

UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA

Leila Bastos Goulart da Silva

A DEPRESSÃO ESSENCIAL E O GOZO ESPECÍFICO

RIO DE JANEIRO

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Leila Bastos Goulart da Silva

A DEPRESSÃO ESSENCIAL E O GOZO ESPECÍFICO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Anita Carneiro Ribeiro

RIO DE JANEIRO

2009

DIRETORIA DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* E DE PESQUISA

Rua Ibituruna, 108 – Maracanã
20271-020 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 2574-8871 - (21) 2574-8922

FICHA CATALOGRÁFICA

S586d Silva, Leila Bastos Goulart da

A depressão essencial e o gozo específico. /
Leila

Bastos Goulart da Silva, 2009.

77p. ; 30 cm.

Digitado (original).

*Dissertação (Mestrado) – Universidade
Veiga de*

*Almeida, Mestrado Profissional em
Psicanálise,*

LEILA BASTOS GOULART DA SILVA

A DEPRESSÃO ESSENCIAL E O GOZO ESPECÍFICO

Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação em Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida por LEILA BASTOS GOULART DA SILVA, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicanálise, Saúde e Sociedade.

Área de concentração: Psicanálise e Saúde
Linha de pesquisa: Prática Psicanalítica

Aprovada em 23 de Outubro de 2009.

Banca Examinadora

Profª Drª Maria Anita Carneiro Ribeiro
Orientadora

Profª Drª Rosane Braga de Melo
Examinadora

Profª Drª Vera Pollo
Examinadora

Para Carlos, esposo e amante, cúmplice sempre; e para as minhas filhas queridas e muito amadas: Mayra e Luana.

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Mestrado em Psicanálise da Universidade Veiga de Almeida, por possibilitar que meu projeto de pesquisa se tornasse uma dissertação de mestrado.

À Maria Anita Carneiro Ribeiro, pelas orientações e dedicação constante, sustentando o desejo para que eu chegasse ao final do trabalho, sem desviar em nenhum momento do caminho a ser percorrido.

À Glória Sadala e Rosane Melo, pelas observações e críticas que tanto me ajudaram a prosseguir nessa caminhada.

À Fátima Cavalcante, pelo carinho e o acolhimento em momentos de angústia durante o mestrado.

Aos colegas de mestrado, pelo convívio fraterno, pelos momentos alegres e pela possibilidade de futuros encontros.

À Else Gribel, por sinalizar que já havia chegado a hora.

Aos colegas do Centro de Saúde, pelas ausências que me possibilitaram concluir esse trabalho de dissertação.

E, especialmente, a todos os pacientes que tive o prazer de atender e que sempre terei, os quais têm sido meus verdadeiros mestres.

RESUMO

Na área da saúde, é importante destacar que a psicossomática é o ponto de encruzilhada para onde dois olhares convergem: o da medicina e o da psicanálise. O psicanalista está cada vez mais presente nas equipes multidisciplinares e interdisciplinares dos centros de saúde e dos hospitais da rede pública e privada. Grande parte dos pacientes que procura os ambulatórios de psicanálise já chega acometida pelo fenômeno psicossomático. Assim sendo, foi organizada essa pesquisa teórica em três etapas. Na primeira, foi feita uma revisão dos conceitos da psicossomática clássica, com ênfase na teoria de Pierre Marty e o conceito de depressão essencial. Na segunda, foram apresentados dois casos clínicos realizados com pacientes psicossomáticos. Na terceira, abordou-se algumas contribuições de Jacques Lacan sobre o fenômeno psicossomático, destacando o gozo específico. Em seguida, aproximando as duas teorias, ressaltou-se a pulsão de morte como o elo entre a depressão essencial de Marty e o gozo específico de Lacan, ilustrando com os casos clínicos apresentados anteriormente.

Palavras-chave: fenômeno psicossomático; depressão essencial; gozo específico.

ABSTRACT

In the area of health it is important to note that psychosomatic is the crossroads where the two eyes converge: the medicine and psychoanalysis. The psychoanalyst is increasingly present in multidisciplinary and interdisciplinary teams of health centers and hospitals, both public and private. Many people seeking psychoanalysis clinics arrive affected by the psychosomatic phenomenon. Therefore, I organized this theoretical research in three steps. At first, I did a review of classic psychosomatic with emphasis on the theory of Pierre Marty and the concept of essential depression. In the second, I presented two clinical cases conducted with psychosomatic patients. In the third, I approached some contributions of Jacques Lacan on the psychosomatic phenomenon, highlighting the specific jouissance. After that, I approximated the two theories, noting the death drive as the link between Marty essential depression and the specific jouissance of Lacan, illustrated with clinical cases presented earlier.

Keywords: psychosomatic phenomenon, essential depression; specific jouissance.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. MEDICINA PSICOSSOMÁTICA	15
1.1 HISTÓRICO.....	15
1.2 A CIÊNCIA MODERNA E O EXÍLIO DO CORPO.....	17
1.3 AS BASES FREUDIANAS.....	18
1.4 AS TEORIAS PSICOSSOMÁTICAS.....	25
1.5 PIERRE MARTY E A DEPRESSÃO ESSENCIAL.....	29
2. CASOS CLÍNICOS	34
2.1 O CENTRO DE SAÚDE	34
2.2 A ESCRAVA MORREU!.....	36
2.3 O REINADO DO SR. ESTÔMAGO	41
3. A PSICOSSOMÁTICA EM JACQUES LACAN	47
3.1 O INVESTIMENTO IMAGINÁRIO.....	47
3.2 O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO E A HOLÓFRASE.....	49
3.3 O GOZO ESPECÍFICO.....	59
3.4 O GOZO ESPECÍFICO E A DEPRESSÃO ESSENCIAL.....	62
CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICE	76

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de dissertação teve como ponto de partida a prática clínica da autora como psicóloga em um Centro de Saúde. O trabalho realizado nessa unidade conta com uma equipe multidisciplinar tendo como objetivo oferecer atendimento médico, psicológico e social aos moradores do Complexo de Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro.

O trabalho preconizado pelo Centro de Saúde está inserido no âmbito da atenção básica com ênfase na prevenção e na promoção da saúde, entretanto, a população quando procura o profissional de saúde já chega adoecida. Frequentemente, esses pacientes trazem uma queixa somática, pois quando o sofrimento marca o corpo é sinal de que algo grave está acontecendo e, caso não seja diagnosticado e tratado adequadamente, poderá levar à morte.

Esses pacientes são, na maioria das vezes, encaminhados à psicologia. Nos dias de hoje, a medicina já reconhece muitas doenças como psicossomáticas e considera a necessidade dessas requererem tratamento médico e psicológico, sendo que ambos devem ocorrer de forma simultânea com a finalidade de melhorar a qualidade de vida do paciente. Dentre as mais comuns temos: hipertensão arterial, úlcera gástrica, asma, artrite reumatóide, lúpus, colite ulcerativa, doença de Crohn, alguns tipos de câncer, psoríase e fibromialgia. Nos últimos anos, tem-se verificado um aumento considerável dessas patologias, constatado pela análise dos prontuários do Centro de Saúde.

O método utilizado pelos psicólogos nesse Centro de Saúde é a psicanálise, com consultas agendadas semanalmente, data e horário predeterminados. A maioria dos pacientes que são recebidos apresenta algum sintoma no corpo, o que gera a necessidade também de um diagnóstico psicanalítico inicial cuja finalidade é orientar

a conduta e a direção do tratamento. Nesse campo, é importante fazer o diagnóstico diferencial entre sintoma neurótico e fenômeno psicossomático, assim como procurar identificar a estrutura clínica do paciente. Os casos mais frequentes são as somatizações decorrentes da histeria conversiva, os quadros de angústia que muitas vezes se apresentam com os sintomas da síndrome do pânico e a depressão, muito comum na época atual. De todo modo, o que predomina são os pacientes que já chegam acometidos pelo fenômeno psicossomático.

Freud não trabalhou diretamente com a psicossomática. Contudo, dedicou-se a estudar e a investigar como os fatores psíquicos agem nas doenças orgânicas. No início de suas atividades na área médica, especialmente no campo da neurologia e da fisiologia, caminhava no sentido de buscar nas funções mentais justificativas para os mecanismos fisiológicos. Foi assim que se deparou com a histeria e chegou à descoberta do inconsciente, criando a psicanálise. Freud postulou alguns conceitos, como a complacência somática, a neurose de angústia e a neurose traumática, os quais serviram de base para os estudos posteriores no campo da psicossomática.

Hoje, com base nos dados estatísticos na área de saúde, constata-se um alto índice de mortalidade, tanto nos países ricos quanto nos países em desenvolvimento, por doenças que estão relacionadas à hipertensão arterial: o enfarto do miocárdio e o acidente vascular encefálico. A hipertensão arterial é conhecida no meio médico como a “assassina silenciosa”, pois a maioria dos hipertensos não apresenta nenhum sintoma físico antes de lesões em órgãos nobres, como o coração e o cérebro. Nesses casos, se o paciente não tiver o hábito de aferir a pressão arterial com certa frequência só descobrirá a doença em fases posteriores, quando seus efeitos no organismo já estiverem agravados.

Na esfera psicológica, atribui-se aos pacientes psicossomáticos alguns fatores ligados ao emocional que poderiam ser indicativos de sintomas depressivos: cansaço, desânimo, desinteresse por novos desafios, tendência a manter-se diariamente em atividades rotineiras. Suas respostas são objetivas, concretas, marcadas pela razão. Naqueles em que já manifestou no corpo alguma afecção crônica, seus discursos tendem a girar em torno dos exames realizados, das especialidades médicas procuradas, da literatura lida sobre sua doença física, dos medicamentos receitados, transmitindo a idéia que estão constantemente à procura de um novo profissional capaz de curá-los.

Um fato extremamente relevante, observado e constatado durante vários anos de prática clínica, é que a maioria dos pacientes com doenças psicossomáticas que chegam ao tratamento psicológico vem com a depressão como a queixa principal. Eles buscam atendimento na área psicológica quando algum acontecimento em suas vidas já os levou a um quadro mais grave de depressão. Muitas vezes uma série de acontecimentos sucessivos, ou repetitivos, é relatada como sendo os preceptores do episódio depressivo. Nesses casos, poderiam ser diagnosticados como depressão reativa, mas se observado com atenção a história de cada paciente, percebe-se sintomas antigos de uma leve depressão como se fosse crônica.

Esse conjunto de sintomas depressivos leves, como a tendência a não se permitir experimentar situações novas na vida, cansaço constante, diminuição do tônus libidinal, dificuldade de expressar afetos, inclusive na transferência com os profissionais que o atendem, assemelha-se ao quadro de depressão essencial descrito por Pierre Marty. Sendo assim, a partir da prática clínica, surgiu a necessidade de estudar a depressão essencial nos pacientes psicossomáticos, dando início a essa dissertação.

Apesar das políticas de saúde voltadas para a implantação de programas específicos visando combater essas patologias, o número de pacientes psicossomáticos aumenta a cada dia. A ciência e a tecnologia atuais dispõem de métodos e exames sofisticados para diagnósticos em fase inicial das doenças, os laboratórios lançam constantemente novos medicamentos para controle e tratamento, entretanto mantém-se elevado o número de óbitos decorrentes dessas afecções. Com todos os recursos que a medicina moderna dispõe, com inúmeras pesquisas na área da ciência e tecnologia, com toda a gama de informações que chegam rapidamente via internet, não se consegue evitar a eclosão do fenômeno psicossomático.

Lacan, em um congresso para médicos no ano de 1966, ressaltou que, se a ciência moderna continuasse a ignorar o “efeito sujeito”, cada vez mais se abriria a falha epistemo-somática entre o saber científico sobre o corpo e o que seria possível a esse corpo apresentar como fenômeno. O corpo é aquele habitado por um sujeito

do desejo e do gozo e ignorado pela ciência — este trabalho de Lacan foi publicado sob o título “Psicanálise e Medicina”.¹

Considerando extremamente relevante o estudo da psicossomática para o campo da saúde, como também a necessidade de buscar fundamentos teóricos para embasar o trabalho clínico que é desenvolvido na área psicanalítica e da saúde, foi direcionado o tema a ser pesquisado, e apresentado nessa dissertação de forma a responder as seguintes questões:

Por que os pacientes psicossomáticos chegam ao tratamento psicológico com depressão? Qual a relação entre depressão essencial descrita por Pierre Marty e o fenômeno psicossomático? Como Jacques Lacan vai abordar esta questão? Como ler a depressão essencial em Lacan?

No primeiro capítulo, será desenvolvido o tema do desenvolvimento da medicina psicossomática — surgida a partir do trabalho dos médicos do exército durante a Primeira Guerra Mundial, nos atendimentos aos civis e militares, quando se depararam com doenças não conhecidas pela medicina da época. Foi necessário, para melhor compreender o seu desenvolvimento, retomar a filosofia cartesiana e a separação entre pensamento e corpo que tanto influenciou a ciência moderna, assim como alguns conceitos postulados por Freud, os quais serviram de base para alguns autores do campo da psicossomática desenvolver suas teorias. Em seguida, abordar-se-á as principais teorias e correntes de pensamento na área da psicossomática, com destaque para Groddeck, Franz Alexander, Dunbar e, especialmente, Pierre Marty e a Escola de Psicossomática de Paris. No final do capítulo, será esmiuçada a teoria de Pierre Marty e a depressão essencial e seus conceitos de mentalização, pensamento operatório e relação branca. Nesse ponto, dar-se-á ênfase à depressão essencial.

Alguns casos clínicos atendidos com pacientes psicossomáticos no Centro de Saúde será o tema do segundo capítulo. O primeiro caso, denominado aqui de “A escrava morreu!”, relata a história de uma paciente com hipertensão arterial sistêmica. Mesmo com medicamentos para controlar a pressão arterial, essa paciente vinha apresentando crises hipertensivas sucessivas que levavam-na a atendimentos em hospitais de emergência e sendo necessário, muitas vezes, a internação por curto período. Essa paciente chegou para tratamento psicológico com

¹ Cf. Lacan, 1966.

o diagnóstico de depressão. Sua história relata uma vida aparentemente estável com o cônjuge e as filhas, e a preocupação de servir o marido em tempo integral. Este impôs a condição dessa mulher deixar o emprego para se casar, mas ela logo se deparou com a infidelidade dele, com os olhares e comentários desagradáveis dos amigos e dos vizinhos. Apesar do sofrimento, não se achava capaz de realizar mudanças em sua vida. No decorrer de seu tratamento, pôde-se verificar o pensamento operatório e os sintomas de depressão essencial como características próprias da paciente.

O segundo caso clínico, denominado “O reinado do Sr. Estômago”, relata a história de uma paciente com gastrite crônica que entra em crise aguda após alguns meses da morte do marido. Ela também chega ao tratamento psicológico com diagnóstico de depressão. Nesse caso, a morte do esposo da paciente marca uma nova etapa em sua vida, na qual será necessário que ela saia de sua vida rotineira, quando todos os problemas eram resolvidos pelo marido. A partir daí, ela teria que tomar decisões, fazer escolhas, participar dos problemas familiares de forma a solucioná-los. Em seu discurso pôde-se evidenciar o pensamento operatório, a tendência a buscar apenas os fatos concretos em detrimento dos abstratos, das fantasias, um rebaixamento do tônus muscular, a falta de vitalidade para novos empreendimentos, que são características da depressão essencial. Em sua fala, predominava o estômago como uma entidade autônoma, ocupando o espaço do sujeito durante as sessões, para que no final do tratamento a paciente pudesse aflorar como sujeito desejante. Pode-se observar a relação branca nas primeiras sessões, mas o manejo transferencial buscou mecanismos para sustentar o tratamento até o final.

O terceiro capítulo, intitulado “A psicossomática em Jacques Lacan”, será apresentado em três etapas que correspondem aos três momentos distintos em que Lacan aborda o fenômeno psicossomático no decorrer de seu ensino. A primeira etapa ressalta o caráter imaginário do fenômeno e o papel dos investimentos intra-orgânicos no fenômeno psicossomático, apontando para um curto-circuito pulsional. A segunda etapa aborda a holófrase e o fenômeno psicossomático, momento em que Lacan vai traçar a matriz simbólica do fenômeno psicossomático com a holófrase, como também vai colocá-lo em série com a debilidade mental e a paranóia. Será abordada a experiência de Pavlov e o fenômeno psicossomático, pois, com base nessa experiência, Lacan afirma que o fenômeno psicossomático

está no limite do simbólico. A terceira e última etapa trabalha o gozo específico, conceito abordado por Lacan em sua “Conferência de Genebra sobre o sintoma”, em 1975, onde o autor destaca a diferença entre sintoma neurótico e fenômeno psicossomático com base no gozo fálico e no gozo específico. No mesmo trabalho, Lacan compara o fenômeno psicossomático a um hieróglifo.

No final do capítulo será feita a correlação do gozo específico com a depressão essencial, ressaltando os aspectos semelhantes entre as teorias de Jacques Lacan e Pierre Marty.

Em seguida, será apresentada a conclusão do trabalho de dissertação com base nos capítulos apresentados anteriormente, onde os casos clínicos apresentados no segundo capítulo serão relacionados às teorias de Marty e Lacan. E para finalizar, sugere-se o plano de um curso sobre psicossomática como produto da dissertação de mestrado.

Assim sendo, espera-se que este estudo possa contribuir de forma significativa no campo da psicanálise e da saúde, destacando a importância do tratamento psicanalítico para os pacientes psicossomáticos, tanto na rede pública, quanto na privada.

1 MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

1.1 HISTÓRICO

Em 1914, pela primeira vez a população civil foi convocada para servir na Primeira Grande Guerra. Freud (1919), em seu texto “Introdução à psicanálise e às neuroses de guerra”, diz que os civis não tinham condições de enfrentar a realidade da guerra, não foram treinados para matarem seres humanos, pois matar era contra os princípios morais e religiosos da sociedade, e que muitos soldados adoeciam como forma de evitar um grande sofrimento psíquico. Em “Além do Princípio de Prazer”, Freud (1920) corrobora o fato de uma doença orgânica advir para evitar um sofrimento psíquico insuportável, e que o trauma, por ser intolerável no psiquismo, seria atuado no corpo.

Durante a guerra, os médicos do exército se depararam com uma diversidade de sintomas que não tinham uma causa orgânica correspondente, sintomas estranhos à prática médica daquela época, por consequência não sabiam conduzir o tratamento de forma eficaz, optando por aplicação de choque elétrico para minimizá-los. Quando os soldados eram afastados para tratamento médico, muitos melhoravam de seus sintomas físicos, todavia ao retornarem aos campos de batalha, voltavam a apresentar sintomas semelhantes. Esse conjunto de sintomas foi constituindo um quadro patológico denominado posteriormente neurose de guerra — como se o eu do sujeito se dividisse em dois: o eu pacífico (que quer se salvar e proteger a vida) e o eu guerreiro (que quer matar e morrer pela pátria). Do conflito entre os dois “eus” surgiam os sintomas da neurose de guerra.

Assim, a medicina psicossomática originou-se nos campos de batalha, durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), e floresceu no entre guerras, com destaque, em 1925, para as pesquisas de Franz Alexander, em Chicago, e Dunker,

em Nova Iorque. Heinroth, um psiquiatra alemão, foi quem criou a expressão psicossomática, em 1918, e somatopsíquica, em 1928.

Durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), o respeito ao corpo dos seres humanos foi violado nos campos de concentração nazistas, onde os judeus foram tratados como coisas, pragas ou raças inferiores. Na verdade, eram verdadeiros campos de extermínio, onde toda a humanidade se viu reduzida à massa de manobra de um sistema totalitário. As pessoas perdiam seus nomes, recebiam um número, eram escravizadas, submetidas às câmeras de gás, torturas das mais perversas, muitas vezes tornavam-se cobaias de experimentos, da forma que hoje não se trata nem um animal para pesquisa em laboratório. Os crimes eram em massa, os corpos dos seres humanos eram tratados com crueldade e submetidos a um sofrimento bárbaro, até mesmo depois de mortos eram fragmentados e sem direito a serem sepultados.

A psicossomática é um campo de estudo que não foi abordado por Freud. Embora reconhecendo a existência de fatores psíquicos nas doenças, Freud concentrou seus estudos nas psiconeuroses, sendo o corpo definido a partir de sua organização libidinal. Sua clínica psicanalítica surgiu com as pacientes histéricas, utilizando a hipnose e a sugestão até o surgimento da noção de defesa e, posteriormente, a descoberta do inconsciente.

Freud abordou o tema da psicossomática uma única vez em uma carta, datada de 16 de outubro 1932, endereçada a um neurologista da Universidade de Heidelberg, Dr. Victor von Weizsäcker, professor de neurologia e psicoterapia, o qual lhe havia enviado um longo artigo denominado: "O que sucede no corpo e na neurose". Neste, von Weizsäcker aponta para uma grande semelhança entre suas conclusões e a psicanálise freudiana, principalmente onde ele diz que "o processo corporal pode ser substituído pelo anímico e vice-versa" (FREUD, 1932, p. 37). Von Weizsäcker foi contrário ao estudo de enfermidades sem enfermos, valorizando os aspectos psicossomáticos dos pacientes. Ele dava ênfase à anamnese, ocupando um lugar central em sua clínica, aspecto divergente da medicina praticada naquela época, em que a base era os fatores orgânicos. Nessa correspondência, Freud faz uma pontuação concordando com Von Weizsäcker sobre a relação das enfermidades psíquicas e orgânicas, dizendo que:

A outra parte de seu artigo, na qual se trata de determinar seu trabalho com enfermidades psíquicas e orgânicas, chamou-nos a atenção justamente porque temos nos aproximado, através de observações casuais, deste campo não explorado. (FREUD, 1932, p.46).

Freud sempre demonstrou grande interesse por esse tema, de fazer a distinção entre distúrbios orgânicos e psíquicos, procurando explicações psíquicas para as doenças orgânicas desde o início de sua clínica como neurologista, na época de seus “Estudos sobre a histeria” (1893-1895) com Josef Breuer.

1.2 A CIÊNCIA MODERNA E O EXÍLIO DO CORPO

Em seu artigo “O traço que fere o corpo”, Carneiro Ribeiro (2004), tomando como referencial a obra de Lacan, menciona que “Freud promoveu o retorno do exílio do corpo em relação ao pensamento, exílio marcado pelo corte epistemológico do cogito cartesiano que deu origem à ciência moderna” (CARNEIRO RIBEIRO, 2004, p.47). A autora ressalta a necessidade de repensarmos esta ciência, como nos afirmou Lacan, principalmente as relações da psicanálise com a ciência, com base na reintrodução da questão do corpo no pensamento.

Quando René Descartes promoveu a separação entre pensamento (*res cogitans*) e corpo (*res extensa*), “*je pense donc je suis*”, excluiu o corpo do campo discursivo da ciência, só restando seu retorno como máquina no discurso da medicina e da ciência moderna. Em “Discurso do Método”, Descartes (2002) postula que o fato de pensar revela para si a existência de algo que pensa. O que seria esse algo? Responde que seria ele próprio: “Sou eu”. “*Cogito, ergo sum*”, “Penso, logo existo”. Dessa forma, Descartes conduziu o ceticismo a uma certeza: “Eu existo”, “Sou aquilo que duvida”, “Sou uma coisa pensante”, ou seja, “um espírito”. Menciona que seu corpo era uma substância material e sua alma era uma substância pensante. O corpo seria a máquina que se move e a mecânica, aquilo que pensa, seria a alma. Esta filosofia de máquina e mecânica é conhecida como o sistema dualístico, o sistema que divide o homem em duas entidades separadas: o corpo e o espírito, ou seja, o corpo e o pensamento.

Lacan (1966), no texto “Psicanálise e medicina”, em que trata de questões abordadas em um congresso realizado para médicos, na Salpêtrière, chama a atenção para “a falha epistemo-somática”, ou seja, o efeito do progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo: se a ciência atual continuasse a ignorar o

“efeito sujeito”, cada vez mais se abria esta falha entre o saber científico e o corpo de um sujeito desejante e gozoso:

Este corpo não se caracteriza simplesmente pela dimensão da extensão: um corpo é algo que está pronto para gozar, gozar de si mesmo. A dimensão do gozo está excluída completamente do que se chama a relação epistemo-somática. (LACAN, 1966, p.92).

O espaço, a falha, é marcado pela eclosão do fenômeno psicossomático. Como se pode observar na clínica médica e psicanalítica, há um grande número de sujeitos portadores deste fenômeno. O sistema de saúde busca ações de políticas públicas voltadas para a prevenção e promoção da saúde da população, entretanto com base em um modelo exclusivamente biológico, medicamentoso, tratando de forma uniforme o grande volume de pacientes que lotam os ambulatórios e os hospitais, não levando em consideração a subjetividade dos sujeitos adoecidos.

A Secretaria Municipal de Saúde frequentemente promove campanhas para controlar as taxas de glicose, colesterol, assim como o rastreamento do câncer de colo de útero e mamário através de exames citopatológicos e de imagens, que são extremamente relevantes para a população, mas é importante destacar que essas medidas só têm efeito na evolução da doença, e não no surgimento delas.

Esta visão de homens-máquinas a serem regulados em detrimento de sujeitos desejantes e gozosos é alvo da ciência moderna e da medicina clássica e contribui para o aumento de doenças psicossomáticas na clínica, às quais precisariam de uma outra abordagem, em que o discurso psicanalítico poderia dar sua grande contribuição para a sociedade.

1.3 AS BASES FREUDIANAS

Após concluir o curso de medicina, Freud continuou, simultaneamente, no campo da pesquisa e na clínica particular. Trabalhou como cirurgião, depois como clínico geral, tornando-se médico interno do principal hospital de Viena. Posteriormente, fez um curso de psiquiatria, o que aumentou seu interesse entre o físico e o psíquico. Em seguida, passou a dedicar-se às ciências neurológicas, destacando-se como conferencista na Universidade de Viena, em que apresentava diagnósticos precisos de seus casos clínicos, atraindo médicos de outros países para assistir suas conferências. Foi o primeiro médico, em Viena, a fazer o

diagnóstico de polineurite aguda, confirmado pela investigação anátomo-patológica nas autópsias.

Em “Um estudo autobiográfico”, Freud (1926 [1925]) conta que por não entender nada sobre as neuroses na época em que estava estudando para ser fisiologista, deparou-se com um erro diagnóstico feito por ele mesmo e que mudou a direção de sua carreira profissional. Conta que diagnosticou as dores de cabeça de um paciente como um caso de meningite crônica localizada, o que deveria ser apenas um caso de neurose. Com isso, Freud abandonou o cargo de professor da universidade e que, após conseguir uma bolsa para aperfeiçoamento, seguiu para Paris com a intenção de trabalhar e estudar com o neurologista Jean Charcot, quem utilizava a hipnose no atendimento à pacientes histéricas. Com seu interesse voltado para os aspectos psicológicos das doenças nervosas, Freud dedicou-se ao estudo da relevante doença da época, a histeria, que era classificada por Charcot como uma doença nervosa, hereditária, autônoma, funcional e sem lesão. Posteriormente, Freud aproximou-se de Josef Breuer para estudar os sintomas da histeria, utilizando o método catártico. Juntos desenvolveram várias pesquisas e publicaram os “Estudos sobre a Histeria” (1893-1895).

O método de tratamento de Breuer seria fazer com que o paciente retroagisse até a cena na qual e pela qual o sintoma surgiu. Ao localizar a cena traumática, se promoveria por sugestão uma correção do curso psíquico dos acontecimentos que teriam produzido o sintoma. Freud e Breuer diziam que “os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (FREUD, 1893-1895, p.43). Sobre a etiologia da histeria, Freud, com base nos postulados de Breuer, vai dizer que “os sintomas da histeria são determinados por experiências traumáticas que se reproduzem na vida psíquica do paciente sob a forma de símbolos mnêmicos” (FREUD, 1896, p.190).

Os estudos iniciais de Freud sobre as neuroses ficaram marcados pela distinção feita entre as chamadas neuroses atuais (a neurastenia e a neurose de angústia) e as psiconeuroses (histeria e neurose obsessiva). Posteriormente, no artigo “Sobre o narcisismo”, Freud (1914) introduz a hipocondria como uma terceira modalidade de neurose atual. Aos poucos esse conceito foi deixando de aparecer em seus trabalhos, sendo colocado à parte do campo propriamente psicanalítico.

A expressão “neurose atual” apareceu pela primeira vez na obra freudiana no artigo “A etiologia das neuroses”. Nesse trabalho, Freud (1898) afirmava que os fatores que se constituíam como causa de toda neurose faziam parte da vida sexual

do paciente, afirmação que se constituirá como pedra fundamental para estruturação da teoria psicanalítica. Ademais, alertava para o fato de que o papel desempenhado pela sexualidade era bastante diferenciado de acordo com o caso, o que ressaltava a importância de um criterioso exame da sintomatologia apresentada para fins diagnósticos.

Freud (ibidem) reforçava a necessidade de classificar os casos de neurose em dois grandes grupos: o das neuroses atuais e o das psiconeuroses, apontando ainda para a existência de uma ocorrência muito frequente de casos em que os sintomas de ambos os grupos se manifestavam em um mesmo paciente — como nos casos da Sra. Elizabeth Von R. e Sra. Emmy Von N., nos quais atribuiu as dores das pacientes a sintomas somáticos, pois são de origem reumática, assim como as câimbras no pescoço como provenientes do quadro de enxaqueca, entretanto não afasta a idéia de corresponderem a símbolos mnêmicos, lembranças de dores que as pacientes poderiam estar utilizando para fins histéricos. (FREUD, 1893-1895).

Dessa forma, pode-se entender que Freud estava sempre procurando encontrar no psiquismo subsídios para justificar o que ocorria no aspecto fisiológico, mas reconhecia que apesar de algumas dores estarem vinculadas ao psíquico não faziam parte exclusivamente da histeria, pois tinham base em alguma patologia orgânica. Desde então, Freud já correlacionava uma dor fisiológica já existente ao momento em que surge um trauma psíquico como a origem das conversões histéricas.

Nos casos de neurastenia era possível, segundo Freud (1898), chegar a partir da anamnese à descoberta do fator etiológico presente na vida sexual do paciente, o qual teria dado origem à doença. Pois este fator deveria fazer parte da vida atual ou do período posterior à maturidade sexual do paciente. No entanto, Freud constata que nas psiconeuroses uma anamnese detalhada não trazia resultados satisfatórios quanto à etiologia da neurose em questão. Embora o fator etiológico certamente estivesse vinculado à vida sexual, o paciente não era capaz de conhecer tal vinculação, pois o recalque já teria se encarregado de defender o sujeito contra a representação intolerável, como foi desenvolvido mais tarde na teoria do recalque. (FREUD, 1915).

Freud (1898) diferenciou a neurastenia da neurose de angústia a partir dos sintomas clínicos observados em pacientes, destacando a angústia como um estado latente, sem objeto e somatizada. A angústia estaria relacionada às funções

corporais (cardiorrespiratórias, inervação vasomotora e a atividade glandular), e os sintomas que surgem a partir de um ataque de angústia, se acompanhados de distúrbios cardíacos, podem gerar patologias crônicas no coração, e se vierem acompanhados de distúrbios respiratórios podem ocasionar crises asmáticas. Freud incluiu ainda a dispnéia nervosa e a pseudo-angina de peito, que hoje são atribuídas à histeria, correlacionando logo após as constipações intestinais e as diarréias também com a angústia.

A neurastenia é um estado nervoso proveniente do excesso de excitação sexual e, não havendo representação psíquica da doença, latente à consciência. Nesse caso o sintoma é apenas somático. Na neurose de angústia, a excitação somática é contínua, mas impedida de ser descarregada.

De acordo com Freud, a diferença entre neurastenia e neurose de angústia não reside apenas na sintomatologia, mas seria resultante de uma etiologia diversa. Em suas palavras:

A neurastenia pode ser sempre reportada a um estado do sistema nervoso, tal como adquirido por masturbação excessiva ou tal como procedente espontaneamente de emissões frequentes; a neurose de angústia revela influências sexuais que têm em comum o fator da continência ou da satisfação incompleta — tal como o coito interrompido, a abstinência juntamente a uma libido viva, a chamada excitação não consumada e outros (FREUD, 1898, p.255).

É interessante observar como muitos dos aspectos característicos das neuroses atuais descritos por Freud se articulam com aquilo que é desenvolvido no campo da psicossomática. Nos dias atuais, pode-se notar um fato que ocorre com certa frequência nas emergências médicas quando os pacientes chegam com sintomas de angústia. Muitas vezes, os médicos não ouvem esses pacientes com a atenção devida, não investigam adequadamente as queixas que eles manifestam no corpo, liberando-os rapidamente, evitando que “falem demais”. Em casos de muita angústia, a rotina é um tranquilizante, o Diazepan intramuscular, ou 5mg sublingual do mesmo. Após um tempo em repouso, aguardando o efeito do medicamento, os pacientes são liberados, dizendo lhes que não apresentam nenhuma doença e que todo aquele mal-estar seria apenas “nervoso”. Em seguida, escrevem na ficha médica: distúrbio neuro-vegetativo.

Voltando aos conceitos freudianos que podemos apontar como base para futuras postulações no campo da psicossomática, devemos destacar a complacência somática. Freud (1905, p.47), em seu artigo intitulado “Fragmento da análise de um

caso de histeria”, afirma que: “Um sintoma histérico não pode ocorrer sem a presença de uma certa complacência somática fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado”.

Em 1910, Freud publica seu artigo sobre os distúrbios psicogênicos da visão, onde ele descreve a duplicidade de função do órgão, que vai exercer, de um lado, um papel fisiológico e, de outro, erógeno. Ele conclui que neste caso a cegueira, que seria uma perturbação orgânica, não ocorreria sem a influência de fatores emocionais, ou seja, fatores psíquicos como aqueles encontrados nas psiconeuroses, e que certamente comprometem a função fisiológica do olho. Freud (1910) aponta para o seguinte questionamento: essa perturbação funcional do órgão ocorre pela ação de estímulos externos ou há uma condição constitucional especial que irá provocar uma resposta física a um estímulo psíquico? Ele responde que se o órgão aceita a carga que deveria ser psíquica de forma que apenas o recalçamento deveria dar conta de proteger o sujeito de uma representação intolerável, conseqüentemente este órgão vai apresentar alterações orgânicas no que diz respeito a sua função, caracterizando a complacência somática.

No artigo “Contribuições a um debate sobre a masturbação”, Freud (1912) volta a fazer referência à expressão complacência somática com o intuito de explicar as psiconeuroses e as neuroses atuais, já acrescentando a hipocondria neste grupo, ao lado da neurastenia e neurose de angústia. Na complacência somática, o corpo aceita a carga que deveria ser psíquica e o órgão que apresenta a doença seria o órgão complacente. Ainda nesse artigo, Freud (ibidem) reconhece que a teoria psicanalítica ainda não tem ferramentas adequadas para trabalhar o sintoma somático apresentado nas neuroses atuais, entretanto admite que com o método psicanalítico o sujeito possa se tornar capaz de lidar melhor com sua doença física permeada por influências psíquicas, o que melhoraria a sua qualidade de vida.

Freud (1914), em seu artigo “Sobre o narcisismo”, relata que quando uma pessoa adoece sua libido deixa de investir os objetos, retornando para o próprio eu, ou seja, a libido torna-se narcísica. A pessoa perde o interesse pelas coisas e pelas pessoas que normalmente gosta, e por consequência se retrai, concentrando-se na sua dor. Isso explica o que se observa inclusive nos dias de hoje, pois quando alguém está com alguma patologia orgânica se desinteressa pelo namoro, trabalho, estudo, e também recusa convites para passeios e divertimentos.

Em “Inibição, sintoma e angústia”, Freud (1926 [1925]) retorna ao tema das neuroses atuais dizendo que irrupções de angústia e um estado geral de preparo para sua manifestação eram produzidos sempre que a excitação sexual não fosse descarregada por qualquer motivo ou por abstinência forçada. Sempre que a libido não pode encontrar o caminho da satisfação é transformada em angústia, com sintomas corporais.

No mesmo artigo, Freud (ibidem) define a angústia como uma reação a uma situação de perigo, em que o eu se defende com esse recurso para evitar ou afastar-se da situação ameaçadora. Ele cita as neuroses traumáticas como uma fuga iminente da morte, provenientes do medo desta, onde o sujeito tende a afastar de sua mente a questão da castração e as relações dependentes do eu. Observando-se pacientes durante a guerra, poderia se chegar à conclusão de que uma ameaça à pulsão de autopreservação poderia por si só desencadear um quadro neurótico, deixando de lado o papel da sexualidade e se contrapondo ao que dizia a teoria psicanalítica. Todavia, segundo Freud (ibidem), essa contradição foi eliminada pela introdução do conceito de narcisismo, o qual reúne em um só grupo a libido do eu e a libido objetal, ressaltando o caráter libidinal da pulsão de autopreservação. Freud, então, aproxima-se de Otto Rank nas questões relativas ao trauma do nascimento, destacando a irrupção da angústia frente a situações de perigo semelhantes às vivenciadas no nascimento, apontando para o desamparo e para as primeiras perdas objetais.

Em “Além do princípio do prazer, Freud (1920) compara os quadros sintomáticos apresentados por pacientes que passaram por situações que envolviam grave risco de vida (como desastres ferroviários e graves concussões) e por pessoas que participaram da guerra, as quais desenvolviam doenças que não apresentavam causas provenientes de lesões orgânicas do sistema nervoso. Entretanto, destacava que a sintomatologia apresentada na neurose traumática aproximava-se da histeria (por vários sintomas motores semelhantes) e da hipocondria ou da melancolia por sinais bem acentuados de indisposição subjetiva (como sinais de debilidade e de perturbações). No mesmo artigo, Freud (ibidem) relata que, apesar da semelhança dos sintomas, ainda não se chegara às explicações mais completas e consistentes sobre ambas as neuroses: de guerra e traumática.

