

DO TRAUMA AO FENÔMENO

PSICOSSOMÁTICO (FPS) – *lidar com o sem sentido?*

JUSTIFICATIVA

Por que pesquisar o FPS?

Adoecer, morrer... Causas de medo que, desde tempos imemoriais, perseguem o ser humano que tenta, por todos os meios, se desviar do duro golpe que tais questões aplicam em seu narcisismo. É sabido que “ninguém fica pra semente”, mas, mesmo assim, vive-se como se fosse eterno e, com o advento das Ciências e de toda revolução tecnológica trazida à pesquisa de doenças, isso se tornou mais forte. Em menos de cento e cinqüenta anos, a expectativa de vida, em boa parte do planeta, foi ampliada: remédios de última geração vencem vírus e bactérias de maneira inimaginável no passado. Todavia há uma forma de adoecimento que resiste às pesquisas, exames e medicação; normalmente cede ao tratamento, mas, sempre volta, colocando paciente e corpo médico diante de um enigma – o que é isso que não é virótico, bacteriano ou causado por agentes externos que *insiste* em reaparecer? Se recebi algo em meu gene por herança, como tantos outros, por que adoço e eles não? Que coisa é essa que me toma de assalto e, de maneira insidiosa, me arrebatada e arremete a um calvário de peregrinações em consultórios médicos, com pouca esperança de cura?

Há algo nessa forma de adoecer que escapa ao saber da Ciência; debelam-se as crises, mas não se alcança a cura e a doença insiste. E é aqui que encaixamos os Fenômenos Psicossomáticos – FPS. Trata-se de enfermidades conhecidas da Medicina, mas com íntima relação com o psíquico. Doenças que como o câncer, segundo dados epidemiológicos, vêm aumentando assustadoramente e merecendo pesquisas como a desenvolvida por Lillberg, K. *et al.*, Departamento de Saúde Pública da Universidade de Helsinki com 10.808 mulheres portadoras de câncer de mama, publicada no *American Journal of Epidemiology*. De acordo com eles, “eventos estressantes da vida” aumentam o risco de câncer de mama. Por eventos estressantes eles subentendem aqueles relacionados a perdas e separações de entes queridos, quer por morte, divórcio, saída do lar, etc. Para esses pesquisadores,

“os eventos da vida e as reações psicológicas que os acompanham podem também aumentar o risco de câncer de mama causando mudanças no comportamento implicadas na etiologia do câncer de mama (...). Contudo, nossos dados sugerem que os eventos da vida aumentam o risco do câncer de mama independentemente do índice de massa corporal, mudança de peso, uso de álcool, fumo e atividade física, e seu efeito não é mediado ou modificado pelas autopercepções do *stress* diário, personalidade adversa (hostil) ou mau humor” (Lillberg, K. *et al.*, 2003, p.422).¹

Eles não negam a importância de outros fatores na gênese do câncer e, apesar de afirmarem que não existem estudos que estabeleçam “uma ligação direta entre as mudanças psicológicas associadas com os eventos da vida e o câncer de mama”, concluem que o *stress* causado por fatores psíquicos pode

¹ (...) “life events and the accompanying psychological reactions could also increase breast cancer risk by causing behavioral changes implicated in the etiology of breast cancer (...) . However, our data suggest that life events breast cancer risk independently of body mass index, weight change, alcohol use, smoking, and physical activity and that their effect is not mediated or modified by self-perceptions of daily stress, adverse personality, or suboptimal mood.” (Lillberg, K. *et al.*, 2003, p.422).

interferir no aumento ou diminuição de secreção de vários hormônios e acelerar o desenvolvimento do câncer.²

Sabemos que o câncer é uma das doenças que mais crescem atualmente, sendo “responsável por 12% do total de mortes no mundo e no Brasil, segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer – INCA, em 2003” (de acordo com o 3º Informativo de Vigilância do Câncer, Nov./2004). Outros estudos fazem uma projeção de que em dez anos esta será a doença que mais matará no planeta. Como ficar indiferente a isso?

Essa pesquisa de Helsinki foi aqui citada devido à associação do fator afetivo em sua etiologia e por acharmos que cabe a nós, psicanalistas, também dar nossa contribuição nesse campo, pois temos muito o que dizer a partir de nossa clínica, a partir de nosso olhar e de nossa escuta do ser falante. Sabemos que muitos colegas têm se aventurado nessa área, mas, em nossa maneira de ver, falta regularidade teórica aos trabalhos que acabam por construir um saber fragmentado, sem continuidade e, muitas vezes, beirando à elucubração mítica. Mas, por outro lado, muitos estudos são consistentes e merecem ser consultados antes de se prosseguir, mesmo que não se concorde com eles.

O que achamos mais interessante, então, no trabalho de Helsinki foi ver apontada, numa pesquisa séria, publicada em jornal conceituado, com uma amostragem estatística tão grande, esta ocorrência de fatores não biológicos na

² “A relation between life events and breast cancer risk is biologically plausible in principle, but no studies have established a direct link between physiologic changes associated with life events and breast carcinogenesis. However, it has been suggested that the various changes observed in immunologic function among subjects with stressful life events could enhance the development of breast cancer. The relation between life events and breast cancer risk could also have a hormonal basis, since stress-induced disruption of the functions of the neuroendocrine axes – for example, that axis relating the hipotalamus and pituitary to the gonads – can increase (or decrease) the secretion of various hormones.” (Lillberg, K. *et al.*, 2003, p.422).

gênese do câncer (coisa que vem sendo apontada por psicanalistas já há algum tempo, porém, sem essa coleta de dados). Em Psicanálise não trabalhamos com a noção de *stress*, como é feito por eles nesse trabalho, mas achamos que ela se aproxima da conceituação de trauma dada por Freud em seus primeiros escritos, como experiências, impressões e lembranças que o sistema psíquico tem dificuldade de abolir e que provocam angústia, susto e vergonha, podendo levar à neurose. Mas alertamos: não é tanto o evento, mas muito mais aquilo que ele desencadeia no indivíduo, que é difícil de ser subjetivado e gerador de muita angústia. Impossibilitado de sair em palavras, por não haver um representante psíquico para ele, isso é escrito no corpo, não apenas no câncer mas também em outras afecções do FPS, sob a forma de lesões de órgãos. Pois o câncer é apenas uma, apesar de talvez ser a mais grave, das manifestações do FPS. Neste momento, no entanto, não é nossa intenção pesquisar apenas um tipo de doença entre tantos outros, pois dificultaria a sistematização, sua organização em estrutura com sustentação teórica aceitável dentro da teoria psicanalítica. Acreditamos que, se o fizéssemos, incorreríamos no risco de construir uma doutrina imaginária (como tantas outras), presa da atribuição de sentido, num barateamento da Psicanálise. Nosso desejo não passa por aqui.

Dessa forma, optamos por trabalhar com o fenômeno psicossomático, ou FPS, como um todo, ou seja, com aquilo que a maior parte das manifestações do mesmo tem em comum – o fato de não terem sentido. Por outro lado, nesse global, nesse conjunto do FPS, sabemos que a contingência e o particular são determinantes e devem ser levados em consideração; daí a necessidade da

análise de cada caso, do um a um, como é feito em Psicanálise, num resgate da subjetividade do indivíduo.

Médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos, se dedicam ao cuidado desse tipo de paciente, às vezes chamado de “psicossomático”, que talvez seja o mais difícil que se apresenta para tratamento, pelo fato de seu “mal” resistir ao cuidados que lhe são dispensados. Às vezes eles vão de consultório em consultório, após inúmeras e pouco frutíferas tentativas de tratamento, com um diagnóstico vago de “problema psicológico ou psicossomático”, que ou não compreendem ou não aceitam.

Sendo assim, tendo em vista a grande ocorrência dessas afecções e o enigma que elas colocam a todos os profissionais que se empenham no seu tratamento, achamos justificada nossa disposição de dedicar a esse campo o nosso olhar, trazendo para ele nossa contribuição à luz da Psicanálise. Sabemos ser esta uma tarefa difícil, mas olhamos para trás e nos miramos no exemplo de Freud que, diante de um desafio muito grande para sua época – o estudo da histeria, a descoberta da importância da sexualidade na vida dos indivíduos e a descoberta do inconsciente –, não desanimou e seguiu em frente.

1. INTRODUÇÃO

“Eis aí uma descoberta horrível, a carne que jamais se vê, o fundo das coisas, o avesso da face, do rosto, os secretados por excelência, a carne da qual tudo sai, até mesmo o íntimo do mistério, a carne, dado que é sofredora, informe, que sua própria forma é algo que provoca angústia. Visão de angústia, identificação de angústia, última revelação do és isto – és isto, que é o mais longínquo de ti, isto que é o mais informe.” (Lacan, 1985a, p.197-98).

Esta referência de Lacan, a propósito do sonho de Irma, tocou-nos fundo por seu lirismo e beleza, apesar de se referir cruamente a uma lesão orgânica. É impactante a forma como ele se reporta à angústia de Freud mediante a complicações no caso de uma amiga, Irma, que se tratava com Fliess, por indicação sua. Tal referência nos trouxe à lembrança o FPS pela angústia aprisionada na carne que ao mesmo tempo sofre e goza, mostrando num enigma o mais íntimo de seu mistério. Aliás, enigma, sob forma de holófrase, é um de seus nomes.

Este estudo suscitou-nos, a um só tempo, prazer e sofrimento diante do desconhecido encerrado no tema, uma vez que muitos se aventuraram em Psicossomática, mas poucos construíram um saber consistente. Constantemente confundido com o sintoma, esse fenômeno clínico tão difícil de ser abordado, que desafia médicos e psicanalistas, não se dá a conhecer facilmente por ser uma manifestação do real. A Medicina tenta apreendê-lo com seus instrumentos de última geração, mas ele sempre escapa e o mesmo ocorre com as teorias *psi* que o tratam ora como sintoma, ora como conversão, sem conseguir, muitas vezes, chegar a algo plausível, verossímil

Este trabalho de pesquisa é mais uma tentativa de apreensão, ou melhor, não temos tanta pretensão, tratou-se mais de um bordejão, deste tema que nos fisionou a partir de nossa clínica e da clínica de colegas. Apesar das dificuldades encontradas, este foi um estudo apaixonante e envolvente, pelos caminhos teóricos que abrangeu. Tantos autores, tantas idéias interessantes e articulações possíveis trouxeram, como efeito colateral, na hora da escrita, um efeito afanísico no escritor, um certo apagamento, devido ao pouco distanciamento que havia sido estabelecido entre a pesquisa e o pesquisador. Aliás a imagem de uma cobra, se aproximando vagorosamente de um sapo para engoli-lo, enquanto este permanece estarecido e trêmulo, paralisado no lugar, nos ocorreu nos momentos de maior dificuldade diante do fascínio, do brilho ofuscante do Outro da teoria.

O conceito de afânise, assim, tomado a partir das formulações de Lacan no *Seminário 11*, tão abordado nesta pesquisa, foi vivido na carne nesses momentos – como nos libertar? Nessas ocasiões, o trabalho do orientador serviu como um terceiro, fez corte e a separação se fez pela escrita na qual, para além da teoria, algo do teorizador tentou se fazer presente...

Por outro lado, havia algo mais a ser evitado – o risco de se cair nas atraentes teias da “consistência imaginária” na qual tudo dá certo, é explicado teoricamente, faz sentido. E nada mais longe de nosso objetivo e de nosso objeto de estudo do que a atribuição de sentido, como ocorre com o sintoma neurótico. O FPS, por ser uma incidência do real, não tem sentido como o têm as formações do inconsciente, mas isso veremos mais tarde. Lidamos, pois, com o enigma (...) “com o inacabamento do saber e a opacidade de um objeto”

(...) (Pinto, 2004, p.12), impossível de ser totalmente apropriado por teorias. Ele é, antes, bordejado.

Com isso acreditamos ter escolhido o espinho do saber incompleto, o bordejo do sem sentido, abrindo espaço para o inusitado e o real que não se inscreve, como na Física e na Matemática, procurando, no entanto, não perder o rigor científico. Foi um grande desafio...

Fomos fisgados por este tema a partir da clínica e, sendo assim, ela não poderia faltar a este estudo. Ela se faz presente, então, através da descrição de três casos clínicos, no próximo capítulo, que serão discutidos no decorrer dessa dissertação, a fim de facilitar nosso trabalho teórico.

Como se tratava de um estudo dentro da Psicossomática, a partir do olhar da Psicanálise, partimos da compreensão do conceito de corpo e de psique, circunscrevendo nosso campo de pesquisa dentro da teoria psicanalítica e, em seguida, passamos à formulação de um breve histórico da Psicossomática entre os pesquisadores que mais se destacaram na mesma área. Aqui demarcamos nossa área dentro da teoria psicanalítica lacaniana, o que é indicado principalmente pela teorização do sintoma (formação do inconsciente, metáfora do desejo insatisfeito que tenta se realizar) e sua diferenciação do FPS (enigma holofrásico que apaga o desejo, sem significação ou possibilidade de leitura). Isso é o que veremos no Capítulo 4.

No capítulo seguinte, passamos ao estudo do conceito de trauma, tão atual em nossos dias de tanta violência e banalização do sexo. Tentamos recuperar na teoria sua importância desde o pensamento de Freud até as formulações de Lacan. Assim, começamos com Freud em seus primeiros

escritos pré-psicanalíticos, nos quais a teoria de sedução das histéricas, como um fato histórico, teve uma certa credibilidade, até as primeiras formulações da importância da fantasia como fator significativo na gênese do trauma. Percorremos com Freud a noção do acúmulo de excitação que deixa um traço permanente no psiquismo que, ao ser tocado, por associação, num momento posterior, desestabiliza o aparelho psíquico e é traumático. Dessa forma, abordamos a importância da fixação de um traço, da repetição e da temporalidade do “só-depois” na gênese deste conceito. Posteriormente Freud vai trazer as idéias de susto e despreparo do aparelho psíquico diante do acúmulo de excitação e vai compará-lo, a partir da Embriologia, a uma “vesícula viva”. Em *Inibição, Sintoma e Angústia*, o conceito de angústia é associado ao de trauma – ela passa a ser um sinal, mediante a possibilidade de um trauma, e uma reação ao mesmo e, nisso, a vivência de desamparo do eu é ressaltada. Finalmente chegamos ao texto de 1934, *Moisés e o Monoteísmo*, e o de 1938, *Esboço de Psicanálise*, nos quais toda a teoria é, de certa forma, repassada tendo os seguintes pontos mais ressaltados: as impressões primitivas da infância que não puderam ser “lidas” normalmente encontram-se na base de uma neurose; o trauma é, além de tudo o que já foi dito, uma experiência sobre o corpo do indivíduo que produz fixações; a compulsão à repetição está presente nesta experiência; e finalmente “nenhum indivíduo humano é poupado do trauma”.

Passamos então a Lacan, que vai abordar este conceito como aquilo que é “inassimilável no real da realidade sexual”, ponto duro, e com André veremos que a repetição significativa causa, retroativamente, o trauma. Com

isso destacamos nesse conceito a importância da repetição – no momento de sua ocorrência, algo antigo se faz novo, passa a existir por ser significado, é o velho do novo, de novo. Estamos, pois, fora da cronologia, mas numa temporalidade lógica.

Ao fazermos este percurso desse conceito na teoria, não estamos nos propondo um estudo profundo do tema, mas um recorte que justifique nossa idéia do trauma como uma inscrição pré-significante, estrutural no ser falante, que deixa marcas, traços, que ao serem ressignificados em acontecimentos posteriores, podem levar ao susto, à experiência de desamparo e à impossibilidade de significantização. Nesta vivência, o sujeito pode apagar-se e, sem palavras, responder com uma passagem ao ato no corpo, ou com uma passagem ao corpo num FPS, como teorizamos.

O capítulo seguinte trará os principais momentos na teoria lacaniana nos quais o FPS aparece. Lacan nunca teorizou propriamente sobre o FPS, quer dizer, nunca lhe dedicou um seminário ou uma conferência. Em vez disso, referiu-se a ele, principalmente em quatro momentos distintos (*Seminários 2,3,11* e na Conferência em Genebra de 1975), geralmente ao responder perguntas da audiência. Tais referências, em momentos tão distintos de seu desenvolvimento teórico, foram frutíferas e deram lugar a teorizações de seus seguidores que partiram das indicações de seu pensamento.

A partir das pontuações de Miller, no texto *Extimidad del goce*, passamos a abordar o FPS sob duas vertentes – a do significante e a do objeto *a* e gozo, trazendo, a todo momento, as idéias dos lacanianos que, a nosso ver, mais se destacaram na abordagem do tema e discutindo com eles a partir de

nossa clínica. No final do capítulo, nós expusemos nossa própria forma de pensar o FPS em sua relação com a fantasia e com o delírio.

Este trabalho tratou de uma proposta ambiciosa que englobou o que há de mais difícil, em nossa opinião, dentro da teorização que é falar daquilo que é do real do gozo, do qual pouco sabemos, a não ser por indicações e deduções clínicas, mesmo porque este não é um tema que se deixa esgotar pela linguagem. Difícil de ser abordado, apreendido, ele nos traz o desafio de tratar pelo significante aquilo que não é significantizável. Esse é o mesmo desafio com o qual se defronta todo aquele que se envereda na clínica do FPS, clínica na qual aquilo que é escrito em números deve passar, através da abordagem do gozo que comporta, à escrita significante, o que se faz, de acordo com Valas (2004), deixando falar a angústia aí contida revelando “o gozo específico que há na sua fixação” (Lacan, 1998b, p.14).

Quanto a nós, deixamos falar a teoria trazendo nisso nossa angústia contida para, através do remetimento à clínica, poder gozar um pouco do saber apreendido e, por fim, da tarefa acabada. Tentamos assim seguir a difícil proposta de tratar o real pelo simbólico, isto é, de dar-lhe um tratamento possível neste momento, conformados com a inexistência DO tratamento, pois aqui, como no caso DA mulher, é do um a um que se trata, já que estamos trabalhando com um tema que escapa à ordem fálica.

2. CASOS CLÍNICOS

No encaminhamento médico “o doente é convidado, assim, a se desprender de qualquer interpretação subjetiva sobre o que lhe ocorre. Está convidado a se olhar como outro, a desconfiar do que sente (...) toda essa onda de sensações subjetivas, penosas, dolorosas, angustiantes, freqüentemente culpabilizantes, é retomada no discurso médico que afirma que um sentido pode ser encontrado para o que era anteriormente puro não-senso”. (Clavreul, 1983, p. 97).

Como dissemos anteriormente, fomos fisgados por este tema a partir da difícil clínica dos pacientes com FPS. A lesão condensa gozo, muito sofrimento e pouca (ou nenhuma) subjetivação. Algumas vezes causa de horror, pânico, vergonha, outras, motivo de um certo apaziguamento. O difícil nessa clínica, como em qualquer outra, mas acima de tudo na clínica do real, é a generalização pois trata-se, como já dissemos, do UM a UM. Isso porque algo sempre escapa no tratamento do real pelo simbólico, pois pouco é significantizável. Daí a dificuldade de trabalharmos em termos de uma “epidemiologia” em psicanálise, como o fazem pesquisadores de outros campos. Mas isso não nos impede de chegar a alguma generalização dos particulares e construir um corpo teórico tal como fizeram Freud, Lacan e muitos outros. Assim o que fazemos é, deixar falar a angústia para depois falar o gozo; “o analisante fala de sua lesão nos mesmos termos de sua angústia e, freqüentemente, em alternância com ela” e é a partir desse momento que o “movimento de subjetivação de uma lesão psicossomática se inicia ... em geral sem seu conhecimento” (Valas, 2004, p.124).

Trata-se, como poderemos observar, de uma clínica que podemos chamar de multi-estrutural, uma vez que o FPS pode se manifestar em qualquer estrutura. Sendo assim, com o objetivo de facilitar a apreensão da teoria, procuramos trazer três casos clínicos bem diferentes – os dois primeiros são de dois pacientes neuróticos que recebemos em análise e o terceiro, de um paciente psicótico recebido por um colega, mas que não passou das entrevistas preliminares. Três casos diferentes, interessantes, aos quais nos reportaremos no decorrer deste trabalho.

2.1 Um temor de “não dar conta”

Marina, 21 anos, estudante universitária, busca análise pois teme “não dar conta” do curso por julgá-lo difícil, especialmente uma determinada disciplina, cujo professor “é extremamente exigente e costuma pedir, em provas, coisas tão difíceis que nem profissionais resolvem”. Considera que tem dificuldade de aprender, que não tem iniciativa e “que nunca conseguirá trabalhar sem o comando e explicação (apoio) do Outro”. Seus problemas com os estudos vêm desde a infância, época em que sua mãe se envergonhava dela e não escondia – “não fale de (suas) notas na frente dos outros”. Na Faculdade é extremamente dependente de uma colega “muito inteligente” que vai bem em todas as provas.

Suas dificuldades começaram a partir do meio do curso, quando, a pedido de uma parenta próxima, começou a trabalhar de “estagiária” (serviços gerais), como sua subordinada. Não gosta do que faz, sente-se uma “faz tudo, quebra-galho” e às vezes se vê obrigada a “fingir que está trabalhando” para não receber qualquer incumbência, de qualquer um, como ocupação. Não pede

demissão por medo de magoar a chefe, pessoa de seu afeto que, além de prima, é também sua madrinha e tem o mesmo nome de sua mãe (homenagem de família).

Marina sempre teve relação muito próxima com a mãe; é filha do meio, e como “não é” brilhante como o irmão mais velho, e caçula como a outra irmã, como forma de obter a atenção materna, sempre “fez tudo” (e ainda faz) que lhe era demandado. Essa mãe era percebida como perfeccionista, muito exigente, impossível de satisfazer – “nada tava bom para ela” – e ao seu lado, Marina não fazia as coisas por sabê-las, de antemão, inferiores às da mãe, sempre sentiu que não correspondia às expectativas maternas. O pai, percebido como fraco, nunca fez nada...

“Desde sempre” apresenta um problema de alergia crônico, um tipo de eczema que causa muita coceira e feridas na pele. Quando criança chegava a ter placas melando pelo corpo. Diz que quando está nervosa, ansiosa ou “sem saber o que fazer”, ela se coça, sem saber por que o faz. As feridas a incomodam muito, já fez todos os tipos de tratamento; toma remédio “desde sempre”. Já tomou inclusive cortisona. De uns tempos para cá, tem iniciado e interrompido os tratamentos, pois a engordam, o que só piora sua auto-estima e aumenta sua tristeza.

Sua prima, embora 11 anos mais velha, é muito próxima e presente na vida de Marina desde a infância; é descrita como “supercertinha, ultraconservadora e responsável”. Ela também é portadora de um tipo de alergia, só que “pior”, pois descama o rosto todo (um dos lugares afetados pela alergia de Marina ⇒ Mimetismo). Como a mãe da paciente, é também

perfeccionista e cobra correção de todos; perto dela Marina se sente sempre muito inibida e, da mesma forma que ocorre com sua mãe, se envergonha e teme suas críticas.

No início de sua análise o assunto girava em torno do professor temido na Faculdade, das dificuldades com as aulas, do medo de ser reprovada e do clima insuportável de cobrança. Ela estava constantemente em crises alérgicas, com placas pelo corpo, mas principalmente no rosto (como a prima), e delas falava muito sem, no entanto, atribuir-lhes qualquer sentido. Às vezes falava também dos namorados – do atual e principalmente de um ex que a fez sofrer muito com suas cobranças e falta de compromisso. Quanto ao atual, é filho único e agarrado à família, o que incomoda Marina, “por ter pouco tempo para ela”. Aos poucos, foi aparecendo seu lado também cobrador, seu perfeccionismo, sua baixa auto-estima acompanhados de muita angústia. Angústia que chegou aos píncaros após dois fatos – numa festa de casamento que foi com a família, Marina passou da conta na bebida o que “envergonhou a mãe”, que a repreendeu violentamente em casa; mas pela primeira vez, Marina reagiu à altura e as duas tiveram uma forte discussão. O segundo fato foi a bomba na tão temida matéria na Faculdade, que não teve como ser evitada, apesar dela ter se humilhado e quase implorado ao professor alguns pontos extras.

Esses fatos, porém, foram decisivos, pois ela começou a cobrar mais seus direitos, a estudar mais e sozinha (a tal amiga passou e já não estava disponível desde o final do semestre anterior), a não se calar e a não se colar em ninguém, a andar mais com as próprias pernas, a brigar quando necessário e,

progressivamente, a se coçar cada vez menos. Na Faculdade, passou a enfrentar o professor temido sempre que o achava injusto, e tem trabalhado, junto aos colegas, para tentar tirá-lo de lá, já que ele é odiado por sua prepotência e sadismo (ele se compraz com os resultados negativos dos alunos, além de humilhá-los). Além disso, Marina criou coragem (tinha medo de se afastar da mãe) e voltou a estudar inglês e está indo para o exterior trabalhar como intercambista, por seis meses. Seus gostos diferentes têm sido assumidos, para o espanto da prima certinha (“Não acredito que você bebe pinga, cerveja já é horrível, mas pinga?” – Resposta: “O que é que tem? Eu gosto de pinga, eu gosto de rir, de brincar! Eu sou diferente de você, mas não quer dizer que sou pior!”).

Já no final, próximo à data da viagem, Marina se deu conta de como sua relação com esse professor repetia sua relação com a mãe e com a prima, e de que não tem tido problemas alérgicos há mais de seis meses, fato inédito.

