), precisando, por esta razão, serem decifrados. Ao afirmar que “doença e saúde são formas de expressão do *Isso*” (GRODDECK, 1917/1997, p. 147), Groddeck acreditava que as patologias orgânicas expressariam simbolicamente na esfera somática seu próprio conflito por meio da doença.

Nessa linha de pensamento, todas as doenças trariam consigo um sentido, por si só, inconsciente, o que agregaria para ele um valor de extrema importância: “Não obstante, a questão do sentido da doença tem um valor, um valor prático, um valor para o médico, entendendo por médico todo aquele trata, seja ele da secretaria de saúde ou do meio rural (GRODDECK, 1917/1997, p. 97). Ao considerar a doenças como algo de intrínseco ao próprio indivíduo, ela guardaria, conforme mencionado, um sentido singular em sua constituição, podendo estar sujeita (assim como nas psiconeuroses), a um trabalho de interpretação via tratamento analítico. O ficar doente haveria de ter um sentido. Ao defender a idéia “eu sou vivido por *Isso*” (GRODDECK, 1917/1997, p. 29), Groddeck (1966/1992) ressalta que as ações do ser humano, de um jeito ou de outro, estariam sempre vinculadas ao *Isso*, como aponta:

Nas mudanças de assunto, ao ouvir ou pronunciar certas palavras, ao contemplar quadros, pessoas, objetos, em todas as percepções sensoriais possíveis, praticamos ações que ao mesmo tempo nos revelam aspectos psíquicos ocultos e provam fartamente que o ser humano não sabe o que faz, que algo inconsciente o obriga a revelar-se simbolicamente, que essa simbolização não provém do pensamento intencional mas sim da atuação desconhecida do *Isso* (GRODDECK, 1966/ 1992, p. 31).

Posteriormente, salienta sobre o *Isso* novamente:

Acredito que o homem é vivido por algo desconhecido. Existe nele um “*Isso*”, uma espécie de fenômeno que comanda tudo o que ele faz e tudo o que lhe acontece. A frase “Eu vivo...” é verdadeira em parte; ela expressa apenas uma pequena parte dessa verdade fundamental: o ser humano é vivido pelo *Isso* (GRODDECK, 1917/ 1997, p. 9).

Ao colocar o *Isso* no mesmo patamar que o inconsciente, Groddeck, estudando as doenças somáticas através da análise em diversos de seus pacientes, chega à conclusão, por exemplo, que uma fratura ou qualquer afecção nos membros inferiores significaria que o “*Isso* acha melhor não andar temporariamente” (GRODDECK, 1917/1997, p.101). Já nas afecções que atingiam as partes abertas do corpo, ele atribuía o sentido de que o *Isso* “não quer deixar entrar em si, ou sair de si alguma coisa”, já que as erupções cutâneas teriam a finalidade de assustar ou atrair, “pois a lei é essa: cada ação do *Isso* tem um duplo sentido, um senso e um contra-senso, ou talvez um múltiplo sentido” (GRODDECK, 1966/ 1992, p. 101).

Sendo assim, podemos considerar que, para Groddeck, toda doença orgânica era “psicossomática”, na medida em que, por ser uma formação do inconsciente, elas guardariam um sentido que só poderia ser interpretado via análise. Nessa perspectiva, Quintella (2005) critica a teoria de Groddeck, dizendo que este, ao colocar as doenças psicossomáticas no mesmo nível das psiconeuroses, de certo modo negligencia a abordagem freudiana das “neuroses atuais”, as quais, por não possuírem em seu funcionamento uma articulação com a esfera psíquica, não poderiam, portanto, serem consideradas como uma formação do inconsciente. Contudo, ao mesmo tempo em que critica tal abordagem, o autor também nos coloca que as formulações de Groddeck acabaram rendendo a Freud importantes contribuições num segundo momento de sua teoria.

Ao usar a expressão *Isso* para designar uma instância regida pelo princípio do prazer, observa-se que Freud, apesar de tomar emprestado a expressão de Groddeck, define-a de modo diferenciado, ressaltando a dimensão dinâmica do aparelho psíquico (a partir da delimitação das instâncias *Isso*, *Eu* e *Supereu*) e sua consequência na eclosão de uma neurose. Groddeck, ao contrário, utilizou o termo *Isso* para designar uma “dimensão de totalidade organismo-psiquismo, uma entidade que se encontraria presente desde a concepção humana de fecundação” (QUINTELLA, 2005, p. 14).

Ao tecer considerações sobre Groddeck, Casetto (2006) nos fala que se levarmos a cabo as teorizações desse “analista selvagem”, implicaríamos o *Isso* até mesmo “nos acidentes que nos acontecem” (p. 124), pois para ele as idéias de Groddeck, na medida em que sempre estiveram voltadas para a decifração dos sintomas, acabaram não propondo ações no sentido de desenvolver dispositivos clínicos para lidar com o poder que ao *Isso* atribuía na eclosão de determinadas doenças. Foi por estas e outras razões que, conforme veremos a seguir, Groddeck será fortemente criticado por Ferenczi, o qual, por também ter estudado as influências do psiquismo no adoecimento orgânico, formulou idéias próprias a respeito.

## 2.2 FERENCZI: AS PATONEUROSES E AS NEUROSES DE ÓRGÃO

O médico e psicanalista Sándor Ferenczi (1873-1933) criticou de forma ferrenha as formulações de Groddeck. Em seu texto chamado **George Groddeck: O explorador de almas**, Ferenczi (1921/1993) se refere à Groddeck como um “médico temperamental” e nos diz que suas idéias, embora no começo tenham se baseado em alguns dos pressupostos psicanalíticos, acabaram perdendo seu valor. Ao afirmar que Groddeck via “as doenças e os processos de cura com seus próprios olhos” (FERENCZI (1921/1993, p. 131), Ferenczi aponta a falta de rigor teórico em suas formulações, deixando claro que o médico negligenciou não só o rigor do método psicanalítico, mas também qualquer saber científico. Sobre a teoria de Groddeck, Ferenczi salienta:

Muitos de seus artigos pareciam apresentar alguma semelhança com determinadas teses da psicanálise. Entretanto, no começo, Groddeck atacou a escola de Freud, como atacaria todas as escolas em geral. Finalmente, o seu fanatismo pela verdade mostra-se ainda mais forte do que a sua aversão por todo saber escolástico: reconheceu abertamente que se enganara ao enfurecer-se contra o criador da psicanálise e – o que é ainda mais excepcional – desvendou *coram publico* seu próprio inconsciente ao indicar uma tendência que o impeliria, por pura inveja, a fazer-se adversário de Freud (FERENCZI, 1921/ 1993, p. 131).

Nesse sentido, ao fazer-se adversário de Freud, Groddeck abre mão das teorias freudianas e parte de um princípio monista para explicar as patologias orgânicas, atribuindo sempre um aspecto inconsciente e cheio de simbolismos a todas as doenças graves. Para Ferenczi, ao atribuir sentido às afecções de seus pacientes, Groddeck só poderia ter conseguido bons resultados graças não à psicanálise, mas sim através “de um poder de uma sugestão de uma personalidade única excepcional” (FERENCZI, 1921/1993, p. 132).

Ao mesmo tempo em que criticou as teorias groddeckeanas, Ferenczi, sendo mais fiel ao pensamento freudiano, também construiu consideráveis formulações acerca das relações presentes entre o adoecimento orgânico e o psiquismo. Através de suas experiências como médico em um hospital militar durante a Primeira Guerra, Ferenczi pôde formular toda uma teoria sobre o adoecer orgânico a partir das *neuroses traumáticas*.

Em 1918, em um relatório apresentado no V Congresso Internacional de Budapeste, intitulado **Psicanálise das Neuroses de Guerra**, Ferenczi, no intuito de explicar a etiologia dessas neuroses, chama atenção para o fato de que uma teoria puramente organicista e mecanicista não daria conta de explicar o que até então estava acontecendo durante a guerra. Afirmou que, neste período, a eclosão em massa de neuroses graves levou não só ele, como



também vários neurologistas, a recorrerem ao fator psíquico como causa de certas patologias. Ao criticar os neurologistas que durante algum tempo resistiram à psicanálise, ele afirma:

Os neurologistas não podem escapar à censura de terem menosprezado por muito tempo os trabalhos inovadores de Breuer e Freud sobre o determinismo psíquico de numerosos distúrbios nervosos e de terem esperado pela pavorosa experiência de guerra para ficar um pouco mais bem informados. Ora, existe há mais de 20 anos uma ciência, a *psicanálise*, à qual muitos investigadores dedicam todos os seus esforços e que nos dotou de conhecimentos de extraordinária importância a respeito do mecanismo da vida psíquica e das suas perturbações (FERENCZI, 1918/1993, p. 14).

Neste relatório, ao falar da relevância da psicanálise para o entendimento das neuroses, Ferenczi censura os neurologistas, considerando a importância do psiquismo para o desencadeamento de diversas patologias orgânicas, em especial aquelas manifestadas entre as neuroses de guerra: as *neuroses traumáticas*. Desta forma, ele questiona: “Como se deveria conceber o modo de ação dos fatores psíquicos, a psicogênese de quadros clínicos tão graves e que dão uma tal impressão de organicidade?” (FERENCZI, 1921/1993, p. 19).

A fim de discutir esta questão, Ferenczi recorre a Charcot, Breuer e Freud para afirmar que o pavor e a lembrança poderiam, sim, provocar sintomas orgânicos. Ao falar das neuroses de guerra, Ferenczi (1918/1993) nos aponta para uma predisposição psíquica, predisposição esta ligada a uma “série etiológica”. Esta série, sustentada por Freud em **O Inconsciente** (1915/2004), nos ensina que determinada representação, por ter sido recalcada, pode aparecer na consciência vinculada a uma série de representações as quais se manifestariam de forma disfarçada. Nas neuroses de guerra, Ferenczi nos diz que o traumatismo vivido pelo indivíduo figuraria apenas como um facilitador para a ativação dessa “série etiológica”, a qual, como o próprio nome diz, faria a neurose eclodir, de modo disfarçado, através de uma enfermidade orgânica, sem causa aparente.

Mais adiante, Ferenczi dirá que o indivíduo com uma neurose traumática ou de guerra está fixado no narcisismo, onde o excesso de libido no Eu causaria a neurose. Ele alerta para o fato de que a libido, uma vez entendida no âmbito da erotização, da erogeneização, e não simplesmente no âmbito da genitalidade, poderia estar investida também no seu próprio Eu ou mesmo no próprio corpo do sujeito. Esta ideia pode ser vista em Freud quando, no artigo sobre o narcisismo, afirma:

Quanto a um órgão apresentar uma sensibilidade dolorosa sem que tenha ocorrido alteração alguma, encontraremos o protótipo disto no estado de

excitação dos órgãos genitais, que apresentam tais características sem estarem propriamente enfermos [...] Poderíamos então designar como erogeneidade a atividade que emana de uma parte do corpo e envia estímulos sexualmente excitantes em direção à vida psíquica [...] Agora, basta que arrisquemos apenas mais um passo: podemos considerar que a erogeneidade é uma faculdade geral de todos os órgãos e, portanto, nos referir a um aumento ou redução da erogeneidade em determinada parte do corpo (FREUD, 1914/2004, p. 104-105).

Através desta afirmação, podemos entender quando Ferenczi afirma que o paciente atingido por uma neurose traumática é afetado, na maioria dos casos, pelo que ele chama de *hipersensibilidade do ego*. Tal sensibilidade aparecia quando o paciente retirava sua libido dos objetos externos, concentrando-a toda no Ego. Este fato, por conseguinte, causaria uma estase de libido nesta instância, provocando sensações orgânicas hipocondríacas e hipersensibilidade.

Desse modo, afirma que, quando isso acontece pode-se dizer que o paciente regrediu ao seu narcisismo infantil, de amor a si mesmo, devido a um enfraquecimento do amor objetal. Assim, “um indivíduo que desde a origem apresenta uma neurose narcísica desenvolverá mais facilmente uma neurose traumática, mas ninguém está inteiramente imune na medida em que o estágio narcísico é um ponto de fixação importante do desenvolvimento libidinal de todo ser humano” (FERENCZI, 1918/1993, p. 26). Ao dizer isso, Ferenczi vai além da teoria de Strumpell referente aos benefícios secundários da doença (como pensão, indenização, isenção de serviço ativo) e afirma que a doença, apesar de ter um *ganho secundário*, teria também um ganho mais importante, um *ganho primário*, referente ao prazer de se sentir cuidado e protegido no “seguro abrigo da situação infantil, outrora abandonada a contragosto” (FERENCZI, 1918/1993, p. 27). Para ele, o que eclodiria esta neurose seria um afeto demasiado intenso o qual, por não ter sido descarregado por uma via psíquica adequada, encontraria no corpo doente tal satisfação, regredindo a este estágio infantil do desenvolvimento.

Tais ideias, entretanto, foram elaboradas a partir do artigo de Ferenczi (1917/1993) **As Patoneuroses**. Neste artigo, ele conceitua as *patoneuroses* ou *neuroses de doença* como sendo um resultado de uma doença orgânica que, por ter sido superinvestida de libido, provocaria um recrudescimento local desta. Para ilustrar, alude ao exemplo já mencionado por Freud de uma pessoa que, com dente cariado ou doloroso, retira seu investimento libidinal do mundo externo e passa a concentrá-lo no ponto doloroso do dente. Ressalta que este ponto, ao mesmo tempo em que causa dor ao indivíduo, representa também um ponto de obtenção de

prazer, no qual se pode obter satisfações libidinais através de certas ações como o chupar, o empurrar ou mesmo aspirar o dente com a ajuda da língua. A partir disso, afirma que essas ações, por trazerem prazer ao sujeito, são acompanhadas de uma *qualidade genital*, ou seja, são *genitalizadas*.

A qualidade genital do órgão lesionado, já aqui citada por Freud, pode, para Ferenczi, acarretar uma perturbação da libido não apenas narcísica, mas, eventualmente, também transferencial (histérica). A essa patologia Ferenczi denominou de *histeria da doença* ou *patohisteria*, onde a libido objetal, uma vez preservada, opõe-se à *neurose sexual* de Freud, em que a perturbação da libido é primária e o distúrbio orgânico, secundário. Salienta ainda que é mais difícil distingui-las dos estados de hipocondria, afirmando que a diferença essencial entre esta, as patoneuroses e a *patohisteria* é que na hipocondria não existem nem nunca existiram alterações visíveis e detectáveis dos órgãos.

No que diz respeito à *neurose traumática*, ele nos fala que ela é fruto de um choque psíquico e físico intenso, sem lesão corporal importante. Nas suas palavras, o sintoma da neurose traumática “combina a regressão narcísica (abandono de uma parte dos investimentos de objeto) e os sintomas da histeria de conversão ou de angústia, que classificamos, como se sabe, de neuroses de transferência” (FERENCZI, 1917/1992, p. 295).

No entanto, ao se deparar com tantas categorias de neurose, Ferenczi chega a se perguntar como uma doença ou ferimento pode provocar uma neurose narcísica, “um narcisismo de doença” (FERENCZI, 1917/1992, p. 295), ou melhor, uma patoneurose. Para responder ao questionamento, recorre a três condições que poderiam desencadear essa transição:

1ª se o narcisismo é constitutivamente muito forte, mesmo antes da agressão – ainda que seja em estado latente –, de modo que a menor lesão de qualquer parte do corpo, não importa qual, atinge por inteiro o ego; 2ª se o traumatismo constituiu uma ameaça para a vida ou se o sujeito está persuadido disso, ou seja, se o ego e a existência em geral estão ameaçados; 3ª enfim, podemos imaginar que uma *regressão ou neurose narcísica resulta da lesão de uma parte do corpo fortemente investida de libido* parte com a qual o ego facilmente se identifica por inteiro. Considerarei aqui apenas esta última eventualidade (FERENCZI, 1917/1992, p. 295)

Ao tecer esta afirmação, Ferenczi nos adverte que a libido, justamente por não ser dividida igualmente em todo o corpo, pode ficar concentrada ou condensada em zonas erógenas específicas do mesmo. Este fato faz com que a zona erógena mais investida sofra uma tensão mais forte em relação às outras partes do corpo, causando, portanto, uma doença.

Assim, da mesma forma, o ferimento ou lesão em uma dessas partes do corpo, sem dúvida, acarretará um distúrbio na libido mais grave do que em outras partes não tão investidas. Vale ressaltar que as patoneuroses, ao mesmo tempo em que prejudicam o paciente, colocam-no perante uma condição de restabelecimento, no sentido de que a doença, no momento em que paralisa o sujeito, faz com que o mesmo seja convocado a redistribuir essa libido, como afirma:

De acordo com tudo o que precede, é muito provável que não sejam apenas os glóbulos brancos que se reúnem nas partes feridas do corpo por “quimiotaxia” para exercer aí sua atividade reparadora, mas que também se acumule aí uma quantidade maior de libido proveniente de outros investimentos orgânicos. Talvez esse recrudescimento libidinal participe também da deflagração dos processos de cura (FERENCZI, 1917/1992, p. 299).

Nota-se que, ao propor a patoneurose como uma nova categoria de neurose, Ferenczi afirma que ela estaria localizada entre a histeria e outras disfunções orgânicas. Casetto (2006), ao dizer que: “nessa categoria estariam as neuroses atuais, certas doenças como a asma nervosa, as neuroses do estômago, as neuroses cardíacas, a enxaqueca etc” Casetto (2006, p. 125), salienta que as formulações de Ferenczi refletiram um considerável avanço teórico diante da teoria de Groddeck. Uma vez centrando-se na distribuição libidinal no adoecimento de um órgão, ele não atribuiu um determinismo psíquico direto às afecções, como o fez Groddeck. Além disso, Ferenczi pôde entender o aparecimento de certas lesões a partir do processo analítico. Para ele, no momento em que o investimento libidinal fosse melhor distribuído, a vida afetiva do paciente podia ser restabelecida; como se observa a partir de Casetto (2006, p. 125): “Com o apoio da transferência, conseguir-se-iam êxitos importantes no tratamento de doenças orgânicas”. O que demonstra que, para Ferenczi (FERENCZI, 1926, p. 382), “a regeneração necessária à cura vai haurir suas forças na fonte da energia sexual, como se a autoconservação, em caso de perigo muito grave (doença), tivesse de recorrer à conservação da espécie”.

Ao destacar tal afirmação ferencziana, Casetto (2006) pontua que apesar de Ferenczi não ter avançado nessa temática tal como Freud o fez (através das neuroses atuais e sua comparação com o funcionamento das psiconeuroses), ele deixou consideráveis contribuições criando conceitos para determinadas afecções orgânicas, idealizando perspectivas clínicas e atribuindo a elas um estatuto importante no campo da psicanálise. Salienta, ainda, que o fato de ter sido Húngaro possa ter criado um terreno fértil para que, depois, Franz Alexander, de

mesma nacionalidade, construiu teorias que também marcaram o território de saber da “psicossomática”.

### 2.3 A CORRENTE AMERICANA E O INSTITUTO DE PSICOSSOMÁTICA DE CHICAGO

O resgate da expressão “psicossomática”, antes inaugurada por Heinroth, foi feito justamente por um médico da corrente americana, Félix Deutsch (1894-1963), em 1926. Este, apontando para a utilização indiscriminada da noção psicanalítica de conversão, criticou a maneira organicista da medicina, a qual, por se voltar à descrição dos sintomas, ignorava a subjetividade no aspecto do adoecer (VOLICH, 2000).

Sobre Deutsch, Casetto (2006) nos informa que sua maior contribuição “parece ter sido projetar algo bem diferente de uma psicanálise ampliada: o termo psicossomática lhe valeu para imaginar uma medicina do homem total – uma medicina psicossomática” (KAMIENIECKI, 1994, apud CASETTO, 2006, p. 24-45). Ao emigrar para os Estados Unidos, fundou a Associação Psicanalítica de Boston e incitou nos hospitais uma discussão acerca da relação transferencial médico-paciente, onde formulou o método da *anamnese associativa*. Este método, aplicado até hoje pela medicina, consiste em um interrogatório específico dirigido ao paciente e se baseia não apenas nos sinais físicos manifestados. Isso permitia ao médico adentrar na esfera psicodinâmica do paciente e entender o motivo pelo qual este manifestava determinada doença (VOLICH, 2000). Esta experiência fez com que Deutsch contribuísse de modo significativo com os trabalhos de Franz Alexander (1891-1964) e Helen Flanders Dunbar (1902-1959), nomes que mais se destacaram na criação da medicina psicossomática americana.

De acordo com Ramos (1994), apesar das contribuições de Deutsch para o campo da medicina psicossomática e psicanalítica na América, foi Helen Flanders Dunbar (1902-1959), idealizadora e fundadora da Sociedade Americana de Psicossomática, quem ofereceu sua base teórica fundamental. Dunbar publicou o livro **Mudanças emocionais e biológicas: uma pesquisa da literatura sobre as inter-relações psicossomáticas**, onde identifica traços comuns de personalidade em pacientes com diferentes patologias, tomando como norte um protocolo complexo de informações e características individuais. As ideias de Dunbar, por sua vez, influenciaram significativamente as formulações de Franz Alexander no que se refere aos perfis psicossomáticos específicos para cada tipo de doença. Contudo, apesar de tal influência, Alexander posicionou-se criticamente com relação às teorias de Dunbar. Assim, aponta para a descrição de perfil do paciente coronariano formulada por Dunbar:

Segundo Dunbar, tal paciente é geralmente uma pessoa permanentemente batalhadora, com grande controle e persistência, visando ao sucesso e à realização. Ele planeja a longo prazo; tem, frequentemente, uma aparência distinta. Ele exibe, em alto grau, o que Freud chamou de “princípio da realidade”, a capacidade de adiar e subordinar ações a objetivos a longo prazo (ALEXANDER, 1989, p. 59).

Esta descrição foi bastante criticada por Alexander, pois, para ele, a frequência estatística de traços de personalidade associada às doenças não poderia significar o mesmo que relação causal. Segundo Alexander, a relação deveria ser feita a partir de certos estados emocionais, mais especificamente com determinados tipos de conflitos que, sendo reprimidos, provocariam a cronificação de alterações fisiológicas, normalmente acompanhadas de emoções. Tais alterações, por regularem a expressão das emoções, faziam com que elas desaparecessem.

Dessa maneira, influenciado pelo pensamento de Deutsch sobre a medicina do homem total e inspirado em sua crítica aos perfis psicossomáticos de Dunbar, Alexander (1989), parte da concepção da existência de um organismo enquanto unidade, propondo que toda doença é psicossomática, na medida em que as emoções intensas exercem grande influência sobre as funções do corpo. Ao afirmar que “cada situação emocional corresponde uma síndrome específica de alterações físicas, psicossomáticas, tais como o riso, o choro, o enrubescimento, alterações da frequência cardíaca, da respiração, etc” (Alexander (1989, p. 50), ele nos aponta que desordens crônicas do corpo podem se desenvolver sob a influência de transtornos emocionais prolongados.

Em Chicago, Franz Alexander e colaboradores destacaram-se nas pesquisas relacionadas às interações corpo e psiquê, disponibilizando tratamento psicanalítico a pacientes com doenças fisiológicas diversificadas. Estudaram basicamente as seguintes patologias: a úlcera duodenal, a colite ulcerativa, a asma brônquica, a neurodermatite, a hipertensão essencial, a artrite reumatoide e a tireotoxicose. Estas doenças seriam resultado de uma desordem fisiológica, causada por algum tipo de manifestação psíquica.

Entretanto, apesar de considerar que os aspectos emocionais poderiam interferir diretamente no fator orgânico, Alexander fez questão de deixar claro a diferença entre uma histeria de conversão e uma “neurose orgânica”. Aliás, de acordo com Birman (1980), Alexander e colaboradores foram os primeiros a chamar a atenção para esta diferenciação. Em um capítulo à parte, denominado **Histeria conversiva, neurose vegetativa e distúrbio orgânico psicogênico**, Alexander (1989) diferencia aquilo que seria da ordem de uma histeria conversiva, de um distúrbio orgânico psicogênico. Ao afirmar que certas desordens vegetativas de órgãos internos não poderiam ser expressas simbolicamente, como na histeria, ele pontua:

É pouco provável, no entanto, que órgãos internos como o fígado ou as arteríolas pequenas do rim possam simbolicamente expressar idéias. Isto não significa que eles não possam ser influenciados por tensões emocionais, que podem ser conduzidas a qualquer parte do corpo por meio da via cortico-talâmica e do sistema nervoso autônomo. Sem dúvida, influências emocionais podem estimular ou inibir a função de qualquer órgão. Depois que a tensão emocional relaxa, as funções corporais voltam a seu equilíbrio normal. Sempre que a estimulação ou inibição emocional de uma função vegetativa torna-se crônica e excessiva, a ela nos referimos como “neurose orgânica” (ALEXANDER, 1989, p. 36-37).

Ao nos dizer isso, o autor ressalta que uma histeria de conversão é incapaz de causar tanto estrago em determinado órgão como pode acontecer em uma “neurose orgânica”. No que se refere a esta última, ele salienta que uma neurose deste tipo, diferentemente de uma conversão, manifesta-se não na tentativa de expressar uma emoção, mas sim em detrimento de uma resposta fisiológica dos órgãos vegetativos a estados emocionais, aos quais, sendo ou não constantes, sob a influência de uma raiva ou frustração, apareceriam periodicamente. A referida resposta seria um modo de adaptação e restabelecimento do corpo, quando este se prepara a confrontar-se com um evento conflitante.

As neuroses deste tipo foram classicamente enquadradas como “psicossomáticas”, devido ao caráter de cronicidade dos sintomas, os quais, por sua vez, seriam acompanhados, de forma proporcional, por uma persistência na “vontade” emocional. Assim, a persistência em “atitudes de rivalidade, agressividade e hostilidade” excitaria o sistema nervoso simpático adrenérgico, produzindo enxaquecas, hipertensão, hipertiroidismo, neurose cardíaca, artrite, síncope por vaso depressão e diabetes” (VOLICH, 2000, p. 96).

Assim, fundamentando-se na teoria ferencziana sobre a “neurose de órgão” e na concepção da “termodinâmica energética emocional” de Dunbar, Alexander idealizou o conceito de “constelação psicodinâmica específica”. Esta teoria consiste no fato de que as diversas respostas fisiológicas aos estímulos emocionais, normais e mórbidos têm sua variação conforme a origem do estado emocional desencadeante. Ao afirmar que “cada estado emocional tem sua própria síndrome fisiológica”, Alexander (1989) salienta que o conteúdo psicológico junto à configuração dinâmica de cada força psicológica motivadora determina funções biológicas que serão ativadas ou inibidas. No que tange a essas forças, afirma que influências como a ansiedade, os impulsos eróticos e hostis reprimidos, a frustração ou os anseios dependentes, os sentimentos de culpa e de inferioridade, estariam presentes em todos os distúrbios neurovegetativos. Por esta razão, precisariam ser discriminados segundo uma configuração específica na qual eles aparecem. Ao comparar a configuração psicodinâmica específica com a estereoquímica, ele afirma:

Os mesmos átomos: carbono, hidrogênio, oxigênio e nitrogênio, entram na constituição dos diferentes compostos orgânicos; porém, estes átomos estão combinados numa grande variedade de padrões estruturais e cada combinação representa uma substância de qualidade bastante específica. A hostilidade pode ser expressa pelo ataque físico, seja este através de extremidades ou de atos de sujar, cuspir, etc., ou por insultos verbais, fantasias destrutivas ou modos de ataques menos diretos. As respostas fisiológicas sofrerão a devida variação. O desejo de ser cuidado, como é visto nas retrações vegetativas, pode aparecer como o desejo de ser nutrido, acariciado, carregado, satisfeito, elogiado, encorajado ou ajudado pelos outros de vários modos (ALEXANDER, 1989, p. 57).

Através desta analogia, o autor explica que é possível entender como determinadas forças psicológicas podem interferir em certos distúrbios orgânicos ou neurovegetativos. Analisando as diferentes combinações, Alexander e colaboradores chegaram, por exemplo, a constatação de que pacientes afetados por disfunções gástricas são influenciados por preocupações, medos, brigas de família e contratemplos nos negócios. Ressalta que o denominador comum nestas tensões emocionais é um intenso desejo de repouso, segurança e ajuda. Sobre os pacientes atingidos por uma diarreia crônica, colite espástica e colite mucosa, afirmam que estes revelam um conflito pautado nos seus fortes desejos receptivos e exigentes (orais-agressivos). Estes pacientes tentariam compensar estes desejos dependentes pela atividade e o impulso de dar, substituindo a realização e a doação verdadeiras por ataques de diarreia. Já no que diz respeito ao perfil psicológico do paciente asmático, observa-se que:

O fator psicodinâmico nuclear é um conflito centralizado numa dependência excessiva e não resolvida da mãe. Todos os tipos de traços de personalidade podem desenvolver-se como uma defesa contra esta fixação infantil. Conseqüentemente, encontramos entre as pessoas que sofrem de asma, muitos tipos de personalidade: agressivas, ambiciosas, argumentadoras, ousadas e também hipersensíveis, com senso estético. Alguns asmáticos têm caráter compulsivo, enquanto outros têm uma natureza mais histérica. Seria inútil definir um perfil característico; tal perfil não existe. A dependência reprimida da mãe é, contudo, uma característica constante, ao redor do qual podem desenvolver-se diferentes tipos de caráter defensivos (ALEXANDER, 1989, p. 104).

Vê-se, contudo, que apesar de Alexander ter afirmado que não há como traçar um perfil característico para certas afecções, criticando inclusive as posições de Dunbar, é justamente isso que ele insiste em fazer. Embora tenha se baseado no método psicanalítico, é possível observar que a corrente americana psicossomática, na interseção medicina e psicanálise, aproximou-se mais do campo de saber da medicina, atribuindo perfis psicológicos e generalizando a subjetividade, o que



não é nem nunca foi a proposta da psicanálise. Na interlocução medicina e psicanálise, veremos a seguir, através das formulações do Instituto de Psicossomática de Paris, as teorizações organizadas segundo a estrutura psíquica do doente.