Freud (1930 [1929]), no clássico e profundo trabalho sobre a cultura, “O mal-estar na civilização”, vai dizer que os homens se esforçam para obter felicidade na ilusão de que poderiam ser felizes para sempre. Para isso visa-se dois aspectos: a ausência de sofrimento e desprazer, e experiências de intenso prazer. Entretanto, Freud (ibidem) relata que o sofrimento nos ameaça em três direções: do próprio corpo, do mundo externo e do relacionamento com os outros homens, sendo esta a fonte mais ameaçadora de sofrimento. Para tornar possível o convívio entre os homens, estes estabeleceram regulamentos de proteção e benefícios, construindo suas próprias leis e um conjunto de regras sociais. No entanto, todos esses cuidados não foram suficientes para evitar o sofrimento. Freud acrescenta que poderíamos ser muito mais felizes se abandonássemos esse conjunto de regras que a civilização nos impõe e retornássemos às condições primitivas. Nesse sentido, vai dizer que o princípio do prazer, sob a influência do mundo externo, se transforma em princípio da realidade, pois a tarefa de evitar o sofrimento coloca a obtenção de prazer em segundo plano, e que as pessoas se tornam neuróticas por não serem capazes de tolerar a frustração imposta pela própria sociedade a serviço de seus ideais culturais.

Nas novas conferências sobre a psicanálise, proferidas nos anos 1930, mais especificamente na “Conferência XXXII – Angústia e vida pulsional”, Freud (1933) destacou os impulsos sexuais e agressivos no ser humano ressaltando sua tendência à autodestruição, dizendo que a agressividade, não podendo ser expressa no ambiente social em que o sujeito vive, seria contida e retornaria ao próprio eu, inclusive sendo a origem de doenças orgânicas. Freud (ibidem) ressaltou o papel da pulsão de morte, que age silenciosamente no organismo tentando destruí-lo.

Embora Freud não tenha abordado diretamente o fenômeno psicossomático, considerava que a relação do inconsciente com as enfermidades orgânicas fosse um aspecto ainda inexplorado pela psicanálise, como mencionou na carta enviada ao Dr. Victor Weiszäcker, em 1932, como visto acima (FREUD, 1932). No decorrer de sua obra, Freud apresentou conceitos relevantes, como a neurose de angústia, a neurose traumática, a neurose de guerra, a complacência somática, assim como considerações teóricas importantes ao diferenciar as neuroses atuais das psiconeuroses que permitiram avançar e vislumbrar estudos no campo da psicossomática por outros autores.

Em todo o seu percurso, Freud fez referências relevantes sobre o psíquico e o somático, tentando buscar incessantemente a maneira pela qual os fatores psíquicos

agiriam nas doenças orgânicas. Mesmo que em sua obra Freud não tenha utilizado a expressão psicossomática, deve-se reconhecer que ele pôde estabelecer as bases para o estudo da psicossomática por vários autores. Dentre muitos, podemos destacar Pierre Marty e Jacques Lacan.

1.4 AS TEORIAS PSICOSSOMÁTICAS

Patrick Valas (2003), com base no que se refere à falha epistemo-somática abordada por Lacan (1966) no congresso para médicos na Salpêtrière, destaca que nessa falha entre o corpo (corpo máquina) e o organismo desejante e gozoso precipita-se uma série de teorias psicossomáticas que se agrupam em três grandes correntes. A primeira corrente teórica afirma que os fenômenos psicossomáticos têm um sentido de forma semelhante ao sintoma neurótico e que as doenças teriam origem em uma causalidade psíquica original. A segunda corrente defende a idéia contrária de que os fenômenos psicossomáticos não têm sentido. Os seguidores da terceira corrente teórica acreditam que os fenômenos psicossomáticos têm sentido próximo da conversão histérica, mas não “totalmente”, não de tão fácil compreensão como os seguidores da primeira corrente.

O nascimento do que hoje chamamos psicossomática tem como marco fundador a obra do médico alemão Georg Groddeck, para quem as doenças orgânicas podem ser compreendidas e tratadas pela psicanálise, pois a essência do humano é psicossomática. Em seu *Livro d'Isso*, Groddeck (1988) desenvolve uma concepção do Isso cuja proximidade com o orgânico e uma dimensão construtiva atua em todas as dimensões do adoecer. A doença pode ser entendida como uma criação carregada de finalidade, sentido e função expressiva. Assim, todo tratamento é, ao mesmo tempo, do ser humano e dos seus sintomas. Embora Groddeck tenha sustentado divergências em relação a Freud, suas concepções deixaram marcas profundas na teoria freudiana, especialmente no que se refere às relações entre o funcionamento psíquico e o orgânico — Freud irá derivar a sua concepção do Id da teoria de Groddeck.

Para Groddeck (ibidem) todas as doenças orgânicas se originariam de um desejo. Sendo assim, teriam um sentido preciso e por esse motivo o método psicanalítico seria eficaz no tratamento desses pacientes. Para ele não existiriam doenças orgânicas ou doenças psíquicas, pois o corpo e a alma adoecem

simultaneamente. Groddeck (ibidem) descreve a doença como uma criação do Isso, carregada de sentido, de finalidade e de função expressiva. Ele introduziu a expressão “linguagem de órgão”, ou seja, para entender a causalidade psíquica pode-se tomar como exemplo um câncer de colo de útero como sendo a expressão do desejo de ter um filho. Outros autores atribuem causalidade psicoafetiva às lesões orgânicas, em que o órgão reagiria como se fosse animado, com vida espiritual.

Franz Alexander, médico e psicanalista húngaro, obteve destaque pela associação do tipo de personalidade com uma enfermidade específica. Ele introduziu a noção de neurose vegetativa, em que os afetos agiriam diretamente sobre o corpo. A doença seria a consequência de emoções, impulsões não satisfeitas, desviadas e reprimidas (ALEXANDER, 1994). Segundo ele, o desejo reprimido por um longo tempo, poderia agir sobre o sistema endócrino e vegetativo, acarretando lesões corporais. Alexander (ibidem) mencionou que o homem diante das situações de perigo reage de duas maneiras possíveis: ataque ou fuga, e que qualquer uma das duas atitudes resulta da atividade do sistema nervoso autônomo. Com isso, ressalta que quando essas duas tendências básicas (ataque ou fuga) por alguma razão são bloqueadas, o resultado será um desequilíbrio do sistema nervoso neurovegetativo.

Quando a medicina não tinha tantos recursos diagnósticos como nos dias de hoje, os médicos valorizavam o exame clínico. Os fatores observados durante o percurso profissional eram significativos para a avaliação médica. Dizia-se que um bom clínico se orgulhava de conhecer essas correlações entre enfermidades e constituição física, partindo para a correlação entre traços de personalidade e certas enfermidades. Nesse sentido, pessoas magras do tipo longilíneo estariam mais propensas à tuberculose, enquanto as mais robustas estariam mais inclinadas às hemorragias cerebrais. Indivíduos com traços depressivos com tendência à melancolia eram mais propensos a distúrbios da vesícula biliar. Da mesma forma em que os diabéticos estão inclinados aos prazeres culinários e os distúrbios cardíacos estão associados à ansiedade. Os casos de enfermidades relacionadas aos distúrbios da tireóide, em que o paciente altamente nervoso, inquieto, agitado, pode estar sinalizando um quadro de hipertireoidismo, enquanto os mais lentos, que interagem devagar, sem pressa com o meio em que vivem, podem estar sofrendo de hipotireoidismo. (idem, ibidem).

A maioria dessas observações foi aplicada por Dunbar em seus perfis psicológicos, nos quais descreve certas correlações estatísticas entre a enfermidade e o tipo de personalidade. De acordo com Alexander (*ibidem*), o que mais se destacou entre seus perfis foi o do paciente coronariano, que seriam pessoas controladas, cujos aspectos emocionais eram são deixados em segundo plano, são de grande esforço e persistência no campo profissional visando êxito e destaque no meio social, com vistas à realização profissional. Seriam pessoas que fazem planos em longo prazo, com visão de futuro.

Dunbar (*apud* ALEXANDER, 1994) contrapõe estes pacientes aos que têm tendência a sofrer acidentes, com propensão a fraturas. Estas seriam pessoas impulsivas, não sistemáticas, aventureiras, que vivem para o presente e não para o futuro. Tendem a agir impensadamente e frequentemente manifestam uma hostilidade mal controlada às pessoas que ocupam cargo de autoridade, ao lado de comportamento motivado por sentimento de culpa, tendendo à autopunição e ao fracasso. Dunbar tomou como base o modelo estatístico, para fazer as correlações entre traços de personalidade, a manifestação de certos quadros patológicos e a escolha da atividade profissional. (*idem, ibidem*).

Alexander foi o precursor da Escola de Psicossomática de Chicago, onde junto com um grupo de médicos, através das entrevistas clínicas, dedicou-se a estudar sete patologias específicas, às quais foram classificadas como doenças psicossomáticas por estarem associadas a conflitos psíquicos específicos: úlcera péptica, colite ulcerativa, hipertensão essencial, artrite reumatóide, asma brônquica, neurodermatite e doença de Graves. (*idem, ibidem*).

Alexander postulou que a úlcera péptica deriva de um conflito central: a hiperindependência como uma defesa contra as necessidades de dependência inaceitáveis. Na colite ulcerativa, conflitos de dependência acompanhados de fúria por necessidades não satisfeitas. Na hipertensão arterial o conflito seria uma raiva crônica, inibida, da qual o indivíduo teria que manter um controle extremo para ser cordial e manter um comportamento adequado à sua posição sócio-cultural, compatível com o cargo e a função no trabalho ou em seus relacionamentos interpessoais. Na artrite reumatóide o conflito específico diz respeito aos conflitos sobre rebelião contra pais protetores, que se estenderiam ao cônjuge ou a algum chefe com essa característica. Assim, na tentativa de conter a agressividade contra pessoas que gosta, mas que não aprova determinado comportamento, o paciente

agrediria suas próprias articulações. Na asma brônquica, a respiração ruidosa representa o choro simbólico do conflito entre desejo de proteção e o medo de envolvimento. Os episódios de asma estariam ligados a uma sensibilidade sobre os temas de separação de pessoas queridas. Para as neurodermatites, Alexander havia proposto que a privação precoce conduziria a desejos de proximidade que seriam temidos pelo próprio paciente. E finalmente, a doença de Graves estaria ligada ao conflito entre responsabilidade prematura e sua negação. (idem, ibidem).

Cabe ressaltar que os primeiros estudos sobre pacientes psicossomáticos foram instigados pelo interesse das companhias americanas de seguro de vida, que levavam em consideração as idéias de Franz Alexander, desde 1925, sobre a relação entre as síndromes psicossomáticas e os conflitos psíquicos. Essas pesquisas tinham como objetivo, avaliar as expectativas de vida do sujeito, com base na teoria dos perfis psicológicos de Dunbar. (idem, ibidem).

Melanie Klein e seus seguidores, utilizam o termo conversão somática para explicar as lesões corporais classificadas como psicossomáticas, que teriam sido consequências de conflitos anteriores ao período edipiano, estando relacionados a fases primitivas do psiquismo. (VALAS, 2003).

Com base nos postulados dessa corrente, Gama (*apud* VALAS, ibidem) aponta que cada doença seria determinada por fatores psíquicos específicos, assim como o sintoma psicossomático corresponderia a uma estrutura particular de personalidade. Ao que foi denominado como conversão somática, ocorreria por mecanismos de regressão e de fixação, por ação do recalçamento. Esse processo teria seu curso em torno do período de castração. Para os seguidores da segunda corrente, os fenômenos psicossomáticos não têm sentido e estão ligados a uma carência das atividades de representação, a uma pobreza no simbólico. Dentre os principais autores podemos citar: Held, Fain, David, Pierre Marty, M'uzan, entre outros. Para a Escola de Psicossomática de Paris, o estado psicossomático se originaria bem cedo na vida do sujeito, em fase anterior ao desenvolvimento da linguagem, sendo condicionado pelo seu meio afetivo.

No acompanhamento de pacientes psicossomáticos, autores franceses encontraram características comuns e frequentes que apontam para uma forma peculiar de pensamento e de lidar com as emoções. Assim, Marty e M'uzan, partindo de estudos sobre a vida onírica feitos por Fain e David, verificaram que esses pacientes apresentavam como características um mundo interno pobre, investindo

intensamente na realidade externa, da qual passam a ser dependentes ou “hiperadaptados”. Quando sofrem de problemas existenciais, intensificam o investimento no trabalho. (VALAS, 2003).

Sífneos, da escola americana, assinalou que tais pacientes portadores de doenças psicossomáticas apresentavam uma característica que se traduziria na dificuldade de descrever suas emoções, e até mesmo de senti-las. Este autor criou o termo alexitimia (do grego a = sem, lexis = palavra, thumos = ânimo ou afetividade), o que significa “ausência de palavras para nomear as emoções”. Dessa maneira os dois termos, alexitimia e pensamento operatório, são amplamente utilizados no campo de estudo da psicossomática. (idem, ibidem).

Para os seguidores da terceira corrente, “os fenômenos psicossomáticos têm sentido próximo da conversão histérica, mas não totalmente” (idem, ibidem, p.75). Nesse grupo destaca-se Valabrega, que estende a noção de conversão histérica para uma conversão psicossomática, porém as questões em torno do que seria convertido e como se daria esse processo ficam confusas, sem muita compreensão para o leitor. Acrescenta que o fantasma psicossomático é diferente do fantasma do neurótico. No primeiro, o fantasma estaria no corpo do paciente e que poderá não reconhecê-lo. Esse desconhecimento seria como se a manifestação psicossomática fosse estranha à vida do sujeito, o qual poderá nunca falar dela, sendo utilizada a expressão “vida dupla”. Esses fantasmas estariam inscritos na “corporeidade do doente”. Nesses casos a psicoterapia visaria dar segurança ao paciente, tentando restituir o sentido de suas relações com o mundo. O objetivo do processo psicoterapêutico não seria atingir a profundidade dos conflitos. (idem, ibidem).

1.5 PIERRE MARTY E A DEPRESSÃO ESSENCIAL

Pierre Marty, médico psicanalista francês, fundador e diretor do Instituto de Psicossomática de Paris, que posteriormente deu origem ao Hospital Pierre Marty, desenvolveu os conceitos de mentalização, pensamento operatório e depressão essencial que constituíram a base de sua teoria sobre os pacientes psicossomáticos. (MARTY, 1993)

Marty (ibidem) considera que a mentalização diz respeito à quantidade e à qualidade de representações psíquicas em um dado indivíduo. Refere-se a dimensões do aparelho psíquico que considerava ainda não terem sido estudadas

de forma mais detalhada pela psicanálise. A noção de mentalização foi definida por Marty nos anos 1970. Para a escola francesa, as particularidades e as diversas falhas no funcionamento psíquico dos indivíduos que apresentam enfermidades somáticas parecem, de fato, diferentes daquelas dos neuróticos clássicos da psicanálise. Considera que quando um paciente relata a história de sua doença a faz de forma “seca”, levando em conta apenas os fatos patológicos, suas datas, as opiniões de médicos anteriores, o que seria característico dos pacientes portadores de sintomatologia psicossomática; de maneira diferente, o paciente que contar sua história associando os fatos aos acontecimentos afetivos das épocas em questão, é característico do discurso neurótico.

Os especialistas da escola francesa de psicossomática, diante dessa base teórica, apontada por Marty — como “a reconhecida insuficiência do funcionamento mental” (MARTY, 1993, p. 16), — motivavam-se em prosseguir suas pesquisas por diversos caminhos, tendo como hipótese a construção incompleta ou um funcionamento atípico do aparelho psíquico dos pacientes somáticos, diferenciando-os nesses aspectos específicos da constituição psíquica dos neuróticos apontados por Freud. Essas pesquisas deram origem aos conceitos de pensamento operatório, em 1962, e depressão essencial, em 1966, ambos desenvolvidos por Marty e fundamentais para a clínica do paciente psicossomático na Escola de Psicossomática Paris.

O conceito de pensamento operatório foi desenvolvido por Marty e M'uzan com a intenção de apresentação original no congresso de Barcelona, em 1962, para explicar o funcionamento psíquico. (idem, *ibidem*). Assim, Marty e M'uzan, partindo de estudos sobre a vida onírica feitos por Fain e David e os estendendo a seus pacientes, encontram uma forma de pensamento que julgaram originais ou, quando presente, de pouca significação funcional para o equilíbrio psíquico. Ainda que tais características não fossem específicas destes pacientes, estes autores postularam a hipótese de uma estrutura psíquica à semelhança das estruturas neurótica, psicótica e perversa. Eles chamaram essa estrutura de pensamento operatório. (idem, *ibidem*).

O pensamento operatório seria então um processo consciente, sem ligação com movimentos fantasmáticos (representativos) apreciáveis, de modo que as relações do sujeito com as outras pessoas, inclusive com o investigador (o médico ou o analista), traduzem-se em uma “relação branca”, ou seja, as relações

interpessoais se caracterizam pela indiferenciação, por rebaixamento dos investimentos objetivos, inclusive na transferência, predominando uma afetividade esvaziada e ligação com aspectos concretos do que é narrado. Esse modo de funcionamento psíquico desprovido de afetividade, de pouca energia libidinal, privilegia os aspectos concretos, as coisas materiais, em detrimento dos conceitos abstratos da imaginação e das expressões simbólicas, traduzindo-se em uma carência funcional das atividades fantasmáticas e oníricas. O Instituto de Psicossomática de Paris ressalta que estão presentes nos pacientes somatizadores o pensamento operatório e a “relação branca”. (idem, ibidem).

Marty, ao trazer novas considerações sobre a evolução e funções do aparelho psíquico, substitui esse conceito pela noção de “vida operatória”:

A vida operatória, ligada à depressão essencial, constitui uma etapa de relativa cronicidade, um arranjo frágil, um estado instável, que se instala no decorrer de uma desorganização progressiva lenta. É repleta de incidentes ou acidentes somáticos. As poucas representações que parecem existir são (como nos sonhos) pobres, repetitivas, contendo a marca do atual e do factual. (MARTY, 1993, p.17).

Para Marty (ibidem), o adoecimento encontra-se ligado às inadequações da pessoa às suas condições de vida, sendo que estas dificilmente apresentam-se de maneira adequada, devendo a pessoa se adaptar a elas da melhor forma que lhe seja possível. A partir das dificuldades vividas na infância, Marty (ibidem) compara pessoas com doenças graves a outras. Como resultado de sua pesquisa, Marty ressalta a importância nefasta das “más mentalizações” iniciais como fator de risco para o aparecimento de doenças graves. Em nível de estrutura mental, a importância da organização do pré-consciente e da qualidade da mentalização é determinante durante os primeiros anos de vida. Quando o desenvolvimento do psiquismo não se dá de forma plena, pode haver predomínio das características sensório-motoras, dando ao psiquismo um aspecto operatório. O pensamento operatório tem como característica ser consciente e não ter relações significativas com movimentos representativos apreciáveis, bem como nem sempre permitir a exteriorização da agressividade, revelando o empobrecimento no que se refere à organização do eu.

Assim, Marty e M'uzan, partindo de estudos sobre a vida onírica, estendendo-os a seus pacientes, encontram uma forma de pensamento que julgaram original ou, quando presente, de pouca significação funcional para o equilíbrio psíquico. Ainda que tais características não fossem específicas destes pacientes, estes autores

postularam a hipótese de uma estrutura psíquica à semelhança das estruturas: neurótica, psicótica e perversa. Eles chamaram essa estrutura de pensamento operatório. (idem, ibidem).