2.2 Colite ulcerativa hemorrágica – um nome possível?

Tiago, rapaz de 22 anos, estudante de Direito, procurou análise por causa de uma colite ulcerativa hemorrágica. Diz que na infância tinha dores de barriga, que aos 16 teve uma úlcera que foi curada e que aos 18 apareceram diarreias com contrações violentas e gases e, desde então, vem “circulando médicos”.

Um ano antes de procurar análise, foi encaminhado a uma proctologista, que pediu que fosse feito um enema. O exame constatou a colite ulcerativa com sangramento, em estado crítico a ponto de necessitar hospitalização. Foi tratado

e curado. Tiago num ato falho, comentou: “Foi Dra. C. quem **me** descobriu”. A mesma médica o encaminhou à análise, uma vez que o problema tinha a ver com o “lado sentimental”. Ele, porém, resistiu porque tinha “birra” de psicólogo, pois como dizia um professor muito querido, “eram todos retardados”. Além disso já havia passado por uma experiência de análise na qual o analista, “absolutamente mudo”, só fez “aumentar sua angústia”.

Oito meses depois é acometido por nova crise violenta de colite, acompanhada de depressão e muita ansiedade. Tratou por seis meses e a médica voltou a falar em análise. Dessa vez, ele aceitou.

Tiago relaciona a ocorrência das crises de colite e depressão a fortes atritos com o pai, que “é chantagista, autoritário e não suporta ser confrontado porque senão sua pressão sobe e ele ameaça um ataque cardíaco”. Esse pai é “um gastador compulsivo” mas, enquanto teve um cargo de chefia numa Instituição religiosa, foi por ela controlado (não podia ter nome sujo); contudo, após um atrito com seus superiores, ele abandonou o emprego. A partir daí a situação financeira da família saiu do controle – a mãe de Tiago passou a gastar também e, segundo ele, eles usavam cheques das despesas para bancar os gastos. Esse, aliás, foi o estopim da briga de pai e filho que culminou com a crise de colite, pois, segundo Tiago, ele foi “obrigado” pelo pai a gastar os cheques destinados ao pagamento da Faculdade, para cobrir despesas do dia-a-dia, o que o levou a se afundar em dívidas também e a ter que abandonar o curso que adorava e no qual ia muito bem, Relações Internacionais. Quando foi cobrar do pai, brigaram.

Esse rapaz não ficou muito tempo em análise, porque aqui também ameaçou a acumular dívidas (o sintoma não era apenas do pai), pois, apesar de trabalhar, achava que a “obrigação e responsabilidade pelo pagamento do tratamento era do pai”. De certa forma, no seu entender o pai lhe devia isso, pois também era causa de seu sofrimento...

Apesar de aparentemente parecer haver um sentido para a doença nesse caso, o sentido, de certa forma, encobria um sem sentido insuportável para Tiago. Ele se aferrou à nomeação que a médica lhe fez e, a partir daí, fazia relatórios de seu estado de saúde a cada sessão de análise – não ocorriam fantasias e sonhos, mas um diário da colite (não suportava os cortes ou intervenções e não aceitava falar de outra coisa). Numa das sessões, ele se descreveu “como tendo gosto pela arrumação” e relatou um ritual obsessivo sem o qual não tinha “sossego”.

Doente, considerado por todos “esquisito”, desde a infância, Tiago relata que “junto com a colite vieram outras doenças”: depressão, dificuldade de raciocinar, dormência na cabeça, gripe, pé-de-atleta, micose (na área genital e no pé), bronquite com muito pigarro (mas bronquite ele tem desde criança e, a partir de uma fala de um médico de que teria crises uma vez por ano, passou a tê-las pontualmente no Natal e *Réveillon*), etc.

Virgem, por “convicção religiosa” (se guardava para sua esposa), resolveu ir a uma boate com amigos e lá, resolveu sair com uma menina de programa para “ver como é que era”. Segundo ele, ao saber que o rapaz era virgem a “menina” praticamente o estuprou. Apavorado, cheio de culpa, teve um recrudescimento de angústia, o que possibilitou o deslizamento do assunto

doença para sexo e a angústia que lhe subjazia. A partir daí, ele se recusa a pagar pela análise (o pai também), e o tratamento é interrompido.

2.3 Um caso de alternância – estabilização pelo FPS? (relatado por um colega)

Juquinha (apelido de Juca), rapaz de 33 anos, esquizofrênico, foi trazido para análise por sua mãe, uma viúva muito rica, arrogante, acostumada a se dirigir a todos, inclusive ao filho, como subalternos. Ela não o deixava falar, nem nas primeiras consultas – entrava com ele na sala, respondia às perguntas que lhe eram dirigidas pelo analista e, quando ele dizia alguma coisa com a qual ela não concordava, era fuzilado por seu olhar severo e recriminador, perante o qual ele “murchava”. Mais do que respeito essa mãe lhe inspirava um verdadeiro pavor. Ela, por sua vez, quando se referia a ele, falava horrores.

Seu primeiro surto foi na adolescência, logo após a morte do pai. Ele passou a ficar mais com os empregados porque sua mãe viajava muito e o deixava só.

Muito tímido, inteligente e dócil, na ausência da mãe, Juquinha se mostrava falante e discorria sobre vários assuntos. Tinha uma aparência neurótica, apenas com uma inibição mais acentuada acompanhada de uma certa “esquisitice”. Por outro lado, nesses momentos de ‘normalidade’ ele apresentava uma psoríase muito grande, com placas enormes em todo o corpo, era medicado com uma droga importada, extremamente potente, e com isso as lesões regrediam e desapareciam. Porém ocorria uma alternância muito nítida –

quando as lesões eram curadas, ele entrava em surto delirante do qual saía mediante uma nova crise de psoríase.

Podemos perceber que nos três casos algo no organismo parece se rebelar de maneira incompreensível, resistindo aos tratamentos que lhe eram dispensados. Um intratável que se mostrava em surtos, às vezes violentos e ensandecidos, fazendo-se necessário o uso de medicamentos que outros males traziam, paralelamente ao benefício de uma trégua. Nessa situação, alívio e desespero se alternam parecendo fazer parte da rotina do psicossomático.

3. PSICOSSOMÁTICA

“Pois, assim como não existe psicoterapia psicanalítica, também não existe medicina psicossomática – contrariamente ao que afirma a corrente dita psicossomática que invadiu o pensamento médico – porque é impossível conciliar psique e soma no campo do discurso médico”. (Jorge, 1983, p.23)

Psicossomática ou FPS?

No decorrer deste trabalho aparecem os dois termos; o primeiro é mais usado na literatura médica e psicanalítica e o segundo é utilizado apenas pelos psicanalistas lacanianos, até onde pudemos constatar. Lacan o utiliza apenas no *Seminário 2*, em 1954, e é mais freqüente vê-lo recorrer ao termo “o psicossomático”. Infelizmente não nos foi possível descobrir quem foi o primeiro a utilizar a expressão – fenômeno psicossomático – (talvez o próprio Lacan) mas, em nossa opinião, o interesse da nomenclatura de *fenômeno* para este tipo de manifestação orgânica advém do próprio significado do termo, tanto o geral quanto o dentro da filosofia, de acordo com o *Dicionário eletrônico Houaiss de língua portuguesa*:

- 1 – tudo o que se observa na natureza
- 2 – (*por extensão de sentido*) fato ou evento de interesse científico, que pode ser descrito e explicado cientificamente
- 3 – (*filosof.*) apreensão ilusória de um objeto, captado pela sensibilidade ou também reconhecido de maneira irrefletida pela consciência imediata, ambas incapazes de alcançar intelectualmente a sua essência.

Como veremos, o FPS diz respeito a algo que se mostra de difícil apreensão cuja essência é impossível de ser alcançada intelectualmente, pois fala-se muito disso, mas sua essência está sempre alhures. Trata-se, para nós, de um evento de interesse científico que difere do sintoma de um modo geral, por não se deixar prender num sentido, uma vez que comporta um enigma da ordem da holófrase, como explicaremos adiante, obrigando a todos que dele cuidam a uma postura diferenciada.

Mas achamos importante ao falarmos de psicossomática, palavra que traz a união de dois campos – psíquico e soma/corpo –, delimitar qual a nossa compreensão desses termos, uma vez que se trata de palavras que caíram no uso de outras abordagens e até mesmo no uso popular. Psique e soma – de que se trata em Psicanálise?

3.1 Psique e Soma

Cogito ergo sum – após Descartes, a razão foi considerada, durante muito tempo, como um dos atributos que diferenciava o homem, ser racional, dos outros seres – os irracionais. Ainda hoje, uma atitude impensada, impulsiva vem logo acompanhada dos adjetivos: insensato, desarrazoado, disparatado, entre outros. Assim, o atributo de ser consciente, racional, foi e ainda é confundido com o processo psíquico do ser humano. A partir de Freud, porém, vemos que o consciente é apenas uma qualidade desse processo e, segundo ele, uma qualidade inconstante – “uma qualidade que está com muito mais freqüência ausente do que presente” (Freud, v. XXIII, p.317). Para ele o psíquico, “seja qual for sua natureza, é em si mesmo inconsciente”... (idem, p.317) e muitas vezes consegue

se sobrepor às intenções conscientes; como sabemos, o homem é onde não se sabe. Isso aponta para esse atributo de ser inconsciente pois há algo do “ser sujeito” que é da ordem do inconsciente, é ligado ao desejo que não se dá a conhecer, daí a expressão – sujeito do inconsciente. Além disso, a íntima relação com o processo somático é algo que não pode ser desconsiderado e é o próprio Freud que nos lembra: ... “não se pode desprezar por muito tempo o fato de que os fenômenos psíquicos são em alto grau dependentes das influências somáticas e o de que, por seu lado, possuem os mais poderosos efeitos sobre os processos somáticos” (Freud, v. XXIII, p. 317).

Em Psicanálise o soma, do termo psicossomático, implica o corpo paralelo ao corpo biológico; ele que não é dado desde o nascimento, mas construído nas primeiras relações com a mãe, que o marca libidinalmente à medida que cuida de seu filho, à medida que o deseja e lhe atribui significados. Em outros termos, esse corpo vai deixando de ser um simples organismo biológico e vai sendo humanizado, marcado pela energia sexual e pelo desejo e, dele, o indivíduo vai se apropriando, ou não. E é desse corpo pulsional, erógeno, que tratamos e vamos abordar neste estudo do FPS – corpo marcado, em última instância, pela linguagem e pela falta, cuja satisfação é sempre incompleta, desencaixada, o que mantém o sujeito como eterno desejante. Desejo de muitas expressões, muitas roupagens, e que só finda com a morte do organismo.

Trata-se de um corpo diferente daquele ao qual a ciência médica se dedica: corpo organismo, matéria reativa, máquina cujas falhas podem ser estudadas, examinadas, manipuladas, medicadas, enfim, compreendidas pelo cientista. Valas (1988) afirma que o corpo biológico não é real, pois o real deste

corpo é “pulverizado” à medida que nos aproximamos dele por meios científicos, enquanto que, em Psicanálise, “quando falamos de corpo trata-se do corpo próprio em seu aspecto animal, corpo vivo emparelhado ao gozo através da libido, quer dizer do desejo” (Valas, 1988, p.7)³. Além disso, como se trata do corpo de um ser falante (*parlêtre*), ele é também um organismo que, a partir da incorporação da linguagem, pode ser analisado em três dimensões: o Imaginário, o Real e o Simbólico:

- Corpo real \Rightarrow é a carne viva com sua pulsação de gozo. Aqui o corpo próprio é considerado o Outro radical (A).
- Corpo simbólico \Rightarrow é o corpo vazio separado de seu gozo pela operação do significante (o gozo se refugia nas zonas erógenas). Esse corpo é o Outro do significante, significante que despedaça o corpo próprio.
- Corpo imaginário \Rightarrow é o que dá forma e consistência de corpo ao vivente antes que se dissolva pela morte. (Valas, 1988, p. 7-8).

Podemos pensar que a ciência biológica, diante do organismo enfermo, tende a desconsiderar o ser pulsional, uma vez que a dimensão do gozo é excluída, promovendo uma clivagem no sujeito – soma/psique – na qual apenas o corpo, como organismo, ou um conjunto composto por partes, receberá sua atenção, exames e medicação. A segunda parte, a psique, estrutura psíquica inconsciente, inundada pela libido, marcada pela linguagem, quando lembrada, está esvaziada do sujeito e se torna objeto da Psiquiatria. Como nos diz Lacan: “O que ocorre não é que a ciência se oponha ao sujeito, é que o arranca da

³ “Cuando hablamos del cuerpo, se trata del cuerpo proprio en su aspecto animal, cuerpo vivo apareado al goce a través de la libido, es decir del deseo” (p.7).

linguagem, o expulsa. Cria fórmulas de uma linguagem vazia de sujeito” (Lacan, 1967)⁴. O indivíduo, assim alijado de seu ser pulsional, semicompreendido, queda dessubjetivado, apassivado pelo saber da ciência, e se alia a ela para combater um “mal/mau”, que lhe é sempre externo, – não existe furo nesse saber, tudo tem explicação, tudo tem resposta mesmo que vaga (daí a metáfora usada para referir-se à ciência como “conhecimento paranóico”), pois ao arrancar o sujeito da linguagem o que se nega é sua dimensão inconsciente que nos traz o mal-entendido. Até mesmo o “fator emocional”, quando lembrado, é usado como resposta obturadora de uma outra dor, diante da qual há um desconcerto tanto do paciente quanto do médico. Emocional que muitas vezes se confunde com a intenção consciente, que podemos constatar nas falas do tipo: “Fulano fez um câncer.”

Em Psicanálise dizemos que o corpo é tomado pela pulsão desde o início da vida. Antes da entrada da linguagem, podemos pensar, em termos puramente lógicos, que se trata do corpo todo, não castrado, em estado de gozo. É a partir da intervenção do significante da lei, da metáfora paterna, que haverá um corte e um esvaziamento desse gozo, ou seja, a pulsão passa a ser restrita às bordas corporais, às zonas erógenas. É como nos diz Miller (1990):

“...a incorporação da estrutura de linguagem exerce sobre o corpo um efeito preciso, que é a separação do corpo e do gozo, princípio a que se pode chamar sua evacuação, seu esvaziamento, o fato deste gozo estar reservado a certas zonas do corpo, ditas erógenas por Freud. E isso nos conduz a supor o corpo – eu desenvolvi recentemente este tema – como deserto de gozo – o que tem relação com o hieróglifo no deserto” (Miller, 1990, p.92).

⁴ ... “ Lo que ocorre no es que la ciência obvie al sujet, es que lo saca de lenguaje, lo expulsa. Crea fórmulas de un lenguaje vacio de sujet...” (*La lógica del fantasma* - aula 15 – 12/04/67. Edição eletrônica em espanhol).

Além disso, como resultado dessa ação significativa ocorre a fragmentação, desvitalização e mortificação do corpo. “A incorporação da estrutura tem um efeito mortífero, mas o gozo, ao contrário, é uma função vital (...) a linguagem mata o corpo (...) a articulação significativa mesma é fragmentadora para o corpo” (Miller, 1999, p.27)⁵.

Não se trata, portanto, do corpo como um simples organismo da natureza, mas de um efeito de linguagem, marcado pelo Outro. Daí não podermos pensar, em Psicanálise, na separação soma/psique como o faz a ciência médica. Ao contrário, aqui tira-se a barra entre a psique e o soma e pensam-se os dois juntos, faces de uma mesma coisa, como numa banda de *Moebius*, na qual não se pode determinar onde se inicia uma e termina a outra, na qual o sintoma em um está enraizado no outro. Por outro lado, não queremos dizer que, por ser um efeito de linguagem, tudo o que ocorre no corpo tem resposta, pois o significativo não tem como abarcar, dar sentido, a tudo que vem do real, ou seja, lidamos com o furo no saber diferente do saber, da ciência que forclui aquilo que não é literalizado.

Valas (1988) propõe um esquema interessante para localizar os fenômenos do corpo, de grande importância para este estudo, uma vez que, ao propor a diferenciação entre eles, nos auxilia no enquadramento de nosso objeto de pesquisa:

As enfermidades orgânicas (R) – afetam o real do corpo mas estão fora do simbólico (o gozo do Outro manifesta-se pela dor).

As somatizações (RIS) – afetam o real do corpo e são induzidas pelo significativo, mas não estão fora do sujeito.

⁵ “La incorporación de la estructura tiene un efecto mortífero, pero el goce, por el contrario, es una función vital (...) el lenguaje mata el cuerpo (...) es la articulación significativa misma la que es fragmentante para el cuerpo” (Miller, 1999, p.27-28).

Os *FPS* – afetam o corpo real lesionando-o em sua consistência imaginária. Os FPS também são induzidos pelo significante, mas ainda que se encontrem fora de subjetivação, não estão fora da linguagem.

As *conversões* – afetam o organismo, quer dizer o corpo, mas sem seu real. Trata-se então de conversões simbólicas.

As *manifestações hipocondríacas* – afetam o corpo imaginário sem lesioná-lo.

Os *transtornos funcionais* – são determinados pelo significante que toca o real do corpo sem lesioná-lo.

3.2 Um breve histórico

Desde a Antiguidade o homem debruça-se sobre o mistério da vida e da morte, do adoecer e de suas possibilidades de cura muitas vezes buscadas nos rituais religiosos, na magia, no poder das ervas e da sugestão. De Hipócrates a Tales de Mileto, passando por alguns filósofos, entre eles Sócrates, Platão, Descartes, Rousseau, novas idéias surgiram sobre a concepção do homem, da alma, da razão, da vida e do adoecer. Pode-se dizer que, apesar de ser considerada uma disciplina nova, desde os primórdios da civilização, a Psicossomática esteve presente nas mais diversas práticas curativas nas quais as relações do corpo e da alma ou espírito não eram negligenciadas.

Porém, o criador da expressão psicossomática foi um psiquiatra alemão, Heinrotz, em 1818, “em um artigo sobre a influência das paixões sobre a tuberculose, a epilepsia e o câncer, ressaltando a importância da integração dos aspectos físicos e anímicos do adoecer” (Volich, 2000, p.41). Segundo Caldeira

(2001), ele foi desacreditado e encarado como um “romântico” por seus colegas uma vez que suas idéias careciam de comprovação científica.

Ainda assim, mesmo caminhando na contramão desse cientificismo, importantes trabalhos vêm sendo desenvolvidos neste campo, com o intuito de explicar este tipo de conhecimento que desafia o saber médico. Autores de diferentes abordagens e linhas de pensamento se dedicaram e ainda se dedicam ao estudo da Psicossomática. Por questão de ordem prática, faremos um breve percurso somente sobre as teorias que mais se destacaram na interface da Psicossomática com a Psicanálise.

Para muitos autores, Freud foi o grande inspirador da Psicossomática, e apesar de nunca ter se dedicado à pesquisa desse campo, pode-se dizer que a abordagem psicanalítica dessa disciplina não deixa de ser herança de seus estudos sobre as neuroses atuais (neurose de angústia, neurastenia e hipocondria). Para ele, apesar de essas neuroses não se referirem a uma história como as psiconeuroses, devido ao seu caráter de atualidade, em ambas as neuroses, ocorre o “acúmulo de excitação no corpo” que se sobrecarrega pela falta de descarga. A principal diferenciação que ele estabelece entre elas é que nas neuroses de angústia não há uma vinculação da soma de excitação a um representante psíquico, ou seja, diferente das psiconeuroses por não ter um sentido (na histeria a excitação é psíquica e na neurose de angústia é somática).

“A neurose de angústia também tem uma origem sexual, tanto quanto eu posso perceber, mas não relacionada a idéias provenientes da vida sexual; para falar a verdade, não há qualquer mecanismo psíquico. Sua causa específica é a acumulação da tensão sexual, produzida pela abstinência ou pela tensão sexual não consumada” (Freud, v. III, p. 97).

Para Ribeiro e Santana (2003), Freud deixa, através das neuroses atuais, um grande legado para o estudo dos fenômenos psicossomáticos: “teorizar o sintoma somático como o produto da angústia – sem a mediação da repressão –, o caráter atual da etiologia e o sintoma como consequência da não satisfação da libido” (Ribeiro e Santana, 2003, p.140-141). Ele mostra o caminho desse estudo quando afirma que “no impedimento de uma formação de um sintoma, a angústia irrompe, surgindo, assim, uma situação de perigo análoga ao nascimento, deixando o eu desamparado” (idem, p.142).

Os trabalhos freudianos sobre histeria de conversão e neurose de angústia, afecções com essa íntima relação com o somático, levaram muitos de seus seguidores à tentação de generalização dos mesmos princípios em todas as formas de doença.

Groddeck, contemporâneo e admirador dos primeiros trabalhos de Freud, foi um deles; considerado por muitos como o Pai da Psicossomática, foi o primeiro estudioso a aplicar as idéias freudianas para esclarecer e tratar de males orgânicos, e talvez seja essa sua maior contribuição. Ele foi reconhecido por Freud, em *O Ego e o Id*, como a primeira pessoa a empregar a expressão “o Isso” (*das Es*), mas o uso que faz desse conceito se diferencia do freudiano – trata-se, para ele, do “organismo”, da “força vital” (Groddeck, 1992, p. 97) e, em alguns momentos, ele é equiparado ao conceito de inconsciente. Para esse autor, o ser humano é vivido pelo Isso, ele não sabe o que faz, sendo o Eu apenas uma “forma de expressão d’Isso” (idem, p.29) e tanto a doença orgânica quanto as nervosas ou psíquicas são formas escolhidas pelo Isso para defender-se do recalque. Em suas palavras, num texto de 1921:

“O inconsciente utiliza doenças e distúrbios orgânicos – e, num sentido mais amplo, procedimentos orgânicos – na representação mímica dos recalques, do mesmo modo que lança mão das convulsões histéricas ou qualquer outro sintoma neurótico” (Groddeck, 1992, p.79).

Ou seja, para Groddeck a doença tem um sentido, ela não vem de fora, mas do Isso, que deseja, através dela, “expressar alguma coisa com a enfermidade” (Groddeck, 1992, p.97) – pode ser uma advertência, um castigo, a expressão do medo da morte, a expressão do desejo de que nada entre ou saia do corpo, etc, “pois a lei é essa: cada ação do Isso tem um duplo sentido, um senso e um contra-senso, ou talvez um múltiplo sentido” (idem, p.101).

Esse autor, dessa forma, atribui ao registro simbólico um poder hegemônico no aparelho psíquico. Ele nega a possibilidade de furo nessa “lei” do sentido, o que o aproxima do conhecimento paranóico ao qual não faltam “elementos que possam ser acoplados na trama semântica da semelhança” (Teixeira, 2004, p.186). Esse tipo de conhecimento “revela, assim, a expansão desregulada da dimensão imaginária, na forma de um saber que deverá proceder à acumulação infinita de confirmações suscitando-se umas as outras”. (idem, p.187).

Outro autor com um trabalho relevante em Psicossomática foi Alexander. Ele estava entre o grupo de psicanalistas europeus que se dirigiu para os Estados Unidos quando da ameaça de expansão da ideologia e do regime nazistas da Alemanha. Segundo Volich (2000), “todos os pioneiros da psicossomática tiveram contato com as formulações freudianas. Georg Groddeck, Felix Deutsch e Franz Alexander conviveram por quase dez anos na Associação Psicanalítica de Berlim” (Volich, 2000, p. 88).

Alexander, junto com Deutsch, Flanders, Dunbar e outros, foi um dos fundadores da “Escola de Psicossomática de Chicago”. Para ele, os problemas de um paciente formavam uma “totalidade” não podendo ser divididos entre físico e mental, pois os “fenômenos somáticos e psicológicos ocorrem no mesmo organismo e são meramente dois aspectos do mesmo processo” (Alexander, 1989, p. 46). Ele acreditava que as influências emocionais pudessem “estimular ou inibir a função de qualquer órgão” e utilizava a expressão “neurose vegetativa” para se referir aos “distúrbios funcionais dos órgãos vegetativos, “que são causados, pelo menos parcialmente, por impulsos nervosos, cujas origens mais remotas são processos emocionais...” (Idem, p.37). Mas além dessa influência nos distúrbios funcionais ele admite que, também nos ‘distúrbios orgânicos genuínos (aqueles que possuem ‘alterações teciduais demonstráveis’), o fator emocional faz parte da etiologia:

... “muitos distúrbios crônicos não são causados primariamente por fatores químicos ou mecânicos externos, nem por microorganismos, mas sim pelo stress funcional contínuo que aparece durante a vida cotidiana do individuo na sua luta pela existência” (Alexander, 1989. p.39).

Percebemos aqui uma aproximação com a pesquisa finlandesa, já citada no início deste estudo, sobre a interferência dos “eventos estressantes da vida” no risco de câncer de mama. Psiquismo e organismo como faces contínuas de um mesmo objeto no qual é impossível afetar um sem tocar o outro.

Curiosamente esse autor já chama a atenção para o fato de as doenças atenderem às necessidades neuróticas do sujeito, que pode alternar sintomas neuróticos e sintomas orgânicos. Este fato tem chamado nossa atenção nesta pesquisa, inclusive no caso da psicose na qual percebe-se uma alternância entre

surtos psicóticos e psicossomáticos (como podemos observar no caso clínico de Juca); ou seja, este autor já nos dá uma indicação de uma função desse ‘adoecimento do sujeito’. Para ele, esses sintomas orgânicos seriam uma canalização de tendências inconscientes alheias ao ego podendo ser usados “secundariamente para a expressão dessas tendências”.