#### 2.4 PIERRE MARTY E O INSTITUTO DE PSICOSSOMÁTICA DE PARIS

Entre os anos de 1950 e 1963, entrou em destaque a corrente francesa de psicossomática, liderada principalmente pelos psicanalistas Pierre Marty (1918-1993) e Michel de M'Uzan. Estes, juntamente com Michel Fain e C. David, criaram o Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO), onde se praticam até hoje pesquisas e tratamentos em pacientes que apresentam distúrbios do tipo “psicossomático” (CASETTO, 2006).

Em 1962, Marty e M'Uzan construíram o conceito de *pensamento operatório*. Tal conceito, idealizado entre 1958 e 1962, foi fruto de estudos realizados pelo Instituto de Psicossomática de Paris e resultou na publicação do livro “A investigação psicossomática” (MARTY, M'UZAN, 1963/ 1994). Exposto por Marty e M. de M'Uzan no XXIII Congresso de Psicanálise dos países de língua francesa em 1982, o conceito de pensamento operatório encontra sua origem nas concepções freudianas como organizações narcísicas, ou seja, como doenças que afetam o Eu.

A noção de pensamento operatório apontava para uma conceituação inédita de uma forma de atividade psíquica distinta da neurose e da psicose. “Ela descrevia um modo de pensamento consciente que parecia despojado de espessura, de duplos sentidos, de metáforas, de atos falhos, enfim, de atravessamentos pela fantasia” (CASETTO, 2006, p. 129). Por este motivo, a análise desses pacientes se daria, para Marty, com grande dificuldade. Refere que, de acordo com a IPSO, tais pacientes teriam dificuldade de se deixar levar pela regra fundamental da associação livre, pois uma vez não apresentando uma demanda de análise, os relatos tenderiam sempre a estar vinculados às experiências objetivas do cotidiano.

O pensamento operatório se definiria, então, por uma precariedade na atividade do pensamento, manifestando-se por meio de uma pobreza na simbolização e na verbalização, ocasionada pelo déficit nas representações psíquicas destes pacientes. A lesão psicossomática, devido a uma falha na atividade psíquica, não promove o processo de elaboração psíquica através dos sintomas psiconeuróticos, dos atos falhos e dos sonhos. Conforme Marty (1993), o aparelho psíquico do paciente psicossomático apresentaria uma falha de ligação, no nível das representações, onde as excitações somáticas seriam impedidas de alcançar a esfera das

representações psíquicas. A pobreza psíquica no âmbito das representações levariam o paciente psicossomático a desenvolver o que chamou de *Depressão Essencial*. Este conceito foi centrado na idéia de que os pacientes acometidos de lesões somáticas crônicas apresentariam uma carência psíquica que precisaria ser reparada.

Para Vieira (1997), a *Depressão Essencial* se caracteriza como um estado clínico no qual há um “rebaixamento do tônus libidinal”, um desinvestimento pelos objetos do mundo externo. Isto, por sua vez, reflete em uma verdadeira atitude de indiferença com relação aos fatos, pessoas e coisas que rodeiam esses pacientes. A doença somática entraria para sinalizar esta carência de investimento nos objetos externos, motivada por uma estrutura psíquica pobre de fantasias e de palavras. Casetto (2006, p. 130), a partir de uma citação de Marty (1966, p. 19), nos mostra:

Esta sintomatologia depressiva define-se pela falta: apagamento, em toda a escala, da dinâmica mental (deslocamentos, condensações, introjeções, projeções, identificações, vida fantasmática e onírica). Não se encontra, nessa depressão “conveniente”, a “relação libidinal” regressiva e ruidosa das outras formas de depressões neuróticas ou psicóticas. Sem contrapartida libidinal, portanto, como desorganização e a fragmentação ultrapassam sem duvida o domínio mental, o fenômeno é comparável ao da morte, onde a energia vital se perde sem compensação.

Tal afirmação expõe nitidamente o que Marty quis dizer sobre a questão do déficit como elemento que marca a disposição clínica fundamental nestes pacientes. A lesão de órgão resultaria desse déficit na esfera psíquica. Este déficit, por sua vez, causaria uma desordem econômica libidinal, provocando um aumento de libido em determinado órgão, no caso do “paciente psicossomático”, no órgão afetado. Em detrimento disso, Marty (1993) coloca esses pacientes numa classificação separada dos pacientes psiconeuróticos. Diferentemente das psiconeuroses (histeria, fobia, obsessões), nas “afecções psicossomáticas” o inconsciente não entra em questão, na medida em que tais afecções não estão encadeadas à série de representações psíquicas inconscientes. Assim, o autor classifica tais afecções como lesões resultantes do plano pré-consciente, sob a ótica de uma *falha nas mentalizações*.

A *falha na mentalização* refere-se à incapacidade do aparelho psíquico de realizar elaborações em um nível que vá além da pura doença descarregada no corpo. Para Marty (1993), os psiconeuróticos seriam sujeitos capazes de suportar uma determinada carga de excitação somática

pela esfera psíquica, conseguindo administrá-las e descarregá-las através de um sintoma, resultado de um trabalho psíquico. Já os sujeitos acometidos de transtornos somáticos, que apresentam um discurso operatório, seriam incapazes de produzir sintomas inconscientes, devido ao empobrecimento no alcance das representações psíquicas, motivo pelo qual o autor os denomina de “neuróticos mal mentalizados”.

Seguindo este ponto de vista, Marty (1998) categoriza quatro tipos distintos de neurose: *as neuroses mentais clássicas*, *as neuroses de comportamento*, *as neuroses de mentalização incerta* e *as neuroses mal mentalizadas*. As primeiras, o autor atribui um bom nível de mentalização, uma vez que seriam capazes de proteger o indivíduo contra as excitações somáticas através da simbolização. Nas segundas, os indivíduos lançam mão do próprio comportamento para expressar as várias excitações internas e externas as quais são submetidos. Nas *neuroses de mentalização incerta*, observou variações substanciais na quantidade de representações. Já nas *neuroses mal mentalizadas*, verificou indivíduos com intensa precariedade discursiva diante da escuta clínica, supondo-se, portanto, uma pobreza no campo mental e representativo.

Considerando os quatro tipos distintos de neurose propostos por Marty. Volich (2000) nos coloca que as referidas neuroses eclodem de acordo com os “recursos mais evoluídos” do paciente. Os autores nos dizem que, em razão do constante afluxo de excitações e da necessidade de descarregá-las, o sujeito encontra fundamentalmente três vias: “a *via orgânica*, a *ação* e o *pensamento*, que, nessa ordem, representam o grau hierárquico progressivo da evolução dos recursos do indivíduo para responder aos estímulos, internos ou externos, aos quais é submetido” (MARTY; VOLICH, 2000, p. 147). Por conseguinte, fazendo um paralelo, podemos dizer que a *via orgânica* seria o meio pelo qual o neurótico mal mentalizado descarregaria a excitação, eclodindo, assim, uma doença. A descarga via *ação* seria o caminho escolhido pelas neuroses de comportamento. Já o pensamento seria o canal de descarga utilizado pelas neuroses mentais clássicas, as psiconeuroses. Cada uma dessas vias não seria escolhida por acaso, mas sim por uma questão de evolução: o sujeito escolhe o recurso mais evoluído para atingir sua satisfação e aliviar a tensão libidinal.

Ao considerar, através da teoria martyniiana, o aparelho mental como o elemento determinante no desencadeamento de um transtorno psicossomático, Volich (2000, p. 148) salienta:

A mentalização consiste em operações de representação e simbolização por meio das quais o aparelho psíquico busca regular as energias instintivas e pulsionais,

libidinais e agressivas. A atividade da fantasia, o sonho e a criatividade são atividades essenciais de regulação do equilíbrio psicossomático [...] Falhas no desenvolvimento ou experiências de vida desorganizadoras, traumáticas, comprometem a estrutura e o funcionamento do aparelho psíquico, de forma duradoura ou temporária. As deficiências estruturais ou funcionais do aparelho psíquico induzem à utilização pelo organismo de recursos mais rudimentares, da ordem da motricidade ou mesmo de reações orgânicas como tentativa de reequilibrar a energia do indivíduo.

Por esta razão, têm-se que a falha na mentalização leva o indivíduo a recorrer a vias mais primitivas para atingir sua satisfação libidinal ou pulsional. Primitivas no sentido de menos evoluídas, pois uma vez que o indivíduo for incapaz de elaborar tais excitações pela via psíquica, ele “prefere” descarregar no próprio corpo estas excitações, assim como um bebê que, por não possuir aparato nem físico nem psíquico para administrar suas exigências orgânicas, não consegue tolerá-las e acaba indo por um caminho do reflexo ou de reações involuntárias para atingir sua satisfação.

Não foi à toa que Marty (1998) desenvolveu sua teoria a respeito da falha nas mentalizações a partir das relações mãe-bebê no desenvolvimento infantil, atribuindo a esta falha como sendo um resultado de uma falha anterior na função materna. Ao afirmar que “as insuficiências básicas das representações encontram sua origem no início do desenvolvimento do sujeito”, ele aponta para alguns tipos de falha na relação mãe-criança e propõe uma série de condições que podem ocasionar esta falha: 1) um fator congênito de insuficiência ou um fator acidental das funções sensório-motoras da criança, que constituem bases perceptivas das representações (como dificuldades visuais, auditivas ou motoras); 2) incapacidade da mãe em exercer sua função, “[...] consideramos que uma mãe mais ou menos cega, por exemplo, não possa assegurar uma comunicação clássica com seu bebe ou sua criança” e; 3) condição apontada por ele como a mais frequente: uma carência ou “[...] uma desarmonia das respostas afetivas da mãe em relação a seu filho” (MARTY, 1998, p. 22).

Ao considerar a falha na função materna como o maior desencadeador de uma falha nas mentalizações, Marty (1998) salienta que a incapacidade da mãe em oferecer ao seu bebê os cuidados fundamentais é o que determina um desenvolvimento posterior de uma “doença psicossomática”. Assim, as excitações que outrora foram sentidas na infância, por não terem sido direcionadas a um objeto ou satisfeitas através dos cuidados maternos, são na idade adulta escoadas para o plano somático, ao invés do psíquico. Percebe-se que ao evidenciar o desvio inadequado de excitação, Marty, de certa forma baseou-se na teoria freudiana das “neuroses atuais”, em especial da neurose de angústia. Ao se utilizar *do ponto de vista econômico* para explicar as afecções psicossomáticas, ele nos diz que tal desordem na relação tensão-satisfação de libido se deve ao

*traumatismo*: “os traumatismos se definem pela quantidade de desorganização que produzem e não pela qualidade do acontecimento ou da situação que os produzem” (MARTY, 1998, p. 53).

No momento em que vincula a questão do traumatismo a um fator meramente econômico, no sentido de um transbordamento de libido pela via somática, Marty (1993) delimita a diferença entre as lesões psicossomáticas e o sintoma histérico. Ele nos diz que no sintoma não há um transbordamento de libido pela via somática, na medida em que as excitações que demandam descarga ao indivíduo se ligam às representações psíquicas e, portanto, são elaboradas e trazem consigo um sentido que, através da associação livre subsidiada pela transferência, pode ser decifrado e, portanto, interpretado.

No caso das afecções psicossomáticas, em detrimento do afeto sexual não ter passado por um processo de ligação no psiquismo, coloca os pacientes acometidos por estas afecções numa posição de inacessibilidade ao tratamento analítico. Confrontados com este fato, Marty e colaboradores da IPSO vislumbraram uma intervenção particular para atender casos desse tipo. Para eles, o analista deve assumir uma função de *área-excitação materna* diante do paciente, no intuito de provocar uma redistribuição libidinal e uma possível ligação com as representações psíquicas (VOLICH, 2007).

Através das sugestões terapêuticas da IPSO, nota-se que suas proposições acabaram por ser um tanto desviadas da intervenção psicanalítica sugerida por Freud. Na atualidade, alguns psicanalistas, como Joyce McDougall e Christophe Dejours, sedestacaram justamente por criticar a escola Francesa de Marty, formulando teorizações próprias sobre os fenômenos psicossomáticos. McDougall (2000) sugeriu o conceito de *desafetação* para falar do adoecimento somático. Para ela, o paciente acometido de uma desordem somática apresentaria uma defesa capaz de ejetar do psiquismo percepções, pensamentos e fantasias capazes de (res)suscitar afetos insuportáveis, relacionados a experiências traumáticas primitivas. Afirmou que o adoecimento somático, assim como o recalçamento, a denegação e negação, seriam formas de defesa do sujeito diante do insuportável para a consciência e não um processo de desorganização (como sugeria a escola francesa) A *desafetação*, fenômeno para ela em voga no adoecimento somático, ocorreria justamente para evitar a desorganização, como uma forma de restituição do indivíduo, como pontua:

O que significa para mim o termo “desafetado” que utilizo para ilustrar esse fenômeno? Uma pessoa se “desafeiçoa” de alguém ou de alguma coisa quando ela se desapega ou lhe retira sua afeição. Eu também fazia alusão a dois outros sentidos: o prefixo “des” (que contém a ideia de separação ou de perda) pode

sugerir metaforicamente que determinado indivíduo está psiquicamente “separado” de suas emoções e pode ter “perdido” a capacidade de ficar em contato com as suas realidades psíquicas (MCDUGALL, 2000, p. 104).

Segundo a autora, a desafetação se manifestaria para indicar um conflito psíquico não representado. O paciente, assim doente, demandaria um sentido através do corpo para aquilo que não pôde ser elaborado. A análise entraria nesse contexto justamente para que o paciente pudesse significar, através da linguagem, aquilo que ele não teve condições de representar.

Dejours, da mesma maneira que McDougall, questionou-se a respeito da relação entre o afeto e o adoecimento somático. O autor propôs que o mecanismo específico da somatização seria a repressão, que corresponderia a um processo consciente de afastamento de um afeto desagradável. A repressão, por sua vez, impossibilitaria o trabalho das pulsões as quais, por não encontrarem uma representação, atuariam diretamente no corpo do sujeito (CASETTO 2006).

De fato, diante de tantas elaborações sobre o dito “campo do saber da psicossomática”, é lícito alertar que “Freud nunca falou em psicossomática” (VALAS, 2004, p. 113). Isso quer dizer que tais formulações nesse campo de saber, apesar de se basearem em conceitos freudianos, acabaram ao mesmo tempo subvertendo o real objetivo da psicanálise; a exemplo dos estudiosos da *medicina psicossomática* que, ao partilharem de uma concepção biológica dos fenômenos psicossomáticos, esqueceram a particularidade de cada sujeito, criando perfis psicossomáticos para cada doença, o que não é nem nunca foi a proposta da psicanálise. O mesmo aconteceu com Groddeck que, ao querer psicologizar o adoecimento somático, acabou por reduzir o saber psicanalítico à simples relações de causa e efeito.

Já em relação à Escola Francesa de Psicossomática liderada por Marty, apesar de suas teorias terem sido baseadas numa considerável experiência clínica percebe-se, a partir da conceituação de pensamento operatório, uma nítida intenção de estipular uma nova estrutura clínica, o que, para Valas (2003, p. 116) “não deixa de ser uma categoria clínica estranha, forjada pelas necessidades da causa psicossomática, se considerarmos que no campo psicanalítico definem-se apenas três tipos de estruturas subjetivas diferentes: a neurose, a psicose e a perversão”.

Diante desse contexto, sem desconsiderar o que já foi produzido até aqui por estes autores, recorreremos, no capítulo 3, às raízes freudianas acerca das teorizações que envolvem o corpo, considerando a concepção de corpo para a psicanálise. Discutiremos o conceito de “neurose atual” em Freud e de falha epistemo-somática em Lacan, para assim iniciar a articulação dos fragmentos de

casos atendidos no contexto ambulatorial do hospital, ambiente em que se deu a pesquisa. Para tanto, no capítulo a seguir, abordaremos primeiramente a inserção da psicanálise do hospital, apresentando os casos de Elisa e Antônia.

### 3 O RESGATE DO SUJEITO NO HOSPITAL: IMPLICAÇÕES ACERCA DA INSERÇÃO DA PSICANÁLISE NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

---

Quando a psicanálise penetra o âmbito hospitalar, ela esbarra justamente em um campo de saber dominante neste contexto: o saber médico. Este, baseado num discurso preciso e objetivante, acaba por colocar o sujeito em um lugar de submissão. No hospital, o sujeito deixa de ser ele mesmo e passa a ser um paciente, portador de uma doença e que precisa ser curado. Dessa maneira, coloca-se à disposição do médico na esperança de conseguir cura e bem-estar: é o que a medicina promete, salvar vidas, eliminar os sintomas. Por esta razão, a atitude de “não saber” não é sequer pensada pelos médicos, os quais se posicionam num lugar rígido, mirando resultados e se precavendo para qualquer tipo de dúvida ou incerteza: “Um processo, um trajeto sem surpresa, com prognóstico também sem surpresa, eis uma espécie de programa, em que curas surpreendentes, e fracassos impensáveis, também serão computados numa avaliação” (WARTEL, 1987/1990, p. 14).

A psicanálise, ao contrário, no momento em que parte de um não saber, chama o sujeito a ser porta-voz de seu sintoma, seja ele qual for. Segundo Martinho (2005, p. 185), “a idéia de que pode existir um saber do qual o ‘eu’ nada sabe, um saber não sujeito a controle” faz com que a psicanálise nem sempre seja bem-vinda à instituição. Ora, diante disso, como sustentar a posição da psicanálise na instituição hospitalar, num ambiente onde o discurso do mestre e da ciência se faz tão presente? Por outro lado, quem disse que no hospital não pode haver espaço para a subjetividade?

Para discutir esta questão, vale remontar Freud (1919 [1918]/1996), onde no artigo **Sobre o ensino da psicanálise nas universidades** já criticava a visão puramente organicista e positivista da medicina. Ao assinalar a relevância da inserção da psicanálise no currículo universitário dos médicos, vislumbrava uma certa “cegueira” por parte da medicina diante de aspectos, os quais, por fugirem do paradigma de ciência da época, acabavam sendo por eles negligenciados.

Um desses aspectos girava em torno da supervalorização dada às disciplinas da física e da química no significado dos fatores mentais, assim como nas doenças e no seu tratamento. Este fato evidenciaria uma “flagrante falha no conhecimento do médico”. No que tange a isso, ele afirma:

Essa falha não se manifestará apenas na falta de interesse pelos problemas mais absorventes da vida humana, na saúde e na doença, mas também o tornará inábil no tratamento desses pacientes, de modo que até mesmo charlatões e ‘curandeiros’ terão mais efeito sobre esses pacientes do que ele (FREUD, 1919 [1918]/1996, p. 187).

Logo a diante, no mesmo texto, ressalta ainda a importância da psicanálise para a psiquiatria, apontando para a visão meramente descritiva desta ciência com relação aos transtornos mentais, como se observa:

Outras das funções da psicanálise seria proporcionar uma preparação para o estudo da psiquiatria. Esta, na sua forma atual, é exclusivamente de caráter descritivo; simplesmente ensina o estudante a reconhecer uma série de entidades patológicas, capacitando-o a distinguir quais são incuráveis e quais são perigosas para a comunidade. Sua única ligação com os outros ramos da ciência médica está na etiologia orgânica [...] mas não oferece a menor compreensão dos fatos observados. Tal compreensão só poderia ser fornecida por uma psicologia profunda (FREUD, 1919 [1918]/1996, p. 187).

Quando Freud nos afirma que uma melhor compreensão das entidades patológicas só seria possível através de uma “psicologia profunda”, ele sugere a sua psicanálise e também nos diz que ela serviria não apenas para a investigação e entendimento dos processos mentais. Pontua que, uma vez a psicanálise possuindo um método científico próprio, ela de maneira alguma estaria reduzida ao consultório particular, podendo ser aplicada nos hospitais, na arte, na filosofia, na literatura, na sociologia, na história e na religião.

Entretanto, apesar do pai da psicanálise nos ter falado sobre a possibilidade de extensão da psicanálise a outras áreas do conhecimento, observa-se ainda algumas dificuldades quando se pretende seguir o método da psicanálise no hospital geral. Jacques Lacan, no decorrer de suas formulações, toca na questão da legitimação da psicanálise em espaços institucionais.

Em 1956 (1998), no escrito sobre **A situação da psicanálise** e depois, em 1967 (1998), na **Proposição sobre um psicanalista na escola**, Lacan remete à extensão<sup>8</sup> da psicanálise, dizendo que esta só seria possível no momento em que os preceitos psicanalíticos, isto é, a singularidade da

---

<sup>8</sup> Diz respeito à psicanálise quanto em suas incursões no mundo, como todas as presentificações desta na mídia, nos livros, na universidade, na pesquisa *em* psicanálise, etc.



experiência clínica fossem respeitados. Para ele, a extensão da psicanálise dependeria de sua própria intenção: dirigir-se ao sujeito do desejo, do inconsciente. Se a extensão da psicanálise depende de sua intenção, pensamos ser possível transportar a psicanálise às instituições hospitalares, desde que a subjetividade do paciente seja resgatada. Para isso, é preciso que o analista não saia do seu lugar e consiga manejar a transferência em meio a tantos atravessamentos de saberes e regras institucionais. Sobre isso, Rinaldi (2002 apud SERRA, 2008), ao pensar acerca do lugar da psicanálise fora do dito *setting* “tradicional”, salienta que no momento em que o analista se coloca no âmbito das instituições públicas, ele inerentemente se vê confrontado com outros discursos.

Seguindo esse pensamento, Clavreul (1983) salienta que uma das dificuldades de estender a intencionalidade da psicanálise centra-se na contradição existente entre o discurso do médico e o discurso do psicanalista. O fato é que, felizmente ou infelizmente, dentro ou fora do consultório particular, o psicanalista nunca está inerte do macro, isto é, da sociedade na qual ele está inserido. No ambiente hospitalar, ele se vê confrontado com uma espécie de saber “sem furos”, que literalmente tudo sabe. O discurso médico, pautado no discurso do mestre, possui todas as respostas e apara todas as arestas. De acordo com Moretto (2001, p. 95): “é diante da doença e do doente que o médico deve afirmar o seu poder”. Isto significa que o paciente, por ser portador de uma doença, acaba se submetendo ao poder do médico, o qual, por deter o saber, ditará as regras: cabe ao paciente obedecer.

Nessa perspectiva, além do discurso médico excluir a subjetividade do paciente, ele acaba excluindo também a pessoa do médico, que também se submete à ciência tida como verdade. Por conta disso, Clavreul (1983) pontua que o imperativo da ciência acaba sendo suportado “como um mal do qual é preciso esperar um bem” (CLEVREUL, 1983, p. 49). Isto quer dizer que em nome de uma promessa de cura e bem-estar, médico e paciente se vêem (des)subjetivados: do lado do paciente, este se deixa ver como puro organismo, desprovido de qualquer singularidade, como um objeto de investigação da ciência e, do lado médico, este acaba sendo colocado numa posição de puro mediador e executor da ciência, como uma “máquina”, a qual, à disposição do discurso do capitalista, é feita para curar.

Ao discorrer sobre os efeitos do discurso da ciência sobre o sujeito, Alberti (2000) afirma que a perpetuação da ideia de um indivíduo cerebral, determinado plenamente por reações neurais e cerebrais, leva-nos “a crer que é o cérebro que produz o que há de mais genuíno, independente do corpo e independente do sujeito enquanto efeito de linguagem” (ALBERTI, 2000, p.153-154).

O corpo, concebido da mesma forma, também fica reduzido a um “pedaço de carne”. Sobre o corpo, ela coloca:

Um complexo psicossomático na sociedade, produto da desintegração provinda da intersecção híbrida da biotecnologia, da nanotecnologia, da arte, da moda, dos discursos biológicos e da saúde em geral, que dispersam o corpo que, no fim das contas, tal como a ciência da informação, se presentifica em redes autônomas entre si (ALBERTI, 2008, p. 154).

Para a autora, o movimento de segregação do sujeito do campo da ciência deve-se, em grande parte, ao movimento discursivo do capitalismo, o qual apóia-se no discurso da ciência para instalar uma demanda pautada na necessidade da medicação como forma de apaziguar a angústia e a dor que ao sujeito acomete. Salienta que o discurso do psicanalista, no momento em que visa o aparecimento do sujeito, “pode fazer frente ao discurso do capitalista” (ALBERTI, 2008, p. 155). Nas palavras de Moretto, através “de uma função silenciosa” (MORETTO, 2000, p. 69), a psicanálise é capaz de resgatar a subjetividade do paciente, convocando que o mesmo fale sobre sua dor. Assim sendo, o sujeito pode deixar a condição de paciente para ser responsável pelo sofrimento que lhe causa, ou melhor, pelo seu desejo.

Contudo, para que isso aconteça faz-se necessário que o analista consiga sustentar o lugar de *Sujeito Suposto Saber*, expressão inaugurada por Lacan (1964/1998) para designar que o saber do analista é apenas *suposto*: o analista faz *semblante*, aparenta saber para seu analisante, mas não sabe. Só assim o sujeito pode emergir e produzir um saber que venha dele mesmo e não de um outro exterior a ele. É se colocando como o objeto que falta, no lugar de objeto *a*, que o analista é capaz de fazer com que o paciente se confronte com a sua própria falha, com a castração que o constituiu. “O psicanalista, sem emitir juízo, escuta, provoca equívocos, faz enigma, descompleta. Com seu ato, dá existência ao inconsciente e promove a psicanálise no particular de cada caso” (MARTINHO, 2005, p. 190). O psicanalista implica, não explica, ao contrário do médico.

Conforme Nicolau (2008), o lugar do psicanalista é justamente um lugar de não resposta, um lugar ético, onde o que importa é o sujeito em questão:

[...] Não podemos nos limitar ao viés “médico-funcional” nem focalizar o sintoma para estabelecer diagnósticos. A psicanálise, com sua escuta dirigida à singularidade do sujeito, não aceita o deslocamento do plano do sentido para o da causalidade, nem transpor causalidade orgânica em causalidade psíquica. 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 (NICOLAU, 2008, p. 964-965).

Ao falar de algumas afecções ou doenças incapazes de ser precisadas pelo saber e instrumentos médicos, Nicolau (2008) aponta para as “enfermidades psicossomáticas”. O que fazem os médicos com essas doenças?

De acordo com Valas (2004), são justamente essas doenças que são capazes de calar o imperativo metodológico da ciência médica. Nesses casos, a única coisa que os médicos podem fazer é denominá-las de “psicossomática”, termo este atribuído pelo autor, como um verdadeiro “fetiche para os ignorantes” (VALAS, 2004, p. 113). A referida expressão, hoje muito utilizada pela medicina na tentativa de explicar a origem de certas doenças, está também arraigada no vocabulário de muitas pessoas para dar sentido àquilo que não há: afinal, como uma afecção pode se manifestar no corpo de um sujeito sem uma causa orgânica que a justifique?

Wartel (2003) nos fala que no momento em que as lesões classificadas como “psicossomáticas” invadem o terreno da medicina, estas, ao mesmo tempo em que desafiam este campo de saber, demandam de nós, psicólogos e psicanalistas uma explicação para o aparecimento dessas doenças. Ora, na medida em que se atribui um fator emocional para determinadas lesões, a medicina “lava suas mãos” e nos diz que a doença, outrora manifestada como uma condição puramente orgânica, não é tão objetiva assim, já que foge às tendências exatas e previsíveis de seu método científico. Para ilustrar uma dessas doenças, o autor se refere às afecções que se voltam, sem causa aparente, contra o próprio corpo do sujeito, remetendo-se às doenças autoimunes:

De certo modo, o escândalo se acentua com a extensão tomada pelas doenças auto-imunes, essas em que o organismo, e não mais o sujeito, poderia ser seu próprio inimigo. Descoberta e posição espantosamente antigas – 1908 –, pois essa data Noël Fiessinger já lhes enunciava o princípio: “o doente não defende mais o seu fígado: defende-se do seu fígado”. E era uma descoberta fantástica; como tal, seu princípio foi preservado, para que fossem submetidos a ele todos os fenômenos em prova experimental. Demonstração imunológica, circuito estímulo-resposta, teoria traumática com etapas desconhecidas são uns quantos sistemas sustentados sobre a firme esperança de uma última redução do real. A construção psicológica de que partem os estudos da alma e das emoções para chegar aos tecidos por uma série de mensagens era da mesma natureza (WARTEL, 2003, p. 11-12).

De fato, muitas descobertas há tempos foram feitas, porém muito também foi negligenciado. Embora a medicina reconheça que o aspecto da subjetividade seja importante no processo do adoecer, observa-se através da afirmação, que esta atitude só é lavada a cabo quando o paradigma metodológico da ciência falha. Ao falar das doenças autoimunes e do brilhante princípio “o doente não defende mais o seu fígado: defende-se do seu fígado” (WARTEL, 2003, p. 18). O mesmo autor, nos diz o quanto a subjetividade foi ignorada, inclusive pelas próprias teorias psicológicas, em razão de uma positividade médica, a qual, por meio de métodos mensuráveis, paradoxalmente, ao se colocar numa posição cega, de que “tudo sabe”, encontra aí seus limites.

Sobre esta questão, verificamos em nossa prática o quanto a subjetividade, por mais que seja reconhecida pela literatura médica como um importante fator, não vem sendo devidamente incluída no planejamento médico. Em nossa pesquisa, através da análise de 102 prontuários de pacientes portadores de LES (no período de janeiro de 2002 a julho de 2009), apenas no prontuário de 5 deles foi identificada alguma espécie de encaminhamento ou atendimento psicológico. Isso, considerando a existência de possíveis subnotificações, pode nos apontar para uma certa resistência desta ciência em enxergar o aspecto subjetivo do paciente que sofre.

Em **Psicanálise e Psiquiatria**, Freud (1917 [1916]/1996) pergunta se a psicanálise poderia suplementar a medicina, referindo-se particularmente à psiquiatria. Ao discutir esta questão salienta que não é a psicanálise que se opõe à psiquiatria, mas os psiquiatras. Nada mais contundente quando os médicos, ao se depararem com doenças as quais não podem explicar, resistem em recorrer às causas subjetivas, insistindo em atribuir causas neurológicas, anatômicas e funcionais a essas doenças. E tudo isso para camuflar a impotência de seu saber frente ao discurso que o rege: do capitalismo.

Quando falamos da subserviência do médico com relação à ciência é para ressaltar que a psicanálise, por mais que aparentemente venha de encontro a este discurso, surge para ajudá-lo na luta contra a “capitalização de seu saber e de sua prática” (p. 48), pois como nos mostra Alberti (2000):

Mas não é somente o psicanalista que experimenta os efeitos desse discurso contemporâneo, o médico também os experimenta, e muitas vezes tem grandes dificuldades em enfrentá-lo, de forma que o saber médico, tão fundamental para a prática da medicina, corre hoje o risco de ser subsumido pelo discurso do capitalista (ALBERTI, 2000, p. 48).