Sobre a depressão essencial, Marty criou esse termo para substituir a expressão “depressão psicossomática”. Muitas vezes referiu-se a ela como depressão sem objeto. Marty (ibidem) destaca que na depressão essencial evidenciamos uma baixa de investimento libidinal, interferindo na dinâmica psíquica do sujeito que se manteria de forma reduzida ou apagada, caracterizada pela falta dos mecanismos psíquicos deslocamento, condensação, introjeção, projeção e identificação, assim como o empobrecimento da vida fantasmática e onírica. Nesses casos, a energia vital se perde devido à desorganização e à fragmentação do processo de funcionamento psíquico, propiciando a prevalência da pulsão de morte na vida do sujeito.

Em 1980, Marty chega a uma melhor descrição da depressão essencial, assim como de sua sintomatologia. Em sua obra *L'ordre Psychosomatique* acrescenta que “a depressão essencial se estabelece quando os eventos traumáticos desorganizam um certo número de funções psíquicas das quais transbordam as capacidades de elaboração”. (MARTY, 1980, p.59). Ressalta que o quadro de depressão essencial é precedido de “angústias difusas”, deixando o eu submerso e desorganizado, cumprindo de forma precária suas funções de ligação, de distribuição e de defesa, pois a angústia não seria mais o sinal de alarme, e sim o próprio alarme, reproduzindo um estado arcaico de transbordamento, evidenciando um apagamento funcional na dinâmica dos processos psíquicos. (idem, ibidem).

Para finalizar esse estudo dos conceitos de Pierre Marty tão importantes na clínica psicossomática, sublinha-se que os aspectos relevantes para o diagnóstico de depressão essencial a serem observados são: a perda do interesse pelo passado e pelo futuro, os relacionamentos com as outras pessoas diminuem, o desaparecimento dos sentimentos inconscientes de culpa, assim como da expressão de desejos, destacando-os como sinais importantes no quadro de depressão essencial. A fala é limitada ao descrever os fatos, que ficam restritos aos aspectos objetivos e concretos, ficando desprovida de afetividade. Desse modo, a clínica desses pacientes é marcada pela “relação branca”, que se traduz no fato do paciente não estabelecer uma relação afetiva, transferencial com o outro, inclusive com o analista, o qual ele supõe que irá resolver seus problemas articulando-os com

os fatos concretos, como se fosse um operador de máquinas, conforme estudado acima.

2 CASOS CLÍNICOS

O trabalho realizado no setor de psicologia de um Centro de Saúde que atende a população de Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro, depara-se com inúmeros casos da clínica psicossomática. Esta dissertação se propõe a articular as teorias de Pierre Marty e Jacques Lacan com a ilustração de casos clínicos atendidos naquela instituição.

Tendo sido trabalhado, no primeiro capítulo, a teoria de Pierre Marty e a abordagem freudiana com seus estudos sobre a neurose de angústia, neurose de guerra, complacência somática, pulsão de morte, dentre outros, os quais influenciaram os teóricos da psicossomática, este capítulo trabalhará dois casos clínicos atendidos no Centro de Saúde.

O objetivo do relato dos casos é o estudo no campo da psicossomática, principalmente no que diz respeito à depressão essencial (DE) descrita por Pierre Marty. Para começar, é relevante uma breve abordagem sobre o Centro de Saúde e a população atendida.

2.1 O CENTRO DE SAÚDE

O Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) foi fundado em 1967 para atender a população da área do Complexo de Manguinhos, localizado na cidade do Rio de Janeiro, e também constituir o campo para ensino e pesquisa dos projetos a serem desenvolvidos nos cursos ministrados na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP / FIOCRUZ.

A população atendida no Centro de Saúde reside nas comunidades carentes do entorno de Manguinhos, algumas muito pobres, com casas de madeira, sem esgoto, sem luz, sem água encanada. Outras comunidades são mais estruturadas,

com casas bem construídas, água, luz, esgoto, sendo mais confortáveis, apesar de estarem situadas em favelas, o que desvaloriza extremamente o imóvel

Essa população, de modo geral, possui baixo nível de escolaridade, sendo que a maioria não terminou o primeiro grau. Apesar de muita dificuldade para conseguir trabalhar e estudar, alguns conseguem cursar uma faculdade, adquirindo bolsa de estudos em faculdades particulares, pois não passam para universidades públicas porque fazem um segundo grau deficiente, não podendo investir num bom curso pré-vestibular. Ao lado destes, encontramos pessoas que não sabem ler nem escrever, às vezes sabem apenas a assinar o nome.

Os pacientes chegam até ao setor de psicologia por encaminhamento interno ou externo de profissionais de saúde, principalmente dos médicos e das equipes de Programa de Saúde da Família (PSF), sendo que alguns pacientes procuram o serviço por demanda espontânea. No entanto, para que o paciente seja atendido em nessa Unidade de Saúde é necessário que ele tenha prontuário ou providencie a abertura deste. Para isto é necessário que ele comprove moradia na área, além dos documentos necessários para identificação. Atualmente são cinco psicólogos, um para o atendimento infantil e quatro para atender adultos e adolescentes. Apenas a psicóloga infantil possui especialização em Gestalt, os outros atuam na área psicanalítica. Até mesmo o único psiquiatra do posto é psicanalista.

Os casos mais atendidos pelos psicólogos no Centro de Saúde, como se pode detectar através da observação dos prontuários, são: doenças psicossomáticas, depressão, síndrome do pânico e drogadição. Na área infantil, o que predomina são os encaminhamentos das escolas, que por não saberem lidar com as crianças de forma a utilizar recursos pedagógicos adequados e individualizados, acabam atribuindo o diagnóstico de hiperatividade e dificuldade de atenção e concentração, o que reflete em baixo rendimento escolar. Os adolescentes chegam trazidos pelos pais, que por não terem conseguido estabelecer limites desde a infância, sendo criados sem nenhuma disciplina, sem incentivo ao estudo e ao trabalho, agora vêm “buscar” com a psicologia uma alternativa para que seus filhos não sigam o caminho da marginalidade, do crime e das drogas.

É importante ressaltar que esses pacientes convivem diariamente com a violência local. Guerra no tráfico e troca de tiros com a polícia são frequentes, pondo em risco a segurança dos moradores e de todas as pessoas que trabalham na

Fundação Oswaldo Cruz. O estado de tensão permanente é responsável por inúmeros atendimentos. Depois de uma noite de tiroteio intenso, com armas pesadas, granadas, bombas, falta de luz e trânsito interrompido na rua principal (conhecida como a “faixa de Gaza”) é comum que as pessoas somatizem e procurem atendimento médico e psicológico.

A seguir, o relato de dois casos, denominados “A escrava morreu!” e “O reinado do Sr. Estômago”, ilustrativos para o estudo em questão, a saber, o estudo da psicossomática para o campo da saúde, como também a necessidade de buscar fundamentos teóricos para embasar o trabalho clínico que é desenvolvido na área psicanalítica e da saúde.

2.2 A ESCRAVA MORREU!

A paciente, com 52 anos, vinha apresentando crise hipertensiva constantemente, com atendimentos de emergência em hospitais gerais. Sentia-se mal em casa, sendo socorrida pelas filhas ou pelo marido, chegando à emergência com a pressão arterial muito elevada, necessitando de internação por algumas horas. A frequência de picos hipertensivos era cada vez maior; a medicação e o acompanhamento médico no centro de saúde não estavam sendo eficazes.

Durante uma consulta na clínica médica, em que não parava de chorar e com muita dificuldade de se expressar, entre um soluço e outro, fala para o médico que estava com dificuldade para levantar da cama, sentia-se muito cansada e não estava conseguindo fazer suas tarefas rotineiras. Apenas se esforçava para tomar um banho, ingerir algum alimento rapidamente e voltar para o repouso. O clínico, após o exame físico, perguntou-lhe se estava tomando toda a medicação prescrita. Ela lhe disse que fazia exatamente como lhe foi indicado, inclusive com a medicação SOS que lhe era prescrita na emergência quando necessitava. Além disso, havia diminuído bastante o sal e a gordura de sua dieta alimentar. Então o médico concluiu: “Tem algo errado aí!”. “Algo muito sério está acontecendo”. Ela acabou contando que seu casamento estava desmoronando, muitas decepções, humilhações, mágoas, e que não estava suportando. Suava exageradamente e sentia como se fosse desmaiar. Diante do quadro apresentado lhe foi sugerido o encaminhamento para a psicologia. Ela que sempre foi resistente quanto a isso, não acreditava em tratamento psicológico, acabou aceitando. Naquela mesma semana,

procurou o ambulatório para marcar a consulta. Na semana seguinte iniciou o tratamento.

No primeiro atendimento, chorava e suava muito, secava a testa e as mãos em uma toalha que a acompanhava em várias sessões, durante meses. Contou que há muitos anos o marido era infiel, arrumava amantes, passava dias fora com a justificativa do trabalho, deixava vestígios em suas roupas, recebia ligações telefônicas suspeitas no celular e até mesmo em seu telefone de casa. Quando ela o questionava, ele negava sempre. Dizia que não era nada disso, que ele estava preocupado com o trabalho e com as despesas da família. Quando estava em sua companhia ele a tratava muito bem, com carinho, fazia suas vontades, era um pai atencioso com as filhas, procurava comprar tudo que a família solicitava. No entanto, frequentemente estava vivendo um novo caso extraconjugal, pois as evidências eram grandes e ela acompanhava tudo calada, pois dizia ter medo do que pudesse acontecer, pois o amava muito e tinha duas filhas com ele, que eram bastante apegadas ao pai.

Construíram juntos uma casa, escolheram os móveis, o carro; tudo era escolhido a dois, com muito amor. Quando saíam juntos, ele era carinhoso e lhe dava atenção. Estavam casados há vinte e seis anos, sua vida era ser esposa e mãe. A paciente conta que antes de casar trabalhava no comércio, mas, ao pedi-la em casamento, o marido colocou a condição de que deveria abrir mão do emprego para cuidar da casa, pois seu salário seria o suficiente para a família. A princípio ficou um pouco triste por deixar o emprego, pois tinha o costume de sair para trabalhar todos os dias, mas como o trabalho não era prazeroso, era apenas um meio de sobrevivência, acabou concordando.

A paciente estava alguns anos no Rio de Janeiro, pois antes morava no interior de Minas Gerais, com a mãe e os irmãos. Não frequentou escola, mas aprendeu a assinar o nome e a ler com dificuldades. Seu pai bebia muito, morreu cedo, o que fez com que ela ainda na infância tivesse que trabalhar na roça, nas plantações, para ajudar a mãe. Com vinte anos de idade mudou-se para o Rio, na tentativa de conseguir trabalho e melhores condições de vida. Aos vinte e cinco anos já estava casada, com o primeiro namorado.

Desde o início do casamento, a paciente conta que fazia tudo para o marido: levava a toalha de banho na porta do banheiro, pegava suas roupas na gaveta entregando-lhe nas mãos, colocava a pasta de dentes na escova, a comida no prato,

o suco no copo (já adoçado e mexido); mostrando-se pronta para servi-lo em tempo integral. Quando saía para fazer compras ou pagamentos, onde ela estivesse, às dezesseis horas, voltava correndo para casa, preparava o jantar e ficava à sua disposição. Sua vida era essa rotina, todos os dias fazer as tarefas de casa, levar as filhas ao colégio, ao médico, e estar pronta para servi-lo, na hora que ele chegasse a casa. Mais tarde, as filhas se deslocavam sozinhas para a escola, saíam para namorar e passear, quando estavam com dezenove e a outra com quatorze anos, sendo que esta namorava em casa por ainda ser muito jovem e os pais considerarem que precisava de maiores cuidados.

O esposo ficava alguns dias fora, pois trabalhava com construção, era mestre de obras, sendo que muitas vezes a firma para qual trabalhava executava serviços mais distantes. Então ele dizia que preferia ficar no local, pois terminaria com mais rapidez porque não perderia tempo se deslocando.

Mesmo assim, ela dizia que não sentia disposição para buscar outras atividades, não pensava em fazer um curso, não buscava algo que lhe desse um pouco de prazer. Dizia que estava sempre cansada, preferia dormir ou deitar e ver televisão. Já há muito tempo havia pedido que o médico lhe prescrevesse vitaminas, pois sentia uma baixa de energia. Entretanto como seus exames estavam todos normais, apesar da pressão arterial aumentada, ele disse que não havia necessidade. Sugeriu-lhe que procurasse a psicologia, mas ela não achava necessário.

Diante do quadro apresentado por essa paciente, poderíamos pensar em depressão essencial descrita por Pierre Marty, como visto no primeiro capítulo?

Na depressão essencial, segundo Marty, se observa um rebaixamento do tônus vital. Trata-se de uma depressão sem objeto, assim definida:

Esta sintomatologia depressiva define-se pela falta: apagamento em toda a escala da dinâmica mental. Não se encontra nessa depressão (“conveniente”) a relação libidinal regressiva e ruidosa das outras formas de depressões neuróticas ou psicóticas. O fenômeno é comparado ao da morte, onde a energia vital se perde sem compensação. Menos espetacular que a depressão melancólica, sem dúvida, leva mais certamente à morte. O instinto de Morte é o Senhor da DE. (MARTY, 1993, p.19).

Recentemente, seu esposo arrumou uma amante no próprio bairro onde moravam. Passeava de carro com ela na própria rua em que sua esposa e filhas viviam. A vizinhança comentava, e tudo isso lhe causava um mal-estar; um clima de fofoca que vinha levando-a ao desespero. Sentia-se pressionada para tomar uma

atitude, mas faltava-lhe coragem. Em seguida, ele passou vários dias fora, muito mais do que costumava fazer. Quando ele retornou, ela já tinha arrumado sua roupa e disse-lhe que fosse embora de vez, que ficasse dormindo onde esteve durante todos esses dias.

– “Agora, acabou!”... “Fim!”... “Não quero mais!”

Manter essa decisão foi difícil e doloroso para ela, muitas vezes tinha medo de não resistir. Pois se ficasse diante dele, ouvindo suas desculpas pedindo para retornar, achava que poderia ceder, mas depois se arrependeria e o sofrimento continuaria, como no decorrer dos vinte e seis anos. Com a pressão arterial totalmente descontrolada, mesmo com a medicação diária prescrita, os atendimentos em pronto-socorro eram frequentes. Chegou até a desmaiar no caminho, vomitar. Ficou internada algumas vezes para conseguir normalizar a pressão.

Depois de alguns meses de tratamento psicológico, a toalha que usava para secar o suor não saía mais da bolsa, até que a deixou de lado. Ela mesma comentou que não precisava mais da toalha, como uma demonstração de progresso no tratamento. O choro foi substituído por um olhar firme e uma fala determinada. Recorreu à Justiça pedindo pensão alimentícia para as filhas, dizia que mesmo vendendo roupas, doces e conseguindo dinheiro para sustentar a casa, não achava justo que ele deixasse de contribuir. Dizia que o casamento acabou, mas ele tinha duas filhas para sempre. Com o passar do tempo, sentia-se em condições de auxiliar as filhas no que precisassem, ouvia e aconselhava quanto ao namoro de ambas. Já se considerava em condições de discutir sobre o relacionamento das filhas com os respectivos namorados. Convivia bem com os genros, gostava muito deles, mas quando via algo que não concordava, não deixava passar. Dizia para as filhas e para todas as mulheres que não fizesse como ela havia feito:

— “Não deixem homem nenhum e nem ninguém fazer com vocês o que ele fez comigo”

— “Enfrentem qualquer situação com força e coragem”.

— “Não fiquem iludidas, achando sempre que ele vai mudar”.

— “Eu esperei vinte e seis anos!”

— “Por pouco, não tive um enfarto ou um derrame, pois quando comecei a fazer o tratamento psicológico, estava no caminho da morte”. Repetia esta frase frequentemente.

No início da separação, ela tinha medo de encontrá-lo na rua, pois seu marido estava furioso por ter que dar pensão para ela e as filhas como havia sido determinado pelo Conselho Tutelar. Se no dia determinado não levasse o dinheiro das filhas, seria preso. Ele gritava com ela, ameaçando até mesmo de matá-la. Chegou a tentar assaltar sua casa para conseguir resgatar alguns documentos, como contracheques e certidões. Ela foi à delegacia e comunicou o ocorrido, mas não podia provar que tivesse sido da parte dele. Por conta disso, trocou as fechaduras e reforçou a segurança das portas. Sua calma e determinação o irritava a cada dia. Durante a primeira audiência, ele perdeu o controle e começou a ofendê-la, gritando e dizendo palavras de baixo calão diante do juiz, que tentava fazer com que o casal se reconciliasse. Ela manteve a calma, estava segura e determinada. Tinha certeza de sua decisão. Não tinha mais dúvidas, nem o risco de recaídas. O processo demorou bastante tempo para ser concluído, sendo que a paciente permaneceu em acompanhamento psicológico durante todo o tempo.

O tratamento psicológico durou cerca de três anos, sem faltar às sessões, pois quando precisava resolver algo importante no dia do atendimento, solicitava com antecedência que eu trocasse a data e o horário para ela. Depois de alguns meses de trabalho, já era visível como ela havia progredido diante dos obstáculos da vida, enfrentando-os com tranquilidade e determinação. Falou, orgulhosa de si mesma: — “Há quanto tempo não uso o Diazepan (SOS) que o psiquiatra prescreveu! Já tenho uma coleção de comprimidos em casa! Agora quando surge alguma situação difícil, tenho certeza de que vou conseguir ultrapassá-la, pois nada mais me derruba”.

No último ano, quase não falava do marido nas sessões, passando a falar dela e das filhas. Fazia planos para o futuro, vendia roupas, doces, salgados; pensava em futuramente montar uma pequena loja de alimentação. O cuidado com a aparência era redobrado. Mantinha as unhas e cabelos sempre bem cuidados, as roupas variadas e modernas, pois isso era comentado por todas as pessoas ao redor, inclusive pelo ex-marido, dizendo que se ela tinha dinheiro para andar tão produzida não estava precisando de pensão! Quando falava sobre isso, ria muito e sentia-se orgulhosa de si mesma.

No decorrer do tratamento psicológico, as crises hipertensivas não ocorriam mais. Quando tinha consulta médica, sua pressão estava sempre normal. Depois de um tempo, a medicação foi suspensa, pois não havia mais necessidade. Nesta

época, já passava pelo marido sem receio, nem se alterava mais por ele morar com a amante bem próximo a ela. Dizia com orgulho: — “Saio quando quero, volto à hora que quero, ninguém me controla mais”. “A escrava morreu”!!! Chegou a fazer um churrasco no dia treze de maio para comemorar sua liberdade. As filhas casaram logo, mesmo ela considerando que eram muito jovens, que deveriam estudar mais, viver e aproveitar a vida. Apoiou as filhas, ajudando-as no que foi preciso, inclusive ficou ao lado do ex-marido durante as duas cerimônias de casamento. Mesmo casadas, as filhas a visitava frequentemente, passeavam juntas, todos se entendiam bem, inclusive os genros. Quando aparecia algum problema com as filhas, sentia-se competente para auxiliá-las, no que fosse preciso. Comentava que conversava com as filhas tentando ajudar, mas dizia para elas que as decisões deveriam ser tomadas somente pelo casal. A mãe estaria sempre pronta para apoiá-las no que fosse possível, ressaltando que não deixassem o casamento chegar ao ponto que ela havia deixado, que, por mais difícil que fosse, elas encontrariam forças para lutar.