“Os sintomas orgânicos podem evitar que o paciente desenvolva sintomas mais severos no nível psicológico. Portanto, a melhora dos sintomas orgânicos freqüentemente apresenta um novo problema para o ego: encontrar um novo meio de vazão para as tendências antes aliviadas, pelos sintomas orgânicos” (Alexander 1989, p.202).

Alexander, aparentemente, discorda de estudiosos que tratavam os distúrbios psicogênicos do corpo dentro do conceito de conversão histórica. Para ele isso não se coloca, pois os órgãos vegetativos são controlados pelo sistema nervoso autônomo, que não está diretamente vinculado aos processos de ideação. Por outro lado, ele afirma que os distúrbios emocionais crônicos podem levar ao distúrbio de funcionamento de um órgão vegetativo que conduz, gradualmente, a alterações teciduais e a uma doença orgânica irreversível. Ou seja, mesmo não aceitando o conceito de conversão, nos parece que esse autor admite, mesmo sem dizê-lo, que a doença tem um sentido psíquico como um sintoma, pois se Groddeck atribuía um sentido direto às afecções somáticas, ele trabalha com o que poderíamos chamar de causalidade indireta: emoção \Rightarrow distúrbio de funcionamento de um órgão vegetativo \Rightarrow doença orgânica. Dentro de nossa compreensão, seria uma variante da concepção groddeckiana, que a modifica, mas não a invalida; daí pensarmos na atribuição de sentido ou na metaforização da afecção somática, ainda que passando por um desvio. Porém, dentro dessa

concepção teórica parecem ficar de fora aquelas afecções que não têm sentido algum ou o têm holofraseado no corpo. Não estariam esses autores se referindo às categorias de somatizações ou até mesmo de lesões funcionais, ambas induzidas pelo significante, como Valas nos propõe?

Na França, a partir de 1947, psicanalistas parisienses interessados em psicossomática publicavam artigos sobre o tema. Um grupo da Sociedade Psicanalítica de Paris, sob o impulso de Marty, criou a Escola de Psicossomática de Paris, que buscou dar à psicossomática o *status* de disciplina científica. Para eles, a investigação psicossomática do adulto remete, em parte, a dificuldades de diversas ordens em sua infância.

Em seu livro *A Psicossomática do Adulto* de 1993, Marty¹ faz um apanhado geral das pesquisas de seu grupo e afirma que o grande mérito desses especialistas em psicossomática foi “prosseguir suas pesquisas fora dos caminhos usuais, na hipótese de uma construção incompleta ou de um funcionamento atípico do aparelho psíquico dos pacientes somáticos” (Marty, 1993, p.16), o que interfere em sua função de regulador do funcionamento psicossomático, e dos destinos da excitação no organismo. Eles desenvolvem um corpo teórico que tem por balizas os seguintes conceitos:

Pensamento operatório ⇒ “as atividades fantasmáticas e oníricas permitem integrar as tensões pulsionais e protegem assim a saúde física individual” (Idem, p.17); o pensamento operatório é um pensamento de poucas representações, que evidencia a carência funcional dessas atividades. É marcado pelo atual e factual, ele “pode ser considerado como uma modalidade do processo secundário, por

¹ Neste livro, publicado em 1990 na França, o autor expõe o essencial de suas pesquisas desde 1947: conhecimentos, convicções e hipóteses,

causa de sua orientação para a realidade sensível, a preocupação de causalidade, de lógica, de continuidade” (Idem, p.17).

Depressão essencial ⇒ (ou depressão psicossomática ou depressão sem objeto) ⇒ “constitui a essência mesma da depressão, isto é, o rebaixamento de nível do tônus libidinal sem contrapartida econômica positiva” (Idem, p.19). Ela se estabelece a partir de acontecimentos traumáticos que desorganizam um certo número de funções psíquicas; é “comparável à morte” e nela a energia vital se perde.

Desorganização progressiva ⇒ “destruição da organização libidinal de um indivíduo em um dado momento (...). Na maioria dos casos ela conclui-se por um processo de somatização.” Para o autor, “os fenômenos clínicos são uma das manifestações mais claras do Instinto de morte” (Idem, p.20).

Nas desorganizações progressivas ocorre uma evolução da desorganização somática, acompanhada pela desestruturação da organização libidinal e redução da complexidade do funcionamento mental; o pré-consciente funciona de forma precária, o que perturba a elaboração mental de excitações; o Ego-ideal (natureza narcísica) substitui a instância super-egóica (natureza edípica); diminuem as possibilidades de descarga pelo comportamento, o que implica no afluxo de angústias difusas, na depressão essencial e na vida operatória. Para Marty, essas dinâmicas preparam o caminho para as desorganizações somáticas que podem implicar na manifestação de doenças diversas de evolução variável e até mesmo doenças graves.

Segundo Volich (2000), inúmeros autores observaram as perturbações da atividade cognitiva e da expressão afetiva em pacientes diagnosticados como

“psicossomáticos”. Cabe aqui citar um deles, apesar de não ser psicanalista, uma vez que tem sido referência em diversos trabalhos de psicanalistas sobre a psicossomática. Trata-se de Syfneos, psiquiatra americano que, em 1972, propôs a criação do termo *alexitimia* para descrever as deficiências afetivas e cognitivas observadas nos indivíduos na sua maneira de experimentar e expressar suas emoções, próximas das descritas por Marty e seus colegas. Essa palavra de origem grega (a = sem; lexis = palavra; thymos = coração ou afetividade) designa, segundo Mc Dougall (2000),

“o fato de que o indivíduo não tem palavras para dar nome a seus estados afetivos, ou, caso consiga dar nomes a eles, o fato de que não consegue distinguir um estado de outro. Não seria capaz, por exemplo, de distinguir entre angústia e depressão, entre medo e irritação, excitação e cansaço, cólera e fome, etc.” (Mc Dougall, 2000, p.26).

Syfneos, segundo Haynal e outros (2001), sugeriu como substrato neurofisiológico a falta de uma conexão entre o sistema límbico (local de emoção) e as regiões neocorticais (base neurofisiológica de avaliação crítica de seus sentimentos).

Entretanto, Mc Dougall (2000) adverte, a partir de sua experiência clínica, que nem todos os pacientes que apresentam sinais de alexitimia e de pensamento operatório adoecem somaticamente e que “muitos outros, que sofrem de um determinado número de afecções psicossomáticas graves, não apresentam a carapaça operatória e alexitímica que caracteriza os pacientes psicossomáticos” (Mc Dougall, 2000, p.38). Ao contrário, em sua prática, ela teve a oportunidade de analisar pacientes que sofriam de doenças autenticamente psicossomáticas e que viviam envolvidos com suas experiências

afetivas e com sua realidade psíquica (Idem, p.38-39). Além disso, aqueles pacientes pouco marcados pela alexitimia e pelo pensamento operatório eram dotados de forte capacidade de “metaforização” de seus conflitos e se “livravam de seus sintomas relativamente cedo no curso de uma longa análise” (Idem, p. 19).

Como a autora, também percebemos isso em nossa clínica, o que pode ser exemplificado pelos Casos 1 e 2. Marina seria o exemplo da paciente pouco marcada pela alexitimia e pelo pensamento operatório; sua análise transcorreu de maneira mais fluida e ela conseguiu ir além do *blábláblá* sobre a sintomatologia orgânica, falar da angústia que lhe subjazia e se livrar, em parte, de sua sintomatologia psicossomática e neurótica. Já Tiago, fortemente alexitímico, de vida fantasmática pobre, não permitiu, durante o pouco tempo que esteve conosco, o deslizamento na cadeia significante, estava mais arraigado ao seu sintoma orgânico e à nomeação que ele lhe fazia.

Por outro lado, Mc Dougall, com trabalhos relevantes sobre o assunto, não discorda dos “psicossomatistas” em sua observação sobre o pensamento operatório e a alexitimia, mas constata que tais fenômenos, em sua experiência, tinham “função defensiva”, levando “a um estágio de desenvolvimento no qual a distinção entre sujeito e objeto ainda não é estável e pode despertar angústia” (Mc Dougall, 2000, p.26). Para ela, tal regressão explica o fato de as mensagens enviadas pelo corpo ao psiquismo, ou inversamente, serem “inscritas psiquicamente sem representação de palavras, como no início da infância”. Ela admite, assim, a importância das primeiras trocas mãe/bebê, nas quais a primeira precisa saber “ouvir” as comunicações do segundo, evitando “violentá-

lo” com a imposição de seu próprio desejo ou necessidade que implicaria, nele, num sentimento de ódio e frustração, levando-o a buscar defesas radicais para se proteger das crises afetivas resultantes. A função materna fundamental seria, então, a de “uma tela protetora contra estímulos transbordantes que acometem a criança provindo tanto de dentro quanto de fora” (Idem, p. 71). Não poderíamos pensar aqui na mãe como um protótipo daquilo que viria a ser a fantasia? Problemas nesse primeiro vínculo podem levar tanto à psicose quanto à “psicossomatose”, sendo que a “escolha” entre as duas, talvez, seja, “em certa medida, devido à constelação familiar e ao papel simbólico representado pelo pai na organização psíquica” (Idem, p.29).

Mc Dougall faz também uma aproximação entre o fenômeno psicossomático e a psicose no que se refere às angústias vinculadas ao seu aparecimento e à forma de tratamento da linguagem. Enquanto na psicose o pensamento “pode ser concebido como uma ‘inflação delirante’ do emprego da palavra com a finalidade de preencher os espaços de vazio aterrorizante” (...), nos somatizantes os processos de pensamento “procuram esvaziar a palavra de sua significação afetiva” (...). “Nos estados psicossomáticos é o corpo que se comporta de maneira ‘delirante’; ele ‘hiperfunciona’ ou inibe funções somáticas normais e o faz de modo insensato no plano fisiológico. O corpo enlouquece” (Mc Dougall, 2000, p.22). Mas em ambas é encontrada

“a mesma confusão inconsciente a propósito da representação do corpo continente, os mesmos temores quanto a seus limites e à sua estagnidade e, a partir de fantasias de fusão corporal, um terror idêntico de perder o direito à identidade separada, tanto quanto o de ter pensamentos e emoções pessoais” . A comparação entre essas duas organizações não se limita à força dinâmica das fantasias primitivas; em alguns casos, revela uma semelhança quanto aos recursos econômicos mobilizados para se defender desses terrores arcaicos” (Mc Dougall, 2000, p.20).

A mesma autora faz, por outro lado, uma aproximação entre afecções somáticas e a neurose, admitindo a existência de uma sexualidade primitiva, dotada de aspectos “sádicos fusionais” na origem das regressões psicossomáticas. Mas esclarece que, enquanto a histeria neurótica é construída a partir dos laços verbais e visa preservar a sexualidade, a *histeria arcaica* (termo usado por ela para qualificar os sintomas psicossomáticos) se constrói a partir de laços somatopsíquicos pré-verbais e visa preservar o corpo inteiro e a vida do indivíduo.

O trauma estaria na gênese dessas afecções, ele não chega a ser simbolizado (não sofre negação, recusa ou recalque) e é lançado para fora do psiquismo sem sinais de angústia. O organismo reage a ele como se estivesse exposto a substância tóxica.

“Fenômenos somáticos desse tipo são mensagens enviadas pelo psiquismo quando este se sente ameaçado pelo reaparecimento de acontecimentos dolorosos, culpabilizantes ou ameaçadores, cuja representação, porém, é logo lançada para fora do consciente. É como se estivessem assimilados a substâncias tóxicas contra as quais o corpo deve reagir (...) ... esses fenômenos, ainda que dotados de um sentido psicológico, pertencem a uma ordem pré-simbólica e constituem uma resposta somatopsíquica emitida pelo psiquismo em seu esforço para conjurar as angústias que seriam talvez psicóticas caso chegassem à consciência.” (Mc Dougall, 2000, p. 68-69).

Sabemos que Mc Dougall estudou as obras de diversos autores e fica clara, em sua teorização, a influência que eles exerceram sobre seu pensamento. De nossa parte, achamos importante salientar, em sua teorização, a relação do FPS com o trauma, a ocorrência pré-verbal, a falta de simbolização e a aproximação com a psicose. No entanto, entendemos que essa autora aborda a

ocorrência pré-verbal como condição para que o significante, no so-dépois da repetição, instale o trauma, ou seja, ela trabalha como se a ocorrência pré-verbal fosse suficiente; esta pode ser necessária, mas não suficiente.

Além destes autores, é importante, pois, nos referirmos ao trabalho de Lacan e seguidores tais como, Guir, Merlet, Miller, Stevens, Valas e outros que têm contribuído, com suas pesquisas, para a compreensão do campo de estudo da psicossomática. Esses pós-lacanianos, a partir de pequenas referências na obra de Lacan, fizeram articulações teóricas importantes sobre o FPS, referindo-o a uma incidência do real sobre o corpo. Além disso, eles insistem na falta de sentido da lesão, diferenciando-a do sintoma histérico (formação do inconsciente) e, de certa forma, aproximando-a da psicose ao detectarem a presença da holófrase em sua constituição. Em função desses posicionamentos, levantamos algumas questões que pretendemos responder no decorrer desta exposição. Apesar da presença da holófrase, trata-se de psicose? Mas, se aparecem lesões em neuróticos, elas se equivaleriam ao sintoma? Trata-se, então, de uma manifestação que ocorre independentemente da estrutura, justificando-se, assim, a designação de fenômeno.

Tendo em vista a presença, na literatura sobre psicossomática, de uma certa tendência a tratar o fenômeno pela via do sintoma, gostaríamos de começar a responder tais questões com uma breve dissertação sobre o sintoma em Psicanálise, antes de abordarmos a teoria lacaniana do FPS. Pretendemos com isso traçar uma linha divisória entre os dois justificando a posição adotada nesta pesquisa.

O sintoma é considerado como um substituto de um dizer, ou seja, as representações inconscientes recalçadas, que ameaçam o eu, em função de seu conteúdo pulsional (agressivo ou sexual), encontram uma forma indireta de acessar à consciência. Assim, quando falamos de um sintoma, referimo-nos à existência de um outro conteúdo deslocado, que ficou por ser dito, do qual ele não deixa de ser o representante. Nesta formação do inconsciente existe sempre uma intenção velada, pois ela é da ordem de desejos carregados de libido, mas impedidos de descarga pela censura e mantidos recalçados.

Pode-se dizer que o sintoma neurótico é como um escrito, que pode ser lido por aqueles que conseguem traduzi-lo e interpretá-lo e que está ligado aos principais conflitos do indivíduo. Devemos a Freud sua elucidação: através da escuta atenta do discurso da histérica, ele pôde compreender que, para além do teatro, havia uma outra determinação do sintoma, este estava ligado àquilo que ele chamou de conteúdos psíquicos inconscientes. Por outro lado, o sintoma obtura a causa do desejo do qual é o representante e, ao fazê-lo, afasta a angústia que adviria de sua conscientização. Daí a dificuldade de tratá-lo, pois, muitas vezes, ele é a única maneira de dizer aquilo que não é possível ser dito pelo sujeito, devido ao desconhecimento da matéria.

Dizemos então que o sintoma é um substituto, substituto ou retorno do recalçado, daquilo que foi expulso da consciência e que tem a estrutura de uma mensagem cujo veículo é o corpo, lugar da marca do sofrimento – ele tem um significado, um sentido outro sob sua aparência. Ele é uma metáfora, pois opera com significantes que estão em relação substitutiva com algo; assim ele está relacionado à estrutura de linguagem. Trata-se de uma das formações do

inconsciente, expressão de um conflito, que junto com os sonhos, atos falhos e os chistes, denuncia um desejo que permanece oculto. Ele se endereça a alguém; um escrito em outra língua que se mantém à espera de ser lido, traduzido; dito cujo dizer precisa ser libertado. “Ele permite, por sua própria estrutura, uma (re)formulação, uma (re)inscrição, um (re)fazer-se como linguagem, e implica duas operações: a substituição e o deslocamento” (Fonseca & Santoro, 1999/2000, p.25).

Nosso objeto de pesquisa é pois o FPS – não se trata de sintoma, transtorno ou somatização no corpo, mas de um fenômeno, palavra que vem do grego *phainómenon*, que significa “coisa que aparece” (tradução interessante se pensarmos na lesão em si). Diferentemente da abordagem de outros autores, ele não é sintoma, não tem sentido, não é metafórico – trata-se de uma manifestação do real inapreensível pelo significante.

“ ‘Esses fenômenos são estruturados bem diferentemente do que pode se passar nas neuroses’. Lacan distingue-os, portanto, como fenômenos e não os define como sintomas, os quais para nós correspondem à definição muito precisa de serem estruturados pelo significante segundo a duplicidade S, significantes
s significado

(Valas, 1990, p.79).

Em tudo isso reside o seu enigma, pois se por um lado ele não é apreensível pelo significante, por outro ele é acionado pelo significante que tem efeito traumático sobre o sujeito, que não consegue subjetivá-lo, mas é passível de tratamento pelo simbólico, pela Psicanálise (tratamento do real pelo simbólico – Lacan, *Seminário 11*).

4.TRAUMA

(...) “*este momento traumático é despertado por um grão de realidade, isto é, por um apelo significante*” (Nasio, 1993, p.111).

O conceito de trauma sempre esteve presente na obra de Freud – desde os primeiros escritos pré-psicanalíticos com Breuer até o texto de *Moisés e o Monoteísmo*, é possível encontrar alguma referência a ele. Trata-se, porém, de uma concepção que, mesmo não tendo origem psicanalítica, foi sendo desenvolvida com a própria Psicanálise, refletindo, de alguma forma, as nuances pelas quais passava o pensamento freudiano. Sempre associado à etiologia da neurose, esse conceito, ainda hoje, é de grande importância e se faz presente no ato da fundação do sujeito falante – a entrada da linguagem é traumatizante para o *parlêtre*.

Este conceito tão importante numa época em que o sexual era proibido, continua em voga ainda hoje, quando o sexual é banalizado e veiculado na mídia. Grandes mudanças se operaram na sociedade, nos costumes, mas o ser humano, ou melhor, o ser falante, segue traumatizado e, apesar da liberação sexual, pode-se dizer que segue recalçado, forcluído ou renegado. Nem tudo que se passa no psiquismo pode receber um tratamento simbólico, pois existem horrores que não têm como ser subjetivados, tais como as vivências de castração, do não-ser, do ser dividido. Vivências de um real implacável nas quais está implicado certamente o “registro do Outro e a sua obscura vontade”, como nos lembra Soler (2004, p.46), mas, como ela também salienta, que podem ser referidas às catástrofes naturais como as inundações, terremotos,

tsunamis, por serem “o que se pode crer o mais real do real na medida em que exclui todo sujeito” (Idem, p. 46). Essa noção de exclusão do sujeito é também importante neste trabalho pois defendemos a idéia de que, diferentemente do sintoma, o FPS encontra-se fora da subjetivação. É interessante a maneira como Soler, inicialmente, a esta se refere em seu artigo:

(...) “o traumatismo é um dos nomes dados à desgraça quando ela vem de fora, sem que se possa imputá-la ao sujeito que sofre suas conseqüências e seu pavor. Imputa-se, de fato, o traumatismo, e com razão, a um real na medida em que ele nos cai na cabeça. Um real impossível de ser antecipado e modificado, ou, em outros termos, um real que exclui o sujeito, que, portanto, não tem relação com o inconsciente ou com o desejo próprio do sujeito, um real que se encontra e em relação ao qual, como se diz, o sujeito nada pode fazer, a não ser em relação àquilo que carrega suas seqüelas, como marcas que se crêem inesquecíveis” (Soler, 2004, p.46)

Mas paremos, por um instante, com essas reflexões e façamos uma rápida retrospectiva no percurso desse conceito no pensamento de Freud, com o intuito de recuperar aspectos importantes em sua teorização.

Vemos o trauma ser definido, em 1892, como “um *incremento da excitação* no sistema nervoso, *que este é incapaz de fazer dissipar-se adequadamente pela reação motora*. Um ataque histérico *talvez* deva ser considerado como uma tentativa de completar a reação ao trauma (Freud, v. I, p.197 – grifos do autor). Dessa forma, “*toda impressão que o sistema nervoso tem dificuldades em abolir por meio do pensamento associativo ou da reação motora*” transforma-se em trauma psíquico (Freud, v. I, p.216 – grifos do autor).

Além disso, esse conceito, na teoria freudiana, foi perdendo o estatuto de verdade factual e se tornando ficcional. Da cena de sedução das histéricas, ele passa à fantasia, um dos elementos estruturantes do psiquismo, mantendo,

porém, a temporalidade do “só depois” em que “a lembrança operará como se fosse um evento contemporâneo. O que acontece é, como se fosse tal, a *ação póstuma de um trauma sexual*”, como nos diz Freud no texto de 1896 (v.III, p. 176 – grifos do autor).

É o incômodo, invasor, que provoca a desestabilização de uma máquina homeostática, que é como Freud concebia o aparelho psíquico nessa época. Por outro lado, é interessante a maneira como, o autor estabelece a relação entre o ataque histérico (sintoma) e o trauma causador do mesmo, antecipando o que viria ser trabalhado como deslocamento.

Esse é o momento de construção do modelo psíquico, das primeiras experiências com Breuer, que culminam na publicação do texto *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895), no qual o trauma é referido como um “corpo estranho” (p. 46), uma “idéia incompatível” (p.171) que o eu repudia e que continua em ação muito tempo depois de sua entrada. Mas ele ainda é factual, “qualquer experiência que possa provocar emoções aflitivas – tais como a de susto, ansiedade, vergonha ou dor física – pode atuar como um trauma (...)” (Idem, p.46).

A primeira referência à fantasia operando com a força de experiências reais será em 1897, na *Carta 69*. A histeria é, nesse momento, o efeito e resíduo do trauma caso as excitações não encontrem uma “saída apropriada” através da linguagem; é no texto escrito por Breuer (Considerações teóricas) nos *Estudos sobre a Histeria* que teremos uma explicação dessa saída:

“Há uma reação normal apropriada à excitação provocada por idéias muito vívidas e irreconciliáveis – a saber comunicá-las pela fala. (...) Se se negar à excitação esta saída, ela algumas vezes se converte numa manifestação somática, do mesmo modo que a excitação que pertence a emoções traumáticas” (Breuer, v. II, p.265).

Mas cedo Freud percebeu que a ação do trauma tinha uma temporalidade diferente e um efeito ‘retardado’, pois, no momento da experiência ou impressão, o indivíduo não reagia e, aparentemente, não sofria quaisquer conseqüências, permanecendo, porém, um ‘traço de memória’ que, só num momento posterior à puberdade, era despertado por novas experiências ou impressões que ganhavam, aí sim, o valor de trauma. Como é dito a propósito do caso Emma (1895),

“a lembrança desperta um afeto que não pôde suscitar quando ocorreu na qualidade de experiência, porque nesse entretanto as mudanças [trazidas] pela puberdade tornaram possível uma interpretação diferente do que era lembrado” (Freud, v. I, p.468).

Porém, o editor das Obras Completas nos adverte, numa nota de rodapé, que essa idéia de ação retardada do trauma só se sustenta em parte após a descoberta da sexualidade infantil e do reconhecimento da persistência dos “impulsos instintuais inconscientes” (Freud, v. I, p. 468). De qualquer forma, ainda hoje é reconhecido esse efeito *a posteriori*, essa validação de uma experiência que não pôde ser significada no momento de sua ocorrência, devido à imaturidade do próprio aparelho psíquico. Aliás, o *só-depois* parece ser a temporalidade do aparelho psíquico e às vezes torna-se difícil determinar se aquilo que está sendo ressignificado existia antes ou se passou a existir no ato de sua representação significativa.

Em 1916, Freud aborda a idéia da ‘fixação’ (*Fixierung*) de uma experiência, na conjuntura do evento traumático: “As neuroses traumáticas dão uma indicação precisa de que em sua raiz se situa uma fixação no momento do acidente traumático”. (Freud, v. XVI, p.325). Tais situações são repetidas em seus sonhos nos quais ocorrem “ataques histeriformes” correspondentes à “transportação do paciente para a situação traumática” (Idem). Aqui o termo traumático tem um “sentido econômico” sendo aplicado às experiências que trazem à mente um acréscimo excessivo de estímulo, impossível de ser elaborado normalmente, e as experiências traumáticas se referem àquelas experiências nas quais o paciente neurótico parece ter se fixado. Sobre essa importante idéia de fixação ele ainda vai dizer que

“Quanto ao tema da fixação numa determinada fase do passado, podemos, porém acrescentar que tal conduta é muito mais difundida do que a neurose. Toda neurose inclui uma fixação desse tipo, mas nem toda fixação conduz a uma neurose, coincide com uma neurose ou surge devido a uma neurose” (Freud, v. XVI, p.326).

Mais adiante ele, numa outra conferência (XXII), volta ao tema da fixação no qual insisto por ser de grande importância na compreensão posterior do FPS:

“(…) um desenvolvimento imperfeito da libido deixa atrás de si fixações libidinais muito férteis e, talvez, também, muito numerosas, em fases precoces da organização e da busca de objetos, as quais, em sua maior parte, são incapazes de prover satisfação real ...” (Freud, v. XVI, p.405).