Ao dizer isso, a autora salienta que é pela via do furo no seu saber que o médico pode recorrer à psicanálise e não se submeter ao discurso predominante. Em **Psicanálise e Medicina**, Lacan (1966) evidencia a função do psicanalista junto ao médico: a de estar do seu lado contra os imperativos da produtividade e da perpetuação da ideia de cura e bem-estar. No discurso do capitalista, o mal-estar pode ser curado por uma lógica simples de substituição. Assim, se o sujeito está angustiado, ele pode comprar as “pílulas da felicidade”. Para Nogueira Filho (2008), nesse contexto até a felicidade pode ser comprada, pois no momento em que a organicizam, ela pode ser medicada, conquistada:

O mecanismo presumido das drogas indicadas para a angústia, na atualidade, relaciona-se ao aumento da disponibilidade ou a o bloqueio da ação de certos neurotransmissores. Serotonina, noradrenalina, dopamina, GABA, são os principais neurotransmissores em voga [...] Há, então, uma gama razoável de conhecimento à disposição de quem quer se informar [...] As outras hipóteses sobre a angústia, da filosofia à psicanálise, ficam como erros e devem ser substituídas pelo novo saber. Há aqui, inclusive, uma noção de hierarquia do conhecimento que, por tão disseminada, passa como verdade indiscutível: a conclusão pela via da metodologia científica é superior (NOGUEIRA FILHO, 2008, p. 15-16).

Tem-se, dessa maneira, que a aceitação por parte dos médicos de um organicismo para explicar os “incômodos da alma”, faz com que as pessoas passem a se distanciar cada vez mais de sua esfera subjetiva. Sobre isso, o autor coloca que há uma diferença entre o ato analítico e o discurso do capitalista, quando entra em cena a prescrição médica. Ao prescrever um medicamento, o discurso do capitalista concebe o sujeito como despido de qualquer enigma, apontando para uma verdade totalmente acessível e nada particular do sujeito. Com isso, o sujeito estabelece um laço com o medicamento, o qual, oferecido pela tecnociência, resolverá todos os seus problemas. Assim, afirma: “Se o cientista confirma que ali há uma verdade, o sujeito não tem mais o que fazer senão obedecer e aderir a este discurso. É o cenário para o medicamento ocupar o lugar de objeto falta-a-gozar” (NOGUEIRA FILHO, 2008, p. 89).

Nessa direção, ao recorrer a qualquer medicação, médico e paciente se eximem da responsabilidade. No caso do médico, este se livra de um paciente queixoso que denota a falha no seu saber e, no caso do paciente, este se retira da cena enquanto sujeito do desejo, não se implicando com sofrimento que lhe causa. Portanto, ao explicar o que tem o paciente e medicá-lo, a medicina o (des)implica de seu sofrimento, já a psicanálise, implica.

Foi seguindo a premissa psicanalítica, a de implicar o sujeito com seu sofrimento, é que, devido à ausência de encaminhamentos médicos para atendimento psicológico, procurei constituir uma demanda psicológica, ligando para os pacientes portadores de LES que até então estavam ou haviam recebido acompanhamento médico ambulatorial na instituição. Informei-lhes sobre a possibilidade de receberem atendimento psicológico, algo até então impensável para um psicólogo ou psicanalista. Moretto (2001), ao discutir sobre a atuação do analista no hospital, afirma que neste ambiente geralmente quem se o oferece é o próprio psicanalista: ali é ele quem instala a demanda, demanda esta às vezes nem percebida pelo paciente.

Neste caminho, colocando-me diante da doença “sem causa” (sic)<sup>9</sup> que carregavam e, ao mesmo tempo, de acordo com Teixeira (2006) ingressando na magnitude da clínica psicanalítica, cheguei até Elisa e Antônia. Considerando que o “adoecer é um momento de crise, de perda, onde se esbarra com o incontrolável e com a fragilidade da condição humana” (DECAT DE MOURA, 2003, p. 17), pude disponibilizar uma escuta as essas pacientes, não para eliminar seus furos ou suas faltas, mas sim para fazê-las falar dessa um dor, até então impossível de se representar ou simbolizar.

### 3.1 ELISA: “NÃO ME RECONHEÇO!” – CASO CLÍNICO I

Elisa, 21 anos, mais nova de três irmãos (Joana - 26 anos, João – 28 anos e Juliano, 32 anos) é portadora de LES desde os 16 anos. Chega ao ambulatório dizendo: *“Dra, eu nem acreditei quando a senhora me ligou, sempre senti necessidade de procurar um psicólogo. Nunca procurei porque sempre achei caro. Agora que eu consegui um plano de saúde, o meu, não cobre atendimento psicológico”*.

Ao descobrir que tinha LES, Elisa referiu sua vida não ser mais a mesma. De lá pra cá, passou a tomar medicamentos e a freqüentar médicos de diferentes especialidades: clínico geral, reumatologia, endocrinologista, além de nutricionista. Informou-me a angústia sentida com relação à demora de um diagnóstico concreto, dizendo que durou cerca de três meses até descobrir que tinha lúpus.

Ao contar como foi para descobrir que era portadora de LES, Elisa disse que lembrava muito bem o dia que começou a sentir os primeiros sintomas:

---

<sup>9</sup> Palavras de Elisa

*“Estava assistindo a santa passar lá de cima do Banco do Brasil, na presidente Vargas, quando de repente senti uma dor nas costas que me paralisou, não podia me mexer. Momentos antes, naquele dia, estava em casa quando tocou o telefone e era uma mulher dizendo que queria falar com a minha mãe, disse que ela não estava. Ela perguntou quem eu era, quando disse que era filha dela, ela falou que era amante do meu pai já fazia tempo e que ela ligou pra acabar com toda a farsa do casamento deles”.*

Ao desligar o telefone, disse não saber o que fazer, mas que não queria contar para sua mãe naquele momento. Pensou que a dor podia ser devido ao nervoso que estava sentindo: *“pensei na minha mãe, se não contasse pra ela, aquela mulher ia ligar de novo e contar da pior maneira possível, tinha que prepará-la”.* A partir daí, informou ter começado a sentir uma série de sintomas como dor nas articulações e uma infecção nos rins que não passava: *“Depois de mais ou menos uns três meses sem resposta do que eu tinha, resolveram fazer um exame laboratorial para saber se eu tinha lúpus, deu positivo”.*

Elisa, na época, não sabia o que era o lúpus. Disse que cada ida no médico era um *“tapa na cara”*, pois todas as vezes saía de lá com uma má notícia: *“Primeiro, disseram que o lúpus não tinha cura, depois que não ia poder ter filhos, depois que eu poderia engordar devido a medicação, depois que não deveria ficar muito exposta ao sol, só faltava eles dizerem que eu tinha que parar de viver”.*

O fato de ter desenvolvido o lúpus reavivou o sentimento de sentir-se diferente não só diante de seu corpo, mas também dos seus irmãos, da sua mãe e do seu pai. A cada sessão, dizia não se sentir pertencente daquela família. *“Diferente como?”* questionei. Nos primeiros momentos, ela dizia sentir-se diferente porque não se achava bonita, magra tanto quanto sua irmã. Relatou o incômodo com relação ao seu corpo: *“Não me reconheço mais, depois que comecei a tratar do LES meu corpo não é mais o mesmo, me olho no espelho e não me reconheço mais, me sinto deformada, feia, gorda, inchada. Antes eu era tão bonita, magrinha, cheguei até a fazer fotos para encarte de propaganda... Hoje o que eu sou? Quando comecei a engordar até o meu namorado da época terminou comigo”.*

Sentia-se envergonhada de si mesma, dizendo não gostar nem de se olhar no espelho. Ao mesmo tempo, comia sem parar, *“até não agüentar mais”*, a ponto de sua mãe lhe dar dinheiro contado para não comer na rua. *“Só gosto do que não presta e engorda: pão, pipoca, sorvete, então, sou capaz de devorar um pote inteirinho em questão de horas”.* Dizia sentir uma *“coisa que não sabia explicar, um aperto no peito”* e, por não saber o que fazer com aquilo, via-se a comer desesperadamente. Por conta disso, seu médico passou um remédio para ficar mais calma, julgando

que o comer desesperado devia ao fato de ser ansiosa. No entanto, falou que o remédio de nada adiantou: *“Ninguém consegue me parar Dra, nem os remédios. Igual a minha doença, não tem cura. Será que eu também não tenho cura?”*

Ao pedir que falasse a respeito disso que sentia e que não sabia explicar, ela dizia: *“Se eu não sei explicar, como a Sra. quer que eu fale? É a senhora que tem que me dizer o que eu tenho!”* (risos). *“Então fale o que vier a sua cabeça”*, eu falei. Assim, ela me diz que só pode falar do que ela sente: *“Só posso falar o que eu sinto, sinto muitas dores, às vezes não consigo nem pegar no lápis de tanto que dói a minha mão, fico triste por não conseguir estudar direito, tenho taquicardia, minha mão do nada fica toda suada...”*.

Elisa se sentia num ciclo vicioso, queria se ver livre do desejo de comer, mas ao mesmo tempo relatava que precisava colocar algo na boca, depois se arrependia, e *“se danava a comer de novo”*. O pai, militar aposentado da reserva, recriminava essa atitude. Segundo seu relato ele dizia: *“não sei como você não tem vergonha, vá se olhar no espelho, não vê que está feia, uma baleia?”*

Já a sua mãe dava-lhe todo o apoio, mas *“não brigando, ela conversa comigo, vai comigo no médico e na nutricionista toda vez em que for necessário. Ela se preocupa muito comigo, não me recrimina, ela diz que tem que dar um desconto pra mim por causa da minha doença. Às vezes quando brigo com a minha irmã, Joana, a mamãe diz pra ela não levar em conta, porque eu já sofro bastante”*. Ao solicitar que falasse desse sofrimento, ela falava: *“Só sinto na pele essa emoção”*. Assim, punha-se a falar dos sintomas físicos que sentia referente a esse sofrimento: *“Meu coração bate rápido, não sei, o que ele quer de mim?”*

No passar das sessões, no sétimo atendimento, Elisa volta a dizer o quanto se sentia diferente. *“Diferente como?”* pontuei. *“Ah, diferente”*, respondeu. Logo em seguida, fala de seu pai, o quanto se sentia diferente dele. Dizia sentir medo de ir contra os seus posicionamentos que sempre se mostraram muito autoritários. Este, na faixa dos 60 anos, foi militar da reserva e atualmente encontrava-se aposentado. Sentia-se extremamente incomodada com o jeito *“teimoso”* dele, pois só aceitava suas idéias: *“Não importa, se eu chegar pra ele e dizer que eu passei a noite inteira estudando, se ele ver que são nove da manhã e ainda estou dormindo ele diz que eu sou preguiçosa, vagabunda, igual ao meu irmão que chega em casa de manhã. Isso porque se ele chega de manhã foi porque ele passou a noite inteira trabalhando, ele não tem culpa de ser produtor de uma banda de pagode e só trabalhar de noite...”*.

Ficava muito triste com o pai. De acordo com ela, apesar de ser militar, ele *“não se comportava conforme o figurino, quem era ele pra falar alguma coisa se ele bebia, chegava tarde em*



*casa e tinha amante?!". Seus pais, apesar de conviverem sob o mesmo teto não viviam mais como marido e mulher, o que a fazia sofrer por ver que a sua mãe não era feliz. Sentia-se culpada, pois tinha a idéia que sua mãe estava naquela situação por causa dela: "A minha mãe sofreu e sofre junto comigo as conseqüências da minha doença. Coitada, ela tem uma vida de cão, sabe. Ela e o meu pai não vivem mais como marido e mulher faz muito tempo, desde os meus 16 anos, ano que eu descobri que tinha lúpus. Às vezes fico pensando que ela só está nesta situação por causa de mim".*

Na outra sessão, apontou de novo para as atitudes de seu pai: *"Como seguir regras de alguém que não faz por merecer? Mas eu tinha medo de não obedecer, porque se não ele ia me dizer que eu era ingrata, podia me deixar na rua da amargura, sem ter o que comer, afinal, é ele quem põe dinheiro na casa".* Talvez esse seria o motivo pela qual Elisa desejava morar em outro Estado. Queria fazer relações públicas, curso que seu pai dizia não dar futuro algum. Escolhera fazer vestibular no Rio de Janeiro, porque lá tinha um namorado, o qual, também de família militar, fora trabalhar pra lá. Namorava com ele há mais de um ano. Segundo ela, ele gostava dela como ela era, com aquela doença, gorda ou magra. Ele a apoiava em tudo: *"foi uma pena eu não ter conhecido ele antes".* Diferente do seu pai que a colocava *"pra baixo"* a todo instante ele foi alguém que a *"colocou pra cima"*, *"ele me valorizou, com ele sim, eu me sinto importante. A senhora sabe que aqui também eu me sinto importante. Aqui eu posso falar de tudo... sinto que eu sou escutada e reconhecida..."*.

Quase no final dos atendimentos, Elisa chega à sessão dizendo que tem algo importante a me dizer: *"Você nunca reparou que só o meu nome começa com letra diferente? A inicial de todos os meus irmãos começam com J, a minha começa com E... Você sabe por quê? Porque eu sou adotada!"*. Ao revelar *"seu segredo"* (sic), disse confiar em mim, porque não gostava de tocar nesse assunto. Falou o quanto estava sendo difícil para ela contar isso a alguém porque queria mesmo esquecer tudo. Elisa era filha do irmão do seu pai com uma mulher, esta também militar. Seu pai biológico teve mais 2 filhos de outra mulher, mas que também, segundo ela, não os educou como pai. Apesar de saber quem é a sua mãe biológica, ela diz: *"não quero nem papo com ela"*.

A sua avó lhe contou que teve a idéia de pedir para seu outro filho, *"quem eu considero meu pai, me criar porque ficava arrasada de ver como aquela outra estava cuidando de mim. Ela me disse que o estopim foi o dia em que chegou na casa onde eu morava com ela e estava tudo fechado. Ela bateu na porta e ninguém atendia, foi quando ela escutou um choro de criança, era eu. A minha avó teve que pedir pra alguém arrombar a porta e quando ela entrou eu, ainda bebê, estava na rede chorando toda mijada e cagada, ela tinha me deixado sozinha, ao léu... Tudo bem que a minha avó achou aquilo um absurdo e me tirou dela, mas ela não fez nenhum esforço pra me ter de volta"*. Informou que na época, a pessoa que considera sua mãe, só tinha uma menina e, como queria ter

outra, ela aceitou cuidar de Elisa junto ao marido. Relata que a única coisa que gostaria de ter da sua mãe biológica é o sobrenome que ela tem (Cunha), o qual coincide com o sobrenome de sua mãe adotiva. Para ela, se assim fosse seu nome seria igual dos seus irmãos (Elisa Cunha dos Santos). Mas como o último nome de sua mãe biológica não era Cunha seu nome ficou diferente dos seus irmãos: Elisa Silva dos Santos.

Ao relatar uma briga que teve com a irmã, remeteu novamente ao incômodo de não se sentir parte da sua família. Fazia mais ou menos um ano que não falava com ela a quem, competia com a mãe as atenções: *“Mas da parte dela do que da minha sabe, Dra. Teve um dia que eu discuti com ela e o namorado dela se meteu dizendo que quem era eu pra botar moral naquela casa se nem filha verdadeira eu era. Ah, mas eu fiquei muito triste por ela ter contato isso pra ele. Acho que no fundo ela tinha inveja de mim porque eu apesar de não ser metida a certinha, tenho uma relação com a mamãe que ela não tem”*.

Um dia antes da sessão, Elisa me liga para dizer que aquela seria nossa última sessão. Durante o atendimento, informa que havia passado no vestibular em Relações Públicas no Rio de Janeiro. Tinha marcado sua passagem ainda para semana que vem, assim, teríamos que interromper o atendimento. Ao final, ao caminharmos até porta, ela falou: *“Dra, agradeço tudo o que a senhora fez por mim! Às vezes, acho que o lúpus foi só uma parte da vida. Aqui eu pude perceber outra parte dela, que sempre existiu e, no fundo, eu não queria ver, queria esquecer. Mas a gente não esquece né...”*. Sem hesitar, Elisa foi embora pela porta afora, como se estivesse fugindo, de novo, de sua própria história.

### 3.2 ANTÔNIA: “SOU UMA VIVA-MORTA” – CASO CLÍNICO II

Antônia, 45 anos, 3 filhos, separada. Na primeira sessão, informou ter descoberto que tinha lúpus há 10 anos, pouco tempo depois de sua separação conjugal. Disse ter se separado do marido porque ele há traía muito. Casou-se *“sem querer”* (sic), pois não tinha confiança nele. Na época em que namoravam, engravidou e sua família a obrigou a casar. Informou ter tido apenas um homem em sua vida e que, devido a essa experiência, evitou se envolver com alguém de novo: *“até porque não tenho nem tempo para pensar nestas coisas, essa doença, desde que me separei, tomou conta da minha vida”*.

Demonstrava ser calada, tímida e ter dificuldade para falar de si. Ficava a maior parte do tempo das sessões de cabeça baixa, apoiando-a em seu braço. Parecia ter dificuldades em olhar nos

olhos, ter vergonha de viver e até mesmo de ser quem era. Pedi para que falasse dela. *“Mas o quê?”* ela respondeu. *“O que lhe vier a cabeça”*, eu disse. Antônia ficou calada por um bom tempo, levantou a cabeça sem dirigir seu olhar a mim e falou: *“Ai, eu não sei o que dizer não... Eu sempre tive dificuldade de me abrir pras pessoas, sempre fui muito fechada, muito tímida, eu não sei falar de mim, não sei quem sou. Eu sempre fui assim desse jeito e quando eu descobri que tinha essa doença só fez piorar”*.

Desde o dia em que separou do marido, Antônia mora com a mãe: *“Eu queria muito poder morar sozinha, mas não posso. Depois me dá um troço aí, ninguém vai me acudir”*. Seu filho mais velho casou-se e constituiu família, tendo um filho. O Outro era da Marinha e morava no Rio de Janeiro. Já o mais novo, morava com ela na casa da mãe, mas depois voltou a morar na residência que moravam quando os pais ainda eram casados. Sobre isso, dizia ser melhor para ele mora lá onde estava *“porque ele tinha a turma dele da rua, já era acostumado lá. Eu também queria morar com ele, morar na minha casa e ter o meu conforto, mas tenho que me submeter porque o meu filho trabalha e não pode ficar o tempo todo comigo. A minha mãe também é doente, é diabética e precisa de cuidados, eu cuido dela e ela cuida de mim”*.

Com relação aos seus pais e mais especificamente à sua mãe, disse sempre ter sido muito dependente: *“Sempre dependi muito das pessoas, os meus pais sempre foram assim com todos nós, com todos os filhos, a gente não lavava nem a nossa calcinha, não fazia comida, a minha mãe sempre fez tudo pra gente. Mas também era muito calada, ela nunca conversou com a gente sobre certas coisas. Foi por isso que eu engravidei e fui obrigada a casar cedo e sem a minha vontade. Fiquei grávida com 17 anos, não sabia nada da vida, a minha mãe não criou a gente pro mundo”*.

Ao continuar falando da mãe, Antônia diz: *Você nunca escutou aquele ditado: ‘Ah esse menino sempre foi criado nas barras da saia da mãe’? Pois é, foi assim que a minha mãe criou a gente, sempre muito dependente dela*. Disse que assim que casou, foi morar perto da casa da mãe: *“eu vivia mais na casa deles do que na minha casa”*. Tanto que sua sogra vivia chamando a atenção de Antônia, dizendo que deveria ficar em mais casa, cuidando do marido e dos filhos, ao invés de ficar *“grudada nas barras da mãe. Parece que você nem cresceu menina!”* Dizia a sogra. No entanto, falou que seu marido nem se importava com suas ausências, *“ele aproveitava mesmo pra aprontar, talvez era por isso que a mãe dele se incomodava tanto com minhas ausências”*.

Antônia, apesar de ter gostado muito do ex-marido, hoje sente como se nada estivesse acontecido. Para ela, *“está muito melhor sem ele. Quando estava casada eu vivia preocupada, achava que ele estava me traindo toda hora”*.

Seu ex-marido era pedreiro, supervisor de obras civis. Quando a empresa que trabalhava o transferiu para o maranhão, ele vinha de 15 em 15 dias a Belém. Com um tempo, ele passou a vim cada vez menos, até que um colega de trabalho dele lhe disse que o marido estava se relacionando com uma mulher. *“Um dia ele chegou lá em casa e disse que ia embora pra morar com essa mulher. Ele mora lá até hoje e pelo que eu sei, pelo o que a irmã dele me fala, ele já deixou essa. Ele sempre foi mulherengo, desde quando a gente namorava, não é agora que ele vai mudar”*.

Desde então, voltou a morar com a mãe e começou a sentir os primeiros sintomas do lúpus: dores em todo o corpo, febre alta, insônia, manchas na pele sem motivo aparente. Além disso, passou a ter medo de sair na rua, medo de morrer, de ser assaltada, enfim, passou a ter medo de tudo. *“Não queria mais fazer nada, não tinha forças pra levantar da cama, nem pra comer ou tomar banho. Era uma viva-morta”*.

Ao perguntar *“como assim uma viva-morta?”* Ela responde: *“Ora, mas você não sabe? Mesmo eu respirando, estando viva, me sentia como se não estivesse, como se estivesse morta, morta pra vida, paralisada”*. Ao dizer que se sentia paralisada, Antônia lembrou-se de um episódio em que teve paralisia facial. Lembrou que um lado todo de seu corpo tinha ficado paralisado: *“Um dia eu tive um derrame e vim parar aqui no hospital, foi aí que eu vim pra cá porque eu freqüentava a médica lá do Barros Barreto. Fiquei aqui por cerca de 20 dias e depois fui pra casa da minha mãe. Comecei a tomar medicação, mas depois de um tempo essa medicação estava me fazendo mal aí eu parei, foi quando eu tive uma paralisia facial e a médica disse que eu não poderia ficar sem tomar medicação e me passou outro remédio, que eu estou tomando até hoje”*.

Informou que o remédio passado pela médica servia também para seu estado emocional. Relatou que a médica já tinha lhe avisado que as emoções poderiam contribuir muito para o agravamento de sua doença. Por isso, passou também um medicamento que ela pudesse dormir melhor, o que segundo Antônia não adiantou muito: *“Quando eu descobri que eu tinha essa doença, a médica me disse que o meu emocional iria influenciar muito para que eu ficasse doente, que eu não podia ficar desse jeito, paralisada, que eu tinha que dormir direito, mas nem o remédio que ela me passou me fez dormir melhor”*.

Por esta razão, preferiu morar com a mãe com medo que acontecesse outro derrame. Sua mãe a ajudou a criar todos os seus filhos, tanto que, nas palavras de Antônia: *“eles chamam a minha mãe de mãe também”*. Logo que se separou, afirmou não ter mais cabeça para nada: *“Nessa época não tinha vontade de fazer nada, nem de levantar da cama, a médica disse que era depressão”*.

*mesmo. Aí comecei a sentir umas coisas que ninguém conseguia explicar, o que eu andei em médico não foi fácil”.*

Antônia sentia, além de medo, tremores pelo corpo, aperto na cabeça, taquicardia, falta de ar, sudorese, cansaço. Dizia que tudo isso a deixava paralisada, sem saber o que fazer. *“Eu posso fazer alguma coisa contra isso?”* questionava-se. Dizia que era muito difícil ficar falando de si e que não sabia até quando continuaria a frequentar as sessões.

De fato, Antônia conseguiu comparecer a seis sessões. De algum modo, ela me avisava que não conseguiria permanecer muito tempo tendo que falar dela, de seus sentimentos. Desde o primeiro contato que tive com ela por telefone, chegou a me avisar de antemão que poderia não ir, fato este que se repetiu a cada final de sessão. *“Não sei se venho semana que vem Dra.”* Logo, eu dizia: *“Eu vou lhe aguardar”*. E desse jeito aconteceu até ela dizer que não ia mais definitivamente. Na véspera da última sessão, ligou dizendo que não iria. Frente a mais uma repetição, falei novamente: *“Eu vou lhe aguardar, aí você pode falar disso”*.

Antônia compareceu à sessão, mas neste dia ela veio decidida a parar o processo de psicoterapia: *“Dra. eu vim, mas dessa vez não volto mais, vim só para lhe agradecer o tempo que passei aqui e que a Sra. se dedicou a me escutar. Não adianta a Sra. me dizer que vai me esperar semana que vem, pois eu não venho. Obrigada!”*. Em menos de cinco minutos, ao terminar este discurso que parecia ensaiado, Antônia foi embora dizendo: *“Tchau”*.

#### **4 DE UM CORPO QUE NÃO SE LÊ: DAS “NEUROSES ATUAIS À FALHA EPISTEMO-SOMÁTICA**

---

*“Quero romper com meu corpo, quero enfrentá-lo,  
acusá-lo por abolir minha essência, mas ele sequer  
me escuta e vai pelo rumo oposto”*

Carlos Drummond de Andrade

Antes de discutirmos e articular os fragmentos de casos clínicos com o conceito de “neurose atual” e falha epistemo-somática, é interessante destacarmos como a psicanálise concebe o corpo. O corpo do qual trata a psicanálise não é o corpo orgânico, objeto de estudo da medicina. A psicanálise trata de um corpo erógeno, constituinte para o sujeito e que se coloca disponível para a ação das

pulsões. Sobre isso, Moraes (2007, p. 8) afirma: “Os estudos de Freud acabaram por levá-lo a pensar o corpo não como um conjunto de órgãos e sistemas interligados por leis biológicas e sede das doenças, mas como palco onde são representados muitos dos conflitos psíquicos”.

Nessa perspectiva, ao separar o que seria o corpo biológico (objeto de estudo da medicina) e o que seria o corpo da psicanálise, Freud (1893-1899/1996) acaba provocando uma reviravolta na concepção de corpo vigente até então. Este corpo, apesar de se constituir a partir do corpo orgânico e da necessidade, ganha outra significação, sendo visto como um objeto erógeno, marcado pelo desejo e passível de ser representado.

Tal concepção remete ao próprio advento da psicanálise. Afinal, não podemos esquecer que foram as doenças incompreendidas pela medicina de sua época que levaram Freud a se deter ao funcionamento do psiquismo humano. Foi na tentativa de compreender a dinâmica da histeria que Freud (1905 [1901]/1996) passa a considerar não somente o corpo da anatomia, mas também a existência de um corpo carregado de representações imaginárias, como nos aponta Garcia (2004, p. 81): “O corpo para a psicanálise é o corpo marcado pelo significante, o que foi mostrado pelas históricas e recolhido por Freud nos primórdios do século, destituindo a hegemonia do saber médico que o constituía como substância anatômica”.

Em **Fragmentos da análise de um caso de histeria**, Freud (1905 [1901]/1996) sugere que o sintoma corporal trazido pela histérica vinha para expressar o seu próprio conflito inconsciente, de origem sexual. Nesse momento, o corpo adquire um lugar especial na teoria psicanalítica, pois é a partir daí que Freud demarca uma ruptura com o saber médico ao afirmar que o corpo da histérica não deveria ser concebido como o corpo da biologia, mas sim como um corpo sexualizado e que, por conseguinte, não obedeceria às leis da anatomia: “[...] A histeria se comporta em sua paralisia e outras manifestações como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento nenhum dela” (FREUD, 1983a/1996, p. 206).

Nos **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**, Freud (1905/1996) aponta para a existência de uma sexualidade infantil, afirmando ser esta fundamental para a constituição do psiquismo. Destacou a perversão, como sendo o primeiro passo à sexualidade. Atribuiu à criança a condição de “pequeno perverso polimorfo”. A condição de perverso advinha da possibilidade de se obter prazer sem a realização do ato sexual. Assim a criança, também polimorfa, poderia obter prazer através de uma diversidade de formas e objetos possíveis. O corpo, nesse contexto, assumiria um papel sexual, uma vez que qualquer parte dele poderia ser usada como objeto de obtenção de prazer. Este corpo seria fragmentado em zonas erógenas, as quais seriam investidas por uma energia sexual,

chamando-a de libido. Numa determinada fase de desenvolvimento, a libido estaria investida em uma zona erógena, razão pela qual sugeriu as fases psicosexuais de desenvolvimento psíquico, destacando as fases oral, anal, fálica e genital.

Freud chamou a vivência desse corpo fragmentado de auto-erotismo, pontuando esta experiência como fundamental a uma etapa posterior, a do narcisismo. É no auto-erotismo que o corpo se torna erotizado, deixando de ser apenas um organismo, um “pedaço de carne”. Através da vivência auto-erótica é que a criança, utilizando-se das zonas erógenas, toma seu corpo como sexual. Sobre a zona erógena, Freud (1905/1996) a definiu como uma parte do corpo (como a pele ou mucosa) a qual, se estimulada, provoca intensa sensação de prazer.

Mais tarde, ao tratar do narcisismo em 1914, ele estende esta erogeneidade para os órgãos internos do corpo, dizendo que eles também poderiam se servir como objeto de obtenção de prazer sexual. Ao fazer isso, Freud nos introduz a concepção de pulsão entendida por ele como um “conceito-limite entre o psíquico e o somático” (FREUD, 1915/2004, p. 148). Em **Pulsão e Destinos da Pulsão**, destaca quatro elementos constituintes da pulsão, estando entre eles a pressão, a meta, o objeto e a fonte da pulsão. Salienta que a pulsão é sempre acompanhada de uma pressão, de fonte endógena, que movimenta e impõe trabalho ao aparelho psíquico. A meta da pulsão, sempre a satisfação, demanda um objeto, indeterminado. Com relação ao objeto da pulsão, ele nos diz:

É o elemento mais variável na pulsão e não está originalmente vinculado a ela, sendo-lhe apenas acrescentado em razão de sua aptidão para propiciar a satisfação. Em rigor, não é preciso ser um outro objeto externo, pode ser muito bem uma parte de nosso próprio corpo. Ao longo dos diversos destinos que a pulsão conhecerá, o objeto poderá ser substituído por intermináveis outros objetos, e a esse movimento de *deslocamento* da pulsão caberão os mais significativos papéis. Cabe também destacar que, quando há uma aderência particularmente estreita da pulsão ao objeto, utilizamos o termo *fixação* para designá-la (FREUD, 1915/2004, p. 149).