Até que um dia, encontrou o ex-marido junto com a amante na rua. Passou naturalmente pelos dois e viu que isso tudo, na verdade, não lhe causava mais transtornos como tinha imaginado, e que já fazia parte do passado. Durante a consulta, falou:

— “Já estou curada, estou liberta, não tenho mais nada a ver com este homem”.

— “Estou pronta para a vida, posso até arrumar um namorado!”

— “Morar junto, acho que nunca mais!”

— “Quero viver tudo o que não vivi!”

— “Nasci de novo, a vida começa agora e quero vivê-la intensamente”.

2.3 O REINADO DO SR. ESTÔMAGO

A paciente, com 48 anos, compareceu à primeira consulta trazida por uma filha, por não considerar ter condições para andar desacompanhada, pois havia manifestado recentemente sintomas de angústia quando se deslocava para fazer compras em um supermercado próximo a sua residência (medo, pulsação acelerada, sensação de que poderia desmaiar de repente, suor exagerado, fraqueza nas pernas). Foi solicitado à filha que aguardasse na sala de espera e que a paciente entrasse sozinha.

A paciente suava muito e usava um lenço para secar a testa. Havia recebido o diagnóstico médico de depressão recentemente, pois dizia não ter vontade para fazer qualquer coisa. Até para tomar banho era devagar, com dificuldade, voltando para cama em seguida. Para se alimentar era complicado, pois o estômago não aceitava qualquer alimento, sentia dor, um desconforto constante. Disse que nem sabia como chegou à psicóloga, pois não queria sair de casa, entretanto suas filhas insistiram para que viesse se tratar.

Na terceira consulta já veio sozinha para o Centro de Saúde, pois era próximo de sua casa, resolveu tentar e conseguiu. Contou que anteriormente não acreditava em tratamento psicológico, que isso era perda de tempo. Havia recusado várias vezes o encaminhamento, tentou uma vez com outra psicóloga, mas não continuou.

Falou que ultimamente não tinha ânimo para nada, preferia ficar deitada, sem fazer absolutamente nada o dia inteiro. Contou que sua filha tentou pintar seus cabelos, porém sentiu-se mal de repente e teve que tirar a tinta abruptamente. Gritava: — “Tira! Tira rápido! Por favor, estou me sentindo mal!” Por isso estava com a raiz do cabelo toda branca, sendo que no momento não estava se importando com a aparência física.

Ao estudar a depressão essencial (DE) em Pierre Marty, ele destaca que “angústias difusas frequentemente precedem a DE. Automáticas no sentido clássico, importunas... traduzem a aflição profunda do indivíduo, aflição provocada pelo afluxo de movimentos instintuais não dominados” (MARTY, 1993, p.19).

Queixava-se de dor no estômago, não estava podendo se alimentar devido a um mal estar permanente na região gástrica que piorava quando ingeria determinados alimentos ou se ficasse muito tempo sem comer. Havia procurado um gastroenterologista há algumas semanas, que solicitou uma endoscopia digestiva para investigar a causa dos sintomas. Tinha muito medo do resultado do exame, pois poderia acusar algo “ruim”, ou seja, uma úlcera; na verdade, estava com medo de que fosse um câncer.

Lembrou que há muitos anos, quando ainda era solteira, teve dores de estômago, não podia ficar muito tempo sem se alimentar, nem comer exageradamente comidas gordurosas ou muito ácidas. Tinha que evitar comer abacaxi, sendo que o café deveria ser misturado ao leite. Com o tempo foi melhorando e os sintomas foram desaparecendo. Depois do casamento e do nascimento da primeira filha, o estômago foi ficando esquecido. Entretanto

procurava manter hábitos que não provocasse ou viesse a desencadear doenças. Não fumava, não ingeria bebida alcoólica, evitava o uso de medicamentos sem prescrição médica, tinha uma vida tranquila, procurava estabelecer uma rotina para suas atividades no lar. Saía pouco de casa, às vezes passeava com o esposo e as filhas, visitava algum familiar ou fazia compras com eles. Depois, voltou a falar do medo de realizar a endoscopia, mas resolveu marcar e fazer o exame. Foram muitas sessões falando de como o estômago havia se comportado a cada semana. Se doía mais à esquerda ou à direita, se em cima ou embaixo, se começou a doer pela manhã ou à noite, e até se parou e voltou a doer em seguida. O assunto girava em torno “Dele”, como se fosse um rei.

Ainda nas primeiras sessões, contou que o marido havia falecido, de enfarto, há cerca de seis meses. Ele tinha problemas cardíacos, entretanto não seguia o tratamento, esquecia de tomar os remédios prescritos e não fazia a dieta indicada, estando muito acima do peso desejado. Até que em um determinado dia, ao sentir-se muito mal, com uma dor insuportável, foi levado às pressas para a emergência de um hospital geral, mas não resistiu, vindo a falecer horas depois. Quando ele foi transportado para o hospital, às pressas, pelos vizinhos, ela entrou em desespero, disse ter vivido momentos de muita angústia, que parecia não ter forças para suportar tudo aquilo: — “Era mais do que eu poderia aguentar”. Sempre o esposo a poupava das situações difíceis e agora não tinha outra alternativa, a não ser muita dor e desamparo.

Disse ter ficado surpresa com ela própria, porque depois de poucos dias parecia ter se conformado com a situação. Apesar do desespero inicial, conseguiu controlar-se e seguir em diante, o que para ela era muito estranho, pois sempre teve muito medo de perder alguém muito próximo, como o marido, as filhas ou a mãe. Após o sepultamento do marido parou de chorar e procurou adaptar-se à nova realidade, entretanto à medida que o tempo passava sentia-se muito cansada, não tendo energia para nada. Disse que conforme o tempo passava sua energia escoava, seu corpo estava pesado, sentia necessidade de dormir muito.

Diante da narrativa da paciente, seria um caso de depressão essencial?
Pierre Marty descreve:

A DE se estabelece quando acontecimentos traumáticos desorganizam certo número de funções psíquicas, cujas capacidades de elaboração transbordam (...) Deve-se buscar manifestações negativas, naturalmente pouco perceptíveis (MARTY, 1993, p.19).

O resultado do exame realizado acusou gastrite, mas ela sempre tinha medo que pudesse vir a ser “algo mais grave”. Precisou tomar alguns medicamentos e fazer uma dieta muito rigorosa, com a qual perdeu muito peso. O emagrecimento lhe deixava preocupada, pela possibilidade de ser um câncer. Comparando seus hábitos alimentares anteriores com sua dieta atual, era evidente que foi uma mudança radical, e que além da dieta prescrita, ela exagerava, reduzindo ainda mais. Tanto que passou a tomar somente água, nenhum outro líquido era ingerido. Suas filhas lhe diziam que com essa dieta só poderia ficar muito magra, que era o esperado, e que muitas mulheres gostariam de perder peso e não conseguem. Falavam que ela ficaria mais bonita e mais jovem. Ela então dizia que “emagrecer é bom quando não é por motivo de doença”.

Posteriormente, foi falando sobre seu casamento, dizendo que o relacionamento com o marido era perfeito, com muito amor, carinho e confiança mútua, durante trinta anos. Ao referir-se a ele, lembrava com muita saudade e pela primeira vez seus olhos lacrimejaram, mas logo conteve a emoção, continuando a falar: — “Ele procurava resolver os problemas que surgiam, se algo em casa parasse de funcionar, logo providenciava o conserto; não deixava ninguém me aborrecer, me poupava das situações complicadas, resolvia tudo para mim. Não gostava de me ver preocupada nem ansiosa, pois ele me tranquilizava e era a garantia de que tudo estaria bem”.

Durante esses anos de casada suas atividades eram limitadas a cuidar das filhas e da casa, entretanto contava com a participação do marido para suas tarefas. Dizia que nem precisava sair para ir ao mercado, pois o marido trazia os alimentos, material de limpeza, produtos de higiene. Na maioria dos dias, ele mesmo levava as filhas para a escola antes de ir para o trabalho, bastava ela ir buscá-las, sendo que em alguns dias ele também buscava as crianças, quando dava para vir almoçar em casa. Os pagamentos bancários ficavam também por conta dele.

Ela dizia que sua vida era tranquila demais, não saía da rotina, mas que gostava que fosse assim. Dificilmente suas idéias divergiam das dele, pois sempre os dois combinavam em tudo. Em seguida, expressou-se de forma bastante interessante: — “Não havia desgaste, nem ambiente tenso, conturbado, era só a rotina. Não brigávamos como os outros casais. Pensando bem, eu sempre fui assim, parada, minha vida sempre foi devagar, nunca tive essa energia que os jovens têm hoje. Quando eu era nova, saía para passear no final de semana, mas não gostava

de agitação”. Poderíamos pensar essa tendência para poucas atividades e sem muita emoção, evitando novas experiências, como sintoma da depressão essencial descrita por Pierre Marty?

Durante muitos meses, falou de seu estômago como se fosse uma entidade autônoma e não como uma parte de seu corpo. Quando chegava, já falava como o estômago havia se portado naquela semana. Explicava com detalhes o que comeu e como ele reagiu em seguida. Dizia que preferia ficar em casa, na maior parte do tempo deitada na cama, ou sentada no sofá. Suas filhas cozinhavam, preparavam a dieta e levavam para ela nos horários determinados, para que não ficasse com o estômago vazio. Ela dizia que já cuidou das filhas, agora eram as filhas que cuidavam dela.

Após um ano de tratamento começou a falar de si, contando que gostaria de voltar a viajar para visitar sua mãe, no interior. As dores no estômago foram diminuindo, já passava dias sem sentir dor. Estava se interessando por assistir televisão, não perdia as novelas. Em uma determinada sessão, solicitou que trocasse seu horário, caso fosse possível, para depois da novela da tarde. Disse que estava passando os últimos capítulos, e que eram muito interessantes. Então foi feita a troca, pois ela não costumava faltar, nem se atrasar, e o mais importante era que manifestou vontade de fazer alguma coisa.

Depois de algum tempo de tratamento psicológico, passou a se interessar um pouco mais pelo o que estava acontecendo ao seu redor, participando das conversas em família, brincando com a neta, já ficava sozinha em casa, quando todos saíam. Conversava com a filha mais nova, tentava orientá-la para fazer um curso profissionalizante visando melhorias no trabalho. Já fazia planos para o final de semana, para um aniversário ou para um evento em família. Voltou a frequentar os churrascos na casa dos amigos e dos familiares, pois já não precisava exagerar na dieta. Poderia comer carne magra, arroz branco, apenas evitar alimentos muito gordurosos e condimentados, passando a perceber que o estômago era apenas um sinalizador de angústia. Quando levava um susto, ou acontecia algo que a preocupasse bastante, deixando-a tensa ou aborrecida, o estômago se manifestava. Passou a entender sua linguagem, uma pontada, uma pequena queimação ou indisposição era sinal de que estava angustiada, preocupada, com medo, contrariada. Começou a entender que os acontecimentos não param, que agora não tem mais o marido para filtrar as dificuldades para ela, precisando enfrentar e tomar

as decisões sozinha. Mesmo buscando uma vida calma, sem muitas atividades e acontecimentos, como já lhe era peculiar, precisava participar do que estava acontecendo.

Dessa forma foi retomando a vida social, tendo condições de sair sozinha, levando uma fruta ou um biscoito na bolsa para não ficar muito tempo com o estômago vazio. Voltou a pintar os cabelos, fazer as unhas e comprou roupas novas, já que seu manequim foi reduzido de tamanho. Já estava gostando do corpo mais esbelto e passou a fazer hidroginástica, caminhadas e acupuntura. Quando saía de casa, as filhas perguntavam se demoraria a voltar, para onde estava indo, se não era melhor acompanhá-la. Ela então, dizia: — “Não sou criança, sei me cuidar, posso ir onde quiser, sei o que estou fazendo. Não tenho mais marido para ter que dar satisfações”.

Passou a fazer aulas de dança, canto, bordado, e o tempo para as consultas era escasso. Começou a preencher sua vida com várias atividades, voltou a frequentar a igreja, os passeios. Permaneceu em tratamento psicológico por dois anos e meio, até o dia em que falou: — “Não penso em me casar de novo, mas, se aparecer alguém interessante, posso até namorar, passear, mas casar?... Não quero pensar nisso agora. Quero aproveitar um pouco a vida. O estômago? Já sei cuidar dele!”.

3 A PSICOSSOMÁTICA EM JACQUES LACAN

Lacan aborda o fenômeno psicossomático no decorrer de seu ensino em três momentos, os quais serão desenvolvidos a seguir. O primeiro momento ressalta o caráter imaginário do fenômeno e o papel dos investimentos intra-orgânicos no fenômeno psicossomático, apontando para um curto-circuito pulsional. O segundo, Lacan relaciona a holófrase ao fenômeno psicossomático, momento em que vai traçar a matriz simbólica do fenômeno psicossomático com a holófrase e colocá-la em série com a debilidade mental e a paranóia. O terceiro e último momento trabalha o gozo específico, diferenciando o sintoma neurótico do fenômeno psicossomático com base no gozo fálico e no gozo específico.

No final do capítulo será feita a correlação do gozo específico com a depressão essencial, ressaltando os aspectos semelhantes entre as teorias de Jacques Lacan e Pierre Marty.

3.1 O INVESTIMENTO IMAGINÁRIO

Em *O Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*, no capítulo intitulado “Introdução ao *Entwurf*”, Lacan (1954-1955) faz algumas considerações sobre as reações psicossomáticas. Dialogando com o Dr. Perrier², o qual ao finalizar sua exposição na noite anterior mencionou os distúrbios psicossomáticos e as relações de objeto, Lacan deixa bem evidente que na tentativa

² François Perrier foi um dos principais representantes da terceira geração psicanalítica francesa junto com Didier Anzieu, Jean Laplanche, Jean-Bertrand Pontalis, Serge Leclaire, Daniel Wildlöcher, Jenny Aubry, Octave Mannoni, Maud Mannoni e Moustapha Safouan, quando Lagache fundou a Sociedade Francesa de Psicanálise (SFP, 1953-1963), formada por Lacan, Dolto, Juliette Favez-Boutonier. Em 1969, Perrier, Piera Aulagnier, Jean-Paul Valabrega formaram uma nova escola: a Organização Psicanalítica de Língua Francesa (OPLF) ou Quarto Grupo. Essa cisão, a terceira da história do movimento francês, marcou a entrada da EFP em uma crise institucional que resultou em sua dissolução a 5 de janeiro de 1980, e depois na dispersão do movimento lacaniano em cerca de vinte associações. (ROUDINESCO, 2008).

de buscar uma explicação teórica com relação aos órgãos envolvidos no processo psicossomático propriamente dito, a colocação de Perrier é equivocada. Sua explicação se aplica aos órgãos de relação, que estão em contato com o exterior, e também àqueles que estão envolvidos nos investimentos pulsionais. Nesse caso, diz Lacan (ibidem), estamos nos referindo aos órgãos envolvidos na relação narcísica, que estrutura a relação do eu ao outro e a constituição do mundo objetal.

Lacan (ibidem) afirma que o fenômeno psicossomático implica numa relação a algo que está sempre no limite de nossas elaborações conceituais. Não se trata de uma relação ao objeto. “As relações psicossomáticas estão no nível do real” (idem, ibidem, p.127), onde a distinção com base na exterioridade e interioridade não se aplica, afirmando que o real só pode ser apreendido através do simbólico. “O real é sem fissura” (idem, ibidem, p.128).

No decorrer do texto, Lacan (ibidem) destaca que o narcisismo e a teoria da libido estão estreitamente ligados à neurose. Relata que Freud só finalizou a teoria da libido após ter introduzido a função do narcisismo. Com isso, a neurose está sempre enquadrada pela estrutura narcísica, pois está referida ao simbólico, ao Outro enquanto tesouro do significante. Por estar endereçado ao Outro da linguagem, o sintoma neurótico conta uma história, permitindo ser decifrado: “Se algo é sugerido pelas reações psicossomáticas como tal é justamente por elas estarem fora do âmbito das construções neuróticas” (idem, ibidem, p.127).

Lacan (ibidem) chama a atenção para os investimentos intra-orgânicos, que na análise são denominados auto-eróticos e desempenham um papel importante no fenômeno psicossomático, que, ao contrário do sintoma neurótico, não permite ser decifrado, mas aponta para um curto-circuito pulsional.

Carneiro Ribeiro (1995), em seu artigo “O fenômeno psicossomático”, nos leva a refletir sobre o imaginário, que no ensino de Lacan é concebido a partir do texto “O Estádio do Espelho”³, mencionando que é por intermédio do imaginário que percebemos a forma, a imagem e a gestalt. Por essa razão, o corpo seria concebido em duas vertentes. A primeira seria como superfície de inscrição dos significantes deixados pelo o Outro da linguagem e ao mesmo tempo onde o próprio sujeito poderia colocar questões em relação ao Outro. O corpo seria uma via para receber e

³ LACAN, 1953.

expressar mensagens. É dessa maneira que o corpo “fala”, utilizando a via do sintoma.

A segunda vertente é descrita pela autora como “forma cativante e alienante que captura a identificação imaginária do sujeito pela promessa de completude que acena” (idem, ibidem, p.275). Através do imaginário, ocorrem dois processos importantes na esfera psíquica: a identificação do eu à imagem especular e seu isolamento como instância narcísica, destacando-o como sede da alienação do sujeito que lhe dirige um certo investimento libidinal e identifica-se a ele.

No mesmo artigo, a autora menciona que é comum nos pós-freudianos a distinção entre sintoma e fenômeno psicossomático. Pautam-se no fato de haver lesão de órgão ou não, ressaltando que dessa maneira a distinção não seria apropriada, pelo fato de que há lesões de órgãos que nada têm a ver com o fenômeno. Portanto, segundo Carneiro Ribeiro (ibidem), os pós-freudianos estariam conceituando o fenômeno psicossomático fora do âmbito da psicanálise. Lacan escapa a essa armadilha ao fazer essa distinção pela via do endereçamento simbólico e do investimento libidinal.

Carneiro Ribeiro (ibidem) sublinha que o fenômeno psicossomático se inscreve como uma forma acidental de investimento da libido, que investindo o próprio corpo o acaba ferindo. Seria como um curto-circuito da pulsão, como nos apontou Lacan (1954-1955), ainda no segundo seminário, mas que posteriormente esta idéia será criticada por ele próprio, no texto da “Conferência de Genebra” (1975), assim como outras questões como a libido do eu e libido objetal. Assim sendo, a distinção entre sintoma e fenômeno psicossomático se dará em outro eixo teórico, conforme veremos adiante.

Dez anos depois, no decorrer do seu ensino, Jacques Lacan retoma o estudo do fenômeno psicossomático situando-o no campo da linguagem, pela via do significante. Nesse caso, o que estaria em questão seria o desejo do Outro.

3.2 O FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO E A HOLÓFRASE

Lacan (1964) iniciou *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* após ter deixado a International Psychoanalytical Association – IPA. Nesse seminário, Lacan (1964) vai traçar a matriz simbólica do fenômeno psicossomático com a holófrase, como também colocá-lo em série com a debilidade

mental e a psicose, apontando para a localização limítrofe do fenômeno em relação ao simbólico.