No texto *Além do Princípio de Prazer* (1920), a ‘falta de preparo do eu’, associada ao fator surpresa e ao ‘susto’, está presente como uma das características das neuroses traumáticas, a outra se liga ao fato de que “um

ferimento ou dano infligidos simultaneamente operam, via de regra, *contra* o desenvolvimento de uma neurose” (Freud, v. XVIII, p.23). Essas idéias, de grande interesse para o estudo da psicossomática, se completam com a afirmação freudiana, no texto do Narcisismo (1914), de que “uma pessoa atormentada pela dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito à seu sofrimento” (Freud, v. XIV, p.98). Ou seja, a doença ou o sofrimento físico teriam como efeito secundário “operar contra o desenvolvimento de uma neurose” o que não impede, no entanto, o sofrimento do indivíduo. Daí podermos compreender a alternância entre surtos psicóticos e psicossomáticos, ou ainda, como teorizava Alexander (e verificado por nós, em alguns casos em nossa clínica), a alternância entre sintomas neuróticos e sintomas orgânicos. Tais colocações nos remetem ao Caso 3, em que toda a libido está voltada para a cura do organismo no momento da psoríase, o que, de certa forma, funciona como uma barra para o surto psicótico. Retomaremos, posteriormente, este ponto quando formos tratar do FPS em sua vertente de gozo.

Voltando ao texto de 1920, Freud faz ainda a famosa comparação do surgimento do sistema *perceptivo-consciente* com uma ‘vesícula viva’ na embriologia – esse sistema recebe as excitações advindas do exterior e do interior do organismo e, através de uma transformação de sua camada mais externa que se diferencia, “tornando-se até certo ponto inorgânica”, desenvolve um ‘escudo protetor contra estímulos’. Dessa forma, esse escudo absorve a maior intensidade das energias, resguardando o aparelho psíquico contra os estímulos exteriores. Todavia, como não há proteção contra os estímulos

internos, estes passam a ser tratados como se fossem externos (origem da projeção) e o escudo pode ser acionado. A partir dessa teorização, Freud vai chamar de traumáticas quaisquer excitações “vindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor”, o que implicaria “na ruptura da barreira contra estímulos”. (Freud, v. XVIII, p.45). Assim, o problema do aparelho mental passa a ser o de “dominar as quantidades de estímulo que irromperam, e, de vinculá-las, no sentido psíquico, a fim de que delas se possa então desvencilhar” (Ibidem). Temos aqui, novamente, uma clara referência ao trabalho de simbolização nesta proposta de “vinculação no sentido psíquico”, que se trata nada mais do que do trabalho de representação feito pelas *Vorstellungen*, pelos representantes ideacionais, como ele trabalhará em outros textos. Numa linguagem lacaniana, trata-se da amarração que o simbólico faz dessas invasões de real trazidas pelo trauma.

Nesta formulação de 1920, o susto ocorre porque “os sistemas que receberiam os estímulos, em primeiro lugar, devido à baixa catexia, não estão em boa condição de vincular as quantidades afluentes de excitação, daí as conseqüências da ruptura no escudo serem mais graves” (Freud, v. XVIII, p.47). Isto sucede em decorrência do fato de que apenas um sistema “altamente catexizado” tem possibilidade de receber um influxo extra de energia e de vinculá-la psiquicamente. Como não há um preparo do sistema, com o trauma, ocorre o susto.

Posteriormente, em 1925, Freud irá articular, entre outras coisas, os conceitos de angústia (traduzida pela *ESB* por ansiedade) e de trauma – a primeira seria tanto um sinal da aproximação do segundo quanto uma reação

automática ao mesmo. Isso se liga àquilo que ele denominará como “experiência de desamparo” do eu em face de uma situação de perigo, na qual a essência “consiste na estimativa do paciente quanto à sua própria força em comparação com a magnitude do perigo e no seu reconhecimento de desamparo” em face desse perigo (Freud, v. XX, p.191). Essa é uma “*situação traumática*”. A angústia, como sinal, dá ao sujeito a oportunidade de “prever” o trauma e de se “comportar como se ele já tivesse chegado (Ibidem). Dessa forma, para Freud, a

“ansiedade (...) é, por um lado, uma expectativa de um trauma e, por outro, uma repetição dele em forma atenuada. Assim os dois traços de ansiedade que notamos têm uma origem diferente. Sua vinculação com a expectativa pertence à situação de perigo, ao passo que sua indefinição e falta de objeto pertencem à situação traumática de desamparo – a situação que é prevista na situação de perigo”. (Freud, v. XX, p.191).

Ele ainda dispõe que, em relação ao trauma, ocorre uma convergência de perigos externos e internos, reais e exigências pulsionais, pois a situação econômica é a mesma “e o desamparo motor do ego encontra expressão no desamparo psíquico” (idem, p.193).

É no texto de 1934, porém, que encontramos uma descrição mais pormenorizada do trabalho do trauma. Com esse conceito Freud denomina “aquelas impressões, cedo experimentadas e mais tarde esquecidas, a que concedemos tão grande importância na etiologia das neuroses” (Freud, v. XXIII, p.91). O fato de serem “impressões muito primitivas na infância” se junta, em “série complementar”, com o fato de terem escapado de “serem lidas normalmente” (Idem) na gênese de uma neurose; mas Freud adverte que aquilo

que age como um trauma em determinada constituição, não tem o mesmo efeito em outra.

Os traumas acontecem antes dos cinco anos de idade – “Impressões da época em que a criança está começando a falar ressaltam como sendo de particular interesse” (...) mas “não se pode determinar com certeza quanto tempo após o nascimento esse período de receptividade começa” (Idem, p.92-93); mas é fato que tais experiências são esquecidas... e “incidem dentro do período de amnésia infantil”. Seu conteúdo se relaciona “a impressões de natureza sexual e agressiva..., e, indubitavelmente, também a danos precoces ao ego (mortificações narcísicas)” (Freud, v. XXIII, p. 93). Tudo isso leva Freud a afirmar que “os traumas são ou experiências sobre o próprio corpo do indivíduo, ou percepções sensoriais, principalmente de algo visto e ouvido, isto é, experiências ou impressões” (Ibidem).

O fato de Freud articular o trauma com a época em que a criança está começando a falar, é de especial interesse, pois acreditamos que, como a linguagem ainda não fez sua entrada, não ficam lembranças no inconsciente, mas traços que, posteriormente, iremos articular à letra como é descrita por Lacan. Também nos chama a atenção a definição do trauma como “experiências no corpo do indivíduo” – claro, nesse momento o que a criança tem é um “ego corporal”, como já nos ensinou o próprio Freud. Então é o corpo que tomará nota, que registrará o que aconteceu; é o corpo que ficará marcado, mas, como na referência do “Bloco Mágico”, nada se percebe na superfície, esses traços ficam registrados numa camada mais profunda.

Ainda no texto de 1934, os efeitos do trauma são descritos como positivos ou negativos. Os primeiros são tentativas de experimentar novamente, reviver a experiência esquecida, trata-se de ‘fixações’ e se ligam à ‘compulsão à repetição’. Os aspectos negativos se referem a ‘reações defensivas’, ‘evitações’ que buscam esquecer o recordado e repetido e, quando intensificados, se transformam em ‘inibições’ e ‘fobias’, mas também se ligam à “cunhagem do caráter”. Freud vai tratar tais aspectos como “cicatrices no ego” que não são traduzidas ao sistema pré-consciente e são rapidamente recalçadas – “(...) seja como for, alterações do ego, comparáveis a cicatrizes, são deixadas atrás.” (Freud, v. XXIII, p. 96). “As impressões dos traumas primitivos, das quais partimos, não são traduzidas para o pré-consciente ou são rapidamente devolvidas pela repressão para o estado do id” (Freud, v. XXIII, p.119).

Esta referência às “cicatrices do ego”, em nossa opinião, vem reforçar a alusão ao conceito de traço. Dessa forma, podemos concluir que as impressões traumáticas ocorrem em tenra infância, junto com a introdução da linguagem, e que ficam inacessíveis ao pré-consciente, permanecendo como um traço, um ponto duro, intraduzível. Se unirmos esse raciocínio a uma das últimas afirmações de Freud sobre a universalidade do trauma – “Nenhum indivíduo é poupado de tais experiências traumáticas; nenhum escapa às repressões a que elas dão origem” (Freud, v. XXIII, p.213), poderemos compreender mais claramente a concepção lacaniana desse conceito.

No *Seminário 11*, o trauma é conceituado, por Lacan, como o que há de inassimilável no real da realidade sexual, impossível de ser esgotado pelo simbólico. Ele chega mesmo a afirmar que “o lugar do real, vai do trauma à

fantasia – na medida em que a fantasia nunca é mais do que a tela que dissimula algo de absolutamente primeiro, de determinante na função de repetição”... (Lacan, 1998a, p. 61). Ou seja, o lugar do real vai de uma vivência da ordem da morte, da morte do sujeito enquanto ser de desejo, à tela que a recobre, protegendo o indivíduo da angústia advinda da possibilidade de tal confronto, do retorno ao horror da intimidade com a Coisa. Assim, o trauma é aquilo que vem pôr fim à vivência de ‘não-ser’ sujeito, de ‘não-ter’ desejo, pois, por mais duro que possa ser para o *Infans*, só com a “expulsão do Paraíso”, é que é possível advir como sujeito do Inconsciente.

Sabemos que o ser falante não escapa do encontro precoce com o real da sexualidade (como o próprio Freud nos alertou), da impossibilidade de posse do corpo da mãe (trauma primário). Este evento traumático, ao mesmo tempo em que sofrerá a ação do recalque originário, fundará a fantasia que, a partir daí, regulará todo encontro do sujeito com o Outro. Tal fantasia, posteriormente, também será recalçada (recalque secundário), mas deixará traços psíquicos inconscientes.

Mais tarde, por contingência, esses traços psíquicos podem ser despertados e ressignificados enquanto trauma, uma vez que a repetição faz parte da conceituação do trauma, pois ela traz aquilo que foi fixado sob uma capa de novo – é o velho de novo. Isso é claro no Caso 1, no qual o “saber fazer direito” é algo que se repetiu na vida daquela moça – “*Fixierung*” (holófrase?) diante da qual ela, desamparada, se coçava angustiada, sem saber o que fazer. Esses encontros contingentes e repetitivos com o dito confuso e

incompreensível que lhe vinha do Outro – “saber fazer direito” – foram, para Marina, sempre traumáticos e, a eles, ela sempre respondia com o corpo.

De acordo com André (1994), “a repetição significante (S_1-S_2)... é literalmente o que produz retroativamente o trauma, ou seja, a emergência do real deixado encoberto pelo significante (...). Mas, ao mesmo tempo a repetição tem como efeito colocar o real em seu lugar: o do gozo”, ao mostrar na primeira cena um ponto duro inassimilável pelo significante, um furo (André, 1994, p.85). Isso significa que o evento traumático não tem sentido por si só e apenas se torna traumático quando evocado pela lembrança, pela repetição de uma cena análoga. Só após o trabalho significante, como fica claro em uma análise, o real aparece como gozo, como o que sustenta a repetição. Com isso o autor está dizendo que a causa vem depois do efeito, a repetição produz retroativamente o trauma, numa lógica na qual o efeito vem antes, ou talvez já esteja lá, mas aparece depois. A repetição significante permite, então, apontar na primeira cena, a partir daí traumática, “um real inassimilável pelo significante, um real que se refere a um gozo” (Idem, p.78).

Diante deste ponto duro trazido pelo trauma, o sujeito tem que *criar*, construir um saber que não é dado ou, como no FPS, adoecer. Podemos dizer que no caso de Marina, o “ter que fazer certo”, diante do qual ela paralisava sem saber o que fazer, era um ponto duro traumático, que reacendia as chamas de dificuldades há muito vividas e jamais vencidas. Neste caso, aquilo que não podia ser mostrado, seu ser errado de sujeito, passou ao corpo, de onde era, de certa forma, exibido sem risco.

Nesta situação de trauma, estando a tela da fantasia em funcionamento, o fazer criativo pode ocorrer, pois existe a possibilidade do recurso ao simbólico pela via da metaforização, ou do consolo do sintoma no caso de neurose, ou do gozo do fetiche, no caso de perversão. Para que isso ocorra, no entanto, a metáfora paterna tem que ter sido atuante, possibilitando o surgimento do sujeito. Só assim a fantasia pode se constituir e barrar o gozo absoluto, deixando ao sujeito a possibilidade do gozo parcial (fálico). Todavia, no FPS, como veremos mais adiante, há um ponto do discurso que se holofraseia, o que impossibilita o recurso simbólico da fantasia. Acreditamos que, no caso da psicose, esse fazer criativo pode ser relacionado ao delírio, produção mais elaborada da psicose, tentativa de cura, como nos diz Freud. Mas isso veremos mais adiante.

Ao falarmos de trauma, não estaríamos, pois, nos referindo à conceituação lacaniana de letra? Vimos fazendo essa comparação neste texto e, agora, gostaríamos de tentar justificar nosso pensamento.

No texto “Lituraterra” (2003) Lacan compara a letra à rasura, litoral (onde um campo é fronteira para outro) entre gozo e saber, que desenha “a borda do furo no saber” (Lacan, 2003, p.18). “Não é a letra... litoral, mais propriamente, ou seja, figurando que um campo inteiro serve de fronteira para o outro, por serem eles estrangeiros, a ponto de não serem recíprocos? A borda do furo no saber, não é isso que ela desenha?” (Lacan, 2003, p. 18).

Para Vieira (aula do dia 07/04/05), trata-se, no que diz respeito à letra, do significante descolado de qualquer significado, é o literal que faz o litoral

entre o saber e o gozo (esclarece assim os “dois campos” abordados acima por Lacan).

Podemos pensar que algo foi inscrito no psiquismo, pela linguagem do Outro, num momento tão primitivo que se apagou, mas riscou, ficando ilegível, mas ainda assim inscrito em sulcos, marcando e produzindo efeitos; inscrição que, de certa forma, traçou uma borda circunscrevendo o irrepresentável. Ora, isso se aproxima da teorização freudiana sobre as “cicatrices do ego” deixadas por “impressões de traumas primitivos”. Não é à toa que Lacan se dizia freudiano...

Arreguy (2005) nos adverte, com Lacan, que a função da letra está presente na constituição do sujeito desde os primeiros textos freudianos – ela se inscreve no aparelho psíquico “sobretudo no modelo trazido pela chamada “Carta 52”, de Freud, que vai ser retomado no capítulo VII de sua *A Interpretação dos Sonhos*” (Arreguy, 2005, p.63). Ela assim prossegue:

“O primeiro registro de memória (Wz) registra os signos de percepção (*Wahrnehmungszeehen*), eles não são jamais acessíveis à consciência. É nesse registro que vamos, a partir de Lacan, localizar a instância da letra, ele é a primeira colocação em escrito daquilo que passa no aparelho. Assim Freud, em suas pesquisas pré-psicanalíticas, já esboça um aparelho psíquico fundado a partir de marcas e traços que se escrevem.” (Arreguy, 2005, p.64)

É, pois, neste registro que acreditamos poder localizar também as primeiras inscrições do trauma, ou as letras que o inscreveram – aquelas que, *a posteriori*, num segundo tempo, são tocadas por vivências que, a partir disso, são traumáticas. Vivências da ordem do necessário, por trazerem indícios de invasão de real, experiências cujas dimensões ultrapassam os limites do simbólico, apagando o sujeito, ou, numa linguagem mais freudiana, trazendo o

desamparo e a angústia mortífera que toca o corpo, ponto último de ancoragem antes da dissolução psíquica. Vivências nas quais faltam palavras, e que, em alguns casos, sobram passagens ao ato, ou, como no caso do FPS, passagens ao corpo.

É dessa forma que acreditamos poder correlacionar FPS, trauma e letra – o FPS seria o efeito traumático da letra, um tipo de escrita, ou melhor, de rasura da letra no corpo; um ponto duro, um osso, sem explicação, um hieróglifo ou “algo para se ler, diante do qual, freqüentemente, boiamos”, como nos lembra Lacan em sua Conferência em Genebra de 1975 (1998b, p.14). Em nossa opinião, como todo escrito, ele é para ser lido. Todo escrito é um registro de alguma coisa, mesmo que seja da ordem do número, e é para ser lido, só que, no caso do FPS, acreditamos que tal escrito seja apenas um registro, ele não se dirige a alguém. Talvez se trate da última ação do sujeito antes de se apagar, num determinado ponto do discurso. Não podemos dizer que um hieróglifo não é um escrito, um tipo de registro, apenas porque não o entendemos. A diferença para o sintoma, em nossa opinião, se refere ao fato de ele estar enodado na holófrase, hieróglifo, enigma, enquanto o sintoma é um texto numa linguagem significante, referida ao registro inconsciente.

Pode-se dizer que há um transbordamento pulsional nessas vivências traumáticas que rompem o semblante significante, pois, como não têm registro e nem memória, não têm marcação significante, o excesso não tem como ser amarrado, flutua como energia livre, como pura angústia. Ainda lembrando Lacan em “Lituraterra” – “ o que se evoca de gozo ao se romper um semblante,

é isso que no real se apresenta como ravinamento das águas” (Lacan, 2003, p.22).

O FPS poderia ser pensado como uma forma de laço, talvez fosse melhor dizer de nó, de amarração dessa energia? Com isso estaríamos propondo que, diante da ruptura do *semblant* pelo efeito de trauma, o FPS seria uma possibilidade de enlaçamento desse gozo real no corpo, por que não dizer uma nova configuração de borda, sem significação (não é metafórico). Texto escrito no corpo, pelo corpo, de maneira ilegível mas válida e produzindo seus efeitos, entre eles o de condensação de gozo, de barra à pulsão; uma saída plausível perante a ameaça de ruptura do psiquismo. Temos pensado no FPS como condensação de gozo a partir da explicação de Lacan sobre o “gozo específico do psicossomático”. Segundo ele, tal gozo, quando revelado, leva ao fim da crise. Mas trataremos disso mais adiante.

5. FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO

“Neste sentido, o desejo insistente do Outro pode induzir uma lesão corporal na medida em que uma necessidade fundamental é perturbada, encontrando um sujeito sem defesas, sem compreender a demanda do Outro – o que o Outro quer de mim?” (Lopes & Peres, 2004, p. 134).

5.1 Uma visão lacaniana

É sabido que Lacan, assim como Freud, nunca dedicou um texto à psicossomática fazendo apenas referências rápidas a esse tema nos *Seminários 2, 3, 11* e em sua Conferência em Genebra. Nessa abordagem sabemos que o corpo é afetado e, como no caso da emoção, sofre incidência direta do pensamento, num aparente contornamento da estrutura de linguagem. Isso ocorre, porém, de maneira diferente do recalque, no qual o simbolizado vai para o inconsciente, pois no FPS não há essa primeira simbolização ou um representante psíquico para ser simbolizado. Existem marcações anteriores à linguagem (pré-verbais como nos lembra Mc Dougall), impossíveis de ser interpretadas por não terem sentido, a que Valas (2004) chama de “traços inscritos, mas pré-significantes” (Valas, 2004, p.122). Como ele é considerado por muitos autores, como veremos adiante, como um efeito do trauma, talvez pudéssemos pensar, em termos da Carta 52 de Freud, em localizar o recalque no registro inconsciente (Ub) e o FPS entre o primeiro registro das percepções (Wz) e o registro inconsciente, mesmo porque não há representante psíquico para ele.

Uma das primeiras referências de Lacan à psicossomática foi no *Seminário 2* (1954/55). Ao questionar a distinção feita por Perrier sobre psicossomática, ele chama a atenção para a diferença entre esse campo e o da neurose (enquadrada na estrutura narcísica): “E a sua distinção entre a neurose e o fenômeno psicossomático está justamente marcada por esta linha divisória constituída pelo narcisismo” (Lacan, 1985a, p. 126-127). Para ele, por trás da relação narcísica existe o investimento da libido no organismo (autoerotismo) onde não é possível se distinguir a fonte e o objeto. Em psicossomática, porém, se “trata de um investimento sobre o próprio órgão”, onde 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”. Não se trata, porém, de uma relação ao objeto, “as relações psicossomáticas estão no nível do real” (Lacan, 1985a, p.126-128). Lacan, dessa maneira, diz que a psicossomática está no limite da teorização, refere-a ao limite do simbólico, ressalta a importância do imaginário na constituição de seus fenômenos e a posiciona no nível do real (essa última explicação ele manterá até o fim de seu ensino).

Importante lembrar que, nesse momento, sua conceituação de real ainda não se refere ao impossível, mas ao “absolutamente sem fissura” e “para apreendê-lo, não temos outros meios (...) a não ser por intermédio do simbólico” (Lacan, 1985a, p.128). Como sugere Valas, é o real como “rochedo do biológico”. (Valas, 1990. p.78). Além disso, o imaginário, nesse momento, diz respeito “à forma, à imagem” (Ribeiro, 1995, p.275), o que faz com que o corpo seja concebido em duas vertentes: “superfície de inscrição”, na qual são

colocadas questões ao Outro, pelo sujeito (pela via do sintoma), e como “forma cativante e alienante” – i(a) – que captura a identificação imaginária do sujeito pela promessa da completude que acena” (Ribeiro, 1995, p.175). De qualquer maneira, Lacan já nos indica no *Seminário 2*, a diferença radical entre o FPS e o sintoma ao referi-lo ao real, afastando-o da metaforização significativa do sintoma.

Este é o início ainda de suas teorizações, de seus seminários de retorno ao texto freudiano, e Lacan não se arrisca muito em definições sobre as ‘relações internas’ e o admite:

“Mas de tudo o que ocorre no interior não sabemos porra nenhuma. Por uma simples razão – não podemos absolutamente medir a interação disto por aproximações sucessivas (...) sendo próprio de um organismo que tudo o que ocorre em um de seus pontos repercute em todos os outros” (Lacan, 1985a, p. 126).

No *Seminário 3* (1955/56), ao comentar um trabalho de Ida Malcapine, Lacan se refere rapidamente aos fenômenos psicossomáticos e afirma que eles são estruturados de maneira diferente da neurose:

“É aí que ela pôde ter a apreensão direta de fenômenos estruturados de modo bem diferente do que se passa nas neuroses, a saber, onde há não sei que impressão ou inscrição direta de uma característica, e mesmo, em certos casos, de um conflito, no que se pode chamar o quadro material que apresenta o sujeito enquanto ser corpóreo. Um sintoma tal como uma erupção, diversamente qualificada dermatologicamente, da face, se mobilizará em função de tal aniversário, por exemplo, de maneira direta, sem intermediário e sem dialética alguma, sem que nenhuma interpretação possa marcar sua correspondência com alguma coisa que seja do passado do sujeito” (Lacan, 2002, p.352).

Compreendemos essa mobilização do sintoma “em função de tal aniversário” como remissão a uma *Fixierung*, traço do trauma, daí a impossibilidade de haver qualquer correspondência com o passado do sujeito

(como ocorre com o sintoma neurótico), uma vez que é anterior a qualquer possibilidade de representação no inconsciente.

Posteriormente, Guir (1988) fará afirmações, a respeito da repetição de traumatismos subjacentes ao FPS, que, em nossa maneira de ver, se relacionam com a posição de Lacan nesse seminário: nessa repetição se produz “um congelamento dos significantes primordiais recebidos dos pais e, assim, estes significantes vêm reencontrar no Real um acontecimento que os reatualize” (Guir, 1988, p.34). Para Guir, esses significantes são de quatro tipos: significantes relativos a datas (números), ao rebaixamento do nome próprio a uma leitura comum, a uma obrigação de ser do sexo oposto e à holófrase.

- *Significantes relativos a datas e números:* ocorre nestes sujeitos “uma acentuação muito particular na cifragem dos acontecimentos de suas vidas, um ponto de fixação do real, através dos números, sobre o corpo do sujeito” (idem, p.35). Guir correlaciona dessa forma o surgimento do FPS à idade ou de um parente próximo num determinado evento significativo, ou do próprio sujeito por ocasião de alguma perda afetiva anterior, etc. Mediante a crítica de que é sempre possível encontrar uma cifragem particular nos acontecimentos familiares, ele responde que “é da *crystalização* destes significantes que o sujeito, em dado momento de sua história, irá sofrer” (Guir, 1988, p.36 – grifos do autor).
- *Rebaixamento do nome próprio:* no FPS ocorre uma dessacralização do nome próprio que passa, assim, a uma “leitura comum que desmascara o sujeito”. Ocorre com frequência que ele se relacione ao significante de lugares implicados na eclosão das lesões, ou ainda ao alérgeno implicado nas

manifestações de pele, a designação do órgão afetado, etc. O sujeito assim destituído de seu nome próprio reveste-se de nova identidade corporal.

- *Uma obrigação de ser do sexo oposto*: à injunção do Outro (*Seja homem! Seja mulher!*) pode ocorrer de o sujeito responder com o gozo de um órgão, “a ser entendido como sofrimento que o coloca, à revelia, à disposição do Outro” (Guir, 1988, p.38). A lesão seria uma maneira de se “transexualizar”.
- *Holófrase*: ao falar de sua doença, ele produz significantes cuja emergência, freqüentemente, se produz em holófrase.

Para Valas (1990), Lacan voltará mais tarde a essa noção de “alguma coisa escrita no corpo” tratando-a como um hieróglifo: “Parece que Lacan se inclina, em 1965, para uma cifragem virada para a significantização, para a letra, ao passo que, em 1975, o caso será mais de uma cifragem do lado do número” (Valas, 1990, p.79). É o que veremos mais adiante quando comentarmos sua última referência ao FPS na Conferência em Genebra. Quanto ao fato de Lacan se referir a uma manifestação psicossomática como um sintoma, Valas nos lembra que, nessa época, “Lacan ainda não é lacaniano”. Para ele, “cada termo merece ser ponderado, pois uma das características dos fenômenos psicossomáticos é também a de se mobilizar, se conjugar, se intercambiar, de se alternar, de se repetir em impulsos sucessivos” (Valas, 1990, p.80).