Vemos, dessa forma, o quanto corpo da maneira como concebe a psicanálise se faz importante tanto para a constituição quanto para a vida psíquica do sujeito, pois ao mesmo tempo em que ele se constitui pelo o que é corpo, ele pode se satisfazer dele. A pulsão, surgida como exigência de trabalho do psiquismo, coloca-se como uma representação psíquica desses estímulos que, segundo Freud, caracteriza-se como força constante. Enquanto estiver vivo, o sujeito nunca escapará da pulsão, dessa pressão que movimenta o psiquismo no momento em que sua meta

sempre será a satisfação. Tal satisfação só poderá ser alcançada na presença de um objeto. Este objeto, especialmente na nossa fase mais primitiva, é o corpo.

Contudo, precisamos entender qual é esse corpo que se apresenta nas manifestações ditas “psicossomáticas”. Veremos que o corpo que se apresenta nestas manifestações é diferente do corpo que se coloca na histeria. Dito isto, será que podemos falar de mais de um corpo no mesmo sujeito?

Para discutir essa questão, remetemos a Assoun (1997) quando ele nos fala de um corpo que em Freud aparece como *Körper* - corpo real, visível, objeto material e que ocupa um espaço, podendo ser designado por certa coesão anatômica. Este corpo, diferente do corpo simbólico na histeria, nada pode “dizer”, na medida em que não representa o sujeito, ou, nas palavras de Freud, é um corpo que não está incluído na cadeia de representações inconsciente, um corpo não narcísico, mas auto-erótico. Isto quer dizer que um mesmo corpo pode comportar “pedaços de real”, de orgânico, mas também ser intermediado pelo narcisismo e castração. O narcisismo, definido por Freud como uma etapa entre o auto-erotismo e a libido objetal, também será de fundamental importância para a instalação de um Eu corporal e imaginário.

Ao experimentar o narcisismo, a criança constitui um Eu a partir da constituição de um corpo imaginário através de seu primeiro cuidador (geralmente a mãe). A partir disso, o corpo deixa de ser um material orgânico e se transforma em um corpo pulsional. Através do narcisismo a criança passa a investir libido não mais no corpo biológico, nas zonas erógenas, mas no seu próprio Eu. Posteriormente, com o aparecimento da libido objetal, a criança deixa de ter somente seu Eu como objeto de investimento libidinal, direcionando uma parte de sua libido aos objetos externos.

Entretanto, não podemos deixar de mencionar que apesar da libido se direcionar aos objetos de fora, uma parte da libido sempre ficará retida no Eu. Será este o motivo pelo qual o sujeito, através do seu sintoma, pode regredir a um estágio mais primitivo, seja ao narcisismo no caso de um sintoma psiconeurótico, seja ao auto-erotismo no caso de um fenômeno psicossomático. Em outras palavras, dizemos que o sujeito em sua constituição banha o seu corpo de representações psíquicas através de seu primeiro cuidador. Depois disso, este mesmo corpo, ao receber a interdição do falo, pode ser simbolizado, interpretado e decifrado. Só que algo nesta operação escapa e, quando isso acontece, a excitação corporal endógena toma este corpo real para sua satisfação. Veremos, então, como isto acontece através da discussão conceitual referente às “neuroses atuais” e a falha epistemo-somática.



#### 4.1 “AS NEUROSES ATUAIS”

A primeira ocorrência do termo “neuroses atuais” foi em 1898 em um artigo de Freud intitulado **A sexualidade na etiologia das neuroses**. No entanto, a definição de “neurose atual” pode ser encontrada nos primeiros escritos de Freud. Entre os anos de 1893 e 1898, ele se dedicou de forma ferrenha à distinção entre as “neuroses atuais” e as psiconeuroses, atitude esta que inaugurou não só a idéia de uma etiologia sexual geral das neuroses, como também a noção centrada na oposição atualidade-historicidade. Ao dizer que o aspecto central das “neuroses atuais” estaria centrado não só na origem sexual dos sintomas, mas também em seu caráter *atual*, Freud (1923a/1996), apontando a neurastenia e a neurose de angústia<sup>10</sup>, afirma:

[...] uma investigação de casos de nervosismo comum (incidindo nas duas classes da *neurastenia* e da *neurose de angústia*) empreendida simultaneamente levou à conclusão de que esses distúrbios podiam ser remontados a abusos *contemporâneos* na vida sexual dos pacientes e removidos se estes fossem levados a um fim (FREUD, 1923a/1996, p. 260).

Evidencia-se com isso que a denominação *atual* dada as “neuroses atuais” não foi um mero acaso. A atualidade dos sintomas nestas neuroses contrasta com a presença de uma historicidade ligada à origem dos sintomas psiconeuróticos. Esta historicidade refere-se ao caráter determinante do *núcleo patógeno* nas neuroses de defesa. A questão do *núcleo patógeno*, pontuada por Freud em seus **Extratos dirigidos a Fliess**<sup>11</sup> (1897-1996) foi essencial para elaboração da teoria das psiconeuroses, na medida em que, com este conceito, propõe que as representações intoleráveis à consciência (as quais apareciam na forma de sintomas) não estariam relacionados com lembranças reais do passado, mas sim com *fantasias de sedução* sexual realizadas por adultos supostos, em uma época remota da infância. Seguindo esse princípio, Freud postulou que os sintomas manifestados nas psiconeuroses seriam apenas uma atualização desses conflitos sexuais infantis que foram rechaçados, recalçados da consciência do indivíduo. Sobre as psiconeuroses, ele coloca:

---

<sup>10</sup> A neurastenia, a neurose de angústia e a hipocondria foram apontadas por Freud como as três categorias de *neurose atual*.

<sup>11</sup> Carta nº 69. In: **Obras completas**, vol. I. Imago: Rio de Janeiro, 1996.

[...] tornou-se inevitável curvar perante a evidência e reconhecer que na raiz da formação de todo sintoma deveriam encontrar-se experiências traumáticas do início da vida sexual. Assim, um trauma sexual entrou no lugar de um trauma comum e viu-se que o último devia a sua significação etiológica a uma conexão associativa ou simbólica com o primeiro, que o precedera (FREUD, 1923a/1996, p. 260).

A “conexão associativa simbólica” a que nos mostra Freud está associada com o elemento dinâmico e representativo da instância inconsciente, ligadas as representações recalçadas e que retornam por meio dos mecanismos de *condensação* (quando os conteúdos representativos encontram-se condensados em um sintoma) e de *deslocamento* (quando os conteúdos representativos, por contigüidade, deslocam-se até remontarem as representações recalçadas); mecanismos pelos quais se torna possível decifrar e interpretar os sintomas manifestados (FREUD, 1900/1996). Nas “neuroses atuais”, diferentemente, os sintomas não podem ser significados, uma vez que, devido à ausência do recalque, não remeterão a história inconsciente do indivíduo.

Em 1896, em **Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa**, Freud mais uma vez diferencia as “neuroses atuais” das psiconeuroses, dizendo que enquanto as primeiras seriam “efeitos diretos das próprias perturbações sexuais” (FREUD, 1896/1996, p. 168), as segundas seriam conseqüências indiretas oriundas de perturbações sexuais ocorridas antes da maturidade sexual. Esse efeito indireto existente nas psiconeuroses, por si só, evidencia que os sintomas dessas neuroses perpassam, antes de sua ocorrência, pelo processo de elaboração psíquica, através do recalque. Ao tecer considerações sobre a neurastenia, ele nos fala: “Em todo o 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” (FREUD, 1898/1996, p. 255).

Ao assinalar a etiologia contemporânea da neurastenia, Freud enfatiza a ausência de uma estrutura de sentido. O fato de não haver uma *formação de compromisso* entre o princípio do prazer e o princípio da realidade ou, melhor dizendo, entre o *Iso* e o *Eu*, os sintomas corporais das “neuroses atuais” refletem a manifestação pura de uma excitação somática, a qual por não ter encontrado a dimensão psíquica, torna-se impossível de ser lida ou representada. Assim, os sinais físicos e as alterações orgânicas das “neuroses atuais”, foram considerados por Freud como processos tóxicos diretos, causados pelo modo inadequado de insatisfação sexual (FREUD, 1895/1996). Sobre esta questão, em 1912b (1996, p. 267), ele nos diz:

A essência das teorias a respeito das ‘neuroses atuais’ que apresentei no passado e estou defendendo hoje reside na minha declaração, baseada em experimentos, de que seus sintomas, diferentemente dos psiconeuróticos, não podem analisados. Isto equivale a dizer que a prisão de ventre, as dores-de-cabeça e a fadiga do chamado neurastênico não admitem serem remontadas, histórica ou simbolicamente, a experiência operantes, e não podem ser compreendidas como substitutos de satisfação sexual ou como conciliações entre impulsos instituais opostos, como é o caso dos sintomas psiconeuróticos (ainda que os últimos possam ter a mesma aparência).

No que diz respeito ao papel sexual na etiologia das “neuroses atuais”, cabe salientar que embora na época em que se debruçou no estudo das mesmas a concepção de sexualidade estivesse restrita a função do coito e da reprodução (como se verá na etiologia sexual nas “neuroses atuais”), grande parte de suas formulações sobre o assunto foram mantidas, especialmente aquelas relacionadas ao papel sexual na eclosão das neuroses. De fato, no período em que se debruçou no estudo das “neuroses atuais”, Freud não tinha ainda vislumbrado a existência de uma vida sexual separada do instinto, idéia que só aparecerá em sua obra no ano de 1905, em **Os três ensaios da teoria da sexualidade**, fato este que facilitou para que ele reafirmasse suas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia de toda e qualquer neurose.

Mais tarde, no texto **Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna**, Freud (1908/1996), já tendo concebido uma sexualidade perversa e polimorfa, afirma que toda neurose se deve à repressão da sexualidade pela sociedade; sexualidade concebida de forma das mais variadas, como nos diz: “Novas perspectivas se nos oferecem ao considerarmos que no homem o instinto sexual não serve especialmente aos protótipos de reprodução, mas à obtenção de determinados tipos de prazer” (p. 174). Ainda neste artigo, ao criticar o posicionamento de alguns neurologistas (como W. ERB, 1893; BINSWANGER, 1896 e VON KRAFFT EBIN, 1895) que teorizaram acerca da relação existente entre “a alta incidência da doença nervosa” e a vida moderna civilizada, pontua:

A meu ver, a deficiência destas e outras teorias semelhantes estão, não em sua imprecisão, mas no fato de se revelarem insuficientes para explicar as peculiaridades dos distúrbios nervosos, e de ignorarem justamente o fator etiológico mais importante. Se deixarmos de lado as modalidades mais leves de “nervosismo” e nos atermos às doenças nervosas propriamente ditas, veremos que a influência prejudicial da civilização reduz-se principalmente à repressão nociva da vida sexual dos povos (ou classe) civilizados através da moral sexual “civilizada” que nos rege (FREUD, 1908/1996, p. 172).

A partir desta afirmação, Freud nos mostra que a questão central das neuroses pauta-se não só na sexualidade, mas na repressão desta por parte da sociedade “civilizada”. O curioso é que ao pensar nas “neuroses atuais”, mesmo não tendo mencionado claramente as influências da civilização no desencadeamento de uma neurose, ao listar formas inadequadas de satisfação sexual como fator etiológico nas neuroses contemporâneas, acabou deixando implícito este caráter; pois, uma vez o indivíduo não podendo satisfazer seus impulsos sexuais, ele, ou recorria a modos inadequados de satisfação (como a masturbação e a emissão espontânea), ou, pela abstinência sexual, desistia de realizá-los. Como afirma novamente:

Os médicos terão que se acostumar a explicar aos empregados do escritório que se “esgotaram” em suas escrivatinhas, ou às donas-de-casa para quem se tornaram pesadas demais as tarefas domésticas, que eles adoeceram, não por terem tentado executar tarefas facilmente realizáveis por um cérebro civilizado, mas porque, durante todo o tempo, negligenciaram e prejudicaram flagrantemente sua vida sexual (FREUD, 1898/1996, p. 259).

Temos que o desencadeamento das “neuroses atuais” seria fruto tanto de uma desordem sexual tanto econômica quanto psíquica. Ao se referir a uma quantidade de excitação somática não elaborada, Freud (1895 [1894]/1996) faz referência a um resto de energia que não se transforma, resultando num fenômeno somático desarticulado da esfera psíquica. Ao caracterizar as “neuroses atuais” como a “alienação entre as esferas psíquica e somática”<sup>12</sup> (p. 111), Freud refere-se justamente a incapacidade do aparelho psíquico de administrar uma determinada quantidade de energia sexual, precisando, por isso, compensar através de uma descarga somática. Assim, no momento em que o indivíduo deixa de satisfazer uma grande quantidade de impulsos sexuais ou os substitui por um modo de satisfação menos adequado, a excitação somática, ao invés de se ligar a uma representação psíquica, acaba sendo descarregada diretamente no corpo, sem qualquer intermediação.

A “alienação” na esfera psíquica existente nas “neuroses atuais” faz o indivíduo recorrer ao *soma* puro para sua satisfação. *Soma* puro porque no caso da histeria, apesar dela se utilizar da esfera somática para a descarga de tensão sexual, verifica-se que o

---

<sup>12</sup> Vale destacar que na neurose de angústia a alienação na esfera psíquica ocorre devido à um acúmulo de excitação sexual, enquanto que na neurastenia acontece em decorrência de um empobrecimento dessa excitação.

corpo entra neste contexto como um objeto, carregado de uma representação psíquica, produto de um conflito inconsciente, o que não acontece nas “neuroses atuais”. Sobre isso, vale remontar Freud (1893a/1996) quando este atribui à existência de uma *anatomia fantasmática* na conversão histérica. Neste caso, o adoecimento somático se faz presente sem considerar sua anatomia real, como afirma:

Estou de acordo com M. Janet que, na paralisia histérica, assim como na anestesia etc., o que está em questão é a concepção corrente popular, dos órgãos do corpo em geral. Essa concepção não se fundamenta num conhecimento profundo de neuroanatomia, mas nas nossas percepções tácteis e, principalmente, visuais. Se é isso o que determina as características da paralisia histérica, esta, naturalmente, deve mostrar-se ignorante e independente de qualquer noção da anatomia do sistema nervoso. Portanto, na paralisia histérica, a lesão será uma modificação da *concepção*, da *idéia* de braço, por exemplo. Mas que espécie de idéia será essa, capaz de produzir a paralisia? Considerada do ponto de vista psicológico, a paralisia do braço consiste no fato de que a concepção do braço não consegue entrar em associação com as outras idéias constituintes do ego, das quais o corpo da pessoa é parte importante. A lesão, portanto, seria a *abolição da acessibilidade associativa da concepção do braço* (FREUD, 1893a/1996, p. 213).

Ao considerarmos a presença da *anatomia fantasmática* na histeria, observa-se no paciente histérico uma indiferença e falta de interesse pela descrição de suas dores. A “bela indiferença da histérica” (FREUD, 1985/1996) vem evidenciar isso, pois, tendo em vista que sua manifestação somática surge para disfarçar um conflito inconsciente, a histérica nada quer saber dele. Esta posição, por sua vez, foi corroborada por Lacan:

[...] Não se produz uma paralisia, nem uma anestesia segundo as vias e a topologia das ramificações nervosas. Nada na anatomia nervosa recobre, seja o que for, do que é produzido nos sintomas histéricos. É sempre de uma anatomia fantasmática de que se trata (LACAN, 1955-56/1988, p. 204)

Nas “neuroses atuais”, apesar de seus sintomas se apresentarem no corpo, não se trata de uma anatomia fantasmática, na medida em que ocorre uma ausência de trabalho psíquico. A excitação somática, ao não encontrar uma representação psíquica a que possa se ligar acaba sendo descarregada no corpo sem qualquer intermediação simbólica. Ela encontra no corpo orgânico uma saída para a descarga de tensão, deixando o indivíduo totalmente entregue às suas afecções corporais sem, no entanto, poder lê-las ou representá-las.

Será mediante tais considerações que veremos, a seguir, a caracterização e o conceito de cada uma das “neuroses atuais” delimitadas por Freud, respectivamente: a neurastenia, a neurose de angústia e a hipocondria; esta última, denominada por Freud (1912b/1996), em **Contribuições a um debate sobre a masturbação**, como a “terceira neurose atual” (FREUD (1912b/1996, p. 226).

#### **4.1.1 A Neurastenia: uma neurose do esgotamento sexual**

O termo *neurastenia* foi introduzido pelo médico americano George Miller Beard em 1879 para designar um estado crônico de esgotamento físico e mental, associado a sintomas vagos e generalizados de desconfortos e disfunções corporais. De acordo com Trillat (1991), em 1881, Beard estabelece a delimitação completa do quadro de neurastenia. Para ele, a neurastenia estaria próxima da melancolia e da hipocondria, caracterizando-se por um estado de fadiga física e psíquica constante, acompanhada de múltiplas indisposições de caráter corporal, entre os quais citou a impotência sexual, as dispepsias, vertigens, cefaléias, insônia, sensação de plenitude gástrica e neuralgias; o que incluía também sintomas ansiosos como a ansiedade, a pressão torácica, medos vagos e inexplicáveis, vertigens, ondas de frio e calor pelo corpo, tremores nas extremidades e formigamentos. Os sintomas ansiosos, por estarem freqüentemente associados com o quadro neurastênico, refletiriam para Beard, o próprio estilo de vida americano que, por exigir do indivíduo considerável produtividade num curto espaço de tempo, o conduziria a um desgaste mental capaz de provocar uma diversidade de desordens corporais.

Mais tarde, os sintomas apontados por Beard para designar a neurastenia, foram tomados por Freud sob uma ótica consideravelmente modificada. Consta que “a insatisfação com o caráter vago e inespecífico dessa categoria diagnóstica descrita por Beard, herdeira da histórica dificuldade dos clínicos de compreender as doenças dos nervos” (VOLICH 2002, p. 79), fez com que Freud se empenhasse em construir uma teoria capaz de explicar esta variedade de manifestações corporais inexplicáveis por qualquer etiologia orgânica. Foi estudando a neurastenia como uma das “neuroses atuais” que ele pôde discriminar a neurastenia desse considerável número de sintomas, dando a ela um caráter econômico, psíquico e sexual.

Diferente de Beard, Freud separa o quadro neurastênico dos quadros ansiosos a partir do artigo intitulado **Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”**. Neste artigo, Freud (1895 [1894]/1996) diferencia os sintomas da neurose de angústia dos sintomas neurastênicos, afirmando que no momento em que os sinais

físicos da neurastenia fossem acompanhados por sintomas de ansiedade, não estaríamos mais no terreno da neurastenia e sim na categoria do que chamou de “neurose de angústia”.

Logo tanto a neurastenia quanto a neurose de angústia teriam um quadro clínico próprio não podendo, portanto, serem colocadas na mesma categoria. No **Rascunho B – A etiologia das neuroses**, Freud (1893b/1996) define a neurastenia como um resultado freqüente da vida sexual anormal, sendo sempre uma neurose sexual, como nos diz: “afirmo agora que toda a neurastenia é sexual” (FREUD, 1893b/1996, p. 223). Isso quer dizer que somente o esgotamento sexual por si só seria o fator determinante na neurastenia. Ao afirmar isso, ele ressalta que mesmo quando somente tal esgotamento não é capaz de causar a neurastenia, esta pode ter um impacto tamanho no sistema nervoso “que a doença física, os afetos depressivos e o excesso de trabalho (influências tóxicas) não podem ser tolerados sem [levar à] neurastenia”. Salienta que apesar desses fatores, se não existir o esgotamento sexual, é impossível alguém ser acometido de uma neurastenia. Para ele, por mais que tais fatores possam acarretar fadiga normal, tristeza normal e fraqueza física normal, estes “continuam apenas a evidenciar o quanto dessas influências uma pessoa normal é capaz de tolerar” (p. 224).

No que concerne aos fatores desencadeantes da neurastenia, têm-se que sua origem seja sexual, resultado de uma desordem *atual*, isto é, depois da maturidade sexual. Nos homens, sua origem estaria relacionada à masturbação e ao coito incompleto, este, com a finalidade de evitar a gravidez. Nas mulheres, afirmou que dificilmente poderiam ser acometidas de uma neurastenia. Para ele, somente em casos de mulheres casadas com homens neurastênicos é que poderíamos encontrar sintomas desta ordem no sexo feminino, sendo a neurastenia na mulher uma conseqüência de uma neurastenia já existente no homem, ou, produzida concomitantemente com a histeria; como coloca: “nesse caso, quase sempre há uma mistura de histeria, e temo então a neurose mista das mulheres”. Pontua que quando isso acontece é porque geralmente o homem, por ser neurastênico, sofre de limitações na sua potência sexual. Desse modo, quanto maior a neurastenia no homem e mais reduzida sua potência, “mais predominante é a histeria da mulher; assim, um homem sexualmente neurastênico torna a uma mulher não tanto neurastênica, mas histérica” (FREUD, 1893b/1996, p. 226).

A neurastenia surgiria, então, sempre que uma descarga inadequada fosse substituída por uma menos adequada, ou seja, quando a masturbação e a emissão espontânea fossem as formas de atividade sexual que predominassem na vida do indivíduo continuamente; apontando como sintomas próprios da neurastenia os mesmos anteriormente descritos por Beard como a pressão intracraniana, a propensão à fadiga, a dispepsia e a constipação espinal (FREUD, 1898/1996). Estes

sintomas, conforme mostramos, não estariam remetidos a uma significação histórica da vida do paciente, não podendo ser rememorados, visto que eram frutos de uma descarga direta de excitação sexual, no corpo.

Ao delimitar a diferença existente entre os sintomas da neurastenia e os sintomas psiconeuróticos, Freud, ao evidenciar o caráter de contemporaneidade da neurastenia, segundo Trillat (1991), foi complacente a idéia já apontada por Beard acerca das condições que levariam a eclosão de tais sintomas. Ao não atribuí-los um caráter hereditário, mas sim ambiental (como o excesso de trabalho, por exemplo) aos sintomas neurastênicos, Beard inspira Freud a formular o quê, na sua concepção, seria a condição: o caráter sexual, no sentido de como o indivíduo distribuiria sua energia sexual; no caso da neurastenia, utilizando-se de práticas sexuais inadequadas (como o coito interrompido e a masturbação) ao invés do coito completo.

Para Freud, a impossibilidade de trabalhar psiquicamente a grande quantidade de energia sexual oriunda do corpo, impunha ao indivíduo uma forma de descarga sexual inadequada, como a masturbação e a emissão espontânea. Já a neurose de angústia, veremos que esta, além de eclodir em detrimento de uma insatisfação sexual atual, marcará sua diferença frente à neurastenia na medida em que sua gênese centra-se num acúmulo de excitação e não em seu esgotamento.

#### **4.1.2 A Neurose de angústia: uma neurose do acúmulo de excitação**

*“Nesse sentido, a certeza da angústia aproxima-se do real do inconsciente, que é o real da psicanálise”.*

Miller (2001 apud BESSET, 2002, p. 19)

De acordo com Freud (1894/ 1996), a origem da neurose de angústia, bem como na neurastenia, não deveria se buscada na esfera psíquica. Só que diferentemente da neurastenia, destaca que o aparecimento da neurose de angústia está ligado a uma acumulação física de excitação. Este acúmulo, ao não ter sido psiquicamente elaborado e inadequadamente descarregado (através da masturbação ou emissão espontânea), acaba se transformando em angústia:

A tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar o afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: um afeto sexual não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo psiquicamente elaborada, acaba se transformando em angústia (FREUD 1894/1996, p. 238).



Em seguida, afirma novamente:

A neurose de angústia é o produto de todos os fatores que impedem a excitação psíquica de ser psiquicamente elaborada. As manifestações da neurose de angústia aparecem quando a excitação somática que foi desviada da psique é subcorticalmente despendida em reações totalmente inadequadas (FREUD, 1895/1996, p. 110).

Verifica-se, a partir disso, que na neurose de angústia há um prejuízo intenso de afeto sexual na dimensão psíquica. Nota-se, ainda nesta época, que apesar de Freud não ter desenvolvido a teoria do recalque, tal idéia se encontra implícita nesta afirmação. O déficit no que chama de fatores psíquicos leva-nos a vislumbrar que na neurose de angústia ocorre uma falha no recalque e, conseqüentemente, no processo de elaboração psíquica. O afeto, uma vez não elaborado, encontra uma descarga de energia direta no corpo. Esta idéia fica visível quando, ainda no mesmo texto, ao diferenciar neurose de angústia e histeria, pontua que embora em ambas acontecendo uma espécie de *conversão*, na histeria é a energia psíquica que toma um caminho errado (em direção ao somático) enquanto que na neurose de angústia é a energia física que não consegue penetrar no âmbito psíquico; razão pela qual a neurose de angústia não poderia ser *relembrada*, como na histeria. Ao afirmar isso, Freud nos diz que “esse caminho errado” tomado pelo afeto sexual na histeria se refere ao recalque que, ao transformar afeto físico em psíquico, confere à histeria um caráter de historicidade, infantil e, logo, psiconeurótico.

A neurose de angústia seria, então, a sensação de acúmulo de um estímulo endógeno incapaz de ser psiquicamente elaborado. Esta incapacidade levaria a uma descarga direta no corpo ou, mais especificamente, nos órgãos do corpo. Logo, os sinais físicos típicos da neurose de angústia como distúrbios da atividade cardíaca e respiratória, acessos de tremores ou calafrios, fome devoradora, diarreia, acessos de vertigem locomotora, congestões, parestesias, agarofobia e o acordar de pânico à noite; poderiam levar a uma *irritabilidade geral*, referente a um acúmulo físico de excitação; bem como a uma *expectativa angustiada* que apareceria por meio de uma tendência a adotar uma visão pessimista das coisas, podendo surgir tanto casos de fantasias pessimistas da realidade ao seu redor quanto de expectativas concernentes a própria saúde (FREUD 1895 [1894]/1996).

Ao tecer considerações sobre a angústia, Besset (2002) nos diz, em acordo com Freud, que a etiologia da neurose de angústia está ligada ao impedimento de escoamento pela esfera psíquica,

apontando para a “incapacidade do psiquismo em reagir, mediante *ação adequada*, ao estímulo, tanto exógeno, quanto endógeno [...] trata-se de o impedimento da estimulação sexual transformar-se em libido psíquica” (p. 18). Isso tudo, por sua vez, produz um resto, incapaz de ser elaborado, descarregado no corpo puro, orgânico.

Esse resto de energia que não se transforma, ao impor ao aparelho psíquico uma quantidade grande de tensão a administrar, ficaria a mercê de um trabalho de elaboração (simbolização), o que não acontece. Naquela época, Freud (1894/1996) apontou como razão desse acúmulo de excitação a *abstinência sexual* e o *coito interrompido*. No **Rascunho E**, ele reuniu alguns casos que poderiam estar relacionados à eclosão da neurose de angústia, de causalidade sexual, como: a angústia de pessoas virgens, angústia de pessoas voluntariamente abstinentes, angústia de pessoas obrigatoriamente abstinentes, angústia de homens e mulheres que possuem a prática do coito interrompido, angústia de homens que vão além de sua potência sexual, angústia de pessoas que se abstêm ocasionalmente e neurastênicos que foram desviados da masturbação pelo trabalho intelectual, sem compensá-la através do coito. Ao falar sobre a etiologia sexual e econômica da neurose de angústia, Freud (1894/1996, p. 85) demonstra:

Tanto quanto posso perceber, também a neurose de angústia tem uma origem sexual, mas se prende a representações extraídas da vida sexual; para dizê-lo com propriedade, não tem qualquer mecanismo psíquico. Sua causa específica é a acumulação de tensão sexual produzida pela abstinência ou pela excitação sexual não consumada (usando o termo como fórmula geral para os efeitos do *coitus reservatus*, da impotência relativa do marido, da excitação não satisfeita dos noivos, da abstinência forçada, etc).

Através da afirmação freudiana, observa-se que a causa da “neurose de angústia” está relacionada a uma excitação sexual acumulada e não simbolizada, diferentemente da neurastenia que aparece em detrimento de uma satisfação sexual inadequada, levando a um empobrecimento da excitação sexual. Nesse sentido, a neurose de angústia se caracteriza como a manifestação do afeto livremente flutuante, descarregado no próprio corpo.

Assim, “ao contrário do sintoma, que é uma *solução de compromisso*, a angústia é testemunha da divisão que caracteriza a *subjetividade*” (BESSET, 2002, p. 19), pois pode indicar ao sujeito o seu *mais além do princípio do prazer*, a pulsão de morte, que se presentifica no real do corpo, como podemos observar nas palavras de Antônia: “*Dra, eu não sei explicar o que eu sinto,*

*posso lhe dizer que é um aperto que dá aqui no coração (colocando a mão no peito), nessas horas a minha mão começa a suar, me dá até umas tremedeiras”.*

Em Elisa, além da taquicardia a que se referia quando se dizia angustiada, seus sintomas de reumatismo ficavam mais evidentes nas crises que tinha em decorrência do LES. *“Quando fico ansiosa, meu coração começa a bater rápido, sabe. Por isso minha mãe diz que eu tenho que me poupar porque se não estou bem, o reumatismo me ataca e eu não consigo fazer nada”.* O curioso é que em seu tempo Freud (1895 [1894]/1996) chegou a elucidar acerca da relação dos sintomas reumáticos com a angústia. Ao tratar das semelhanças entre histeria e neurose de angústia, ele nos disse:

Outra similaridade com a histeria é fornecida pelo fato de que, na neurose de angústia, ocorre uma espécie de *conversão* para as sensações corporais que podem facilmente passar despercebida – por exemplo – para os músculos reumáticos. Grande número do que se conhece como indivíduos reumáticos – que, além disso, se pode demonstrar *serem* reumáticos – sofre, na realidade de neurose de angústia (FREUD, 1895 [1894]/1996, p. 100).