Até 1964, Lacan havia dedicado o seu retorno a Freud com o intuito de sustentar a afirmação de que o inconsciente é estruturado como a linguagem. Para esse propósito baseou-se no texto de Freud “A Interpretação dos sonhos” (1900). A partir dos conceitos de condensação e deslocamento, utilizados na teoria freudiana, Lacan introduziu os conceitos de metáfora e metonímia, originários da linguística estruturalista, com o objetivo de explicar o trabalho dos sonhos. Lacan (1964) também introduz os conceitos de alienação e separação, derivados da lógica formal, como duas operações fundamentais na constituição do sujeito.

Nesse seminário, quando Lacan (ibidem) aborda a constituição do sujeito através da alienação e separação lança mão dos conceitos de sujeito e de Outro. No capítulo intitulado “O sujeito e o Outro (I): A alienação”, Lacan define o Outro como “o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (idem, ibidem, p.193-4).

No mesmo artigo, Lacan postula que o sujeito é um efeito de linguagem e de fala, e que um significante vai representar um sujeito para outro significante, e não para outro sujeito: “O sujeito nasce no que no campo do Outro surge o significante. Mas por este fato mesmo, isto — que antes não era nada senão sujeito por vir — se coagula em significante” (idem, ibidem, p.187). Partindo desse princípio, o nascimento de um ser humano e o surgimento de um sujeito são coisas distintas. Este ser vivo irá se constituir como sujeito a partir do campo do Outro.

Para discutir a alienação e a separação, Lacan pede emprestadas duas operações matemáticas, a união e a interseção, ambas utilizadas na teoria dos conjuntos. A interseção isola aquilo que pertence a ambos os conjuntos. Lacan utiliza o recurso do *vel*, que está implicado na definição lógica da união. O autor vai utilizar o *vel* da exclusão, o *vel* da união e o *vel* da escolha forçada. Este último é criado por ele próprio para explicar mais claramente o processo de alienação. Pois enfatiza que o sujeito não é livre, ele “escolhe”, mas se vê forçado em sua opção de escolha. (idem, ibidem).

No *vel* da exclusão temos duas variáveis (x e y) que operam da seguinte maneira: para que o resultado seja verdadeiro, ou seja, o *vel* da exclusão seja satisfeito, as duas variáveis não podem ser ao mesmo tempo nem verdadeiras, nem

falsas. É necessário que uma seja verdadeira e a outra falsa. Se x é verdadeiro, logo y tem que ser falso; se x é falso, logo y tem que ser verdadeiro para que o *vel* seja satisfeito, ou seja, para que a função matemática seja validada. Cabe observar que se ambas as variáveis (x e y) forem falsas, o *vel* exclusivo será falso, conforme quadro abaixo:

x	y	vel/da exclusão
V	V	F
V	F	V
F	V	V
F	F	F

No segundo *vel*, o da união é acrescentado algo diferente ao *vel* da exclusão. Ocorre que no *vel* da união x e y podem ser os mesmos. Isto significa que o *vel* é verdadeiro quando x for verdadeiro e y for falso, quando x for falso e y for verdadeiro e também quando x e y forem verdadeiros. O *vel* da união não será satisfeito, ou seja, será falso, somente quando x e y forem simultaneamente falsos.

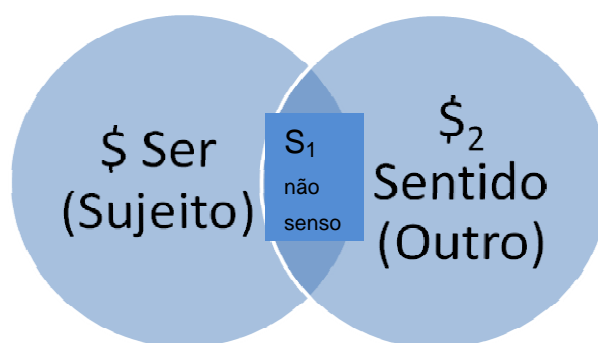
X	y	vel/ de exclusão	vel/ de união
V	V	F	V
V	F	V	V
F	V	V	V
F	F	F	F

O terceiro *vel*, Lacan (1964) o associa com a expressão muito utilizada por ele “a bolsa ou a vida”, denominando-o de *vel* da escolha forçada. Quando se é abordado por alguém que diz: “a bolsa ou a vida”, se escolhermos a bolsa, perderemos a vida e a bolsa também, porque essa pessoa nos matará. Depois de morto ficaremos obviamente sem a bolsa. Então, não se tem escolha, pois para ficar com alguma coisa, temos que escolher forçosamente a vida. Explicando nos termos da matemática, atribuindo x para a bolsa e y para a vida, teremos: se x e y forem verdadeiros, logo o *vel* será falso. Se x for verdadeiro e y for falso, logo o *vel* também será falso, assim como se x e y forem ambos falsos, ainda assim o *vel* será falso. Só teremos o *vel* verdadeiro se x (a bolsa) for falso e y (a vida) for verdadeiro. Podemos observar que este *vel* sempre exclui o mesmo termo, que é a bolsa. É importante destacar que mesmo escolhendo a vida, ficando sem a bolsa, Lacan ressalta que teremos “uma vida decepada” (idem, ibidem, p.201), uma vida em que o dinheiro estará faltando.

Bolsa	Vida	Vel de “escolha forçada”
V	V	F
V	F	F
F	V	V
F	F	V

Lacan (ibidem) relata que foi em Hegel que encontrou a base teórica para justificar o que ele chamou de “vel alienante”. Tem relação com que ele aponta como a primeira alienação, através da qual o homem se coloca na via da escravidão. Nesse caso seria “a liberdade ou a vida”, onde a escolha será forçada, terá que escolher a vida, pois caso contrário será morto. E o que adiantaria a liberdade depois de morto? Se ele escolher a vida, a esta estará amputada a liberdade, ficando condenado à escravidão.

Para definir a estrutura lógica da alienação, Lacan (ibidem) leva em consideração dois termos: o sentido e o não sentido (*non-sense*), ambos derivados da cadeia significante, a qual é simbolizada por S_1 e S_2 . Cabe ao sujeito escolher entre petrificar-se num significante ou deslizar na cadeia de significantes, em outras palavras, deslizar no sentido. Segundo Lacan, o sujeito alienado é forçado a escolher entre a fixação em um significante, que ocasionaria a petrificação, e o deslizamento na cadeia significante, que seria o sentido. Dessa forma, ele teria que escolher entre o não senso e o sentido, enfatizando que nessa escolha está implicado o desejo.



Lacan (ibidem) destaca que a alienação consiste no vel da primeira operação essencial que funda o sujeito, mencionando que no decorrer de nossas vidas nos tornamos um pouco mais ou um pouco menos alienados em vários aspectos (no econômico, no político, no estético, dentre outros). Lacan faz uso da palavra “condenado” para explicar melhor o que ocorre na alienação: “O sujeito está

condenado a aparecer apenas nessa divisão: de um lado, como sentido produzido pelo significante e, do outro, como “afânise” (idem, ibidem, p.199).

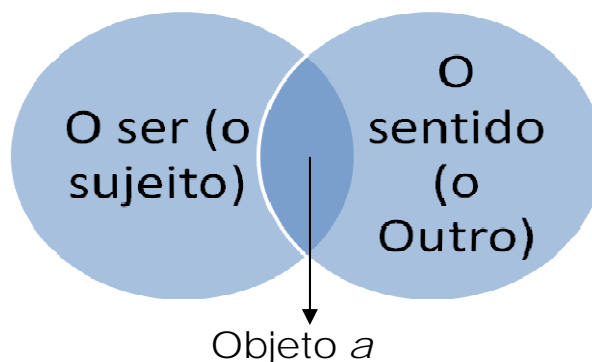
O termo afânise retrata o medo de ver desaparecer o desejo, entretanto Lacan nos relata que esse termo foi criado pelo psicanalista Jones. Lacan (ibidem) denominou de *fading* do sujeito esse movimento de desaparecimento, classificando-o como letal.

A segunda operação que vai constituir o sujeito, na teoria lacaniana, está apoiada na interseção ou produto. Lacan a denominou de separação, destacando que “é aí que vamos ver despontar o campo da transferência” (idem, ibidem, p.202).

A separação surge do recobrimento de duas faltas. Na interseção dessa operação, o que está presente é o desejo como falta, ou seja, o desejo do Outro, que Lacan designou anteriormente como o desejo do próprio sujeito, já que ele se constitui no campo do Outro. Esta falta ou este furo é apontado por Lacan (ibidem) no discurso do Outro que intima o sujeito em vários aspectos. Ele exemplifica com a experiência da criança que se encontra diante do seguinte questionamento: “ele me diz isso, mas o que ele quer de mim?” (idem, ibidem, p.203).

Para Lacan (ibidem), o que leva o sujeito à operação de separação seria a necessidade de responder a seguinte questão: “o que o Outro quer de mim?”, que equivale à pergunta “o que sou eu no desejo do Outro?”. Não podemos esquecer que o desejo do Outro é o desejo do próprio sujeito. Lacan ressalta que a psicanálise é o processo de resposta a essa questão.

A alienação é um destino, e Lacan (ibidem) diz que não se pode escapar. No entanto, para ocorrer a separação é necessário que o sujeito queira se separar. Como esclarece Colette Soler (1997), em seu artigo “O sujeito e o Outro II”, o qual retrata as operações de alienação e separação na teoria lacaniana: “a separação supõe uma vontade de sair, uma vontade de saber o que se é para além daquilo inscrito no Outro” (idem, ibidem, p.63). Soler (ibidem) ressalta, com Lacan, o desejo como condição, no Outro, para tornar possível a operação de separação.



No mesmo artigo, Soler (ibidem) chama a atenção para um fator importante na operação de separação: “o Outro implicado na separação é um Outro que falta alguma coisa, não é o Outro cheio de significantes” (idem, ibidem, p.63). Diante desses dois aspectos do Outro, a teoria lacaniana propõe dois símbolos para representar o Outro: A (para o Outro tesouro dos significantes) e A barrado (para o Outro faltoso). Em sua abordagem sobre o desejo na teoria lacaniana, Soler (ibidem) destaca que “na fala existem sempre duas dimensões: a da declaração (ou enunciado) e a da enunciação. Em cada afirmação, existe sempre um problema de saber aonde vai a fala” (idem, ibidem, p. 63).

Lacan (1964) ressalta que “o desejo do outro é apreendido pelo sujeito naquilo que não cola, nas faltas do discurso do Outro, e todos os por-quês” (idem, ibidem, p.203). Para o autor, o sujeito da fala não poderá responder a questão fundamental: “o que sou eu no desejo do outro?”. Por ser um sujeito alienado, condição inevitável na constituição de qualquer sujeito, é constituído apenas de significantes e do vazio. Para Lacan, o que poderá responder a essa questão é o gozo.

Valas (2003) esclarece que a operação lógica da separação é a maneira pela qual o sujeito vai responder ao desejo do Outro, é o modo como ele se relaciona com as faltas do Outro para lidar com as suas próprias faltas e se constituir como sujeito do desejo. No mesmo artigo, Valas (ibidem, p.81) retrata a separação como “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”. Na teoria lacaniana, o desejo corresponde ao que resulta da interseção entre o sujeito e o Outro, que se traduz em uma falta ou, em outras palavras, em um furo, uma lacuna. Lacan utiliza-se do termo metonímia como recurso didático para explicar como o desejo desliza na cadeia de significantes. Então, o desejo é metonímico. (idem, ibidem).

A operação de separação é articulada por Lacan (1964) em relação ao intervalo entre os significantes. Este intervalo movimenta a cadeia, sem ele a via do desejo está cortada. É o desejo do Outro, e por consequência o desejo do próprio sujeito que se movimenta entre dois significantes, é ele que empurra a cadeia significante, sendo responsável pelo deslizamento. Quando não há o deslizamento temos a holófrase. (idem, ibidem).

O termo holófrase, retirado da linguística estruturalista, é utilizado por Lacan para descrever o que ocorre quando não há intervalo entre S_1 e S_2 , congelando a cadeia significante. Pois quando a primeira dupla de significantes se solidifica ou gelifica ocorre a holófrase. Por consequência não há espaço para o sujeito. Na holófrase, os significantes iniciais (S_1) são descritos por Lacan como significantes absolutos. São as coisas que a mãe nomeia para o bebê (mamadeira, água, xixi, cocô), são signos, são significantes colados no significado. A essa linguagem primitiva e espontânea entre mãe e bebê, esses significantes absolutos que não são dialetizáveis, Lacan (1972-1973) os denominou de alíngua (*lalangue*), abordando-os de forma mais abrangente em seu Seminário *Mais, ainda*.

Elael (2008a), em sua dissertação de mestrado com base na teoria lacaniana, intitulada “O fenômeno psicossomático: a falta de sentido que fere o corpo”, afirma que a holófrase ($S_1 - S_2 = S_1$) não representa o sujeito, destacando-a como responsável pela presença do fenômeno psicossomático. A holófrase é um termo utilizado pela linguística para explicar o que ocorre em algumas línguas, quando os componentes sintáticos de uma oração (sujeito, predicado) apresentam-se de forma aglutinada em poucas palavras, ou até mesmo em uma única. Lacan postula que:

Quando não há intervalo entre S_1 e S_2 , quando a primeira dupla de significantes se solidifica, se holofraseia, temos o modelo de toda uma série de casos – ainda que, em cada um, o sujeito não ocupe o mesmo lugar (LACAN, 1964, p.225).

Para Elael (2008b), em seu artigo “A holófrase e o posicionamento do sujeito diante do S_1 absoluto”, a holófrase ocorre em consequência de o sujeito estar radicalmente submetido à demanda do Outro. “O sujeito é determinado como objeto a da fantasia materna e por ser confrontado com um desejo num termo obscuro” (ELAEL, 2008b, p.61).

Na debilidade mental, segundo Lacan (1964), a mãe reduz a criança a ser apenas o suporte de seu desejo, de forma obscura. Trata-se do recobrimento da estrutura, em que a criança débil utiliza o recurso de ficar submetida ao discurso da mãe, agarrando-se apaixonadamente a um significante que possa nomeá-la, o qual lhe serve de representante para o mundo e para si próprio. Essa questão foi abordada mais especificamente por Maud Mannoni (1999).

Mannoni (ibidem) destaca que a compreensão sobre a criança portadora de debilidade mental, para que ela ocorra de forma completa e eficaz, é fundamental

que o sentido da debilidade seja procurado primeiro na mãe, pois aponta para uma fusão no nível corpóreo, na relação dual (mãe – criança).

Conforme o que foi mencionado anteriormente, cabe ressaltar que em virtude dessa colagem de significantes ($S_1 - S_2$), o primeiro significante do “sujeito” se cola ao significante do grande Outro, impedindo o deslizamento da cadeia. Com isso, a criança que deveria se constituir como sujeito, não o faz, ficando presa ao significante do Outro (a mãe); não tendo outra opção, a não ser se utilizar dele para representar-se. Então, não há distinção de corpos, para a criança débil seu corpo pertence ao grande Outro.

Com referência a psicose, segundo a teoria lacaniana, ocorre pela não operação da metáfora paterna, pelo mecanismo de forclusão do Nome-do-Pai. Enquanto que na neurose o que marca a estrutura é a presença do recalque primário, onde a metáfora paterna vai intervir e barrar o gozo, permitindo que o sujeito do desejo apareça no campo da linguagem, fazendo-se representar pela via do significante. Lacan (1964), quando se refere à holófrase na paranoia, chama a atenção para o mecanismo de retenção do Um, ou seja, um significante mestre (S_1) ao qual o paranoico vai se fixar, tornando um obstáculo no deslizamento da cadeia significante. Há uma identificação ao significante do desejo da mãe, ao qual o sujeito vai permanecer fixado e alienado, sendo este significante (S_1) que irá permitir ao sujeito representar-se para o grande Outro, e de certa forma, tentar inscrever-se no laço social. Cabe ressaltar que essa fusão de significantes, característica da holófrase, ocorre através do significante do ideal do eu ($I(A)$). Por não haver a operação da metáfora paterna, o paranoico se identifica diretamente ao significante do ideal do eu materno.

Valas (2003) destaca que as duas operações lógicas na constituição do sujeito (alienação e separação) ocorrem de forma instantânea, mas que no fenômeno psicossomático, em virtude da afânise do sujeito não ser acionada, há um comprometimento dessas operações, corroborando com a postulação de Lacan de que no FPS não há sujeito. O autor resalta como consequência a petrificação (gelificação ou tomada em massa da cadeia significante, tomada de estalo), que caracteriza o mecanismo da holófrase.

Jean Guir (2003) menciona que em alguns casos é possível se chegar à holófrase a partir de um sonho, onde se manifesta uma referência à lesão, entretanto considera tarefa bastante difícil pelo fato de que a aglutinação ($S_1 - S_2$)

pode funcionar como um novo significante (S2), promovendo o retorno deste à cadeia significante clássica. Guir destaca como problema crucial do FPS que:

A metáfora paterna funciona em certos sítios do discurso e não em outros. Somente alguns momentos específicos do discurso provocam um desencadeamento no corpo. Trata-se, portanto, de algo descontínuo (idem, *ibidem*, p. 48).

A diferença é que no FPS esse desencadeamento abrupto pode levar o sujeito à morte, enquanto que o sintoma permite ao sujeito continuar vivo, apesar do sofrimento psíquico.

Para abordar o fenômeno psicossomático, Lacan (1964) se utiliza da experiência de Pavlov, fisiologista russo, que se destacou com a descoberta dos reflexos condicionados, criando o condicionamento clássico. Pavlov estudava as secreções gástricas em cães. Inventou um aparelho para colher e medir a saliva segregada pelos cães em resposta ao alimento colocado em sua boca. Toda vez que tocava a campainha, a comida era apresentada ao cão. Depois de sucessivas repetições, quando o animal avistava o prato de comida ou um atendente se aproximando, ou mesmo o som de passos, era o suficiente para ele começar a salivar. Pois esses sinais já eram, depois de algumas vezes que se repetia a experiência, suficientes para o cão saber que a comida viria em seguida.

Com referência a experiência pavloviana é importante destacar que Lacan identifica o ruído da campainha a um significante do experimentador que no decorrer da experiência fará com que o animal manifeste lesões psicossomáticas. Embora o cão não seja um sujeito da linguagem, do desejo, ele está submetido ao desejo do experimentador, ou seja, ao desejo do Outro. Podemos dizer que o cão está sob o simbólico. A partir dessa experiência, Pavlov queria demonstrar que o comportamento humano poderia ser condicionado (estímulo – resposta: S-R), imaginando que pudesse deixar de lado a subjetividade, inclusive a sua, como experimentador. Segundo a teoria lacaniana podemos dizer que houve um corte no desejo do experimentador (Pavlov) para que se fizesse presente o desejo do grande Outro. (idem, *ibidem*).

Lacan (*ibidem*) retrata a experiência de Pavlov como sendo o corte do desejo. A experiência vai provocar no animal efeitos desastrosos em seu organismo, como lesões por úlcera gástrica, pois o “desejo”, ou melhor dizendo, a necessidade do animal satisfazer a sua fome será cortada em função do desejo do experimentador.