No *Seminário 11*, na aula do dia 03 de junho de 1964 (capítulo XVII – “A afânise”), ao responder a uma pergunta do Dr. Green sobre a *Vorstellungsrepräsentanz*, Lacan afirma que a psicossomática, mesmo não

sendo um significante, “só é concebível na medida em que a indução significante, no nível do sujeito, se passou de maneira que não põe em jogo a *afânise* do sujeito” (Lacan, 1998b, p.215). Ou seja, a afânise não sendo acionada, impede que a alienação se realize e que a operação de separação se efetue, o que acontece em decorrência da holófrase, da petrificação da cadeia significante, da ausência de intervalo entre S₁ e S₂. O Outro, assim, não é barrado e o sujeito fica submetido ao seu discurso, se esvaecendo como sujeito barrado (fracasso da metáfora subjetiva). Dessa forma, Lacan coloca a psicossomática em série com a psicose e a debilidade, ainda que, em cada um desses casos, “o sujeito não ocupe o mesmo lugar”.

Continuamos, pois, no registro do imaginário, como nos lembra Ribeiro (1995): (...) “quando o significante se holofraseia perde seu valor simbólico, tornando-se um signo; em outras palavras, se imaginariza”. (Ribeiro, 1995, p.276).

Há assim, além do fracasso da metáfora subjetiva, o fracasso da metáfora paterna levando o FPS a “situar-se nos limites da estrutura de linguagem” (Miller, 1990, p.88).

Lacan estabelece ainda uma relação entre necessidade e desejo, real e simbólico, na questão da psicossomática, criticando a atribuição de sentido que lhe é endereçada por alguns psicanalistas:

“É na medida em que uma necessidade venha a estar interessada na função do desejo que a psicossomática pode ser concebida como outra coisa que não essa simples bravata que consiste em dizer que há um duplo psíquico para tudo que se passa de 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 *afânise* do sujeito”. (Lacan, 1998b, p.215)

Ao censurar o posicionamento teórico daqueles que admitem “um duplo psíquico” para o FPS, Lacan também aponta, nesse momento, o não-sentido dessas afecções somáticas, diferenciando-as dos sintomas neuróticos, como vem fazendo desde o início; em última instância ele insiste na diferença entre metáfora e holófrase.

Além disso, ao se referir à intervenção do desejo ele é muito claro, trata-se do desejo do Outro. Para demonstrá-lo, cita a experiência de Pavlov com um cão (cobaia) que, toda vez que era alimentado, ouvia o som de uma corneta acionada pelo experimentador. Depois de estar suficientemente condicionado, passou-se a apenas acionar a corneta sem lhe trazer a comida; como resultado o animal, ao ouvir o som, tinha secreções gástricas secretadas no estômago, o que acabaria lhe causando uma úlcera. Para Pavlov esse experimento traduzia uma evidência do reflexo condicionado, para Lacan ela traduzia a evidência da existência do desejo. Ele é claro, trata-se aqui do desejo sim, mas do desejo do experimentador ao qual está submetido o animal. É interessante esse exemplo, pois, nessa comparação, Lacan nos remete também ao apassivamento do indivíduo e a uma espécie de entrega do corpo como uma oferenda ao Outro. O cachorro, assim como o *parlêtre*, não tem opção.

Para Valas, o desejo poderia ser representado pelo significante indutor da lesão, o Outro está presente nesta experiência e é de seu lugar que se produziria um apelo ao sujeito.

“O significante desse desejo (o som) representa-o como sujeito (Pavlov) para um outro significante (a secreção gástrica, elevada à categoria de significante pelo cientista). Essa secreção gástrica deve ser entendida também como o signo da fruição (gozo) do

corpo por parte do animal uma vez que seu apetite é colocado em jogo. Enfim, produz-se um resto (objeto *a*), isto é, a lesão que dá ao investigador uma satisfação suplementar (mais de gozar), porque vem confirmar o fundamento correto de sua hipótese inicial” (Valas, 2004, p. 119-120).

É, pois, o desejo do Outro que, ao interferir numa necessidade do organismo, vai produzir lesões. Isto também ocorre no FPS, “tudo se passaria de certo modo como se o sujeito sentisse a imposição sobre si das significações confusas do discurso do Outro que, à força de se repetir, causaria trauma” (Valas 1990, p.83), pois “o desejo insistente do Outro pode induzir a uma lesão corporal quando se interfere numa necessidade fundamental do corpo” (Valas 2004, p.120), fazendo com que o sujeito não consiga mais se defender contra a injunção do Outro. Esse mesmo autor relembra a importância do imaginário em psicossomática, afirmando, a partir de Lacan, que existe aí a realização do imaginário e propõe a seguinte hipótese:

“os fenômenos psicossomáticos estando profundamente enraizados no imaginário pelo fato de gelificação da cadeia significante, há ‘fixação’ do sujeito. Por que não ir até dizer ‘fascinação’? Enquanto o sujeito não pudesse ter relação dialética ao Outro, é do sentido que ele imaginar em seu desejo obscuro que essas lesões se imprimiriam em seu corpo, por uma realização do imaginário. Estas lesões seriam ‘idênticas’, com a diferença de pequena deformação, às do Outro imaginarizado, isto é, presentificado ao sujeito, pelo parente traumático ao qual ele se identificaria.” (sic) (Valas, 1990, p.84).

Esta é uma forma de *mimetismo* freqüentemente evocada no FPS, na qual o sujeito funciona como “uma parte do corpo do outro” pois “as localizações anatômicas das lesões remetem, freqüentemente, (...), ao corpo de um membro da família ou do cônjuge; a zona corporal, remanejada pela lesão, invoca *um outro corpo*, que apresenta do mesmo lado uma marca localizada (...)” (Guir, 1988, p. 38-39).

“ A inscrição psicossomática no corpo do paciente traça, portanto, em definitivo, a história do corpo de um outro. (...) O sujeito se faz representante orgânico de uma história dos corpos da sua linhagem, em ressonância à *inscrição aberrante dos significantes de sua filiação*. O órgão tomado funciona como um órgão roubado de um outro e *esforçando-se para gozar como se pertencesse a este outro*. ” (itálicos do autor) (Guir, 1988, p.39 – grifos do autor).

No primeiro caso descrito, Marina, pressionada pela demanda do Outro –“fazer tudo corretamente” –, repete mimeticamente a afecção da parente que atrai, o olhar de sua mãe, por fazer tudo com perfeição; ela mimetiza sua *mãe-drinha* (não podemos nos esquecer que a madrinha tinha o mesmo nome da mãe da paciente). A pista lhe é dada por seus pais no momento da escolha desse laço parental cultural, que é o batizado. Em nossa cultura, a madrinha é considerada como uma segunda mãe, aquela que substitui a mãe em sua ausência. Nesse mimetismo, Marina se submete ao discurso materno, diante do qual “não sabe o que fazer”, repetindo em seu corpo “a história do corpo da outra”, na qual sua pele funciona “como um órgão roubado do outro”, tela de inscrição de uma outra história.

Nessa discussão sobre o mimetismo pode ser interessante lembrarmos de Freud quando ele vai discorrer sobre as três fontes de identificação⁷: a primeira, a identificação representa a forma original de vínculo com o objeto, ela esforça-se para moldar o eu de acordo com aquele que foi tomado como modelo; a segunda, ela se torna um substituto para a relação de objeto, ocorrendo uma introjeção, na qual o eu assume as características do objeto; e finalmente a terceira, a identificação não se refere a uma relação de objeto, ela se baseia na

⁷ *Psicologia de grupo e a análise do ego (1921)*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 89-182. (ESB, XVIII)

possibilidade ou desejo de colocar-se no lugar do outro numa mesma situação. A partir dessa teorização podemos pensar que, no caso de Marina, ela, na impossibilidade de ser como a mãe, ou de acordo com o desejo materno, toma emprestado apenas um traço de alguém que a representa. Sabemos, no entanto que Freud descreve esse mecanismo de identificação na formação do sintoma histérico, chegando a citar inclusive o exemplo de Dora que imitava a tosse do pai. Contudo, a descrição de Guir para o fenômeno do mimetismo se aproxima e muito da conceituação freudiana da identificação. Poderíamos dizer que, em caso de FPS, a identificação se faz no corpo? Talvez isso se adeque bem em caso de neurose, como o nosso exemplo, mas em caso de psicose não vemos como isso se aplicaria.

Em sua Conferência em Genebra, em 4 de outubro de 1975, ao responder a uma pergunta do Sr. Vauthier a respeito dos pacientes psicossomáticos, Lacan volta a dizer que esse era um domínio “muito pouco explorado” e que a psicossomática “é algo da ordem do escrito” o qual, em muitos casos, não sabemos ler. “Tudo se passa como se algo estivesse escrito no corpo, como coisa que se oferece como enigma” (...), da ordem da *signatura* (diferente do *signum*), “algo para se ler, diante do qual, freqüentemente, ‘boiamos’” (Lacan, 1998b, p.14); são traços pré-significantes.

Tendo o corpo como invólucro (cartucho), “como o que entrega o nome próprio”, o psicossomático assemelha-se mais a um hieróglifo. Hieróglifo que, para Lacan, “trata-se sempre da configuração do traço” (traço unário, *einzigster zug*), ao redor do qual gira toda a questão do escrito. E ele justifica o uso da

metáfora do “congelado” pois existe, efetivamente, essa fixação – “o corpo se deixa levar para escrever algo da ordem do número” (Lacan, 1998b, p.14).

O que Lacan quer dizer com um escrito da ordem do número? Para Valas (1990), se trata-se de um ciframento, de uma contagem de gozo, que não passa pela significantização da letra, pela subjetivação do desejo, mas que está do lado do número.

Laurent (1990) diz que o cartucho psicossomático revelaria um nome próprio feito sem o Nome-do-Pai, um nome próprio “como um número”, feito com o gozo que seria o verdadeiro nome próprio. Seria isso o confronto com o Outro anterior, sua cólera, seu veneno (...) – que deixaria traços, não da ordem do brasão, mas de um sistema de cifragem dos números dando a fórmula, o número exato do gozo do sujeito. Uma espécie de economia do gozo perfeitamente escrita” (Laurent, 1990, p.29), que se manifesta em “impulsos sucessivos como uma contagem de gozo que não é uma repetição significante” (Valas, 2004, p.122).

Entendemos, com esses autores, que o FPS, por se tratar de uma inscrição pré-significante, não tem como ser referido ao significante, mas ao gozo: “consiste na emergência do Um do gozo antes do UM do significante” (Valas, 2004, p.122), gozo que apenas pode ser contado em número, “número que não faz série, atua como pura frequência, um sinal apenas, um unívoco da cifra (...) a possível escrita do real” (Lopes & Peres, 2004, p. 134). Poderíamos conjecturar, assim, que no início haveria o gozo, desamarrado, energia livre, sem história, em busca de satisfação? Está certo que o Outro preexista ao sujeito, enquanto tesouro de significantes, enquanto atribuidor de sentidos, mas

o *Infans* nasce apenas como ser biológico que busca satisfação das excitações, que busca a homeostase, sem percepção desse Outro. É a mãe que o erotiza, harmoniza o que faz aparecer a pulsão. Os significantes que lhe são atribuídos terão representação tardia, no *só-depois*.

Ainda a propósito do gozo no psicossomático, Lacan também concorda com o Sr. Vauthier quando este afirma que “quando se tem a impressão de que a palavra gozo toma um sentido com um psicossomático, ele não é mais psicossomático” (Lacan, 1998b, p.14). Ele também acrescenta algo sobre a clínica desses casos, mas sem maiores explicações: é “pela revelação do gozo específico que há na sua fixação, que sempre é preciso visar abordar o psicossomático” (Lacan, 1998b, p.14). E torna a dizer, como de outras vezes, que o psicossomático está arraigado no imaginário.

Este texto é esclarecedor e enigmático, como quase todas as referências de Lacan sobre a psicossomática. A referência à holófrase, fundamental à teorização do FPS, fica indicada na metáfora do “congelado” e ele nos traz como novidade as referências ao corpo como um cartucho que encerra um nome próprio, um escrito para não ler, da ordem do número e do matema. Tal escrito, não acessível pelo significante, é fixado por um gozo específico do psicossomático, cuja revelação nos traz a possibilidade de remissão da lesão. Não se trata do que se diz ao sujeito, mas do sentido que o gozo toma para ele quando este não lhe é necessário. O gozo do psicossomático está fora, forcluído, preso no corpo do indivíduo, não há Outro, não há, pois, nenhum tipo de endereçamento. Mas se existe esta possibilidade de o gozo tomar sentido para o sujeito, como nos diz Lacan, podemos pensar que, a partir disso, passa a haver

esse Outro e passa a haver sujeito do discurso, objeto... Ou seja, já não há mais holófrase e os significantes passam a deslizar na cadeia; dissolve-se o enodamento desse “sítio” do discurso e a lesão pode desaparecer. Seria a cura? Difícil afirmar, mas as recidivas podem já não ser tão violentas.

Lacan mantém, nesse texto, a relação do psicossomático com o Imaginário, só que nesse momento, não se trata apenas de um registro constituído a partir do Estádio do Espelho. Em seu seminário anterior a essa conferência, *RSI* (1974-75), Lacan se refere a um conjunto terminológico composto pelo real e os registros do simbólico e imaginário, ligados topologicamente pelo nó *borromeano*, para indicar que, quando um se desfaz, todos se separam. O registro simbólico liga-se à função da linguagem, mais especificamente à função do significante, enquanto o imaginário é o registro do engodo e da identificação, devendo ser entendido a partir da imagem.

Ou seja, ao vincular o FPS ao imaginário, Lacan nos dá uma pista de sua gênese e de sua relação com a identificação. Queremos dizer com isso que, da mesma forma que o Outro se faz presente na constituição do ser humano, autenticando a descoberta da criança de sua imagem de corpo unificado, no FPS, algum desvio ocorre nesse momento e é testemunhado e ratificado pelo Outro. Algo que compromete a identificação do sujeito com a imagem de si mesmo – um ponto de real (trauma) que afeta o imaginário (identificação), comprometendo o simbólico (holófrase) e acometendo o corpo (FPS).

Para Miller (1999), há “um duplo modelo de toda uma série de casos” que pode ser constituída a partir de duas vertentes: a do significante e a do objeto pequeno *a*. Essa última faz do gozo “um termo operatório” na

experiência (Miller, 1999, p.19). As duas vertentes não se anulam, a segunda completa a primeira.

Gostaríamos de trabalhar mais profundamente, esse tema, sob a luz dessas duas vertentes.

5.2 Vertente do significante

Como pôde ser visto até aqui, Lacan em nenhum momento aceitou que o FPS, da mesma forma que o sintoma, tivesse um sentido, uma significação, pois, neste caso, não se trata de um deslocamento metonímico no corpo, como na histeria.

No fenômeno psicossomático não há metáfora, os significantes não estão em relação substitutiva com algo, devido ao congelamento do primeiro par significante da cadeia, o que impede que advenha significação. Isso se deve ao efeito da holófrase, como diz Lacan no *Seminário 11*. Segundo Vorcaro (1999) porém, esse autor não faz uso desse termo de acordo com a lingüística, seu lugar de origem, mas de maneira própria.

Por se tratar, então, de um termo tomado da lingüística, achamos oportuna uma breve pesquisa para saber como a holófrase é conceituada nessa ciência:

“...termo usado na AQUISIÇÃO de linguagem para indicar um ENUNCIADO GRAMATICAMENTE desestruturado, em geral consistindo de uma única PALAVRA que é característico do primeiro estágio de aprendizagem da LÍNGUA por parte das crianças. Enunciados holofrásticos típicos incluem dada (sic), gugu, lá, mais. As discussões teóricas focalizam até que ponto estes enunciados podem ser analisados como SENTENÇAS (“sentenças de uma palavra”) ou como a versão reduzida de uma sentença, cujos outros ELEMENTOS são “subtendidos” na SITUAÇÃO EXTRALINGÜÍSTICA (ex: papá significa lá está o papai, sendo que lá está é expresso por gestos, tom de voz, etc)...” (Cristal, 1985, p. 140 – grifos do autor).

Há, pois, um enunciado holofrástico, ou holofrásico, que condensa uma sentença que carrega um sentido ou uma intenção para o emissor, aprendiz da língua, mesmo que esse sentido não seja reconhecido – mas aqui estamos nos referindo a um bebê em suas primeiras vocalizações, em seus primeiros encontros com a língua ou mesmo com a *lalingua* (*Lalanguie*).

Quando Lacan se refere à holófrase, ele se reporta à condensação do primeiro par de significantes da cadeia, o que impedirá que ocorram as operações de realização do sujeito no lugar do Outro – a alienação e a separação – provocando o apagamento, a afânise do sujeito. Elas são desenvolvidas longamente por Lacan no *Seminário 11* e assim resumidas por Valas (1990):

“É preciso partir do sujeito como X, aquele do qual surgirá um ser antes que ele use a palavra, mas do qual se fala. Visto que a linguagem é preexistente a ele, já está lá o Outro da linguagem, como também o Outro do discurso, já que lhe atribuem significantes, e ainda também o Outro do desejo, para ele poder vir ao mundo como objeto *a*.

A alienação. A inscrição do sujeito em instância no lugar do Outro por invocação do significante não deixa de admitir sua afânise, isto é, seu apagamento, sua divisão da qual se constitui, pela queda (*Urverdrängung*) do significante, o sujeito do inconsciente. (...)

A separação. É a operação pela qual o sujeito se libera do efeito afanísico do discurso do Outro, excluindo-se da cadeia significante pelo acionamento de seu ser de sujeito sob a forma de objeto *a*. A separação é modo de resposta do sujeito ao desejo do Outro, com o qual ele tem relações nas suas faltas, para se constituir como desejante.” (Valas, 1990, p. 81)

Tais operações se repetem pela vida dos indivíduos, em suas relações, como que numa pulsação, nas operações de interseção e separação de dois campos – do sujeito e do Outro. Inseparáveis, elas ocorrem quase que instantaneamente, e, é através delas que se faz possível a instauração do sujeito do inconsciente, ou do sujeito do desejo. Ele cai do espaço entre os dois

primeiros significantes da cadeia, dividido e desejante, mas para que isso ocorra é necessário que haja esse espaço entre o S_1 e S_2 , é necessário que não haja holófrase.

Stevens (1987), seguindo as idéias de Lacan no *Seminário 11*, diz que a holófrase se refere à condensação do primeiro par da cadeia significante (S_1S_2), o que impede que advenha significação, pois ocorre a suspensão da função significante como tal (ausência da dimensão metafórica). Nela o sujeito não é computado enquanto sujeito, uma vez que aparece solidificado no significante holofráscico, constituindo com ele um “monolito”. O sujeito, assim, é anunciado pela holófrase e não mais representado por um significante a outro significante.

Lacan alude a uma série de casos (psicose – debilidade – FPS) nos quais a holófrase se manifesta, advertindo, porém, que em cada caso o sujeito ocupa lugares diferentes, como já enfatizamos. Vorcaro (1999) explicita quais são esses lugares e adverte que essa série aponta para o fato da linguagem ter feito marca no ser. Esta autora inclui o autismo entre as patologias que têm a holófrase em sua gênese, por considerar que nele também há entrada do sujeito na linguagem, o que é comprovado por suas manifestações holofráscicas. Para ela as diferentes posições subjetivas na holófrase podem ser distinguidas assim:

- No autismo a criança entra na alienação significante, mas depois destaca-se, sem efetuar uma interpenetração entre os campos do ser e do Outro. O ser e o significante se excluem e funcionam paralela e exclusivamente.
- Na psicose a criança não se descola do dito que designa que ela é o que falta ao Outro. Ela encarna, pois, essa falta, preenchendo o intervalo entre os

significantes e, como se fosse um significante, remetendo-se a outro significante.

- Na debilidade também ocorre a ausência de um intervalo, o que permitiria a incidência do furo no Outro. Isso implica que o saber deste não seja interrogado. Ela, porém, não encarna a falta do Outro uma vez que, a ele, nada falta. O objeto pequeno *a* permanece incluído no Outro não barrado.
- No FPS, como aponta Miller (1990), o Outro em questão é o “corpo próprio que sofre como o corpo de um outro” (...) “é o corpo como Outro que toma nota do que sucedeu” (...).

Também para Stevens, “o sujeito não ocupa no efeito psicossomático o mesmo lugar que na psicose”³, pois

“ enquanto que na psicose o conjunto das relações do sujeito ao significante e ao Outro se encontra modificada, na psicossomática, se trata das relações do desejo com um significante, que não é um significante para o sujeito, mas que nele não produz menos seus efeitos sob a forma de um signo real marcado no corpo”.⁴ (Stevens, 1987, p. 71)

Relações do desejo com um significante que não é significante para o sujeito... Não se trata aqui, como já foi visto, do desejo do sujeito, mas do desejo do Outro no qual ele se aliena. Por outro lado, como podemos compreender esse “significante que não é um significante para o sujeito? Poderíamos relacioná-lo com os “traços inscritos, mas pré-significantes”, traços escritos e concebidos como “não-a-ler” aos quais Valas se refere? (2004, p.122).

³ (...) “le sujet n’occupe pas dans l’effet psychosomatique la même place que dans la psychose”.(L’holophrase, entre psychose et psychosomatique, in *Ornicar?*, n. 42, jul-set. 1987, p. 71)

⁴ “Alors que dans la psychose, l’ensemble des rapports du sujet au signifiant et à l’Autre se trouve modifié, dans la psychosomatique, il s’agit des rapports du désir avec un signifiant, qui n’est pas un signifiant pour le sujet, mais qui n’en produit pas moins ses effets sous la forme d’un signe réel marqué dans le corps. (idem)

O que significaria esse ‘não-a-ler’ (*pas-à-lire*), se o próprio Lacan brinca com a duplicidade do termo em francês e transforma a expressão em ‘passo-a-ler’? Talvez, por serem pré-significantes, por se inscreverem antes ou junto com a linguagem, não possam ser lidos; como no caso do hieróglifo que se tratava de uma linguagem desconhecida para o qual não se tinha referentes⁵, mas não podemos negar que seja um escrito, como já afirmamos anteriormente. Em nossa opinião, poderíamos pensar no FPS como um “passo-a-ler”, em lugar de “para-não-ler”, pois vimos, com Lacan, que quando um gozo toma sentido para o psicossomático, ele deixa de sê-lo. Escrito esse que não é dedicado a alguém, como ocorre no caso do sintoma, sendo um escrito não metafórico que apenas se mostra no corpo, a um passo de ser lido, mas para o qual não temos referente para fazê-lo.

Sabemos que, mesmo não se tratando de sintoma, o FPS é induzido por um significante que vem do Outro, que atordoa, fascina, como se o brilho do primeiro o ofuscasse, e que por isso mesmo é traumático (a linguagem sempre o é). Trata-se de algo do Outro, que não representa o sujeito, mas o desejo desse Outro, um intruso que, ao não ser barrado pela linguagem, faz furo no corpo. É como se ocorresse uma corporificação da holófrase – significante sem distância, colado com o sujeito enquanto corpo; podemos pensar que é esse também o monolito, o sujeito enquanto corpo, fundido ao significante encarnado.

Isso é muito claro na psicose, como vimos no caso 3, de Juquinha, condenado pela mãe onipresente a ser “inho”, desvalorizado, sem direito sequer à palavra. Era muita Mãe para um só sujeito, ou, numa linguagem mais

⁵ Voltaremos a esse assunto do hieróglifo adiante, quando formos tratar do FPS como um enigma.

freudiana, era muita excitação para um só aparelho psíquico e só a psicose não funcionou como um refúgio suficiente, ele necessitou do FPS.

Mas isso também ocorre na neurose, como vimos no caso 1, no qual a mãe de Marina em sua exigência de “fazer certo”, apenas conseguia que a menina não soubesse o que fazer – ou seja, ficasse atordoada, paralisada. Havia relação afetiva, fluida, entre as duas e um certo espaço para a menina ser separada da mãe; mas quando o apelo qualitativo se fazia (num sítio do discurso), ocorria o enodamento, diante do qual ela não tinha saída – paralisada, se coçava.

No segundo caso é o discurso paterno que se fazia ouvir pela boca da mãe, mas se tratava de um discurso, podemos dizer, sem lei, sem ponto de capitonê, totalmente desamarrado. Psicótico? Talvez. Discurso que, desde cedo, desarticulava o sujeito que já respondia com manifestações psicossomáticas mediante dores de barriga ou crises de bronquite – a angústia ou era ‘evacuada’ ou, caso permanecesse, o fazia ‘chiar’.

Além disso, o sujeito, nesse ponto do discurso, se apaga diante desse Outro inteiro que não parece desejar, ao qual nada falta. É o que nos mostra Stevens, no final do já citado texto, quando afirma que a holófrase “fica informúlável para o sujeito e, desde então, deixa não interrogável o desejo do Outro. Ela marca o corpo com um signo, que não faz, exatamente aí, sintoma no sentido psicanalítico”⁶ (Stevens, 1987, p.71). Claro, pois o sintoma tem estrutura significante e não holofrásica como o FPS e pertence a uma linguagem

⁶ “Cette holophrase, ce terme obscur, reste informulable pour le sujet, et dès lors laisse ininterrogeable le désir de l’Autre. Il marque le corps d’un signe, qui ne fait pas, jusque-là, symptôme au sens psychanalytique” (Stevens, 1987, p.71).