É por este motivo que muitos autores (NICOLAU, 2000; MILLER, 2001; BESSET, 2002) colocam que a angústia não deixa de ser uma face do real, irrepresentável e inominável. Para Nicolau (2000), o fato do afeto não encontrar “um fiador” (p. 22) psíquico, faz com que ele ecloda no soma puro e com isso se relacione com o corpo que adocece. Por outro lado, ela sugere no caso de pacientes afetados por alguma lesão corporal sem causa determinada, que:

[...] mesmo não tendo recursos para desenvolver uma neurose, os pacientes orgânicos ‘escolhem’ um órgão, um sistema. Poderiam desenvolver simplesmente uma neurose de angústia. A resposta para esse impasse é que não podem haver afecções sem simbolizações. É aí que entra a possibilidade de uma escuta” (p. 22).

Desse modo, disponibilizar uma escuta para o real inominável e certo da angústia, pois como nos diz Lacan (1976-77/1978) ela é um afeto que não engana, coloca-se como o primeiro passo para que o sujeito, ao falar, possa simbolizar a sua dor e, como nos diz Assoun (1997), ascender a uma neurose de defesa.

#### 4.1.3 A hipocondria: a terceira neurose atual

*“O hipocondríaco seria, logo, este médico imaginário por excelência, sempre disposto a se ocupar de si-outro doente a despeito de si”.*

Pierre Fédida

A palavra hipocondria teve sua origem na medicina e passou, ao longo dos tempos, possuindo muitos deslizamentos de sentido. Segundo o *Dictionnaire Littré* (1980), a hipocondria é definida como um “tipo de doença nervosa que, perturbando a inteligência dos doentes, faz-lhes crer que estão sendo atacados pelas mais diversas doenças, de modo que passam por doentes imaginários, sofrendo muito, e que estão mergulhados em uma tristeza habitual” (GUEDENEY; WEISBROT, 2002, p. 31). Ao remontar esta definição, os autores afirmam que a conceituação da hipocondria como uma “doença imaginária” fez com que o hipocondríaco perdesse sua importância na nosografia médica somatista; pois uma vez atribuindo a ele “termos desdenhosos de doente funcional ou psíquico” (GUEDENEY; WEISBROT, 2002, p. 32), este, na medicina, deixou de ter credibilidade.

Apesar disso, nota-se, no final do século XIX, uma tentativa de sistematização da hipocondria dentro da medicina, através do estudo da hipocondria maior e da hipocondria menor. A primeira, descrita por Jules Contard, estaria vinculada com delírios centrados no próprio corpo, caracterizada pelo “sempre famoso delírio de negação, no qual o doente expressa, primeiramente, idéias de transformação do órgão e, depois a recusa da existência de certas vísceras, ou, ao contrário, temas delirantes de grandeza corporal e imortalidade dolorosa” (GUEDENEY; WEISBROT, 2002, p. 52); ou, como nos diz Fernandes (2007), descrevia-se a partir de um tipo de delírio que iria “do sentimento de transformação dos órgãos internos até a negação completa da existência” (FERNANDES, 2007, p. 113). A hipocondria menor, estudada por Georges Beard, estaria associada ao quadro da neurastenia, já descrito anteriormente.

Só que no que tange às teorizações de Freud, têm-se que a expressão hipocondria, embora mantida por ele para designar um tipo de estado patológico, vê-se que ele deu a ela uma outra roupagem, colocando-a dentro da categoria das “neuroses atuais”. Ao classificar a hipocondria como uma “terceira neurose atual”, Freud (1895 [1894] 1996) pontua, além do caráter de não historicidade e do não alcance na esfera psíquica, que ela dificilmente aparece de forma isolada, podendo se

manifestar em quadros psiconeuróticos, parafrênicos e até mesmo entre os sintomas da “neurose de angústia”.

Nos casos em que a hipocondria viesse embutida nos quadros desta neurose, Freud relata que esta normalmente apareceria incluída no sintoma referente à *expectativa angustiada*. Tal expectativa, quando associada à saúde do sujeito, receberia para ele o nome de *hipocondria*. Com relação a isso, afirma ainda:

O auge alcançado pela hipocondria nem sempre é paralelo à expectativa angustiada em geral; requer como pré-condição a existência de parestesias e sensações corporais aflitivas. Assim, a hipocondria é a forma oferecida pelos neurastênicos genuínos quando estes caem presa da neurose de angústia, como ocorre com frequência (FREUD, 1895 [1894] 1996, p. 95).

Contudo, apesar da hipocondria poder se manifestar combinada tanto entre os sintomas psiconeuróticos quanto entre os sintomas de outras “neuroses atuais”, Freud enfatiza sua associação especialmente com a psicose paranóica. Aliás, não foi por outra razão que no artigo **Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides)**, ele afirma em uma singela nota de rodapé:

Não devo deixar de observar, nesse ponto, que não considero fidedigna nenhuma teoria da paranóia, a menos que também abranja os sintomas *hipocondríacos* pelos quais esse distúrbio quase invariavelmente se faz acompanhar. Parece-me que a hipocondria está, para a paranóia, na mesma relação que a neurose de angústia está para a histeria (FREUD, 1911/1996, p. 65).

Mais tarde, em **À guisa de uma introdução ao narcisismo**, Freud (1914/2004), ao tecer um estudo sobre a libido, destacou a hipocondria entre as “neuroses atuais”, colocando-a no mesmo patamar das parafrasias. Para ele, tanto o hipocondríaco quanto o parafrênico sofreriam de um problema na distribuição da libido, uma vez que nestes casos a libido, a energia sexual, estaria toda centrada no Eu. O acúmulo de excitação de libido no Eu poderia causar uma distorção de realidade no indivíduo, motivo este pelo qual o hipocondríaco, apesar de ser acometido de sensações corporais intensas, não se manifesta em seu corpo alterações somáticas concretas.

Assim, devido ao acúmulo de libido no Eu, a hipocondria estaria para Freud no âmbito das neuroses narcísicas. Segundo ele, a eclosão de um episódio hipocondríaco pode se manifestar quando o aparelho psíquico não for capaz de elaborar a tensão sexual acumulada, fazendo com que

a libido, ao invés de se ligar a um objeto na fantasia, retorne ao Eu. Em decorrência dessa falha psíquica, observa-se no hipocondríaco uma verdadeira incapacidade de reconhecer que seu mal, ou seja, que suas “afecções” são de origem endógena, interna. O afeto sexual, por não ter se ligado a um objeto externo, retorna ao Eu fazendo com que o acúmulo de tensão sexual nesta instância provoque uma verdadeira distorção perceptiva a ponto do sujeito, mesmo não tendo alterações somáticas que justifiquem suas sensações corporais, sentir que concretamente sofre de uma doença, a qual, nada tem relação com ele, visto que vem do exterior:

O hipocondríaco vai se debater, durante muito tempo, até encontrar a chave de suas sensações de estar gravemente enfermo. Não admitirá perante a si mesmos que seus sintomas têm origem na vida sexual; mas causa-lhe a maior satisfação pensar que seu mal, como diz Moebius, não é endógeno, mas exógeno. Logo, ele está sendo envenenado (FREUD, 1895/1996, p. 257).

Não há dúvidas de que o hipocondríaco sente que está doente. Ao querer encontrar “a chave de suas sensações”, ele se apropriará de palavras ligadas ao discurso médico a fim de convencer quem quer que seja de seu mal, apegando-se de forma intensa à descrição de suas sensações corporais. Então, na tentativa de esclarecer da maneira mais nítida possível seu mal estar, acaba relatando uma verdadeira “novela” de dor e angústia, onde o corpo assume um papel de destaque, senão o principal; pois como pontua Pedinielli (1995 apud FERNANDES, 2007, p. 115): a especificidade do hipocondríaco “é a de um sujeito certo da existência de sua doença orgânica e rebelde em relação a qualquer reassurimento. O que o discurso do hipocondríaco exprime é, essencialmente, uma dor e uma angústia”.

No que concerne à particularidade do discurso hipocondríaco, Freud (1895/1996) evidencia sua visível diferença em relação ao discurso de sujeitos que padecem de sintomatologias somáticas. Para ele, o discurso hipocondríaco, apesar de tão minucioso, não nos leva a lugar algum, na medida em que o “doente” não consegue se fazer entender, fracassando em sua intenção. Antônia, apesar de não demonstrar uma estrutura psicótica, lançou mão do discurso hipocondríaco em diversos momentos. Um deles pode ser expresso por sua fala: *“Dra, a sra. nem sabe, ontem me peguei sentindo a minha cabeça apertar até desaparecer, parecia que alguém estava esmagando a minha cabeça, não consegui nem dormir direito esta noite, será que é por isso que eu sinto minha cabeça pesada? Será que isso tem alguma coisa com a minha doença? Já ouvir pessoas dizerem que o Lúpus pode atacar os neurônios da gente!”*

Um belo exemplo do discurso hipocondríaco encontra-se no caso do presidente Schreber. Nos relatos de Schreber apontados por Freud (1911/1996) consta que durante os primeiros anos de sua moléstia alguns de seus órgãos teriam sofrido dano de tal ordem que inevitavelmente o levariam

a morte. Em alguns de seus relatos, consta que viveu por um longo tempo sem os pulmões, sem o estômago, com o esôfago rasgado, sem bexiga e sem intestinos. Sobre este último, destaca-se:

A necessidade de evacuação, como tudo o mais que tem haver com meu corpo, é evocada por um milagre. É ocasionada pelo fato de minhas fezes serem forçadas para frente (e, às vezes, para trás novamente) em meus intestinos; e se, devido já ter havido uma evacuação, não se apresenta material suficiente, então, pequenos resíduos que ainda possa haver do conteúdo dos meus intestino se espalham sobre meu orifício anal (*extratos de Schreber* encontrados em FREUD, 1911/1996, p. 36).

Observa-se através deste relato o desejo de se aproximar ao máximo do discurso médico, mesmo que de modo desconexo. Além da riqueza de detalhes, evidencia-se também outra característica já pontada por Freud (1895/ 1996) com relação à origem de seu mal estar, que nada tem de interno, sendo tudo provocado por uma ordem exterior, estranhos a ele. Parece que não foi por acaso que Freud coloca a hipocondria como o ponto de partida da paranóia. Para ele, seria esta a *neurose atual* que estaria associada à paranóia, uma psicose, pois ao afirmar que as “neuroses atuais” poderiam ser tomadas como o núcleo de um sintoma psiconeurótico, Freud (1914/2004) definitivamente atribuía à hipocondria o título de uma *neurose atual da psicose*.

#### 4.2 LACAN E A FALHA EPISTEMO-SOMÁTICA

*“Um doente psicossomático é muito complicado...”*

Lacan (1975)

Em 1966, na conferência **Psicanálise e Medicina**, Lacan refere-se aos fenômenos psicossomáticos através da expressão *falha epistemo-somática*. A falha epistemo-somática indicaria uma espécie de “ignorância” do indivíduo em relação ao saber do próprio corpo, do seu desejo e de sua história. Semelhante à “alienação entre as esferas psíquica e somática” das “neuroses atuais”, observa-se que esta falha não deixa de ser um tipo de alienação, pois ao ficar preso à sua doença, o indivíduo torna-se incapaz de ligá-la a algo que seja da ordem do psíquico, distanciando-se cada vez de uma possível implicação subjetiva.

Ainda nesta conferência, Lacan afirma: “Permitam-me rotular de preferência como falha epistemo-somática, o efeito que vai ter o progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo” (LACAN, 1966, p. 42). Logo depois, pontua: “A dimensão do gozo está excluída disso que chamei a relação epistemo-somática” (LACAN, 1966, p. 42). Para ele, quanto mais a ciência progredir, com seus recursos médicos, psicofarmacológicos e tecnológicos, mais em evidência ficará a falha epistemo-somática. Aponta que a atribuição de causas puramente orgânicas a certas doenças demonstra não só a dificuldade da medicina em reconhecer seus limites, mas também a dificuldade da própria ciência em reconhecer o caráter subjetivo de certas manifestações que acometem o corpo.

Entretanto, as conseqüências disso são realmente danosas, na medida em que ao esperar do médico uma causa para sua afecção, o paciente, diagnosticado “psicossomático”, recebe esse diagnóstico com todo o “prazer”, colocando-se em uma posição altamente passiva frente à doença que lhe causa. A cegueira objetivante do saber médico faz com que o paciente continue alienado em sua doença, esperando uma espécie de tratamento medicamentoso para aquilo que não tem remédio: a angústia; angústia esta capaz de provocar não só sintomas neuróticos, mas também fenômenos psicossomáticos (FPS).

Para entender a lógica de Lacan sobre a questão do FPS, é preciso resgatar seu pensamento. Em primeiro lugar, ele pontua que o *inconsciente é estruturado como uma linguagem* e que tem por efeito um *sujeito*. Por esta razão, toda vez que falarmos em sujeito, de agora em diante, estaremos falando desse sujeito definido por Lacan, efeito da linguagem e expressão do inconsciente. No FPS, veremos que este foge às leis da linguagem. A fim de compreender como isso acontece, precisaremos delinear conceito de inconsciente para Lacan, ao qual, por sua vez, leva-nos a esse sujeito.

A tese lacaniana sobre o inconsciente estruturado como linguagem lança luz a uma nova forma de olhar, pelo viés da psicanálise, não só os FPS como também a própria formação do sintoma. Ao fazer uma releitura dos textos freudianos, Lacan nos diz que as cadeias de representações que constituem o inconsciente se manifestam como uma linguagem, estruturada a partir da cadeia de significantes.

O termo *significante* foi extraído por Lacan da lingüística saussureana para explicar como cada um deles podem se articular e assim produzirem efeitos de significação. Em 1957 (1998), em **A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud** Lacan resgata a lingüística para explicar que o inconsciente é estruturado como uma linguagem. Baseando-se nas teorizações de Saussure



sobre os elementos do significante e do significado, Lacan, ao destacar a primazia do significante em relação ao significado, nos diz que o inconsciente é estruturado da mesma forma que a linguagem, obedecendo as suas leis, a metáfora e a metonímia. Paralelo aos mecanismos de deslocamento e condensação de Freud, a metonímia e a metáfora respectivamente representam os meios pelos quais o sujeito, a partir da articulação significante, pode disfarçar o seu desejo, produzindo um sintoma. Nesse texto, Lacan afirma com relação à estrutura da cadeia de significantes:

O que essa estrutura de significantes revela é a possibilidade que eu tenho, justamente na medida em que sua língua me é comum a outros sujeitos, isto é, em que essa língua existe, de me servir dela para expressar algo completamente diferente do que ela diz. Função mais digna de ser enfatizada na fala que a de disfarçar o pensamento (quase sempre indefinível) do sujeito: a saber, a de indicar o lugar desse sujeito na busca da verdade (LACAN 1957/1998, p. 508).

Assim, têm-se que a linguagem, ao se utilizar da metáfora e da metonímia, mascara o desejo inconsciente do sujeito, colocando-lhe um enigma. Lacan assinala que os sintomas neuróticos, nada mais são do que uma linguagem a ser decifrada, geralmente dirigida ao analista. Este, no momento em que percebe que a linguagem falha, pode pontuar que ali, escondido na linguagem, há um sujeito que insiste em se representar.

Ao dizer que “o significante é o que representa o sujeito para outro significante” (LACAN, 1957/1998, p. 197), Lacan nos aponta que um significante sozinho, sem articulação com outro significante, não é um significante. A essência desse conceito é que o significante, diferente do signo lingüístico e do significado, não se esgota num sentido fechado: sua estrutura se dá de maneira articulada e infinita, pois é através da articulação entre eles é que o sujeito pode emergir: o sujeito *ex-siste* a linguagem, ele está fora dela, porque só aparece por meio de suas falhas.

Nessa perspectiva, a cadeia de significante<sup>13</sup>, ao mesmo tempo em que disfarça o desejo inconsciente, fazendo o sujeito desaparecer pela *afânise*, ela também possibilita seu aparecimento, tendo em vista que esse mesmo deslizamento, no momento em que falha, faz aparecer o sujeito do inconsciente, uma vez elidido e recalcado; como coloca: “A característica do sujeito do inconsciente é de estar, sob os significantes que desenvolvem suas redes, suas cadeias e sua história, num lugar indeterminado” (LACAN (1964/1998, p. 198). Tudo isso só é possível pelo recalque, que inaugura o sujeito desejante em sua constituição, instituindo o inconsciente (LACAN, 1964/1998).

Sobre o inconsciente, aponta:

---

<sup>13</sup> Cadeia paralela as cadeias representacionais freudianas.

O inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos dos significantes. Isto marca bem que, com o termo sujeito – é por isso que o lembrei uma origem – não designamos o substrato vivo de que precisa o fenômeno subjetivo, nem qualquer espécie de substância, nem qualquer ser do conhecimento em sua patia, segunda ou primitiva, nem mesmo o logos que se encarnaria em alguma parte, mas o sujeito cartesiano em que a dúvida se reconhece como certeza (LACAN, 1964/1998, p. 122).

O inconsciente é para Lacan “a soma dos efeitos da fala”. É justamente essa fala que se utiliza da linguagem, através da cadeia de significantes, é que nos leva a um sujeito. Logo, o sujeito não é o Eu, mas sim o próprio efeito das leis significantes, que está fora da linguagem, pois *ex-siste* a ela porque só aparece quando esta falha; desse modo “*Lá onde estava, o Ich* – o sujeito, não a psicologia – o sujeito deve advir” (LACAN, 1964/ 1998, p. 64).

Contudo, Lacan nos adverte que o inconsciente só poderá se estruturar como linguagem e produzir um sujeito através das operações que chamou de *alienação e separação*. Para ele, o sujeito só poderá ser capaz de produzir e articular significantes próprios se primeiramente se alienar nos significantes do seu Outro primordial, geralmente a mãe. Será a partir do encontro da criança com esse Outro primordial que ela recebe seu primeiro banho de linguagem, deixando de ser um mero pedaço de carne, tornando-se um sujeito pulsional. Vale ressaltar que este Outro é caracterizado como um *lugar*, lugar este que proporciona a inserção da criança no universo da linguagem.

Posteriormente, esse “grande outro”, traçará sua diferença com o “pequeno outro” (outro semelhante) no momento em que o sujeito, ao apoiar-se neste lugar, deixa transparecer sua própria posição subjetiva, determinada pelo modo com o qual se deparou com a castração. É no encontro com a separação, depois da alienação, que o sujeito pode ser capaz de se estruturar a partir da cadeia de significantes:

Pela separação o sujeito acha, se podemos dizer, o ponto fraco do casal primitivo da articulação significativa, no que ela é de essência alienante. É no intervalo entre esses dois significantes que vige o desejo oferecido ao balizamento do sujeito na experiência do discurso do Outro, do primeiro Outro com o qual ele tem que lidar, ponhamos, para ilustrá-lo, a mãe, no caso. É no que o seu desejo está para além ou aquém do que ela diz, do que ela estima [...] é nesse ponto de falta que se constitui o desejo do sujeito [...] o sujeito retorna ao ponto inicial, que é o de sua falta como tal, da falta de sua afânise (LACAN, 1964/1998, p. 207).

Para encontrar o universo da linguagem e constituir-se como um sujeito, é preciso que a criança primeiro se aliene narcisicamente nos significantes maternos para,

depois, com a entrada de um terceiro, ter a constatação de que é um ser separado dela. Será a partir da entrada do pai, como metáfora, que a criança deixa a condição de SER o falo (objeto de desejo da mãe) para TER esse falo. A lei paterna “não poderás ser objeto de desejo da sua mãe”, coloca a criança na condição de um ser faltante e, portanto, desejante: “o pai, no Nome-do-pai, sustenta a estrutura do desejo com a da lei” (LACAN, 1964/1998, p. 38).

É esta estrutura do desejo com a da lei que institui o registro do simbólico, provocando um dano no imaginário, na unidade imaginária e especular, promovida pelo narcisismo. O registro do imaginário recebe o corte do simbólico no momento mesmo em que a criança percebe que ela e sua mãe não são uma pessoa só e que, portanto, ela é faltosa e dividida. A criança percebe, então, que para além de sua mãe, há um Outro, uma linguagem, uma lei, um terceiro, cujo papel incide na operação simbólica a partir do significante do Nome-do-Pai, o qual possibilita as condições de aquisição dessa linguagem. É o Nome-do-Pai que, instituindo o registro simbólico, impõe à criança, a partir da constatação de que se é barrado pelo recalque, sua *constituição fantasmática* como uma resposta ao desejo materno primordial (da mãe como o “Outro primordial”). Será a *constituição do fantasma* ( $\$ a$ )<sup>14</sup> que possibilitará que a criança se submeta às leis da cultura, podendo se utilizar da linguagem para simbolizar o que lhe acomete (LACAN, 1964/1998, p. 38).

Dessa forma, no momento em que o fantasma se constitui, o sujeito, ao buscar o tempo todo o objeto perdido na operação de castração/ separação, o *objeto a*, viverá na condição de um sujeito desejante, movido pela pulsão, a qual só poderá se satisfazer parcialmente.

O *objeto a*, objeto das pulsões parciais em Freud, será o motor do circuito pulsional, representando o resto que fica dessa operação (de castração). Esse resto, por si só irrepresentável, não se cessará de não se inscrever e, paradoxalmente, demandará do sujeito uma representação. É justamente essa demanda de representação que movimentará o sujeito em direção ao desejo. Em detrimento disso, é que Lacan nos diz que o *objeto a* aponta para o registro do real, sendo o resto que fica da operação de castração.

O registro do real é aquilo que não entra em jogo nas associações simbólicas, significando o impossível do sujeito. Lacan afirma: “O real é aqui o que retorna sempre ao mesmo lugar – a esse lugar onde o sujeito, na medida em que cogita [...] não o encontra”

---

<sup>14</sup> Lê-se: sujeito barrado punção de *a*. Fórmula do fantasma que significa a barracão do sujeito em virtude da castração. O *a* representa o *objeto a*, objeto para sempre perdido do sujeito nesta operação, mas que o move em direção ao seu circuito pulsional.

(1964/1998, p. 52). O real, assim como a angústia, é aquilo que não engana. Por outro lado, a angústia, como afeto que move o sujeito, vem sinalizar sua castração, uma vez que é efeito desta. Assim, como resultado da operação de castração, esse afeto, quando fica a deriva, precisa se ligar a uma representação ou, nas palavras de Lacan, precisa entrar na rede de significantes; caso contrário, ficará no nível do real, ficando impossível de significar.

Fazendo uma analogia ao conceito freudiano sobre a “neurose de angústia”, podemos dizer então que o afeto sentido como angústia pelo sujeito, se não encontrar uma saída no psíquico (formando um sintoma) liga-se ao que é da ordem do real, ou mais precisamente, do corpo. Quando isso acontece, não estamos mais no terreno do que pode ser simbolizado, da ordem de um sintoma psiconeurótico, mas sim de um FPS. Este, diferentemente do sintoma, por não ter passado pelo processo de substituição na cadeia significante, não poderá ser considerado um sintoma propriamente no sentido psicanalítico. Em outras palavras: o afeto pulsional não passando pela via do recalque ou não alcançando a dimensão do psíquico, fica “colado” no corpo, alimentando-se dele; o resultado: uma lesão “psicossomática”. O que era para ser substituído, metaforizado, barrado, não foi, e disso resulta uma espécie de “matéria bruta” em uma determinada parte do corpo não recoberta pelo simbólico. Ora, se o simbólico nesta situação não entra em jogo; ocorre aí uma falha epistemo-somática, uma falha de saber do sujeito sobre próprio mal que lhe causa.

Nesse sentido, tomando a formulação de Lacan sobre a falha epistemo-somática, podemos dizer que ela mostrou seus efeitos em Elisa e Antônia, na medida em que ambas acabavam por não se implicar com o seu sofrimento, circunscrevendo um discurso em torno da doença, do lúpus. No caso de Elisa, esta chega à sessão e diz: *“Dra., por favor me diz o que aconteceu comigo? Por que não consigo me livrar desses sintomas? A minha mãe viu na internet que a causa do lúpus pode também ser emocional, assim a Sra. pode me dizer o que eu tenho”*. Ao demandar uma resposta do outro, Elisa, além de denotar sua falta a saber, procurando no outro uma explicação para o que tinha, ficava presa numa fala vazia, direcionada a todos os sintomas físicos que tinham lhe ocorrido durante a semana: *“Essa semana foi horrível, quase não consegui dormir direito, meu coração batia forte, quase não dormi, aquelas dores voltaram. Quando isso acontece fico muito ansiosa, não sei o que fazer. E o pior, há 4 dias acordei cheia de manchas na pele! Não agüento mais, todo hora é uma coisa, fui na médica e ela disse que pode ser psoríase, minha cabeça está só casquinha, sabe”*.

Elisa insistia que eu a dissesse, assim como fazia o seu médico, o quê ela tinha. Ao fazer isso, acabava por não se implicar subjetivamente, porque essa resposta só ela poderia encontrar. Na verdade, a resposta não estava no outro, mas nela mesma. Contudo, ao menos naquele momento ela não estava sendo capaz de sair deste discurso, ficando presa ao registro do real do seu corpo. Do mesmo modo, aconteceu com Antônia: *“Dra, a médica disse que tudo isso que eu sinto pode ser emocional, inclusive que até mesmo minha doença pode ter relação com isso, minha mão dói tanto, mas tanto, que não consigo pegar um corpo pra beber água, lavar minha calcinha... daqui a pouco não vou mais poder fazer nada”*.

Antônia foi a uma psicóloga, a uma *“Dra. da cabeça”*, como ela mesmo se refere, a fim de encontrar a sua verdade no outro, em mim, que supostamente tudo sabe sobre o mal que lhe causa. *“Estou paralisada”*, ela dizia. E estava. Pode-se dizer que a paralisção ou o congelamento de sua cadeia de significantes fez com que Antônia paralisasse no real do seu corpo: teve uma paralisia facial. Contudo, apesar dessa paralisia ter cessado com um tempo, Antônia insistia em permanecer neste discurso, fiada no registro real do corpo, discurso este que só fez adiar a emergência de um sujeito, o qual, não cessava de não aparecer.

Sobre o registro real do corpo nos FPS, no **Seminário 2** Lacan (1954-55/1985) os refere pela primeira vez para afirmar que estes se encontram fora do registro simbólico. Suas primeiras teorizações giraram em torno de colocar o auto-erotismo como um aspecto essencial na eclosão de um adoecimento “psicossomático”, ele nos fala:

Trata-se de saber quais órgãos que entram em jogo na relação narcísica, imaginária, com o outro, onde o eu se forma, *bildet*. A estruturação imaginária do eu se efetua em torno da imagem especular do próprio corpo, da imagem do outro. Ora, a relação do olhar e do ser olhado envolve justamente o órgão, o olho, para chamá-lo pelo seu nome. Podem ocorrer aí coisa espantosas. Como abordá-las, quando reina a maior confusão em todos os temas da psicossomática? [...] O importante é que determinados órgãos estejam envolvidos na relação narcísica, visto que ela estrutura ao mesmo tempo a relação do eu ao outro e a constituição do mundo dos objetos. Por detrás do narcisismo, vocês têm o auto-erotismo, isto é, uma massa investida de libido no interior do organismo, do qual direi que as relações internas nos escapam tanto quanto a entropia (p. 125-126).

Aquilo que Freud nos colocou como uma fase antes do narcisismo, o auto-erotismo, impõe-se como um elemento fundamental para pensar o FPS. O auto-erotismo, definido por Freud (1915/2004) como um investimento de libido nos próprios órgãos, nas zonas erógenas, caracteriza um momento em que os objetos pulsionais parciais não integram uma unidade. Nesse contexto, o narcisismo viria justamente para integrar este corpo, ainda

fragmentado. Seria através do investimento materno que a criança receberia o “banho de linguagem” ou o “banho de significantes”, constituindo um Eu e um corpo como uma unidade, atravessada pela pulsão e não mais pelo instinto.

O conceito de “estádio do espelho” formulado por Lacan (1949/1998) trata justamente da importância do narcisismo para que o sujeito, até então, eminentemente organismo, se constitua como uma unidade. Afirma que a passagem por este estágio configura a constituição imaginária da criança, onde, a partir do instante em que se deixa capturar pelo olhar de seu primeiro grande Outro, ela deixa de ter um corpo puramente orgânico e fragmentado, para possuir um eu-corpo, investido pela perfeição narcísica. Porém, para que isso aconteça, faz-se necessário que a criança seja desejada e, ao menos por um momento de sua constituição, sinta-se objeto de desejo materno.

O curioso é que Elisa, ao narrar uma “*parte negra*” (sic) de sua história, deixa explícito a mágoa de não ter sido desejada por sua mãe biológica: “*Tudo bem que a minha avó me tirou dela por causa da forma irresponsável que ela me criava. Onde já se viu deixar um bebê sozinho numa casa, sabendo que eu podia cair da rede, comer cocô e tudo... Mas se ela me quisesse mesmo ela não deveria ter deixado a minha avó me tomar dela, não me criou porque não quis*”. O sentimento de não se sentir desejado estendeu-se também para sua família adotiva. Dizia às vezes não se sentir pertencente daquela família: “*se eu fosse embora acho que ninguém sentiria minha falta*”. Fato este que apontava para a própria distorção de sua imagem corporal, ela dizia: “*não me reconheço, não reconheço mais o meu corpo*”.

Esta fala, por conseguinte, denotava a falha na constituição do registro do imaginário. Em 1948, no escrito **A agressividade em psicanálise**, Lacan (1998) nos fala do estágio do espelho e de sua importância:

O que chamei de *estádio do espelho* tem o interesse de manifestar o dinamismo afetivo pelo qual o sujeito se identifica primordialmente com a *Gestalt* visual do próprio corpo: ela é, em relação à descoordenação ainda muito profunda de sua motricidade, uma unidade ideal, uma *imago* salutar; é valorizada por todo o desamparo original, ligado à discordância intra-orgânica e relacional do filhote do homem durante os primeiros seis meses de vida [...] É na capturação pela imago da forma humana [...] que domina, entre os seis meses e os dois anos e meio, toda a dialética do comportamento da criança na presença de seu semelhante (p. 115-116).

É por esta razão que o autor pontua no mesmo escrito que o FPS é um efeito da distorção da imagem corporal, enraizada no estágio do espelho. Corroborando com esta idéia, Teixeira (2009, p. 173) aponta: “Quando há FPS, supõe-se que não há olhar do Outro, encarnado na imago materna, que faz contorno da imagem com o olhar e a reenvia ao bebê”.