Mesmo assim o animal não vai pôr em questão o desejo do experimentador. Nesse aspecto é que podemos evidenciar a diferença: enquanto o sujeito é atravessado pela linguagem, sendo o sujeito do inconsciente, do simbólico, o cão está sob o simbólico, no limite deste, submetido ao significante sem poder contestá-lo. Com base nessa experiência, Lacan (ibidem) afirma que o fenômeno psicossomático está no limite do simbólico.

Miller (2003), em seu artigo “Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático”, ao comentar o texto de Lacan, no que se refere ao fenômeno psicossomático, vai nos dizer “é que este fenômeno não põe em questão o desejo do Outro, mas sim opera um contornamento do Outro” (idem, ibidem, p.89).

Lacan (1964), no capítulo intitulado “Do amor à libido”, mostra uma distinção entre corpo e organismo. Para isso ele compara a libido a uma lâmina, que romperia o corpo, escorrendo para fora deste, no nascimento. Seria algo que se volatiliza, um órgão incorporal, estendendo-se para além do corpo. Assim sendo, o organismo é algo que vai além dos limites do corpo, pois inclui a libido e os objetos a fora do corpo:

De cada vez que se rompem as membranas do ovo de onde vai sair o feto em passo de se tornar um neonato, imaginem por um instante que algo se volatiliza, que com um ovo se pode fazer tanto um homem quanto um omelete, ou a lâmina. (idem, ibidem, p.186).

Carneiro Ribeiro (1995) considera que mexer no gel significante da holófrase é bastante perigoso, pois oferece risco à vida do paciente. Cita um caso atendido por ela que ao interrogar a paciente sobre uma frase-bordão que se repetia em várias sessões (“é a vida”), sua resposta foi uma grave crise hipertensiva, quase a levando ao óbito. Essa frase-bordão correspondia a holófrase, o significante absoluto (S_1), que designava sua doença, um gozo do grande Outro. A autora a partir das indicações de Lacan vai nos dizer que “o FPS é um nome do pai real, uma marca produzida pelo gozo do Outro no corpo não subjetivado do sujeito” (idem, ibidem, p.282). A autora enfatiza que esta marca sem sentido o invade como um *Unheimlich*, independente da estrutura da linguagem que o sujeito tenha se posicionado.

A partir da postulação da holófrase, Carneiro Ribeiro (ibidem) considera que a distinção entre sintoma e fenômeno psicossomático fica bem acentuada, passando a situar a questão em torno do gozo. A autora destaca que no sintoma neurótico, a

metáfora paterna opera de forma significativa, sendo que o resultado dessa operação leva ao esvaziamento do gozo do corpo, fazendo com que este gozo fique limitado às zonas erógenas, como Freud nos mostrou em sua teoria. Esse gozo capturado pelo significante torna-se gozo fálico, o qual retorna ao corpo erotizando determinadas partes (zonas erógenas), seguindo os desígnios da lógica do inconsciente, do significante. Por isso o sintoma permite ser decifrado pela linguagem. No fenômeno psicossomático nos deparamos com o fracasso da metáfora paterna, a cadeia significante não desliza, ($S_1 - S_2$) estão congelados. Nesse caso, não havendo sujeito para gozar, ocorre um retorno de gozo ao corpo que se dá fora da regulação fálica. Seria o gozo do Outro, sobre esse corpo.

3.3 O GOZO ESPECÍFICO

Esse gozo do Outro presente nas manifestações psicossomáticas, Lacan (1975) denominou de “gozo específico”, termo utilizado em sua “Conferência de Genebra sobre o sintoma”. Sua explanação objetivava demonstrar o sentido do sintoma a partir da sexualidade, na lógica do significante.

No texto decorrente de sua apresentação, Lacan (ibidem) ressalta que Freud nos mostrou que os sintomas têm um sentido e que podem ser interpretados em função dos fragmentos que o próprio sujeito deixa escapar. Esse sentido provém de suas primeiras experiências com a sexualidade, em que o ser humano se depara com o sexual, e que foram consideradas por Freud como auto-eróticas, entretanto, Lacan nos afirma que “é o que há de mais hétero” (idem, ibidem, p.128).

Lacan esclarece que o ser humano é essencialmente um ser falante, atravessado pela linguagem. Lacan concebe a linguagem como verbal e não verbal, pois cita o exemplo dos surdos-mudos que se utilizam de gestos para se expressarem, demonstrando que há uma linguagem sem som. Descreve que “a linguagem dos dedos não se concebe sem uma predisposição a adquirir o significante, qualquer que seja a enfermidade corporal” (idem, ibidem, p.135).

Nessa conferência, Lacan (ibidem) ao ser interrogado pelo Sr. Vauthier sobre a posição do significante em relação aos pacientes psicossomáticos e sobre o acesso desses pacientes ao registro simbólico, relata que se trata de um domínio inexplorado, lembrando que a teoria freudiana não aborda o fenômeno psicossomático. Freud baseou sua teoria no sintoma, dessa forma chegou à

descoberta do inconsciente. Ao responder a questão dirigida a ele, Lacan afirma que ocorre com os pacientes psicossomáticos,

Algo da ordem do escrito, mas que em muitos casos não sabemos lê-lo. Tudo se passa como se algo estivesse escrito no corpo, alguma coisa que nos é dado como um enigma. (idem, ibidem, p.137).

Para entendermos a dificuldade que estava se colocando ali, nas questões trazidas por alguns analistas presentes, devemos partir do princípio que uma das ferramentas da psicanálise é a escuta analítica, aonde o paciente vai se colocar na transferência, revelando em seu discurso algo do inconsciente, deixando escapar pistas que permitem o deciframento do sintoma. Dessa forma, o Sr. Vauthier insiste em perguntar como fazer com que os pacientes psicossomáticos falem do que está escrito no corpo. Pois sua impressão seria como se houvesse “um corte”.

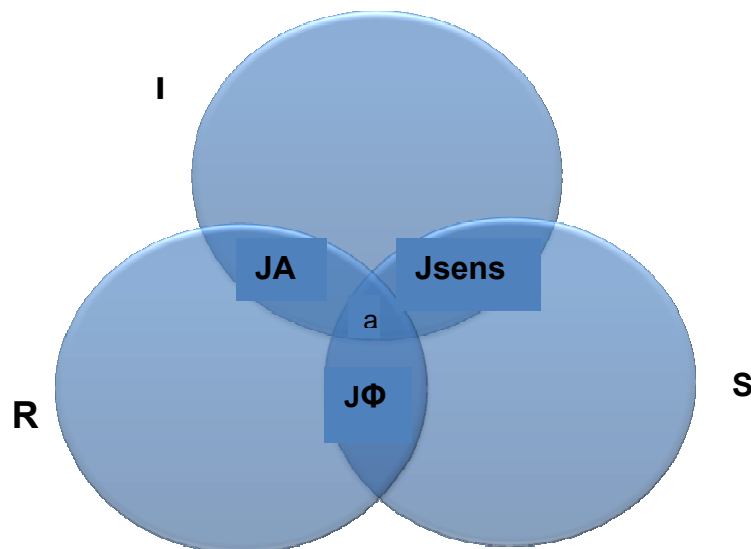
Lacan (ibidem), ainda na “Conferência de Genebra sobre o sintoma”, vai se referir ao fenômeno psicossomático como “signatura”, enfatizando que “signatura” não quer dizer “signum”. Ele baseia sua explicação naquilo que os místicos se referem como “a assinatura das coisas”, aquilo que há nas coisas que se poderia ler, mas que nós, os humanos, ainda não compreendemos. Ele parte para o termo “hieróglifo” para demonstrar a complexidade do trabalho analítico diante do fenômeno psicossomático. A Sra. Rossier questiona se nesses pacientes essa inscrição no corpo não teria mais semelhança a um grito do que a uma fala, por isso o analista teria dificuldade em compreendê-lo. Lacan responde que “um doente psicossomático é muito complicado e isso se assemelha mais a um ‘hieróglifo’ do que a um grito” (idem, ibidem, p.138).

No mesmo artigo, Lacan (ibidem) faz distinção entre a escrita e a fala, apontando para uma hiância entre as duas. Em sua explicação, Lacan destaca o fato que seja “manifestamente mediante o escrito que a palavra faça sua brecha” (idem, ibidem, p.139). O autor faz uma correspondência do escrito ao que chamamos de cifras, dizendo que utilizou o termo cifra para não falar de números. Lacan nos lembra que Freud abordava o processo de identificação, fundamental na constituição do sujeito, como “traço unário”. Assim sendo, Lacan afirma que “ao redor do traço unário gira toda a questão do escrito” (idem, ibidem, p.139). O autor considera irrelevante o idioma em que o hieróglifo se apresenta, o importante é que se parta do princípio que sempre deverá tratar de uma configuração do traço.

Lacan enfatiza que ao se deparar com pacientes psicossomáticos na clínica analítica, deve-se ter em mente que estamos lidando com o gozo específico. No momento em que o paciente aponta para a doença em questão, não há sujeito que goza como no sintoma, ele aponta para algo que não é dele, apesar de estar em seu corpo. Há um Outro que goza, há um gozo do outro, que Lacan denominou “gozo específico”. (idem, ibidem).

Carneiro Ribeiro (2004) relata que o paciente psicossomático pouco fala de sua patologia, ressaltando que para ele a doença não é subjetivada, não é produzida por ele. “É um Outro maligno que habita seu corpo, contra o qual invoca os poderes mágicos que atribui à analista, pela via da transferência” (idem, ibidem, p.55). A autora destaca que enquanto o paciente psicossomático se apresenta como sujeito da linguagem, de acordo com sua estrutura clínica, a fala é articulada e rica em conteúdo simbólico. Todavia, quando o paciente se depara com o fenômeno psicossomático, sua fala se torna infantil, sem lógica, desarticulada.

Lacan (1974), em sua conferência que recebeu o título de “A terceira”, realizada no Sétimo Congresso da Escola Freudiana de Paris, utiliza o gráfico abaixo para situar e diferenciar o gozo fálico e o gozo do Outro, a partir do nó borromeano, o qual nos mostra a interação dos três registros (o real, o simbólico e o imaginário).



JA = Gozo do Outro (Gozo Específico)

JΦ = Gozo fálico

Jsens = Gozo do sentido

R = Real

S = Simbólico

I = Imaginário

Lacan (ibidem) se refere ao gozo do Outro (JA) como parassexuado, também o compara ao gozo da mulher, ou seja, ao gozo feminino, ao Outro gozo. Para Lacan “a mulher não existe”, frase que se encontra com frequência no seu ensino, à qual ele faz menção tanto em “A terceira” (1974) quanto na Conferência de Genebra (1975), em que ele diz que “a mulher é um sonho do homem” (idem, 1975, p.131).

Lacan (1975) descreve o gozo do homem como essencialmente fálico, situando-o fora do corpo, enquanto que o Outro gozo (gozo feminino) está fora da linguagem, fora do simbólico. Lacan considera este gozo fora do simbólico como um gozo enigmático, pois dele não se pode falar. Seria então um gozo de pura pulsão de morte, pois é a libido que introduz o significante. Este gozo mortífero, descrito por Lacan, se aproxima, e muito, da depressão essencial descrita por Pierre Marty.

3.4 O GOZO ESPECÍFICO E A DEPRESSÃO ESSENCIAL

A presença da pulsão de morte nos fenômenos psicossomáticos é defendida por Marty (1993) como responsável pelos movimentos de desorganização psíquica, levando a alterações somáticas, patológicas e mortais.

Autores da escola francesa de psicossomática, em destaque Pierre Marty, encontraram características comuns e frequentes nesses pacientes que apontavam para uma forma peculiar de pensamento e de lidar com as emoções, que foi denominada pensamento operatório. Assim sendo, os autores dessa corrente teórica postularam a hipótese de uma estrutura psíquica, à semelhança das estruturas neurótica, psicótica e perversa.

Marty (ibidem), juntamente com M'uzan, desenvolveu o conceito de pensamento operatório, que se caracteriza pela carência funcional de atividades fantasmáticas e oníricas, apresentando um empobrecimento da simbolização, em que o discurso do paciente é marcado pela ausência de conteúdo simbólico. Segundo Marty, esses pacientes apresentam um excesso de pragmatismo e uma adaptação extrema ao meio social. Há um predomínio das expressões corporais, mímicas faciais e manifestações sensório-motoras em detrimento das manifestações psíquicas, emocionais, e até da fala.

Nesse aspecto, a teoria do pensamento operatório de Marty assemelha-se à teoria de Lacan com relação à holófrase, mecanismo presente na linguagem dos pacientes que desenvolvem o fenômeno psicossomático. A holófrase, como já foi

explicado anteriormente, é um termo retirado da linguística estruturalista, que Lacan faz uso para explicar o não deslizamento da cadeia significante, a partir do congelamento da primeira dupla ($S_1 - S_2$), por não haver intervalo entre S_1 e S_2 . Então, tanto na holófrase quanto no pensamento operatório podemos verificar a ausência de conteúdo simbólico, no discurso dos pacientes psicossomáticos.

Em seu livro *L'ordre psychosomatique*, Marty (1980) retoma a discussão referente ao “operatório” em função de novas considerações sobre a evolução do aparelho psíquico e de seu funcionamento. O autor passa a referir-se ao pensamento operatório pela expressão “vida operatória”, que vai evoluir nos pacientes psicossomáticos para um quadro que Marty chamou de depressão essencial.

A depressão essencial foi descrita por Marty (ibidem) como depressão sem objeto, em que o paciente não apresenta queixas ao analista nem elabora questões subjetivas junto a este. Caracteriza-se por um rebaixamento do tônus libidinal, fadiga crônica, ausência de conteúdos manifestos através da simbolização. Esses pacientes perdem o interesse por tudo que os rodeiam, são desprovidos de culpa e há um sentimento de desvalorização pessoal. O discurso desses pacientes é ligado às experiências baseadas nos fatos concretos, deixando de lado o aspecto subjetivo. As respostas geralmente são curtas e objetivas, sem demonstrar afeto. Essa dificuldade de nomear e manifestar afeto nas relações interpessoais foi enfatizada por Marty como “relação branca” ou de pacientes “isto é tudo”, podendo ser observada inclusive na relação transferencial com o analista.

Marty compara o fenômeno da depressão essencial à morte. Para o autor “o instinto de Morte é o Senhor da DE” (MARTY, 1993, p.19). Em lugar de instinto de morte (termo empregado por Marty), podemos entender pulsão de morte, conceito apresentado por Freud (1920) em seu artigo intitulado “Além do princípio do prazer”. Esse conceito faz parte das bases teóricas deixadas por Freud para os estudiosos da psicossomática. Cabe ressaltar que Freud dedicou-se a estudar o sintoma neurótico, não se lançou no campo de estudo da psicossomática.

Lacan aborda o fenômeno psicossomático comparando-o a um hieróglifo no deserto, enfatizando esse gozo mortífero, enigmático, de que pouco se pode falar.

Dessa forma, Marty e Lacan desenvolveram suas teorias sobre o fenômeno psicossomático tendo como elo comum a pulsão de morte, que se faz presente tanto na depressão essencial como no gozo específico.

CONCLUSÃO

Esse trabalho de dissertação de mestrado teve como ponto de partida a prática clínica em um ambulatório do Centro de Saúde, onde a autora realiza um trabalho há onze anos. Em se tratando de um posto de saúde, é comum os pacientes virem buscar atendimento médico para suas queixas. Todavia, a medicina atual reconhece e enfatiza os fatores emocionais tanto na origem como no desenvolvimento das doenças orgânicas. Com isso, o trabalho da equipe de psicólogos nesta unidade vem se tornando cada vez mais relevante e reconhecido por toda a equipe de saúde, aumentando a cada dia o volume de pacientes acometidos pelo fenômeno psicossomático que são encaminhados para a psicologia.

Dessa forma, o interesse da autora pela psicossomática foi se tornando cada vez maior, assim como a necessidade de aumentar o conhecimento teórico em relação ao fenômeno psicossomático, já que a prática exige cada vez mais. Anteriormente, a autora havia concluído um curso de psicossomática que dava como referência a teoria de Pierre Marty para o atendimento aos pacientes psicossomáticos, com a qual vem trabalhando há alguns anos. Foi então que surgiu o desejo de pesquisar e estudar como Jacques Lacan desenvolveu sua teoria no campo do fenômeno psicossomático. Assim sendo, o trabalho foi organizado e apresentado de forma a destacar a depressão essencial e o gozo específico, ambos presentes no fenômeno psicossomático, como também os conceitos pensamento operatório e holófrase, característicos da teoria de Marty e Lacan, respectivamente.

No primeiro capítulo foi apresentado um breve histórico da psicossomática mostrando sua origem com os médicos do exército, que no atendimento aos soldados e aos civis convocados a atuarem na primeira guerra mundial, depararam-

se com manifestações psicossomáticas que não correspondiam às doenças conhecidas e tratadas pela medicina da época.

Esses seres humanos, civis e militares, que constituíam as tropas do exército durante a guerra, eram submetidos à situação de estresse constante. Mesmo durante o sono, com o corpo adormecido, precisavam estar em estado de alerta, prontos para um possível ataque repentino, tendo que entrar em atividade imediatamente. Freud (1926 [1925]), em seu artigo “Inibição, sintoma e angústia”, definiu a angústia como uma reação a uma situação de perigo, em que o eu vai buscar recursos para defender-se do possível ataque, afastando-se da situação ameaçadora.

Bem antes, René Descartes (2002) já havia promovido a separação entre pensamento (*res cogitans*) e corpo (*res extensa*). Com isso, o pensamento foi exacerbado pela ciência moderna, que excluindo o corpo de seu campo discursivo por muito tempo o trouxe novamente como máquina, como podemos constatar através do sistema dualístico, aquele que promove a divisão corpo e pensamento, ou corpo e espírito, para Descartes, ou ainda mente e corpo na medicina clássica. Essa cisão fez com que o mundo avançasse nas descobertas científicas e tecnológicas, fazendo com que a esfera intelectual se destacasse à frente da emocional, dos sentimentos, dos afetos.

Lacan (1966), em um congresso realizado para médicos, no qual deu origem ao texto “Psicanálise e medicina”, abordou enfaticamente essa questão, chamando a atenção para a falha epistemo-somática, que quanto mais se expande mais propicia o aparecimento de doenças psicossomáticas. No mesmo artigo, Lacan ressaltou a atenção a ser dada ao “efeito sujeito”, pois se este continuasse a ser ignorado pela ciência atual, mais se abriria essa falha entre o saber científico e o corpo do sujeito. Mais adiante, conforme trabalhado no terceiro capítulo dessa dissertação, Lacan nos afirma que no fenômeno psicossomático não há sujeito. Carneiro Ribeiro (2004), com base na teoria lacaniana, destaca que no fenômeno psicossomático o corpo é concebido como superfície de inscrição dos significantes deixados pelo Outro da linguagem.

Desde o início de sua carreira, Freud buscava bases científicas na neurologia e fisiologia para explicar como os fatores psíquicos agiriam nas doenças orgânicas. Carneiro Ribeiro (ibidem) destaca que “Freud promoveu o retorno do exílio do corpo

em relação ao pensamento, exílio marcado pelo corte epistemológico do cogito cartesiano que deu origem à ciência moderna” (idem, ibidem, p.47).