(simbólico) que constitui o *parlêtre*, sendo, portanto, um escrito decifrável, relacionado ao desejo.

Como vimos, não havendo sentido, escapa à concepção de sintoma, mas não seria este “deixar não interrogável o desejo do Outro” uma clara alusão a um defeito nas operações de alienação e separação? Para desejar, o sujeito necessita do confronto com o desejo do Outro – *Che vuoi?* – isso é estrutural no ser falante, mas não pode ocorrer se ele ficar alienado, se ele não se separar.

Havendo, então, gelificação na cadeia de significantes, o sujeito não cai, ou seja, não se afaniza, não se separa, ficando alienado no Outro que se lhe afigura não barrado, não desejante. Dessa forma, não é admissível ao sujeito ser sujeito, pois a impossibilidade de capturar o desejo do Outro, implica na impossibilidade de surgir como um ser desejante. Apesar da semelhança, não se trata aqui, como já foi visto, de psicose ou de qualquer outra estrutura, o FPS pode ocorrer em todas as estruturas, como pode ser observado nos casos apresentados. Trata-se de um momento, de um ponto de petrificação na cadeia significativa, de uma *Fixierung* local que, à semelhança do sintoma, pode ser reativada, posteriormente, por um significante, mas com estrutura diferente.

Mas se nos referimos a esse Outro não barrado, estamos nos referindo também à ausência de uma lei reguladora (pelo menos nesse momento) que o barre. Estamos falando da ausência da Metáfora Paterna e de seu produto, o Nome-do-Pai, que são os operadores teóricos que Lacan introduz para abordar esse tempo do Édipo, no qual o Pai, ou alguém que o represente, barre a mãe e o filho. Ou seja, o pai, não só, impede que a mãe utilize o filho como um falo exclusivo (“reintegre seu produto”), substituto do pênis do qual foi há muito

privada, como também impede que a criança se apodere dela (“não deitarás com sua mãe”). Dessa forma, o sujeito é levado a assumir seu desejo de acordo com a lei do pai (castração simbólica) e as leis da linguagem (recalque originário). Essa é a lei fundante do sujeito e é representada pela metáfora. É ela que possibilita a ocorrência de uma outra metáfora, a metáfora subjetiva, que representaria o sujeito que dela pode advir caso a mesma seja eficaz.

O que ocorreria então no FPS? O sujeito não é necessariamente psicótico, ele pode ter passado ou não pelo Édipo, conforme a estrutura na qual ele venha se manifestar. Como compreender, então, a presença da holófrase na gênese do FPS? Pois para se tratar de FPS, dentro dessa vertente teórica, teria que haver holófrase, caso contrário seria uma metáfora e estaríamos falando de sintoma.

Alguns autores afirmam que no FPS se trata de uma metáfora ineficiente, e este é o primeiro problema teórico que enfrentamos nessa abordagem. Como seria uma metáfora paterna ineficiente? Tal conceito se liga à concepção da função do pai no complexo de Édipo, pai que é sempre uma metáfora, um significante que vem tomar o lugar do significante do desejo da mãe, que está ligado ao discurso, no qual o sujeito se constitui, e que comporta alguma coisa que corresponde à função da lei. É o pai quem autoriza e suporta a cadeia de significantes. Se tomarmos o exemplo de Hans, que não era psicótico, veremos que no princípio ele era o falo da mãe e que sua fobia era uma defesa contra a angústia advinda disso; seu pai, castrado, pouco potente, não conseguia operar do lugar da lei, daí o pedido a Freud para que este o fizesse em seu lugar. Mas havia alguma lei, Hans não era psicótico.

O que ocorre no FPS é que “a metáfora paterna funciona em certos sítios do discurso e não em outros” (Guir, 1990, p.48). “Ali onde fracassa a metáfora, isto é, ali onde um pai fracassa na transmissão fálica, aparece o buraco no Outro, o real. E o sujeito, para gerir este gozo que não se tornou fálico, procura um artifício que lhe permita dizer não” (Blancard, 1990, p.35). Para Miller (1999), ao se abordar o FPS a partir da estrutura significativa, deve-se pôr em jogo duas metáforas: a metáfora subjetiva (que permite a representação do sujeito por um significante para outro significante) e a metáfora paterna (pondo em questão o funcionamento do Nome-do-Pai). “Nesse aspecto Guir apresentou uma exposição a partir de casos que tendiam a demonstrar que nos psicossomáticos, a posição paterna não seria regulada pela metáfora adequada” (Miller, 1999, p.20).

Nasio (1993) adverte que o fato de falarmos que o mecanismo da “foraclusão do Nome-do-Pai opera e que provoca uma lesão de órgão”, não exclui que outros mecanismos estejam operando tais como o recalçamento, a denegação, etc. Daí a presença do FPS em qualquer estrutura. “Em outros termos, falar da foraclusão como mecanismo local é uma maneira de dizer, ainda, que a realidade que nós abordamos, a da lesão de órgão, é uma realidade *local*” (Nasio, 1993, p.60).

Há pois, de acordo com esses autores, uma metáfora inadequada ou fracassada, mas que funciona, a não ser em “certos sítios do discurso”. Ao que parece, ela é ineficiente não como metáfora, ela é uma metáfora mas que funciona para colocar o sujeito em um determinado lugar e não em outro – é o que compreendemos por funcionar em ‘certos sítios do discurso’... Então não

estamos falando de psicose. Todavia, como podemos pensar nessa metáfora que opera, mas não em todo discurso? Ela seria semelhante à da fobia de Hans? Então por que ele teve fobia e não um surto psicossomático?

Para tentar responder a isso, temos que nos lembrar que estamos nos referindo, no caso do FPS, a um incidente pré-significante, antes do inconsciente se estruturar como linguagem e, conseqüentemente, pré-edípico. Hans estava já inserido no contexto linguajeiro, num Édipo difícil de ser elaborado devido à sedução materna que o atraía, sem o benefício da proteção eficaz da lei paterna. Além do mais, ao que parece, ele não tinha uma holófrase na cadeia de significantes. Seu pai, por mais frágil que tenha sido, conseguiu fazer reconhecer sua lei para a díade mãe-filho. A questão de Hans, portanto, era edípica, sexual, inserida na linguagem, no simbólico, não era pré-significante, ou seja, a metáfora paterna funcionou enquanto lei em toda a cadeia, sem deixar buracos, o que possibilitou o encadeamento dos significantes dispersos... Talvez seja útil, nesse ponto, retornarmos a um conceito apenas mencionado anteriormente, para melhor esclarecer essa questão – *Lalangue*.

Lalangue ou *alíngua* ou ainda *lalingua*, como foi traduzida para o português, se refere às primeiras vocalizações da mãe com o seu bebê, ao blábláblá sem sentido mas cheio de gozo que se estabelece entre os dois; “é a fala antes de seu ordenamento gramatical e lexicográfico. Trata-se também do questionamento do conceito da palavra, concebida, agora, não como comunicação, mas como gozo” (Miller, 2000, p.101). Ela é o que vem antes da

linguagem e que a sustenta. Lacan é instigante em sua teorização no *Seminário 20*:

“... a linguagem, de começo, ela não existe. A linguagem é o que se tenta saber concernentemente à função da alíngua” (p.189)
 (...) A linguagem, sem dúvida, é feita de alíngua. É uma elocubração de saber sobre alíngua. Mas o inconsciente é um saber, um saber-fazer com alíngua” (Lacan, 1985b, p.190).

A *lalíngua* profere afetos desconhecidos do sujeito – (...)“Esses afetos são o que resulta da presença de *lalíngua* no que (...) ela articula coisas que vão muito mais longe do que aquilo que o ser falante suporta de saber enunciado” (Lacan, 1985b, p.190) – mesmo porque ele ainda não estava constituído como tal, nesse primeiro momento de introdução na linguagem. Refere-se pois a afetos que preexistem ao sujeito e que, de certa forma, o determinam. Penso que podemos conjugá-la com as “significações confusas do discurso do Outro...” às quais se refere Valas (1990, p.83) a partir dessa colocação de Lacan de que *lalíngua* articula coisas que o “ser falante não suportaria de saber enunciado”. Aí chegamos à formulação conhecida de que o encontro com a língua, e acrescentamos, com a *lalíngua* que a sustenta, é sempre traumático, e mesmo sabendo que esse trauma é estrutural, lembramos que as marcas por ele deixadas não são as mesmas em todos os sujeitos, e que em certos “sítios do discurso” elas podem estar enodadas, holofraseadas. *A posteriori*, esses nós, uma vez ativados por ‘novas’ situações traumatizantes (o velho de novo), arrastam o sujeito a uma situação de desamparo, angústia, sem o benefício da fala, como nos diria Breuer, devido à impossibilidade da significantização. Emudecido e sem chão, o sujeito se assujeita e adocece. Como nos disse uma vez

uma paciente ao receber a notícia de um câncer de mama: “Entra-se numa queda livre e cai-se num câncer”.

Num texto mais recente (2004), já citado aqui, Valas trabalha o conceito de holófrase da seguinte maneira:

“Para Lacan, a holófrase é o equivalente a um burburinho incompreensível que duas pessoas trocam cara a cara, ambas suspensas à espera do sentido que a outra lhes dará, sem saber o que será decidido, sem saber nada do ato que resultará daquilo: luta até a morte ou reconhecimento. Em outras palavras, o significante holofrásico é um signo que não entra no sistema do sujeito. Esse signo permanecerá para ele um enigma que, em excesso e dada sua forma imperativa, poderá engendrar uma lesão, perturbando de maneira duradoura uma função vital do corpo.” (Valas, 2004, p.121).

Poderíamos pensar numa aproximação quanto a um possível efeito da linguagem, antes de estruturada, e o efeito de holófrase?

Antes da entrada da estrutura significante no corpo, não há sujeito separado do Outro, apenas “massa” informe de S_1 (a metáfora não é muito boa uma vez que não há substância). O indivíduo não conta ainda como Um, não porta marcas, traços, apenas o desejo do Outro que ainda não lhe é *extimo*, ou seja, o real não é excluído internamente. Através das idas e vindas, da lalação e do palavrório, daquela/e que cuida das dores e necessidades do *infans*, algo vai sendo recortado na realidade, um significante arbitrário, “palavra mais pronunciada pela mãe, ou pronunciada com ênfase especial (...) e dará nome à sua ausência, a seu desejo” (Vieira, 2004, p.4). Este significante organizará os significantes dispersos e fará a lei para eles. “Para desempenhar esta função, ele se sustenta como significante que não remete a nenhum outro, logo, que não significa nada. (Idem, p. 2) (...) “O sujeito se vê diante de um significante que dispensa significação, referência. A partir daí, da instauração desse S_1 ,

“aquilo que era desconexo ganha enredo” (...) e “as falas da mãe, enxame de blocos de sentido” (Idem, p.4) são transformadas em significante, em fala encadeada. (Vieira, 2004, p. 4).

É através da entrada desse significante, desse S_1 , que se funda a lei, que se organiza e possibilita a remissão na cadeia. Para Miller (1990), o FPS apresenta um parentesco com esse S_1 . Em nossa opinião, isso ocorre talvez por encadear no corpo os significantes holofráscicos, de “certos sítios do discurso”, dispersos por uma falha da metáfora paterna. Na impossibilidade de algo vir a ser veiculado na linguagem, ele é impresso no corpo como tatuagem. O indivíduo, de certa forma ainda ativo, deixa de falar, pois, nesse ponto, seu discurso escapa ao domínio do simbólico e passa a *mostrar* algo que é do real não simbolizável.

“A linguagem é (...) enquanto substituição do real infável, uma possibilidade de atividade para o sujeito (...)” e “o seu surgimento é indissociável do advento do sujeito do inconsciente” (Jorge, 2002, p.91). Se ela falta, ele se apaga, passa ao ato, e, no caso do FPS, passa ao corpo, ou seja, ocorre uma corporificação daquilo que não pode ser ativamente dito, pois sabemos, através de Freud, que quando a representação se afasta da libido, ela se torna energia livre, pura pulsão. É pois essa energia que pousa no corpo, ou melhor, que é re-introduzida naquilo que deveria ser o vazio, o “deserto” do corpo.

Mas o FPS ainda é referido, por autores como Miller, Valas, Guir (nos textos já citados), como traço unário, *signatura*, nome próprio, hieróglifo ou cartucho e chega a ser abordada a possibilidade dele funcionar como um dos

nomes do pai. Todas são maneiras de se referir a esse que escapa à estrutura significante.

O traço unário, marca fundante de um sujeito advinda de algo que é físgado do Outro e que preenche o vazio de *das Ding*, é situado por Rennó (2004) entre Wz e Ub pois, advindo da percepção, ele funda o recalque primário. Marca indelével do sujeito, impossível de ser apreendida pelo simbólico, ele se presentifica como o osso da fantasia. Sua associação ao FPS para nós se justifica, pois aponta para aquilo que tem de ranhura, marca do Outro no ser do sujeito, que portará a possibilidade de apresentar lesões como forma de apresentação de si mesmo, quando ele, num susto traumático, se perder de si e “não souber o que fazer” (Caso 1) e precisar ser “descoberto”, ser nomeado pelo Outro do corpo com o testemunho de alguém (Caso 2).

Ao falar da *signatura*, Lacan se referia àquilo que os místicos chamam de assinatura das coisas, numa clara referência à *signature rerum* de Boehme: “Portanto a grande compreensão está contida na assinatura, na qual o homem (imagem da maior virtude) pode não apenas conhecer a si mesmo, mas com a qual ele também pode aprender a conhecer a essência de todas as essências”.^{7 8} Existe pois, para Bohme e os místicos seus seguidores, uma essência nas coisas,

⁷ “[16. Therefore the greatest understanding lies in the signature, wherein man (viz. the image of the greatest virtue) may not only learn to know himself, but therein also he may learn to know the essence of all essences (...)] (Bohme, J. *Signature Rerum – The signature of all things* – extraído da Internet – <http://pegasus.cc.ucf.edu/~janzb/boehme/sigrer>). Acessado em 05/11/2005.

⁸ Bohme (Altseidenberg, 1575 – Görlitz, 21/11/1624), foi um filósofo e místico alemão. Tendo sido educado como luterano, trabalhou como sapateiro em Görlitz. Ele passou por experiências místicas que lhe teriam revelado a estrutura espiritual do mundo e as relações entre o Bem e o Mal. Produziu uma grande quantidade de tratados e epístolas, incluindo suas maiores obras *De Signature Rerum* e *Misterium Magnum*. Atualmente suas obras são estudadas e admiradas por diversas comunidades de espiritualistas, místicos, teosofistas e filósofos em todo o mundo. (Extraído da Wikipédia, a enciclopédia livre <http://wikipedia.org>). Acessado em 05/11/2005.

na natureza que pode ser lida, porém não acessível a qualquer pessoa, mas àquelas de grande virtude.

É a isso que Lacan se refere na Conferência em Genebra ao colocar o FPS como um “enigma” comparável à assinatura dos místicos; ele fala de um escrito no corpo “que se oferece como um enigma”, algo que não entendemos por não se tratar de uma escrita compreensível, mas de algo inacessível à tradução com nossas ferramentas habituais do simbólico. O interessante é que, nesse momento de seu seminário, como que por associação livre, o Sr Nicolaïdis faz uma referência ao hieróglifo com a qual concorda Lacan.

É sabido que o hieróglifo, essa inscrição ideográfica que aparece nas tumbas e monumentos egípcios, ofereceu-se, durante séculos, como um enigma para a humanidade, como uma escrita indecifrável, por não haver instrumentos, referentes, que permitissem sua decodificação – um ideograma poderia representar qualquer coisa. Usando como base para decifração a pedra de Roseta, monólito de granito negro que continha um texto escrito em três línguas diferentes – grego, egípcio demótico e o hieróglifos egípcios – Champollion desvendou o enigma daqueles sinais⁹.

Essa idéia de escrita indecifrável que conta uma história se aplica bem ao FPS – enigma colocado pelo real – que, como a alteridade mítica da Esfinge, imprime no sujeito, enquanto corpo, algo de sua história que não pôde ser

⁹ Nascido na França em 1790, Jean-François Champollion foi considerado o “Pai da Egíptologia”. Estudioso de línguas orientais, aprendeu o copto, língua falada pelos cristãos egípcios e, através de seus conhecimentos, identificou vários dos caracteres demóticos na Pedra de Roseta. Ao estudar a pedra, ele identificou que um único cartucho que aparecia seis vezes se referia a *Ptolomeu* (a inscrição grega também se referia a ele). Mais tarde, no Obelisco de Bankes, ele identifica um cartucho como sendo o nome de Cleópatra, pelo mesmo processo. Champollion procede então à decomposição dos cartuchos de Ptolomeu e Cleópatra, chegando assim aos hieróglifos e a sua equivalência às letras. (Extraído da Wikipédia, a enciclopédia livre – <http://pt.wikipedia.org/wiki/Pedra> de Roseta). Acessado em 09/01/2006.

subjetivado, compreendido, algo que não lhe faz questões. “Seus traços parecem verdadeiros hieróglifos que ainda não se sabe ler. Apresentam-se como um selo, um cartucho que outorga o nome próprio dando ao sujeito uma espécie de identidade corporal (...) traços inscritos, mas pré-significantes (...) (Valas, 2004, p.122).

Essa idéia do cartucho é também trazida por Lacan em 1975 – trata-se da moldura que, na escrita hieroglífica, continha o nome de um soberano; assim, o FPS é abordado como o nome próprio revelado pelo cartucho do corpo. Verificamos, na teorização desenvolvida até aqui, que na holófrase o sujeito deixa de ser representado por um significante para outro significante, é como se ele perdesse o nome próprio em alguns sítios do discurso, ou o tivesse, como nos lembra Guir (1990), “degradado ou desconsagrado” (p.55). Para esse autor, “nossa assinatura é de fato um hieróglifo personalizado, com efeitos sonoros distintivos, entregando o nome-próprio” (Guir, 1990, p. 56) e o FPS seria uma nova nomeação, uma escrita, um traço, uma marca aplicada sobre esse objeto que é o corpo próprio.

De maneiras diferentes, todas essas formas de apresentação do FPS fazem parte de diversas tentativas de aproximação teórica desse problema que, na clínica, pode representar um impasse, pois não há como abordá-lo pelo equívoco significante, como se faz com o sintoma neurótico, uma vez que ele tem estrutura diferente deste.

“Num tratamento, o movimento de subjetivação de uma lesão psicossomática se inicia a partir do momento em que, em geral sem seu conhecimento, o analisante fala de sua lesão nos mesmos termos de sua angústia e, freqüentemente, em alternância com ela. Não sendo um sintoma, não se trata aqui de lidar com o equívoco significante jogando com sua parte de *non sense* para reduzi-lo”. (...) “Seguindo as indicações de

Lacan, como a lesão é ‘não-a-ler’ [*pas-à-lire*], porque é um escrito indecifrável, convém temporizar e situar a intervenção em outro lugar, para poder dar sentido ao seu gozo” (Valas, 2004, p.124).

Valas afirma, nesse mesmo texto, que se trata de uma patologia do significante na qual “o significante perde de uma hora para a outra seu estatuto de suporte na dialética do desejo e se torna puro signo” (Valas, 2004, p. 121).

É assim que compreendemos a teorização nessa vertente. Por contornar a estrutura de linguagem, o FPS não se apresenta como significante, mas como um gel, ou como um “significante congelado”, como nos diz Lacan, que escapa às suas leis e que pode ser pensado teoricamente de diversas formas, mas clinicamente só pode ser abordado pela via do gozo. É disso que nos fala Lacan em sua Conferência em Genebra: “É por esse viés, pela revelação do gozo específico que há na sua fixação, que sempre é preciso visar abordar o psicossomático” (Lacan, 1998b, p. 14).

5.3 Vertente do objeto *a* e do gozo

Como dissemos, podemos supor que desde o início temos gozo e significantes advindos do Outro, dispersos, desencadeados, fora das leis de linguagem, sem um S_1 que permita a organização e remissão dos outros significantes. Esse gozo desregulado pulsa no corpo mesclado às necessidades do organismo e, à medida que vai sendo ‘tratado’ por um ser de linguagem, se restringe a localizações no corpo correspondentes às zonas erógenas. Essa é a lei – o gozo tem que ser restrito num ser de linguagem, ou seja, *onde era gozo, faz-se a palavra* – embora a palavra nem sempre elimine o gozo, nem sempre o

modifique. No FPS, como vimos, essa lei falha, o que leva à injunção do corpo enquanto objeto.

Para Miller (1999), diante do fracasso da representação significativa, da impossibilidade de dizer daquilo que abate o sujeito, ocorre um “retorno de gozo” no corpo, “em vez de ser expulso ao exterior ou confinado aos limites erógenos do corpo, o gozo faz intrusão naquilo que deveria ser o conjunto vazio do corpo.”¹⁰ (Miller, 1999, p.29). Ele coloca o FPS em série com a esquizofrenia (“modelo catastrófico”) e com a paranóia (gozo no lugar do Outro), dizendo que nele também ocorre o retorno de gozo no corpo sob forma “quase significativa”¹¹. É assim que compreendemos a expressão “hieróglifo no deserto”: no vazio de gozo do corpo, as lesões orgânicas se apresentam, desconectadas da psique, como um enigma que encerra uma parte da história do sujeito, mas que não tem como ser traduzido; cartucho que contém o nome-próprio. Ao nível do gozo, essa é uma das diferenças que existem com a psicose – o corpo não é todo tomado, trata-se aqui de um retorno em áreas delimitadas que têm, na complacência somática e genética, um grande facilitador.

Esse que teria que ser fundamentalmente um conjunto vazio é que implicaria a extimidade de gozo e que levaria à constituição do lugar do Outro. Para Miller, é nesse sentido que Lacan diz que o “Outro é o corpo”, “o Outro é o corpo enquanto corpo morto, enquanto corpo que não é mais que conjunto

¹⁰ “Y en ese aspecto la serie de casos que podemos construir simétricamente a aquella que implica el fracaso de la representación significativa, es una serie de casos, la misma, pero considerada como ‘retorno del goce’ al cuerpo, en lugar de ser expulsado al exterior o confinado a los límites erógenos del cuerpo. El goce hace intrusión en aquello que debería ser el conjunto vacío del cuerpo” (Miller, 1999, p.29)

¹¹ “Y el FPS merece ser puesto allí em serie, salvo que el FPS nos da efectivamente bajo una forma cuasi-significante ese retorno del goce” (Ibidem).

vazio, livre de gozo” (Miller, 1999, p.30)¹². Tal asserção é muito adequada em psicossomática na qual temos essa encarnação de um Outro vociferador que, como um superego arcaico, determina implacavelmente: Goze! Não fale daquilo que nada sabes, apenas goze, em teu corpo, toda angústia daquilo que terias para dizer! Ou seja, ocorre uma “forção do corpo da qual o Outro goza à custa do sujeito” (Valas, 2004, p.122).

Dessa forma, no FPS, o corpo não é um “deserto de gozo”, caberia melhor a metáfora da floresta selvagem, mata virgem longe da civilização e da cultura, sem regras e leis, em toda exuberância de gozo...

Mas de que espécie de gozo se trata? Lacan se refere a um “gozo específico” do psicossomático. Sabemos que não é regulado pelo falo, não é da ordem do gozo dos místicos e nem do gozo feminino, mas que com estes dois últimos teria em comum o fato de estar fora da ordem fálica. Por que pensamos isso?

Ao fazer uma aproximação entre o FPS e a psicose, quando aponta a presença da holófrase, Lacan estabelece, em princípio, que, no que diz respeito a essa afecção somática, o sujeito encontra-se fora da ordem fálica. O que significa que houve um momento na vida do indivíduo no qual houve falha em seu sistema de linguagem (regulado pelo significante fálico) e que, não sendo possível o acionamento do simbólico (através de seu ser de sujeito), houve o acionamento do corpo (até porque sua genética o facilitou) através de um hieróglifo encarnado, solitário, que não se reporta a nenhum S1.

¹² (...) “el Otro es el cuerpo en tanto que cuerpo muerto, es en tanto que cuerpo, que no es más que conjunto vacío , libre de goce.” (Idem, p.30)

Trata-se, dessa forma, do gozo de um corpo que se mostra através das “rasuras” na carne sob a forma de lesões, como já foi dito; mostração fora de subjetivação, fora da linguagem. Como no caso dos místicos, abordado por Lacan no *Seminário 20*, esse corpo também goza, só que, ao contrário desses, o gozo no FPS se mostra em sua face de sofrimento, de interrogação, de revolta (por que eu? O que fiz a Deus para merecer isso?) e não de júbilo e regozijo. Contudo, ao mesmo tempo em que se mostra e traz sofrimento, ele pode trazer, em certos casos, um certo apaziguamento por fazer uma circunscrição desse gozo e, por que não dizer, uma nomeação. É nesse sentido que entendemos o FPS como um dos nomes-do-pai, pois, ao circunscrever o gozo, ele promove um enlaçamento com a realidade, permitindo uma nomeação para o sujeito. Daí assistirmos, em sujeitos psicóticos, a permutação entre surtos psicóticos e surtos psicossomáticos como se o FPS funcionasse para o psicótico como uma tela de proteção contra a intrusão do real e, como uma espécie de laço com a realidade.