Dessa maneira, o FPS representa uma defesa precária à pulsão de morte. Ainda no que diz respeito a isso, no **Seminário 2** Lacan (1954-55/1985) remonta esta questão ao dizer que devido a precariedade no imaginário as lesões de órgão psicossomáticas estariam fixadas no nível do auto-erotismo, onde o corpo se deixar levar por isso que é da ordem da necessidade, do instinto e não do desejo:

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 do sobreveio mais freqüentemente, devido a impressão que nos dá a ordem de fenômenos que se trata os fenômenos psicossomáticos. E a sua distinção entre a neurose e o fenômeno psicossomático está justamente marcada por esta linha divisória constituída pelo narcisismo.

Ao apontar para os investimentos intra-orgânicos é impossível não nos remetermos ao que Freud (1915/2004) nos coloca como a capacidade erógena dos órgãos materiais. A pulsão, uma vez imanada do corpo orgânico, demandaria uma representação psíquica. Como isso não acontece, ocorre nos FPS um verdadeiro encontro entre o objeto e a fonte da pulsão: ambos coincidem. À medida que a excitação de fonte orgânica, endógena, demanda uma satisfação, tal excitação, ao não encontrar um objeto atravessado pelo simbólico, retorna a fonte e toma ela própria como objeto. Emerge aí o aparecimento de um objeto pulsional que não perpassa pela esfera narcísica, fantasmática e, portanto, sintomática. Dessa maneira podemos dizer, seguindo a linha lacaniana, que as psiconeuroses encontram-se no nível do narcisismo, enquanto as lesões de ordem psicossomática estariam no nível do auto-erotismo, de um corpo real, impossível de ser simbolizado.

Assoun (1997) também afirma que as lesões psicossomáticas se encontram no nível do auto-erotismo, podendo ser vistas como uma forma regressiva de transformação de uma realidade. Regressiva porque é um retorno a esse estágio de auto-erotismo. Ao mesmo tempo, é transformação da realidade, pois há um desvio do princípio da realidade e a volta do princípio do prazer. No momento em que ocorre esse desvio da realidade, ele ativa uma espécie de “paródia do prazer sexual”. Este auto-erotismo é posto em ação, permitindo ao “psicossomático” uma verdadeira passagem ao ato na ação erótica, na qual o corpo real é o teatro em que se desenrola esta ação: o corpo sofre de uma paixão que se põe em ato.

Já no **Seminário 3** Lacan (1955-56/1988) coloca o FPS no mesmo patamar das psicoses. Julgando a falha simbólica como determinante para o adoecimento somático, ele usa

o termo emprestado da lingüística, a *holófrase*<sup>15</sup> para falar da condensação do primeiro par de significantes (S1---S2) que, ao impedirem o deslizamento da cadeia, impedem também a afânise do sujeito e, conseqüentemente, seu possível aparecimento. Com a *holófrase*, acontece a suspensão da função significante enquanto tal (a de representar o sujeito), causando prejuízo ao registro simbólico. O prejuízo neste registro leva a impossibilidade de ler e saber o que está escrito no corpo. O corpo se deixa levar por algo da ordem do número, do símbolo, nos diz Lacan (1975) na **Conferência de Genebra sobre o Sintoma**, é uma cifra particular de gozo, impossível de ser lida.

Partindo da lógica lacaniana, Nasio (1993) assinala que as manifestações psicossomáticas são decorrentes de uma formação do *objeto a*, decorrentes de uma foraclusão parcial do significante Nome-do-Pai, estando no mesmo patamar das psicoses e das passagens ao ato. Jean Guir (1988) posiciona-se de modo semelhante ao afirmar que nos FPS a “metáfora paterna funciona em certos sítios do discurso e não em outros” (GUIR, 1988, p.48). Guir ressalta que acontece algo que faz com que não exista censura entre S1 e S2, emergindo daí um *objeto a*, objeto causa de desejo. Onde a metáfora não funciona, as afecções aparecem. Essa quebra na cadeia de significantes provoca uma descontinuidade no discurso, o que pode causar a morte do sujeito, diferentemente do sintoma neurótico que, segundo Lacan, permite o sujeito viver.

Contudo, cabe alertar que a foraclusão apontada por Nasio não pode ser confundida com a foraclusão da psicose, já que nesta o significante mestre, do Nome-do-Pai, está fora-cluído do inconsciente, sendo este o motivo pelo qual o sujeito não consegue metaforizar, simbolizar o seu desejo, precisando, para isso, de seu delírio. Nos FPS, no caso dos neuróticos, este significante não está fora-cluído. O que acontece é que, S1---S2, apesar de estarem inscritos no inconsciente, estão congelados, condensados, fazendo com que o registro simbólico seja incapaz de “psiquisizar” o afeto, transformando-o em sintoma neurótico (MORAIS; NICOLAU; PEREIRA; REI, 2008).

Ao fazer isso, o sujeito afetado por uma doença “psicossomática” busca um tipo gozo que chega a ser mortífero, associado a pulsão de pulsão de morte: o gozo do Outro. O gozo do Outro busca a morte, porque procura a eliminação total da tensão, objetivando uma satisfação pulsional plena, completa. Sabemos com Freud que enquanto o indivíduo estiver vivo ele nunca escapará da pulsão. Sobre a pulsão de morte, ele nos diz que esta é a base do princípio primeiro de funcionamento do aparelho psíquico, no sentido em que o sujeito

---

<sup>15</sup> Aponta um enunciado que condensa uma sentença carregada de um sentido ou uma intenção do emissor.



procura reduzir num nível menor possível a tensão do organismo. É a busca de satisfação que leva o organismo a retornar suas origens, ao estado de não vida. A pulsão de morte seria aquilo que está para além do princípio do prazer, ou seja, do gozo. É aquilo que, na tentativa de descarregar totalmente a tensão, acaba causando prejuízo e dor ao sujeito, uma vez que visa a descarga total de energia sexual, sem levar em conta a integridade do Eu e o princípio da realidade (MORAIS; NICOLAU; PEREIRA; REI, 2008).

Por isso, a pulsão de morte está diretamente atrelada à noção de gozo em Lacan. No Seminário sobre **A ética da psicanálise**, Lacan (1959-60/1997) desenvolve o conceito de gozo como a satisfação de uma pulsão que, através do elo de oposição entre prazer e repetição, necessita de uma barreira, a qual geralmente se dá pela dor. Paradoxalmente, do mesmo modo em que o gozo causa dor e sofrimento para a consciência, ele também causa satisfação ao inconsciente. No caso do sujeito acometido de uma lesão do tipo “psicossomática”, dizemos que este gozo não perpassa pelas leis da linguagem do inconsciente e, portanto, não é um gozo fálico, gozo norteado pelo simbólico. O sujeito com uma lesão “psicossomática”, ao invés de gozar pela via de um sintoma, através do gozo fálico, fica assujeitado ao gozo Outro, gozo do real do corpo, como nos coloca Teixeira (2009): “É a função fálica, cujo representante é o Nome-do-Pai, que faz um corte no gozo e permite a entrada no simbólico. Caso essa fixação não seja disparada, há uma fixação no estádio do espelho, cujos efeitos podem ser FPS, debilidade ou a psicose” (TEIXEIRA, 2009, p. 174).

Ao nos remetermos ao atendimento de Elisa e Antônia, é possível identificar a falha na função fálica ou como nos aponta Jean Guir (2003), a falha na função paterna: “Uma falha nessa função paterna institui o fenômeno psicossomático” (Guir (2003, p. 48). Considerando a história de ambas as pacientes, dizemos que se o desejo materno se operou de maneira falha, conseqüentemente, a metáfora paterna não irá operar totalmente, logo, algumas partes do corpo não serão bordejadas pelo significante. Assim, frente a uma demanda de simbolização de afeto, Elisa e Antônia efetuam uma resposta “a-simbólica, uma espécie de terceira cadeia constituída pela doença, a primeira sendo a cadeia biológica, a segunda sendo aquela, deficiente, da metáfora paterna” (MELERT, 2003, p. 24).

Podemos supor também que Antônia não tenha se sentido desejada o suficiente por sua mãe: *“Eu sempre cuidei da minha mãe, nunca deixei ela de lado, nem quando casei, mas ela nem reconhece. Quando eu casei ela vivia dizendo que eu tinha que ir embora pra casa, acho que nem fazia falta pra ela. O que eu fico mais assim é que nem doente ela se sensibiliza”*.

Portanto, na tentativa de conseguir esse amor e sentir-se capturada como objeto de desejo materno, Antônia coloca-se num trajeto que vai do Isso à morte, como nos fala Assoun (1997). Antônia coloca-se num estado quase de morte, “*sou uma viva-morta*”. Esse significante, que não cansava de se repetir, refletia um estado de letargia, ao qual acabava por caracterizá-la enquanto sujeito. De fato, ela estava morta enquanto sujeito, o qual, até o final do atendimento não viveu dentro dela. O autor ressalta ainda que no FPS a pulsão de morte reina de tal forma a ponto do orgânico “esmagar” o psíquico, fazendo com que ele aparentemente não existisse. Classifica ainda o FPS como se fosse um momento místico do corpo, no qual este se lança em direção à morte, sendo o próprio indivíduo o espectador de tudo isso: Antônia era espectadora de sua morte enquanto sujeito.

Já Elisa também buscava um lugar na família por meio de sua doença. “*Dá um desconto pra ela, ela é doente*”, dizia sua mãe. O significante doente tomou conta de sua vida de maneira que ser doente era o modo que ela poderia se encarnar como objeto de desejo do Outro. Assim, toma o corpo para encarnar no real um arremedo do simbólico que faltou em sua constituição. Essa costura simbólica que ela faz através do corpo a identifica na família, mas na “*parte suja dessa família*”, como ela própria ressalta. Ao falar por sua compulsão em comer, ela diz que “*só gosta do que não presta*”. O pai, apesar de ter sido militar, para ela, ele “*não se vestia conforme o figurino*”, pois saía com mulheres, e chegava em casa grande parte das vezes bêbedo: “*Quem é ele pra dizer que sou vagabunda?*” ela se perguntava. Dito isto, não seria a sua doença uma forma de identificação paterna e filiação simbólica?

Por outro lado, a tentativa de se filiar naquela família, estava levando Elisa ao encontro da pulsão de morte. No decorrer dos atendimentos, além das desordens físicas comuns em razão do LES, Elisa teve psoríase, dermatite e uma “*coceira nos olhos*” que a impedia de dormir e estudar. Quando fora atacada por esses episódios, ela disse: “*Ai, Dra. se for assim prefiro não viver mais, às vezes eu quero morrer*”.

A pulsão de morte, assim como o gozo do Outro, busca a intensificação máxima de tensão. Vale ressaltar que no caso do “psicossomático” este Outro, o “grande outro” não se trata do Outro enquanto um *lugar* onde se estrutura o sujeito, isto é, a cadeia de significantes. É o corpo real, auto-erótico que assume esse lugar, estando ele mesmo entregue e submisso a esse corpo. Logo, o corpo goza às custas do “psicossomático”, porque, neste momento, não há um sujeito, há um objeto gozante deste gozo do Outro, ao qual lesiona os órgãos e, aos poucos, reduz o indivíduo a uma matéria, a um pedaço de carne”, que nada pode

falar de si. É uma satisfação colocada em ato, não simbolizada, a qual mata o sujeito do desejo, podendo matar também o organismo.

Ao fugir da lei simbólica, o sujeito paga o preço com sua própria carne. Se não foi barrado pelo simbólico, é castrado no real do seu corpo. Esta castração, entretanto, é mais dura, pois se continuar a gozar do corpo, este gozo pode ser mortífero na medida em que destrói os órgãos e machuca a matéria. Este gozo, que chega a causar dor no sujeito, está associado à pulsão de morte. O sujeito é falado por este Gozo do Outro, sem impedimento, que está para além do princípio do prazer. E tudo isso porque sofrer do corpo torna-se mais vantajoso do que sofrer da alma.

O Gozo do Outro impõe ao um dever: o de gozar. Este corpo é complacente ao gozo, pois se coloca à disposição deste gozo mórbido, excessivo, tóxico, sobre o corpo ou órgão do corpo. A complacência somática fornece ao sujeito uma saída no corporal, já que não encontra outros meios de realizá-lo. A economia do gozo no corpo se dá pela escrita, por um nome próprio feito não pela metáfora paterna (Nome-do-pai), mas sim pelo gozo, verdadeiro Nome próprio.

É o que Lacan (1975) considerou um Nome próprio, “como um número”, uma vez que para ele o corpo do sujeito escreve alguma coisa da ordem do número, de um símbolo que não pode ser articulado a outros significantes, na medida em que não faz cadeia. O corpo do psicossomático seria como se fosse um hieróglifo egípcio. Assim como os hieróglifos, os FPS seriam inscrições que estão fora do deslizamento simbólico, como se fosse um enigma real inscrito no corpo do sujeito.

Conforme Becker (2003) o sujeito carrega em seu corpo o gozo do Outro que não cessa em gozar. Esse gozo desaba sobre o corpo do sujeito que se manifesta sem pedir permissão. Salienta que o Nome próprio é de propriedade do Outro, sendo que na afecção este Nome próprio é tido como coisa, que “patrocina” a doença. O gozo do Outro atingiu a Letra do Nome, tornando-se prejudicial. Como podemos observar na afirmação:

O órgão já não pertence mais ao sujeito, foi usurpado de si e infectado pelo Outro. O sujeito passa a funcionar como um pedaço do corpo do Outro, lugar que não pode penetrar com a sua letra, pois é um lugar irreal, onde não se escreverá jamais e aí permanece cristalizado numa representação mítica, própria do irrealizável (BECKER, 2003, p. 104).

Entretanto diante de todas essas considerações, cabe se perguntar: podemos falar de um *sujeito* “psicossomático”<sup>16</sup>?

#### 4.2.1 Podemos falar de um *sujeito* “psicossomático”?

Do ponto de vista psicanalítico, se analisarmos da maneira nua e crua, diremos que se o FPS não é um sintoma, então não podemos falar de um *sujeito* “psicossomático”. Porém, se partirmos do princípio de que os acontecimentos, independentes deles quais sejam, não acontecem isoladamente, não podemos descartar a hipótese da existência de um *sujeito* “psicossomático”. No **Seminário 11**, Lacan afirma:

É na medida em que uma necessidade venha estar interessada na função do desejo que a psicossomática pode ser outra coisa que não essa simples bravata que consiste em dizer que há um duplo psíquico para tudo que se passa no somático. Sabe-se disso há muito tempo. 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 da *afânise* do sujeito (LACAN, 1964/1998, p. 215).

O que nos diz Lacan é que mesmo a psicossomática não sendo um significante, isso não significa abolir a idéia de que um indivíduo afetado por uma lesão psicossomática não seja um *sujeito*. Podemos dizer que, momentaneamente, este indivíduo não quer se haver com esse *sujeito*, ou melhor, com o seu desejo inconsciente.

Assoun (1997) considera os FPS uma fuga do sujeito para a não enfrentar sua neurose. Ao afirmar que o FPS põe a neurose em suspensão, o autor nos coloca que o sujeito apesar de momentaneamente estar escondido atrás do real de sua doença, está lá esperando uma implicação subjetiva. No momento em que é acometido por uma afecção “psicossomática”, ele substitui sua neurose por um FPS, “fugindo” de sua constituição fantasmática, que está lá.

Pontua que a afecção somática surge como se fosse um “despertador”, um chamado para a cadeia de significantes que está parada, gelificada, carente de simbolização. Seria a chamada para a eclosão de um sintoma neurótico. Do mesmo modo que o delírio seria uma forma de reconstituição do Eu, as afecções somáticas também seriam uma forma de aviso dirigido ao sujeito, ao sinalizar (através da lesão) que este deve deixar a neurose entrar. É o verdadeiro encontro entre as pulsões

---

<sup>16</sup> As aspas entram neste contexto porque na verdade referimos aqui como “psicossomático” um indivíduo que é afetado por alguma lesão a qual não se encontram causas orgânicas justificáveis e não como uma estrutura psiconeurótica, como comumente falamos: “o obsessivo” ou “a histérica”.

de vida e de morte, pois enquanto a pulsão de morte lança o sujeito para a morte, destruindo os órgãos e causando prejuízo ao corpo; a pulsão de vida, através de uma castração pelo real, convida-o a voltar a sua condição: a condição de *sujeito do inconsciente*.

A idéia proposta por Assoun (1997) encontra suas bases no pensamento freudiano, que diz:

Minha opinião ainda é a mesma da primeira ocasião, há mais de quinze anos: a saber, que as duas ‘neuroses atuais’ – a neurastenia e a neurose de angústia (e talvez devêssemos considerar a hipocondria propriamente dita como uma terceira ‘neurose atual’) – fornecem às psiconeuroses a necessária ‘submissão’ somática; elas fornecem o material explicativo, que é então psiquicamente selecionado e recebe um ‘revestimento psíquico’, de maneira que, falando de modo geral, o núcleo do sintoma psiconeurótico – o grão de areia no centro de pérola – é formado de uma manifestação sexual somática (FREUD, 1912b/1996, p. 266).

Ao afirmar que as “neuroses atuais” fornecem a necessária submissão somática às psiconeuroses, Freud nos coloca que apesar da oposição entre elas, no sentido da historicidade ou não na gênese dos sintomas, elas também apresentam uma relação intrínseca, na medida em que o aparecimento de uma “neurose atual” pode surgir apenas com a finalidade de anteceder um sintoma psiconeurótico: “[...] o sintoma de uma neurose atual é freqüentemente o núcleo e o primeiro estágio de um sintoma psiconeurótico” (FREUD, 1917/1996, p. 391). Dessa maneira, os sinais físicos manifestados nas “neuroses atuais” podem ser considerados como se fossem o núcleo do sintoma neurótico: a angústia, ao não se ligar a um objeto na fantasia, é descarregada no real do corpo, sem simbolização, o quê, do mesmo modo, demanda uma representação.

Se acreditamos que a angústia é uma pré-condição ao sintoma, dizemos também que ela, ao ser colocada em sua forma mais bruta, auto-erótica e primitiva, pode, num determinado tempo, alcançar a esfera psíquica e produzir um sintoma e, portanto, um *sujeito*. Em decorrência disso, destaca-se o posicionamento de Rocha (2000, p. 57):

Como quer que seja, vale a pena lembrar que, para Freud não existem as ‘neuroses puras’, mas, sim as “neuroses mistas”. Assim sendo, é quase impossível conceber uma neurose atual que se esgote no presente sem ligação alguma com o passado e que seja puramente atual. Nem também se poderia pensar uma psiconeurose que não tivesse repercussão no aqui e agora do tempo presente.

Diante desse panorama, não podemos considerar que no indivíduo atingido por uma afecção “psicossomática” não haja um sujeito. O sujeito do inconsciente, uma vez constituído como tal, sempre estará presente, mesmo que, aparentemente ele esteja ausente, ou não apareça em meio a tantos sinais físicos que o tomam. Caso contrário, seria impossível alguém aceitar um paciente deste em análise. Afinal, foi acreditando na possibilidade desses indivíduos se encontrarem com o seu desejo e assumirem a sua neurose, (mesmo que inicialmente através de uma doença), é que surgiu essa dissertação. Se assim não fosse, tudo isso não faria sentido.

## 5 O FEMININO E SEUS EFEITOS EM ELISA E ANTÔNIA

---

*“[...] a mulher não é toda – o sexo da mulher  
não lhe diz nada, a não ser por intermédio do gozo do  
corpo”*

Lacan (1972-73/ 2008)

A concepção de feminino e masculino em psicanálise ultrapassa os limites tanto do biológico quanto das representações sociais que o acompanham. De acordo com Nicolau (1999/2000), a constatação de que a sociedade é formada por indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino, com suas respectivas diferenças, faz com que várias ciências se inclinem a pensar os fenômenos envolvendo a sexualidade baseados na pura distinção anatômica entre os sexos. Ao delimitar a forma como a psicanálise concebe a noção de masculino e feminino, ela afirma:

A psicanálise, entretanto, *mergulha* da superfície das diferenciações anatômicas Homem-Mulher para as “profundezas” das conseqüências psíquicas, ou seja, em psicanálise é melhor falarmos em Masculino-Feminino, cujas ressonâncias vão além de homem e mulher (fenômenos), mas são questões estritamente vinculadas à própria constituição do sujeito, fazendo referência a uma estrutura (p. 24).

Temos, então, que a sexualidade para a psicanálise, assim como o corpo, está para além de um determinismo biológico e social. Para Freud, ser homem ou mulher reflete, antes de tudo, uma *escolha* psíquica, a qual está diretamente relacionada com o modo como o sujeito vivencia sua fase pré-genital ou, melhor dizendo, a sexualidade de sua infância. No que se refere a isso, Soler (2005, p.

16-17), ao falar da “desnaturação” do sexo humano, ressalta: “Freud descobriu que, no inconsciente [...] a diferença anatômica é transformada em significativa e reduzida à problemática do ter fálico, enquanto as pulsões parciais em si ignoram a diferença sexual”. Ao afirmar isso, a autora nos conduz a um aspecto fundamental na constituição do sujeito: a bissexualidade infantil. As pulsões parciais presentes neste momento marcam a indiferença entre os sexos, onde ser homem ou mulher, menino ou menina, ainda não se traduz na problemática de ter ou não ter o pênis, mas sim de vivenciar as satisfações pulsionais de maneira prazerosa. Será justamente essa experiência sexual “perversa polimorfa” da criança (FREUD, 1905/1996) que possibilitará atingir não só a maturidade sexual como também a escolha de um modo específico de subjetivação.

A bissexualidade constitucional foi vista por Freud como uma maneira da criança, no caminho de sua escolha sexual, de experimentar ativa ou passivamente o prazer de suas zonas erógenas. Isso quer dizer que a menina, mesmo não possuindo um pênis, é capaz de tomar um lugar ativo ao usar seu clitóris para práticas masturbatórias. Da mesma forma, o menino também pode se colocar numa posição feminina ao receber uma boa dose de satisfação sexual através dos cuidados maternos. Freud (1925/1996), em **Algumas Conseqüências Psíquicas da distinção anatômica entre os sexos**, pontua como a relação à atividade/ passividade também está presente na constituição do menino:

O assunto fica ainda mais difícil de apreender pela circunstância complicante de que mesmo em meninos o complexo de Édipo possui uma orientação dupla, ativa e passiva, de acordo com sua constituição bissexual; o menino deseja tomar o lugar de sua *mãe* como objeto de amor de seu *pai* – fato que descrevemos como sendo a atitude feminina (FREUD, 1925/1996, p. 278-79).

Já na constituição da sexualidade feminina, ele nos fala: “[...] a sexualidade das jovens é de caráter inteiramente masculino” (FREUD, 1925/1996, p. 225). Pontua que para a menina alcançar sua feminilidade é necessário que a mesma abandone o clitóris como prática sexual, dando lugar a vagina, o que só pode acontecer a partir de uma repressão da sociedade: será ela a responsável pela passagem, na menina, de uma posição masculina para uma feminina (FREUD, 1905/1996).

Entretanto, apesar de ressaltar o caráter bissexual presente na constituição do sujeito, Freud (1923/1996) também nos diz que após a vivência do Édipo e da castração a criança estabelece uma estrutura psíquica dominante: a masculina ou a feminina. Afirma que a forma como a criança se confronta com a castração é que determina o curso do seu desenvolvimento subjetivo e, portanto,

sexual. Sobre a castração, em **A organização sexual infantil**, o mesmo autor nos diz que nesta o que entra em cena é a primazia do falo: meninos e meninas voltam suas atenções para um único órgão genital, o masculino. O pênis aparece nesta situação significando o falo, objeto de desejo tanto dos meninos quanto das meninas, pois ao indicar uma presença ou ausência, impõe a criança uma escolha; escolha esta que posteriormente implicará em sua própria posição subjetiva: ou a criança “escolhe” ocupar o lugar de faltosa, no caso de uma posição tipicamente feminina; ou “opta” por uma saída narcísica do Édipo, quando segue em direção a uma posição masculina.

Lacan (1958/1998), em **A significação do falo**, afirma que o falo enquanto significante tem uma função essencial na estruturação do sujeito, na medida em que sua presença, além de causar o desejo no menino e na menina, norteia a escolha psíquica de cada um deles, demarcando o lugar no sexo, onde ambos irão ocupar o campo do Outro, do inconsciente. É o falo, como significante do desejo e não da necessidade, o responsável pela “instalação, no sujeito, de uma posição inconsciente; sem a qual ele não poderia identificar-se com o tipo ideal de seu sexo” (LACAN, 1958/1998, p. 692). Assim, o falo é esclarecido por uma função: de demarcar para o sujeito qual o seu lugar no sexo, colocando-o diante de uma escolha, na qual, independente de qual seja, será marcada por uma falta.

No Seminário **mais, ainda**, Lacan (1972-72/2008) remete ao feminino, a partir da posição psíquica que o sujeito ocupa, podendo ser ela ocupada tanto por homens quanto por mulheres. Ele nos diz que o feminino nos leva ao indizível, ao impossível de ser representado, sendo um campo estranho e enigmático. Ele nos coloca que a condição não-toda castrada da mulher faz com que ela, ou o sujeito identificado com a posição feminina, aproxime-se com maior intensidade dos fenômenos da ordem do irrepresentável, do registro do real (ZALCBERG, 2007).

Os fenômenos psicossomáticos, na medida em que se desenrolam neste registro, nos convidam a pensar na possibilidade de que sujeitos identificados na posição feminina desenvolvam mais freqüentemente tais fenômenos. Desta forma, impõe-se discutir como o sujeito se torna mulher no psiquismo.

Para isso, faz-se necessário retomar o complexo de Édipo, onde Freud localiza o núcleo central de toda a neurose. Vejamos através deste complexo como a feminilidade, ou melhor, como o modo de subjetivação no feminino se constitui. Posteriormente, veremos os efeitos ocasionados pela posição feminina através dos fragmentos dos relatos de Elisa e Antônia.



## 5.1 A MULHER É DUPLAMENTE FALTOSA: O COMPLEXO DE ÉDIPO FEMININO

*“Não se pode compreender a mulher, a não ser considerando-se a fase de sua ligação pré-edípica com a mãe”.*

Freud (1931)

No decorrer de sua obra, Freud sempre nos apontou para a obscuridade que cerca a feminilidade, motivo pelo qual suas teorizações acerca do feminino o conduziram a certas modificações. Sua primeira teoria centrava-se na idéia de que o complexo de Édipo na menina se dava de modo paralelo ao do menino: na menina seu primeiro objeto de amor seria o pai, enquanto que no menino, a mãe. Em **A dissolução do Complexo de Édipo** (1924/1996), ele demarca pela primeira vez que a vivência do complexo de Édipo e castração acontece diferentemente no menino e na menina.

Mais adiante, em **Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos** (1925/1996, p. 313), Freud afirma que o complexo de Édipo na menina “tem uma longa pré-história e constitui em certos aspectos uma formação secundária”. Já nos meninos ele coloca que o complexo não é “simplesmente recalcado; é literalmente feito em pedaços pelo choque da castração ameaçada” (FREUD, 1925/1996, p. 319).

Em **Sexualidade feminina**, Freud (1931/1996), salienta claramente que o desenvolvimento psíquico e sexual na menina se dá através de um processo mais longo e complexo, diferente do menino:

Há muito tempo compreendemos que o desenvolvimento da sexualidade feminina é complicado pelo fato de a menina ter a tarefa de abandonar o que originalmente constitui sua principal zona genital – o clitóris – em favor de outra – vagina. Agora, no entanto, parece-nos que existe uma segunda alteração da mesma espécie, que não é menos característica e importante para o desenvolvimento da mulher: a troca de seu objeto original – a mãe – pelo pai (FREUD, 1931/1996, p. 233).

Ao afirmar isso, ele nos diz que a complexidade do desenvolvimento da subjetividade feminina está na dupla perda vivida pela menina em sua constituição: primeiramente a perda do clitóris e, posteriormente, da mãe como objeto de desejo. É justamente a falta desses dois objetos que instaura na menina, uma atitude, ou seja, uma posição psíquica predominantemente feminina diante da castração. Devido a isso, Freud (1925/1996) nos diz que o complexo de Édipo

acontece de modo diferente no menino e na menina. Adverte que nas meninas o complexo de Édipo se dá de modo secundário, como uma consequência do complexo de castração. Nos meninos, o complexo de castração encerraria o complexo de Édipo, como coloca: “[...] nos meninos, o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração” (FREUD, 1925/1996, p. 285). Nas meninas, ele se faz possível e só é introduzido através deste.

Isso quer dizer que no menino o Édipo é dissolvido a partir da constatação de que ele não pode SER o objeto de desejo da sua mãe. Com o aparecimento do pai, o menino se vê na condição de abandonar a mãe como objeto, para poder assegurar o pênis, representante do falo. O falo, como vimos, aparece como um elemento simbólico norteador: a partir de sua presença ou ausência, a criança, a fim de constituir-se como um sujeito do desejo, faz uma “escolha”, que pode ser narcísica (masculina), ou objetual (feminina). No caso do menino, ele faz uma escolha narcísica, pois se identifica com o pai, modelo de virilidade e masculinidade, para não perder o falo. Ao sentir a ameaça de perdê-lo, o menino dissolve o seu Édipo a partir do complexo de castração (“não quero ser castrado, posso abrir mão da minha mãe e me identificar com o meu pai, detentor do falo”).

Já a menina, para que consiga alcançar a feminilidade, identificando-se com a mãe, ela terá que percorrer um caminho indireto, que inclui o abandono da atividade masturbatória clitoriana, o afastamento de sua mãe e o olhar para o pai, e, finalmente, a identificação com ela. Ao contrário do menino, a menina só é capaz de alcançar “a normal situação edipiana positiva depois de ter superado um período anterior que é governado pelo complexo negativo” (FREUD, 1931/1996, p. 234). Mas o quê seria para Freud o complexo negativo?