Apesar de alguns conceitos freudianos terem sido a base para outros autores desenvolverem suas teorias psicossomáticas, é importante destacar que Freud não estudou o fenômeno psicossomático, pois se dedicou ao estudo do sintoma neurótico, partindo da histeria, juntamente com Charcot.

Nos dois pontos cruciais dessa dissertação, a depressão essencial e o gozo específico, pode-se destacar como fator comum a presença da pulsão de morte, conceito apresentado por Freud (1920) em seu artigo “Além do princípio do prazer”. Nesse texto, Freud dizia que as raças primitivas não aceitavam a idéia de morte natural, pois atribuíam toda morte à influência de um inimigo ou de um espírito mau. No texto da “Conferência XXXII: Angústia e vida pulsional”, Freud (1933) ressaltou o papel da pulsão de morte agindo silenciosamente no organismo, tentando destruí-lo. Nessa conferência, Freud (ibidem) destaca os impulsos sexuais agressivos no ser humano, sua tendência à autodestruição, dizendo que a agressividade contida, não podendo ser expressa no meio social em que o sujeito vive, poderia retornar ao próprio eu, originando doenças orgânicas.

Ainda no primeiro capítulo, foram apresentadas as principais correntes psicossomáticas que se diferenciaram pelo fato de alguns autores atribuírem sentido ao fenômeno psicossomático, enquanto que outro grupo de estudiosos do campo psicossomático não atribui sentido ao fenômeno.

No primeiro grupo destacou-se o médico Georg Groddeck, para quem as doenças orgânicas seriam a expressão de um desejo para o sujeito, com um sentido preciso. Assim sendo, considerava a psicanálise como método eficaz para tratar esses pacientes. Groddeck (1988) descreveu a doença como uma criação do Isso. Ainda no primeiro grupo, Franz Alexander, médico e psicanalista húngaro, destacou-se pela associação do tipo de personalidade com uma enfermidade específica. Para Alexander as doenças seriam consequência de emoções, impulsos não satisfeitos, desviados e reprimidos. Alexander foi o fundador da Escola de Psicossomática de Chicago, destacando um grupo de patologias que foram estudadas por ele e por um grupo de médicos, às quais foram classificadas como doenças psicossomáticas por estarem associadas a conflitos psíquicos específicos. Essas afecções orgânicas ficaram conhecidas como as sete doenças da Escola de Chicago: úlcera péptica,

colite ulcerativa, hipertensão arterial, artrite reumatóide, asma brônquica, neurodermatite e doença de graves.

No segundo grupo destacou-se Pierre Marty, médico e psicanalista francês, fundador do Instituto de Psicossomática de Paris que posteriormente deu origem ao Hospital Pierre Marty. Para os estudiosos desse segundo grupo, o fenômeno psicossomático não teria um sentido, não seria a consequência de desejos não realizados. Esses pacientes apresentam um discurso pobre em conteúdo simbólico e uma baixa do tônus libidinal. Os conceitos de mentalização, pensamento operatório e depressão essencial, desenvolvidos por Marty (1993; 1980) ao longo de sua teoria, foram constituindo a base teórica para o atendimento aos pacientes psicossomáticos para os seguidores da segunda corrente.

Mas ainda há um terceiro grupo que atribui sentido ao fenômeno psicossomático próximo ao da conversão histérica, que utiliza o termo conversão somática. Nesse caso, seria uma manifestação somática estranha ao sujeito, pois não teria o aporte da linguagem. Essa terceira corrente utiliza a expressão “vida dupla”, em que o sujeito não faz referência à doença orgânica em seu discurso. Nesse terceiro grupo destacou-se Valabrega. Sendo que, para esses autores, o fenômeno psicossomático não teria a origem em um desejo ou em impulsos reprimidos como para os autores do primeiro grupo.

Tendo em vista que a psicossomática teve início com os médicos que primeiro se depararam com o fenômeno psicossomático sem que tivessem uma base teórica conhecida para nortear o trabalho clínico e, mesmo assim, continuaram estudando e desbravando um novo campo de estudo, foi dedicado o título do primeiro capítulo dessa dissertação: Medicina Psicossomática.

No segundo capítulo foram apresentados dois casos clínicos atendidos no Centro de Saúde: “A escrava Morreu!” e “O reinado do Sr. Estômago”. São dois casos em que ambas as pacientes foram acometidas pelo fenômeno psicossomático. Nos dois casos, as pacientes não conseguiram buscar o tratamento psicológico enquanto não formularam uma queixa neurótica. Somente então, quando viram que suas vidas estavam praticamente destruídas, sem forças para continuar, chegaram ao ambulatório de psicologia. As duas estavam em depressão, vivenciavam a perda dos respectivos maridos, cada qual de uma forma diferente, a primeira pela separação e a segunda pela morte.

No primeiro caso clínico, a paciente apresentava hipertensão arterial essencial, ou seja, com causa desconhecida pela medicina. Apesar de ter se submetido a exames na área médica que pudessem detectar a causa da doença, nada foi encontrado. Por ser considerada uma doença psicossomática pela medicina atual, essa paciente foi encaminhada, várias vezes, para atendimento psicológico pela equipe médica do Centro de Saúde, como também por outras unidades em que buscou atendimento de emergência. Contudo, a paciente relutava em iniciar o tratamento, a doença era vista como algo externo a ela.

Lacan nos remete ao FPS dizendo que neste não há sujeito. Quando ocorre o congelamento da primeira dupla de significantes ($S_1 - S_2$) temos o fenômeno da holófrase ($S_1 - S_2 = S_1$), em que a cadeia de significantes não desliza. Não havendo intervalo entre S_1 e S_2 , não há espaço para o sujeito, o qual fica reduzido ao significante do Outro. É o Outro que goza em lugar do sujeito. Este é o gozo específico que Lacan ressalta em sua “Conferência de Genebra sobre o sintoma”, gozo mortífero de pura pulsão de morte. Após algum tempo de análise, a paciente menciona uma frase bastante significativa: — “A escrava morreu!”. Podemos destacar a pulsão de morte levando à destruição para que houvesse uma renovação, uma nova vida. No dia em que se comemora a libertação dos escravos, no feriado de treze de maio, ela faz um churrasco para comemorar sua liberdade, seu nascimento, o início de uma nova etapa de sua vida.

No decorrer do tratamento, a paciente descreveu sintomas da depressão essencial conceituada por Marty (1993), como o fato que desde antes do casamento ela já não gostava de experimentar situações novas, preferindo as atividades rotineiras. Procurava manter o mesmo emprego, os mesmos amigos, os mesmos passeios, pois mudanças acarretariam gasto de energia, gerando cansaço. Marty apontou a fadiga crônica e a baixa do tônus libidinal como sintomas de depressão essencial. Durante o casamento dedicou-se inteiramente ao marido, mesmo tendo se deparado inicialmente com a infidelidade dele e progressivamente com suas ausências. Na verdade, sempre soube que era traída constantemente, que os vizinhos comentavam sobre este assunto, mas ela não queria lidar com a situação para evitar desgaste. Sentia-se cansada e sem energia para agir. Para Marty (ibidem), nesses casos, a energia vital se perde devido à desorganização e à fragmentação do processo de funcionamento psíquico, propiciando a prevalência da pulsão de morte na vida do sujeito.

No segundo caso clínico, a paciente apresentava gastrite crônica, doença que já manifestava há alguns anos, mas no momento em que começou a ser atendida havia feito uma crise sugestiva de úlcera gástrica. Essa paciente, muitas vezes, foi encaminhada para a psicologia, mas por considerar que não havia do que falar relutou até o dia em que conseguiu formular uma queixa neurótica, como a falta do esposo, o medo de ter uma doença grave, o desamparo e a angústia por se deparar com a castração. Dizia sentir cansaço, e apresentava uma baixa do tônus libidinal, caracterizando a depressão essencial descrita por Marty (1993). Ela relatou que logo após a morte do marido, manteve a calma e parecia estar bem. Mas estava identificada a esse homem maravilhoso que a acompanhou por muitos anos de casamento. Seu desejo era morrer e permanecer junto a ele. Seu marido atendia a todos os seus desejos, procurava supri-la de qualquer coisa que pudesse faltar. Sua vida era tranquila, gostava de viver a rotina, não tinha disposição para realizar muitas atividades ao mesmo tempo.

No início do tratamento, a paciente falava do estômago como uma entidade autônoma durante todas as sessões de análise. Contava em detalhes como o estômago havia se portado durante a semana. Era o estômago que gozava, como se este fosse algo externo a ela, como outra pessoa. Era o que Lacan denominou de gozo específico, gozo do Outro. Esse gozo, segundo Lacan, é evidenciado nos pacientes que desenvolvem doenças psicossomáticas. O paciente psicossomático não se apresenta como sujeito do desejo e de gozo. O processo analítico deslanchou quando o fenômeno psicossomático foi deixado de lado pela paciente, para que o sujeito da linguagem e do desejo ocupasse o eixo discursivo. No fenômeno não há sujeito que deseja e goza.

O terceiro capítulo “A psicossomática em Jacques Lacan”, mostrou as postulações de Lacan sobre o fenômeno psicossomático que foram surgindo no decorrer de seu ensino.

Em *O Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*, Lacan (1954-1955) afirmou que o fenômeno psicossomático implica numa relação a algo que está sempre no limite de nossas elaborações conceituais. O autor enfatiza que não se trata de uma relação ao objeto. “As relações psicossomáticas estão no nível do real” (idem, ibidem, p.127). Ainda nesse momento de seu ensino, Lacan destacou o papel dos investimentos intra-orgânicos no fenômeno psicossomático, apontando para um curto-circuito pulsional.

Carneiro Ribeiro (1995), com base na teoria lacaniana, nos leva a refletir que nesse momento do ensino de Lacan o imaginário é concebido a partir do estágio do espelho, sendo por este registro que percebemos a forma, a imagem e a gestalt. Por essa razão, o eu está identificado à imagem especular e isolado como instância narcísica. Carneiro Ribeiro descreve que o fenômeno psicossomático se inscreveria como uma forma acidental de investimento da libido, que investindo o próprio corpo, termina por feri-lo.

Lacan (1964), em *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, traçou a matriz simbólica do fenômeno psicossomático com a holófrase. Também colocou o fenômeno em série com a debilidade mental e a psicose. Nesse seminário, Lacan introduziu os conceitos de alienação e separação como sendo as duas operações fundamentais na constituição do sujeito. Para explicá-las, Lacan utilizou duas operações matemáticas, a união e a interseção, ambas presentes no *vel* da exclusão, no *vel* da união e no *vel* da escolha forçada.

Nesse mesmo seminário, Lacan se utilizou da experiência de Pavlov para explicar que o fenômeno psicossomático está no limite do simbólico. Com essa experiência, ele demonstra que no fenômeno psicossomático o desejo do Outro não é contestado.

Lacan (1975), em sua “Conferência de Genebra sobre o sintoma”, referiu-se ao fenômeno psicossomático como “signatura”, enfatizando que não quer dizer signum. Ele correlacionou o que os místicos se referiam como “assinatura das coisas”, àquilo que há nas coisas que os humanos ainda não compreendem. Para enfatizar a complexidade para se compreender o fenômeno, utilizou o termo hieróglifo, algo que não sabemos ler.

Lacan apontou que no fenômeno psicossomático há um gozo fora do simbólico, um gozo enigmático, de pura pulsão de morte, que denominou de gozo específico. Voltando ao que Lacan nos disse no seminário dois, podemos entender melhor sua afirmação “as relações psicossomáticas estão no nível do real” (LACAN, 1954-1955, p.127).

Na Conferência “A terceira”, Lacan (1974) enfatizou a diferença do gozo no fenômeno psicossomático e no sintoma neurótico. No primeiro, chamou de gozo do Outro, posteriormente de gozo específico, enquanto que no sintoma ocorreria o gozo fálico, gozo do sujeito.

Durante todo esse estudo foi verificada a existência de pontos em comum nas teorias de Marty e Lacan, ressaltados nessa dissertação de mestrado, e que ajudam a refletir sobre a clínica com os pacientes psicossomáticos.

Fica a questão: será que no atendimento aos pacientes psicossomáticos o trabalho de análise seria o deslocamento do gozo do Outro para o gozo fálico? Essa questão será trabalhada em ocasião ulterior, quando da elaboração de um próximo trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F. Principios fundamentales del abordaje psicossomático. In: GORALI, V. (Org.). **Estudios de psicossomática**. Círculo Analítico de Psicossomática. 2ª ed. Buenos Aires: Atuel Cap, 1994, vol. I.
- CARNEIRO RIBEIRO, M. A. O fenômeno psicossomático. In: **Imagem Rainha**: as formas do imaginário nas estruturas clínicas e na prática psicanalítica. Escola Brasileira de Psicanálise. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1995.
- _____. O traço que fere o corpo. In: ALBERTI, S & RIBEIRO, M. A. C. (Org.). **Retorno do Exílio**: o corpo entre a psicanálise e a ciência. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.
- DESCARTES, R. **Discurso do método**: Regras para a direção do espírito. São Paulo: Martin Claret, 2002.
- ELAEL, C. **O fenômeno psicossomático**: a falta de sentido que fere o corpo. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008a.
- _____. A holófrase e o posicionamento do sujeito diante do S₁ absoluto. **Revista Marraio**: A teoria e a clínica. Formações Clínicas do Campo Lacaniano. Rio de Janeiro: Editora Rios Ambiciosos, nº 15, 2008b.
- ELIA, L. Je Pense Donc J'essuie: O que retorna do exílio. In: ALBERTI, S. & CARNEIRO RIBEIRO, M. A. (Org.). **Retorno do Exílio**: o corpo entre a psicanálise e a ciência. Op. cit.
- FREUD, S. (1893-1995) **Estudos sobre histeria**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1896) **A etiologia da histeria**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. III. Op. cit.
- _____. (1898) **A etiologia das neuroses**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. III. Op. cit.
- _____. (1900) **A interpretação dos sonhos**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. IV. Op. cit.
- _____. (1905) **Fragmento da análise de um caso de histeria**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. VII. Op. cit.
- _____. (1910) **A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. XI. Op. cit.
- _____. (1912) **Contribuições a um debate sobre a masturbação**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. XII. Op. cit.
- _____. (1914) **Sobre o narcisismo: uma introdução**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. XIV. Op. cit.
- _____. (1915). **Repressão**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. XIV. Op. cit.
- _____. (1919) **Introdução à psicanálise e as neuroses de guerra**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. XVII. Op. cit.
- _____. (1920) **Além do princípio do prazer**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. XVIII. Op. cit.

- _____. (1925 [1924]) **Um estudo autobiográfico**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. XX. Op. cit.
- _____. (1926 [1925]) **Inibição, sintoma e angústia**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. XX. Op. cit.
- _____. (1930 [1929]) **O mal estar na civilização**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. XXI. Op. cit.
- _____. (1932). Cartas a Von Weizsäcker. In: GORALI, V. (Org.). **Estudios de Psicossomática**. Círculo Analítico de Psicossomática. 2ª ed. Buenos Aires: Atuel Cap, 1994, vol I.
- _____. (1933) **Conferência XXXII – Ansiedade e vida instintual**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas, vol. XXII. Op. cit.
- GRODDECK, G. **O livro d'Isso**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1988.
- GUIR, J. Fenômenos psicossomáticos e função paterna. In: WARTEL, R. (Org.). **Psicossomática e Psicanálise**. Coleção Campo Freudiano no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- JESUS, M. A. S. & RIBEIRO, M. A. C. Freud e o fenômeno psicossomático. In: **Revista de Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro**. Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro, 2003.
- LACAN, J. (1953). O estádio do espelho como formador da função do eu. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1954-1955). **O Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.
- _____. (1964). **O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.
- _____. (1966). Psicoanálisis y medicina. In: **Intervenciones y textos 1**. Buenos Aires: Manantial, 1993.
- _____. (1972-1973). **O Seminário, livro 20: Mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1982.
- _____. (1974). A terceira. In: **Intervenciones y textos 2**. Buenos Aires: Manantial, 1993.
- _____. (1975). Conferencia em Genebra sobre el sintoma. In: **Intervenciones y textos 2**. Op. cit.
- MANNONI, M. **A criança retardada e a mãe**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- MARTY, P. **A Psicossomática do Adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- _____. **Mentalização e Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- _____. **L'ordre psychosomatique**. Paris: Éditions Payot, 1980.
- MILLER, J. A. Algumas reflexões sobre o fenômeno psicossomático. In: WARTEL, R (Org.). **Psicossomática e Psicanálise**. Op. cit.
- POLLO, V. Exílio e retorno do corpo: Descartes e a Psicanálise. In: ALBERTI, S. & RIBEIRO, M. A. C. (Org.). **Retorno do Exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência**. Op. cit.
- ROUDINESCO, E. **Jacques Lacan: Esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento**. São Paulo: Cia. das Letras, 2008.

- SOLER, C. O sujeito e o Outro I. In: FELDSTEIN, R; FINK, B & JAANUS, M (Org.). **Para ler o Seminário 11 de Lacan**. Coleção Campo Freudiano no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.
- _____. O sujeito e o Outro II. In: FELDSTEIN, R; FINK, B & JAANUS, M (Org.). **Para ler o Seminário 11 de Lacan**. Op. cit.
- VALAS, P. Horizontes da Psicossomática. In: WARTEL, R (Org.). **Psicossomática e Psicanálise**. Op. cit.

APÊNDICE

Produto da dissertação de mestrado “A depressão essencial e o gozo específico” — Curso sobre psicossomática para médicos e psicólogos na área da saúde.

Curso:

O fenômeno psicossomático e a clínica psicanalítica na área da saúde.

Objetivo:

Qualificar e capacitar os profissionais e estudantes de psicologia e medicina para o trabalho com pacientes psicossomáticos na área da saúde, tendo como suporte teórico a psicanálise.

Coordenação:

Leila Bastos Goulart da Silva

Público alvo:

Graduados e estudantes de psicologia e medicina.

Carga horária:

48 horas

Duração:

2 meses – 6 horas semanais

Programa do curso:

O conteúdo programático será apresentado em três módulos:

Módulo I – Medicina Psicossomática (12 horas)

Histórico. As principais correntes teóricas. Franz Alexander e a Escola de psicossomática de Chicago. As doenças psicossomáticas associadas a conflitos psíquicos específicos, segundo Alexander. As sete doenças psicossomáticas de Chicago. O conceito de alexitimia. Pierre Marty e a Escola de psicossomática de Paris. Os conceitos de mentalização, pensamento operatório e depressão essencial, segundo Marty.

Módulo II – A Psicossomática em Jacques Lacan (30 horas)

O fenômeno psicossomático e a ciência moderna. A falha epistemo-somática. O estágio do espelho e o imaginário. O sujeito e o outro. O vel da escolha forçada. As operações de alienação e separação. A holófrase e o congelamento da cadeia significante. A holófrase e a debilidade mental. A holófrase e a paranóia. A holófrase e o fenômeno psicossomático. A experiência de Pavlov. O gozo específico.

Módulo III – A psicanálise nos ambulatórios da rede pública de saúde. (6 horas)

Apresentação de casos clínicos.

Observação: Esse curso me foi solicitado por psicólogos e médicos da Fundação Oswaldo Cruz que trabalham com pacientes psicossomáticos. Ao término do curso de mestrado, apresentarei a planilha do curso acima elaborada, para análise e possível aprovação pela coordenação de ensino.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)