É o que vimos no caso três – enquanto combatia a psoríase, Juquinha mantinha contato com a realidade, por mais dura que esta se lhe apresentasse (na forma de uma mãe vociferadora e intransigente, de um Outro gozador), como se as lesões concentrassem em si todo o gozo, todo o real desligado do significante fálico; como se as lesões fossem uma zona erógena que, ao aprisionar o gozo, desenlouquecesse o sujeito e enlouquecesse o corpo. Queremos dizer que, de certa forma, sua psoríase funcionava como um substituto do significante fálico que, ao encadear os S_1 dispersos sob a forma de lesão, permitia o estabelecimento de uma certa “normalidade” para o sujeito. Quando curadas, ocorria nova invasão de real e o gozo, novamente livre,

desenlaçado, sobrecarregava o psiquismo, trazendo nova ruptura com a realidade.

Acreditamos que o mesmo possa ser dito em alguns casos de neurose, na qual a lesão parece acionar um certo apaziguamento sob a forma de uma discreta melhora nos sintomas neuróticos. Nos Casos 1 e 2, enquanto os sujeitos padeciam com suas lesões, quer dizer, enquanto a angústia se manifestava na forma de lesão, havia pouco espaço para se falar dela, pois era vivida no corpo, era suficientemente mostrada. Não estamos negando que os pacientes sofressem, mas dizendo que esse sofrimento era, de certa forma, apaziguador de uma outra dor sem memória, sem palavras: ‘como não sei falar, só queria mostrar, minha lesão’. Isso é mais flagrante no Caso 2, pois o paciente, um caso de neurose obsessiva muito grave, após “ser descoberto” pela médica, parece ter acalmado, amainado a efervescência de sua sintomatologia neurótica. Na análise, só queria falar de suas doenças, ele não temia a lesão orgânica, pelo contrário, era como se dela se orgulhasse e se comprazia em contar os detalhes de tudo que lhe acontecia, desfiando um rosário sem fim sobre dores e tratamentos, ou numa linguagem lacaniana, aprisionado, sem sabê-lo, numa rede de S_1 . Quando as crises da colite cediam, a ebulição neurótica retornava à cena analítica e, numa dessas vezes, ele pôde dar vazão a sua sexualidade.

Por outro lado, não queremos negar com isso que, em outros casos, o horror diante da manifestação somática e o pânico diante da possibilidade de retorno desta possam ocorrer. Na minha clínica isso apareceu em alguns casos de câncer de mama, nos quais as mulheres sofriam com o fantasma da doença, mesmo após o tratamento, como se a “recidiva” fosse uma foice pairando sobre

suas cabeças. O câncer havia se tornado, para elas, quase que uma ameaça constante e, muitas vezes, após um ano de tratamento médico com excelente resultado, seus médicos se viam obrigados a “forçar” um tratamento psicológico para tirá-las da estase doentia. Pode-se dizer que o medo e a castração, de certa forma, as haviam colado a esse significante (câncer) que, dentro delas, se espalhava sem limite, sem ponto de basta. Era como se elas tivessem se deixado invadir por um Outro gozador que as submetia e aterrorizava...

Para Freud, como já foi ressaltado anteriormente no capítulo sobre o trauma, a doença orgânica operaria contra o desenvolvimento de uma neurose: “uma pessoa atormentada pela dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento” (Freud, v. XIV, p.98). Em nossa opinião, no FPS, em alguns casos, ocorre algo semelhante: o indivíduo tem a possibilidade de diminuir a sintomatologia neurótica, que é o que estamos chamando de apaziguamento, pois, “as vezes, a lesão ‘rouba a cena’ – Marina, quando “atacada” pelo eczema, não sofria com suas inibições neuróticas como se delas se esquecesse, pois as lesões livravam-na, de certa forma, de uma angústia desconhecida trazendo-lhe um sofrimento mais palpável e, até mesmo, mais aceitável em seu meio (Não sabendo o que fazer, faça, como sua madrinha, um FPS). Ou seja, de certa forma, as lesões, através do investimento narcísico no órgão, livravam-na da angústia do ‘não saber o que fazer’.

Por outro lado, diferente do que ocorre com os místicos, no FPS, Deus falta como Aquele que dá consistência e significado às coisas (significante fálico), falta enquanto um S_1 que remeteria a um S_2 , pois nele o indivíduo se vê

frente a frente com a vivência do sem- sentido, do injusto, do fora da lei (divina e humana). Nesse momento, algo escapa ao saber, uma vez que o saber é a relação entre os significantes. Vive-se aquilo que não se sabe, apenas vive-se e sofre-se. Lacan se refere a esse gozo, em sua Conferência em Genebra, usando a metáfora do congelado para dizer de sua fixação, mas não vai além disso. Penso tratar-se de um gozo que arrebataria, não em contemplação como no caso dos místicos, mas em sofrimento; ambos, porém, mostrados no corpo. Tal fixação de gozo é explicada por Merlet como devido à

“... interferência de uma necessidade sobre o desejo, isto é, de uma espécie de curto-circuito corpo-organismo no ponto de não clivagem, que explicaria essa fixação de gozo à qual se deixa levar o psicossomático para o qual, portanto, todo órgão nem sempre determina deveres” (Merlet, 1990, p.19).

Nesse “curto-circuito corpo-organismo” cabe pensarmos também os místicos, ou pelo menos aqueles casos nos quais os sujeitos em transe místico submetem seus corpos a situações de sofrimento (“provas”) que seriam insuportáveis em outra circunstância, como se houvesse um desligamento entre corpo e organismo. Por outro lado, no FPS, nesse ponto de não clivagem, o sujeito deixa de ser sujeito, pois não se afaniza, tornando-se alienado no desejo do Outro. Resta-lhe um corpo que se deixa escrever algo da ordem do número, da ordem do real, como nos lembra Lacan na Conferência em Genebra, numa “contagem de gozo”. Corpo que se mostra em sofrimento de gozo, numa clara mostração do “Isso goza!”

Entendemos essa referência lacaniana ao número como um indicativo de que se trata do gozo fora do significante, gozo que não tem como ser representado pela linguagem pois está fora do registro simbólico. Lacan deixa

claro que não temos como significantizar o real, mas que é possível numerá-lo, cifrá-lo. A propósito desta terminologia *cifra*, achamos interessante lembrar que o conceito se refere ao sinal gráfico representado pelo zero que, não tendo valor absoluto, confere valor relativo a outros algarismos quando os acompanha (*Dicionário eletrônico, Houaiss*). Não poderíamos estender essa compreensão ao real do gozo e dizer que, sem representação (valor absoluto), ele (o real do gozo) confere à realidade psíquica do sujeito um valor relativo, enumerável em seus surtos sucessivos, periódicos? Assim, poderíamos pensar que, nesses momentos de invasão de real, a realidade seria referida de acordo com a cifra de gozo que a inundasse?

Para Fux (1999), em psicossomática há uma cifra de gozo que não passa pelo significante e que não é subjetivável. “É como se fosse uma contagem absoluta de gozo, que pode surgir em surtos inesperados e sucessivos, uns seguidos dos outros” (Fux, 1999, p. 72). O sujeito se submete a um imperativo de gozo, vítima do “gozo obscuro” do Outro. Obscuro e enigmático uma vez que não ocorre aqui nem subjetivação do desejo, nem a relação dialética com o Outro e o “gozo enigmático do Outro faz retorno ao corpo próprio” (Idem, p. 72) – é disso que se trata, segundo a autora, o gozo específico do psicossomático.

Específico em sua fixação fora do simbólico, frequência de número (que não faz série) e não repetição significativa, ele apenas sinaliza algo da ordem de uma pulsação sem sentido no corpo.

Contudo trata-se também, como nos lembra Lacan (1998b) ao concordar com o Sr. Vauthier, de um gozo sem sentido, o que quer dizer não

significantizável, ou, por isso mesmo, de angústia. No FPS, como vimos, a função significante falha, o que leva à injunção do corpo enquanto objeto. Corpo como dejetivo ou causa de desejo? Difícil falar de causa de desejo quando nos referimos ao FPS uma vez que, não havendo intervalo entre os significantes, não cai sujeito e nem objeto, ficam ambos holofraseados no primeiro significante, ‘monolitizados’; dejetivo no corpo, proximidade causa de angústia.

No *Seminário da Angústia*, Lacan vai afirmar que “a manifestação mais flagrante desse objeto *a*, o sinal de sua intervenção é a angústia (...)”, angústia (...) “que é um sinal relacionado com o que se passa em termos da relação do sujeito com o objeto *a* (...)” (Lacan, 2005, p.98), em termos da relação do sujeito com o real. Para Lacan, é através do objeto *a* que se pode falar da angústia, pois ela é “sua única tradução subjetiva” (Idem, p.113). É isso que ele quer dizer ao afirmar, referindo-se à angústia – “ela não é sem objeto” (idem, p.101) – é a proximidade de *a*.

Objeto, no entanto, inapreensível, normalmente identificado sob a forma de fragmentos parciais, que Lacan chamará, no *Seminário 11*, de “quatro formas de perda”: seio, cíbalo, voz e olhar. No FPS, ao afirmarmos que a holófrase é encarnada, estamos dizendo também que esse objeto está no corpo, presente nas lesões, presentificação de real sinalizado na angústia, numa realização do corpo imaginário. Não se trata, assim, de objeto causa pois, para isso, o real teria que ser êxtimo e não foracluído. Por outro lado, como nos lembra Miller (1999), nele ocorre a imaginarização do simbólico que, para nós, se relaciona às identificações e à alienação, tão presentes neste tipo de paciente.

É aqui que as duas vertentes, a da estrutura significante e a do gozo, se encontram, pois não é por não ter um sentido dado, mesmo que oculto, que o psicossomático não possa ser abordado pela linguagem. Valas (2004) propõe um “como fazer”, um como operar com isso na clínica:

“(…) Como fazer? Justamente deixar o sujeito dizer, deixar ir de maneira refletida o livre jogo de sua angústia, de modo que possa se produzir um distanciamento, uma flutuação, por onde o sujeito terá a oportunidade de sair desse ponto de petrificação, de congelamento, fixado que está no gozo específico de sua lesão. Pouco a pouco ela vai ganhar sentido para ele” (Valas, 2004, p.124).

Cautelosamente porém, esse autor adverte que, em caso de remissão do FPS, não é possível afirmar que ela foi obtida graças a “intervenção precisa referente a um significante causal” (como ocorre com o sintoma), uma vez que o analista age mais sobre uma “constelação” de significantes “que vão se agenciar segundo a ordem de uma outra cadeia” (Ibidem); daí muitas vezes elas (as remissões) acontecerem sem o conhecimento do analista e até mesmo do analisante. Além disso, ele observa que “deixar livre a angústia quer dizer também não muita angústia” (Valas, 2004, p.126), o que pressupõe uma intervenção médica, quando ela se faz necessária, uma vez que a palavra não é todo-poderosa.

5.4. FPS, delírio e fantasia

Este item é dedicado a algumas articulações que todo este estudo nos levou e que não estão expostas em nenhum dos textos indicados. Achamos que

elas apresentam algum interesse por se tratarem de uma maneira diferente de pensarmos o FPS, tema de difícil abordagem, relacionando-o aos efeitos do trauma e a uma possível função na estabilização do sistema psíquico. Vimos que os autores que teorizam a respeito desse tema, lançam mão de muitos recursos analógicos (relativo à analogia): traço unário, hieróglifo, cartucho, nome próprio. Ao lado desses, acrescentaríamos o de ‘remendo de tela’ da fantasia ou do delírio que ameaçam romper após um encontro traumático com o real. Pensamos na analogia do remendo e não na da sutura pelo fato de o primeiro dar a idéia de algo postiço, que não encaixa completamente, não tampona. Com isso queremos dizer que o real nunca é de todo contido, a fantasia e o delírio não o fazem, e o FPS também não.

Dada a limitação deste trabalho, nele apenas levantaremos alguns pontos que deverão ser aprofundados e melhor desenvolvidos posteriormente, quem sabe, talvez, numa tese de Doutorado.

Tanto a fantasia quanto o delírio podem ser pensados como incidências do real no simbólico, mas pertencentes a estruturas diferentes – a primeira, à neurose e perversão e a segunda, à psicose. Podemos ponderar que eles têm em comum o fato de serem, ao mesmo tempo, tela de proteção do simbólico e janela para o real e serem responsáveis por uma certa homeostase no funcionamento psíquico. Sabemos que pode causar estranheza essa afirmação do delírio como tela de proteção do real, mas estamos trabalhando com a idéia de ele ter a tarefa de uma reconstrução possível da realidade na psicose, após o desmoronamento, o desenlaçamento do sujeito trazido por mais um surto de

real. Mas se por um lado a fantasia se constrói sob a égide da significação fálica, o delírio, por outro lado, lhe escapa por não ter o falo como referente.

A fantasia é herdeira do recalque originário que apaga o S_1 , que por sua vez recobre a Coisa. Ela poderia ser articulada, nos termos da “Carta 52”, como o resquício da insistência da percepção que, ao tentar atravessar todos os neurônios protetores do sistema psíquico em formação, vai se transmutando, se depurando, ficando em restos... Coisa, S_1 , traço unário, recalque, fantasia... longo percurso no qual aquilo que permanece (a fantasia) é novamente recalcado (recalque secundário) e dele só temos *flashes* através dos sonhos, chistes, sintomas e atos falhos, quando o Inconsciente fala. Para Jorge (2002),

“o recalque primário ou originário implica precisamente no recalque do real e, ao fundar o simbólico do inconsciente e da pulsão, ele instaura a fantasia inconsciente fundamental. O recalque originário funda o advento do sujeito (o indivíduo da espécie). Quanto ao *recalque secundário*, o qual está na base dos sintomas neuróticos, ele é, em última instância, o recalçamento da fantasia que foi instaurada pelo recalque primário. E, por fim, o *retorno do recalcado* implica no retorno da fantasia através do seu derivado mais ilustre, o sintoma. Se há retorno do recalcado após essa série de recalques, isso se dá na medida em que a pulsão insiste em sua exigência imperiosa de satisfação” (Jorge, 2002, p.19 - grifos são do autor).

Confeccionada pelo tecido de linguagem, sob a égide do significante fálico, a fantasia barra o gozo, o real, mas permite que vestígios dessa pura vida cheguem através de si e animem o corpo morto do ser falante. Daí a adequação da metáfora “janela para o real” que completariamos com ‘janela para a vida’, pois, como vimos até aqui, com a entrada do simbólico, o corpo se torna corpo morto, e sua possibilidade de desfrutar da vida é, através do gozo, restrito às zonas erógenas. Por outro lado, o regime de gozo pode ser, também, ordenado

pelos significantes que podem organizar, mortificar e impedir que o gozo ocorra de forma diferente.

Mas há também “algo que participa do real na fantasia, além do gozo que ela veicula, que é sua fixidez, sua constância, em outros termos, seu caráter impossível de mudar(...)” (Soler, 2004, p. 54). A fantasia é uma “sutura” do sujeito na qual a lacuna do mesmo “é tamponada por um objeto imaginário e real ao mesmo tempo, mas que participa do real por sua estabilidade, sua constância” (Ibidem). Enquanto o trauma se impõe numa temporalidade de ruptura, a fantasia é “o chão permanente do sujeito” e há uma constância nela. “O gozo apanhado na rede da fantasia está inteiramente canalizado pela organização simbólica e, nesse sentido, ele é muito oposto ao traumatismo” (Idem, p.55). Ela “filtra as contingências” e “palia os maus encontros... do traumatismo pelo real” (Idem, p.56) ao fazer um enquadramento desse real. Dito de outra maneira, ela enquadraria as contingências de modo a lê-las como algo constante e conhecido.

Todavia, pensamos que o gozo, quando desregulado por um acontecimento traumático, escapa à lei fálica, torna-se mortífero, e pode romper a tela da fantasia, ameaçando o sujeito do inconsciente com o apagamento, com o afogamento numa *tsunami* de devastação de efeitos prolongados e até mesmo eternos, se nele não puder intervir o escoamento pela via do significante. Devastação que tem como uma das conseqüências aquilo que é descrito por Marty, Dunbar e seus colaboradores como a “não fantasmáticação” dos pacientes psicossomáticos. Rompida a tela da fantasia pela ação do trauma, o sujeito “perde o chão”, o aparelho psíquico é ameaçado pela aproximação do

objeto, presença do real, o que é fator de angústia, pois, como já foi lembrado aqui, “*ela (a angústia) não é sem objeto*” (Lacan, 2004, p.101).

Não é a perda do objeto que traz a angústia, mas a aproximação da Coisa que, de alguma forma, reativa a perda de si mesmo trazida pela operação de alienação subsequente. Ou seja, em nossa opinião, o trauma rompe o fino tecido da tela da fantasia e ameaça o eu com a reativação da vivência do não-eu. E é aqui que entraria o FPS – como a possibilidade de ‘remendo’ nessa tela, para que ela não se esgarce, não se rompa de vez, afogando o sujeito num estado impossível de angústia. De certa forma, então, ele funcionaria nas estruturas neurótica e perversa como um protetor da fantasia, como aquilo que impede sua ruptura ao conferir ao sujeito “desarvorado” pelo trauma uma outra identidade. “Foi Dra. C. quem me descobriu” ou, diríamos nós, foi a Dra. C. quem nomeou minha nova identidade, ou melhor, quem ratificou a minha descoberta, como na fase do Espelho o fez a mãe. Achamos que essa nova identidade se relaciona ao funcionamento do FPS como um possível nome-do-pai que impede que o sujeito caia da cena.

Numa tentativa de matemizar essa operação, gostaríamos de propor algo novo, talvez da ordem do impossível, que é pensar que, a partir do trauma, a escritura de *S barrado punção de a*, se modificaria com a queda da barra em *S* e a ameaça de dissolução da punção (sinal entre *S* e *a* pontilhado): *S a*. O FPS entraria no centro do sinal de punção (antes que ele desaparecesse), encobrindo o desejo, mas impedindo que o traçado se esvaecesse e que o sujeito se fundisse a esse *a*. Mas ao fazê-lo, no entanto, ele colaria os dois, sujeito e objeto, num monólito passado ao corpo. Ele entraria, pois, ao mesmo tempo, como

possibilidade de escoamento de um certo gozo e de remendo desta tela uma vez que, quando o entremetimento do significante se faz impossível, devido à ação da holófrase, ele é uma possibilidade de circunscrição do gozo a “certos sítios” do corpo como Outro, através das lesões, impedindo que o mesmo seja inteiramente tomado, devastado. Nesse sentido, ele é uma possibilidade de enlaçamento do três registros, RSI, ao funcionar aqui como um dos nomes-do-pai. Ele sustentaria o $\$$ – o sujeito, assim, não delira, não desestrutura, vive o sofrimento como a realização do imaginário. O novo Nome-do-Pai o sustenta em sua estrutura não psicótica, logo é um sítio do discurso no qual não há metáfora, mas há imaginarização do simbólico.

Por outro lado, operamos com a viabilidade de pensar o delírio como algo correlato à fantasia, na psicose. Para Freud, ele representava a tentativa de cura e não a doença em si, na qual a libido era restituída aos objetos e, graças à projeção, através dele, aquilo que era abolido de dentro retornava de fora ao sujeito. Já Lacan, que imaginava a psicose, em seu primeiro ensino, em termos do fracasso da metáfora paterna e da forclusão do Nome-do-Pai, que obturaria a relação com a realidade, vê no delírio, a partir de Freud, a tentativa de atenuar essa falta no simbólico e suas conseqüências no imaginário. Aquilo que para Freud era abolido de dentro é, em termos lacanianos, a forclusão do Nome-do-Pai, e aquilo que retorna de fora é a própria ‘metáfora delirante’ estabilizadora, tratamento precário do real.

Por que Freud pensava o delírio em termos de ‘tentativa de cura’ da psicose? Porque através deste, assim como na fantasia (dentro de nossa maneira de pensar), há a tentativa de reconstrução, de organização da realidade externa,

do mundo exterior para o sujeito. Ou seja, perante o desenlace do sujeito com a realidade, diante da invasão do real no aparelho psíquico, ele funcionaria como a tentativa de um novo laço com essa realidade, só que delirante.

Jorge (2002) estabelece, através de seus estudos, uma interessante relação entre delírio e fantasia:

“Na psicose, a ausência de entronização da fantasia – de realidade psíquica – é o que está na base da irrupção avassaladora do real. É essa dimensão do real que constitui essencialmente a psicose, e não o delírio, que já representa uma tentativa de reconstituir a matriz simbólica da fantasia” (Jorge, 2002, p.17).

A fantasia, “lugar matricial no psiquismo”, não se instaura na psicose, e em seu lugar instala-se o delírio numa tentativa de “preencher a falha deixada pela ausência da fantasia” (Idem, p.16).

Dessa forma, pensamos ser pertinente a postulação da mesma tese que fizemos para relação do FPS com a fantasia, ou seja, o funcionamento dele como um remendo que traria uma certa estabilização ao delírio, quando este ameaça romper-se mediante a pressão do real, haja vista a ocorrência clínica já citada da alternância entre surtos psicóticos e crises de FPS, por nós chamados de surtos psicossomáticos – como no caso 3 do paciente que, quando se curava das graves crises de psoríase, entrava em surto psicótico e vice e versa.

Além disso, gostaríamos de citar aqui a existência de estudos atuais que asseveram a pertinência do uso do termo fantasia também na psicose – “Se até um determinado momento privilegiamos o uso do termo fantasia na clínica das neuroses, temos aqui a sua pertinência – e veremos como – à clinica das psicoses” (Alvarenga, 2002, p.57). A autora justifica essa asserção através do

estudo do arrebatamento de Lol V. Stein no qual, em sua opinião, a fantasia teve um efeito estabilizador na psicose da heroína:

“O que foi perdido, raptado, sem palavras, vai ser reencontrado em uma fantasia, na qual Lol é despossuída de seu corpo, substituído pela nudez do corpo da outra mulher.” (...) “O trabalho de construção da fantasia consiste em espiar o gesto do homem tirando o vestido da mulher.” (...) “O que ela inventa, dez anos depois, é esse gesto, que não poderia ter lugar sem ela. Sua felicidade está em olhar Tatiana nos braços de Hold, a três. A felicidade vem com a construção da fantasia: à medida que o corpo de Tatiana aparece, despido por esse homem, o seu corpo se apaga, em uma progressão paralela e inversa” (Alvarenga, 2002, p.59-60).

A autora nos adverte que na psicose se trata, porém, de “outro estatuto” da fantasia, “não se trata de uma fantasia recalcada” (Idem, p.58) como nas outras estruturas (mas não explicita, nesse texto, qual estatuto seria este). Em sua leitura, a heroína só podia “ser” a três e a impossibilidade dessa triangulação foi a responsável por seu primeiro surto. Dentro de nossa proposta de compreensão das relações entre delírio e FPS, imaginamos que Lol, caso tivesse uma lesão no corpo, talvez não surtasse.

Além desse caso, é bom lembrarmos do “Homem dos Lobos”, tratado por Freud como neurótico obsessivo e por Lacan como psicótico, que apresentava a fantasia da cena primária no sonho dos lobos.

Pensamos, pois, o FPS, a afecção orgânica, enquanto condensação de gozo, como um ato do sujeito desesperado que, mediante as conseqüências desestabilizadoras do trauma, se apagando em parte, ‘passa ao corpo’ a fim de evitar uma catástrofe pior, seu apagamento total. Não se trata, porém, de um ato consciente pois, como já dissemos, o FPS é dessubjetivado, diríamos antes que se trata mais de uma passagem ao ato no corpo e, como em toda passagem ao

ato, trata-se de um ato sem sujeito. Dito de outra forma – o trauma ao tocar numa *Fixierung* traz uma invasão do real e o apagamento do sujeito do inconsciente, o que acaba levando a uma passagem ao ato no corpo como uma forma de contenção do gozo, que pode funcionar como uma nova nomeação do sujeito. É isso o que pretendemos ao usar a analogia da passagem ao ato: marcar esse apagamento do sujeito do inconsciente e a impossibilidade de se referir ao FPS como um ato voluntário, tão comum nas expressões usuais “Fulano fez um câncer”. Não se trata de um fazer consciente, mas de um ‘não saber o que fazer’ uma vez que, num sítio do discurso, mediante o acionamento de um significante traumático, tem-se o *apagão* do sujeito. Com ele apaga-se o que há de mais estruturado no psiquismo – a fantasia e o delírio – tratamentos simbólicos possíveis do real impossível.

Utilizando a mesma metáfora de Freud para o aparelho psíquico, a da vesícula viva, poderíamos pensar que, mediante o trauma, ocorre uma ruptura e uma invasão de real contida, de certa forma, pelo FPS. A lesão seria, assim, sua parte mais externa, sua ‘crosta inorgânica’ que, ao mesmo tempo que presentifica o real através da condensação de gozo, o contém, impedindo que ele invada o psiquismo. Audaciosamente, estamos propondo que o FPS seria um dos tratamentos dados ao real do trauma.

Horror, desgraça, consolo e muitos outros nomes podem se acrescentar à nomeação que do FPS fazem os estudiosos. Não podemos nos esquecer, no entanto, que para que tudo ocorra, ao lado desse necessário (real do trauma), há que haver ocorrido um encontro contingente, aqui representado pelos fatores genéticos, hábitos de vida, mas, acima de tudo, por um traço revificado, marca

de impressões que se perderam. Contingência também presente na forma como o real do trauma se presentifica para um dado sujeito, ele ocorre para todos, é da ordem do necessário, mas a maneira como ele ocorre é contingente.