O “complexo negativo” ou o “complexo de masculinidade” marca a fase na qual a menina experimenta o seu narcisismo fálico e, portanto, o caráter masculino de sua sexualidade. Este complexo representa uma fase de transição, onde a menina se utiliza do clitóris como objeto de obtenção de prazer. Assim, ao perceber que seu clitóris não é um atributo fálico, a menina vivencia a castração e, em seguida, o complexo de Édipo. Freud afirma que até esse momento, “a menina é um homenzinho” (FREUD, 1933 [1932]/1996 p. 118), na medida em que para ela o clitóris é um pênis que ainda não cresceu. Desse modo, até a menina perceber a ausência do pênis em si mesma, ela atua sexualmente como sendo um menino, usando o clitóris para práticas masturbatórias e assumindo um papel sexual masculino e ativo nesta fase. Nesse momento, o clitóris, ao ser atribuído como o equivalente do falo, desempenha um objeto fundamental na masturbação da menina sendo, em decorrência do clitóris, que tudo será fálico para ela, inclusive a mãe, que não possui o pênis, representante do falo.

Freud (1931/1996) afirma que o “complexo negativo” ao mesmo tempo em que se faz importante na constituição da menina, pode ser perigoso, na medida em que, se ela ficar fixada nele, acabará por assumir um modo dominante masculino de subjetivação. Porém, assinala que ultrapassar esse complexo torna-se uma tarefa difícil para a menina, pois requer assumir para ela mesma que o clitóris, até então considerado um atributo fálico, não o é. Por conseguinte, a mãe, objeto de desejo dessa menina, deixará de representar a figura do falo, uma vez que também foi castrada. Temos, então, que o “complexo negativo” marca o caráter sexual masculino na menina. Ao ser superado, a menina pode seguir rumo à sua feminilidade, rivalizando com a mãe e depois identificando-se com ela. Devido a isso, pontua com relação à vida sexual das mulheres: “sua vida sexual é regularmente dividida em duas fases, a primeira das quais possui um caráter masculino, ao passo que a segunda é especificamente feminina” (FREUD, 1931/1996, p. 236).

A destituição do caráter masculino na menina acontece a partir do complexo de castração, no qual ela confirma que nem ela e nem a sua mãe possuem o falo. Este fato, por sua vez, institui três linhas de desenvolvimento na menina. A primeira leva a repulsão geral à sexualidade. Neste caso, a menina, surpreendida pela comparação de seu sexo com o dos meninos, cresce insatisfeita com seu clitóris, abandona sua atividade fálica e, com ela, não só a sua sexualidade, mas também boa parte de sua masculinidade em outros campos. A segunda linha de desenvolvimento segue uma atitude desafiadora de “*auto-afirmatividade* à sua masculinidade ameaçada” (FREUD, 1931/1996, p. 238); ou seja, até uma idade tardia agarra-se na esperança de que um dia conseguirá o pênis em alguma situação. Este fato levará a menina a desenvolver a fantasia de ser um homem, a qual, futuramente poderá ser manifestada numa escolha homossexual:

Aqui, aquilo que foi chamado de complexo de masculinidade nas mulheres se ramifica. Pode colocar grandes dificuldades no caminho de seu desenvolvimento regular no sentido de sua feminilidade, se não puder ser superado suficientemente cedo. A esperança de algum dia obter um pênis, apesar de tudo, assim tornar-se semelhante a um homem, pode persistir até uma idade incrivelmente tardia e transformar-se em motivo para ações estranhas e doutra inexplicáveis. Assim, uma menina pode recusar o fato de ser castrada, enrijecer-se na convicção de que *realmente* possui um pênis e subseqüentemente ser compelida a comportar-se como se fosse um homem (FREUD, 1925/1996, p. 281-82).

Na terceira linha, a da feminilidade, a menina só alcança por meio da constatação de sua castração, condição esta que propiciará a experiência edipiana na menina. Nessa perspectiva, Freud salienta (1931/1996) que o complexo de Édipo representa o resultado final de um processo bastante

demorado, o qual inclui abandonar a mãe como objeto de desejo, e, com isso, a atividade clitoriana; algo que se impõe como uma tarefa muito penosa para a menina, na medida em que, para tornar-se mulher, ela precisa abrir mão de seu narcisismo, conscientizando-se que a mãe e o clitóris, até então vistos como um atributo fálico, não os são. Por este motivo é que na menina o complexo de Édipo nunca é de fato superado, mas sim ocasionado pela influência de castração.

Ao dizer isso, Freud (1925/1996) nos fala que a mulher, em sua constituição, aceita a castração, só que de “mal grado”. Esta questão nos aponta para o próprio modo de subjetivação do feminino, pois a menina, uma vez identificada com este lado (o da falta), sempre estará buscando uma forma de se sentir fálica, ou melhor, de ter esse falo, que um dia esperou conseguir através da mãe. Ele afirma que o complexo de castração na menina gera três sentimentos por ela vivenciados: o sentimento de inferioridade, o sentimento de ciúme e o afrouxamento de sua relação afetiva com a mãe. No que diz respeito ao sentimento de inferioridade, pontua:

Uma mulher, após ter sido ferida por seu narcisismo, desenvolve como cicatriz um sentimento de inferioridade. Quando ultrapassou sua primeira tentativa de explicar sua falta de pênis como uma punição pessoal para si mesma e compreendeu que esse caráter sexual é universal, ela começa a partilhar do desprezo sentido pelos homens por um sexo tão inferior em tão importante aspecto, e, pelo menos no sustentar dessa opinião, insiste em ser como homem (FREUD, 1925/1996, p. 232).

É esse o sentimento que, sentido ainda na fase do “complexo negativo”, prepara a menina para a castração. Nesta fase a menina é tomada por um sentimento de hostilidade para com a sua mãe, sentimento este que apenas dá seu prosseguimento no complexo de Édipo: “À luz do exame anterior, concluiremos que a atitude hostil para com a mãe não é consequência da rivalidade implícita no complexo de Édipo, mas se origina da fase precedente tendo sido simplesmente reforçada e explorada na situação edipiana” (FREUD 1931/1996, p. 239).

Ainda no que concerne ao complexo de inferioridade, Serge André (1998) nos aponta que este se instala no nível do narcisismo, dos apoios identificatórios, onde a inveja do pênis não deixa de ter seus efeitos. A menina começa a se questionar o porquê foi privada do pênis, partilhando então do desprezo que o homem sente frente ao sexo feminino. A hostilidade contra a mãe aparece na menina como uma revolta: a revolta de tê-la trazido ao mundo como mulher, sem o falo.

A segunda consequência do complexo de castração, o ciúme feminino, impõe-se também no nível do narcisismo, sob o aspecto da relação à imagem do outro. Remetendo-se ao texto **Uma**

**criança é espancada**, Freud traz à luz à fantasia de espancamento, na qual a menina, ao se identificar com o menino “espancado-acariado”, pode se vingar dele, da qual está enciumada. Isso porque na fantasia da menina sempre quem será espancado é o menino, detentor do pênis. Ora, se o menino, possuidor do falo, foi espancado e, ao mesmo tempo pôde ser amado, a menina, ao se identificar com ambas as situações, “conclui” que ela, mesmo despossuída do pênis, pode ser amada. Aqui, a criança espancada será identificada ao clitóris, assumindo este um valor de eleição amorosa. André (1998) ressalva que esta fantasia acaba encobrendo um desejo: “o de elevar o clitóris ao nível do pênis, ou seja, ao nível de signo que atrai o reconhecimento e amor do pai” (ANDRÉ, 1998, p. 177). Pontua que o ciúme tipicamente feminino provém de tal experiência:

Uma mulher tem ciúmes de outra assim como teria de um rapaz: ela tem ciúmes pelo fato da outra possuir, ou parecer possuir esse traço de eleição do amor que ela inveja. O que torna uma mulher ciumenta é menos que seu amante deseje outras mulheres além dela, do que ele pense, a respeito de outra mulher, que ela tem “um quê” que a torna irresistível. Esse “quê”, esse índice de um signo que captaria “magicamente”, o desejo do outro, as mulheres não cessam de rastreá-lo nas outras (ANDRÉ, 1998, p. 177).

Vemos que o sentimento de ciúme, vivido no complexo de castração, não deixa de ser uma maneira de denegá-la, pois no mesmo instante em que percebe sua castração, a menina, através desta fantasia, tenta reverter a sua situação, inclusive na idade adulta. Contudo, no caminho de seu desenvolvimento ela não tem outra saída, a não ser aceitar que é castrada. Ao aceitar essa condição, ela passa pela terceira consequência da castração: o afrouxamento de sua relação com a mãe. O afrouxamento dessa relação ocasiona não apenas a troca de objeto (a mãe pelo pai), mas também sentimento de ódio e decepção diante da mãe, faltosa como ela.

A mãe, então, passa a ser considerada pela a menina como a grande culpada de sua castração, já que a trouxe ao mundo sem o representante fálico. Isto faz com que a menina vá em busca do falo em alguém que supostamente o possua, o pai. Fazendo isso, renunciando a sua atividade masturbatória clitoriana e à mãe como objeto, a menina ultrapassa o seu “complexo negativo”, renunciando também uma certa cota de atividade, isto é, de masculinidade:

Paralelamente ao abandono da masturbação clitoriana, renuncia-se uma determinada soma de atividade. Predomina, agora, a passividade, e o voltar-se da menina para seu pai realiza-se com o auxílio de impulsos sexuais passivos [...] O

desejo que leva a menina a voltar-se para o pai é, sem dúvida, originalmente o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou e que agora espera obter do pai. No entanto, a situação feminina só se estabelece se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê, isto é, se um bebê assume o lugar do pênis, consoante a uma primitiva equivalência simbólica [...] Com muita frequência, com seu quadro combinado de “ter um bebê de seu pai”, a ênfase é colocada no bebê e o pai fica em segundo plano. Assim o antigo desejo masculino de posse de um pênis ainda está ligeiramente visível na feminilidade alcançada desse modo. Talvez devêssemos identificar esse desejo do pênis como sendo, *par excellence*, um desejo feminino (FREUD, 1933 [1932]/1996, p. 128).

Isso quer dizer que a menina, ao se dar conta de que é castrada, não tenha outra saída a não ser conseguir esse falo através do pai. Nesse sentido, a libido da menina se desloca para outro objeto. Agora a menina deseja ter um filho de seu pai e, com esse fim, toma-o como objeto de amor e a mãe como sua rival: “A menina se tornou uma ‘pequena mulher’ e agora quer tomar o lugar da sua mãe para conseguir o falo” (FREUD 1925/1996, p. 284).

Observa-se que o desejo de conseguir o atributo fálico por via do pai, inaugura o momento no qual a menina tomará a mãe, tida antes como objeto de amor, como objeto de hostilidade, rivalizando com ela as atenções dele; o que não tem resultado. Isso faz com que o Édipo da menina se dissolva, identificando-se pela via da falta: com sua mãe, modelo de mulher e feminilidade. Portanto, só através da mãe que a menina poderá adquirir o falo: ter, na sua fantasia, um bebê de seu pai.

Foi em razão disso que Freud (1932 [1933]/1996) veio a afirmar que a mãe, além de apresentar a dupla falta à filha, instaura na menina um duplo estatuto frente a ela: coloca-se, concomitantemente, como objeto de amor e de ódio. Ao se deparar com a falta, mesmo a menina “sabendo” as condições pelas quais poderá se tornar mulher, (identificar-se com a sua mãe), ela reluta em aceitar as duas trocas de objeto (o clitóris pela vagina e a mãe pelo pai): tudo porque lidar com a falta na mãe é lidar com a sua própria falta. No tocante a essa troca de objeto, André (1998) nos fala:

Ora, essa transformação nada tem de um processo “natural”: não existe nenhuma atração automática pelo sexo oposto que possa guiar a menina em direção ao amor de seu pai. Não é – como nos animais – instinto que comanda o destino sexuado, mas antes um artifício, um mecanismo psíquico inconsciente, em suma, um fato de cultura, mas que da natureza [...] o que empurra a menina para o pai não é a atração pelo homem, mas o ódio pela mãe (ANDRÉ, 1998, p. 192).

Vemos que o ódio pela mãe empurra a menina para o pai e institui o momento pelo qual ela entra no complexo de Édipo. Isto quer dizer que sua entrada no Édipo propriamente dito se dá através da metáfora paterna: “o pai substitui a mãe e, em consequência, o desejo de ter um filho vem tomar o lugar do desejo do pênis” (ANDRÉ, 1998, p. 178).

Porém, essa resolução não resolve para Freud a problemática feminina, pois ela de fato não aceita completamente estas transformações. A mãe, para a menina, continua sendo uma figura forte em seu psiquismo, mesmo que através do pai. Em decorrência disso, André (1998) se pergunta se o que acontece é realmente no nível da metáfora ou da metonímia, na medida em que mesmo desejando ter um filho do pai, a menina não renuncia absolutamente o pênis, apenas o desloca para outros objetos. Se isso acontece, poderíamos dizer que na verdade a menina sempre buscará conseguir o falo de alguma maneira, ocorrência esta que reflete na sua relação pré-edipiana com a mãe. A menina, embora se constitua como um sujeito barrado e desejante, ela, ao mesmo tempo, não se conforma com sua castração; pois como pode a sua mãe, antes tida como tão fálica e poderosa, não ter o falo?

O mesmo autor nos coloca que poderia existir na menina uma certa persistência de uma relação ao seu Outro primordial de tal modo que a metáfora paterna nela acaba não operando totalmente. A ausência de um significante que represente a mulher no sexo faz com que esta seja não toda castrada. Em consonância, Zalcberg (2008, p. 33) afirma:

Não ter um significante para representar o seu sexo, como o homem encontra no significante falo, deixa um lado da mulher sem cobertura simbólica, porque isso é o que o falo quer dizer: um processo de simbolização. Lacan deixou bem claro: não é porque a mulher não fica totalmente coberta pelo manto simbólico que ela fica totalmente fora dele; ela fica dentro e fora do registro simbólico. Além da divisão que a marca, como todo ser falante [...] a mulher apresenta essa outra divisão, específica a ela: em parte é marcada pela castração, em parte não. Dito de outra forma, a mulher divide-se entre uma parte em que é atingível pelas palavras e uma parte que não é; ela está mais além destas. Há algo nela que definitivamente não entra no discurso.

E o que não entra no discurso, de fato, é aquilo que não pode ser simbolizado, representado no inconsciente. É aquilo que não pode ser um significante, pois que não pode nem se articular a outros significantes e, muito menos, produzirem efeitos de significação.

No *Seminário 3*, Lacan (1955-56/1988, p. 57) ao afirmar “o que foi rejeitado no simbólico, reaparece no real”, leva-nos a crer que nem tudo pode ser simbolizado e que, no caso da mulher, essa tese se justifica ainda mais quando consideramos que há nela uma espaço *a mais* de ausência do simbólico. Isso, sem dúvida, deixa a mulher mais vulnerável a “recorrer” a fenômenos do registro do real para sua satisfação. Vale ressaltar que isso “não se trata, é claro, de sustentar que as meninas não sejam sujeitas à metáfora paterna – que equivaleria dizer que as mulheres são psicóticas. Mesmo assim alguma coisa dessa ordem se produz” (ANDRÉ, 1998, p. 181). Significa apenas dizer que a lei paterna não é capaz de se sustentar na menina plenamente como metáfora: “a filha é *não toda* assujeitada a essa função” (p. 181), pois a dupla falta na mãe vista pela filha revela, por um lado, a ausência de um significante da identidade feminina e, por outro, a falta do falo.

Lacan (1972-73/ 2008), ao fazer uma releitura do complexo de Édipo da menina, dirá que a passagem por esta fase deixará nela um *resto a mais* de real (disso que não pode ser representado) do que no menino. Este resto, apontado anteriormente, refere-se ao *objeto a*, o qual, extraído na operação de castração, torna-se impossível de ser transportado a ordem simbólica. Se a presença do falo aparece para nortear o desejo do sujeito, fazendo ele aparecer no registro simbólico, veremos que no homem, por ele poder ser materializado, torna-se mais acessível à representação. Na mulher, a ausência real desse atributo fálico, ocasiona uma descoberta simbólica somente de um lado desse registro.

Sendo a metáfora paterna insuficiente no sujeito identificado na posição feminina, diremos que este está mais próximo aos fenômenos advindos do registro real do que o homem, estando ela, em parte, fora-da-lei. Portanto, ao não aceitar a castração por completo, em razão da ausência de um significante fálico, “o destino da menina aparece, assim, como o de uma metáfora impossível ou de uma luta permanente para se elevar do registro da metonímia para o da metáfora” (ANDRÉ, 1998, p. 187). Será justamente em virtude da dificuldade de metaforizar o seu lugar no sexo, é que a mulher conservará este gozo *a mais*, absoluto, místico, especificamente feminino, diferente do gozo fálico, que está inscrito no registro simbólico.

Recorrendo a Lacan (1960a/1998), diremos que na mulher, na parte que nela operou a castração, reconhece-se um desejo masculino, de ter um falo. Ao encarnar o falo para o homem, ela ativamente busca este atributo, pois o fato da mulher não ter o falo, é que ela procura se tornar um, transformando-se em aquilo que ela não tem. Isso quer dizer que o não ter o falo conduz a mulher a ser um próprio objeto fálico, causando desejo ao ser parceiro. Esta posição, ativa, tipicamente histórica e masculina, reflete um sintoma norteadado pelo gozo fálico, o qual, por sua vez, não se refere ao campo do feminino, na medida em que este está relacionado com o “continente negro”, com o



enigma, com o impossível de dizer, questionado por Freud (1933 [1932]/1996, p. 54) a partir da assertiva: “o que quer uma mulher?”.

Assim, ao ser castrada, a menina identificada com a mãe, estrutura-se na ordem simbólica, entretanto, não totalmente. Desta forma, Lacan (1972-73/2008) diz “que tudo que gira ao redor do gozo fálico, é precisamente o de que dá testemunho a experiência analítica, e testemunho de que a mulher se define por uma posição que aponte com o não-todo no que se refere ao gozo fálico”. Logo, quando falarmos em feminino, falaremos dessa parte que não foi inscrita na ordem simbólica e, portanto, não se manifestará pela via do gozo do sintoma, o gozo fálico, mas sim por meio de um gozo Outro, místico, especificamente feminino.

Ora, se a metáfora incide entre os significantes articulados metonimicamente (LACAN, 1957/1998) e, na mulher, não há um representante fálico que venha intermediar esses significantes, há de se considerar que os processos metafóricos na mulher ocorrem com maior dificuldade.

Nesse sentido, Freud nos diz que o modo de subjetivação do feminino nos leva para um impossível de satisfazer que é estrutural na constituição da mulher. O que a menina se queixa na vida adulta, ou seja, a sua insatisfação, reflete esse impossível, esse real, que de tão familiar, além de causar nela uma sensação de estranhamento, pode incidir no real de seu corpo. Veremos, então, os efeitos de tal constituição em Elisa e Antônia.

## 5.2 O GOZO A MAIS: UM GOZO ESPECIFICAMENTE FEMININO

*“Em sua condição especificamente feminina, a mulher não é sujeito na medida em que uma parte dela não é representada por um significante. Nessa vertente de sua existência, ela se “ausenta” e, segundo Lacan, move-se precisamente entre “ausência e pura sensibilidade”, lugar onde o homem a procura incansavelmente; em vão”.*

Zalberg (2003).

Vimos, estudando a falha epistemo-somática, que esta acontece através de uma falha no saber na própria cadeia de significantes, a qual se encontra parada, gelificada. Este fator faz com que o sujeito do desejo, ao menos em alguns sítios da rede de significantes, não apareça. No caso das mulheres, vimos o motivo pela qual esta pode se encontrar mais próxima desses fenômenos: a sua condição não toda castrada. Tal condição possibilita que a mulher, uma vez não tendo subsídios

psíquicos suficientes, recorra não ao sintoma neurótico (regulado pelo gozo fálico) para sua satisfação, mas sim a um modo de satisfação próprio dos FPS. Isso acontece em detrimento da produção de *gozo a mais*, que ficou descoberto pelo simbólico (REI, NICOLAU, MORAIS, PEREIRA, 2008). Nessa perspectiva, onde não há simbólico, resta a mulher ficar, como nos diz Zalcberg, na “pura sensibilidade” dos órgãos do seu corpo.

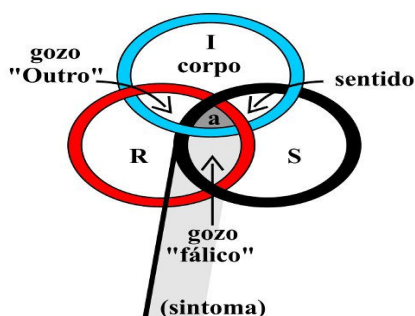
Ao tratar do gozo, Lacan (1959-60/1997) afirma que não pode haver gozo sem o corpo. A mulher, ao se entregar à “pura sensibilidade” do seu corpo, está também se entregando a um tipo específico de gozo. Sobre o corpo, já foi mencionado que ele, no momento em que assume um papel sexual através das zonas erógenas, vai, aos poucos, sendo revestido de significantes: à medida que o sujeito vai sendo castrado em suas atividades prazerosas, ele, ao abrir mão delas, acende à linguagem e constitui-se como um sujeito do desejo. Só que a cada castração sofrida no alcance de seu prazer vai-se construindo um resto. Este resto, constituído no momento da extração de cada satisfação gozoza, representa algo de real, de orgânico que o sujeito, para ser como tal, foi obrigado a perder.

Por sua vez, este resto de real perdido, o *objeto a*, será aquilo que o sujeito, por mais que não consiga representar e simbolizar, não cessa de não se inscrever, como nos diz Lacan (1964/1998). Devido a isso, não há como falar de *objeto a* propriamente dito, mas sim de seus protótipos, como o seio, as fezes, a voz e olhar. Cada protótipo desse, idealizado em cada fase de desenvolvimento sexual, uma vez perdidos, não podem ter substitutos ou compensações. Segundo Zalcberg (2003), o fato de terem como denominador comum o “nada” é o que os torna objetos causadores de desejo: não se pode ter uma idéia do que o *objeto (a)* seja, diz Lacan; ele não tem alteridade” (ZALCBERG, 2003, p. 120). Ainda sobre o *objeto a*, Lacan afirma que esta noção está presente desde Freud:

Esta teoria está presente em Freud. Ele nos diz em algum lugar que o modelo ideal que poderia ser dado ao auto-erotismo é o de uma só boca que beijaria a si mesma. Metáfora luminosa [...] e que só exige ser completada por uma questão. Será que, na pulsão, essa boca não é o que se poderia chamar de boca flechada? [...] Em todo caso o que força distinguir essa satisfação do puro e simples auto-erotismo da zona erógena, é esse objeto que confundimos muito freqüentemente com aquilo sobre o quê essa função se refecha – esse objeto, que de fato é apenas a presença de um cavo, de um vazio [...] nos diz Freud, não importa que objeto, e cuja instância só conhecemos na forma de objeto perdido, *a* minúsculo (LACAN 1964/1998 p. 172).

Nessa perspectiva, a formação do *objeto a* só será possível a partir do momento em que o sujeito é castrado em seu gozo ou, em outras palavras, em sua satisfação. A privação da satisfação de um gozo pleno e mítico<sup>17</sup> institui o sujeito desejante, através do falo, significante da falta. Esta falta deixa como rastro o *objeto a*, motor do circuito pulsional e causador de desejo. Nesse sentido, é a extração de gozo que ocasiona o enodamento borromeano e também as seguintes modalidades de gozo: o gozo fálico ou sexual, o gozo “Outro” e o gozo do sentido<sup>18</sup>.

“Nó borromeu” da neurose:



Observa-se que o *objeto a*, ao ser constituído, faz um nó entre os registros real, simbólico e imaginário. O sujeito, ao passar pelas operações de alienação e separação, passa a ser estruturado a partir da cadeia de significantes, norteadada pelo falo. Será o falo que, como metáfora de lei, barrará o gozo do Ser ou o Gozo “Outro”, sinalizando a impossibilidade de se atingir um gozo absoluto, total. É a operação de barracão a responsável por colocar o sujeito no campo do Outro (inconsciente), estruturado como linguagem. Sem ela, a criança em sua constituição ficaria totalmente entregue ao seu primeiro Outro, o corpo (através da mãe).

A partir da ilustração do nó borromeano, nó da neurose, é possível visualizar que o gozo fálico, localizado entre o real e o simbólico, é o gozo do sintoma, via pela qual podemos localizar o sujeito do desejo. Lacan (1958/1998), ao tocar na função do falo nos diz que ele, ao causar uma divisão no sujeito, faz com que ele se localize no Outro:

<sup>17</sup> A partir da dialética do ser e do ter (complexo de Édipo).

<sup>18</sup> Aparece no entrelaçamento entre imaginário e simbólico. Valas (2001) exemplifica este gozo como aquele experimentado pelo sujeito quando este compreende a significação de um texto.

Que o falo seja um significante impõe que seja no lugar do Outro que o sujeito tem acesso a ele. Mas como esse significante só se encontra aí velado e como razão do desejo do Outro é esse o desejo do Outro como tal que se impõe ao sujeito reconhecer, isto é, o outro enquanto ele mesmo é um sujeito dividido pela *Spaltung* significante (LACAN (1958/ 1998, p. 700).

Isso quer dizer que sem a existência do falo não há como existir um sujeito no sentido lacaniano do termo, pois é ele quem dá um ponto de basta no gozo *primevo*, instituindo uma lei. No Seminário sobre **A ética da psicanálise**, Lacan (1959-60/1997) pontua que o gozo fálico ou sexual reflete o próprio sentido de gozo que nos fala o Direito: gozar de algo até não poder mais. E é esse não poder mais que a lei, através do gozo fálico, vem limitar. Ele dá um limite porque depende do significante fálico, o qual por dividir o sujeito, sinaliza que este não é pleno; na medida em que se assim fosse, não estaríamos mais falando do gozo fálico, mas sim do gozo do Ser:

O gozo fálico, como gozo do Um, é gozo localizado, limitado e fora do corpo. É um gozo em sintonia com o significante, como ele descontínuo e fragmentado, que se presta, portanto, ao mais e ao menos, e que por isso é parceiro do sujeito como tal. É aquele que a castração deixa ao ser faltante. É correlato, portanto, da falta-a-gozar, e funda o imperativo do gozo do supereu do qual se alimenta a culpa (SOLER, 2005, p. 36).

Vemos, portanto, que o gozo fálico, ao mesmo tempo em que permite um gozo, permite um gozo limitado, porque não se pode gozar de tudo. Assim, o fato desse gozo se articular no campo da cadeia de significantes, impõe ao sujeito uma barracão, impedindo sua morte e estando fora-do-corpo. Em **Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano**, Lacan nos fala: “a castração significa que o gozo seja recusado, para que possa ser atingido na escala invertida na lei do desejo” (LACAN, 1960b/1998, p. 841). Ao renunciar a experiência de um gozo pleno na relação pré-edípica com a mãe, deixando o pai entrar, a criança passa pela castração, submete-se a condição de faltosa e institui-se como um sujeito dividido.

Já o gozo “Outro”, localizado entre os registros real e imaginário, não é alcançado pelo simbólico, fato este que concederá seu caráter indizível, irrepresentável no âmbito das palavras. No Seminário **20 mais, ainda**, Lacan (1972-72/1981), dá mais um passo na teorização acerca do gozo. Ao questionar acerca do gozo feminino, ele dirá que o gozo “Outro” ou do Ser só poderá ser produzido a partir a interdição do gozo fálico, estando mais além deste. Dito isto, se é o falo quem norteia a

escolha subjetiva e sexual do sujeito, promovendo um corte, ele também deixa uma parte de gozo fora do simbólico, fora-da-lei, a qual mesmo não podendo ser simbolizada ao nível da linguagem, insiste em se manifestar de outras formas. Sobre a relação entre os gozos, André (1998, p. 218) afirma:

O gozo do ser, do Outro como tal, não será finalmente, produzido como seu mais além pelo gozo sexual, quer dizer pela função fálica? O inter-dito do gozo não consistirá mais na exclusão de um gozo primário, na evocação entre -os ditos, da esperança de um Outro gozo, mais completo, mais corporal – um Outro gozo que seria essencialmente atribuído às mulheres?

De certo, o fato da lei fálica não incidir completamente pelo lado feminino, fará com que a mulher, pelo lado da falta de um significante materializado (o pênis), procure ter o falo a partir do real de seu corpo, na esperança de um dia consegui-lo. Em nosso contexto, o da falha epistemossomática, o corpo, mediante a este gozo, pode ser a via pela qual a mulher pode buscar a satisfação, mediante uma parte do corpo não barrada pelo significante, como pontua Lacan com relação a mulher: “por ser não toda, ela tem, em relação ao que designa de gozo a função fálica, um gozo suplementar” (LACAN, 1972-73/2008, p. 79).

Elisa e Antônia, embora tenham sido castradas em sua constituição, ao menos no momento em que as recebi para atendimento psicológico, estavam fixadas no gozo especificamente feminino, impossível de ser transportado ao campo da linguagem do inconsciente. Diz Elisa: *“Dra, eu não sei explicar o que eu sinto, eu só sinto e vejo meu corpo se modificar, não tenho controle sobre essa doença e isso me faz pensar que às vezes não tenho controle de mim mesma. Quando eu como sem parar, sem saber porque eu me pergunto: o que está acontecendo comigo?, mas não consigo parar. Quando fico ansiosa então, não durmo de noite, mas não sei porque. Às vezes as minhas mãos começam a suar do nada, fico sem saber o que fazer, me dá um medo, e se me der uma coisa?”*.

Realmente, Elisa não tinha como controlar e nem simbolizar esse afeto estranhamente desconhecido *“que brotava”* (sic) dentro dela. Deixava-se então levar por este gozo “Outro” manifestado em seu próprio corpo. Esse resto de real, que não cessava de não se inscrever no corpo de Elisa, suscitou-me o seguinte questionamento: estaria ela utilizando do real de seu corpo na tentativa de se sentir amada a qualquer custo? Pude perceber que sua doença e todas as sensações pelas quais Elisa era tomada, de alguma forma, fazia com que se sentisse amada e reconhecida por aquela família, a qual não se sentia pertencente. *“Quando tenho alguma crise, fico até com pena da*

*mamãe, ela fica o dia inteiro comigo, dorme no meu quarto, a minha irmã fica até com ciúme você acredita? Onde já se viu isso?"*

Quando se perguntava e dizia: *"O que está acontecendo com meu corpo? Eu não me reconheço!"* Elisa esperava de mim uma resposta e ao mesmo tempo não se implicava como sujeito. Desejava que eu desse a ela essa resposta. Ao se fazer reconhecer pela via da doença, é possível nos reportarmos a própria questão referente à sexualidade feminina. Na verdade, Elisa não se reconhecia nem como mulher, nem como objeto de desejo do Outro.

No caminho de sua constituição, além de guardar em sua história uma *"parte negra"* (sic), de não ter sido desejada por sua mãe biológica, vivendo na pele a sensação de abandono, restou a ela identificar-se com sua mãe adotiva, uma mulher *"muito boa, mas submissa: "Não sei como a mamãe ainda consegue morar no mesmo teto que o papai, ele fica com outras mulheres e ela sabe disso, fico até com pena dela porque sei que ela enfrenta uma barra. Às vezes eu penso que ela só está agüentando isso por causa da minha doença, de mim. Tem horas que eu me sinto um lixo, igual a minha mãe"*. E de fato ela se sentiu um lixo, pois comia tudo que não prestava: *"Só gosto do que não presta"*.

A modalidade de gozo que se manifestou em Elisa denota esse gozo a mais, adicional, que vem suplementar e não complementar um modo específico de satisfação. *"O não ter limites"* como nos coloca a paciente, mostra-nos a voracidade com a qual este gozo se apresenta: vai em direção a morte, pois, uma vez que se situa para além do falo, não encontra barreiras para a plenitude ou o êxtase pulsional. Este fato faz com que Elisa ficasse impossibilitada de dizer algo sobre este gozo: ela apenas o experimentava no próprio corpo. No que se refere ao gozo feminino, Soler (2005) nos diz que ele, uma vez não caindo sob a barra do significante, faz com que a mulher nada saiba do falo, é um gozo *"foracluso do simbólico, fora do inconsciente"* (SOLER, 2005, p. 37).

Antônia, a *"viva-morta"*, como ela mesma se intitulava, estava viva organicamente e morta como sujeito. A cadeia de significantes estava paralisada, e diante da possibilidade de fazer deslocar esta cadeia, faltava às sessões devido a alguma desordem orgânica: as dores nas articulações *"a paralisavam"*. Tais alterações orgânicas, por sua vez, impediam-na de se fazer aparecer como sujeito do inconsciente, deixando a emergência do gozo do sintoma em suspenso, como nos aponta Blancard (2003, p. 35):

Considerando-se que o sujeito, em sua relação com uma lei reguladora, está suspenso na função do pai, os equívocos da metáfora paterna deixarão vago esse

lugar de gozo do sintoma. Ali onde fracassa a metáfora, isto é, ali onde um pai fracassa na transmissão fálica, aparece um buraco no Outro, o real. E o sujeito, para gerir esse gozo que não se tornou fálico, procura um artifício que lhe permita dizer não.

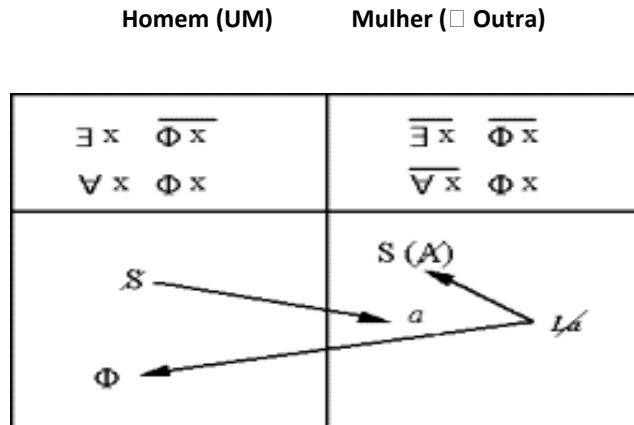
E no caso de Antônia o artifício estava no corpo ou, mais especificamente, nas articulações que a paralisavam. Dessa forma, como nos coloca Miller (2003, p. 94-95): “Somos pois conduzidos – e isso não se encontra em Lacan em nenhum outro lugar – a reconhecer ao corpo uma espécie de independência na matéria”. Como autor, reconhecemos que o corpo, auto-erótico e gozoso, tanto de Antônia quanto de Elisa transcendeu a matéria, na medida em que foi capaz produzir efeitos orgânicos até então inexplicáveis pelo saber médico.

Sendo assim, no momento em que o FPS se articula com a falta de relação com a função fálica, consideramos que no campo do feminino, devido à presença do gozo *a mais*, os sujeitos identificados com a falta se aproximam das manifestações oriundas do real. Em decorrência da castração sofrida no desenvolvimento de sua subjetividade feminina, a mulher conserva esse gozo *a mais*. Conforme Zalcberg (2003) a concepção do gozo *a mais* no feminino implica, paradoxalmente, “a perda e um a menos” (ZALCBERG, 2003, p. 121); a menos na simbolização e na possibilidade do sujeito acender aos significantes. Em virtude disso é que este gozo *a mais* pode também ser chamado de *mais-de-gozar*. A autora coloca que o referido termo foi proposto por Lacan para designar uma homologia à teoria de mais-valia de Karl Marx, “função estrutural à qual se reduziria geralmente o gozo” (ZALCBERG (2003, p. 126), como coloca:

A mais-valia fornece o modelo de um objeto do qual ninguém pode gozar realmente, embora toda a produção capitalista pareça organizada visando este objetivo. O capitalista deve renunciar ao gozo do valor de mais-valia assim como diz Lacan o sujeito deve renunciar o seu gozo. Pode-se, portanto, traçar um paralelo entre o discurso do capitalista e o do sujeito que tenta elidir a castração. Não que haja castração, mas ela está escondida.

No caso da mulher, o objeto pelo qual ela nunca pôde gozar foi o pênis. Ao ser privada deste, é como se tomasse por direito um gozo *a mais*, em razão de um gozo *a menos* de sua castração. Seguindo esse pensamento, podemos agora retomar ao Seminário **mais, ainda**, onde Lacan, a fim de situar a sexualidade feminina, delimita a diferença entre a posição masculina e a feminina a partir da “fórmula quântica de sexuação”:

### Fórmula Quântica da Sexuação



Do lado do homem, inscreve-se a posição masculina na sexualidade, onde o significante principal é o significante UM. Do lado da mulher, inscreve-se a posição feminina, onde o significante principal é o Outro barrado (□). Em cada uma das colunas, inscreve-se a função  $\Phi x$ , função única, a qual significa: aquilo que tem haver com a sexualidade provém da função do falo ( $\Phi$ ), norteador da escolha sexual.

As duas fórmulas representam os diversos modos de inserção na Lei, a qual comportam dois sinais, dois tipos de “quantificadores”:  $\exists x$  e  $\overline{\exists x}$  que se lêem, respectivamente: “existe um” e “não existe um”; e os quantificadores  $\forall x$  e  $\overline{\forall x}$  os quais significam “para todo  $x$ ” e “para não todo  $x$ ”. O pequeno  $x$  representa o sujeito.

Do lado masculino, na parte superior ( $\exists x \cdot \overline{\Phi x}$ ), têm-se que existe um sujeito para quem a função fálica não funciona; ou seja, há um homem que se inscreve contra a castração. Na parte inferior ( $\forall x \cdot \Phi x$ ), significa que para todo sujeito, é verdadeiro que a função fálica funcione: todo homem está submetido à castração. Lacan (1972-73/2008) chama atenção nos dizendo que a aparente contradição presente nas fórmulas superior e inferior advém da relação entre a regra e a exceção. Ao propor que existe um homem que se inscreve contra a castração, ele aponta, a partir de *Totem e Tabu*, o pai da horda primitiva, o qual precisou existir e morrer para que, por meio da lei instituída pelo pai morto, todos ficassem submetidos a ela. Portanto, através de um não castrado, ou seja, da exceção, estabeleceu-se a regra de que todos seriam castrados; sendo assim Zalcborg (2007, p. 95), assinala:



O que significa os homens serem totalmente regidos pela lógica fálica? Significa em primeiro lugar que todos os homens são castrados e, nesse sentido, eles podem ser incluídos em conjunto, isto é, constituem um universo. A regra universal que os regem é esta: a castração se aplica a todos os homens. Porém, pelo fato de não haver regra sem exceção é preciso que haja pelo “menos um” homem que escape à castração, à Lei do Édipo.

Já do lado feminino, veremos que a falta de exceção do seu lado ocasionará uma série de desdobramentos. Na parte superior ( $\exists x. \Phi(x)$ ), lê-se: não existe sujeito para quem a função fálica não funcione: não há nenhuma mulher que não esteja submetida à castração. Já na parte inferior ( $\forall x. \Phi(x)$ ) diz-se que para não todo sujeito é verdadeiro que a função fálica funcione: a mulher é não-toda assujeitada à castração. A função fálica na mulher, diferente do homem, não faz conjunto, tendo em vista que não existe uma mulher que não esteja submetida à castração: nenhuma delas fez exceção à regra, inscrevendo-se fora da castração. A falta do outro lado (pois não há exceção) ocasiona um vazio, uma falta que, por sua vez, reflete no significante S ( $\square$ ), significante do furo no Outro. O fato de não haver um “super-mulher” como encontramos, por meio do pai da horda, um “super-homem”, faz com que a mulher se depare com a existência de um sexo não-fálico.

Na parte de baixo da posição masculina, observa-se o que  $\$$  é suportado pelo falo  $\Phi$ , significante que apesar de representar a falta no homem, representa também o seu sexo, universalizando-o perante todos os homens. Já na parte inferior da posição feminina, vemos que a falta de um significante fálico que a represente, coloca a mulher na posição da falta, de *a* pequeno. Isso quer dizer que além dela ser barrada como o homem, ela, diferentemente dele, não pode ser representada pelo falo no sexo, podendo somente se estruturar no lugar do Outro, mas como barrado  $\square$  (Outro barrado). Por esta razão, devido à ausência de um significante que unifique o ser mulher, têm-se nela um gozo *a mais*.

Lacan diz: “Não há A mulher, artigo definido para designar o universal” (p. 79), podemos falar somente d’ $\square$  mulher. Mais adiante, pontua: “Esse  $\square$  não se pode dizer. Nada se pode dizer da mulher. A mulher tem relação com esse S ( $\square$ ), e já nisso que ela se duplica, que ela não é toda, pois, por outro lado, ela pode ter relação com o  $\Phi$ ” (1972-73/2008, p. 87). Isso quer dizer então que a própria relação da mulher com o falo, coloca-a em parte submetida à castração. Até porque, não existe gozo do Outro, gozo do corpo sem a intermediação do gozo fálico, como nos mostra André (1998, p. 224):

A suposição de um Outro que goza aparece, pois, como um efeito, até mesmo radical, do significante do falo. E, parece-nos, a solução para qual se inclina Lacan quando explicita que esse Outro goza, fora-da-língua é, relativamente ao gozo fálico, não *complementar*, mas *suplementar*: só se pode evocá-lo e situá-lo a partir da castração. Não se pode tratar assim de um gozo do corpo do Outro senão a partir do gozo sexual limitado pelo órgão.

O gozo *suplementar*, o gozo *a mais*, aparece adjacente à castração: é necessário que se passe pela castração para que sobre um resto, *objeto a* e que, no caso da menina, constitui-se como um objeto a +. Por este motivo é que o gozo *suplementar* não exclui a referência ao falo, mas soma-se a ela, pela via de uma outra lógica: a de não-todo, a de não conjunto (SOLER 2005). Este fato fará com que a mulher fique em parte presa ao gozo do sintoma, gozo fálico, e em parte assujeitada ao gozo Outro, gozo este sem intermediação simbólica, “um gozo para além do falo”, como nos diz Lacan (1972-73/2008, p. 80), impossível de dizer, uma vez que está fora da linguagem. Diante de tudo isso, podemos terminar com a seguinte citação de Soler (2005, p. 17): “o Édipo produz o homem, não produz a mulher”.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Esta dissertação investigou o modo de subjetivação implicado em sujeitos portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico, utilizando-se do método psicanalítico. Partindo de fragmentos dos casos clínicos, através da escuta disponibilizada a Elisa e Antônia, pudemos constatar que o corpo para a psicanálise vai além do determinismo biológico, podendo ser tomado como objeto de satisfação pulsional para o sujeito.

Vimos que tudo isso começou com Freud quando, ao se confrontar com a histeria de conversão, convenceu-se que o corpo não se restringe as leis anátomo-fisiológicas, sendo também comandado pelas leis do inconsciente. Dessa forma, o corpo histérico aparece a fim de representar um conflito inconsciente recalcado, precisando, por isso, ser decifrado em sua significação. Por outro lado, não podemos esquecer que não foram somente as histéricas que conduziram Freud a noção de que o corpo não seria usado somente para fins de sobrevivência e conservação do organismo.

As neuroses categorizadas por ele como “neuroses atuais”, ao possuírem em seu quadro clínico afecções somáticas sem causa orgânica determinada, como a dispepsia, as

vertigens, a constipação intestinal, desordens no funcionamento cardíaco e respiratório, impulsionaram o pai da psicanálise a considerar o corpo como um objeto sexual. Assim, Freud salientou que não seriam apenas os órgãos genitais os únicos órgãos portadores de um caráter erógeno, estendendo tal capacidade para todos os órgãos do corpo (FREUD, 1914/2004). Por esta razão, o conceito de *neurose atual*, assemelhada por muitos autores pós-freudianos (BIRMAN 1980, FERRAZ, 1998 QUINTELLA, 2005) com o que hoje se chama de transtornos ou enfermidades “psicossomáticas”, serviu-nos como um conceito-chave para entender não só como pode um sujeito adoecer sem uma causa orgânica determinada, mas também para compreender que os fenômenos que hoje aparecem como novidade na clínica psicanalítica, nada tem novos.

Determo-nos nas leituras pré-psicanalíticas, levou-nos, por outro lado, a fazer uma distinção de suma importância no terreno psicanalítico: a diferença entre os fenômenos psicossomáticos e os sintomas de conversão histérica. Os fenômenos psicossomáticos ou falha epistemo-somática, distinguindo-se da histeria de conversão, não se articula com o registro simbólico, das manifestações inconscientes. Nesse sentido, o corpo que entra em jogo na conversão é um corpo norteado pelo falo sendo, portanto, passível de ser decifrado.

O corpo marcado pelo fenômeno psicossomático não é um corpo significante, mas uma inscrição no real, disso que Lacan (1964/1998) nos colocou como um registro impossível de ser representado. Dito isto, é possível afirmar que na histeria o corpo fala no lugar do sujeito. No FPS, o corpo não pode falar no lugar do sujeito, porque vimos que no momento em que este é afetado por uma lesão deste tipo, a cadeia de significantes encontra-se paralisada, gelificada, impedindo qualquer deslocamento ou produção de significação: não há sujeito, mas um objeto gozante do gozo “Outro”. O corpo, utilizando uma fala vazia de significantes, nada pode “dizer”, uma vez que não se trata de um corpo que pode ser representado, de um corpo significante e sim de um corpo no nível do real.

Em Elisa e Antônia este fato se manifestou a partir da dificuldade de ambas de se enlaçar num discurso que não fosse à doença, o lúpus. O corpo, ao invés de fazer falar o sujeito do inconsciente nessas pacientes, ao contrário, calou-as e amordaçou-as num gozo Outro, da ordem do irrepresentável, do impossível de ser simbolizado. Daí decorre a dificuldade de tratamento psicanalítico com esses pacientes.

A aproximação da falha epistemo-somática com o gozo “Outro”, especificamente feminino, converge com a dupla face do processo de constituição da mulher ou do sujeito que se identifique com esta posição: uma parte está submetida à castração e outra não. A privação

do pênis, ou melhor, do falo, faz com que a menina não tenha um significante fálico que a represente no sexo, no campo do Outro inconsciente. A falta desse significante é o que instaura na mulher os dois lados da moeda: um lado recoberto pelo manto simbólico e, outro, descoberto. Assim, a menina é castrada, mas não totalmente. O lado descoberto pelo simbólico, por sua vez, conduz a mulher com mais facilidade a um estado de desamparo, desamparo este psíquico, visto que o afeto não encontra uma representação a qual possa se ligar, sendo diretamente descarregado no corpo e se localizando “precisamente entra a ausência e sensibilidade” (ZALCBERG, 2003).

Vale ressaltar que tamanha sensibilidade vivida pela mulher com relação ao seu corpo, por não se engendrar na ordem simbólica quando do FPS, não pode ser confundida com a posição histórica. A histórica, uma vez lançando mão de uma postura ativa em sua busca incessante pelo falo, está enlaçada ao simbólico, norteadada pelo falo.

Conforme mencionamos, o corpo doente manifestado pela histórica traz consigo um sujeito, o que não acontece com as manifestações advindas do campo do feminino. Nestas manifestações, o corpo esmaga o sujeito, fazendo ele pagar o preço com a própria carne por não se haver com a lei do falo. O feminino está naquilo que não pode ser dito, representado, simbolizado, está naquilo em que o sujeito se cala e que não tem remédio: na angústia sem representação.

## REFERÊNCIAS

---

ALBERTI, S. O hospital, o sujeito, a psicanálise - Questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. Rio de Janeiro, **Rev. SBPH** v.11, n.1, jun. 2008.

ANDRADE, Carlos Drummond. As contradições do corpo. In: \_\_\_\_\_. **Corpo. Obras Completas**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2003.

ANDRÉ, S. **O que quer uma mulher?**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. Psicanálise: a última flor da medicina. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

ALEXANDER, F. **Medicina Psicossomática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ASSOUN, Paul-Laurent. **Corp set Symptôme – Tome 1: Clinique du corps**. Paris: Economica Ed, 1997.

BALLONE, G. S.; ORTOLANI, I. V.; NETO, E. P. **Da emoção à lesão um guia de medicina psicossomática**. São Paulo: Manole, 2007.

BERLINCK, M. T. Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 9, n. 3, p.7-8, 2006.

BESSET, V. L. A clínica da angústia: faces do real. In: BESSET, V. L (org.). **Angústia**. São Paulo: Escuta, 2002.

BECKER, S. O Fenômeno psicossomático além das estruturas. **Pulsão e Gozo**. Letra Freudiana, Rio de Janeiro, v.12, n. 10/12, 2003.

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

\_\_\_\_\_. O corpo, linguagem e afeto na psicanálise. In: BIRMAN, J.. **Mal esta na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1999.

BLANCARD, M-H. Escolher o sofrimento... para ter o amor. In: WARTEL, R. et al. **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003.

CLAVREUL, J. **A Ordem médica**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

DECAT DE MOURA, M. (Org.). **Psicanálise e Hospital - 3 Tempo e morte: da urgência ao ato analítico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. v. 1.

DSM-IV - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 2002.

CASETTO, S. J. Sobre a importância do adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica do século XIX. **Psyquê**, São Paulo, v. 10, p. 121-142, jan-jun/2006.

ELIA, Luciano. Psicanálise: Clínica & Pesquisa. In: ALBERTI, Sônia e ELIA, Luciano (org). **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p. 19-35.

FÉDIDA, Pierre. O hipocondríaco médico. In: AISENSTEIN, M.; FINE, A.; PRAGIER, G. (Org.). São **Hipocondria**. Paulo: Escuta, 2002.

FERENCZI, S. (1917). As patoneuroses. In: FERENCZI, Sándor. **Obras completas**, Vol. III. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

\_\_\_\_\_. (1918). Dois tipos de neurose de guerra (histeria). In: FERENCZI, Sándor. **Obras completas**, Vol. II. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

\_\_\_\_\_. (1921). George Groddeck: O explorador de almas. In: FERENCZI, Sándor. **Obras completas**, Vol. III. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

\_\_\_\_\_. (1926). As neuroses de órgão de seu tratamento. In: FERENCZI, Sándor. **Obras completas**, v. III. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

FERNANDES, M. H. As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria na clínica psicanalítica. In: VOLICH, R. M.; FERAAZ, F; RAÑNA, W. **Psicossoma III – Interfaces da psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

FERRAZ, F. C. Das neuroses atuais à psicossomática. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Orgs). **Psicossoma**. Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

FREUD, S. (1893a). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias orgânicas motoras e histéricas. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. I.

\_\_\_\_\_. (1893b). Rascunho B – A etiologia das neuroses. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. I.

\_\_\_\_\_. (1894). Rascunho E – Como se origina a angústia. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. I.

\_\_\_\_\_. (1895 [1894]). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. III.

\_\_\_\_\_. (1895). Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. III.

\_\_\_\_\_. (1896). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. III.

\_\_\_\_\_. (1897). Extratos dos documentos dirigidos à Fliess – Carta 69. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. I.

\_\_\_\_\_. (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, vol. III.

\_\_\_\_\_. (1900). A interpretação dos sonhos. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. IV e V.

\_\_\_\_\_. (1905[1901]). 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, vol. VII.

\_\_\_\_\_. (1905). 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, vol. VII.

\_\_\_\_\_. (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, vol. IX.

\_\_\_\_\_. (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia Paranoides). In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XII.

\_\_\_\_\_. (1912a) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XII.

\_\_\_\_\_. (1912b). Contribuições a um debate sobre a masturbação. In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XII.

\_\_\_\_\_. (1914). À Guisa de Introdução ao Narcisismo. In: FREUD, S. **Obras Psicológicas de Sigmund Freud Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente**. Tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago 2004. Vol. I.

\_\_\_\_\_. (1915). Pulsão e destinos da Pulsão. In: FREUD, S. **Obras Psicológicas de Sigmund Freud Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente**. Tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago 2004. Vol. I.

\_\_\_\_\_. (1915). O Inconsciente. In: FREUD, S. **Obras Psicológicas de Sigmund Freud Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente**. Tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago 2004. Vol. II.

\_\_\_\_\_. (1917). Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise – Ansiedade. In: FREUD, S. **Obras Psicológicas de Sigmund Freud Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente**. Tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago 2004. Vol. XVI.

\_\_\_\_\_. (1917 [1916]). Psicanálise e Psiquiatria. In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XVI.



\_\_\_\_\_. (1919 [1918]). Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XVII.

\_\_\_\_\_. (1920). Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. **Obras Psicológicas de Sigmund Freud Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente**. Tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago 2004. Vol. II.

\_\_\_\_\_. (1923a). Dois verbetes de enciclopédia. In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XVIII.

\_\_\_\_\_. (1923b). A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XIX.

\_\_\_\_\_. (1924). A dissolução do Complexo de Édipo. In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XIX.

\_\_\_\_\_. (1925). Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XIX.

\_\_\_\_\_. (1931). Sexualidade Feminina. In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XXI.

\_\_\_\_\_. (1932 [1933]). Feminilidade. In: FREUD, S. **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, Vol. XXII.

GARCIA, A. O corpo para a psicanálise. **O corpo do Outro e a Criança Escola Letra Freudiana**, v. 23, n. 33, 2004, p.81-86.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. Pesquisa de Tipo Teórico. In: FIGUEIREDO, Luís Cláudio (coord). **Psicanálise e Universidade**: Publicação Periódica do Núcleo de Pesquisa em Psicanálise do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP - Atas do 1º Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise realizado em novembro de 1991, p. 9-32.

GRODDECK, G.W. (1920). **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

\_\_\_\_\_. (1917). **O homem e seu Isso**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

\_\_\_\_\_. (1923). **O Livro d'Isso**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GUEDENEY, C; WEISBROT, C. A História da hipocondria. In: AISENSTEIN, M.; FINE, A.; PRAGIER, G. (Orgs). **Hipocondria**. São Paulo: Escuta, 2002, p. 31.

GUIR, Jean. **A Psicossomática na Clínica Lacaniana**. Rio de Janeiro: J. Zahar Editor, 1988.

\_\_\_\_\_. Fenômenos psicossomáticos e função paterna. In: WARTEL, R (org). **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003.

LACAN, J. (1948). A agressividade em psicanálise. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1954-55) **O Seminário, Livro 2: O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985.

\_\_\_\_\_. (1955-56). **O Seminário, livro 3: As psicoses**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1988.

\_\_\_\_\_. (1956) Situação da psicanálise e formação do analista. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1957). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: LACAN, J.. **Escritos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1958). A significação do falo. In: LACAN, J.. **Escritos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1959-60). **O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997.

\_\_\_\_\_. (1960a). Diretrizes para um congresso sobre sexualidade feminina. In: LACAN, J.. **Escritos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998, p. 739.

\_\_\_\_\_. (1960b). A subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1966). Psychanalyse et médecine. Em: **Petit écrits et conférences 1945-1981** Inédito.

\_\_\_\_\_. (1967). Proposição sobre um psicanalista na escola. In: LACAN, J.. **Escritos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1964). **O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

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

\_\_\_\_\_. (1975). Conferencia in Ginebra sobre el sintoma. In: **Intervenciones y textos**. Buenos Aires: Manantial.

MARTINHO, M. H. O sujeito e o laço social: que lugar para o psicanalista fora do consultório? In: ALTOÉ, S.; LIMA, M. M de. **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

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

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

MARTY, P.. **Mentalização e psicossomática**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1988.

MATTJE, G. D.; TURATO, E. R. Experiências de vida com Lúpus Eritematosos Sistêmico como relatadas na perspectiva de pacientes ambulatoriais no Brasil: um estudo clínico-qualitativo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, n. 4, p. 14, jul./ago. 2006.

MCDOUGALL, J. **Teatros do corpo – O Psicossoma na Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MELLO FILHO, Julio de. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

\_\_\_\_\_. **Concepção psicossomática: visão atual**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1978,

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 9a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002

MEZAN, Renato. Pesquisa Teórica em Psicanálise. In: FIGUEIREDO, Luís Cláudio (coord). **Psicanálise e Universidade**: Publicação Periódica do Núcleo de Pesquisa em Psicanálise do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP - Atas do 1º Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise realizado em novembro de 1992, p. 51-75.

MEZAN, Renato. Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: SILVA, Maria Emília Lino (coord). **Investigação e Psicanálise**. Campinas: Papirus, 1993.

MIGUEL FILHO, E. C. **Alterações Psicopatológicas no Lúpus Eritematoso Sistêmico**. São Paulo, Faculdade de Medicina – USP, 1992 (Tese).

MILLER, J-A. Algumas reflexões sobre os fenômenos psicossomáticos. In: WARTEL, R. *et al.* **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MORAES, J. G. **O corpo entre a conversão histérica e o fenômeno psicossomático**. 2007. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

MORAIS, J. L.; NICOLAU, R; PEREIRA, A. C.; REI, V. Os fenômenos psicossomáticos: um substituto para a neurose? In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 3.; CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 9.. 2008, Niterói. **Anais eletrônicos ...** Niterói: 2008. Disponível em: [http://www.fundamentalpsychopathology.org/8\\_cong\\_anais/TR\\_437.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/TR_437.pdf).

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

NICOLAU, R. O masculino e o feminino: o Gênero na psicanálise. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v.17, n. 1/2, v. 18, n. 1/2, jan/dez, p. 23-29, 2000.

\_\_\_\_\_. A psicossomática e escrita do Real. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 8, n. 4, p. 959-990, dez/2008.

\_\_\_\_\_. A angústia e sua relação com o corpo que adocece. **Revista do Laboratório de Psicanálise da UFC**, 2000, 1, 18-24.

NOGUEIRA, R. P. P. **O sintoma e a dissociação psico-somática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

NOGUEIRA FILHO, D. M. **Psicanálise e Medicina**. São Paulo: Escuta, 2008.

PINTO, J. M. A instituição acadêmica e a legitimação da vocação científica em psicanálise. **Psicologia: Reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 12, n.3, 1999.

QUINTELLA, R. **A Psicossomática nos confins de sentido – problemas e reflexões psicanalíticas do fenômeno psicossomático**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

RAMOS, Denise G. **A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença**. São Paulo: Summus, 1994.

REZENDE, Antônio Muniz de. A investigação em psicanálise: exegese, hermenêutica e interpretação. In: SILVA, Maria Emília Lino (coord). **Investigação e Psicanálise**. Campinas: Papirus, 1993.

REI, V.; NICOLAU, R.; MORAIS, J.; PEREIRA, A. C. O gozo a mais no feminino e a falha epistemo-somática. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 3.; CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 9.. 2008, Niterói. **Anais eletrônicos ...** Niterói: 2008. Disponível em: [http://www.fundamentalpsychopathology.org/8\\_cong\\_anais/TR\\_438.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/TR_438.pdf).

ROCHA, Z. **Os destinos da angústia na psicanálise freudiana**. São Paulo: Escuta, 2000.

SAFRA, Gilberto. Pesquisa com material clínico. FIGUEIREDO, Luís Cláudio (coord). **Psicanálise e Universidade**: Publicação Periódica do Núcleo de Pesquisa em Psicanálise do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP - Atas do 1º Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise realizado em novembro de 1991, p. 51-72.

SATO, E. I. Introdução. In E. I. Sato (Org.). **Lúpus Eritematoso Sistêmico - O que é? Quais são suas causas? Como se trata?**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reumatologia, 1999, p. 5-8.

SATO, E. I; BONFÁ, E. D; COSTALLAT, L. T. L; DA SILVA, N. A; BRENOL, J. C. T; SANTIAGO, M. B; SZAJUBOK, J. C. M; FILHO, A. R; BARROS, R.T; VASCONCELOS, M. Consenso Brasileiro para o tratamento de Lúpus Eritematoso Sistêmico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 42, n. 6, nov./ dez, 2002.

SERRA, S. T. *Primum non nocere*: princípio impossível na medicina. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 3.; CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 9.. 2008, Niterói. **Anais eletrônicos ...** Niterói: 2008. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org>.  
SOLER, C. **O que Lacan dizia das mulheres**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2005.

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

TEIXEIRA, E. L. A. Orlan: gozo do corpo e fenômeno psicossomático (FPS). **Cartas de Psicanálise**, a. 4, v. 2, n. 6, dezembro/ 2009, p. 172-173.

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

VALAS, P. **As dimensões do gozo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

\_\_\_\_\_. Um fetiche para os ignorantes: a psicossomática. **O corpo do Outro e a Criança – Escola Letra Freudiana**, v. 23, n. 33, 2004.

VIEIRA, Wilson de Campos. A psicossomática de Pierre Marty. In: FERRAZ, F.C.; VOLICH, R.M. (orgs.) **Psicossoma I. Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997, p. 15-22.

VOLICH, R. M. Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. In: VOLICH R.M.; FERRAZ F.C.; ARANTES M. A.A.C. (orgs.) **Psicossoma II – Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998, p 17 – 31.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 3. ed. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2007.

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

WARTEL, R et al. **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003.

ZALCBERG, M. **A relação mãe e filha**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

\_\_\_\_\_. **Amor paixão feminina**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.