6 DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

“No momento de concluir, o sujeito do enunciado (...) coincide com o sujeito da enunciação. É aquele que se declara o que é” (Quinet, 1991, P. 63).

Holófrase, traço unário, cartucho, hieróglifo, letra, número, Nome-do-pai, remendo de tela... todas diferentes maneiras de abordagem do FPS... diferentes faces dessa que é uma das inatingíveis formas de manifestação do real, de sua escrita ilegível.

Imaginarização do simbólico – mais que um enigma (a teoria lacaniana os tem aos montes), num jogo intrincado de palavras, esta expressão se refere a uma identificação regressiva do sujeito a um momento em que, a partir do trauma, e não tendo como escapar, ele queda fascinado, paralisado, diante do enigma da inteireza imaginária do Outro e de suas significações incompreensíveis que, como a Esfinge, se lhe apresentam. Mas aqui, o sujeito-Édipo não tem palavras que o salvem do fascínio devorador e, sem alternativas, se deixa engolir, numa absoluta desistência do SER dividido. Em seu corpo, ele e o Outro fazem UM.

O FPS como ocorrência pontual no discurso, numa tentativa desesperada de nomeação ou de circunscrição do gozo mortífero, marca o corpo do sujeito. Marcação feita em órgãos do corpo, sítios proibidos pelo advento da linguagem, porém invadidos pelo sem-lei do real.

E tudo começa num *susto* que desemboca num *desamparo* e *paralisa* o sujeito. Aquilo que era da ordem da lei estruturante escapa, sacudindo os alicerces do que vem construindo. Abalo que não é marcado pelo simbólico; restam marcas sem memória, traços imperceptíveis, passíveis de reativação pela contingência. E esta vem, sempre vem, trazida pelo real da vida, e toma de assalto o sujeito que perde a identidade e se deixa assujeitar. Assujeitado, ele adoce e padece de um enigma que não consegue decifrar. Enigma que, ao ser bordejado pelo simbólico, abre as comportas da angústia trazendo o pavor da ruptura fatal.

E a fantasia salvadora? Está rasgada, rompida, e em seu buraco mostra-se a lesão que cumpre o importante papel de impedir que o que resta dela se perca de vez, lançando o indivíduo na escuridão do NÃO SER.

Che vuoi? é dirigido ao corpo como Outro que, adoecido e marcado, só pode responder: *Gozar!* Gozar de um órgão que, sob o efeito do desejo do Outro, enlouquece e já não cumpre seus deveres.

Os casos estudados sugerem que, de certa forma, o FPS nomeia o sujeito conferindo-lhe uma nova identidade corporal, uma nova forma de apresentar-se, ou melhor, de mostrar-se no mundo – psoríase, eczema, colite ulcerativa, asma, entre outros tantos nomes. Aquilo que escapa ao simbólico, mas que é induzido pelo significante, retorna no real do corpo sob a forma de lesão. Lesão que se mostra ao olhar do outro, mas sem fazer-lhe qualquer apelo; ela não se dirige a ele, apenas se mostra, afinal o nome-próprio não tem significação, ele é o que é.

E quanto à cura, o que podemos discorrer sobre isso? Vimos nesse estudo, que com o tempo de análise, com a formação de outras cadeias significantes, o sujeito pode subjetivar o FPS, por que esse fenômeno, após o bom êxito de uma simbolização, passa a ser lido, mesmo que não saibamos o que possibilita isso. O que nos faz pensar que aquilo que foi induzido pelo significante pode ter um tratamento possível pelo simbólico, tentativa de tradução do que foi inscrito, bordejo do real através de sua manifestação de angústia.

A técnica analítica pode ser empregada e a lesão pode ser subjetivada mas deve ser distinguida das racionalizações aleatórias usadas pelo sujeito para explicar o seu mal. No estudo feito vimos que é difícil decidir se a remissão da lesão, quando alcançada, resulta do bom êxito da simbolização, advinda do processo de subjetivação, ou se é devido ao resultado de um substituto enraizado no imaginário de acordo com o bom senso. Questão difícil de responder no estágio atual de nossos conhecimentos e que só reforça a necessidade de maiores pesquisas nesse campo.

FPS ou somatização

Discute-se hoje quais são as afecções somáticas que podem ser consideradas FPS, uma manifestação do real no corpo, e quais seriam somatizações, algo da ordem do simbólico. Nesta discussão entram o câncer e as alergias, como vimos com os autores que alertam para só ser considerado FPS lesões causadas por indução significativa. Como pensar então o caso de Marina? Seria um sintoma ou um fenômeno que não segue o percurso de

constituição de um sintoma psíquico? Seria tentador e muito mais simples pensarmos numa somatização – nela há um sujeito que, através de seu corpo, se dirige a um Outro. Este estudo revelou que nas somatizações o real do corpo é afetado, ocorre a indução significativa, mas elas são subjetivadas. Não há, como no FPS, o profundo enraizamento no imaginário e, além disso, não podemos nos esquecer que a lesão não é subjetivada.

O que vemos em Marina é que suas lesões iam e vinham, ela se coçava quando não tinha como se livrar da angústia pela via da palavra – seu modo de manifestar o “não saber o que fazer” mediante o apelo do Outro. Onde está o sujeito deste corpo que pagava pelo não saber? Qual era seu desejo? Ele não estava lá, ele se apagava, não sabia de si, não sabia de nada. Assujeitada, desde pequena, Marina submeteu-se anos e anos à manipulação médica e ao desejo do Outro de sua mãe e de sua madrinha, que sempre tinham regras do tipo como “fazer certo” (o que se repetiu na relação com o professor que nunca estava satisfeito com as respostas dos alunos), significativo este que pode ser pensado como indutor de suas lesões. Aliás, podemos dizer que o “fazer errado”, e por isso ser diferente, desvalorizada e menos amada, foi um fantasma que a perseguiu durante anos na produção escolar, na qual o irmão era brilhante, em casa, onde a mãe era imbatível, e posteriormente no trabalho, com a madrinha supereficiente. O contato com o professor reeditou um trauma que estava em sua quarta edição, numa repetição infinita de angústia e gozo no corpo real e não subjetivado. Marina não era dona de si, não sabia o que fazer, precisava ser mandada. O seu corpo em espelho mimetizava as lesões que via no rosto da madrinha, tida como modelo de perfeição e de identificação.

Obviamente a afecção somática trazia-lhe um sofrimento muito intenso, principalmente depois da entrada na adolescência, na qual a cobrança estética era grande e deixava-a dividida entre o gozo infantil e a mulher vaidosa. Sim, porque, de certa forma, sua “alergia”, da qual ela não tinha muito o que dizer a não ser repetir o que ouvia dos médicos, a mantinha aprisionada num fazer certo – “Você tem tomado os remédios direitinho? Tem usado as pomadas corretamente?” – que não impedia o retorno da doença.

É sabido que faz parte das funções da pele ser receptora e tela de projeção de estímulos internos e externos, o que nos faz pensar que não é à toa que esse órgão seja tão propício a funcionar como um tipo de tela de inscrição do psiquismo. Além disso, é impressionante como esta proposta da pele, como receptora de estímulos internos e externos, se aproxima daquela de Freud para o aparelho psíquico a partir do modelo da “vesícula viva”...

Mas voltando ao caso de Marina, poderíamos pensar que nesse processo de realização do imaginário, o fantasma do dito do Outro, “saber fazer certo”, foi fixado na pele, receptora desse estímulo externo que reacendia as injunções do Outro enquanto corpo (estímulo interno), já que o sujeito apagado pela sombra desse Outro “não sabia o que fazer”? Diríamos que essa pele, tão bombardeada por estímulos, teve no FPS um ponto de basta, como uma tela protetora contra a angústia que invadia o sujeito, mediante o apagamento de seu ser, sempre que era acionada a operação de alienação no Outro. Operação que fascinava pelo brilho do Outro e horrorizava fazendo lembrar a rã “sendo atraída” pela cobra.

Não havendo sujeito para um ato, só lhe restava a ação de coçar.... O eczema, ao mesmo tempo em que trazia sofrimento, aplacava uma angústia que era invisível ao sujeito, “ajudava a pensar”, raciocinar e permitia um ponto de basta nesse ter que “fazer certo” invasor. Porém, a partir do momento em que a angústia entrou no cenário da análise, foi possível pinçar o sujeito, sujeito que tem se fortalecido e lutado para, paulatinamente, escapar das garras do Outro – do Outro da mãe, da madrinha, do professor, mas também do corpo como Outro. Mais senhora de si, ela já pode alçar vãos mais altos. A coceira pode voltar, mas já encontrará alguém com um certo “saber fazer”.

De quem se fala?

Hipocondria, neurose obsessiva, psicose? De quem estamos falando? Quem nos falava? Este caso tão florido em sintomatologia nos traz um indivíduo desesperado em busca de uma nomeação, até encontrar uma médica que o “descobre”, em sua mostração pela via da lesão, permitindo-lhe a nomeação tão perseguida. A partir daí, ele se encarregou de providenciar uma série de sobrenomes, o que, aparentemente, nos faz pensar num deslizamento metonímico da cadeia significante, mas que não passa de fachada para o gel. Tiago é apresentado pelo significante holofrásico “colite ulcerativa hemorrágica”, e nele condensou seu gozo, não deixando brecha para qualquer forma de subjetivação da doença. Ele “não tinha nada a ver com isso”, seu único problema era a doença; apassivado, vitimizado como na relação com o pai, ele apenas se mostrava esquisito num adoecer sem fim. Essa cadeia tinha

apenas um significante – S₁, ser doente, ser esquisito no cumprimento de seus longos rituais.

A própria sessão era um ritual – ele chegava, pegava uma cadeira, ajeitava-a no mesmo lugar de sempre (em frente à analista, pois precisava ver seus olhos), dirigia-se a mesma pergunta, como se fosse a ela, a analista – “Dra. Fulana, de onde paramos?” – e desfiava um rosário de queixas, em sua maioria corporais, do ponto no qual havia sido interrompido na sessão anterior. Parece haver nessa frase uma fusão: por onde começamos + onde paramos. Início e fim estavam como que fusionados numa longa cadeia ininterrupta de repetição (S, S, S, S, S..) na qual falta o UM que lhe dê sentido, tornando-a finita.

O que poderia estar por trás dessa fachada obsessiva? Muita fragilidade que parecia se apoiar, se equilibrar, na nomeação que lhe havia sido feita pelo FPS e atestada, ratificada, por alguém a quem ele supunha algum saber, a médica (desde que não fosse a indicação de terapia). Como a criança em júbilo, em frente ao espelho, devido ao primeiro reconhecimento de sua imagem validado pela mãe, ele também se descobre nessa alienação, a partir da única nomeação que lhe pareceu aceitável. Alienado nessa mãe, ele cobrava do pai uma “dívida” que lhe era insuportável – “ter sujado seu nome”, o que lhe impossibilitou continuar na trilha do saber que havia escolhido (Relações Internacionais) e obrigou-o a seguir o caminho dos pais, no estudo das leis (Direito era a única faculdade que o pai aceitava pagar). A lei era estudada, mas não utilizada. De que sujeira se queixava o paciente? Qual sujeira havia feito seu pai com ele? A nós, nos pareceu que a maior sujeira foi ter um pai

com problemas com a lei, pouco potente para fazer-lhe uma transmissão que não fosse falha em certos sítios do discurso. Além disso, o pai lhe serviu de “modelo” de identificação ao apresentar-se com problemas cardíacos (numa clara somatização chantagista) quando era contrariado.

Tiago pode ser pensado como alguém sem o estatuto de sujeito barrado e se fechando nessa relação ‘homoerótica’ com o Outro de si mesmo, representado pelo FPS. Relação impossível de ser posta em palavras, numa imaginarização do simbólico, na qual a falta é tamponada e tudo passa a ser explicado pela própria doença, numa realização do imaginário. Tais explicações, plenas de “fala vazia” (*alexitimia, falta de fantasmática*), não vêm de um corpo morto que suporta o simbólico, mas de um corpo inabordável, cheio de gozo, sobre o qual não se fazem questões. Com isso o sujeito se fecha, se basta, apesar de todo sofrimento que a doença possa lhe trazer. Aliás, tal sofrimento faz parte do gozo, pois que não existe gozo sem algum tipo de incômodo o que fica muito evidente na clínica do sujeito psicossomático – sofre-se e goza-se com a doença sob um silêncio absoluto, mesmo quando a balbúrdia das palavras se faz presente. Mas são apenas barulhos, gozo (de *lalangue* ou da *holófrase*?) fora de significação, de sentido, que encobre a angústia que lhe subjaz. Sons que servem de fundo para a mostraçãõ de um sujeito que não encontrou outra forma de ser e de estar no mundo sem enlouquecer seu corpo.

FPS – nova forma de laço com a realidade?

Diferente dos casos anteriores, Juquinha, já enlouquecido, tinha nas lesões orgânicas a possibilidade de estabilização da psicose, não havia saída – enlouquecia o corpo ou enlouquecia a mente. Sua falta de escolha se dava entre duas formas de sofrimento, entre duas maneiras de adoecer, numa espécie de cárcere de dois cômodos onde ele ocupava ora um, ora outro. Com a mãe que tinha, não havia outra saída, pois ele estava duplamente condenado pela falta do significante fálico, pela ausência da metáfora paterna. O pai, mesmo quando esteve presente, ao que parece, não teve como conter essa mãe-vulcão que transformava em lava informe tudo ao seu redor, a começar pelo filho, seu objeto exclusivo de posse.

A dura realidade não teve como ser contida pela psicose, pela desestruturação do aparelho psíquico. Como em estado de trauma infinito, o corpo, numa última tentativa de ponto de basta, também foi invadido com uma violência apenas possível em casos de psicose. A contenção do real se fazia mediante o surgimento das lesões, tanto que eram momentos de um certo apaziguamento (apesar do sofrimento com as dores e com o incômodo trazido pela doença) no qual o indivíduo podia manter alguma lucidez e tranquilidade. Neste caso, o FPS funcionava como uma saída possível da psicose, o que nos faz lembrar de Freud quando declarava o delírio como a cura da psicose, e reforçar nossa teoria da lesão orgânica com função de ‘remendo de tela’.

Compreender o adoecer é algo que fascina e desafia o ser humano desde tempos imemoriais. Cedo descobriu-se que ele pode se relacionar ao além do visível numa atribuição ao Outro: deuses – alma – psíquico e, a partir

disso, um sentido é buscado alhures, para além do organismo, para além da natureza. O FPS nos coloca então um desafio: como lidar com o sem-sentido? Como suportar a angústia sem nome que isso acarreta? Como Champollion, os estudiosos se debruçam sobre esse enigma acionado por um significante, mas não passível de leitura pelo mesmo, pois o texto por ele escrito se encontra em outra língua, uma língua viva, coabitada pelo gozo e não pelo significante mortificador. Escrito ou cifrado em número, o FPS segue desafiando o saber, esse S₂ por ele humilhado mas que, como o inconsciente, não desiste, insiste. Este trabalho foi mais uma tentativa, mais uma insistência... *Qualquer dia, qualquer hora, a gente se encontra...* Será?

7. BIBLIOGRAFIA

ALEXANDER, F. *Medicina psicossomática – princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1989. 231 p.

ALVARENGA, E. O paradigma Lol V. Stein, p. 57-66, in *Almanaque*, n. 8, nov. 2002. Publicação do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais.

ANDRÉ, S. *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. 295p.

ARREGUY, M.E. *Textualidade Llansol – letra e discurso*. Tese (Doutoramento) Programa de Pós-Graduação em Letras: Estudos Literários da Faculdade de Letras da Universidade Federal de Minas Gerais. 2005

ÁVILA, L.A. *Doenças do corpo e doenças da alma – investigação psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1996. 248 p.

BLANCARD, M.-H. Escolher o sofrimento... para ter o amor, p.31-45 IN WARTEL, Roger *et al. Psicossomática e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

BOEHME, J. *Signatura Rerum – The Signature of all Things*. Chapter 1. Tradução: “William Law”. Versão publicada no site da Internet; <http://pegasus.cc.ucf.edu/~janzb/boehme/sigrer>

CALDEIRA, G. & MARTINS, J.M. *Psicossomática, teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 482 p.

CHEMAMA, R. *Dicionário de Psicanálise Larousse*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 225 p.

CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983. 274 p.

CRISTAL, D. *Dicionário de lingüística e fonética*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. 275p.

FONSECA, M.C.B.; SANTORO, S. O sentido do sintoma, p. 25-28 In *Vorstellung*, n. 3, maio 1999/2000. Publicação do Grupo de Estudos Psicanalíticos – GREP.

FREUD, S. *Prefácio e notas de rodapé à tradução de Leçons du Mardi de Charcot*, p. 189-203. Rio de Janeiro: Imago, 1975 (Edição Standard Brasileira, I).

FREUD, S. *Esboços para a ‘Comunicação Preliminar’*, p.207-216. Rio de Janeiro: Imago, 1975 (Edição Standard Brasileira, I).

FREUD, S. *Carta 69*, p. 350-352. Rio de Janeiro: Imago, 1975 (Edição Standard Brasileira, I).

FREUD, S. *Projeto para uma psicologia científica*, p. 381-456. Rio de Janeiro: Imago, 1975 (Edição Standard Brasileira, I).

FREUD, S. *Estudos sobre a histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 393 p. (Edição Standard Brasileira, II).

FREUD, S. *Hereditariedade e a etiologia das neuroses*, p.163-179. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Edição Standard Brasileira, III).

FREUD, S. *Obsessões e fobias*, p. 85-97. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Edição Standard Brasileira, III).

FREUD, S. *Fragmento da análise de um caso de histeria*, p.1-119. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Edição Standard Brasileira, VII).

FREUD, S. *Sobre o narcisismo: uma introdução*, p. 85-119. Rio de Janeiro: Imago, 1975 (Edição Standard Brasileira, XIV).

FREUD, S. *Conferências introdutórias*. Conferência XVIII – Fixação em traumas, p.323-336, Conferência XXII – Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão – Etiologia, p. 397-417. Rio de Janeiro: Imago. 1975. (Edição Standard Brasileira, XVI).

FREUD, S. *Além do princípio do prazer*, p. 13-85. Rio de Janeiro: Imago. 1975 (Edição Standard Brasileira, XVIII).

FREUD, S. *Psicologia de grupo e análise do eu*, p. 89-179. Rio de Janeiro: Imago. 1975 (Edição Standard Brasileira, XVIII).

FREUD, S. *Inibição, sintoma e angústia*, p. 17-89. Rio de Janeiro: Imago. 1975. (Edição Standard Brasileira, XX).

FREUD, S. *Moisés e o Monoteísmo*, p.13-161. Rio de Janeiro: Imago. 1975 (Edição Standard Brasileira, XXIII)

FREUD, S. *Esboço de Psicanálise* p.165-237. Rio de Janeiro: Imago. 1969 (Edição Standard Brasileira, XXIII).

FUX, S.P. O gozo específico da psicossomática, p.71-73. IN *Opção Lacaniana* n.26/27, abril/2000. Publicação da Revista Brasileira Internacional de Psicanálise.

GRODDECK, G. *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. São Paulo: Perspectiva. 1992. 308 p.

GUIR, J. *A psicossomática na clínica lacaniana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. 188 p.

GARCIA-ROSA, L. A. *Introdução à metapsicologia freudiana, v. 3: Artigos de metapsicologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. 295p.

HAYNAL, A., PASINI, W., ARCHINARD, M. *Medicina psicossomática – abordagens psicossociais*. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. 342 p.

HOUAISS, Instituto Antônio. *Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa 1.0*.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. 3º Informativo de Vigilância do Câncer, Nov./2004.

JORGE, M.A.C. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, v.1*. As bases conceituais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002. 192 p.

JORGE, M.A.C. O sintoma é o que muitas pessoas têm de mais real, p.139-156, in *Revista Psicologia Clínica*, v.16.2, 2004, publicação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ).

JORGE, M.A.C. A pulsão de morte, p. 23-39, in *Estudos de Psicanálise*, n. 26, out./2003, publicação do Círculo Brasileiro de Psicanálise (CBP).

JORGE, M.A.C. Discurso médico e discurso psicanalítico, p. 7-25, in CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983. 274 p.

KAUFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. 785 p.

LACAN, J. La lógica del fantasma in *Los Seminarios de Jacques Lacan*. Edição eletrônica em espanhol. Clase 15, de 12 de abril de 1967.

LACAN, J. Los incautos no yerran (Los nombres del padre) in *Seminarios de Jacques Lacan*. Edição eletrônica em espanhol . Clase 11, de 19 de março de 1974.

LACAN, J. *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985a. 413 p.

LACAN, J. *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002. 366 p.

LACAN, J. *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. 366 p.

LACAN, J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. 269 p.

LACAN, J. *O seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985b, 201 p.

LACAN, J. Conferência em Genebra sobre o sintoma, p. 6-16. IN *Opção Lacaniana*, n. 23, dez. 1998b. Publicação da Revista Brasileira Internacional de Psicanálise.

LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. 607 p.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1970. 707 p.

LAURENT, E. Os nomes do sujeito, p25-30. IN WARTEL, Roger *et al. Psicossomática e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

LECLAIRE, S. *O corpo erógeno – uma introdução à teoria do complexo de Édipo*. São Paulo: Escuta, 1992. 208 p.

LILLBERG K., VERKASALO, P. K., KAPRIO, *et al. Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: A cohort study* IN *American Journal of Epidemiology*, v. 157, n. 5, 2003, USA.

LOPES, B.L.A. & PERES, R.S.M. Uma escrita ilegível, p.127-137, in O Corpo do Outro e a criança – *Revista Letra Freudiana*, ano XXIII, n. 33, (2004).

MARTY, P. *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993. 87 p.

Mc DOUGALL, *Teatros do corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 194 p.

MEILMAN, L. Forclusão no fenômeno psicossomático, P. 382-385. IN CALDEIRA, Geraldo e VILELA, D.M. (Orgs.). *Psicossomática – teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medpsi, 2001.

MELO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MERLET, A. Todo órgão determina deveres, p.14-24. IN WARTEL, Roger *et al.* *Psicossomática e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

MILLER, J.-A. Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático. p. 87-97. IN WARTEL, Roger *et al.* *Psicossomática e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

MILLER, J.-A. Extimidad del goce, in GORALI, V. (Compilación), *Estudios de psicossomática*, v.4, *hacia una clínica lacaniana del FPS*, Buenos Aires, Atuel-Cap, 1999.

MILLER, J.-A. Os seis paradigmas do gozo, p. 87-105. IN *Opção Lacaniana* n. 26/27, abril de 2000. Publicação da Revista Brasileira Internacional de Psicanálise.

NASIO, J.-D. *Psicossomática- as formações do objeto a*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. 133p.

PINTO, J.M. Está fora de causa acabar, p. 11-13 IN, IANNINI, G., ROCHA, G.M., PINTO, J.M. *et al.*,(orgs.), *o Tempo, o objeto e o avesso – ensaios de Filosofia e Psicanálise*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

QUINET, A. *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. 115 p.

RENNÓ, C. Uma brecha no fantasma, p. 55-59, IN *Opção Lacaniana* n. 11, nov. de 1994. Publicação da Revista Brasileira Internacional de Psicanálise.

RIBEIRO, M.A.C.L.S. E SANTANA M.A.G.J. Freud e o fenômeno psicossomático, p. 131-145 IN *Psicologia clínica*, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, 2003, publicação de Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ).

RIBEIRO, M.A.C.L.S. O fenômeno psicossomático, p. 273-286 IN *Imagem rainha: as formas do imaginário nas estruturas clínicas e na prática*

psicanalítica (Escola Brasileira de Psicanálise). Rio de Janeiro: Sette Letras, 1995.

STEVENS, S. L'hologramme, entre psychose et psychosomatique, p. 45-79 IN *Ornicar?*, revue du Champ freudien, Paris, n. 42, jul.-set. 1987.

SOLER, C. Trauma e fantasia, p. 45-60 in *Stylus*, Rio de Janeiro, n.9, out.2004, revista da Associação dos Fóruns do Campo Lacaniano.

TEIXEIRA, A.M.R. Conhecimento paranóico e o saber científico, p.183-191, IN IANNINI, G., ROCHA, G.M., PINTO, J.M., et al. *O tempo, o objeto e o avesso* – ensaios de Filosofia e Psicanálise. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

VALAS, P. Horizontes da psicossomática, p.69-86 IN WARTEL, Roger et al. *Psicossomática e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

VALAS, P. El cuerpo en la biología, la medicina y el psicoanálisis, p. 5-10, IN *Vectores del acontecer analítico*, 4/5, Nov/1988. Publicación de la Biblioteca Internacional de Psicoanálisis.

VALAS, P. Um fetiche para os ignorantes: a psicossomática, p.113-126. IN *O corpo do outro e a criança*, ano XXIII, n. 33, 2004. Publicação da Escola Letra Freudiana, Rio de Janeiro.

VIEIRA, M.A. *Falhomundofálico* (texto estudado na disciplina “O inconsciente” oferecida no Mestrado de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG no 1º semestre de 2004). Inédito.

VIEIRA, M.-R. *Lituraterra: a coisa japonesa*. Anotações do seminário oferecido pela na disciplina: Psicanálise e literatura: o feminino”, na Faculdade de Letras da UFMG em 07/04/05.

VOLICH, R. M. *Psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 203 p.

VORCARO, A. Da holófrase e seus destinos, p.19-58. IN *Crianças na Psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 1999.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre (Internet). <http://pt.wikipedia.org>